Denken und Handeln

Beiträge aus Wissenschaft und Praxis
Neue Folge Band 9

A. Tuttas / St. Pfannschmidt / M. Roser-Kober und Ch. Müller /
S.D. Blömker / R. Hinzmann

Prämierte Abschlussarbeiten

EVANGELISCHE FACHHOCHSCHULE
RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE
University of Applied Sciences

Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe

Denken und Handeln
Beiträge aus Wissenschaft und Praxis
Schriftenreihe der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
Herausgegeben von Esther Almstadt, Irene Gerlach, Wolfgang Maaser

Neue Folge Band 9

Annika Tuttas / Steffen Pfannschmidt / Mirjam Roser-Köber
und Christian Müller / Denisa Blömker /
Lisa Rebecca Hinzmann

Prämierte Abschlussarbeiten

Bochum, Dezember 2013

Satz: Martina Niepel
Druck: Hausdruckerei der EFH R-W-L, Horst Gerszewski

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 7

Annika Tuttas *9*
Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung -
Hintergründe, Instrumente und Bewertungen

Steffen Pfannschmidt *107*
"Was ist Exklusion? Armut und doch nicht nur Armut; mehr als Armut und doch auch etwas anderes." (Kronauer 2010, S. 11)

Mirjam Roser-Kober / Christian Müller *213*
Bilden die Pflegeordnungskategorien (POK) den Pflege-aufwand zur Versorgung psychiatrischer Patienten nach OPS/ DRG adäquat ab? Eine Analyse anhand der Diagnose – Schizophrenie

Denisa Blömker *329*
Das „Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter“ – Anwendung eines für den stationären Gebrauch konzipierten Programms in der Bewährungshilfe

Lisa Rebecca Hinzmann *482*
Menschenhandel, Frauenhandel, Zwangsprostitution als ein Problemfeld für die Soziale Arbeit

Vorwort

Denken und Handeln – die Schriftenreihe der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe dokumentiert in spezifischer Weise den Auftrag der Hochschule, den Regelkreis von Theorie und Praxis produktiv zu gestalten. Dazu gehören die vielfältigen und mehrdimensionalen Vermittlungsaufgaben von Wissenschaft und Praxis, von Lehre und Forschung, von Theorie und beruflichem Alltag. In solchen Vermittlungen gewinnt der spannungsvolle Zusammenhang von Denken und Handeln Konturen.

Die in diesem Band abgedruckten Abschlussarbeiten von Studierenden reflektieren den Regelkreis von Theorie und Praxis in paradigmatischer Weise. Die vorliegenden fünf Arbeiten wurden 2012 mit Förderpreisen ausgezeichnet. Die Jury setzte sich aus Vertretern des Vereins der Freunde und Förderer der EFH, des Neukirchener Erziehungsvereins, des Evangelischen Johanneswerks und der Diakonie Ruhr zusammen. Ich danke den beteiligten Organisationen sehr herzlich für die Stiftung der Förderpreise. Der Jury möchte ich für ihre sorgsame Sichtung und Prämierung der eingereichten Arbeiten Dank sagen. Den Studierenden gratuliere ich für die Auszeichnungen. Die Veröffentlichung der prämierten Abschlussarbeiten in unserer Schriftenreihe ist ein Zeichen der Anerkennung für hervorragende Leistungen. Die Bearbeitung praxisrelevanter Themenstellungen aus unterschiedlichen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens soll öffentlich zugänglich gemacht werden. Die Publikation der Abschlussarbeiten kann schließlich für Studierende, die ihre Bachelor- oder Masterthesis noch vor sich haben, Inspiration und Ermutigung sein.

Die Diplomarbeit von **Annika Tuttas** „Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung“ beleuchtet insbesondere die einschlägige Praxis von Jugendämtern, zeigt Reformbedarfe im Blick auf die Instrumente zur Risikoeinschätzung auf und markiert Forschungsdesiderate.

Die Masterarbeit von **Steffen Pfannschmidt** reflektiert die Dynamik von Exklusionsprozessen mit dem Ziel, Exklusion und Armut zu überwinden und Konzepte der Prävention und sozialarbeiterischer Unterstützung in exkludierenden Lebenslagen zu entwickeln.

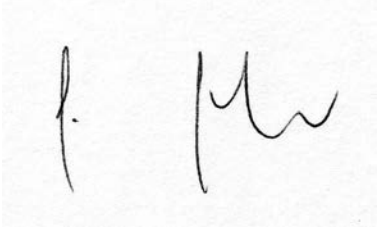
Mirjam Roser-Kober und **Christian Müller** fragen in ihrer Bachelorarbeit danach, ob und inwieweit die Pflegeordnungskategorien den Pflegeaufwand zur Versorgung psychiatrischer Patienten adäquat abbilden. Die Untersuchung mündet in Empfehlungen zur Weiterbildung von Pflegekräften und zur Veränderung pflegerischer Konzepte.

Die Diplomarbeit von **Denisa Blömker** untersucht ein Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter, das für den stationären Gebrauch im Strafvollzug konzipiert worden ist, und prüft, inwieweit dieses Programm auch im ambulanten Bereich, will heißen in der Bewährungshilfe, zur Anwendung kommen kann.

Lisa Rebecca Hinzmann beschreibt in ihrer Diplomarbeit die facettenreichen Ursachen und Entwicklungen von Menschenhandel, Frauenhandel und Zwangsprostitution vor allem im europäischen und deutschen Raum und zeigt Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in diesem Problemfeld auf.

Ich bin sicher, dass die vorliegenden Arbeiten auf großes Interesse stoßen.

Bochum, im Juni 2013



Prof. Dr. Gerhard K. Schäfer, Rektor

Annika Tuttas

Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung - Hintergründe, Instrumente und Bewertungen

1. Einleitung

Die siebenjährige Jessica verhungert in Hamburg. Der zehn Monate alte Leon verdurstet in Thüringen und der vierjährige Mehmet stirbt infolge von Schlägen an Hirnblutungen. Baby- und Kinderleichen werden in Kühltruhen, Sporttaschen und Blumenkästen gefunden. 2007 wird der Hungertod der 14 Monate alten Jacqueline bekannt. Auch Lea-Sophie aus Schwerin verhungert und verdurstet, und die zweijährige Michelle stirbt in Hamburg an den Folgen einer Mandelentzündung, weil keiner mit ihr zum Arzt ging (vgl. Die Zeit 2007; Spiegel Online 2006). Nach Angaben des Bundes Deutscher Kriminalbeamter sterben statistisch gesehen wöchentlich mindestens drei Kinder in Deutschland an den Folgen von Vernachlässigung oder Gewalt (vgl. Spiegel Online 2006).
Solche Fälle von Kindeswohlgefährdungen und -tötungen schockieren, machen betroffen und sprachlos. „Wie kann das sein? Wer macht denn sowas? Wieso hat keiner was gemerkt? Warum hat das Jugendamt nichts gemacht?“ – Fragen, die mal mehr, mal weniger offen im Raum stehen (vgl. Rietmann 2006, 29).
Sowohl die Medienwirksamkeit solcher Fälle als auch die Betroffenheit in der Bevölkerung scheinen in den letzten Jahren dazu zu führen, dass immer mehr Verdachtsmeldungen beim Jugendamt eingehen. 2008 wurden deutschlandweit 32300 Kinder von Jugendämtern in Obhut genommen. Im Vergleich zu 2005 ist das eine Steigerung um 26 %. Auch die Zahl der teilweisen oder vollständigen Sorgerechtsentzüge steigt beständig an. 2007 waren es noch 10800 Fälle, 2008 waren es schon 12450 Fälle, wiederum knapp 8 % mehr (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2009).
Jährlich wenden sich die Jugendämter in Deutschland unzählige Male zum Schutz von Kindern und Jugendlichen an das Familiengericht. Doch bevor es soweit kommt, obliegt ihnen die Aufgabe und Verantwortung, die Gefährdung für das Kind oder den Jugendlichen einzuschätzen.

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung“, da Kindeswohlgefährdungen und der professionelle Umgang mit ihnen sehr zentrale Aspekte im gesamten Arbeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe darstellen und dies das Tätigkeitsfeld ist, in dem ich gerne beruflich tätig werden möchte.
Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos ist von großer Bedeutung, da von ihr abhängt, welche Intervention zum Schutz des Kindes vorgenommen wird. Sie ist dafür entscheidend, ob sich beispielsweise für eine Hilfe innerhalb der Familie oder eine Fremdunterbringung des Kindes entschieden wird. Somit kann diese Einschätzung sehr weitreichende Konsequenzen für die betroffenen Kinder und ihre ganzen Familien nach sich ziehen.
Als Grundlage zum Verständnis der Risikodiagnostik wird in Kapitel 2 ein Überblick darüber gegeben, welche Formen von Kindeswohlgefährdungen es gibt, wie häufig diese auftreten und anhand welcher Merkmale die einzelnen Formen unterschieden werden.
Daraufhin wird in Kapitel 3 erläutert, auf welche gesetzlichen Grundlagen sich das Handeln des Jugendamtes stützt und wie der Verfahrensablauf eines Jugendamtes bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aussieht.
Anschließend werden in Kapitel 4 die einzelnen Stufen und Elemente der Risikoeinschätzung betrachtet. Zu den Elementen gehören die Lebenslage der Familie, die Bedürfnisse und der Entwicklungsstand der Kinder, die Erziehungsfähigkeit und die Kooperationsbereitschaft der Eltern, Risiko- und Schutzfaktoren, Ressourcen der Familie sowie eine Prognose und eine abschließende Bewertung. Es wird erläutert, was in der Fachliteratur unter den einzelnen Aspekten verstanden wird und wie Mitarbeiter im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe diese Aspekte innerhalb der kurzen ihnen zur Verfügung stehenden Zeit professionell bewerten und berücksichtigen können.
Des Weiteren werden in Kapitel 5 Qualitätskriterien für Einschätzungs-verfahren und eine mögliche Typisierung von Risikoeinschätzungsbögen genannt, bevor einige ausgewählte Instrumente, wie das Glinder Manual und der Stuttgart-Düsseldorfer Kinderschutzbogen, exemplarisch vorgestellt werden.
Um die Nutzung von Hilfsmitteln zur Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung in der Praxis der Jugendämter zu erforschen, wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit eine bundesweite Online-

Befragung von Mitarbeitern Allgemeiner Sozialer Dienste[1] (ASD) in Jugendämtern durchgeführt. Die Befragung und ihre Ergebnisse werden in Kapitel 6 erläutert, bevor in Kapitel 7 die wichtigsten Ergebnisse der Recherchen zur Thematik der Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung im Fazit zusammengefasst werden.

2. Kindeswohlgefährdung

Bei dem Begriff der „Kindeswohlgefährdung“ handelt es sich rechtlich gesehen um einen doppelten unbestimmten Rechtsbegriff, da im Gesetz nicht definiert ist, was unter „Kindeswohl“ bzw. einer „Gefährdung“ des Kindeswohls zu verstehen ist (vgl. Harringer 2010, 1).
In § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geht es um die gerichtlichen Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls. Dort heißt es in Absatz 1, dass, wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet wird und die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen hat, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind. Somit wird das Kindeswohl hier als eine Grenze verstanden, „*die ein schützendes Eingreifen in die Rechte der Eltern erforderlich macht, falls die Eltern selbst die Gefährdung nicht beenden können oder wollen*“ (Galm et al. 2010, 19). An diesem Paragraphen ist ebenfalls erkennbar, dass „kindliches Wohl“ sowohl körperlich als auch geistig und seelisch gefährdet sein kann und auch die Gefährdung kindlichen Vermögens mit einschließt.
In einem Beschluss vom 14. Juli 1956 hat der Bundesgerichtshof den Begriff der Kindeswohlgefährdung verdeutlicht als „*eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt*“ (BGH FamRZ 1956, 350, zitiert nach Galm et al. 2010, 20; Harringer 2010, 1). Um von einer Kindeswohlgefährdung sprechen zu können, müssen also drei Kriterien erfüllt sein. Zum einen muss eine Gefahr für das Kind gegenwärtig gegeben sein. Des

[1] Je nach Stadt oder Kreis können die Bezeichnung und teilweise auch die Aufgabenzuteilung dieses Basis-Dienstes des Jugendamtes variieren. So gibt es unter anderem auch die Bezeichnungen „Bezirkssozialdienst“ (BSD) oder „Sozialpädagogischer Dienst“ (SPD) (vgl. Münder et al. 2000, 78). Zur Vereinfachung wird im Folgenden nur der Begriff „ASD“ verwandt.

Weiteren muss die (künftige) Schädigung des Kindes erheblich sein und diese Schädigung muss sich mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lassen (vgl. Galm et al. 2010, 20; Alle 2010, 12).
Während noch bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts bei Schädigungen von Kindern überwiegend von „Kindesmisshandlung“ die Rede war, werden heute alle Formen von Gefährdungen und Schädigungen von Kindern unter dem Begriff „Kindeswohlgefährdung“ zusammengefasst (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, 28 f.). Als Hauptformen der Kindeswohlgefährdung unterscheidet man physische Kindesmisshandlung, psychische Kindesmisshandlung, sexuelle Misshandlung und Kindesvernachlässigung. In der Praxis überschneiden und vermischen sich diese einzelnen Formen häufig. So wird davon ausgegangen, dass die meisten betroffenen Kinder gleichzeitig mehreren Formen der Kindeswohlgefährdung ausgesetzt sind (vgl. ebd., 38).
Im Folgenden werden die Hauptformen der Kindeswohlgefährdung und weitere relevante Gefährdungslagen vorgestellt.

2.1 Physische Kindesmisshandlung

Unter physischer oder auch körperlicher Kindesmisshandlung können laut Kindler *„alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang, bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen*“ (Kindler 2006b, 50). Somit geht es um die *„nicht zufällige, sozial nicht legitimierte Zufügung körperlicher Schmerzen*“ unter Inkaufnahme physischer und psychischer Schäden des Kindes (Schneewind 2002, 137).
Statistiken belegen, dass die Mehrheit der Eltern nach wie vor zumindest minderschwere Formen physischer Erziehungsgewalt anwendet, wie beispielsweise Ohrfeigen und einen „Klaps“ (vgl. z. B. Bundesministerium der Justiz 2005, 5, 19 f.). Etwa 10 - 15% aller Eltern wenden laut Engfer jedoch auch schwerwiegendere und häufigere körperliche Bestrafungen an (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2008, 2). Im Jahr 2007 wurden

in der Polizeilichen Kriminalstatistik 3926 Fälle körperlicher Misshandlung an Kindern unter 14 Jahren erfasst. Das sind 194 % mehr als 1990 (1337 Fälle) (vgl. ebd.).
Hierbei ist jedoch zu beachten, dass der Großteil der Fälle nicht von der Polizeilichen Kriminalstatistik erfasst wird, da längst nicht jede körperliche Misshandlung aufgedeckt wird und zu einer Anzeige führt. Des Weiteren sollte nach Krieger berücksichtigt werden, dass jede physische Kindesmisshandlung gleichzeitig einen psychischen Aspekt hat, da sich körperliche Gewalt immer auf die seelische Entwicklung eines Kindes auswirkt (vgl. Krieger et al. 2007, 14).

2.2 Psychische Kindesmisshandlung

Laut einer nicht unproblematischen, aber inzwischen weit verbreiteten Definition psychischer (oder auch seelischer bzw. emotionaler) Kindesmisshandlung, geht es hierbei um „*wiederholte Verhaltensmuster der Betreuungsperson oder Muster extremer Vorfälle, die Kindern zu verstehen geben, sie seien wertlos, voller Fehler, ungeliebt, ungewollt, sehr in Gefahr oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu erfüllen*“ (American Professional Society on Abuse of Children 1995, 2 in: Kindler 2006c, 45). Problematisch an dieser Definition ist laut Kindler vor allem die Unklarheit, welche elterlichen Verhaltensweisen unter diese Form der Kindesmisshandlung fallen. Ebenso fällt auch hier die Abgrenzung zu anderen Formen der Kindeswohlgefährdung schwer, da auch alle anderen Formen, wie beispielsweise eine wiederholte körperliche Misshandlung, einem Kind die Botschaft vermitteln können, es sei wertlos oder ungeliebt (vgl. Kindler 2006c, 47).
Eine anschaulichere Definition versucht genau diese Verhaltensweisen zu beschreiben und spricht dann von einer psychischen Kindesmisshandlung, wenn ein Kind von seinen Eltern oder anderen Bezugspersonen andauernd oder wiederholt terrorisiert, abgelehnt, isoliert oder korrumpiert wird (Galm et al. 2010, 22). Hierbei werden unter „terrorisiert“ unter anderem Drohungen, Einschüchterungen und Überforderungen verstanden. Mit „ablehnen“ sind ständige Kritik, Herabsetzungen und Erniedrigungen gemeint. „Isolieren“ bedeutet Einsperren des Kindes und vielfache Kontaktverbote aussprechen. Zudem bezeichnet

„korrumpieren“ ein Verhalten der Eltern, das antisoziales Verhalten fördert (ebd.).
Wie viele Kinder unter psychischer Misshandlung leiden, ist schwer einzuschätzen. Münder et al. haben herausgefunden, dass seelische Misshandlung in etwa 12,6 % der Fälle, in denen sich Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe zum Schutz der Kinder an das Familiengericht wenden, die Hauptursache ist (vgl. Münder et al. 2000, 101). Jedoch geht seelische Misshandlung oftmals mit anderen Kindeswohlgefährdungsformen einher. So urteilt auch eine Beratungsstelle der Polizei: „*Körperliche Gewalt und Vernachlässigung bedeuten immer auch seelische Gewalt!*“ (Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes).
Eskalierte Partnerschaftskonflikte, Gewalt zwischen den Eltern und häusliche Gewalt gehören ebenso zu Spezialformen der psychischen Misshandlung wie hochstrittige, eskalierte Trennungs- und Sorgerechtskonflikte (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, 46).

2.3 Sexuelle Misshandlung

Im Bereich der sexuellen Misshandlung, bzw. des sexuellen Missbrauchs wird oftmals zwischen einer „engen“ und einer „weiten“ Definition unterschieden. Bei der engen Definition wird vorausgesetzt, dass ein Täter (oder eine Täterin) den Körper, vor allem die Brust oder Genitalien eines Kindes, direkt berührt, um eigene sexuelle Bedürfnisse zu befriedigen oder dass er oder sie das Kind vaginal, oral oder anal vergewaltigt (vgl. Amann/Wipplinger 2005, 25).
Weite Definitionen gehen darauf ein, dass auch sexuelle Handlungen mit indirektem Körperkontakt, beispielsweise durch Kleidungsstücke oder auch Handlungen ohne Körperkontakt, wie Exhibitionismus, auf Kinder schädigend wirken können. So definieren Bange und Deegener sexuellen Missbrauch als „jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen“ (Bange/Deegener 1996, 105).

Die Polizeiliche Kriminalstatistik erfasste für das Jahr 2009 11 319 Fälle von sexueller Misshandlung, bzw. sexuellem Missbrauch von Kindern (vgl. Bundeskriminalamt Wiesbaden 2010, 5). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in dieser Statistik nur das Hellfeld erfasst wird, also die Fälle, die der Polizei bekannt geworden sind (vgl. ebd., 2). Statistiken, die versuchen das Dunkelfeld mit zu berücksichtigen, gehen davon aus, dass etwa jedes dritte bis fünfte Mädchen und etwa jeder neunte bis zwölfte Junge im Sinne der weiten Definition sexuell misshandelt wird (vgl. Wildwasser 2010; Zartbitter 2010). Im Sinne der engen Definition wird von 10 - 15 % aller Mädchen und 5 - 10 % aller Jungen ausgegangen (vgl. Wildwasser 2010).

2.4 Kindesvernachlässigung

Kindesvernachlässigung wird allgemein definiert als *„andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre*“ (Schone et al. 1997, 21). Dabei ist es unerheblich, ob die Unterlassung aktiv oder passiv (unbewusst), aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgt. Bezüglich der Folgen wird betont, dass durch die Nichtberücksichtigung, Missachtung und Versagung der Lebensbedürfnisse des Kindes eine chronische Unterversorgung verursacht wird, welche die körperliche, geistige und seelische Entwicklung des Kindes hemmt, beeinträchtigt oder schädigt und zu gravierenden bleibenden Schäden oder zum Tod des Kindes führen kann (vgl. ebd.; Deutscher Kinderschutzbund (DKSB)/Institut für soziale Arbeit (ISA) 2006, 15).
Kindesvernachlässigung kann verschiedene Formen annehmen. Zwar gibt es bislang keine verbindliche Kategorisierung von Vernachlässigungsformen, oftmals wird aber zwischen körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung, kognitiver und erzieherischer Vernachlässigung und unzureichender Beaufsichtigung unterschieden (vgl. Galm et al. 2010, 25; BMFSFJ 2008, 1 f.). Genaue Definitionen dieser einzelnen Formen finden sich unter anderem bei Kindler (2006d, 42) und Galm et al. (2010, 25) und eindrückliche Beispiele

zur Verdeutlichung der Formen in der Handreichung „*Kinderschutz geht alle an!*“ (Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes, 5).
Es wird davon ausgegangen, dass Kindesvernachlässigung den größten Teil aller Fälle von Kindeswohlgefährdung ausmacht (vgl. Galm et al. 2010, 7; DKSB/ISA 2006, 12). Genaue Zahlen können jedoch nicht angegeben werden, da Deutschland eine der wenigen Industrienationen ist, in denen keine Statistik zur Häufigkeit von Vernachlässigungen geführt wird (vgl. ebd.). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bezieht sich in seinen Schätzungen auf eine Dunkelfeldstudie, laut der in Deutschland 5 - 10 % aller Kinder bis sechs Jahre vernachlässigt werden. Das entspricht etwa 250 000 - 500 000 Kindern (vgl. Esser und Weinel 1990 in BMFSFJ 2008, 2).

2.5 Weitere Gefährdungslagen

Neben diesen Hauptformen von Kindeswohlgefährdungen werden teilweise noch weitere Gefährdungslagen von Kindern benannt. Somit sind laut Münder et al. in 5,7 % der Fälle, in denen die Fachkräfte sich an das Familiengericht wenden, Autonomiekonflikte die Hauptursache und in 4,1 % Erwachsenen-Konflikte (vgl. DKSB/ISA 2006, 12; Münder et al. 2000, 101). Auch das Münchhausen-by-proxy-Syndrom (vgl. Krieger et al. 2007, 22 f.; Alle 2010, 22 ff.) und Beeinträchtigungen der elterlichen Erziehungskompetenz durch eine psychische Erkrankung, eine geistige Behinderung oder elterliche Substanzabhängigkeit werden zum Teil als Kindeswohlgefährdungsformen betrachtet (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin, 48 ff.).

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

3.1 Gesetzlicher Auftrag des ASD

Das Handeln der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe bei echt auf Kindeswohlgefährdung beruht auf den rechtlichen Normen des Grundgesetzes, des Bürgerlichen Gesetzbuches und des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII).

So sind beispielsweise Art. 6 Abs. 2 GG und § 1 Abs. 2 SGB VIII zu beachten, in denen verankert ist, dass die Pflege und die Erziehung von Kindern das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht sind. Somit wird den Eltern an dieser Stelle die grundsätzliche Elternverantwortung eingeräumt und als Grundrecht im Grundgesetz geschützt (vgl. Alle 2010, 13; Münder et al. 2000, 18). Durch dieses Elternrecht ist gleichzeitig ein „*Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe in die Erziehung der Kinder*“ gewährleistet, welches davon ausgeht, dass niemand größeres Interesse an den eigenen Kindern hat, als die Eltern (BVerfGE 59, 360, 376 in Münder 2005, 15; Alle 2010, 13; Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe (AGJ) 2008, 23). Daher dürfen staatliche Institutionen wie das Jugendamt nicht ohne Grund in die Rechte der Eltern eingreifen.
Jedoch hat nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auch das Kind als Grundrechtsträger Anspruch auf den Schutz des Staates und der Staat wiederum ist zum Schutz des Kindes verpflichtet (BVerfGE 24, 119, 144 in Münder et al. 2000, 18). Daher folgt sowohl im Art. 6 Abs. 2 GG als auch im § 1 Abs. 2 SGB VIII der Satz, welcher das Elternrecht einschränkt und das sogenannte „staatliche Wächteramt“ begründet (vgl. Harringer 2010, 2): „*Über ihre Betätigung [die Betätigung der Eltern] wacht die staatliche Gemeinschaft.*“ Dieses Wächteramt dient aber nicht nur der Überwachung, sondern auch der Unterstützung von Eltern, die nicht bereit oder in der Lage sind, das Wohl ihrer Kinder zu gewährleisten (vgl. Krieger et al. 2007, 96). Es begründet die Garantenstellung des Jugendamtes (vgl. Rietmann 2007, 13) und legitimiert die staatliche Gemeinschaft, also den Staat und seine Institutionen (vgl. Wiesner 2008, 13), die Eltern „*bei der Ausübung ihrer Erziehungs- und Pflegerechte zu überwachen und gegebenenfalls in ihre Rechte einzugreifen*“ (Münder et al. 2000, 18). Zu diesen Institutionen, die zum Schutz von Kindern eingreifen dürfen, gehören sowohl die Jugendhilfe mit dem Jugendamt als auch das Familiengericht (vgl. Raack 2006, 221). Somit wird auch das Handeln des ASD zum Schutz von Kindern und Jugendlichen durch diese Normen legitimiert.
Darüber hinaus haben Kinder nach § 1631 Abs. 2 S. 1 BGB ein Recht auf eine gewaltfreie Erziehung und nach § 1 Abs. 1 SGB VIII hat je-

der junge Mensch[2] ein Recht auf die Förderung seiner Entwicklung und auf eine Erziehung, die es ihm ermöglicht, eine eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeit zu werden. Um diese Rechte verwirklichen zu können, hat die Jugendhilfe unter anderem die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen, sie in ihrer Entwicklung zu fördern und Benachteiligungen abzubauen (vgl. § 1 Abs. 3 Nr. 1, 3 SGB VIII). Gleichzeitig soll sie aber auch Eltern und Erziehungs-berechtigte beraten und unterstützen (vgl. § 1 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII), worin sich ihr Doppelmandat der „Hilfe und Kontrolle“ begründet (vgl. ISA 2009, 44; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände: Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund 2009, 4).

3.2 Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII

Durch das 2005 in Kraft getretene Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz (KICK) wurde unter anderem der Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung in § 8a SGB VIII konkretisiert (vgl. DKSB/ISA 2006, 35; Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) 2009, 23). § 8a Abs. 1 SGB VIII verpflichtet die Jugendämter bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindeswohls das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sollen die Personensorgeberechtigten (PSB) und die Kinder/ Jugendlichen einbezogen werden, sofern sie dadurch nicht zusätzlich gefährdet werden. Des Weiteren soll das Jugendamt Hilfen anbieten, wenn es diese für geeignet hält, die Gefährdung abzuwenden (vgl. DKSB/ISA 2006, 36). Sind die PSB allerdings nicht bereit oder nicht in der Lage, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken, so hat das Jugendamt laut § 8a Abs. 3 SGB VIII das Familiengericht anzurufen. Sofern aufgrund dringender Gefahr die Entscheidung des Familiengerichts nicht abgewartet werden kann, hat das Jugendamt das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen (vgl. § 8a Abs. 3 S. 2 SGB VIII; § 42 SGB VIII).

[2] „Junger Mensch“ ist nach § 7 SGB VIII jeder, der „noch nicht 27 Jahre alt ist“.

Eine weitergehende Diskussion zum Rechtsbegriff der „gewichtigen Anhaltspunkte“ findet sich bei Kindler und Lillig (2006).

4. Risikoeinschätzung

Der Begriff der „Risikoeinschätzung/-abschätzung“ ist in Bezug auf Kindeswohlgefährdungen im Gesetz nicht vorzufinden. Stattdessen spricht § 8a SGB VIII wie soeben erläutert von der „Abschätzung des Gefährdungsrisikos“.
Dieser Terminus ist bei genauerer Betrachtung jedoch nicht so eindeutig und unproblematisch wie er auf den ersten Blick scheint. Kindler und Lillig bezeichnen ihn als neue und bislang undefinierte Wortschöpfung des Gesetzgebers (vgl. Kindler/Lillig 2008, 90). Was genau unter der „Abschätzung des Gefährdungsrisikos“ zu verstehen ist und wie Fachkräfte das Gefährdungsrisiko erkennen und abschätzen sollen, wird laut Bringewat vom Gesetz nicht oder zumindest nicht ausdrücklich beantwortet (vgl. Bringewat 2008, 300). Es besteht Unklarheit darüber, worin das „Risiko“ bestehen soll und weshalb nicht von einer „Abschätzung der Gefährdung“ die Rede ist (vgl. Kindler/Lillig 2008, 91). Von daher ist es nicht verwunderlich, dass in der Fachdiskussion verschiedene Auffassungen und zahlreiche Definitionsversuche vorzufinden sind, die sich darum bemühen, die „Abschätzung des Gefährdungsrisikos“ inhaltlich zu füllen. Einige dieser „Bemühungen“ zum Verständnis des Begriffes werden im Folgenden erläutert.
So wird unter „Gefährdung“ oder „Risiko“ in der Regel[3] die beschreibbare Wahrscheinlichkeit eines zukünftigen Auftretens einer bestimmten unerwünschten Wirkung unter spezifizierten Bedingungen verstanden (vgl. Kindler/Lillig 2008, 87 f.; Kindler 2006h, 441). Im Kontext des § 8a SGB VIII wird als solche unerwünschte Wirkung meist der Eintritt einer Kindeswohlgefährdung in einer der in Kapitel 2 erläuterten Formen verstanden (vgl. Kindler 2006h, 441).
Mit „Abschätzen“ ist laut Duden ein „prüfendes Schätzen“ gemeint (Duden 2007), welches wie „die Einschätzung“ in der Regel zwei

[3] Der Begriff Risiko wird nicht in allen Wissenschaften in dieser Weise definiert. Abweichungen finden sich u. a. in der Mathematik und in der Soziologie (vgl. Kindler/Lillig 2008, 87).

Komponenten beinhaltet: die Informationssammlung und die Informationsbewertung (vgl. Kindler/Lillig 2008, 88).
Vor diesem Hintergrund gibt es laut Kindler und Lillig verschiedene Möglichkeiten das „Gefährdungsrisiko“ zu verstehen. Zum einen kann es verstanden werden als „Risiko einer im weiteren Verlauf auftretenden Kindeswohlgefährdung“, zum anderen aber auch als „Einschätzung über Art, Ausmaß und Dringlichkeit drohender Schädigungen (Risiken) für ein bestimmtes Kind durch eine vorliegende Kindeswohlgefährdung“ oder als „risikobehaftete, weil möglicherweise fehlerhafte Entscheidung über das gegenwärtige Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung“ (Kindler/Lillig 2008, 91). Eine weitere Möglichkeit geht davon aus, dass der Gesetzgeber eine Einschätzung darüber meint, ob, in welcher Form und mit welchen Zugangsmöglichkeiten für Hilfen, eine Kindeswohlgefährdung besteht. Diese Variante erscheint inhaltlich am plausibelsten, vernachlässigt jedoch die Frage, weshalb von einem „Gefährdungsrisiko“ und nicht von einer „Abschätzung der Gefährdung“ die Rede ist (vgl. ebd.).
In der Praxis vermutlich am weitesten verbreitet ist das Verständnis der Risikoeinschätzung als „Prozess der Informationssammlung und der darauf aufbauenden fallbezogenen Überlegungen zur Wahrscheinlichkeit des zukünftigen Auftretens einer oder mehrerer Formen von Kindeswohlgefährdung“ (English/Pecora 1994 zit. in Kindler 2005, 386). Oder, auf den Punkt gebracht, die „Einschätzung der Frage, ob und inwieweit eine Kindeswohlgefährdung vorliegt“ (Alle 2010, 53).
Trotz all dieser Unklarheiten bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung der Gesetzesformulierung besteht jedoch kein Zweifel daran, dass die „Abschätzung des Gefährdungsrisikos“ als „Dreh- und Angelpunkt des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung“ eine ganz zentrale Rolle innehat (Bringewat 2008, 302). Welche Stufen und Elemente der Risikoeinschätzung dabei von Bedeutung sind, wird im Folgenden erläutert.

4.1 Stufen der Risikoeinschätzung

Nachdem die „Abschätzung des Gefährdungsrisikos“ in ihrer komplexen und durchaus nicht unproblematischen Formulierung näher betrachtet wurde, wird nun auf einzelne Stufen der Einschätzung im

Verlauf einer Fallbearbeitung eingegangen. Entgegen dem Anschein, den die Formulierung erweckt, handelt es sich nicht um eine einmalige Abschätzung sondern um mehrere Einschätzungsaufgaben, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit unterschiedlichen Zielsetzungen im Fallverlauf notwendig werden (vgl. Kindler/Lillig 2008, 91).

4.1.1 Erste Gefährdungseinschätzung

Als erste dieser Stufen zählt die „erste Gefährdungseinschätzung". Diese hat im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte zu erfolgen, sobald eine Mitteilung durch Dritte über einen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bei einer ASD-Fachkraft eingeht (vgl. Alle 2010, 53). Diese Stufe wird auch als „erste Dringlichkeitseinschätzung nach Eingang einer Gefährdungs-meldung" bezeichnet (Kindler 2005, 385), da herauszufinden ist, wie gravierend und akut die Gefährdung für das Kind ist. Um diese Einschätzung vornehmen zu können, werden der mitteilenden Person in der Regel am Telefon oder persönlich detaillierte Fragen gestellt, die der Fachkraft helfen, sich ein Bild von der vorliegenden Situation zu machen. Dies können Fragen sein wie: „Was genau haben Sie beobachtet?", „Was ist der Grund, weshalb Sie sich gerade jetzt melden?", „Was befürchten Sie für das Kind?" (Alle 2010, 53). Ebenso von Bedeutung sind das Alter des Kindes, Art, Ausmaß und Dauer der Gefährdung oder Schädigung und das Vorhandensein von Geschwisterkindern, die ebenfalls gefährdet sein können (vgl. Lillig 2006c, 299). Auf Grundlage all dieser Informationen wird eingeschätzt, wie schnell und in welcher Form auf die Meldung reagiert werden muss (vgl. Alle 2010, 53).

4.1.2 Sicherheitseinschätzung

Die zweite Stufe wird als „Sicherheitseinschätzung" bezeichnet. In dieser Stufe wird in der Regel ein Hausbesuch durchgeführt, welcher für die vorläufige Einschätzung der Gefährdungssituation des Kindes eine große Rolle spielt. Anhand der angetroffenen Umstände wird von

den Fachkräften eingeschätzt, ob das Kind vorerst – bis zu einer umfassenderen Risikoeinschätzung oder zumindest bis zum nächsten Kontakt – in der Familie verbleiben kann (vgl. Alle 2010, 54; Kindler 2005, 388). Anderenfalls werden Sicherheitsmaßnahmen ergriffen, um die akute Gefährdung des Kindes abzuwenden. So kann das Ergebnis dieser Einschätzung sein, dass ein Kind vorläufig in Obhut genommen werden muss (vgl. ebd.). Ist es nicht möglich einen Hausbesuch durchzuführen oder überhaupt einen Kontakt zur Familie herzustellen, muss auf der Grundlage der bisherigen Informationen diese Einschätzung durchgeführt werden (vgl. Kindler/Lillig 2008, 92). Kindler und Lillig haben fünf Faktoren identifiziert, die jeweils eine sofortige Einleitung von Sicherheitsmaßnahmen erforderlich machen (vgl. ebd., 93). Diese sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

1. Anhaltspunkte mit erheblichem Hinweiswert auf eine gegenwärtige Misshandlung, ernsthafte Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch.
2. Der unmittelbare Eindruck einer ernsthaften Beeinträchtigung der Fürsorgefähigkeiten des gegenwärtig betreuenden Elternteils durch Krankheit, Sucht oder Gewalt.
3. Ein gewalttätiges oder in hohem Maß unkontrolliertes Verhalten einer Person mit Zugang zum Kind.
4. Die plötzliche Verweigerung von Zugang zu einem Kind im Kontext bereits vorliegender Hinweise auf Gefährdung.
5. Eine elterliche Verantwortungsabwehr und Ablehnung von Hilfen bei deutlichen Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung in der unmittelbaren Vergangenheit.

Tab. 1: Faktoren, die eine sofortige Einleitung von Sicherheitsmaßnahmen erforderlich machen (Kindler/Lillig 2008, 93; eigene Darstellung)

Besonders bei Säuglingen und Kleinkindern ist diese Einschätzung der aktuellen Situation von großer Bedeutung, da es bei ihnen in Gefährdungssituationen darauf ankommen kann, unverzüglich zu handeln, um gravierende bleibende Schäden abzuwenden oder auch deren Leben zu retten (vgl. Jordan 2008, 29). Somit ist die Sicherheitseinschätzung ein wichtiger Bestandteil des gesamten Prozesses. Eine anschlie-

ßende umfangreichere Risikoeinschätzung kann und soll sie allerdings nicht ersetzen (vgl. Alle 2010, 54).

4.1.3 Mehrdimensionale Risikoeinschätzung

Die dritte Stufe der Einschätzungen wird in der Fachliteratur als „mehrdimensionale Risikoeinschätzung“ oder auch nur als „Risikoeinschätzung“ bezeichnet. Dies ist teilweise etwas verwirrend, da der Begriff „Risikoeinschätzung“ häufig verwendet wird, aber nicht immer erkennbar ist, ob eine einzelne Stufe oder der gesamte Prozess gemeint ist. Vermutlich ist die „mehrdimensionale Risikoeinschätzung“ aber die Stufe, die mit dem Begriff „Risikoeinschätzung“ in Literatur und Praxis am häufigsten gemeint ist.
Die Einschätzung in dieser Stufe ist im Gegensatz zu den beiden Vorherigen erst nach mehreren Kontakten zu der Familie möglich. Neben den Informationen aus den Kontakten zu dem betroffenen Kind und seiner Familie werden auch Informationen anderer beteiligter Helfer oder Institutionen wie Kindergarten und Schule zur Einschätzung hinzugezogen (vgl. Alle 2010, 54). Diese Stufe bezieht sich im Gegensatz zur Sicherheitseinschätzung nicht nur auf die aktuelle Situation des Kindes sondern versucht ebenso Hypothesen für dessen zukünftige Entwicklung aufzustellen. So geht es um die Frage, ob sich, sofern sich im Umfeld des Kindes nichts positiv verändert, „eine erhebliche Schädigung mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussagen lässt“ (Jordan 2008, 29). Dies beinhaltet auch eine Einschätzung der Wahrscheinlichkeit fortgesetzter Vernachlässigungen und wiederholter Misshandlungen, sowie eine Abklärung von Verdachtsmomenten hinsichtlich der einzelnen Kindeswohlgefährdungs-formen (vgl. Kindler 2005, 385; Meysen 2008, 25). Das Ergebnis einer Risikoeinschätzung sollte eine Entscheidung darüber sein, ob und in welchem Ausmaß eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Diese Entscheidung ist von großer Bedeutung, da von ihr abhängt, welche Intervention angemessen und notwendig ist (vgl. Alle 2010, 53 f.).

4.2 Elemente der Risikoeinschätzung

Wie soeben erläutert ist die Risikoeinschätzung von großer Bedeutung für ein Kind und seine Familie, da von ihr das weitere Vorgehen der Fachkräfte abhängt. Somit ist sie maßgeblich dafür, ob einer Familie Hilfen angeboten werden (z. B. die sog. „Hilfen zur Erziehung“ in §§ 27 ff. SGB VIII) oder ob ein Eingriff in Form einer Fremdunterbringung des Kindes notwendig ist.
Um angemessen einschätzen zu können, ob und in welchem Ausmaß eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, sind umfangreiche Informationen über den individuellen Fall einzuholen. Je nach Fallkonstellation können hierbei unterschiedliche Kombinationen von Einschätzungsaufgaben erforderlich sein (vgl. Kindler/Lillig 2008, 91). Im Folgenden wird ein Überblick über diese möglichen Einschätzungsaufgaben gegeben.
Kindler und Lillig beschreiben drei grundlegende Dimensionen, die sie als Kern jeder Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung ansehen (vgl. Kindler/Lillig 2008, 91). Diese Dimensionen und mögliche Abklärungsfragen für Fachkräfte sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Grundlegende Dimensionen	Mögliche Abklärungsfragen
Dimension elterlichen Verhaltens bzw. Verhaltens der Sorgeberechtigten	Was tun die Eltern Schädliches bzw. was unterlassen die Eltern Notwendiges?
Dimension kindlicher Bedürfnisse	Was braucht ein konkret vorhandenes Kind?
Schädigungsdimension	Welche Schädigungen sind bereits eingetreten bzw. mit ziemlicher Sicherheit erwartbar, wenn die gegenwärtige Situation fortdauert?

Tab. 2: Grundlegende Dimensionen der Beschreibung einer (möglichen) Kindeswohlgefährdung (vgl. Kindler/Lillig 2008, 91; eigene Darstellung)

Im „Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“ des Deutschen Jugendinstitutes (DJI-Handbuch) hingegen werden fünf zentrale Kategorien einer Gefähr-

dungseinschätzung aufgelistet (vgl. Lillig 2006a, 466). Benannt werden dort „kindliche, altersabhängige Bedürfnisse“, „das Tun oder Unterlassen der Eltern oder Dritter“, „zeitweilige oder dauerhafte Belastungen und Risikofaktoren“, „zeitweilig oder dauerhaft vorhandene Ressourcen und Schutzfaktoren“ sowie (erwartbare) „Folgen für die kindliche Entwicklung“ (ebd.).

Darüber hinaus gibt es in der Literatur zahlreiche weitere Kategorien an Einschätzungsaufgaben, die je nach Verfasser unterschiedlich benannt und je nach Fallkonstellation unterschiedlich gewichtet werden. Dass je nach Fallkonstellation unterschiedliche Kombinationen von Einschätzungsaufgaben angemessen sein können (vgl. Kindler/Lillig 2008, 91), lässt sich auch daran erkennen, dass in einem Fall, der z. B. durch einen Misshandlungsverdacht ausgelöst wird, andere Aspekte im Vordergrund stehen, als in einem Fall, der durch eine schwere psychische Erkrankung eines Elternteils geprägt ist. Während im ersten Fall die Abklärung des Verdachts vorerst im Vordergrund steht, wird im zweiten Fall die Einschränkung der Erziehungsfähigkeit des Elternteils näher untersucht werden müssen (vgl. Kindler 2006e, 359).

Insgesamt ist eine Abklärung von Verdachtsmomenten hinsichtlich einer Kindeswohlgefährdungsform nur dann notwendig, wenn entsprechende Hinweise bekannt sind oder sich im Kontakt zur Familie ergeben. In solchen Fällen wird eine weitere Fallbearbeitung ohne einen Klärungsversuch als nicht möglich oder nicht sinnvoll angesehen (vgl. ebd.).

Auch für die Auswahl geeigneter Hilfen oder Schutzmaßnahmen sind weitere spezifische Einschätzungen notwendig. Hierzu zählen unter anderem die Einschätzung des Risikos einer wiederholten Misshandlung oder Vernachlässigung, die Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit der Eltern, eine Beschreibung ihrer Erziehungsfähigkeiten und -defizite sowie eine Erhebung familiärer Ressourcen. Ebenso ist für Kindler und Lillig eine Erhebung der Förderbedürfnisse des Kindes wichtig, um gegebenenfalls konkrete kindbezogene Hilfen einleiten zu können (vgl. Kindler/Lillig 2008, 92 f.). Laut Jordan sind darüber hinaus auch Faktoren wie die Hilfeakzeptanz der Eltern, also ihre Problemakzeptanz und Kooperationsbereitschaft sowie die Belastun-

gen im sozialen Umfeld des Kindes zu berücksichtigen (vgl. Jordan 2008, 30).
Als weitere mögliche Kategorien seien an dieser Stelle noch die Sichtweisen der Eltern auf die Entwicklung und Lebenssituation ihrer Kinder, ihnen mögliche Versorgungsleistungen und für sie akzeptable Hilfeleistungen (vgl. Schrapper 2008, 64), sowie die Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung genannt (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, 96).
Im Folgenden werden einige für die Risikoeinschätzung wichtige Elemente oder Kategorien näher betrachtet. Bei der Auswahl dieser Elemente der Risikoeinschätzung handelt es sich um eine Auflistung von Friederike Alle aus dem Jahr 2010 (vgl. Alle 2010, 55), da sich die meisten in der Literatur vorzufindenden Kategorien in ihren „Elementen“ wiederfinden lassen. Diese Auflistung ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Elemente einer Risikoeinschätzung (nach Alle 2010)
1. Lebenslage der Familie
2. Bedürfnisse der Kinder
3. Entwicklungsstand der Kinder
4. Erziehungsfähigkeit der Eltern
5. Kooperationsbereitschaft der Eltern
6. Risiko- und Schutzfaktoren
7. Ressourcen
8. Prognose

Tab. 3: Elemente der Risikoeinschätzung (nach Alle 2010, 55; eigene Darstellung)

Neben diesen Elementen sollten jedoch immer auch die Benennung der Art der Kindeswohlgefährdung, die Häufigkeit, die Dauer und der Schweregrad der Gefährdung, sowie das Alter des Kindes zu einer Risikoeinschätzung gehören und entsprechend Beachtung finden (vgl. ebd.).

4.2.1 Lebenslage der Familie

Die Lebenslage einer Familie setzt sich aus verschiedenen Parametern zusammen, welche in Wechselwirkung zueinander stehen. Diese Parameter haben Einfluss auf das alltägliche Leben in der Familie und bestimmen den Grad ihrer Selbstbestimmung (vgl. Alle 2010, 66). Sie beschreiben den Spielraum einer Familie und je nachdem wie eng oder weit dieser ist, hat die Familie Entwicklungs-, Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Aus einem engen Spielraum, mit wenig oder eingeschränkten Optionen, ergeben sich häufig Stressoren und schwerwiegende Belastungen. Dies führt wiederum dazu, dass sich die Lebenslage auch auf die Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen einer Familie auswirkt (vgl. ebd.).
Eines dieser Parameter ist die „materiell-finanzielle Situation, Lohnarbeit und soziale Sicherung“ (ebd.). Hierbei ist unter anderem von Bedeutung, ob die Eltern berufstätig oder arbeitslos sind und ob sie Schulden haben. Ebenso spielt es eine Rolle, wie zufrieden die Familie mit ihrer finanziellen Situation ist und ob gegebenenfalls alle notwendigen Anträge auf Hilfeleistungen gestellt wurden. Auch die Versorgung und Betreuung der Kinder während der Erwerbstätigkeit der Eltern und ihre Zufriedenheit mit dieser Situation sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung (vgl. ebd., 66 f.).
Ein weiterer Parameter wird als „Wohnen und Wohnumfeld“ bezeichnet (ebd., 67). Hier wird beispielsweise geklärt, ob die Größe der Wohnung für die Familie angemessen ist, ob es sich um eine Mietwohnung oder um Eigentum handelt und wie die Infrastruktur im Wohnumfeld gestaltet ist. Ob es in der Nähe Angebote für Kinder gibt und ob sie draußen spielen können ist hierbei ebenso bedeutsam, wie die Klärung der Frage, ob die Kinder innerhalb der Wohnung eine Möglichkeit haben, persönliche Dinge aufzubewahren (vgl. ebd.).
Die letzten beiden Parameter, die Auswirkungen auf die Lebenslage einer Familie haben, werden als „Sozialbeziehungen“ und „Randständigkeit und Ausgliederung“ bezeichnet (ebd.). Bei den „Sozialbeziehungen“ handelt es sich um Beziehungen nach außen, ob die Eltern und Kinder Freunde haben, wie Kontakte zu anderen Verwandten und nachbarschaftliche Beziehungen aussehen und ob die Familie im Umfeld anerkannt ist. Auch Beziehungen innerhalb der Familie sind bedeutsam, ob diese beispielsweise sehr belastet oder frei von Belastung

sind (vgl. ebd.). Der Parameter „Randständigkeit und Ausgliederung“ betrifft je nach Familie unterschiedliche Faktoren. So hat es Auswirkungen auf die Lebenslage einer Familie, ob diese integriert ist, ob ihr Wohnumfeld stigmatisiert ist, ob die Kinder eine Förderschule besuchen oder einzelne Familienmitglieder psychiatrisch auffällig oder in Haft sind (vgl. ebd., 67 f.).
Diese ganzen Parameter beeinflussen eine Familie und ihre Lebenslage. Daher sollte eine Fachkraft schon im Erstkontakt bemüht sein, die Lebenslage einer Familie kennenzulernen und zu verstehen. Dies ist wichtig, um einschätzen zu können, welchen Einfluss die Lebenslage auf die einzelnen Familienmitglieder hat und welche Stressoren als besonders belastend erlebt werden. Diese Belastungsfaktoren geben zum einen Hinweise darauf, woraus Gefährdungen für die Kinder entstanden sind oder entstehen können und zum anderen geben sie Hinweise auf einen eventuell vorhandenen Hilfebedarf (vgl. ebd., 67).

4.2.2 Bedürfnisse der Kinder

Ein weiteres wichtiges Element einer Risikoeinschätzung ist die Frage, ob Eltern die Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen befriedigen. Um dies beurteilen zu können, ist die grundlegende Kenntnis kindlicher Basisbedürfnisse Voraussetzung.
Zur Veranschaulichung kindlicher Bedürfnisse hat Maslow eine Bedürfnishierarchie entwickelt (vgl. Maslow 1978, 74 ff.), welche später in Form einer Pyramide, der sogenannten „Bedürfnispyramide“, dargestellt wurde (vgl. Abb. 1, 30). Nach diesem Modell müssen zuerst kindliche Basisbedürfnisse, die sich im unteren Teil der Pyramide befinden, zu einem Mindestmaß befriedigt werden, sodass sich auf den jeweils übergeordneten Stufen Interessen und Bedürfnisse entwickeln und diese befriedigt werden können (vgl. DKSB/ISA 2006, 20). Diese Basisbedürfnisse, die die untersten beiden Stufen der Pyramide bilden, sind zum einen physiologische (körperliche) Bedürfnisse und das Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit (vgl. Maslow 1978, 74 ff.). Schmidtchen hat diese Bedürfnisse anhand von Beispielen verdeutlicht (vgl. Schmidtchen 1989, 106). So gehört zu den physiologischen Bedürfnissen neben Essen und Trinken auch Schlaf, ein Wach-Ruhe-Rhythmus, Zärtlichkeit und Körperkontakt. Die kindlichen Schutzbe-

dürfnisse werden erläutert als Schutz vor Gefahren, Krankheiten, Unbilden des Wetters und auch als Schutz vor materiellen Unsicherheiten (vgl. Schmidtchen 1989, 106; DKSB/ISA 2006, 19). Diesen Basisbedürfnissen übergeordnet ist das Bedürfnis nach Verständnis und sozialer Bindung, womit sowohl Dialog und Verständigung als auch die Zugehörigkeit zu einer Familie und Gemeinschaft gemeint ist. Anschließend folgt das Bedürfnis nach Wertschätzung, welches unter anderem eine bedingungslose Anerkennung als seelisch und körperlich wertvoller Mensch meint, bevor das Bedürfnis nach Anregung, Spiel und Leistung und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung die Spitze der Pyramide bilden (vgl. ebd.). Das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung beinhaltet nach Schmidtchen die Förderung der natürlichen Neugierde eines Kindes, die durch Anregungen beim Erleben und Erforschen der Umwelt befriedigt werden sollte. Ebenfalls ist eine Unterstützung bei der eigenständigen Durchsetzung und Verwirklichung von Zielen gemeint, sowie auch Unterstützung bei der aktiven Bewältigung von Lebensängsten und Lebenskrisen (vgl. Schmidtchen 1989, 106).

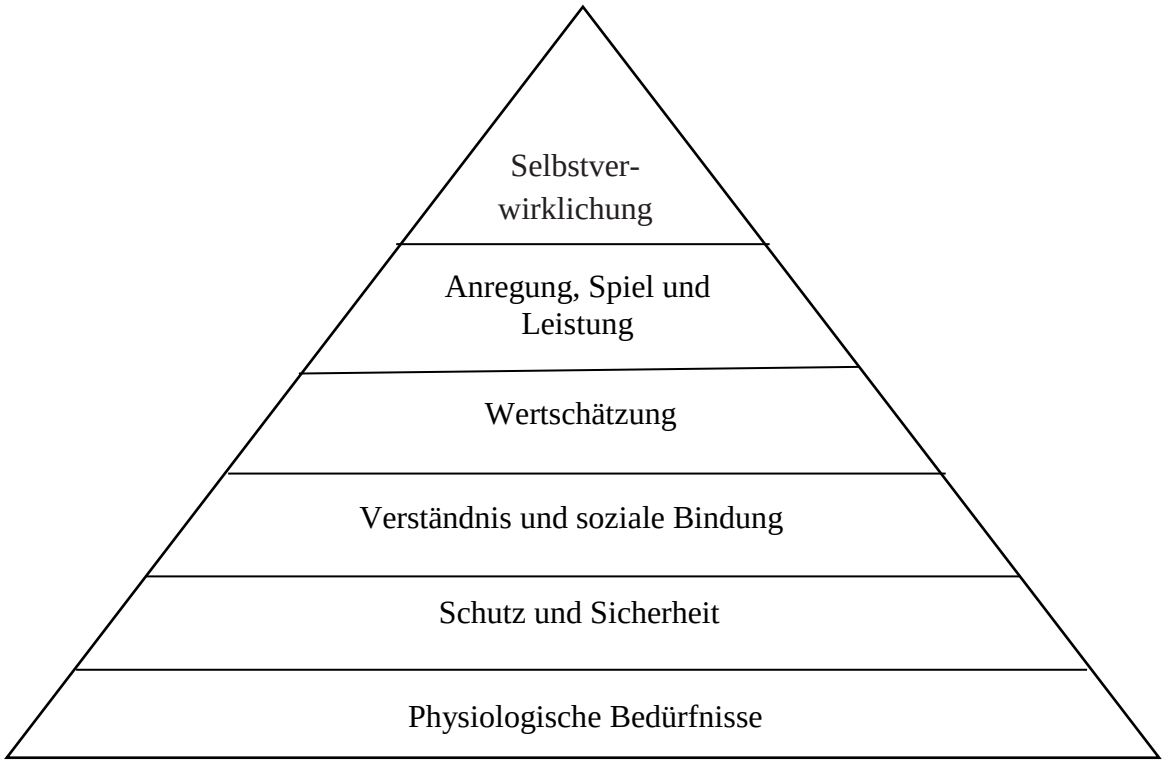


Abb. 1: „Bedürfnispyramide“ (nach Maslow 1978, 77 ff.; DKSB/ISA 2006, 20; eigene Darstellung)

Diese Bedürfnispyramide ist jedoch kein starres Schema, die Übergänge zwischen den einzelnen Stufen sind fließend und stehen in Wechselwirkung zueinander (vgl. Alle 2010, 70). Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die kindlichen Bedürfnisse auch vom Alter und Entwicklungsstand der Kinder abhängig sind (vgl. ebd.).
Trotz des Wissens um diese kindlichen Bedürfnisse hat schon das Bundesverfassungsgericht grundsätzlich klargestellt, dass Eltern frei von staatlichen Einflüssen und Eingriffen darüber entscheiden können, wie sie die Pflege und Erziehung ihrer Kinder gestalten. Dies ist selbst der Fall, wenn die Kinder dadurch Nachteile erleiden (vgl. BVerfG FamRZ 2006, 1594). So bestätigt auch das Oberlandesgericht Hamm, dass Kinder keinen Anspruch auf „optimale Förderung und Erziehung“ haben und dass sowohl die Eltern als auch deren sozioökonomische Verhältnisse zum „Schicksal und Lebensrisiko eines Kindes“ gehören (OLG Hamm FamRZ 2004, 1665).
Laut Kindler und Reich haben in den vergangenen Jahren sowohl innerhalb als auch außerhalb Deutschlands im Jugendhilfesystem Verständigungsprozesse darüber stattgefunden, was als „grundlegende und minimal notwendige elterliche Pflege- und Versorgungsleistung für Kinder“ angesehen werden kann (Kindler/Reich 2006, 389), welche im Gegensatz zu „optimaler Förderung und Erziehung“ von den Eltern erwartet werden kann. Zu diesen Leistungen zählen in der Regel die Gewährleistung einer ausreichenden Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, die Versorgung des Kindes mit einem angemessenen Wohn- und Schlafplatz und mit alters- und witterungsentsprechender Kleidung, die Sicherstellung von ausreichender Hygiene und medizinischer Versorgung sowie ein angemessener Schutz des Kindes vor erkennbaren Gefahren (vgl. Kindler/Reich 2006, 389).
Um die Einschätzung der Erfüllung kindlicher Bedürfnisse durch einzelne Bezugspersonen zu erleichtern, hat das Deutsche Jugendinstitut (DJI) im Rahmen des Projektes „Kindeswohlgefährdung und ASD“ das „Einordnungsschema zur Erfüllung kindlicher Bedürfnisse“ entwickelt (Werner 2006a, 84). Dieses Schema stützt sich in der Wahl der einzelnen einzuschätzenden Kategorien grundlegend auf die Bedürfnispyramide Maslows und ist im Anhang I (S. 124) vorzufinden.
Werden kindliche Bedürfnisse nicht erfüllt, so kann es je nach Art des nicht befriedigten Bedürfnisses und dem Alter des Kindes zu unterschiedlichen Folgen kommen, die sich in schwerwiegenden und lang

andauernden Beeinträchtigungen sowie in einer akuten Gefährdung des Kindes äußern können (vgl. Schrapper 2008, 58). Die kindlichen Bedürfnisse (Basic needs) und die Folgen derer Missachtung hat Fegert in einer Tabelle anhand von Beispielen veranschaulicht.

Basic needs	Folgen des Mangels	Langzeitfolgen
Versorgung	Hunger, Fehlernährung, Gedeihstörungen	Psychosozialer Minderwuchs
Liebe, Zuwendung	Gedeihstörungen, emotionale Störungen	Körperliche und psychische Deprivationsfolgen
Stabile Bindungen	Auffälligkeiten im Kontakt (Nähe-Distanz)	Bindungsstörungen
Körperpflege	Entzündungen (z. B. im Windelbereich)	Defektheilungen z. B. an der Haut
Gesundheitsfürsorge	Vermeidbare Erkrankungen	Schwere Krankheitsverläufe
Körperliche Unversehrtheit	Angst, Verletzung nach Misshandlung und sexuellem Missbrauch	Posttraumatische Reaktionen, Bindungs- und Persönlichkeitsstörungen
Aufsicht	Unfälle	Behinderungen
Respekt vor altersentsprechender Intimität, Schutz vor sexueller Ausbeutung	Sexualisiertes Verhalten	z. B. psychische Langzeitfolgen, Partnerprobleme
Relative Freiheit von Angst	Angst	Selbstwertprobleme, emotionale Probleme
Tagesablauf	Schlafstörungen, Apathie am Tag	Entwicklungsstörungen, Deprivation
Anregung, Vermittlung von Erfahrungen	Entwicklungsdefizite, Deprivation	Entwicklungsstörungen, psychiatrische Störungen

Tab. 4: Grundlegende kindliche Bedürfnisse und Folgen ihrer Missachtung (nach Fegert 1997; DKSB/ISA 2006, 23; eigene Darstellung)

4.2.3 Entwicklungsstand der Kinder

Ein weiteres Element der Risikoeinschätzung stellt die Beurteilung des Entwicklungsstandes eines Kindes dar. Eine solche Beurteilung ist von Bedeutung, da sowohl der Entwicklungsstand als auch Verhaltensauffälligkeiten der Kinder Hinweise auf bisherige Defizite in ihrer Erziehung, in der elterlichen Erziehungsfähigkeit und auf die Art der möglichen Kindeswohlgefährdung geben können (vgl. Alle 2010, 83). Im Regelfall werden bedeutsame Abweichungen nicht von den Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Jugendamtes sondern von spezialisierten Ärzten eingeschätzt (vgl. Schieche/Kreß 2006, 107). Die ASD-Fachkräfte müssen jedoch die Notwendigkeit einer vertiefenden Diagnostik erkennen, deren Ergebnisse verstehen und bei Qualitätsmängeln der Diagnostik auch Nachfragen formulieren können (vgl. ebd.).
Voraussetzung für diese Aufgaben ist ein Grundwissen über altersgemäße kindliche Entwicklungsabläufe. Dies ist unter anderem wichtig, um, wie soeben erwähnt, bedeutsame Abweichungen in der kindlichen Entwicklung erkennen zu können (vgl. ebd., 107 ff.) und gegebenenfalls weitergehende Untersuchungen durch spezielle Fachkräfte anregen zu können (vgl. Kindler/Werner 2006, 91). Ebenso ist dieses Wissen in Fällen hilfreich, in denen Eltern unangemessene und nicht altersentsprechende Erwartungen an ihr Kind haben und seine Entwicklungssituation falsch einschätzen. Auch für die Einbringung kindlicher Bedürfnisse in ein Hilfeplanverfahren oder ein familiengerichtliches Verfahren ist ein solches Grundwissen unerlässlich (vgl. ebd.).
In möglichen Gefährdungsfällen ist in diesem Zusammenhang einzuschätzen, ob der abweichende Entwicklungsverlauf so gravierend ist, dass eine Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen durch die Eltern eine Kindeswohlgefährdung bedeutet. Zugleich kann nach Gefährdungsereignissen anhand der Abweichungen im Entwicklungsverlauf eingeschätzt werden, ob und mit welchen Hilfen die Eltern die durch das Kind gestellten Erziehungsanforderungen bewältigen können (vgl. Schieche/Kreß 2006, 107).
Zu dem hierfür benötigten Grundwissen zählen sowohl grundlegende Kenntnisse über eine altersgemäße körperliche Entwicklung als auch Kenntnisse über die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung

eines Kindes. Im Folgenden werden die einzelnen Entwicklungsbereiche dargestellt.
Die körperliche Entwicklung stellt einen wesentlichen Bereich der menschlichen Entwicklung dar, da körperliche Wachstums- und Reifungsvorgänge die Grundlage für die Entwicklung der Bewegungsfähigkeit, der sogenannten motorischen Entwicklung und der Wahrnehmung, also der sensorischen Entwicklung, bilden (vgl. Werner 2006b, 85).
Eine gesunde, altersgemäße körperliche Entwicklung zeichnet sich durch einen Anstieg von Gewicht und Körpergröße entlang der Perzentilenkurven aus. Diese bieten ein Instrument zur Einschätzung des kindlichen Wachstums, indem sie die Verteilung der Körpermaße in verschiedenen Altersstufen beschreiben (vgl. Werner 2006b, 89). Beispiele für Perzentilenkurven von Jungen und Mädchen bis zum 18. Lebensjahr befinden sich im Anhang II (S. 125 f.).

Das körperliche Wachstum eines Menschen ist im ersten Lebensjahr am größten. Während Neugeborene durchschnittlich eine Körpergröße von 50 bis 53 Zentimetern haben und etwa 3,5 Kilogramm wiegen, wächst der Säugling in den ersten drei Monaten jeweils 3,5 Zentimeter pro Monat. Im Alter von fünf Monaten hat sich das Geburtsgewicht etwa verdoppelt, nach 12 Monaten verdreifacht (vgl. Werner 2006b, 85).

Noch deutlicher zeigt sich die kindliche Entwicklung innerhalb des ersten Lebensjahres an der motorischen Entwicklung, durch welche sich ein Säugling langsam aus der vollständigen Abhängigkeit von seiner Bezugsperson lösen kann (vgl. Werner 2006b, 86). Einen Überblick über die motorische Entwicklung innerhalb der ersten drei Lebensjahre gibt die folgende Abbildung.

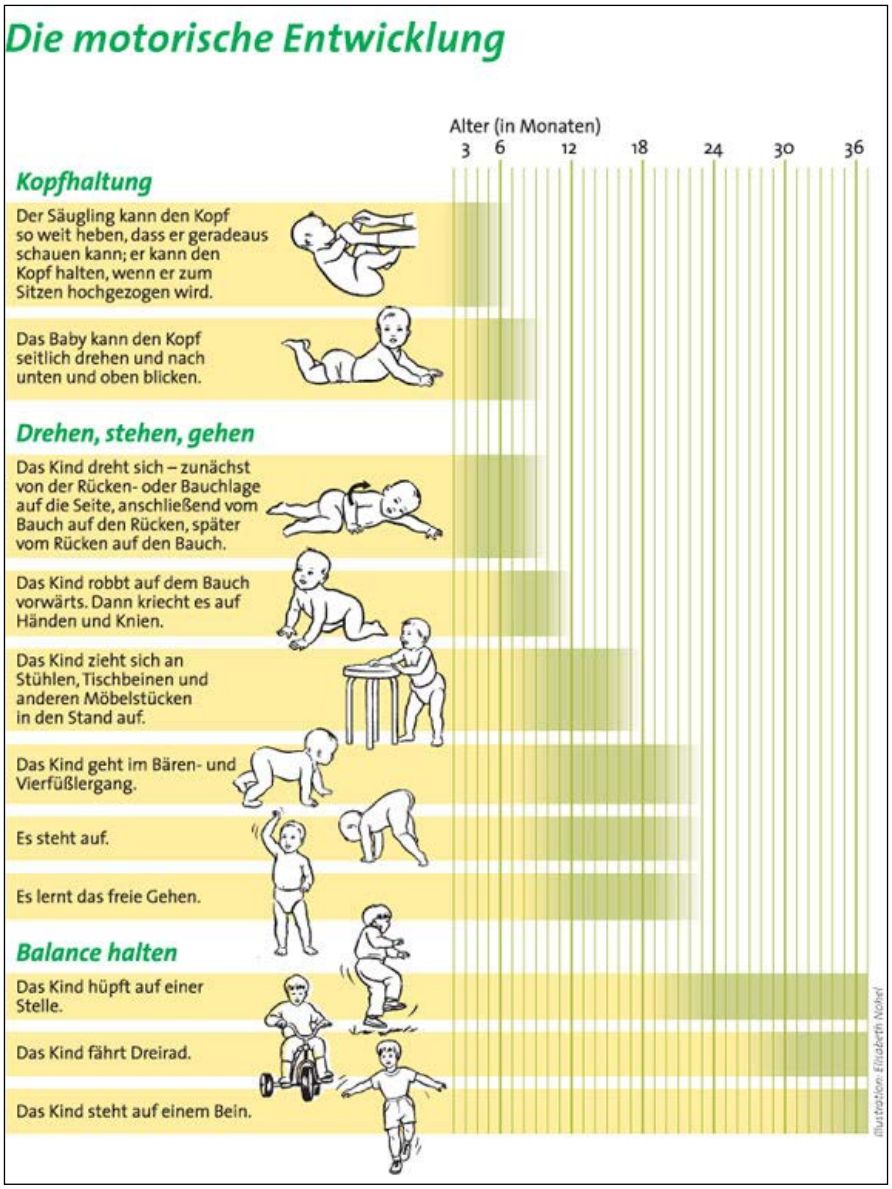


Abb. 2: Die motorische Entwicklung innerhalb der ersten drei Lebensjahre (http://www.aok.de/kids/htm/entwickl/auseigen/?sid=aok)

Die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung hingegen hängen unter anderem von den Bedingungen des Aufwachsens des Kindes ab. Zur kognitiven Entwicklung zählt die Ausbildung von Wahrnehmung, Sprache, Wissen, Denken und Problemlösen sowie die Ausbildung der Vorstellungsgabe und des Gedächtnisses (vgl. Kindler/Werner 2006, 91). Die soziale Entwicklung betrifft Veränderungen in Verhaltensmustern gegenüber anderen Menschen und Veränderungen in Gefühlen, Einstellungen und Konzepten im Umgang mit anderen Menschen (vgl. Schaffer 1996, 1; Kindler/Werner 2006, 103). Die emotionale Entwicklung umfasst die Emotionen eines Menschen, Veränderungen in ihrem Ausdruck und Erkennen aber auch Veränderungen im Ver-

ständnis der Emotionen, der Umstände des Auftretens sowie ihrer Regulation (vgl. Kindler/Werner 2006, 95).
Auch in diesen Entwicklungsbereichen ist ein entsprechendes Hintergrundwissen erforderlich, da Auffälligkeiten eines Kindes in den Bereichen der sozialen und emotionalen Entwicklung sowohl bei der Einschätzung der Erziehungsanforderungen, die ein Kind an seine Eltern stellt, als auch bei Hilfebedarfen zu berücksichtigen sind. Dies ist wichtig, da inzwischen die große Bedeutung einer gelingenden sozialen und emotionalen Entwicklung für einen insgesamt positiven Entwicklungsverlauf bekannt ist (ebd.) und Probleme im Bereich der Bewältigung früher sozialer und emotionaler Entwicklungsaufgaben die Bewältigung anderer und späterer Entwicklungsaufgaben beeinträchtigen können (vgl. ebd., 100).
Einen Überblick über die verschiedenen kindlichen Entwicklungsbereiche bietet die folgende Abbildung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für eine umfassendere Übersicht zu körperlicher Entwicklung in verschiedenen Altersstufen sei auf den Artikel von Annegret Werner mit dem Titel „Wie verläuft eine altersgemäße körperliche Entwicklung?“ im Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst verwiesen (vgl. Werner 2006b). Auf die kognitive und sozio-emotionale kindliche Entwicklung wird in dem Artikel „Wie verläuft eine altersgemäße kognitive und sozioemotionale Entwicklung?“ von Heinz Kindler und Annegret Werner näher eingegangen (vgl. Kindler/Werner 2006).

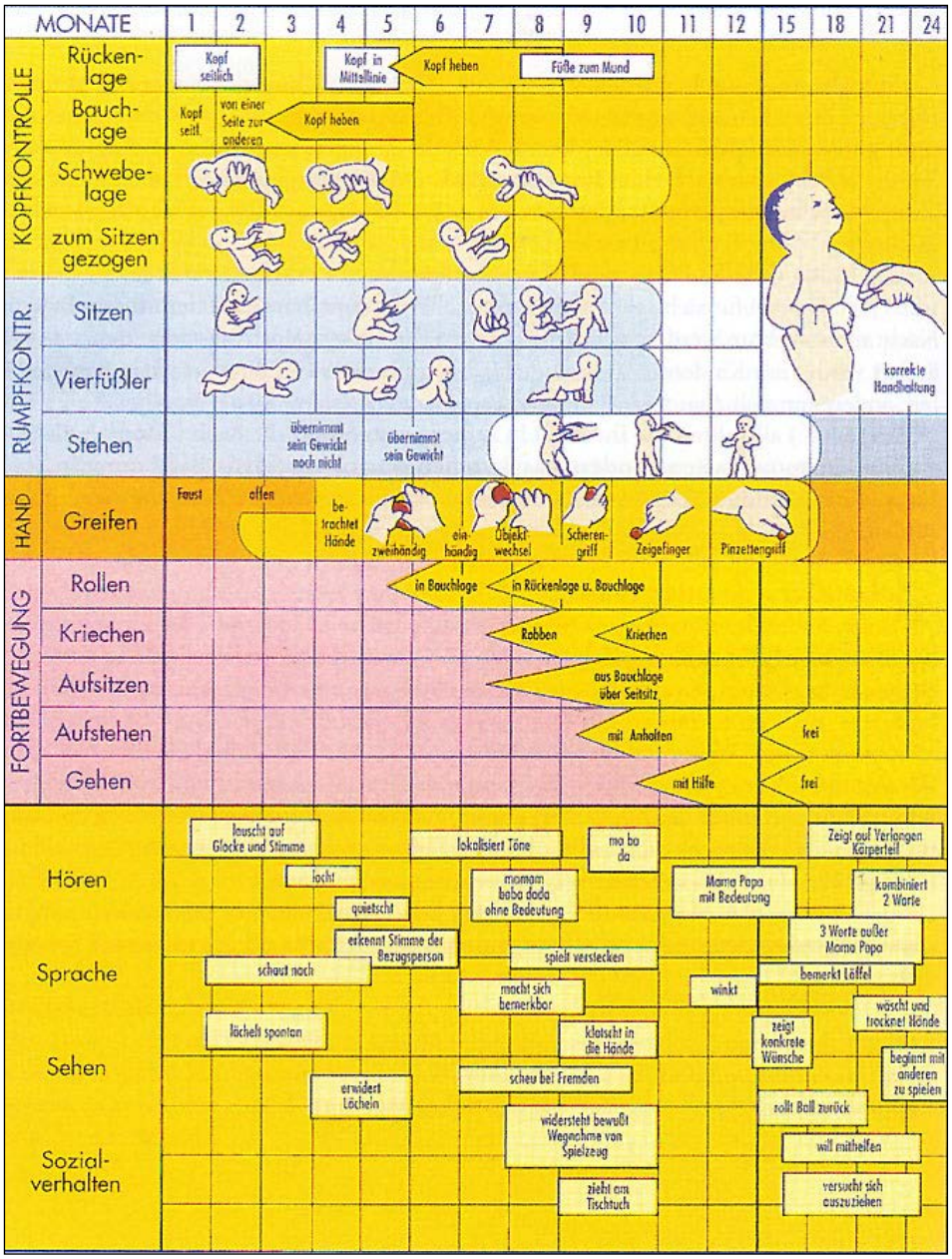


Abb. 3: Entwicklung des Kindes in den ersten beiden Lebensjahren (Bundesministerium für Gesundheit)

Trotz des Wissens um die Bedeutung der kindlichen Entwicklung für die Einschätzung eines Gefährdungsrisikos werden sorgfältige Entwicklungsprognosen als systematische und notwendige Bestandteile von Risikoeinschätzungen im deutschen Kinderschutz bislang eher vernachlässigt (vgl. Fegert 2008b, 199).

4.2.4 Erziehungsfähigkeit der Eltern

Nachdem die Lebenslage der Familie, die kindlichen Bedürfnisse und die kindliche Entwicklung als Elemente der Risikoeinschätzung betrachtet wurden, wird es nun um die Erziehungsfähigkeit der Eltern gehen, bevor anschließend auf die Kooperationsbereitschaft der Eltern eingegangen wird.
Unter „Erziehung“ soll in diesem Zusammenhang ein Prozess zwischen Eltern und Kindern verstanden werden, welcher das Ziel verfolgt, Kinder so zu fördern, zu fordern und zu unterstützen, dass sie zu gesellschaftlich integrierten, selbständigen Erwachsenen werden. Zu diesem Prozess gehören Regeln und Grenzen ebenso wie Liebe, Wärme, Zuverlässigkeit, Konstanz, Achtung und Zugehörigkeit (vgl. Alle 2010, 73).
Die Einschätzung elterlicher Erziehungsfähigkeit stellt jedoch keine einfache Aufgabe dar, da sich auch in der Fachliteratur keine fundierten Definitionen zum Begriff der „Erziehungsfähigkeit“ oder zu in diesem Zusammenhang relevanten einzuschätzenden Parametern finden (vgl. ebd.). Dennoch ist sie sowohl für eine Auswahl geeigneter und notwendiger Hilfen oder Interventionen als auch für die Prognose, die Abschätzung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens weiterer Gefahren, von Bedeutung (vgl. Kindler 2006a, 38; Kindler/Lillig 2008, 93).
Erkenntnisse bezüglich der Erziehungsfähigkeit können auf verschiedenen Wegen gewonnen werden. Zum einen können Gespräche mit den Eltern und Kindern sehr aufschlussreich sein, ebenso wie Beobachtungen bei Hausbesuchen sowie Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktion. Des Weiteren können sich Hinweise aus dem Verhalten und dem Pflegezustand des Kindes ergeben. Auch die Einbeziehung anderer Institutionen und Helfer wie Kindergarten, Schule, Sozialpädagogischer Familienhilfe und Kinderarzt kann sehr hilfreich sein, sollte aber mit den Eltern abgesprochen werden (vgl. Alle 2010, 74).
Tschöpe-Scheffler hat im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Fachhochschule Köln unter anderem Kriterien entwickelt, die Hinweise darauf geben können, wie elterliches Erziehungsverhalten eingeordnet werden kann. Dabei hat sie eine Unterscheidung in entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Aspekte des Erziehungs-

verhaltens vorgenommen, welche in der folgenden Tabelle veranschaulicht werden (vgl. Tschöpe-Scheffler 2003, 41 f.).

Entwicklungsfördernde Aspekte	Entwicklungshemmende Aspekte
Emotionale Wärme	Emotionale Kälte
Achtung und Respekt	Missachtung
Kooperatives Verhalten	Dirigistisches Verhalten, maximale Lenkung und Fremdbestimmung
Struktur und Verbindlichkeit	Chaos/Beliebigkeit
Allseitige Förderung	Zu wenig, zu viel oder zu einseitige Förderung

Tab. 5: Entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Aspekte des Erziehungsverhaltens (nach Tschöpe-Scheffler 2003, 41 f.; eigene Darstellung)

Erziehung mit größtenteils entwicklungsfördernden Aspekten zeichnet sich nach Tschöpe-Scheffler durch eine dialogische Struktur und einen demokratischen, sozial-integrativen Erziehungsstil aus. Die Elternrolle wird bejaht und das Kind als Subjekt wahrgenommen. Erziehung mit größtenteils entwicklungshemmenden Aspekten hingegen zeichnet ein autoritärer oder permissiver Erziehungsstil aus, in dem das Kind vorwiegend als Objekt der Erziehung wahrgenommen wird und die Elternrolle ablehnend-feindlich, ambivalent oder dominant ist (vgl. Tschöpe-Scheffler o. J., 2).
In Anlehnung an diese Aspekte hat Alle sechs Kriterien zur Einschätzung von Erziehungsfähigkeit entwickelt. Diese Kriterien sind „Emotionale Wärme und Empathie“, „Sicherheit und Schutz“, „Kontinuität und Verlässlichkeit“, „Förderung und Reflexion“, „Sozialisation und Werte“ und „Soziale Kontakte und Kooperation“ (Alle 2010, 76).
Das vom Deutschen Jugendinstitut herausgegebene Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst enthält im Anhang Melde- und Prüfbögen für verschiedene Einschätzungsaufgaben im Zusammenhang mit einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (vgl. Kindler et al. 2006, 881 ff.). Unter anderem wurden auch Bögen zur Einschätzung der Erziehungsfähigkeit von Eltern entwickelt. Diese gliedern sich in die vier Unterpunkte „Pflege und Versorgung“, „Bindung“, „Regeln und Werte“ und „För-

derung“ (vgl. ebd., 884). Zu jedem dieser Unterpunkte gibt es mehrere offene Fragen. Der Bereich der Pflege und Versorgung des Kindes umfasst beispielsweise den gegenwärtigen Versorgungszustand des Kindes und seine Entwicklungsgeschichte, die beobachtbare und berichtete Versorgung des Kindes und ihre Einbettung in das Leben der Elternteile und das unmittelbare Lebensumfeld des Kindes (vgl. ebd., 911 f.). Zur Einschätzung der Bindung zählt unter anderem das Verhalten des Kindes in bindungsrelevanten Situationen, das beobachtbare Fürsorgeverhalten der Bindungsperson gegenüber dem Kind, die Lebensgeschichte und Lebenssituation der Bindungsperson sowie die Reaktion der Bindungsperson auf geeignete Hilfen zur Erziehung (vgl. ebd., 913 ff.). Die Beurteilung im Bereich der Regeln und Werte stützt sich unter anderem auf Antworten zu den Fragen, ob der Elternteil von seiner Lebenssituation und Persönlichkeit her stabil genug ist, um dem Kind Regeln und Werte zu vermitteln, ob der Elternteil ein Mindestmaß an Interesse und Engagement bei der Vermittlung von Regeln und Werten zeigt und ob der betreffende Elternteil über grundlegend angemessene Ziele und Vorgehensweisen bei der Vermittlung von Regeln und Werten verfügt (vgl. ebd., 917 ff.). Die Förderung wird anhand des Entwicklungsstandes bei Kindern in den ersten Lebensjahren, dem Anregungsgehalt der familiären Lebensumwelt eines Kindes, der Haltung des Elternteils gegenüber seiner Förderaufgabe und der Verpflichtung zur Umsetzung der Schulpflicht sowie der Reaktion eines Elternteils auf Maßnahmen zur Unterstützung der Förderfähigkeit eingeschätzt (vgl. ebd., 921 f.).

Erziehungsunfähigkeit wiederum kann sehr unterschiedliche Gründe haben. Eine erhebliche psychische Erkrankung, Suchterkrankung oder deutliche Intelligenzminderung eines Elternteils können Anzeichen einer Erziehungsunfähigkeit bzw. einer eingeschränkten Erziehungsfähigkeit sein. Ebenso kann auch ein Wissens- oder Erfahrungsdefizit bei den Eltern vorliegen (vgl. Alle 2010, 73, 80).

4.2.5 Kooperationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit der Eltern

Die elterliche Kooperationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit wird teilweise auch als „Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit“ oder als „Bereitschaft und Fähigkeit zur Abwendung einer Gefährdung“ bezeichnet (vgl. Kindler 2006e, 361; Kindler/Lillig 2008, 90).
Diese unterschiedlichen Formulierungen zeigen auf, um welche Aspekte es bei dieser Einschätzung inhaltlich geht. So zeichnet sich elterliche Kooperationsbereitschaft in diesen Zusammenhängen häufig auch durch Veränderungsbereitschaft aus. In Fällen einer möglichen Kindeswohlgefährdung geht die Bereitschaft und Fähigkeit zur Abwendung einer Gefährdung mit der Inanspruchnahme einer geeigneten Hilfe einher, was wiederum nur in Kooperation mit den Fachkräften gelingen kann.
Eingeschätzt werden kann die Kooperationsbereitschaft am Grad der elterlichen Problemakzeptanz, der Problemkongruenz und ihrer Hilfeakzeptanz (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, 96). Ob eine produktive Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachkräften möglich ist, ist davon abhängig, ob die Eltern akzeptieren können, dass ein Problem vorliegt und inwieweit eine Übereinstimmung in der Sicht der Problemlage erzielt werden kann. Des Weiteren ist entscheidend, inwiefern sie bereit sind, externe Hilfen anzunehmen (vgl. ebd.).
Ist bei den Eltern eine ausreichende Kooperationsbereitschaft, Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit erkennbar, so wird im Fallverlauf in der Regel eine Suche nach freiwilligen Hilfemaßnahmen im Vordergrund stehen (vgl. Kindler 2006e, 361). Dies verlangt auch § 1666 Abs. 1 BGB, in dem als Voraussetzung für einen Eingriff des Familiengerichts, also einen „unfreiwilligen“ Eingriff in die Rechte der Eltern, benannt wird, dass „die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden.“
Ist diese Bereitschaft und Fähigkeit allerdings nicht erkennbar vorhanden, so muss zur Gefahrenabwehr die Einschränkung elterlicher Rechte durch das Familiengericht in Betracht gezogen werden (vgl. ebd.).
Da eine Abwehr vorhandener Gefahren bei den betroffenen Eltern Veränderungen in ihrem Wahrnehmen, Denken und Handeln erforderlich macht, ist es auch möglich, sich bei der Einschätzung der Bereit-

schaft und Fähigkeit hierzu an vorhandenen Modellen zu orientieren, die menschliche Veränderungsprozesse beschreiben. Ein solches Modell wurde ursprünglich als „Stages of Change“ von Prochaska und DiClemente entwickelt (vgl. Prochaska et al. 1994; 1997 in Kindler 2006g, 462). Insbesondere werden dort die Stadien Präkontemplation, Kontemplation, Handlungsstadium und Aufrechterhaltung unterschieden. Im Stadium der Präkontemplation werden relevante Probleme gar nicht oder nur kurzzeitig wahrgenommen. Unter Druck werden zwar möglicherweise vorübergehende Änderungen gezeigt, eine ernsthafte Veränderungsbereitschaft besteht allerdings nicht. Das Stadium der Kontemplation hingegen zeichnet sich durch ein aufkommendes Problembewusstsein aus, durch welches eine Auseinandersetzung mit möglichen Veränderungen aufkommt. Diese werden aber noch nicht - oder nur probeweise - umgesetzt (vgl. Kindler 2006g, 460). Im nächsten Stadium, dem sogenannten Handlungsstadium, besteht erstmals eine ernste Absicht zur Veränderung, sodass auch Zeit und Kraft in die Umsetzung der Veränderungen investiert werden. Das letzte Stadium, das Stadium der Aufrechterhaltung, zeichnet sich dadurch aus, dass Veränderungen weitergeführt und im Alltagsleben durchgehalten werden. Hilfreich kann eine Bekräftigung in gewissen Zeitabständen sein, die dazu ermutigt, Veränderungen, auch wenn sie Kraft kosten, nicht aufzugeben (vgl. ebd.).
Es ist wichtig zu beachten, dass diese Stadien zwar in der Theorie aufeinander aufbauen, in der Praxis aber aufgrund von Rückfällen in alte Verhaltensmuster auch mehrfach durchlaufen werden können. Sind zur Gefahrenabwehr mehrere Veränderungen durch die Eltern erforderlich, so kann sich jeder Elternteil in Bezug auf jede dieser Veränderungen in einem anderen Stadium befinden (vgl. ebd.).
Es kann sich während eines Fallverlaufs jedoch herausstellen, dass Eltern zwar Kooperationsbereitschaft signalisieren, zu einer „echten“ Kooperation aber nicht fähig sind. Dies kann beispielsweise in psychischen Krankheiten oder exzessivem Suchtverhalten begründet sein. Diese Faktoren können eine Kooperation erheblich erschweren, da Vereinbarungen mit Eltern in solchen Problemlagen nur schwer eingehalten werden können (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, 96). Die Bedeutung des Aspektes der Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit für eine Risikoeinschätzung wird jedoch in der Fachliteratur unterschiedlich dargestellt. Bringewat wertet eine Verweigerung des

„Sich-Einbeziehen-Lassens“ als „Indiz mangelnden Pflichtbewusstseins oder mangelnder Bereitschaft zur Pflichterfüllung“ und sieht sie somit „als eine für die Gesamtbeurteilung der Gefährdungslage des betroffenen Kindes/ Jugendlichen wesentliche Risikotatsache“ (Bringewat 2008, 299). Dem kann entgegengehalten werden, dass Kindler und Lillig die Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern zur Abwendung einer Gefährdung – meist eingeschätzt durch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Inanspruchnahme von Hilfen – als vollkommen ungeeignetes Kriterium für eine Gefährdungseinschätzung beurteilen. Zu diesem Schluss kommen sie, da die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe eine vorhandene Gefährdungslage bis zum Einsetzen bzw. Wirksamwerden der Hilfe kaum verändert. Ebenso kann eine Fähigkeit zur Nutzung von Hilfen nicht sofort eingeschätzt werden; dies kann erst nach einiger Zeit im Rückblick erfolgen, was wiederum für eine Gefährdungseinschätzung sehr ungünstig ist (vgl. Kindler/Lillig 2008, 91). Im DJI-Handbuch ist Kindler jedoch der Meinung, dass es bei einer Kindeswohlgefährdung von großer Bedeutung ist, ob „bei den Eltern eine Bereitschaft und Fähigkeit zur Abwehr vorhandener Gefahren für das Kindeswohl eher bejaht oder verneint werden muss“ (Kindler 2006g). Eine mögliche Erklärung für diesen scheinbaren Widerspruch in Kindlers Aussagen könnte sein, dass im ersten Fall eine erste Gefährdungseinschätzung oder eine Sicherheitseinschätzung gemeint ist, also eine der Stufen der Risikoeinschätzung, in denen innerhalb kurzer Zeit Entscheidungen über das Ausmaß der Gefährdung und die Sicherheit im familiären Kontext getroffen werden müssen. Für eine solche Einschätzung ist der Aspekt der elterlichen Bereitschaft und Fähigkeit zur Inanspruchnahme von Hilfen tatsächlich schwer einzuschätzen. Im zweiten Zitat hingegen könnte es um eine mehrdimensionale Risikoeinschätzung gehen, in der viele grundlegende Aspekte einbezogen werden und für die entsprechend mehr Zeit zur Verfügung steht. Für diesen Erklärungsansatz spricht, dass Kindler im Rahmen einer Erörterung mit dem Titel „Welche Einschätzungsaufgaben stellen sich in Gefährdungsfällen“ wiederum auch den Aspekt der „Einschätzung der Veränderungsbereitschaft von Eltern“ einbezieht (Kindler 2006e, 361).

4.2.6 Risikofaktoren

Nachdem die elterliche Erziehungsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft als Elemente einer Risikoeinschätzung dargestellt wurden, wird nun um das Element der Risikofaktoren erläutert.
Als „Risikofaktoren“ werden Faktoren bezeichnet, die „zur Prognose negativ gewerteter Ergebnisse verwendet werden können“ (Kindler 2009, 177). Somit stehen Risikofaktoren oder auch Risikoindikatoren statistisch mit einem „zukünftigen, negativ bewerteten Ereignis oder Prozess in Verbindung“ (Kindler 2005, 387). In Bezug auf Kindeswohlgefährdungs-fälle wird davon ausgegangen, dass erst eine Kombination von drei oder mehr Risikofaktoren ein hohes Risiko einer Kindeswohlgefährdung plausibel begründen kann (vgl. Kindler 2006h, 442).
Eine Einschätzung von Risikofaktoren, die nur bestehende Risiken erfasst, ist jedoch unzureichend. Da sich Risikofaktoren in einem „dynamischen Zusammenspiel“ mit sogenannten Schutzfaktoren befinden, müssen immer auch die jeweiligen Schutzfaktoren berücksichtigt werden (vgl. Fegert 2008b, 198 f.). Zur besseren Übersicht werden in diesem Kapitel jedoch nur ausgewählte Risikofaktoren erläutert, bevor im folgenden Kapitel auf Schutzfaktoren und Ressourcen eingegangen wird.
Risikofaktoren können sich auf alle Lebensbereiche eines Kindes, auf seine Eltern, seine ganze Familie und Umwelt beziehen. Im Folgenden werden verschiedene Gruppen von Risikofaktoren vorgestellt. Dazu gehören elterliche Risikofaktoren, familiäre und soziale Risikofaktoren sowie kindliche Risikofaktoren.
Zu elterlichen Risikofaktoren zählen unter anderem Aspekte ihrer Entwicklungs- und Lebensgeschichte, ob ein Elternteil beispielsweise selbst in der Kindheit Opfer einer Form von Kindesmisshandlung wurde (vgl. Kindler 2006h, 443). Elterliche Erfahrungen von Vernachlässigungen oder längeren Fremdunterbringungen gehen ihrerseits mit einem doppelten bis dreifach erhöhten Risiko einher, die eigenen Kinder zu vernachlässigen (vgl. ebd., 450). Elterliche Persönlichkeitsmerkmale und Dispositionen wie eine hohe Impulsivität, eine Neigung zu problemvermeidenden Bewältigungs-stilen, unrealistische Erwartungen an Kinder, ein eingeschränktes Einfühlungsvermögen sowie starke Gefühle der Hilflosigkeit, Belastung und Überforderung

hinsichtlich der Erziehungsanforderungen scheinen ebenfalls mit einem erhöhten Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiko in Zusammenhang zu stehen (vgl. ebd., 443). In Bezug auf die psychische Gesundheit und Intelligenz werden auch depressive Störungen, Suchterkrankungen und ausgeprägte Intelligenzminderungen als Risikofaktoren bezeichnet (vgl. ebd.; Alle 2010, 61).
Familiäre und soziale Risikofaktoren beziehen sich auf das Umfeld des Kindes. Neben den Faktoren, die bereits als „Lebenslage der Familie“ in Kapitel 4.2.1 erläutert wurden (materiell-finanzielle Situation, Wohnen und Wohnumfeld, Sozialbeziehungen, Randständigkeit und Ausgliederung), zählen auch Partnerschaftsgewalt, Trennung und Scheidung der Eltern und der Alleinerziehendenstatus als mögliche Risikofaktoren, da sie sich belastend auswirken und oftmals im Zusammenhang mit fehlender sozialer Unterstützung stehen (vgl. Alle 2010, 60 f.; Kindler 2006h, 444).
Mit kindlichen Risikofaktoren sind Merkmale des Kindes gemeint, die ein erhöhtes Vernachlässigungs- oder Misshandlungsrisiko für das Kind mit sich bringen können. Kindliche Merkmale wie ein „schwieriges“ Temperament, eine Erkrankung, Behinderung oder Verhaltensstörung zählen für sich allerdings nicht zu vorhersagekräftigen Risikofaktoren (vgl. Kindler 2006h, 444). Diese Merkmale sind in der Regel nur in Verbindung mit einem bereits belasteten Elternteil von Bedeutung. Dabei sind Kinder, die nur schwache Signale aussenden können, in Verbindung mit einem distanzierten oder desorganisierten Elternteil einem erhöhten Vernachlässigungsrisiko ausgesetzt. Kinder hingegen, die durch ihre Merkmale die Stressbelastung eines eher aggressiv reagierenden Elternteils erhöhen, haben ein nachweislich höheres Misshandlungsrisiko (vgl. ebd., 445).
Neben diesen Gruppen von Risikofaktoren wurde festgestellt, dass auch bestimmte Merkmale gegenwärtiger und früherer Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorfälle bedeutsam für die weitere Entwicklung sind. Sind diese Vorfälle durch eine unzureichende Bereitschaft der Eltern zur Verbesserung der Situation (vgl. Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit in Kapitel 4.2.5) oder eine deutlich verzerrte Vorstellung von der Elternverantwortung geprägt, wird auch dies als Risikofaktor angesehen. Ebenso wächst das Risiko weiterer Kindeswohlgefährdungen, wenn es in der Vergangenheit wiederholte Vorfälle schwerwiegender Misshandlung oder Vernachlässigung gab. So

zeigte eine amerikanische Längsschnittstudie über zwei Jahre, dass sich das Risiko einer weiteren ernsthaften Form von Kindeswohlgefährdung verdreifachte, wenn im Vorfeld zwei oder mehr Gefährdungsmeldungen eingegangen waren. Nachfolgende Gefährdungen treten dabei häufig in engerem zeitlichen Abstand auf als vorangegangene (vgl. Kindler 2006h, 445; Children´s Research Center 1997).

4.2.7 Schutzfaktoren

Nachdem einige Faktoren betrachtet wurden, die das Risiko einer Kindeswohlgefährdung erhöhen können, werden im Folgenden Schutzfaktoren und Ressourcen, die sich positiv auf schwierige Lebensumstände auswirken können, betrachtet.
Wie schon erwähnt, stehen diese in einem „dynamischen Zusammenspiel“ mit den Risikofaktoren und sind daher für sich allein wenig aussagekräftig. Schutzfaktoren sind wichtig, da sie Risikofaktoren in ihrer Wirkung abmildern oder auch ausgleichen können (vgl. Alle 2010, 59). Ressourcen von Eltern und Kindern können dazu beitragen, zukünftige Gefährdungen abzuwenden (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, 94) und gleichzeitig als Ansatzpunkte für geeignete Hilfen dienen (vgl. Kindler/Lillig 2008, 93).
Auch Schutzfaktoren und Ressourcen können in verschiedene Gruppen unterteilt werden. So werden in Anlehnung an das vorherige Kapitel elterliche Schutzfaktoren, familiäre und soziale Schutzfaktoren sowie kindliche Schutzfaktoren vorgestellt.
Elterliche Schutzfaktoren können u. a. persönliche Fähigkeiten wie Strukturiertheit, intellektuelle Leistungsfähigkeit und Reflektionsfähigkeit sein (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, 96 f.). Diese Fähigkeiten können dazu beitragen, dass Eltern auch in schwierigen Situationen nicht unüberlegt handeln. Ebenso können sich Eigenschaften und Fähigkeiten schützend auswirken, die Eltern vor übermäßigen Stress- und Überforderungsreaktionen bewahren. Dazu gehört Geduld, die Fähigkeit Grenzen zu ziehen und für sich selbst zu sorgen sowie die Fähigkeit, den Alltag so zu gestalten und zu planen, dass es erst gar nicht zu Überforderungen kommt.
Zu familiären und sozialen Schutzfaktoren, die den Lebensraum und die Lebensumstände eines Kindes betreffen, zählen unter anderem po-

sitive Beziehungen zu anderen Verwandten, Freunden oder Nachbarn sowie infrastrukturelle Gegebenheiten wie Unterstützungsangebote im direkten Umfeld der Familie. Auch materielle Ressourcen in Form angemessenen Wohnraums und finanzieller Mittel zur Bestreitung des Unterhalts wirken sich positiv aus und können zu einem positiven Familienklima beitragen (vgl. ebd., 97).
Die kindlichen Ressourcen und Schutzfaktoren sind abhängig vom Alter des betroffenen Kindes, von seinem Entwicklungsstand (vgl. Kap. 4.2.3) und seiner Fähigkeit, Kontakte außerhalb der Familie aufzubauen (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin, 97). So können sich positive Beziehungen des Kindes, vor allem zu erwachsenen Bezugspersonen wie einem Elternteil oder „Ersatzeltern“ wie Tante, Onkel oder Großeltern, sehr positiv auf die kindliche Entwicklung auswirken. Auch psychische und emotionale Stärken des Kindes sowie Intelligenz und eine gute Lern- und Anpassungsfähigkeit werden als Schutzfaktoren angesehen. Fähigkeiten oder Erfahrungen der Kompetenz und Selbstwirksamkeit, sinnvolle Freizeitinteressen und ein robustes, aktives, kontaktfreudiges, offenes oder ausgeglichenes Temperament werden ebenfalls als kindliche Ressourcen bezeichnet (vgl. DKSB/ISA 2006, 32 f.; Deegener/Körner 2008, 22). Diese Faktoren können die Folgen einer schweren Kindeswohlgefährdung zwar nicht auffangen, sie können die Kinder aber bei der Bewältigung belastender Erfahrungen und Entwicklungsbedingungen unterstützen (vgl. ebd.).
Kindler merkt allerdings an, dass bisher nur sehr wenig empirisch gesichertes Wissen über Schutzfaktoren und Ressourcen vorliegt, die ein Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiko nachweislich verringern (vgl. Kindler 2006h, 447). Der Forderung Kindlers nach Weiterentwicklungen in diesen Bereichen ist daher zuzustimmen.

4.2.8 Prognose

Die Prognose als weiteres Element einer Risikoeinschätzung ist „eine begründete Voraussage über den möglichen, über den voraussichtlichen weiteren Verlauf“ (Alle 2010, 86). Sie ist fundiert zu begründen, bevor es zu einer abschließenden Einschätzung des Gefährdungsrisikos eines Kindes kommt.

In die Prognose können alle relevanten Informationen aus den bisher erläuterten Bereichen einfließen. Es ist wichtig, darauf einzugehen, wie sich das Kind voraussichtlich weiter entwickeln wird, wenn die Familie Hilfe annimmt oder keine Hilfe annimmt. Auch die voraussichtliche weitere Entwicklung des Kindes, wenn es in der Familie bleibt oder in einer Pflegefamilie oder einer Jugendhilfeeinrichtung untergebracht wird, ist von Bedeutung (vgl. ebd., 86 f.). Der jeweilige Einfluss, den diese Möglichkeiten auf die Bindung der Kinder zu den Eltern haben können, ist ebenso einzuschätzen, wie die Frage, welche Art von Unterstützung das Kind benötigt, um bisherige Defizite ausgleichen zu können. In diesem Zusammenhang gilt es auch vorhandene Schutz- und Risikofaktoren abzuwägen. Wie sich die Kooperation der Eltern mit dem Helfersystem voraussichtlich entwickeln wird und ob zu erwarten ist, dass sich die Erziehungsfähigkeit der Eltern mit Hilfe verbessert, spielt auch eine wichtige Rolle. Abschließend ist zu beurteilen, ob und wenn ja, welche Entwicklungen im Familiensystem zu erwarten sind und was zu befürchten ist, wenn keine Unterstützung angenommen wird. Des Weiteren ist einzuschätzen, welche Folgen sich aus den jeweiligen Möglichkeiten für das Kind ergeben können (vgl. ebd.).

4.2.9 Abschließende Bewertung

Wurden zu allen relevanten Bereichen der Risikoeinschätzung Informationen eingeholt und auf deren Basis eine Prognose abgegeben, so folgt als letzter Schritt der mehrdimensionalen Risikoeinschätzung eine abschließende Bewertung. Diese hat zu klären, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder „nur“ ein Hilfebedarf ohne eine Gefährdung oder ob weder Gefährdung noch Hilfebedarf vorliegt (vgl. Alle 2010, 87). Entsprechend dieser Bewertung ist entweder eine Intervention zu planen oder eine geeignete Hilfe für die Familie einzuleiten.
Zu beachten ist jedoch, dass sich mögliche Kindeswohlgefährdungen trotz empirisch abgesicherter Verfahren nie absolut zuverlässig und sicher prognostizieren lassen. Dies hängt mit methodischen Einschränkungen, der sogenannten Prädiktionsvalidität zusammen (vgl. Fegert 2008b, 199). Das bedeutet, dass es bei Einzelentscheidungen

auf Grund mangelnder Sensitivität immer auch zu so genannten „falsch negativen“ Einschätzungen kommen kann, die misshandelnde Eltern fälschlicherweise als nicht gefährdend oder gefährdete Kinder als nicht gefährdet prognostizieren. Ebenso gibt es auf Grund mangelnder Spezifität immer auch „falsch positive“ Einschätzungen, die nicht gefährdete Kinder als gefährdet, bzw. nicht misshandelnde Eltern als misshandelnd einschätzen und somit die Gefahr der Stigmatisierung in sich bergen (vgl. Fegert 2008b, 200). Dies ist im Kontext abschließender Bewertungen stets zu bedenken.

5. Instrumente der Risikodiagnostik

Nachdem die einzelnen Elemente einer Risikoeinschätzung näher erläutert wurden, wird es in diesem Kapitel um Qualitätskriterien und eine Typisierung verschiedener Instrumente der Risikodiagnostik gehen, bevor einzelne dieser Instrumente exemplarisch dargestellt werden. Mit dem Begriff „Instrumente“ sind hier Verfahren und Checklisten zur Risikoeinschätzung gemeint, die Fachkräfte der öffentlichen Jugendhilfe bei einer Einschätzung der im vorherigen Kapitel erläuterten Elemente unterstützen sollen.
Aufgabe dieser Instrumente ist es, „die Aufmerksamkeit der Fachkräfte bei der Informationssammlung und -bewertung auf die nach gegenwärtigem Kenntnisstand wichtigsten Einschätz- und Prognosefaktoren zu lenken“ (Kindler et al. 2008, 501). So soll sichergestellt werden, dass die im individuellen Fall notwendigen Einschätzungen und Entscheidungen auf Grundlage „möglichst aussagekräftiger und umfassender Informationen getroffen werden“ (ebd.).
Laut Gerber wurden in Deutschland in den letzten Jahren viele solcher Checklisten und Verfahren entwickelt, die in Art und Umfang sehr unterschiedlich sind. So gibt es einerseits Checklisten, die einen Umfang von ein bis zwei DIN-A4-Seiten haben, andererseits aber auch Prozessstandards von deutlich mehr als 30 Seiten (vgl. Gerber 2006, 1). Weitere Unterschiede ergeben sich in der Konzeption des Instrumentes je nach Zeitpunkt des Einsatzes im Fallverlauf und der individuellen Fallkonstellation, die jeweils spezielle Einschätzungsaufgaben in den Vordergrund rücken kann (vgl. Müller 2009, 71). Trotz dieser Unterschiede gibt es eine Gemeinsamkeit, die sämtliche dieser Verfahren

betrifft: im Allgemeinen haften sehr hohe Erwartungen an ihnen (vgl. Gerber 2006, 3). Auf die Vor- und Nachteile von Instrumenten zur Risikoeinschätzung sowie auf die Grenzen dieser Verfahren wird zu einem späteren Zeitpunkt, im Abschnitt „Vor- und Nachteile von Instrumenten zur Risikodiagnostik“ (vgl. Kap. 5.4), eingegangen.

5.1 Qualitätskriterien für Einschätzungsverfahren

Für Risikoeinschätzungsverfahren lassen sich einige Qualitätskriterien beschreiben, für die in der Literatur jedoch teilweise unterschiedliche Bezeichnungen und Einteilungen der Kriterien verwendet werden (vgl. Kindler 2009, 194). Die Einteilung von Baumann et al. unterscheidet beispielsweise die Bereiche „wissenschaftliche Integrität“ (scientific integrity) und „praktische Nützlichkeit“ (practical utility) (Baumann et al. 2005, 465 ff.; Kindler 2009, 194). Der Bereich der wissenschaftlichen Integrität umfasst hierbei die Validität (Aussagekraft), die vor allem anhand der Inhaltsvalidität und der prädiktiven Validität ermittelt werden kann. Die praktische Nützlichkeit beinhaltet unter anderem die Anwendungsfreundlichkeit und den mit dem Verfahren erreichbaren Nutzen (vgl. ebd.).
Die folgende Einteilung der Qualitätskriterien orientiert sich an Kindler und Lillig (vgl. Kindler/Lillig 2008, 100 ff.; Kindler 2009, 194 ff.).

5.1.1 Klarheit hinsichtlich der Anwendungsbedingungen

Mit der „Klarheit hinsichtlich der Anwendungsbedingungen“ ist gemeint, ob für ein Verfahren klar ersichtlich ist, in welcher der Stufen der Risikoeinschätzung es angewandt werden kann und welchem Zweck es dient, was also das Ziel der jeweiligen Einschätzung ist. Eine weitere wichtige Frage ist, für welche Fallkonstellationen es genutzt werden kann und für welche nicht (vgl. Kindler/Lillig 2008, 100). Fehlen diese Angaben, so kann daraus nicht geschlossen werden, dass das Instrument jederzeit und für jede Fallkonstellation genutzt werden kann. Es bedeutet vielmehr, „dass das Verfahren für ei-

nen praktischen Einsatz nicht ausreichend beschrieben ist“ (Kindler/Lillig 2008, 100 f.).

5.1.2 Anwenderunterstützung

Bei der Anwenderunterstützung handelt es sich um die Frage, ob und wenn ja, welche Unterstützung Fachkräfte bei der Anwendung eines Verfahrens erhalten. Dies können eine schriftliche Erläuterung der im Verfahren erhobenen Kriterien, zur Verfügung gestellte Fallbeispiele oder eine Einführung in die Benutzung des Verfahrens durch eine Schulung sein (vgl. Kindler/Lillig 2008, 101; Kindler 2009, 195).

5.1.3 Inhaltsvalidität

Die Inhaltsvalidität gibt an, „inwieweit die Elemente eines Instrumentes für die zu erhebenden Risiken relevant und repräsentativ sind“ (Kindler 2009, 195). Die einzelnen im jeweiligen Verfahren erhobenen Kriterien sollten dazu den aktuellen Stand empirischer Forschung widerspiegeln, sowohl was die Entstehung verschiedener Kindeswohlgefährdungsformen betrifft als auch die jeweils einzuschätzende Aufgabe (vgl. Kindler/Lillig 2008, 101). Somit sollten die Kriterien zu den „vorhersage- bzw. aussagestärksten Faktoren“ zählen, die der Forschung zum jeweiligen Zeitpunkt bekannt sind (ebd.).

5.1.4 Reliabilität

Bei der Reliabilität von Instrumenten zur Risikoeinschätzung geht es um deren Zuverlässigkeit, also um die Frage, „inwieweit verschiedene Fachkräfte bei gleicher Fallgrundlage zu ähnlichen Einschätzungen gelangen“ (Kindler et al. 2008, 501). Laut Müller besteht bei diesem Aspekt noch hoher Forschungsbedarf, da es in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen bisher nicht möglich ist, Aussagen zur Reliabilität einzelner Instrumente zu machen (vgl. Müller 2009, 79). Eine dieser Ausnahmen, bei der dies aber möglich ist, ist der „Kinderschutzbo-

gen“ der Jugendämter Düsseldorf und Stuttgart, der in Kapitel 5.3.3 vorgestellt wird (vgl. ebd., 80).

5.1.5 Prädiktive Validität

Die prädiktive Validität oder auch prognostische Validität ist die Vorhersagekraft eines Instrumentes und ist insofern ein ganz entscheidendes Qualitätskriterium für Einschätzungsverfahren, als dass alle anderen aufgeführten Kriterien weitgehend an Bedeutung verlieren, wenn ein Instrument keine prädiktive Validität aufweisen kann, also keinerlei Vorhersagekraft besitzt (vgl. Kindler 2009, 196). Eine geringe Vorhersagekraft ist laut Kindler darauf zurückzuführen, dass „viele der Instrumente schwach prädiktive, wissenschaftlich nicht belegte oder sogar erwiesenermaßen nicht prädiktive Faktoren enthalten“ und dass Erläuterungen zu Risikofaktoren häufig unklar sind (Kindler 2005, 392).

5.1.6 Inkrementelle Validität und Praktikabilität in der Anwendung

Mit der inkrementellen Validität wird der relative Nutzen eines Verfahrens für die Praxis beurteilt, den Fachkräfte im Vergleich zu einer Praxis ohne dieses Verfahren haben. Bei der Praktikabilität hingegen wird der Aufwand, den ein Verfahren verursacht, betrachtet. Hierbei ist der zeitliche Aufwand ein zentrales Kriterium (vgl. Kindler/Lillig 2008, 102).
International hat sich gezeigt, dass diese beiden Kriterien sowohl von der Forschung als auch von Leitungsebenen häufig unterschätzt werden. Jedoch konnten sich über mehrere Jahre gesehen Verfahren, die für die Fachkräfte mit zu hohem Aufwand verbunden waren oder die für die Fachkräfte einen zu geringen (erkennbaren) Nutzen hatten, in der Praxis kaum halten (vgl. ebd.). Eine Bearbeitungsdauer von mehr als zwei bis drei Stunden pro Fall erscheint für Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes als nicht praktikabel (vgl. Müller 2009, 81).

5.2 Typisierung von Risikoeinschätzungsbögen

Risikoeinschätzungsbögen können sich in ihrer Art, in ihrem Umfang und hinsichtlich der Erfüllung der Qualitätskriterien erheblich voneinander unterscheiden. Hinsichtlich ihres Aufbaus sind jedoch drei grundlegende Typen von Risikoeinschätzungsinstrumenten erkennbar, die sogenannte „Dichotome Abfrage“, die „Freie Beschreibung“ und das „Ampel- und Skalensystem“ (vgl. ISA 2010b, 201 ff.; Müller 2009, 73 ff.). Die folgende Abbildung veranschaulicht die Verteilung dieser drei Typen von Einschätzungsbögen in Nordrhein-Westfalen, bevor die einzelnen Typen erläutert werden.

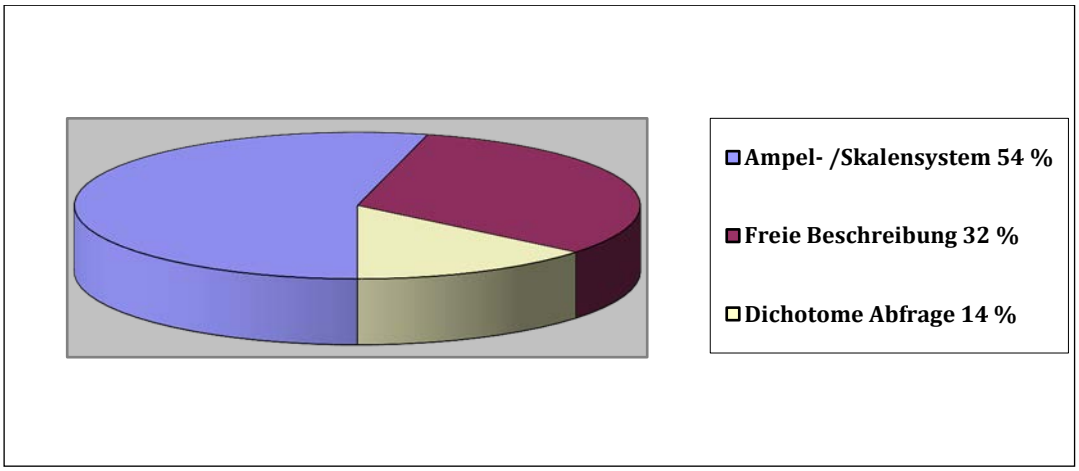


Abb. 4: Typen der Risikoeinschätzungsinstrumente (Ministerium für Generationen, Familien, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen 2010; Müller 2009, 73; eigene Darstellung)

5.2.1 Dichotome Beschreibung

„Dichotom“ bedeutet zweiteilig bzw. zweigliedrig (Duden 2007). Dementsprechend ist eine dichotome Beschreibung eine Abfrageform, die auf Fragen nur die beiden Antwortkategorien „ja“ und „nein“ zulässt (vgl. ISA 2010b, 202). Solche geschlossenen Fragen, die etwa 14 % der Risikoeinschätzungsinstrumente in Nordrhein-Westfalen kennzeichnen, können beispielsweise „Gestörte Interaktion zwischen Mutter und Säugling“, „Vorhandene Suchtproblematik der Mutter“, „Mögliche Probleme in der Alltagsbewältigung“ oder „Empfänger von Hartz-IV-Leistungen“ sein (Müller 2009, 74). Ebenso können

verschiedene Risikolagen abgefragt werden, wie „Fehlende Körperhygiene“, „Distanzlosigkeit“, „Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen“ oder „Nicht plausibel erklärbare sichtbare Verletzungen“ (ebd.). Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass Bögen mit einer dichotomen Abfrageform auf Grund der Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ zumeist über ein nur geringes Konkretisierungsniveau verfügen.
Der Umfang und Grad der Differenzierung einzelner Faktoren bei Bögen dieses Typs kann unterschiedlich sein, meist umfassen diese Bögen etwa eine oder zwei DIN-A4-Seiten. Den meisten gelingt es dabei jedoch nicht, relevante Schutz- und Risikofaktoren im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Diagnostik differenziert genug wiederzugeben (vgl. ISA 2010b, 202). Dadurch erhöht sich die Gefahr einer Fehleinschätzung auf Grund einer falsch-positiven Bewertung von Risikofaktoren (vgl. ebd.), was dazu führen kann, dass nicht gefährdete Kinder als gefährdet eingestuft werden (vgl. mangelnde Spezifität, Kap. 4.2.9). Andererseits sind Belastungskriterien teilweise nicht „streng genug“ benannt, sodass Gefährdungsanzeichen und Hinweise auf Gefährdungen unter Umständen nicht deutlich werden und die Möglichkeit, präventive Hilfen anzubieten, somit vertan wird (vgl. Müller 2009, 74). Ebenfalls kritisch zu betrachten ist die Tatsache, dass meist weder eine altersspezifische Indikatorenliste noch eine Möglichkeit zur individuellen Einschätzung und Gewichtung von Faktoren durch die Fachkraft vorgesehen ist (vgl. ISA 2010b, 202). Eine solche individuelle Einschätzung, sowie auch das „Bauchgefühl“ und Intuition von Fachkräften, spielen in der Praxis bei der Beurteilung von möglichen Gefährdungsfällen jedoch oftmals eine große Rolle (vgl. ebd.).

5.2.2 Freie Beschreibung

Etwa ein Drittel der untersuchten Risikoeinschätzungsbögen in Nordrhein-Westfalen basieren auf einer freien Beschreibung von Risiko- und Schutzfaktoren. Vorteilhaft daran ist die einzelfallbezogene Dokumentation mit der „Möglichkeit der situationsbezogenen Beschreibung und der Wiedergabe komplexer Zusammenhänge entlang strukturierender Fragestellungen“ (Müller 2009, 75). Solche Verfahren

werden häufig im Zusammenhang mit Ersteinschätzungen nach Eingang einer Gefährdungsmeldung, als interne Dokumentation im Jugendamt oder als Meldebeobachtungen freier Träger zur Erleichterung der Kommunikation mit dem Jugendamt genutzt. Dies ist sinnvoll, da vor allem eingehende Gefährdungsmeldungen ein kurzfristiges und gleichzeitig detailliertes Dokumentationsverfahren benötigen, dessen Ziel eine Abklärung der Dringlichkeit und der nächsten erforderlichen Handlungsschritte und keine umfangreiche Diagnostik ist (vgl. ISA 2010b, 203).

5.2.3 Ampel- und Skalensystem

Ampel- und Skalensysteme liegen mehr als der Hälfte der Einschätzungsbögen zugrunde (vgl. Abb. 4; Müller 2009, 74). Sie basieren auf gestuften Punkte- und Bewertungssystemen und enthalten in der Regel eine Erläuterung der abgefragten Indikatoren (vgl. Müller 2009, 74). Mit „Ampelsystem“ ist eine Einteilung in Form einer Rot-Gelb-Grün-Version gemeint, wobei „grün“ einen unkritischen Zustand, „gelb“ einen möglichen Hilfebedarf oder noch zu klärenden Zustand und „rot“ einen Gefährdungszustand symbolisiert. Ampelsysteme können auch zwei-dimensional konstruiert sein, indem beispielsweise das Alter des Kindes als abhängige Variable Einfluss auf die Vergabe der Punkte und somit auf die Bewertung der Situation nimmt (vgl. ISA 2010b, 202). Bei einem Skalensystem erfolgt die Bewertung anhand mehrstufiger Skalen (z. B. „sehr schlecht, schlecht, ausreichend und gut“) oder Schulnoten. Dabei ist wichtig, dass sich Skalen linear aufeinander beziehen, da es sonst zu Unklarheiten in der praktischen Nutzung kommen kann (z. B. bei einer Skaleneinteilung wie „gut, ausreichend, grenzwertig, deutlich unzureichend und noch zu klären“) (vgl. Müller 2009, 75).

5.3 Beispiele für Risikoeinschätzungsbögen

Deutschlandweit existieren zahlreiche Einschätzungsverfahren und Hilfen für Fachkräfte zur Erfassung und Beurteilung (möglicher) Kindeswohlgefährdungen. Diese können in Form von Checklisten und Prüfbögen, ebenso aber auch als Handlungsempfehlungen, Leitlinien, Arbeitshilfen, Qualitätsstandards oder Arbeitsanleitungen an die Fachkräfte herangetragen werden[1].
Dass es trotz dieser Fülle jedoch kein standardisiertes Verfahren gibt, das in größeren Regionen Deutschlands – geschweige denn deutschlandweit – einheitlich oder verbindlich eingesetzt wird, ist ein viel diskutierter Kritikpunkt (vgl. Fegert 2008b, 197). So fordert auch der Ulmer Aufruf zum Kinderschutz „die Etablierung von verbindlichen und empirisch abgesicherten Diagnosestandards“ (Ziegenhain/Fegert 2008, 208).
Im Folgenden werden einige ausgewählte Instrumente exemplarisch vorgestellt. Hierzu gehört das „Glinder Manual“, das erste in Deutschland veröffentlichte Instrument zur Risikoeinschätzung, auf dessen Grundlage weitere Instrumente entwickelt wurden (vgl. DJI 2004, 2). Anschließend werden der Erhebungsbogen des Stadtjugendamtes Recklinghausen und der Stuttgart-Düsseldorfer Kinderschutzbogen vorgestellt. Diese beiden Instrumente gelten als überregional bekannt und finden laut Müller in der deutschlandweiten Diskussion Beachtung (vgl. Müller 2009, 73). Abschließend werden die Sozialpädagogischen Diagnosetabellen des Bayerischen Landesjugendamtes erläutert, die zu den „umfassenden und standardisierten Verfahren zur Risikoeinschätzung“ in Deutschland gehören (Fegert 2008b, 197).

5.3.1 Glinder Manual

Das Glinder Manual wurde zwischen 1994 und 1996 vom Institut für soziale Arbeit im Rahmen des Forschungsprojektes „Kinder in Not – Ursachen, Erscheinungsformen und Wirkungen der Vernachlässigung von Säuglingen und Vorschulkindern und Perspektiven der Jugendhil-

[1] Eine vom DJI zusammengestellte Materialsammlung findet sich unter: http://213.133.108.158/asd/asdmat.htm

fe“ entwickelt und erprobt (vgl. ISA 2010a, 4). Der Name „Glinder Manual“ resultiert daraus, dass das Instrument zuerst mit dem Team des ASD in Glinde, einer Kleinstadt in Schleswig-Holstein, besprochen, entwickelt und getestet wurde (vgl. Jordan 2005, 491).
Ein Grund für die Entwicklung dieses „Familienbeurteilungsbogens“ waren Defizite, die die Experten des Forschungsprojektes in der Praxis des ASD ausgemacht hatten (vgl. DJI 2004, 3). Dies betraf unter anderem unterschiedliche Vorgehensweisen der Fachkräfte bei der Datenerhebung. Je nach Fachkraft wurden entweder Hausbesuche oder eine Einbestellung der Betroffenen ins Amt vorgenommen, woraus eine stark variierende Aktenführung bezüglich Ausführlichkeit und Gewichtung einzelner Faktoren resultierte (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang sollte das Glinder Manual „im Sinne einer Qualitätssicherung […] den Weg vom Aktenvermerk zum qualifizierten Beobachtungskatalog ebnen“ (ebd.).
Hierzu will das Glinder Manual als arbeitsökonomisch einsetzbares Raster der Dokumentation von Familiensituationen und der in ihnen lebenden Kinder dienen (Jordan 2005, 491).
Um die Vollständigkeit erhobener Daten in den Akten zu gewährleisten, soll das Glinder Manual die jeweils zuständige Fachkraft an die Erfassung, Dokumentation und regelmäßige Überprüfung relevanter Einflussfaktoren erinnern. Dazu gehört auch eine Prozessdokumentation, worunter eine regelmäßige Fortschreibung und Bewertung familiärer Veränderungen und Entwicklungen verstanden wird (vgl. ebd.). Dadurch, dass sich die Kindeswohlgefährdungsform der Kindesvernachlässigung durch eine „andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns“ auszeichnet (vgl. Kap. 2.4) und keinen einmaligen Akt darstellt, ist eine kontinuierliche Prozessdokumentation und Bewertung in diesen Fällen besonders wichtig (vgl. Jordan 2005, 492).
Das Glinder Manual besteht aus Familienbeurteilungsbögen zur Ersterfassung und aus Bögen zur Nacherhebung. Die Bögen zur Ersterfassung beruhen auf dem System der freien Beschreibung (vgl. Kap. 5.2.2) und beginnen mit einer Erhebung der Daten zu den Erwachsenen und Kindern, deren Name, Geburtsdatum, Nationalität, Familienstand und Berufstätigkeit. Anschließend wird im Teil „Erhebungsbogen Familie“ der familiäre Kontext mit Merkmalen aus den Bereichen finanzielle/materielle Situation, soziale Situation, familiale

Situation, persönliche Situation der Erziehungsperson(en) und bisherige Angebote und Leistungen erfasst. Dabei enthält jedes dieser Merkmale Anhaltspunkte und teilweise auch Beispiele, anhand derer die Fachkraft die individuelle Situation beschreiben kann. Für das Merkmal „finanzielle/materielle Situation“ sind diese Anhaltspunkte beispielsweise die Einkommenssituation, Arbeit/Arbeitslosigkeit und Wohnverhältnisse (vgl. Jordan 2005, 494 ff.).
Der darauf folgende Teil „Erhebungsbogen Kind“, der für jedes Kind der Familie einzeln auszufüllen ist, erhebt die Situation des jeweiligen Kindes und die Eltern-Kind-Interaktion.
Die Familienbeurteilungsbögen zur Nacherhebung, die alle drei bzw. alle sechs Monate angewandt werden sollen, gehören im Gegensatz zu den Ersterfassungsbögen zu den Skalensystemen (vgl. Kap. 5.2.3). Die Bewertungsskala reicht hierbei von „sehr gut“ und „gut“ über „normal/stabil“ bis hin zu „schlecht“, „sehr schlecht“ und „keine Angaben möglich“ (Jordan 2005, 499). Anhand dieser Skala werden die lebensweltliche Dimension, die familiäre Dimension, die Situation des Kindes und die Eltern-Kind-Interaktion bewertet. Des Weiteren enthalten die Nacherhebungsbögen die Möglichkeit zur Dokumentation von mit den Eltern getroffenen Vereinbarungen („Kontrakten“) und die regelmäßige Überprüfung deren Einhaltung (vgl. ebd., 499 f.).
Als Vorteile der Nutzung dieses Instrumentes gelten, dass das Glinder Manual bei personellen Wechseln der nachfolgenden Fachkraft einen grundlegenden Überblick über bisherige Einschätzungen gibt und dass es als Informationsgrundlage für Hilfeplangespräche, Helferkonferenzen, etc. sehr geeignet ist (vgl. ebd.).
Obwohl die im Glinder Manual erfassten Merkmale aus den für Kindesvernachlässigungen relevanten Faktoren entwickelt worden sind, sind sie nach den Autoren verallgemeinerbar und für den generellen Einsatz im Bereich der Kindeswohlgefährdungen geeignet (vgl. Jordan 2005, 493).
Jordan und Kollegen betonen, dass das Glinder Manual als eine „erste Anregung“ verstanden werden soll und dass sie es begrüßen würden, wenn möglichst viele soziale Dienste es diskutieren und auf seine Praktikabilität hin erproben würden. Dabei darf es auch modifiziert und auf spezifische örtliche Problemlagen hin angepasst werden, sowohl in Form einer Erweiterung als auch in Form einer Konzentration (vgl. ebd.).

5.3.2 Erhebungsbogen des Stadtjugendamtes Recklinghausen

Der Erhebungsbogen des Stadtjugendamtes Recklinghausen, auch Risikoeinschätzungsbogen/Dokumentationsverfahren der Stadt oder des Jugendamtes Recklinghausen genannt, gehört zu den Risikoeinschätzungsbögen, die zwar in Nordrhein-Westfalen entwickelt wurden, aber „in der deutschlandweiten Diskussion Beachtung finden“ (Müller 2009, 73). Dieses Dokumentationsverfahren wird auch vom Deutschen Städtetag in den „Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls“ empfohlen (Deutscher Städtetag 2003, 10).
Da dieses Risikoeinschätzungsinstrument eine „auf die spezifischen örtlichen Interessen und Problemlagen bezogene Weiterentwicklung“ des soeben erläuterten Glinder Manuals ist (Jordan 2005, 493), ist es nicht verwunderlich, dass zu diesem einige Parallelen bestehen. Im Folgenden werden die Besonderheiten und Abweichungen dieses Instrumentes im Vergleich zum Glinder Manual erläutert.
Der Ersterhebungsbogen des Stadtjugendamtes Recklinghausen enthält unter anderem ein Informationsblatt, welches verdeutlicht, zu welchem Zweck dieser Bogen genutzt werden kann und wie er zu nutzen ist (vgl. ebd., 506). Diesem zufolge setzt der Bogen eine intensivere Kenntnis der Familiensituation voraus. Daher ist er nicht als Bogen zur Ersteinschätzung nach Eingang einer Gefährdungsmeldung oder zur Sicherheitseinschätzung geeignet, sondern erst nach mehrmaligen Kontakten zur Familie anwendbar. Er dient im Laufe einer mehrdimensionalen Risikoeinschätzung der Schärfung der Wahrnehmung, der Dokumentation aufgenommener Eindrücke, als Vorlage für kollegiale Beratung im Team und als Grundlage für Hilfeplanung sowie für Mitteilungen an das Gericht (vgl. ebd.). Durch dieses Informationsblatt wird das Qualitätskriterium der „Klarheit hinsichtlich der Anwendungsbedingungen“ (vgl. Kap. 5.1.1) erfüllt.
Beim Ersterhebungsbogen des Jugendamtes Recklinghausen fällt auf, dass dieser bezüglich der Datenerhebung zu Erwachsenen und Kindern vorerst die gleichen Informationen wie das Glinder Manual abfragt, dabei aber etwas übersichtlicher gestaltet ist (vgl. Anhang III, S. 127). Dies ist dadurch möglich, dass zusätzliche Informationen und

Beispiele, die im Glinder Manual innerhalb von Tabellen angeführt wurden, nun in Fußnoten untergebracht sind und bei Bedarf nachgeschaut werden können. Des Weiteren wird direkt auf der ersten Seite als zusätzliche Information vermerkt, ob die Familie von sonstigen Personen unterstützt wird, was beim Glinder Manual nicht der Fall ist. Darauf folgen freie Felder für ein Genogramm und eine Beziehungsmap. Auch dies ist im Vergleich zum Glinder Manual neu. Daran schließt sich eine Abfrage an, welche Erziehungshilfen die Familie bisher mit welchem Ergebnis erhalten haben, während der Punkt „bisherige Angebote und Leistungen“ im Glinder Manual am Ende des Erhebungsbogens der Familie abgefragt wird, ohne allerdings das Ergebnis bzw. den Erfolg dieser Angebote und Leistungen festzuhalten.
Der größte Unterschied zum Glinder Manual besteht vermutlich in der Struktur und Sichtweise bei der Erfassung von Familiensituationen hinsichtlich möglicher Kindeswohlgefährdungen. Der Bogen des Jugendamtes Recklinghausen ist nicht in einen „Erhebungsbogen Familie“ und einen „Erhebungsbogen Kind“ unterteilt, sondern ist für jedes einzelne Kind vollständig auszufüllen. Dabei werden im Gegensatz zum Glinder Manual nicht Kategorien wie „finanzielle/materielle Situation“, „soziale Situation“, etc. abgefragt, sondern Einschätzungen und Wahrnehmungen aus Sicht kindlicher Bedürfnisse. Die erste dieser Einschätzungen lautet beispielsweise „Aus meiner Sicht kann das Kind seine Grundbedürfnisse in der Beziehung zu seinen Eltern sicher befriedigen“. Dies wird in Anlehnung an die Bedürfnispyramide (vgl. Abb. 1, S. 30) unter anderem definiert als „Recht auf ausreichende Körperpflege“, „Recht auf geeigneten Wach- und Schlafplatz“ und „Recht auf Schutz vor Gefahren“. Diese einzelnen Kategorien sind für jeden Elternteil in Form eines Ampelsystems – statt freier Beschreibung – einzuschätzen. Dabei steht grün für „Grund-bedürfnisse werden sicher befriedigt“, gelb für „Wahrnehmungen [der Fachkraft] fehlen“ und rot für „die Befriedigung des Grundbedürfnisses ist bedroht“ (Jordan 2005, 503). Darauf folgen, ebenfalls in Form eines Ampelsystems, die Einschätzungen: „Aus meiner Sicht sind gegenwärtig keine Umstände sichtbar, die die Eltern daran hindern, die Grundbedürfnisse ihres Kindes zu befriedigen“, „Personale Kompetenzen“, „Interpersonale Kompetenzen“ und „Allgemeine Kompetenzen“. Zu personalen Kompetenzen gehören unter anderem die Fähigkeiten, Aggression und Wut kontrollieren und Ängste überwinden zu können, während zu in-

ter-personalen Kompetenzen unter anderem die Fähigkeit, aufmerksam zu sein und sich einem anderen zuwenden und zuhören zu können, gezählt wird. Eine „allgemeine Kompetenz“ ist unter anderem die Fähigkeit, Zeit und Tätigkeiten planen und Planungen ausführen zu können, sowie auch Kochen, Waschen, Putzen und eine Wohnung gestalten zu können (vgl. ebd., 503 ff.).
Anschließend folgt in Bezug auf die Kooperationsbereitschaft die Einschätzung, ob eine Mitarbeit der Eltern aus Sicht der Fachkraft gesichert ist, bevor es zu einer persönlichen Einschätzung hinsichtlich der Gefährdung des jeweiligen Kindes kommt. Der Ersterhebungsbogen endet mit der Frage, was passieren muss, damit eine Gefährdung ausgeschlossen werden kann, bzw. damit die kindlichen Bedürfnisse befriedigt werden und der Eintragung eines Termins, wann der Fall in einer Helferkonferenz oder im Team beraten wird (vgl. ebd., 505).
Der Nacherhebungsbogen ist dem soeben erläuterten Ersterhebungsbogen sehr ähnlich und enthält ebenfalls Informationen darüber, zu welchem Zweck er angewandt werden soll. So soll einerseits eine Neubewertung der jeweiligen Kriterien als Grundlage für die weitere Hilfeplanung dienen. Diese Bewertung soll mit den Tendenzen „+“ (besser geworden), „o“ (unverändert geblieben) oder „-“ (schlechter geworden) im Vergleich zur Ersterhebung vorgenommen werden, um in einer Fallkonferenz entscheiden zu können, ob eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung vorliegt. Ebenso soll in einer Fallkonferenz entschieden werden, welche Ziele mit welchen Maßnahmen und in welcher Zeit erreicht werden sollen (vgl. Jordan 2005, 510).
Neben diesem Ersterhebungs- und Nacherhebungsbogen gibt es vom Jugendamt Recklinghausen entwickelte Risikoanalysen für Kinder von 0 bis 12 Jahre (siehe Anhang IV, S. 133) und für Jugendliche von 12 bis 18 Jahre (vgl. ISA 2006, 99 ff.). Diese Risikoanalysen stellen keine Weiterentwicklungen der anderen Bögen dar, sondern werden zu unterschiedlichen Zeiten im Fallverlauf verwendet. Während ein Ersterhebungsbogen direkt nach Eingang einer Gefährdungsmeldung oder dem ersten Kontakt zur Familie ausgefüllt wird, werden die Risikoanalysen bei Kindern oder Jugendlichen aus Familien vorgenommen, die dem Jugendamt bereits bekannt sind.[2]

[2] Laut telefonischer Auskunft einer Fachkraft des ASD Recklinghausen, 25.10.2010.

5.3.3 Stuttgart-Düsseldorfer Kinderschutzbogen

Der Stuttgarter Kinderschutzbogen wurde von Oktober 2000 bis März 2002 im Rahmen des Projektes „Weiterentwicklung der Kinderschutzarbeit in den Sozialen Diensten des Jugendamtes Stuttgart“ entwickelt, erprobt, mehrfach evaluiert und weiterentwickelt (vgl. Eberhardt 2002, 3; Reich 2005, 511). Seit 2002 wurde im Stuttgarter Jugendamt die aus diesem Projekt hervorgegangene erste „offizielle“ Version des Stuttgarter Kinderschutzbogens bei der Einschätzung möglicher Kindeswohlgefährdungen verbindlich eingesetzt (vgl. Reich et al. 2009, 2). Die fachliche Grundlage dieses Kinderschutzbogens ist ebenfalls das „Glinder Manual“ (vgl. Reich 2005, 511).
Auf Grundlage einer 2005 geschlossenen Kooperationsvereinbarung der Jugendämter Stuttgart und Düsseldorf wurde eine aktuelle Version des „Kinderschutzbogens der Jugendämter Stuttgart und Düsseldorf“ in einem gemeinsamen Weiterentwicklungsprozess mit wissenschaftlicher Begleitung durch das Deutsche Jugendinstitut entwickelt (vgl. ebd.; Kindler et al. 2008, 501; Stuttgart, Referat Soziales - Jugend - Gesundheit/Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf 2010, 1). Diese Version wurde im Herbst 2006 als Access-Datenbank in beiden Ämtern eingeführt und wird seitdem als verbindlicher Standard bei der Einschätzung von Gefährdungsfällen genutzt (vgl. Reich et al. 2009, 2). Inhaltlich bezieht sie das internationale und im DJI-Handbuch aufbereitete Fachwissen mit ein (vgl. Stuttgart, Referat Soziales - Jugend - Gesundheit; Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf, 1).
Im Folgenden wird der Aufbau des Stuttgart-Düsseldorfer Kinderschutzbogens erläutert, bevor auf dessen Evaluation eingegangen wird.
Der Kinderschutzbogen besteht aus insgesamt 12 Modulen. Das erste dieser Module ist der sogenannte „Meldebogen“, der im Rahmen der ersten Einschätzung nach Eingang einer Gefährdungsmeldung ausgefüllt wird und die Meldung auf ihre Ernsthaftigkeit hin bewertet. Ein „Familienbogen“ erfasst als zweites Modul die grundlegenden Daten der Familie und Kinder (vgl. Reich et al. 2009, 3).
Drei darauf folgende Module dienen der Erfassung der aktuellen Situation des betroffenen Kindes und sind somit erst nach direktem Kontakt zu diesem, nach Möglichkeit in Form von Hausbesuchen, anwendbar. Das Modul „Erscheinungsbild des Kindes“ existiert in vier

Fassungen, die sich jeweils nach dem Alter des Kindes unterscheiden (0 - 3; 3 - 6; 6 - 14; 14 - 18 Jahre) und Informationen zur Pflege und dem Entwicklungsstand des Kindes erheben. Das Modul „Eltern-Kind-Interaktion“ erfasst und bewertet beobachtbare Aspekte elterlichen Verhaltens gegenüber dem Kind, dazu gehört unter anderem die „Feinfühligkeit gegenüber emotionalen Bedürfnissen des Kindes“ (ebd.). Das letzte dieser drei Module zur Erfassung der aktuellen Situation nennt sich „Grundversorgung und Schutz“ und beschreibt und bewertet – getrennt nach Kindern (0 - 14 Jahre) und Jugendlichen (14 - 18 Jahre) – grundlegende Versorgungsbereiche wie Ernährung, Schlafplatz, Kleidung, Körperpflege, Beaufsichtigung und Schutz, medizinische Versorgung und Betreuung (ebd.; Kindler et al., 501).
Je nach Bedarf im Einzelfall können vier weitere Module hinzugezogen werden. Dies sind die Module „Sicherheitseinschätzung“, „Risikoeinschätzung“, „Ressourcen und Prognosen“ und „Erziehungsfähigkeit“ (Kindler et al. 2008, 501).
Die „Sicherheitseinschätzung“ beinhaltet zehn Kriterien und hilft einzuschätzen, ob im jeweiligen Fall akuter Handlungsbedarf besteht. Dazu gehört unter anderem eine „geäußerte deutliche Furcht des Kindes vor mindestens einer Person im Haushalt“ (ebd.). Das Modul „Risikoeinschätzung“, das im Rahmen der mehrdimensionalen Risikoeinschätzung angewandt werden kann, umfasst 21 Kriterien und beurteilt „die mittelfristige Wahrscheinlichkeit weiterer Gefährdungsereignisse oder einer chronischen Vernachlässigung“. Zu diesen Kriterien gehören die soziale Situation und familiäre Verhältnisse sowie die persönliche Situation der Bezugspersonen und Kinder. Auch erhöhte Anforderungen, die Kinder an ihre Eltern stellen (beispielsweise durch eine Verhaltensstörung) und Merkmale des bisherigen Hilfeverlaufs (wenn Eltern z. B. nicht zu einer Kooperation bereit waren) werden in diesem Zusammenhang erfasst (vgl. Kindler et al. 2008, 501). Bei dem Modul „Ressourcen und Prognosen“ werden Schutzfaktoren (persönlich, familiär, sozial, materiell, infrastrukturell) des Kindes und seiner Haupt- und Sekundärbezugsperson erhoben. Ebenso wird beurteilt, inwiefern die Eltern bereit und fähig sind, zu kooperieren und notwendige Veränderungen vorzunehmen und durchzuhalten (vgl. ebd.). Die „Erziehungsfähigkeit“ ist das vierte Modul, das je nach Bedarf hinzugezogen werden kann und erfasst auf vier Dimensionen mögliche Einschränkungen der elterlichen Erziehungsfähigkeit. Dies

sind die Dimensionen „Pflege und Versorgung“, „Bindung“, „Vermittlung von Regeln und Werten“ und „kognitive Förderung“ (ebd.). Dieses letzte Modul steht allerdings bisher nur für Eltern zur Verfügung, deren betroffenes Kind unter sechs Jahre alt ist (vgl. Reich et al. 2009, 3).
Die letzten drei der insgesamt zwölf Module des Kinderschutzbogens dienen dazu, die Befunde aus den bisherigen Modulen zusammenfassen und eine Perspektive entwickeln zu können. Dies sind die Module „Gesamteinschätzung der Kindeswohlgefährdung“, „Hilfe- und Schutzkonzept“ und „Vereinbarungen mit den Sorgeberechtigten“ (ebd.).
Die Einschätzung einzelner Kriterien der Module erfolgt entweder anhand freier Beschreibung oder anhand von Einschätzungsskalen, wobei die Skalen die Bewertungsmöglichkeiten „- 2“ (sehr schlecht), „- 1“ (schlecht), „+ 1“ (ausreichend) und „+ 2“ (gut) vorgeben (vgl. Reich 2005, 513). Diese auf den ersten Blick ungewöhnliche Skalierung ist von den Fachkräften bewusst gewählt. Da sie davon ausgehen, dass in der Praxis in betroffenen Familien kaum Situationen oder Verhältnisse anzutreffen sind, die als „sehr gut“ bezeichnet werden können, wurde bereits die Wertung „ausreichend“ als positiv eingeführt, um Zustände bewerten zu können, die zwar nicht gut sind, aber trotzdem „ausreichen“ (vgl. Eisenlohr/Reich 2004, 297).
Für zwei der Module („Eltern-Kind-Interaktion“ und „Grundversorgung und Schutz“) wurden mit der Methode der „Kommunikativen Validierung“ sogenannte „Ankerbeispiele“ entwickelt, welche zu „Orientierungskatalogen“ zusammengefasst wurden (vgl. Reich et al. 2009, 3; Reich 2005, 513 f.). Die kommunikative Validierung ist ein Einigungsprozess, in dem sich Fachkräfte austauschten und über Kriterien einigten, die zu einer bestimmten Interpretation eines Sachverhaltes und somit zu einer Entscheidung führen können. Diese Kriterien, die auch „Ankerbeispiele“ genannt werden, wurden am Ende des Einigungsprozesses als gültig verabschiedet und sollen den Fachkräften als Hilfe und Bewertungsgrundlage für Risikoeinschätzungen dienen (vgl. Reich et al. 2009, 514).
Um herauszufinden, inwieweit durch den „Kinderschutzbogen“ eine Unterstützung und Qualifizierung der Arbeit geleistet wird, gaben die Jugendämter Stuttgart und Düsseldorf eine externe Evaluation und Validierung des Bogens in Auftrag. Diese Untersuchung wurde von

einer Projektgruppe am Deutschen Jugendinstitut, bestehend aus Heinz Kindler, Bettina Strobel und Christoph Liel, von April 2007 bis Januar 2008 durchgeführt (vgl. Reich et al. 2009, 4). Im Mittelpunkt dieser Untersuchung standen die Aspekte Validität, Reliabilität und Praktikabilität (vgl. ebd.). Die Ergebnisse der Untersuchung wurden in einem ausführlichen Projektbericht dargelegt[3] und werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Um die Validität, also die Aussagekraft des Kinderschutzbogens zu untersuchen, wurden zwei unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt. Zum einen wurde in 16 Kinderschutzfällen aus den Jugendämtern Stuttgart und Düsseldorf, in denen bereits der Kinderschutzbogen ausgefüllt worden war, ein weiteres Instrument zur Gefährdungseinschätzung angewandt (vgl. Kindler et al. 2008, 503). Dieses weitere Instrument war das „Structured Decision Making Model", das ist das Verfahren des „Children's Research Center", dessen Aussagekraft bereits durch zahlreiche Längsschnittstudien belegt ist (vgl. Children's Research Center 2008; Kindler et al. 2008, 503). Dieses wurde von Fachkräften in den 16 Fällen angewandt, ohne dass sie die Einschätzung des Kinderschutzbogens zu den jeweiligen Fällen kannten (vgl. Kindler et al. 2008, 503).

Bei der zweiten Vorgehensweise zur Untersuchung der Validität des Kinderschutzbogens wurden 53 bereits länger laufende Kinderschutzfälle als Stichprobe ausgewählt. Unabhängige Fachkräfte haben für diese Fälle einzelne Module des Kinderschutzbogens ausgefüllt, allerdings nur anhand der Informationen, die zu Beginn des jeweiligen Falles bzw. in den ersten Monaten des Fallverlaufs vorlagen (vgl. Reich et al. 2009, 4). Anschließend wurde von weiteren unabhängigen Fachkräften, die keine Kenntnis der bisherigen Einschätzungen hatten, der weitere Verlauf der Fälle kodiert, wobei unter anderem unmittelbare Beeinträchtigungen von in der Familie lebenden Kindern, gefährdungsbedingte Verletzungen und weitere Gefährdungsmeldungen bezüglich dieser Familie erfasst wurden (vgl. ebd.).

Beide Vorgehensweisen haben laut den Wissenschaftlern „deutliche Hinweise auf eine gegebene Aussagekraft der untersuchten Module des Kinderschutzbogens" ergeben (ebd.). Auch zeigten sich deutliche

[3] Deutsches Jugendinstitut e.V. (2008): Validierung und Evaluation des Kinderschutzbogens. Ergebnisbericht. München. Verfügbar unter: www.dji.de/bibs/Evaluation_Kinderschutzbogen.pdf

Übereinstimmungen der Einschätzungen des Kinderschutzbogens und des Verfahrens des Children's Reasearch Center. Dies ist von daher sehr erfreulich, da der Kinderschutzbogen somit „zu ähnlichen Gefährdungseinschätzungen zu führen [scheint] wie das Instrument mit der derzeit weltweit am besten belegten Aussagekraft (Validität)" (Kindler et al. 2008, 503).
Bei der Überprüfung der Reliabilität des Kinderschutzbogens, also seiner Zuverlässigkeit, sollte herausgefunden werden, ob unterschiedliche Fachkräfte bei gleicher Fallgrundlage zu gleichen oder zumindest zu ähnlichen Einschätzungen gelangen, wenn sie dieses Instrument nutzen (vgl. Reich et al. 2009, 5). Dazu wurden auf Grundlage realer Fälle zehn Fallvignetten entwickelt, für die jeweils von fünf Fachkräften aus Stuttgart bzw. Düsseldorf der Kinderschutzbogen ausgefüllt wurde. Daraufhin wurde die Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Fachkräfte zum Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einzelner Faktoren berechnet. Diese Übereinstimmung lag bei durchschnittlich 74 %, also 24 % mehr, als durch Zufall zu erwarten gewesen wären (vgl. Kindler et al. 2008, 504). Wurde bei dieser Berechnung eine Abweichung um einen Punkt toleriert, so lag die Übereinstimmung bei 98 %. Dadurch wird deutlich, dass zumindest große Abweichungen in der Bewertung mit dem Kinderschutzbogen sehr selten waren (vgl. ebd.). So gab auch diese Untersuchung nach Aussage der Wissenschaftler deutliche Hinweise darauf, dass Fachkräfte durch Nutzung des Kinderschutzbogens deutlich mehr Übereinstimmung erzielen, als durch Zufall zu erwarten wäre. Ebenso wurde durch diese Untersuchung deutlich, welche Kriterien im Kinderschutzbogen eindeutiger formuliert oder besser erklärt werden sollten, um eine höhere Übereinstimmung erzielen zu können (vgl. Reich et al. 2009, 5).
Für die Untersuchung der Praktikabilität des Kinderschutzbogens, womit der Nutzen gemeint ist, den die Fachkräfte durch dieses Einschätzungsinstrument wahrnehmen, wurden 10 Leitungskräfte (Sachgebiets- oder Bereichsleitungen) telefonisch und 70 Fachkräfte schriftlich in Form eines Fragebogens befragt. Da 46 Fachkräfte an der Umfrage teilgenommen haben, lag die Rücklaufquote des Fragebogens bei nur 66 % (vgl. Kindler et al. 2008, 504).
Ergebnis dieser Untersuchung war, dass 70 % der befragten Leitungskräfte den Kinderschutzbogen als Arbeitserleichterung wahrnehmen,

was ihre Anleitungsaufgabe in möglichen Gefährdungsfällen angeht. 60 % der Leitungskräfte beobachten durch den Kinderschutzbogen eine Qualifizierung der Arbeit in Kinderschutzfällen, die sich unter anderem in systematischerer Recherche und einem planvolleren und eindeutigeren Erfassen von Sachverhalten widerspiegelt (vgl. Kindler et al. 2008, 504).

Von den angeschriebenen Fachkräften sehen 64 % den Kinderschutzbogen als Hilfe bei der Informationssammlung und 74 % als Möglichkeit zur Überprüfung der eigenen Falleinschätzung. Von mehr als der Hälfte von ihnen wurde jedoch eine Erleichterung des Bearbeitungsaufwandes (68 %) und eine weitere Konkretisierung einzelner Dimensionen und Kriterien (54 %) nachdrücklich gefordert. Insgesamt hat die Mehrheit der angeschriebenen Fachkräfte eine Arbeitserleichterung in Form einer Erleichterung bei der Aktenführung und Dokumentation von Kinderschutzfällen durch den Kinderschutzbogen verneint (61 %). Dies mag unter anderem an dem Zeitaufwand liegen, den Fachkräfte für das Ausfüllen des Bogens benötigen (vgl. Kindler et al. 2008, 504). Die Fachkräfte gaben einen durchschnittlichen Zeitaufwand zwischen einer und zwanzig Stunden für das Zusammentragen der für den Kinderschutzbogen benötigten Informationen an. Am häufigsten genannt wurde dabei ein Aufwand von zehn Stunden (26,7 %) (vgl. DJI 2008, 45).

In einer Frage der Evaluation sollten die angeschriebenen Fachkräfte die Bedeutung des Kinderschutzbogens für ihre praktische Arbeit bewerten. Auch diese Bewertung macht deutlich, dass im Bereich der Risikoeinschätzungsbögen weiterer Forschungs- und Verbesserungsbedarf besteht – selbst bei dem Kinderschutzbogen, der auf Grund von „mehrfacher Überarbeitung und Verbesserung unter Einbezug von Praxiserfahrungen und Befunden von Grundlagenforschung“ als „Gefährdungseinschätzungsverfahren der zweiten Generation“ bezeichnet wird (Kindler et al. 2008, 501). So bewerteten 68,2 % der Fachkräfte den Kinderschutzbogen als „sinnlose Erhöhung des Verwaltungsaufwandes“, 84,1 % von ihnen fehlt die Zeit zum Ausfüllen in der direkten Arbeit mit den Familien, 80 % der Fachkräfte empfinden durch den Bogen zusätzlichen Druck durch die engen Zeitvorgaben und 84,4 % von ihnen empfinden das Ausfüllen als „unliebsame Aufgabe“ (DJI 2008, 51).

Abschließend lässt sich über den Kinderschutzbogen sagen, dass er die fachliche Zustimmung vieler Leitungs- und Fachkräfte gewinnen konnte. Gleichzeitig wurde jedoch deutlich, dass Weiterentwicklungen sinnvoll und notwendig sind, auch und vor allem um die Praktikabilität für die Fachkräfte zu erhöhen. Laut Kindler et al. sollte auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse geprüft werden, welche Möglichkeiten es zur „Verschlankung" gibt, sodass Fachkräfte mit einem deutlich geringeren Arbeitsaufwand auskommen könnten (vgl. Kindler et al. 2008, 504). Auf Grundlage dieser Verschlankungsexpertise, die von den Jugendämtern nicht frei gegeben wurde, wurden nach Angaben von Kindler bereits Veränderungen im Kinderschutzbogen vorgenommen[4]. Des Weiteren wird zu Trainingszwecken ein Set an Beispielfällen für ASD-Fachkräfte entwickelt (vgl. Kindler et al. 2008, 504). Diese elektronischen Beispiele und Trainingsfälle sind zwar noch nicht fertig, werden laut Kindler aber „richtig gut"[5].
Laut Kindler und Lillig steht auch eine schriftliche Zusammenstellung wissenschaftlicher Belege für die im Kinderschutzbogen verwendeten Kriterien und Faktoren noch aus. Auch wissenschaftliche Studien unter anderem zur prognostischen Validität und Praktikabilität seien in Planung, da dazu noch keine positiven Befunde vorlägen (Kindler/Lillig 2008, 104).
Im Rahmen der Online-Befragung, die in Kapitel 6 erläutert wird, wurden die Fachkräfte gebeten, den Kinderschutzbogen anhand einer Schulnoten-Skala von eins bis sechs zu bewerten. Das Ergebnis ist im Anhang V (S. 138) vorzufinden.

5.3.4 Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen

Eine Erstfassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurde 2001 vom bayerischen Landesjugendamt vorgelegt. Die Diagnose-Tabellen sollen dazu dienen, einen Hilfebedarf möglichst effektiv, ausführlich und differenziert festzustellen, allgemein anerkannte fachliche Standards zu schaffen und Transparenz herzustellen. Ebenso sollen sie das Handeln der Fachkräfte legitimieren und dadurch zum Spa-

[4] E-Mail von Dr. Heinz Kindler, 03.11.2010.
[5] ebd.

ren beitragen, dass sie helfen, eine geeignete, sachgerechte und somit auf Dauer auch kostengünstigere Hilfe auszuwählen (vgl. Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)/ Bayerisches Landesjugendamt (BLJA) o. J.). Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen existieren in einer Kurz- und einer Langfassung, wobei die Kurzfassung 20 Merkmale und die Langfassung 80 Merkmale umfasst (vgl. DJI 2004, 3; ZBFS/BLJA 2009).

Die Tabellen wurden von 2003 bis 2008 im Rahmen des Projektes „EST! – Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen" evaluiert. Auftraggeber dieser Evaluation waren das Bayerische Landesjugendamt und das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und Projektträger das IKJ, das Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH (vgl. IKJ o. J.; Hillmeier 2008). Ziel dieses Projektes war die Überprüfung der Grundhypothese, ob Hilfen für Kinder und Jugendliche tatsächlich erfolgreicher verlaufen, wenn die Diagnose-Tabellen angewandt werden, als wenn sie nicht angewandt werden. Zu diesem Zweck wurden 11 Jugendämter in Bayern und insgesamt 244 Kinder, Jugendliche und ihre Familien an der aufwendigen Evaluationsstudie beteiligt (vgl. IKJ o. J.).

Im Folgenden werden einige Ergebnisse des Projektes kurz erläutert.[6]

Die Diagnose-Tabellen haben sich im Rahmen der Evaluation, die als prospektive Kontrollgruppenstudie mit einer Laufzeit von fünf Jahren angelegt war, als „hoch reliables" (zuverlässiges) und „valides" (gültiges) Diagnoseinstrument erwiesen (ZBFS/BLJA o. J.). Zu diesem Ergebnis kam die Studie, nachdem die Tabellen in der Praxis von Jugendämtern eingesetzt und die daraus resultierenden Hilfen wiederum evaluiert und mit einer Kontrollgruppe, die die Tabellen nicht nutzte, verglichen wurden. So wurde festgestellt, dass es mit Hilfe der Diagnose-Tabellen in 74 % der Fälle gelang, eine geeignete Hilfe zu finden, während dies in der Kontrollgruppe in nur 69 % der Fall war. Positiv wird vermerkt, dass die Tabellen eine Strukturierungshilfe für weniger erfahrene Fachkräfte darstellen und sie es Berufsanfängern ermöglichen, das Effektivitätsniveau ihrer erfahrenen Kollegen zu erreichen (vgl. ebd.). Negativ ist bezüglich der Praktikabilität des Instrumentes anzumerken, dass die getestete EDV-Fassung, in der 664 Items zu beantworten sind, zu einem durchschnittlichen Mehraufwand

[6] Der gesamte Abschlussbericht der Studie ist unter: http://www.blja.bayern.de/imperia/md/content/blvf/bayerlandesjugendamt/familie/abschlussbericht.pdf verfügbar

von einer Stunde führt. Bezüglich des Zieles der Kostenreduktion war festzustellen, dass die Nutzung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen insgesamt teurere aber auch effektivere Hilfen zur Folge hatte, sodass weniger Anschlusshilfen notwendig waren. Somit kann auf Dauer trotz teurerer Hilfen eine höhere Effizienz und eine bessere „Kosten-Nutzen-Relation“ erreicht werden (ZBFS/BLJA o. J.).
Am Ende des Projektes wurden die einzelnen Ergebnisse der Studie in die Sozialpädagogischen Diagnosetabellen integriert, sodass 2009 eine optimierte Fassung dieser Tabellen herausgegeben wurde. Es ist leider nicht möglich diese Tabellen einzusehen, die neue Fassung ist aber beim Zentrum Bayern Familie und Soziales und beim Bayerischen Landesjugendamt unter www.blja.bayern.de/schriften/index.html bestellbar.

5.4 Vor- und Nachteile von Instrumenten zur Risikodiagnostik

Nachdem nun einige Risikoeinschätzungsbögen exemplarisch vorgestellt wurden, werden im Folgenden einige Vor- und Nachteile solcher Instrumente zur Risikodiagnostik Beachtung finden.
Ebenso unterschiedlich wie die einzelnen Instrumente zur Risikoeinschätzung an sich, sind auch die Meinungen von Fachkräften zu ihrem Einsatz (vgl. u. a. DJI 2008, 51). Dies kann unter anderem an den Erwartungen liegen, die die jeweiligen Fachkräfte an diese Instrumente haben und daran, was sie sich von ihrem Einsatz erhoffen.
Gerber hat sich in ihrem Vortrag „Kindeswohlgefährdung – von der Checkliste zur persönlichen Risikoabschätzung“ mit Erwartungen an solche Verfahren beschäftigt und auch deren Grenzen deutlich gemacht (vgl. Gerber 2006). So überprüft sie unter anderem die Erwartung, dass Checklisten den unbestimmten Rechtsbegriff „Kindeswohlgefährdung“ für die Fachkräfte objektivieren und konkretisieren sollen und kommt zu dem Ergebnis, dass diese Erwartung „definitiv zu hoch ist und nicht erfüllt werden kann“ (ebd., 2). Dies liegt unter anderem daran, dass die Entscheidung über Art und Ausmaß einer Kindeswohlgefährdung von zahlreichen Faktoren abhängt, die in standardisierten Verfahren nicht differenziert genug erfasst werden können. Deutlich wird dies an folgendem Beispiel: „Es ist ein Unterschied, ob

auf dem Herd – für das Kleinkind unzugänglich – ein Topf mit verdorbenem Gemüse steht oder ob vergammelte Lebensmittel in der Wohnung herumliegen und von dem Kind jederzeit gegessen werden können. Dieser Unterschied kann jedoch in einer Checkliste nicht ausreichend wiedergegeben werden“ (ebd.). Somit ist es ein zu beachtender Nachteil von Instrumenten wie Risikoeinschätzungsbögen, dass nicht alle für ein Kind relevanten Lebensumstände in ihnen abgebildet werden können (vgl. Goldbeck 2008, 110).
Positiv ist festzuhalten, dass Verfahren zur Gefährdungseinschätzung die Fachkräfte dadurch unterstützen können, dass sie ihre Aufmerksamkeit bei der Sammlung und Bewertung von Informationen auf Faktoren lenken, die nach aktuellem Kenntnisstand wichtig für eine Einschätzung und Prognose sind. So können sie dazu beitragen, dass Einschätzungen und daraus resultierende Entscheidungen auf Basis umfassender und aussagekräftiger Informationen und Faktoren getroffen werden (vgl. Kindler er al. 2008, 500). Ebenso können solche Verfahren Handlungssicherheit schaffen, ein strukturiertes und verbindliches Vorgehen sichern und auch Führungs-aufgaben unterstützen (vgl. Gerber 2006, 3).
Goldbeck merkt jedoch kritisch an, dass Risikofaktoren, die in Gruppenuntersuchungen signifikant für eine Prognose waren, nicht unbedingt auch in anderen Fällen eine Vorhersage ermöglichen müssen. Ebenso können fehlende Informationen durch die Nutzung von Risikoeinschätzungsbögen oder Checklisten nicht kompensiert werden (vgl. Goldbeck 2008, 110). Daher bezeichnet er den Einsatz solcher Instrumente als „nicht mehr und nicht weniger als die Verringerung der allgemeinen prognostischen Unsicherheit durch statistische Wahrscheinlichkeiten“ (ebd.). Konzentrieren sich Bögen jedoch auf Hauptrisikofaktoren für Kindeswohlgefährdungen, die durch viele Studien belegt wurden, so können diese Bögen doch zur „Strukturierung und Absicherung der prognostischen Urteilsbildung im Einzelfall“ beitragen (ebd.).
Gerber hat jedoch festgestellt, dass einige Fachkräfte in ihrer Arbeit so stark von dem Eindruck „mit einem Bein im Gefängnis zu stehen“ beeinflusst werden, dass sie Probleme haben, ihrer eigenen fachlichen und im Rahmen kollegialer Beratung in einer Fallbesprechung reflektierten Einschätzung und Bewertung zu trauen. Vor allem jüngere und unsichere Kollegen werden somit dazu verleitet, die Entscheidung

über das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung eher an solche Instrumente zu delegieren (vgl. Gerber 2006, 3). So haben sich auch Mitarbeiter des Jugendamtes München dazu entschlossen, bestimmte Bögen, die sie selbst entwickelt hatten, nicht mehr zu verwenden, da Mitarbeiter dazu tendierten, sich in konflikthaften Kontakten zu den Eltern „hinter den Bögen“ zu verstecken und diese sich somit zwischen Eltern und Fachkraft stellten (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2006, 8).
Trotz der Vorteile, die Instrumente und Verfahren bieten, ist es wichtig zu beachten, „dass die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung nicht an ‚ein Instrument‘ delegiert werden kann, sondern dass die letztendliche Entscheidung immer von den Fachkräften getroffen werden muss“ (Gerber 2006, 2). Instrumente können – unabhängig davon wie differenziert sie sind – nicht beurteilen oder entscheiden, ob ein Kind „nicht gefährdet“, „langfristig gefährdet“ oder „akut gefährdet“ ist (ebd.).
Bezüglich des sexuellen Missbrauchs als Form der Kindeswohlgefährdung ist anzumerken, dass dieser im Bereich der Risikoeinschätzungsverfahren einen Sonderfall darstellt. Laut Kindler sind in diesem Bereich bisher „alle Versuche der Konstruktion eines empirisch gestützten Risikoeinschätzungsinstrumentes gescheitert“ (Kindler 2005, 400). Auch international liegen derzeit keine Einschätzungsverfahren mit „belegbarer Aussagekraft“ vor, die von der Jugendhilfe nach einem innerfamiliären sexuellen Missbrauch eingesetzt werden können (vgl. Kindler 2006h, 446; Baird 2003, 41).

6. „Fragebogen zur Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung“ – eine Online-Befragung von ASD-Mitarbeitern

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde eine Online-Befragung mit dem Titel „Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung“ durchgeführt[7]. Die Erhebungsform der Online-Befragung wurde unter anderem ausgewählt, da die Befragten hierbei einen bei einem Server ab-

[7] Zur Erstellung des Fragebogens wurde die Bildungsversion des Fragebogenprogramms GrafStat 2010 von Uwe W. Diener verwendet. Verfügbar unter: http://www.grafstat.de/

gelegten Fragebogen direkt im Internet ausfüllen und ihre Antworten absenden können (vgl. Atteslander 2010, 166). Des Weiteren ist dies vorteilhaft, da diese Erhebungsform im Gegensatz zu schriftlichen Befragungen keine Portokosten verursacht, im Gegensatz zu telefonischen oder persönlichen Interviews einen wesentlichen geringeren Zeitaufwand benötigt und die Daten durch sofortiges Einlesen in eine Datenbank sehr schnell verfügbar und auswertbar sind (vgl. ebd.). Der wesentliche Nachteil von Online-Befragungen ist, dass jeweils nur der Teil der Bevölkerung teilnehmen kann, der via Internet erreichbar und im Umgang mit einem PC geübt ist (vgl. ebd., 166 ff.). Dieser Nachteil wird hier aber durch die Tatsache aufgehoben, dass sich die Befragung an ASD-Fachkräfte richtet, die in ihrer beruflichen Tätigkeit in der Regel über einen PC und grundlegende Kenntnisse seiner Nutzung verfügen.
Der Fragebogen der Befragung ist bis zum 31.01.2011 unter http://hinrichs2go.de/tuttas/fragebogenrisikoeinschaetzung.htm verfügbar. Eine Druckversion des Fragebogens ist im Anhang VI (S. 139 ff.) vorzufinden.
Im Folgenden werden zuerst die Struktur der Befragung und des Fragebogens vorgestellt, bevor die Ergebnisse im Einzelnen erläutert werden.

6.1 Grundstruktur der Befragung

Für die Online-Befragung wurden E-Mails an Jugendämter verschickt, mit der Bitte um Weiterleitung an die jeweiligen Kolleginnen und Kollegen des ASD, die mit der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen zu tun haben. Diese E-Mails enthielten neben einer Erläuterung zum Zweck der Umfrage und einer Zusicherung der Anonymität auch den Link, über welchen die Fachkräfte direkt zu dem Fragebogen geleitet wurden.
Da die Umfrage Vergleiche zwischen einzelnen Bundesländern ermöglichen sollte, wurden bundesweit insgesamt mehr als 140 Städte und Landkreise angeschrieben. Dabei wurde darauf geachtet, dass aus jedem Bundesland sowohl Kleinstädte, Mittelstädte und Großstädte angeschrieben wurden, um auch eine Vergleichsmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Stadttypen zu ermöglichen.

Die Hauptbefragung lief vom 11.10.2010 – 20.10.2010. Nachdem jedoch nach einigen Tagen deutlich wurde, welche Bundesländer sich kaum oder noch gar nicht beteiligt haben, wurden in diesen Bundesländern weitere Städte und Landkreise angeschrieben[8], deren Befragung vom 14.10.2010 –20.10.2010 lief.
Der verwendete Fragebogen wurde im Voraus einem sogenannten „Pretest“ unterzogen (Porst 2008, 185 f.), wodurch sichergestellt werden sollte, dass die einzelnen Fragen und Antwortmöglichkeiten gut und verständlich formuliert wurden und die Auswertung über die Datenbank reibungslos funktioniert. Zu diesen Personen, die sich den Fragebogen angesehen haben, gehören auch ASD-Fachkräfte eines Jugendamtes, zu denen durch ein früheres Praktikum Kontakt besteht. Diese Fachkräfte haben durch wertvolle kritische Anmerkungen und Vorschläge zur letztendlichen Form des Fragebogens beigetragen.

6.2 Vorstellung des Fragebogens

Der Fragebogen lässt sich inhaltlich in drei Teile gliedern. Im ersten dieser Teile wird die Teilnehmerstruktur der Umfrage erfasst, indem nach Basisdaten wie Geschlecht und Alter, nach dem Bundesland und der Größe der Stadt, in der die Fachkraft tätig ist, gefragt wird. Zur Einordnung der beruflichen Erfahrung wird anschließend erfragt, wie lange die Fachkraft im ASD beschäftigt ist, bzw. dort, wo er oder sie mit Kindeswohlgefährdungsfällen konfrontiert wird. Diese Fragen eignen sich als Einstiegsfragen, da sie die Befragten persönlich betreffen, von der Struktur her einfach und von allen Fachkräften schnell zu beantworten sind (vgl. Porst 2008, 138).
Der zweite Teil des Fragebogens widmet sich Instrumenten wie Checklisten und Fragebögen und dient dazu herauszufinden, wie verbreitet die Nutzung solcher Hilfsmittel in der Praxis ist und welche dieser Hilfsmittel besonders häufig anzutreffen sind. Hierbei ist auch von Interesse, ob amtsinterne Hilfsmittel evaluiert sind und aus welchen Gründen Fachkräfte auf den Einsatz von Hilfsmitteln bei der Risikoeinschätzung verzichten.

[8] Mit Ausnahme von Hamburg und Bremen, da in diesen Bundesländern bereits im Rahmen der Hauptbefragung sämtliche Jugendämter angeschrieben worden waren.

Im dritten Teil gibt es die Möglichkeit, den Kinderschutzbogen der Jugendämter Düsseldorf und Stuttgart anhand einer sechsstufigen Skala von sehr gut bis ungenügend zu bewerten, bevor erhoben wird, was der jeweiligen Fachkraft bei Instrumenten zur Risikoeinschätzung besonders wichtig ist. Darauf folgt eine letzte Skalierungsfrage der persönlichen Einschätzung, wie sicher sich die Fachkraft in Hinblick auf Einschätzungen von Kindeswohlgefährdungen fühlt. Abschließend werden Wünsche für die berufliche Arbeit mit Kindeswohlgefährdungsfällen erfasst.
Der Fragebogen endet mit der Möglichkeit, persönliche Anmerkungen einzubringen und freiwillig eine Kontaktadresse für Rückfragen zu hinterlassen. Den Befragungsteilnehmern wird für Ihre Unterstützung gedankt (vgl. Porst 2008, 157 f.), da es nicht selbstverständlich ist, dass sie sich für eine solche freiwillige Befragung Zeit nehmen.

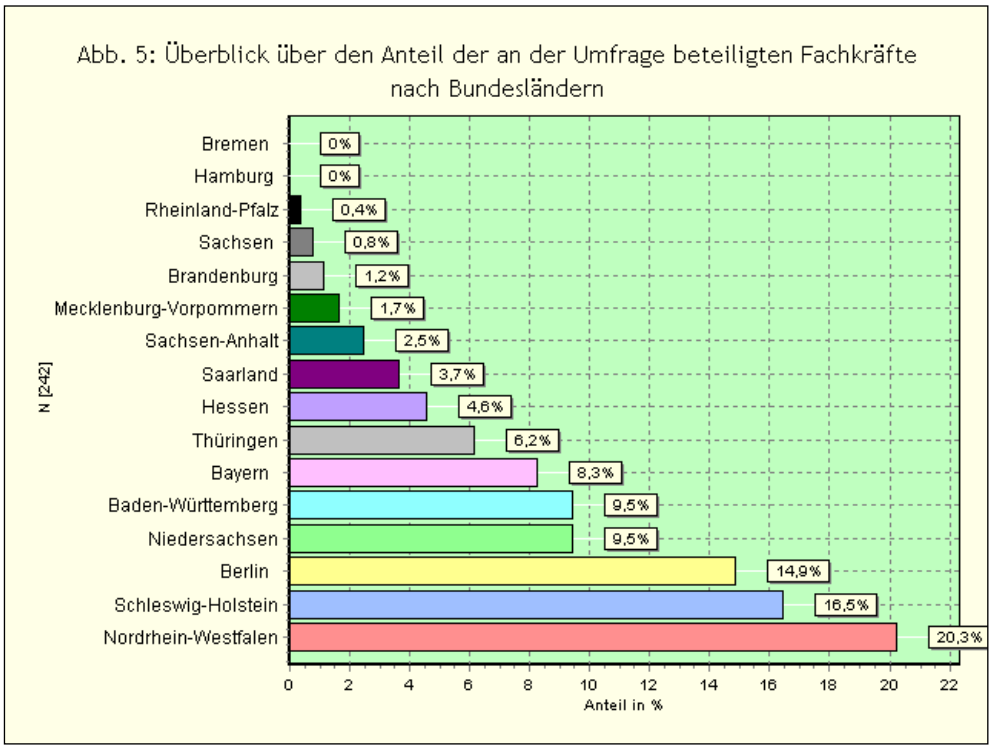
6.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Umfrage erläutert. Hierbei wird zuerst die Teilnehmerstruktur der Fachkräfte vorgestellt, die sich an der Umfrage beteiligt haben. Vor diesem Hintergrund sind die daran anschließenden Ergebnisse zu betrachten.
Die Befragung erhebt jedoch keinen Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit. Sie soll vielmehr einen Einblick in Arbeitsformen und Meinungen einiger in Deutschland tätiger ASD-Fachkräfte gewähren und somit auf Veränderungs- und Verbesserungsmöglichkeiten aufmerksam machen. Sie als Tendenz des Meinungsbildes in der Praxis von Jugendämtern anzusehen, gestaltet sich von daher als schwierig, als dass nicht nachvollziehbar ist, aus welchen Gründen Fachkräfte an der Befragung teilgenommen oder nicht teilgenommen haben. So kann leider auch nicht beantwortet werden, ob eventuell besonders überlastete Fachkräfte aus Zeitmangel nicht teilgenommen haben oder ob Fachkräfte, die sich im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen tendenziell eher unsicher fühlen, auf Grund dessen grundsätzlich weniger bereit sind, an einer solchen Umfrage teilzunehmen.

Alle in diesem Kapitel verwendeten Grafiken, die der Verdeutlichung der Ergebnisse der Umfrage dienen, wurden mit dem Fragebogenprogramm GrafStat 2010 angefertigt[9].
Da nicht alle Fachkräfte auf jede Frage geantwortet haben, kam es bei der Auswertung mancher Aspekte zu minimalen Unterschieden in der Anzahl erfasster Antworten.

6.3.1 Teilnehmerstruktur

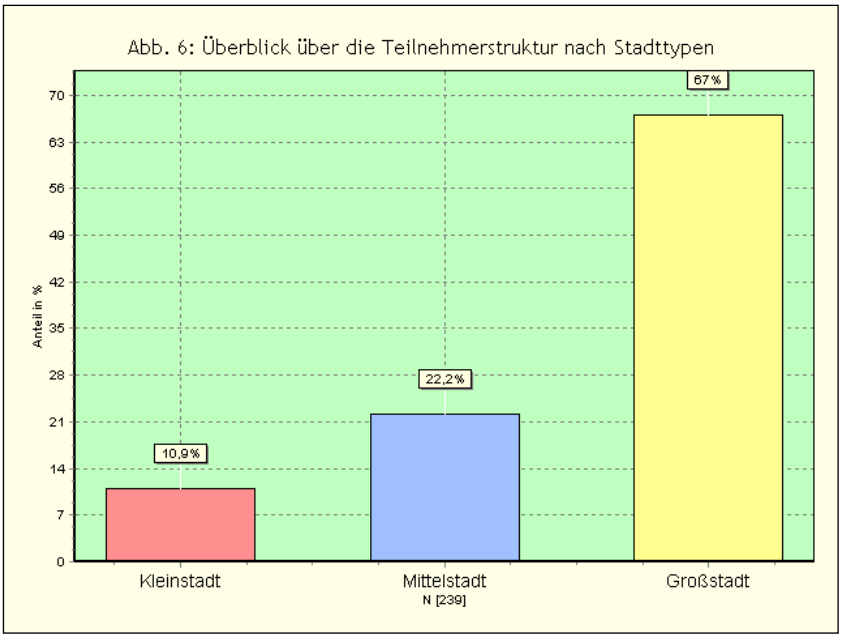
Insgesamt haben sich bis zum Auswertungszeitpunkt 243 Fachkräfte an der Umfrage beteiligt. Dabei waren 14 Bundesländer vertreten, lediglich von den Fachkräften aus Bremen und Hamburg kam keine Rückmeldung. Die meisten der an der Befragung beteiligten Fachkräfte kommen aus Nordrhein-Westfalen (49 ≙ 20,3 %), Schleswig-Holstein (40 ≙ 16,5 %) und Berlin (36 ≙ 14,9 %).
Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die gesamte Verteilung der Fachkräfte nach Bundesländern.



[9] vgl. Fußnote 10

Eine mögliche Erklärung für die hohe Beteiligung Berlins (im Vergleich zu anderen, wesentlich größeren Bundesländern wie Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen), kann es sein, dass es im Internet auf der Homepage Berlins möglich ist, die Kontaktdaten vieler im ASD beschäftigter Fachkräfte ausfindig zu machen. So konnten einzelne Fachkräfte der verschiedenen Bezirke Berlins direkt angeschrieben werden. In den meisten Städten anderer Bundesländer ist dies nicht möglich. Somit wurden dort jeweils E-Mails an die Leitungen der Jugendämter oder Sozialen Dienste verschickt, mit der Bitte um Weiterleitung an die entsprechenden Fachkräfte. Daraus kann zum einen geschlossen werden, dass das „direkt angeschrieben werden“ die Wahrscheinlichkeit einer Beteiligung erhöht – oder, dass in manchen Städten die E-Mails auf der Leitungsebene „stecken bleiben“, sei es aus Zeitmangel oder sonstigen Gründen.
Zur Unterscheidung verschiedener Stadttypen wurden die von der amtlichen deutschen Statistik bestimmten „statistischen Stadttypen“ gewählt, die Stadtgrößenklassen nach Einwohnerschwellenwerten definieren (vgl. Heineberg 2006, 29). Laut dieser Definition umfasst eine Landstadt 2000 bis 5000 Einwohner, eine Kleinstadt 5000 bis 20 000 Einwohner, eine Mittelstadt 20 000 bis 100 000 Einwohner und eine Großstadt mehr als 100 000 Einwohner (vgl. ebd., 28). Landstädte und Kleinstädte wurden jedoch unter dem Begriff „Kleinstadt“ zusammengefasst und als „unter 20 000 Einwohner“ definiert.

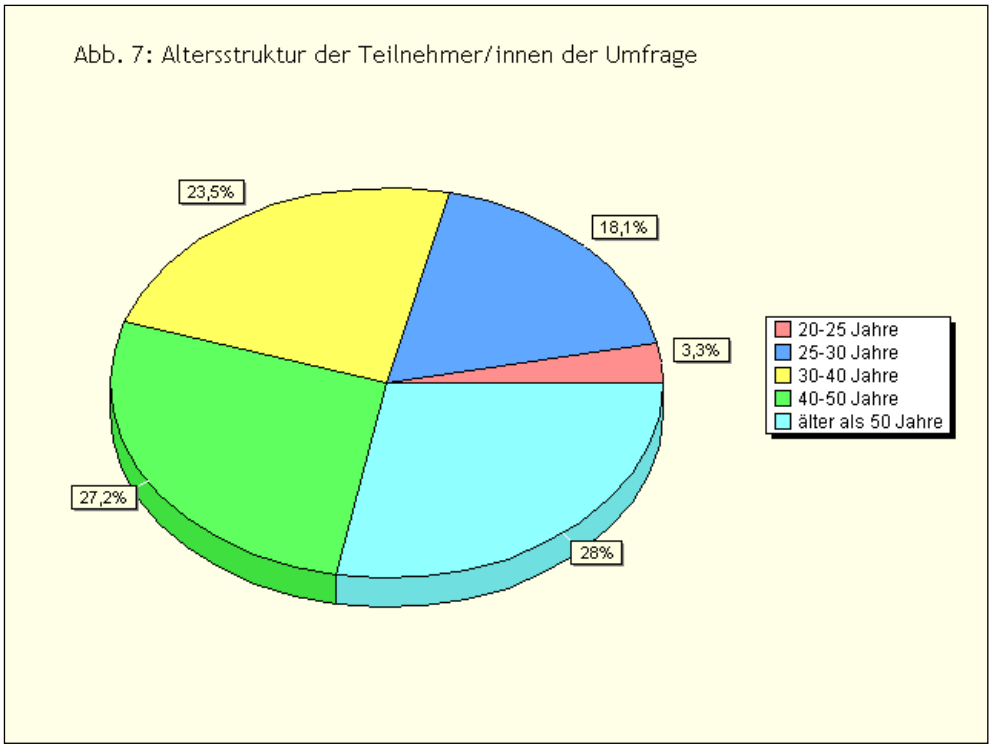
Abb. 6: Überblick über die Teilnehmerstruktur nach Stadttypen



Wie die Abbildung veranschaulicht, sind Fachkräfte aus Großstädten am häufigsten vertreten (67 % ≙ 160), gefolgt von Fachkräften aus Mittelstädten (22,2 % ≙ 53) und den Fachkräften aus Kleinstädten (10,9 % ≙ 26).
Der überwiegende Teil der Teilnehmer ist weiblich (75,4 %) und knapp ein Viertel der Teilnehmer ist männlich (24,6 %). Wobei hieraus nicht geschlossen werden kann, dass sich Frauen eher an Umfragen beteiligen als Männer. In diesem Ergebnis spiegelt sich vermutlich vielmehr die „normale“ Geschlechterverteilung von ASD-Mitarbeitern in Jugendämtern wider, auch wenn es dazu bislang keine statistischen Erhebungen gibt.
Interessant bezüglich der Geschlechterverteilung war vor allem der Verlauf der Umfrage. Zu Beginn des Umfragezeitraums verlief die Verteilung nahezu identisch, sodass der Anteil an Männern und Frauen jeweils nur um sehr wenige Prozentpunkte voneinander abwich. Im weiteren Verlauf der Umfrage beteiligten sich immer mehr Frauen, während der Anteil an Männern vergleichsweise nur noch sehr langsam anstieg. So hatten sich bei einem Stand von 30 Fachkräften genau je 15 Frauen und Männer beteiligt, bei einem Stand von 50 Fachkräften waren es 27 Frauen und 22 Männer (eine Fachkraft machte zu ihrem Geschlecht keine Angaben) und bei einem Stand von 100 Fachkräften waren es 68 Frauen und 31 Männer. Somit lag schon bei 100 Fachkräften die Beteiligung von Frauen bei 68 %. Daraus kann geschlossen werden, dass Männer, die sich an solch einer Umfrage beteiligen wollen, es eher direkt tun, während Frauen den vorgegebenen Zeitrahmen nutzen und sich auch zu einem späteren Zeitpunkt noch beteiligen. Wobei natürlich beachtet werden muss, dass im Zeitraum der Umfrage in einigen Bundesländern Herbstferien waren, es also durchaus möglich ist, dass manche Fachkräfte sich erst später beteiligen konnten, da sie sich im Urlaub befanden. Des Weiteren ist auch nicht nachvollziehbar, ob und wenn ja, wie schnell die Anfragen von der jeweiligen Leitungsebene an die entsprechenden Fachkräfte weitergeleitet wurden.
Ein weiteres Merkmal, das erhoben wurde, ist das Alter der Fachkräfte. Hierbei wurde jedoch nicht das konkrete Alter der Fachkräfte abgefragt, sondern im Voraus eine Gruppierung vorgenommen. Die zur Verfügung stehenden Antwortmöglichkeiten lauteten demnach: „20 -

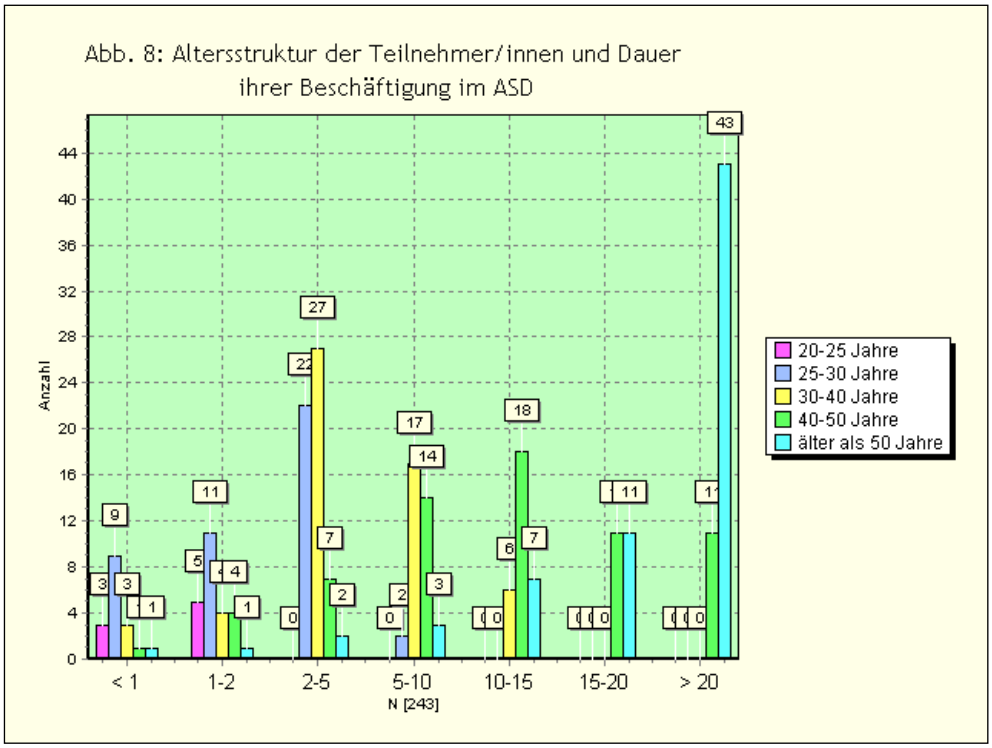
25 Jahre“, „25 - 30 Jahre“, „30 - 40 Jahre“, „40 - 50 Jahre“ und „älter als 50 Jahre“. Auf eine Kategorie „unter 20 Jahre“ wurde verzichtet, da ASD-Fachkräfte auf Grund ihres Studiums in der Regel nicht jünger als 20 Jahre sein können. Die Auswertung dieses Merkmals hat ergeben, dass die Altersstruktur der Fachkräfte sehr unterschiedlich ist, wie die folgende Abbildung zeigt. Am schwächsten vertreten ist die Gruppe der 20 - 25-Jährigen (3,3 %), während die Gruppe der über 50-Jährigen am stärksten vertreten ist (28,0 %), gefolgt von den 40 - 50-Jährigen (27,2 %). Somit sind mehr als die Hälfte der Fachkräfte, die sich beteiligt haben, älter als 40 Jahre (55,2 %) und mehr als Dreiviertel der Fachkräfte älter als 30 Jahre (78,7 %).

Abb. 7: Altersstruktur der Teilnehmer/innen der Umfrage



Als Merkmal der Berufserfahrung der Fachkräfte wurde die Dauer ihrer Tätigkeit im Jugendamt erhoben, bzw. dort, wo sie mit der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen konfrontiert werden. Auch hierbei wurden zur Vereinfachung Gruppen von Antwortmöglichkeiten gebildet, wie die Legende der folgenden Abbildung zeigt (vgl. Abb. 8).
Hinsichtlich der Altersstruktur der Teilnehmer/innen überrascht das Ergebnis der Auswertung der Dauer der Tätigkeit im Jugendamt, da 41,2 % der Fachkräfte ihre Tätigkeit weniger als 5 Jahre ausüben. Länger als 20 Jahre sind 22,2 % von ihnen dort tätig. Die folgende

Abbildung veranschaulicht das Alter der Teilnehmer/innen der Umfrage in Relation zur Dauer ihrer Beschäftigung im ASD. Das Alter der Fachkräfte wird farblich unterschieden, während die X-Achse (horizontal) die Dauer der Tätigkeit in Jahren und die Y-Achse (vertikal) die Anzahl der jeweils beteiligten Fachkräfte darstellt. Dabei ist deutlich zu erkennen, dass Fachkräfte, die älter als 50 Jahre sind und länger als 20 Jahre im ASD tätig sind, sich am stärksten an der Umfrage beteiligt haben (43 Fachkräfte), gefolgt von den 30- bis 40-Jährigen (27 Fachkräfte), die ihre Tätigkeit dort zwischen 2 und 5 Jahren ausüben.



6.3.2 Nutzung von Hilfsmitteln zur Risikoeinschätzung

Anschließend an die Erfassung der Teilnehmerstruktur wurden Fragen zur Nutzung von Hilfsmitteln wie Checklisten oder Fragebögen gestellt. Hierbei wurden sowohl geschlossene als auch eine halboffene und eine offene Frage verwendet. Um herauszufinden, ob die Fachkräfte bei einer Einschätzung des Gefährdungsrisikos bei möglicher Kindeswohlgefährdung mit Hilfsmitteln arbeiten, wurde eine geschlossene Frage mit Einfachnennung gewählt (vgl. Porst 2008, 51). Somit wurden die Fachkräfte gebeten, sich mit nur einer Nennung in

die Kategorien „ja“, „teilweise“ oder „nein“ einzuordnen. Dabei gaben insgesamt 186 Fachkräfte, also 77,5 % an, bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mit einem solchen Hilfsmittel zu arbeiten. 42 Fachkräfte (17,5 %) arbeiten teilweise und 12 von ihnen (5 %) arbeiten gar nicht mit solchen Hilfsmitteln. Somit arbeiten fast ein Viertel der Fachkräfte (22,5 %) teilweise oder gar nicht mit Hilfsmitteln zur Risikoeinschätzung, wobei 3 Personen auf diese Frage keine Antwort gaben.
Auffällig ist hierbei der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Fachkräften. Von den Frauen gaben 80,8 % an mit Hilfsmitteln zu arbeiten, während dies von den Männern nur 66,7 % angaben. Und während nur 2,2 % der Frauen angaben keine Hilfsmittel zu nutzen, war dies die Antwort von 14 % der männlichen Fachkräfte.
Weitere Ergebnisse liefert eine Aufschlüsselung nach Alter der Fachkräfte, wie die folgende Tabelle zeigt. Alle 20- bis 25-Jährigen Fachkräfte nutzen Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung, dies ist in keiner anderen Altersstufe durchgängig der Fall. Bei der darauf folgenden Stufe der 25- bis 30-Jährigen sind es „nur noch“ 76,7 %. Festzuhalten ist, dass es unter den Umfrageteilnehmern mehr 25- bis 30-Jährige Fachkräfte gibt, die keine Hilfsmittel nutzen, als 30- bis 40-Jährige. Die Altersstufe, mit dem größten Anteil an Fachkräften, die keine Hilfsmittel nutzen, ist die Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen (7,7 %), gefolgt von den über 50-Jährigen (6 %). Somit lässt sich feststellen, dass ältere Fachkräfte grundsätzlich eher dazu neigen, weniger oder keine Instrumente zur Risikoeinschätzung zu nutzen als jüngere Fachkräfte, wobei die Betrachtung aller Altersgruppen zeigt, dass kein durchgängig linearer Zusammenhang besteht.

Tab. 6: Nutzung von Hilfsmitteln nach Alter der Fachkräfte

	ja	teilweise	nein	Anteil
20-25 Jahre	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
25-30 Jahre	76,7%	18,6%	4,7%	100,0%
30-40 Jahre	87,7%	10,5%	1,8%	100,0%
40-50 Jahre	69,2%	23,1%	7,7%	100,0%
älter als 50 Jahre	74,6%	19,4%	6,0%	100,0%
Anteil	77,5%	17,5%	5,0%	100,0%

In einer halboffenen Frage (vgl. Porst 2008, 55) wurde ermittelt, aus welchen Gründen Fachkräfte auf die Nutzung von Hilfsmitteln bei der Risikoeinschätzung verzichten. Hier wurden zum einen verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben, zum anderen gab es auch die Möglichkeit unter der Kategorie „anderer Grund“ selbst zu formulieren, weshalb man darauf verzichtet. Dabei war festzustellen, dass die Gründe, aus denen Fachkräfte keine Hilfsmittel anwenden, sehr vielfältig sind. 19 Fachkräfte haben diese Frage beantwortet, also 7 Fachkräfte mehr, als diejenigen, die zuvor angegeben hatten, keine Hilfsmittel zu nutzen. Hierbei durften mehrere Gründe angegeben werden, es waren also bewusst Mehrfachnennungen vorgesehen (vgl. ebd.), um eine möglichst gute Übersicht über verschiedene Gründe und Motivationen der Fachkräfte zu gewinnen. 23,3 % dieser Fachkräfte gaben an, die Nutzung von Hilfsmitteln sei ihnen zu umständlich, 20 % teilten mit, es sei zu zeitaufwändig, 16,7 % halten es für nicht notwendig ein Hilfsmittel zu nutzen und 10 % dieser Fachkräfte waren der Meinung, es sei kein geeignetes Hilfsmittel vorhanden. Darüber hinaus haben einige Fachkräfte davon Gebrauch gemacht, selbst Gründe zu formulieren. So wurde beispielsweise genannt, dass keine Hilfsmittel genutzt werden, da immer kollegiale Fallberatung durchgeführt wird oder dass nicht an Hilfsmittel gedacht wird, da die Fachkraft in Kinderschutzfällen „zu sehr in Eile“ ist. Als Grund für den Verzicht auf Hilfsmittel wurde auch genannt, dass es keinen fachlichen Eindruck hinterlässt, wenn in Gesprächen Kategorien in Checklisten abgearbeitet werden müssen. Ebenfalls wurde angegeben, dass Hilfsmittel, wie beispielsweise Checklisten, zu mechanisch und lang-

wierig sind, Erfahrung und Intuition nicht ersetzen können und Ergebnisse nach Punkten eine Eindeutigkeit „vorgaukeln“, die in der Praxis oftmals nicht gegeben ist. Eine Fachkraft gab an, keine Hilfsmittel zu benötigen, da sie die Kriterien der Checklisten bereits verinnerlicht habe und eine weitere Fachkraft kritisierte an evaluierten Bögen, dass sie nicht auf individuelle Notlagen ausgerichtet seien und Einzelfällen nicht angepasst werden könnten. Somit sind die Gründe je nach Fachkraft und Einstellung sehr unterschiedlich.
Fachkräfte, die immer oder zumindest teilweise mit solchen Hilfsmitteln arbeiten, wurden befragt, welche Hilfsmittel sie nutzen. Dazu wurde eine geschlossene Frage gewählt, die als Antwortmöglichkeiten verschiedene in der deutschen Fachliteratur anzutreffende Instrumente der Risikoeinschätzung anbot. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich, um das Spektrum genutzter Instrumente möglichst genau erfassen zu können. Da aber davon ausgegangen wurde, dass in der Literatur bei Weitem nicht alle möglichen Instrumente erfasst sind, gab es auch die Antwortmöglichkeiten „eigene Hilfsmittel“, womit amtsinterne Fragebögen und Checklisten gemeint sind und „andere Hilfsmittel“, die der Übersichtlichkeit halber in einer späteren Frage erfasst wurden.
Das Ergebnis dieser Frage wird durch die folgende Tabelle veranschaulicht.

Tab. 7: Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung in der Praxis des ASD

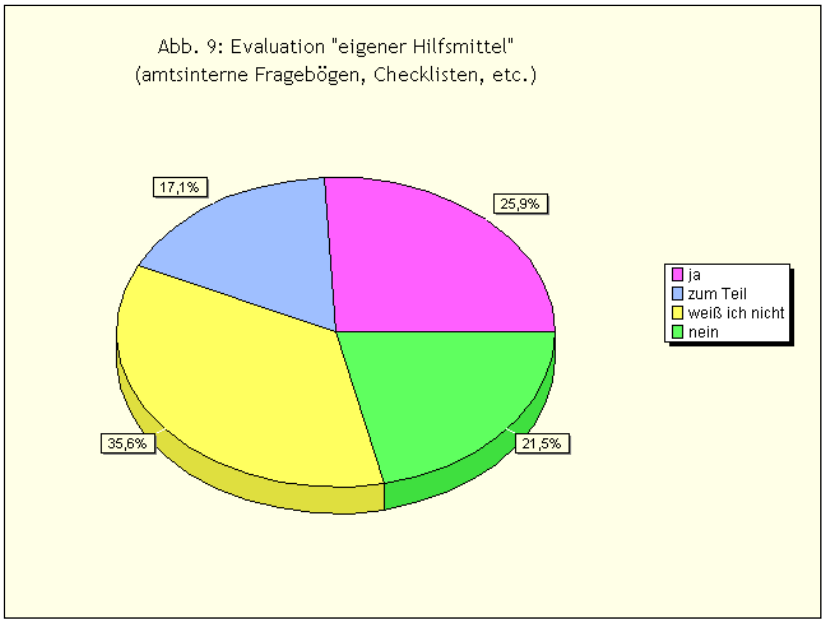
Nennung	Anzahl
Eigene Hilfsmittel (z.B. amtsinterne Fragebögen / Checklisten)	163
Andere Hilfsmittel	39
Berliner Kinderschutzbogen	38
Kinderschutzbogen der Jugendämter Düsseldorf und Stuttgart	28
PC-gestützte Anwendungsverfahren (GeDok/ LogoData/ Ok.Kiwo)	22
Rahmenmodell des Deutschen Jugendinstituts (DJI) zur Einschätzung bei Kindeswohlgefährdung	8
Sozialpädagogische Diagnosetabellen (Bayerisches Landesjugendamt)	6
Risikoeinschätzungsverfahren des Kinderschutz-Zentrums Berlin	6
Prüfbogen des Deutschen Jugendinstituts (DJI)	6
Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK)	5
Dokumentvorlagen der Städte Bonn/ Gelsenkirchen	4
Glinder Manual (ISA Münster)	1
Risikoeinschätzbogen der Stadt Recklinghausen	1
Münchner Qualitätssicherungsverfahren (JA München)	1
Info Kid Aachen	0
Ersterfassungsbogen des ASD der Stadt Herne	0
Checkliste des Vereins Fitkids in Kooperation mit dem JA Wesel	0
Risikoeinschätzbogen des JA des Märkischen Kreises	0
Orientierungskatalog des JA Kamp-Lintfort	0
Alsberg/Stolberg	0
Summe	328

Wie zu erkennen ist, werden sechs der 18 Bögen, die als Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren, von keiner der an der Umfrage beteiligten Fachkräfte in Deutschland angewandt. Dies sind „Alsberg/Stolberg“, „Checkliste des Vereins Fitkids in Kooperation mit dem Jugendamt Wesel“, „Ersterfassungbogen des ASD der Stadt Herne“, „Info Kid Aachen“, „Orientierungskatalog des Jugendamtes Kamp-Lintfort“ und der „Risikoeinschätzbogen des Jugendamtes des Märkischen Kreises“. Dies ist insofern verwunderlich, als dass alle diese sechs Bögen im ISA-Jahrbuch 2009 von Regine Müller in ihrem Text zu „Standards in der Praxis der Risikoeinschätzinstrumente“ genannt werden (vgl. Müller 2009, 71 ff.). Sowohl „Alsberg/Stolberg“ als auch „Info Kid Aachen“ werden dort sogar als „überregional bekannt“ bezeichnet und als Bögen, die „in der deutschlandweiten Diskussion Beachtung finden“ (ebd., 73).
Alle diese nicht genutzten Bögen wurden in Nordrhein-Westfalen entwickelt (vgl. ebd.). Dies kann aber nicht dafür verantwortlich gemacht werden, dass sie von den Umfrageteilnehmern nicht genutzt werden, da 20,3 % und somit der Großteil der Umfrageteilnehmer, wie schon erläutert, aus Nordrhein-Westfalen kommen.
Die mit Abstand meist genannte Antwort bei der Frage nach genutzten Hilfsmitteln ist die Antwortmöglichkeit „eigene Hilfsmittel“ (49,7 %), also amtsinterne Fragebögen und Checklisten, gefolgt von „anderen Hilfsmitteln“, die in der Auflistung nicht enthalten waren (11,9 %) und dem Berliner Kinderschutzbogen (11,6 %). Ein Bundesländervergleich macht hier allerdings deutlich, dass die hohe Anzahl der Nutzer des Berliner Kinderschutzbogens mit der verhältnismäßig starken Beteiligung von Fachkräften aus Berliner Jugendämtern zusammenhängt, da 34 von 37 Nutzern des Berliner Kinderschutzbogens in Berlin arbeiten. Dieser Bogen basiert laut Reich eindeutig auf dem Stuttgarter Kinderschutzbogen, jedoch auf der älteren und nicht der aktuellen und validierten Version (vgl. Kap. 5.3.3) [10].
Dem Berliner Kinderschutzbogen folgen die Nutzung des Kinderschutzbogens der Jugendämter Düsseldorf und Stuttgart (vgl. ebd.), die von 28 Fachkräften (8,5 %) angegeben wird und die Nutzung PC-gestützter Anwendungsverfahren wie „GeDok“, „LogoData“ und „Ok.Ki“. Bezüglich PC-gestützter Anwendungsverfahren fällt auf,

[10] Schriftliche Information von Wulfhild Reich, Sachgebiet Qualität und Qualifizierung des Jugendamtes der Landeshauptstadt Stuttgart, vom 11.11.2010.

dass Bayern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Thüringen die einzigen Bundesländer sind, die eine Nutzung solcher Verfahren angeben, wobei Bayern mit 50 % den Großteil dieser Nutzer ausmacht. Des Weiteren arbeiten insgesamt 21 der 22 Nutzer PC-gestützter Anwendungsverfahren in Großstädten, woran deutlich zu erkennen ist, dass die Nutzung solcher Verfahren in Klein- und Mittelstädten noch nicht so verbreitet zu sein scheint. Die Expertise von Prof. Kreidenweis (DJI 2005) bietet einen guten Überblick über Jugendamts-Software und eine Kurzbeschreibung verschiedener PC-Programme, auf die an dieser Stelle nicht ausführlicher eingegangen werden kann.
Bei der Auswertung der Nutzung von Hilfsmitteln lässt sich ebenso herausstellen, dass eine Nutzung des Münchner Qualitätssicherungsverfahrens des Jugendamtes der Stadt München von nur einer Person angegeben wird, die allerdings in einer Kleinstadt in Schleswig-Holstein arbeitet. Auch das Glinder Manual des Instituts für soziale Arbeit in Münster wird von nur einer an der Umfrage beteiligten Person genutzt, die wiederum im Saarland tätig ist.
In einer offenen Frage ohne mögliche Antwortkategorien (vgl. Porst 2008, 54) wurde erhoben, welche Hilfsmittel die jeweiligen Fachkräfte verwenden, die in der Auflistung in Tabelle 7 (S. 89) nicht enthalten sind. Auch auf diese Frage gab es zahlreiche unterschiedliche Antworten. Mehrere Fachkräfte nannten das „4-Augen-Prinzip“, dass also Fachkräfte im Fall einer Gefährdungsmeldung jeweils zu zweit einen Hausbesuch durchführen, als ein solches Hilfsmittel, ebenso wie die kollegiale Fallberatung. Auch weitere methodische Vorgehensweisen wie szenische Falldarstellung, identifikatorische Fallarbeit und Aufstellung wurden genannt. Zu den Antworten gehören auch Berufserfahrung und gesunder Menschenverstand, Supervision, berufliche Weiterbildung durch Fachliteratur, Teilnahme an entsprechenden Fortbildungen und Austausch sowie Absicherung in Beratungsgremien.
Mehrfach genannt wurden auch das Projekt „PETRA“ (Partner für Erziehung, Therapie, Research und Analyse der Forschungsgruppe Petra gGmbH), die Risikoeinschätzung nach Dr. Maria Lüttringhaus vom Institut für Sozialraumorientierung der Universität Duisburg-Essen und eine Risiko- und Ressourcen-Einschätzung nach Dr. Friedhelm Kron-Klees aus Saarbrücken.

Darüber hinaus wurde unter anderem eine „§ 8a-Datenbank zur Einschätzung des Kindeswohls des Kreisjugendamtes Passau“ genannt, das Schutz- und Kontrollkonzept der Stadt Erfurt, ein Qualitätsmanagementsystem „Fachdienst Erziehungshilfen“ der Stadt Hildesheim (vom e/l/s Institut für Qualitätsentwicklung sozialer Dienstleistungen), Bellers Entwicklungstabelle, die PC-gestützte Software „Social Map“ und die Heimler Scala Human Social Functioning. Schon diese ausgewählten Beispiele machen deutlich, was für eine Fülle verschiedenster Instrumente in der Praxis von ASD-Fachkräften vorhanden ist und auch genutzt wird.
Wird die Nutzung von Hilfsmitteln an die Stadttypen gekoppelt, in denen die Fachkräfte jeweils tätig sind, so fällt auf, dass in den Kleinstädten und Mittelstädten deutlich mehr eigene Hilfsmittel Verwendung finden als andere Hilfsmittel, wie die in Tabelle 7 (S. 89) aufgeführten Fragebögen und Checklisten. In Kleinstädten beträgt das Verhältnis eigener, amtsinterner Fragebögen und Checklisten zu anderen Hilfsmitteln etwa 2 : 1. Somit werden dort zu 66,7 % eigene Hilfsmittel verwendet und zu 33,3 % Hilfsmittel wie die aufgeführten Fragebögen. In Mittelstädten werden zu 59 % eigene Hilfsmittel verwendet und zu 41 % andere Hilfsmittel. In den Großstädten ist dies anders, dort benutzen 56,9 % und somit mehr als die Hälfte der Fachkräfte Hilfsmittel wie die in Tabelle 7 (S. 89) aufgeführten Bögen und Checklisten und somit deutlich weniger eigene, amtsinterne Hilfsmittel als Klein- und Mittelstädte.
Bezüglich dieser hohen Nutzung eigener, amtsinterner Hilfsmittel, stellt sich die Frage, ob diese evaluiert und somit wissenschaftlich überprüft sind. Kindler, Lukasczyk und Reich sind der Ansicht, dass „fundierte fachliche Instrumente“ bei der Risikoeinschätzung von Kindeswohlgefährdungen von großer Bedeutung sind und „nicht geprüfte Instrumente […] aus der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe hingegen möglichst bald wieder verschwinden“ sollten (Kindler et al. 2008, 504).



Diesbezüglich wurde eine weitere geschlossene Frage mit den möglichen Antworten „ja“, „zum Teil“, „weiß ich nicht“ und „nein“ gestellt, wobei jeweils nur eine Nennung möglich war. Wie die Abbildung veranschaulicht, ergab das Umfrageergebnis, dass lediglich ein Viertel der Fachkräfte (25,9 %), die eigene Hilfsmittel benutzen, wissen, dass diese evaluiert sind. Die Abbildung veranschaulicht neben diesen Fachkräften auch die Anteile der Fachkräfte, deren Hilfsmittel teilweise oder nicht evaluiert sind oder die es nicht wissen, ob sie evaluierte Bögen benutzen.
Insgesamt spiegelt sich an der in der Umfrage deutlich gewordenen Vielfalt der in der Praxis genutzten Hilfsmittel die Ansicht Fegerts wider, dass es zahlreiche verschiedene Verfahren gibt, aber „bisher keines dieser oder anderer standardisierter Verfahren deutschlandweit oder in größeren Regionen einheitlich und verbindlich eingesetzt“ wird (Fegert 2008b, 197). Das wurde vor allem daran deutlich, dass in der Literatur bekannte Verfahren und Instrumente im Vergleich zu eigenen, amtsinternen Hilfsmitteln, relativ selten Verwendung finden.

6.3.3 Ansprüche an Fragebögen zur Risikoeinschätzung

In einer weiteren halboffenen Frage wurde erhoben, was den Fachkräften bei Fragebögen als Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung besonders wichtig ist. Somit gab es auch hier zum einen vorgegebene Ant-

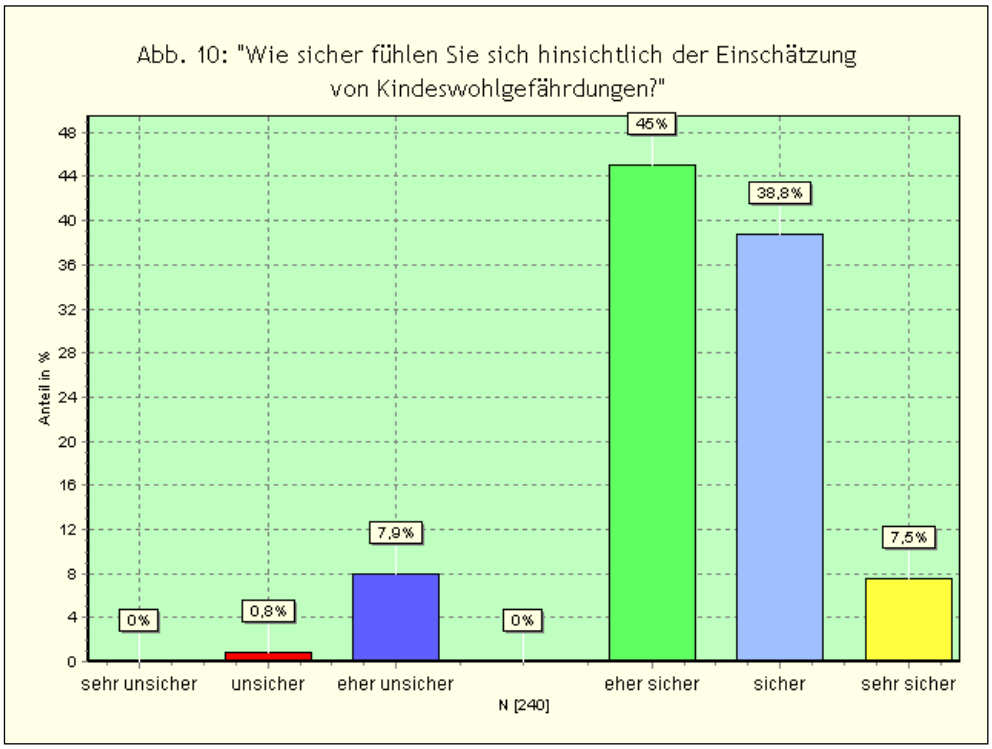
wortmöglichkeiten als auch die Möglichkeit, selbst zu formulieren, was den Fachkräften wichtig ist. 238 Fachkräfte haben auf diese Frage geantwortet, wobei auch hier Mehrfachnennungen möglich waren.
Ein Vergleich der Stadttypen ergibt bei dieser Frage keinen nennenswerten Unterschied bezüglich der Verteilung der Antworten. Sowohl in den Klein- und Mittelstädten als auch in den Großstädten sind die beiden meistgenannten Antworten, dass ein Fragebogen möglichst kurz und knapp sein und sich auf das Wichtigste beschränken sollte sowie dass er schnell zu bearbeiten ist. Insgesamt war es 167 Fachkräften (26,6 %) wichtig, dass ein Fragebogen schnell zu bearbeiten ist und 144 Fachkräften (22,9 %), dass er kurz und knapp ist und sich auf das Wichtigste beschränkt. Demgegenüber ist es nur 11,6 % der Fachkräfte wichtig, dass ein Fragebogen ausführlich ist und sämtliche Gefährdungslagen berücksichtigt. Für 10 % der Fachkräfte ist es bedeutsam, dass ein Bogen Beispiele zur Verdeutlichung enthält. 8,4 % wünschen sich Zusatzmaterial mit Erläuterungen und 93 Fachkräften (14,8 %) ist es wichtig, dass ein Instrument evaluiert ist. Da das Merkmal, ob ein Hilfsmittel evaluiert bzw. wissenschaftlich überprüft sein soll zu den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gehörte, die jeder Fachkraft auf Grund der möglichen Mehrfachnennungen zur Verfügung stand, ist davon auszugehen, dass es somit dem Großteil der Fachkräfte nicht wichtig ist, ob sie evaluierte Hilfsmittel benutzen oder nicht.
Eine Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht der jeweils antwortenden Fachkräfte ergab aber auch bei den meist genannten Antworten keine bedeutenden Unterschiede. Die Wünsche einerseits nach einem kurzen, schnell zu bearbeitenden Bogen und die Wünsche nach Ausführlichkeit und Zusatzmaterial andererseits sind bei Frauen und Männern in jeder Altersstufe unabhängig von der Berufserfahrung vorhanden.
Neben diesen auswählbaren Antwortmöglichkeiten haben zahlreiche Fachkräfte davon Gebrauch gemacht, selbst zu formulieren, was ihnen bei Fragebögen zur Risikoeinschätzung besonders wichtig ist. An dieser Stelle werden nur einige der Antworten aufgeführt, die vollständige Auflistung befindet sich in Anhang VII (S. 144).
Einerseits wünschen sich Fachkräfte, dass Bögen weniger standardisiert sein und Raum für individuelle Beschreibungen lassen sollen. Ebenso sollen die Bögen übersichtlich, „kurz“, „knapp“, „aussagekräf-

tig“, „prägnant“, logisch aufgebaut und gut beim Hausbesuch auszufüllen sein. Andererseits wird gewünscht, dass Bögen zur Risikoeinschätzung ausführlich sein, Ressourcen abbilden und die wichtigsten Gefährdungskriterien kenntlich machen sollen. Sie sollen zudem eine Hilfe darstellen, um wichtige Kriterien nicht zu vergessen. So werden auch in diesen freien Antworten die unterschiedlichen Positionen bezüglich des Umfangs und der Ausführlichkeit solcher Instrumente deutlich.
Inhaltlich sollen sie ebenfalls auf das Thema „emotionale Vernachlässigung“ eingehen, Spielraum für „nicht allgemeine Gefährdungslagen“ lassen und eine Einschätzung elterlicher Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft enthalten. Genaue Absprachen zur Abwendung der Gefahr sollen erfasst werden können. Kritisiert wird, dass Bögen oftmals nicht gut bei behinderten Kindern anwendbar sind, sodass auch hier eine Weiterentwicklungsmöglichkeit gesehen wird.
Darüber hinaus werden PC-gestützte Programme und Checklisten gewünscht. Eine gute Einführung oder Schulung mit einem neuen Instrument wird ebenso betont wie dass Bögen für Kollegen/Kolleginnen nachvollziehbar sein müssen, die den Fall nicht kennen. Es ist wichtig, dass Fragebögen nach Altersgruppen gestaffelt und einfach zu aktualisieren sind, sodass auch Verläufe gut dargestellt werden können.
Es wird ein einheitlicher Bogen für alle Jugendämter und Bundesländer gewünscht, der auch bei Polizei, Gericht und Trägern der öffentlichen Jugendhilfe bekannt sein soll.
Neben diesen inhaltlichen und konzeptionellen Wünschen wird jedoch ebenso betont, dass Fragebögen das kritische Denken der Mitarbeiter/innen nicht ersetzen und nicht als alleinige Entscheidungsgrundlage herangezogen werden dürfen. Die Fachkräfte sollen weiterhin auf ihre eigene Wahrnehmung achten. Wichtig ist hier „die Aufgabe des Gedankens, mit Hilfe eines Bogens eine sichere Einschätzung vornehmen zu können“ (siehe Anhang VII, S. 144).

6.3.4 Sicherheit hinsichtlich Gefährdungseinschätzungen

Des Weiteren gab es die Frage „Wie sicher fühlen Sie sich im Allgemeinen im Hinblick auf Fälle, in denen Sie eine Kindeswohlgefähr-

dung einschätzen müssen?“ Für diese Frage stand eine verbalisierte Antwortskala zur Verfügung, die die Antwortmöglichkeiten „sehr unsicher“, „unsicher“, „eher unsicher“, „eher sicher“, „sicher“ und „sehr sicher“ anbot. Die Form der verbalisierten Skala wurde gewählt, da sie den Befragungspersonen genau vorgibt, was unter den einzelnen Antwortmöglichkeiten zu verstehen ist. Somit ermöglicht sie eine bessere Vergleichbarkeit der Antworten, als wenn die Befragungspersonen einzelne Antwortmöglichkeiten einer Skala selbst zu definieren haben (vgl. Porst 2008, 78). Da die Skala auf Grund der sechs Antwortmöglichkeiten eine gerade Skala ist, gibt es keinen „Mittelpunkt“. Dies wurde so gewählt, da in ungerade Skalen mit einem Mittelpunkt dieser oft als „Fluchtkategorie“ verwendet wird, wenn die befragte Person sich nicht entscheiden kann oder möchte (vgl. ebd., 81).
240 Fachkräfte haben an dieser Selbsteinschätzung teilgenommen. Der Großteil der Fachkräfte (45 %) hat sich im Bereich „eher sicher“ eingeordnet, anschließend folgt der Bereich „sicher“ mit 38,8 % und dann der Bereich „eher unsicher“ mit 7,9 %. Zwei Fachkräfte fühlen sich hinsichtlich Gefährdungseinschätzungen „unsicher“ (0,8 %).



Obwohl sich nur 18 Fachkräfte (7,5 %) „sehr sicher“ fühlen, beträgt der Bereich der Fachkräfte, die sich „sehr sicher“ und „sicher“ fühlen, insgesamt 46,3 % und der insgesamt positive Bereich von „sehr si-

cher“ über „sicher“ und „eher sicher“ beträgt insgesamt 91,3 %. Wie die Abbildung zeigt, wurde die Antwortkategorie „sehr unsicher“ von keiner Fachkraft gewählt.
Auch hier ist eine Aufschlüsselung nach Geschlecht der Fachkräfte möglich. Dabei fällt auf, dass sich 12,3 % der Männer und nur 6 % der Frauen „sehr sicher“ fühlen, der Anteil an Männern in dieser Kategorie also mehr als das Doppelte beträgt. Auch in der Kategorie „sicher“ hat sich mit 40,4 % der Männer ein etwas größerer Anteil als Frauen (38,5 %) eingeordnet.
Bei Betrachtung der Altersstruktur in Abhängigkeit vom Gefühl der Sicherheit der Fachkräfte fällt auf, dass der Anteil der Fachkräfte, die sich „sehr sicher“ fühlen, mit dem Alter beständig zunimmt, während der Anteil, der sich „eher unsicher“ fühlt, tendenziell mit dem Alter abnimmt. Jedoch fühlen sich etwas mehr Fachkräfte zwischen 25 und 30 Jahren „eher unsicher“ als Fachkräfte zwischen 20 und 25 Jahren.

Tab. 8: Gefühl der Sicherheit hinsichtlich der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen nach Alter der Fachkräfte

	sehr unsicher	unsicher	eher unsicher		eher sicher	sicher	sehr sicher	Anteil
20-25 Jahre	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	87,5%	0,0%	0,0%	100,0%
25-30 Jahre	0,0%	4,6%	15,9%	0,0%	52,3%	25,0%	2,3%	100,0%
30-40 Jahre	0,0%	0,0%	8,9%	0,0%	41,1%	46,4%	3,6%	100,0%
40-50 Jahre	0,0%	0,0%	4,6%	0,0%	44,6%	40,0%	10,8%	100,0%
älter als 50 Jahre	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	38,8%	44,8%	11,9%	100,0%
Anteil	0,0%	0,8%	7,9%	0,0%	45,0%	38,8%	7,5%	100,0%

Somit besteht auch hier kein eindeutig linearer Zusammenhang zwischen dem Alter der Fachkräfte und ihrem Gefühl der Sicherheit, wohl aber eine deutliche Tendenz.
Dass das Alter der Fachkräfte hierbei jedoch nicht mit ihrer Berufserfahrung im ASD gleichgesetzt werden darf, ergibt die Betrachtung der Beschäftigungsdauer der Fachkräfte und ihrer „Sicherheitseinschät-

zung“. Hierbei hat die Umfrage ergeben, dass der Anteil der Fachkräfte, die sich „sehr sicher“ fühlen im Gegensatz zum Alter der Fachkräfte nicht je nach Dauer der Beschäftigung ansteigt. Zwar ist der Anteil derer, die sich „sehr sicher“ fühlen bei denen am größten, die seit mehr als 20 Jahren im ASD beschäftigt sind (33,3 %), darauf folgt aber die Gruppe derer, die seit fünf bis 10 Jahren beschäftigt sind (27,8 %) mit deutlichem Abstand vor der Gruppe von Fachkräften, die ihre Tätigkeit dort seit 15 bis 20 Jahren und somit wesentlich länger ausüben (16,7 %). Ebenfalls ist erstaunlich, dass die Kategorie „eher unsicher“ nicht je nach steigender Beschäftigungsdauer abnahm, sondern sowohl bei denen, die seit über 20 Jahren dort tätig sind als auch in der Gruppe derer, die seit 5 bis 10 Jahren dort arbeiten, 10,5 % beträgt.

6.3.5 Wünsche für die Arbeit mit Kindeswohlgefährdungsfällen

In einer letzten halboffenen Frage wurden die Fachkräfte gefragt, was sie sich in ihrer Arbeit mit Kindeswohlgefährdungsfällen wünschen würden. Auch hier gab es sowohl die Möglichkeit, einige der vorgeschlagenen Antworten auszuwählen als auch Wünsche selbst zu formulieren. Dies hatte zum Ergebnis, dass insgesamt 607 Wünsche genannt oder selbst formuliert wurden. Nur eine Fachkraft hat sich daran nicht beteiligt.
Der mit Abstand meistgenannte Wunsch der Fachkräfte sind niedrigere Fallzahlen, um mehr Zeit für einzelne Fälle zu haben. Dieser Wunsch wurde von 176 Fachkräften und somit knapp 73 % von ihnen genannt. Darauf folgt der Wunsch nach (mehr) Supervision von 99 Fachkräften (40,9 %) und nach mehr Zeit für kollegiale Fallberatung von 95 Fachkräften (39,3 %). Anschließend folgen die Wünsche nach Fortbildung/Qualifizierung zum Themenbereich „Risikoeinschätzung“ (88 Fachkräfte), Fortbildung/ Qualifizierung zum Thema „Kindeswohlgefährdung – Ursachen, Erscheinungsformen, Folgen“ (59 Fachkräfte) und Fortbildung/Qualifizierung im Umgang mit Risikoeinschätzungsbögen (28 Fachkräfte). Am seltensten genannt wurde hier der Wunsch nach Informationen und Material zum Nachschlagen

(zum Thema Kindeswohlgefährdung), da dieser Wunsch von nur 22 Fachkräften geäußert wurde.
Lediglich 8,3 % der an der Umfrage beteiligten Fachkräfte gaben an, derzeit keine Wünsche zu haben und mit ihrer Arbeitssituation zufrieden zu sein.
Der größte Anteil von ihnen kommt aus Schleswig-Holstein. Unter den Personen, die keine Wünsche haben, sind Fachkräfte jeder Altersgruppe und jeweils zu 50 % Frauen und Männer vertreten. Eine Aufteilung in Stadttypen zeigt jedoch, dass die Hälfte derer, die derzeit keine Wünsche haben, aus Großstädten kommen (50 %), zu 45 % aus Mittelstädten und nur zu 5 % aus Kleinstädten. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass auch prozentual mehr Fachkräfte aus Groß- und Mittelstädten an der Umfrage teilgenommen haben als aus Kleinstädten (vgl. Abb. 6, S. 83).
Die von den Fachkräften im offenen Teil der Frage selbst formulierten Wünsche sind sehr vielfältig. Zum einen wurden von mehreren Personen weitere Wünsche bezüglich Fortbildungsmöglichkeiten formuliert. Dazu gehören interne Fachtagungen, Fortbildungen zu den Bereichen Gesprächsführung, Krisenmanagement und Resilienzfaktoren sowie auch die Zeit für laufende Qualifizierung. Von Vorgesetzten wünschen sich Fachkräfte Unterstützung, weniger Überreaktion und weniger unangemessene Anweisungen. Des Weiteren wird juristischer Beistand im Einzelfall gewünscht, dass sich Juristen und Sozialarbeiter auf eine Definition von Kindeswohlgefährdung einigen, die eigene Arbeit nicht durch Gerichte infrage gestellt wird und insgesamt eine bessere Zusammenarbeit und Wertschätzung durch die Richter erfolgt. Auch „weniger Druck von der Öffentlichkeit“ ist ein Wunsch, da laut einer Fachkraft die Beurteilung einer Gefährdung dann kindgerechter erfolgen könnte „[…] und nicht in der ‚Panik‘, evtl. etwas übersehen zu haben.“ Weitere Wünsche sind ein guter Austausch mit Kollegen, wöchentliche Supervision in der Dienststelle, einheitliche Standards (insgesamt und auch mit Schulen und Kitas), eine bessere Mitverantwortung anderer Dienste (wie Sozialpsychiatrischer Dienst, Schule und Budgetverwalter) und die Einbindung weiterer Fachkräfte. Auch eine effektive Zusammenarbeit mit Schulen und Ärzten, Zugriffsmöglichkeiten auf professionelle Teams wie Psychologen und Ärzte, eine verbesserte Schulung und Qualifizierung der Mitarbeiter aus Schulen und Kindergärten und „mehr Personal, um der Vorgabe ‚Kinder-

schutzfälle immer zu zweit‘ auch gerecht werden zu können, ohne dass die andere Arbeit zum Erliegen kommt“, werden gewünscht.

7. Fazit

An der relativ hohen Beteiligung von ASD-Fachkräften an der Online-Umfrage und den Anfragen mehrerer Fachkräfte, die Interesse an dieser Diplomarbeit und den Ergebnissen der Umfrage haben, ist zu erkennen, dass das Thema „Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung“ ein aktuelles und wichtiges Thema im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland darstellt. Es ist ein Thema, das die Fachkräfte und auch die Öffentlichkeit angesichts der in den Medien skandalisierten Fälle immer wieder beschäftigt.
Wie aber sowohl die Betrachtung einzelner Stufen, Elemente und Instrumente der Risikodiagnostik als auch die Ergebnisse der Umfrage gezeigt haben, gibt es in diesem Bereich erheblichen Forschungs- und Verbesserungsbedarf.
Um das „System“ der Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung in Deutschland zu verbessern, gibt es je nach Perspektive unterschiedliche Ansatzpunkte und Zugangsmöglichkeiten. So kann zum einen schon bei der Ausbildung der in der Kinder- und Jugendhilfe beschäftigten Fachkräfte und in diesem Zusammenhang speziell bei der Ausbildung der ASD-Fachkräfte angesetzt werden (vgl. Filsinger 2004, 298). Die meisten dieser Fachkräfte haben Sozialpädagogik/Sozialarbeit bzw. Soziale Arbeit studiert. Laut Prof. Dr. Uwe Jopt fehlen in diesen Ausbildungen allerdings vor allem die Bereiche Kinderpsychologie und Entwicklungspsychologie (vgl. Westfalen Blatt 2009, 2). Kenntnisse in diesen Bereichen sind aber wichtig, um kindliche Verhaltensweisen richtig deuten und somit auch verlässlichere Risikoeinschätzungen abgeben zu können. Laut Umfrageergebnissen wünschen sich auch viele Fachkräfte (mehr) Fortbildung und Qualifizierung in verschiedenen Themenbereichen (vgl. Kap. 6.3.5). Dies sind vor allem die Bereiche „Risikoeinschätzung“ und „Kindeswohlgefährdung – Ursachen, Erscheinungsformen, Folgen“ aber auch die Bereiche Resilienzfaktoren, Gesprächsführung und Krisenmanagement. Prof. Dr. Uwe Jopt schlägt zur Verbesserung der Situation vor, dass Jugendamtsmitarbeiter intensiv weitergebildet werden und dann

eine oder zwei Gehaltsstufen höher eingestuft werden sollten (vgl. Westfalen Blatt, 3).
Als weiterer Zugang zur Weiterentwicklung des Systems kann zudem eine bessere Kooperation zwischen Jugendamt und Schule angesehen werden, da viele Kinder und Jugendliche vermutlich gar nicht wissen, dass sie ein gesetzlich geregeltes Recht auf Beratung durch das Jugendamt haben – je nach Not- und Konfliktlage auch ohne Kenntnis ihrer Sorgeberechtigten (vgl. § 8 SGB VIII). Wenn sie aber schon in der Schule über die Arbeit des Jugendamtes und ihre Rechte als Kinder/Jugendliche aufgeklärt würden, dann würden sie in Notsituationen eventuell auch eher von diesen Rechten Gebrauch machen und sich Hilfe suchen.
Dabei sollten den Kindern und Jugendlichen in Schulen aber auch „neutrale“ Personen wie gut ausgebildete Schulsozialarbeiter zur Seite stehen. Personen, die nicht zur Lehrerschaft gehören und auch keine Jugendamtsmitarbeiter sind. Diese könnten in Schulklassen das Thema Kindeswohlgefährdung behandeln, diesbezügliche Tabus brechen, für Kinder/Jugendliche da sein und ihnen zuhören, wenn Redebedarf besteht[11]. Optimal wäre es hierbei, wenn eine erwachsene Person, die in ihrer Kindheit selbst Gewalt in der Familie bzw. eine Form von Kindeswohlgefährdung erlebt hat, diese Aufklärung zusammen mit einem Schulsozialarbeiter durchführen würde. Da betroffene Personen sich viel besser in betroffene Kinder und Jugendliche und in den Druck zu Schweigen, der von den Eltern ausgeübt wird, einfühlen können, würden sich Kinder und Jugendliche ihnen gegenüber vermutlich eher öffnen, als Jugendamtsmitarbeitern, die „wie ein Blinder von der Farbe“ sprechen[12].
Auch die Tatsache, dass nur 8,3 % der befragten Fachkräfte mit ihrer Arbeitssituation zufrieden sind und momentan keine Wünsche haben, ist bedenklich und eine weitere Zugangsmöglichkeit für Verbesserungen. Um die Arbeitssituation von Fachkräften sinnvoll zu verbessern, ist es wichtig, sie einzubeziehen und auf ihre Anregungen und Bedenken bezüglich ihrer Arbeitssituation einzugehen. Dass sich beispielsweise 73 % der Fachkräfte niedrigere Fallzahlen wünschen, um mehr

[11] Anregungen von einer jungen Frau, die in ihrer Kindheit Opfer verschiedener Kindeswohlgefährdungsformen wurde und auf Grund dessen vom Jugendamt in Obhut genommen wurde; Gespräch am 15.11.2010.
[12] vgl. Fußnote 14

Zeit für einzelne Fälle zu haben ist hier ein wichtiger Ansatzpunkt direkt aus der Praxis. Dieser wird auch dadurch erhärtet, dass Jugendämter immer öfter auf das Mittel der Überlastungsanzeige zurückgreifen müssen, als „ein Hilfeschrei der Mitarbeiter, die ihre Verantwortung für das Kindeswohl ernst nehmen“ (General-Anzeiger 2010). Reagiert eine Behörde auf eine solche Überlastungsanzeige nicht, so kann sie sich unter Umständen strafbar machen (vgl. ebd.).
Bei Hausbesuchen, die Jugendämter in ungeklärten Gefährdungsfällen durchführen, ist es wichtig, dass diese unangemeldet und nicht angemeldet stattfinden. Bei vorangemeldeten Terminen haben die Eltern genug Zeit, ihre Kinder „vorzubereiten“, ihnen Angst zu machen und zu drohen oder sie auch mit Belohnungen zu bestechen, sodass sie „mitspielen“, bei dem Hausbesuch lachen und so tun, als sei alles in Ordnung[13].
Auch sollte die Möglichkeit, das Familiengericht anzurufen und im Rahmen eines Erörterungstermins Familiensituationen und mögliche Gefährdung zu besprechen, laut einer ASD-Fachkraft mehr genutzt werden (vgl. Anhang VIII, S. 145 ff.).

Bezüglich der Instrumente zur Risikoeinschätzung wurde im Laufe der Recherchen deutlich, dass es in Deutschland eine unüberschaubare Anzahl an unterschiedlichen Instrumenten gibt. Jedes Bundesland aber auch jeder Kreis oder jede einzelne Kommune kann entscheiden, ob und welche Instrumente sie nutzt. Dass dabei eine Vielzahl der in der Praxis genutzten Verfahren nicht evaluiert ist, hat die Umfrage gezeigt. Wünschenswert wäre hier vor allem eine Verständigung auf „standardisierte und wissenschaftlich geprüfte Verfahren und Vorgehensweisen“ (Fegert 2008b, 197). Durch deren Wissenschaftlichkeit könnte ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsverbesserung der Verfahren geleistet werden, sofern diese regelmäßig evaluiert und weiterentwickelt werden. So sollten die jeweiligen für Instrumente gewählten Kriterien dem jeweiligen Forschungsstand bezüglich Kindeswohlgefährdungen, deren Ursachen und Resilienzfaktoren entsprechen. Für die Inhaltsvalidität ist besonders wichtig, dass die Kriterien zu den vorhersage- und aussagestärksten Faktoren gehören, die der empirischen Forschung vorliegen, wie in Kapitel 5.1.3 gezeigt wurde.

[13] vgl. ebd.

Wie wichtig die Praktikabilität und der wahrgenommene Nutzen solcher Instrumente für Fachkräfte sind, wurde sowohl in Kapitel 5.1.6 als auch an dem Umfrageergebnis deutlich, da es den meisten Fachkräften am wichtigsten ist, dass Bögen möglichst kurz, knapp und schnell zu bearbeiten sind. Daher ist davon auszugehen, dass sich langwierige und zu ausführliche Verfahren in der Praxis nicht durchsetzen können.
Weitere Forschungen sind laut Kindler auch im Bereich der Schutzfaktoren und Ressourcen wichtig, da bisher kaum empirisch gesichertes Wissen über solche Faktoren vorliegt, die nachweislich Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken verringern. Laut Müller ist es ebenso wichtig, bezüglich der Reliabilität von Instrumenten zur Risikoeinschätzung weiter zu forschen, da es in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen bislang nicht möglich ist, Aussagen zur Reliabilität einzelner Instrumente zu machen.
Des Weiteren sollten Risikoeinschätzungsinstrumente nicht nur helfen akute Gefährdungslagen zu beurteilen, sondern Fachkräfte auch bei der Dokumentation latenter und unterschwelliger Gefährdungen unterstützen. So kritisierte eine Teilnehmerin der Online-Befragung: „Nach wie vor gilt hauptsächlich satt und sauber... Kinder, die über Jahre latent, unterschwellig vernachlässigt werden, fallen absolut durch das Raster. Es geht immer nur um eine akute Gefährdung.“
Eine wichtige Anregung der Fachkräfte der Umfrage ist auch der Wunsch, dass ein solcher Bogen oder ein solches Verfahren einheitlich in allen Bundesländern und Jugendämtern eingeführt werden und auch der Polizei, den Gerichten und Trägern der öffentlichen Jugendhilfe bekannt sein sollte. So könnte dem derzeitigen Problem begegnet werden, dass einzelne Institutionen unterschiedliche Vorstellungen und Definitionen von Kindeswohlgefährdungen haben. Des Weiteren sind einheitliche Instrumente eine wichtige Voraussetzung für einen vergleichbaren Standard und eine vergleichbare Dokumentation von Fallverläufen in Jugendämtern, die bisher in Deutschland nicht gegeben sind (vgl. Fegert 2008a, 368).
Insgesamt ist es wichtig, dass Fachkräfte bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos in Fällen möglicher Kindeswohlgefährdung ein gutes Gleichgewicht finden. Ein Gleichgewicht zwischen der Nutzung von Instrumenten, die ihre Recherchen systematisieren, die ihnen helfen,

wichtige, empirisch gesicherte Kriterien zu erfassen und der kollegialen Fallberatung verschiedener Fachkräfte. Ein Instrument sollte niemals alleinige Entscheidungsgrundlage sein und kritisches Denken der Fachkräfte nicht ersetzen sondern unterstützen.
Abschließend einige ausgewählte Zitate aus der Online-Umfrage (die vollständige Auflistung der Anmerkungen ist in Anhang VIII, S. 145 ff. vorzufinden):

„Ich denke, die fachliche Ausrichtung im Kinderschutz ist zu sehr auf Standardisierungen und Defizitorientierung ausgerichtet. Es fehlt an guten Hilfen für die fachliche Perspektive, wie es professionell gestaltet werden kann, zu den betroffenen Familien einen konstruktiven Zugang herzustellen, wie die Familien motiviert und aktiviert werden, Hilfen zur nachhaltigen Veränderung der Gefährdungen für ihre Kinder anzunehmen, transparent zu kommunizieren was für das Kindeswohl förderlich (aber eben nicht notwendig) ist und was genau die Gefährdung darstellt und somit nicht hinnehmbar ist."

„Die Fallzahlen und begrenzten zeitlichen Kapazitäten der Kollegen/Innen lassen nicht immer eine Inaugenscheinnahme/Fallbearbeitung zu zweit zu. Das wäre aber zur Risikoeinschätzung (vier Augen sehen mehr als zwei) und Unterstützung erforderlich."

„Ein wichtiges Thema und leider immer noch ein Dschungel der Vorschriften..."

„Ein Bogen gibt nur scheinbar Sicherheit. Für die Einschätzung von Kindeswohlgefährdung ist vielmehr die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter und Berufs- und Lebenserfahrung wichtig und entscheidend."

Literaturverzeichnis

Alle, Friederike (2010): Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. Freiburg: Lambertus.

Amann, Gabriele; Wipplinger, Rudolf (2005): Zur Bedeutung der Bezeichnungen und Definitionen von sexuellem Missbrauch. In: Amann, Gabriele; Wipplinger, Rudolf (Hg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 17 - 43.

American Professional Society on Abuse of Children (Hg.) (1995): Guidelines for the Psychosocial Evaluation of Suspected Psychological Maltreatment in Children and Adolescents. Chicago: APSAC.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe (Hg.) (2008): Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise von Prof. Dr. Reinhold Schone. Berlin: Eigenverlag der AGJ.

Atteslander, Peter (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Baird, Chris (2003): Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Interview mit Chris Baird. In: Diskurs 13, 2/2003, S. 34 - 41.

Bange, Dirk; Deegener, Günther (1996): Sexueller Missbrauch an Kindern. Weinheim: Beltz.

Baumann, Donald J.; Law, J. Randolph ; Sheets, Janess; Reid, Grant; Graham, J. Christopher (2005): Evaluating the effectiveness of actuarial risk assessment models. In: Children and Youth Services Review, Volume 27 (2005), Issue 5, S. 465 - 490. http://econpapers.repec.org/article/eeecysrev/v_3a27_3ay_3a2005_3ai_3a5_3ap_3a465-490.htm - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Bringewat, Peter (2008): Die Abschätzung des Gefährdungsrisikos gem. § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII. (Reform-) gesetzliche Steine statt Brot?! In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, 7 - 8/2008, S. 297 - 302.

Bundeskriminalamt Wiesbaden (Hg.) (2010): Zusammenstellung von Daten aus der Polizeilichen Kriminalstatistik 2009. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.dksb.de/images/web/PDFs/Kriminalstatistik%202009.pdf]

Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2005): Report über die Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Vergleich der Studien von 2001/2002 und 2005. Eltern-, Jugend- und Expertenbefragung. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, http://www.bmj.bund.de/files/-/1375/Bussmann%20Report.pdf]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008): Daten und Fakten zu Kindesvernachlässigung und -misshandlung. Material für die Presse. Berlin. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/pressinfos-kindesmisshandlung, property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf]

Bundesministerium für Gesundheit: Die Entwicklung des Kindes in den ersten zwölf Monaten. http://www.strampelmax.at/baby/entwicklung12monate.htm - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände: Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (2009): Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei Gefährdung des Kindeswohls. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/pressedien/2009/7.pdf]

Children´s Research Center (2008): The Structured Decision Making Model: An Evidence-based Approach to Human Services. Madison: National Council on Crime and Delinquency. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.nccd-crc.org/crc/crc/pdf//2008_sdm_book.pdf]

Children's Research Center (1997): New Mexico Department of Children, Youth, and Families. Risk Assessment Validation. Madison: CRC.

Deegener, Günther; Körner, Wilhelm (2008): Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. 2. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Deegener, Günther; Körner, Wilhelm (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.

Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V.; Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) (2006): Kindesvernachlässigung – Erkennen Beurteilen Handeln. 2. Auflage. Münster/Wuppertal.

Deutscher Städtetag (2003): Strafrechtliche Relevanz sozialarbeiterischen Handelns. Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.jhdb.net/docs/strafrecht.pdf]

Deutsches Jugendinstitut e.V. (2008): Validierung und Evaluation des Kinderschutzbogens. Ergebnisbericht. München. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.dji.de/bibs/Evaluation_Kinderschutzbogen.pdf]

Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005): Die Hilfeplanung im Spiegel ausgewählter Software Produkte. Expertise. Augsburg/München: Deutsches Jugendinstitut e.V. [Format: PDF; Zugriffsdatum: 16.11.2010; Adresse: http://www.dji.de/bibs/209_4520_Expertise-Software.pdf]

Deutsches Jugendinstitut e.V. (2004): Messverfahren in der sozialen Arbeit am Beispiel der Kindeswohlgefährdung. Thema 2004/02. http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=482&Jump1=LINKS&Jump2=31 – Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Deutsches Jugendinstitut e.V. (2002): Einordnungsschema zur Erfüllung „kindlicher Bedürfnisse". http://213.133.108.158/asd/pruefboegen.htm - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Duden (2007): Duden - Deutsches Universalwörterbuch. 6., überarbeitete Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut GmbH; Duden Paetec GmbH. http://www.duden.de/ - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Duden (2006): Duden. Wie verfasst man wissenschaftliche Arbeiten? Ein Leitfaden für das Studium und die Promotion. 3., völlig neu erarbeitete Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut; F.A. Brockhaus AG.

Eberhardt, Hans-Jörg (2002): Weiterentwicklung der Kinderschutzarbeit in den Sozialen Diensten des Jugendamtes Stuttgart von Oktober 2000 bis März 2002. Projektabschlussbericht Stand März 2002. Stuttgart.

Eisenlohr, Kleo; Reich, Wulfhild (2004): Der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Ein Diagnoseinstrument. In: Heiner, Maja (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 285 - 298.

English, Diana; Pecora, Peter (1994): Risk Assessment as a Practice Method in Child Protective Services. In: Child Welfare 73/1994, S. 451 - 473.

Esser, Günter; Weinel, Hiltrud (1990): Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martinius, Joest; Frank, Reiner (Hg.): Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen. Bern: Huber, S. 22 - 30.

Fegert, Jörg M. (2008a): Das 16th Annual Meeting der Society for Prevention Research. Blick auf Präventionsprogramme im Kinderschutz. In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ), 09/2008, S. 367 - 370.

Fegert, Jörg M. (2008b): Vorschläge zur Entwicklung eines Diagnoseinventars sowie zur verbesserten Koordinierung und Vernetzung im Kinderschutz. In: Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M. (Hg.): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. 2. Auflage. München: Reinhardt, S. 195 - 206.

Fegert, Jörg M. (1997): Basic needs als ärztliche und psychotherapeutische Einschätzungskriterien. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.): Familien in Krisen – Kinder in Not. Kongressdokumentation. Münster, S. 66 - 73.

Filsinger, Dieter (2004): Anforderungsprofile für Fachkräfte: Aus-, Fort- und Weiterbildung. In: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (Hg.): Verantwortlich handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum. Köln: Bundesanzeiger Verlag, S. 283 - 300.

Forum Wachsen: Perzentilenkurven. http://www.forum-wachsen.de/patientenforum/vorsorgeuntersuchung/die-perzentilenkurve.html - Zugriffsdatum 16.11.2010.

Galm, Beate; Hees, Katja; Kindler, Heinz (2010): Kindesvernachlässigung – verstehen, erkennen und helfen. München: Reinhardt.

General-Anzeiger (2010): Etliche Hinweise auf Arbeitsüberlastung von den Jugendämtern. Artikel vom 27.07.2010. Bonn. http://www.general-anzeiger-bonn.de/index.php?k=loka&itemid=10001&detailid=767004 – Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Gerber, Christine (2006): Kindeswohlgefährdung – von der Checkliste zur persönlichen Risikoabschätzung. Vortrag auf dem Fachkongress Hilfeprozess im Konflikt. Handlungskompetenz der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung. Hamburg. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.service-fuer-kindertageseinrichtungen.de/media/Checkliste$20zur$20Risikoabsch$C3$A4tzung.pdf]

Goldbeck, Lutz (2008): Sekundärpräventionsstrategien im Kinderschutz. In: Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M. (Hg.): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. 2. Auflage. München: Reinhardt, S. 109 - 118.

Harringer, Günter (2010): Kindeswohlgefährdung. Ein doppelter unbestimmter Rechtsbegriff mit verfassungsrechtlicher und interdisziplinärer Dimension. Hamburg. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.msbh.de/system/files/151/ original/Kindeswohlgef_hrdung.pdf?1271837149]

Heineberg, Heinz (2006): Grundriss Allgemeine Geographie: Stadtgeographie. Stuttgart: UTB.

Hillmeier, Hans (2008): Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (EST!). Ergebnis der SOFIS-Anfrage. Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. http://193.175.239.23/ows-bin/owa/r.einzeldok?doknr=44341 - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH (2008): EST! Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. Abschlussbericht. Mainz. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.blja.bayern.de/imperia/md/content/blvf/bayerlandesjugendamt/familie/abschlussbericht.pdf]

Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH (o. J.): EST! Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen - Projekt EST! http://cms.ikj-webportal.de/cms/front_content.php?idcat=15 – Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) (2010a): Kompetenz im Kinderschutz. Münster.

Institut für soziale Arbeit e.V. (2010b): Praxisrelevante Entwicklungen zur Minderung des Gefährdungsrisikos. In: Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Kindeswohlgefährdung – Ursachen, Erscheinungsformen und neue Ansätze der Prävention. Studie. Bottrop: Peter Pomp GmbH, S. 180 - 229.

Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) (2009): Arbeitshilfe zur Umsetzung des Kinderschutzes in der Schule – Empfehlungen für Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte. Der GanzTag in NRW - Beiträge zur Qualitätsentwicklung. Heft 9 (2008). 2. Auflage. Münster.

Institut für soziale Arbeit e.V. (2006): Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung – Arbeitshilfe zur Kooperation zwischen Jugendamt und Trägern der freien Kinder- und Jugendhilfe. Münster. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.kindesschutz.de/Arbeitshilfe/arbeitshilfe%20kindesschutz.pdf]

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hg.) (2008): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München: Reinhardt.

Jordan, Erwin (2008): Kindeswohlgefährdung im Spektrum fachlicher Einschätzungen und rechtlicher Rahmenbedingungen. In: Jordan, Erwin (Hg.): Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Jugendhilfe. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa, S. 23 - 37.

Jordan, Erwin (2005): Qualifiziertes Erkennen und Beurteilen – vom Aktenvermerk zum qualifizierten Beobachtungskatalog. In: Deegener, Günter; Körner, Wilhelm (Hg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 485 - 510.

Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hg.) (2009): Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen. 11., überarbeitete Auflage. Berlin: Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co.KG.

Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hg.) (2006): Der Schutzauftrag der Jugendhilfe nach § 8a KJHG. Vortrag auf dem Kinderschutzfachtag des Bezirkes Neukölln am 3. Mai 2006. [Format: PDF; Zugriffsdatum: 16.11.2010; Adresse: http://www.kinderschutz-zentrum-berlin.de/download/Schutzauftrag%20der%20Jugendhilfe.pdf]

Kindler, Heinz (2009): Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen, Thomas; Schönecker, Lydia; Kindler, Heinz: Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa, S. 173 - 244.

Kindler, Heinz (2006a): Was ist bei der Einschätzung der Erziehungsfähigkeit von Eltern zu beachten? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 62.

Kindler, Heinz (2006b): Was ist unter physischer Kindesmisshandlung zu verstehen? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 5.

Kindler, Heinz (2006c): Was ist unter psychischer Misshandlung zu verstehen? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 4.

Kindler, Heinz (2006d): Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 3.

Kindler, Heinz (2006e): Welche Einschätzungsaufgaben stellen sich in Gefährdungsfällen? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohl-gefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 59.

Kindler, Heinz (2006f): Wie kann die gegenwärtige Sicherheit eines Kindes eingeschätzt werden? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 71.

Kindler, Heinz (2006g): Wie kann die Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit von Eltern eingeschätzt werden? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 72.

Kindler, Heinz (2006h): Wie können Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken eingeschätzt werden? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 70.

Kindler, Heinz (2005): Verfahren zur Einschätzung der Gefahr zukünftiger Misshandlung bzw. Vernachlässigung: Ein Forschungsüberblick. In: Deegener, Günter; Körner, Wilhelm (Hg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 385 - 404.

Kindler, Heinz; Lillig, Susanna (2008): Der Schutzauftrag der Jugendhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Gegenstand und Verfahren zur Risikoeinschätzung. In: Jordan, Erwin (Hg.): Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Jugendhilfe. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa. S. 85 - 109.

Kindler, Heinz; Lukasczyk, Peter; Reich, Wulfhild (2008): Validierung und Evaluation eines Diagnoseinstrumentes zur Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (Kinderschutzbogen). Ergebnisse einer Studie im Auftrag der Jugendämter Düsseldorf und Stuttgart. In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ), 12/2008, S. 500 - 505.

Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V. http://db.dji.de/asd/ASD_Handbuch_Gesamt.pdf - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Kindler, Heinz; Lillig, Susanna (2006): Was ist unter „gewichtige Anhaltspunkte" für die Gefährdung eines Kindes zu verstehen? Probleme und Vorschläge zu einem neuen Begriff im Kinderschutzrecht. In: IKK-Nachrichten 1 - 2/2006, 16 - 19 [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.dji.de/bibs/IKK-Nachrichten1-2-06.pdf]

Kindler, Heinz; Reich, Wulfhild (2006): Wie kann der Pflege- und Versorgungsaspekt elterlicher Erziehungsfähigkeit eingeschätzt werden? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 63.

Kindler, Heinz; Werner, Annegret (2006): Wie verläuft eine altersgemäße kognitive und sozioemotionale Entwicklung? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 15.

Kirchhoff, Sabine; Kuhnt, Sonja; Lipp, Peter; Schlawin, Siegfried (2010): Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 5. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Krieger, Wolfgang; Lang, Anita; Meßmer, Simone; Osthoff, Ralf (2007): Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch im Aufgabenbereich der öffentlichen Träger der Jugendhilfe. Eine Einführung. Stuttgart: Ibidem.

Lillig, Susanna (2006a): Welche Aspekte können insgesamt bei der Einschätzung von Gefährdungsfällen bedeutsam sein. In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 73.

Lillig, Susanna (2006b): Welche Phasen der Fallbearbeitung lassen sich unterscheiden? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 44.

Lillig, Susanna (2006c): Wie kann eine erste Gefährdungseinschätzung vorgenommen werden? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohl-gefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 48.

Maslow, Abraham H. (1978): Motivation und Persönlichkeit. 2., erweiterte Auflage. Freiburg: Walter Verlag.

Meysen, Thomas (2008): Das Recht zum Schutz von Kindern. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hg.): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München: Reinhardt, S. 15 - 55.

Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2009): Wir kümmern uns! Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Müller, Regine (2009): Standards in der Praxis der Risikoeinschätzinstrumente. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.): ISA-Jahrbuch zur sozialen Arbeit 2009. Münster: Waxmann. S. 71 - 85.

Müller-Benedict, Volker (2007): Grundkurs Statistik in den Sozialwissenschaften. 4., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Münder, Johannes (2005): Familienrecht. Eine sozialwissenschaftlich orientierte Darstellung. 5., überarbeitete Auflage. München: Luchterhand.

Münder, Johannes; Mutke, Barbara; Schone, Reinhold (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum.

Nave-Herz, Rosemarie (Hg.) (2002): Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland. Eine zeitgeschichtliche Analyse. Stuttgart: Lucius und Lucius.

Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes: Misshandlung geht uns alle an. http://www.polizei-beratung.de/vorbeugung/gewalt/kindesmisshandlung - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Porst, Rolf (2008): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Prochaska, James; DiClemente, Carlo; Norcross, John (1997): Jetzt fange ich neu an. München: Knaur.

Prochaska, James; Velicer, Wayne; Rossi, Joseph; Goldstein, M.G.; Marcus, B.H.; Rakowski, William; Fiore, Michael C.; Harlow Lisa L.; Redding, C.A.; Rosenbloom, D.; Rossi S. (1994): Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. In: Journal of Health Psychology, 13, S. 39 - 46.

Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (Hg.): Kinderschutz geht alle an! Gemeinsam gegen Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Eine Handreichung für Lehrkräfte, pädagogische Fachkräfte und Ehrenamtliche in der Kinder- und Jugendarbeit. Stuttgart.
http://www.polizei-beratung.de/mediathek/kommunikationsmittel/broschueren/index/content_socket/broschueren/display/224/ - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Raack, Wolfgang (2006): Worin besteht die Aufgabenstellung des ASD bei Kindeswohlgefährdungen aus familien- und jugendhilferechtlicher Sicht? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 34.

Reich, Wulfhild (2005): Erkennen – Bewerten – Handeln. Ein Diagnoseinstrument bei Kindeswohlgefährdung: Der Stuttgarter Kinderschutzbogen. In: Deegener, Günter; Körner, Wilhelm (Hg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 511 - 532.

Reich, Wulfhild; Lukasczyk, Peter; Kindler, Heinz (2009): Evaluation des Diagnoseinstrumentes zur Gefährdungseinschätzung des Kindeswohls. Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in den Jugendämtern Stuttgart und Düsseldorf. In: Nachrichtendienst des deutsches Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), Jg. 89, 2/2009, S. 63 - 71. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.duesseldorf.de/jugendamt/dwn/kinderschutzbogen_abhandlung.pdf]

Rietmann, Stephan (2007): Aushandlungen bei Kindeswohlgefährdung. Entscheidungsrationalitäten, Risikokommunikation, Interventionsstrategien. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Rietmann, Stephan (2006): Probleme und Chancen interdisziplinärer Kooperation bei Kindeswohlgefährdungen. In: IKK-Nachrichten 1 - 2/2006, S. 29 - 33. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.dji.de/bibs/IKK-Nachrichten1-2-06.pdf]

Schaffer, H. Rudolph (1996): Social Development. Oxford: Blackwell.

Schieche, Michael; Kreß, Heike (2006): Was sind bedeutsame Abweichungen in der altersgemäßen Entwicklung? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 16.

Schmidtchen, Stefan (1989): Kinderpsychotherapie: Grundlagen, Ziele, Methoden. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneewind, Klaus (2002): Familie und Gewalt. In: Nave-Herz, Rosemarie (Hg.): Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland. Eine zeitgeschichtliche Analyse. Stuttgart: Lucius und Lucius, S. 131 - 158.

Schone, Reinhold; Gintzel, Ullrich; Jordan, Erwin; Kalscheuer, Mareile; Münder, Johannes (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven Sozialer Arbeit. Münster: Votum.

Schrapper, Christian (2008): Kinder vor Gefahren für ihr Wohl schützen – Methodische Überlegungen zur Kinderschutzarbeit sozialpädagogischer Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hg.): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München: Reinhardt, S. 56 - 88.

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung; Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hg.) (2007): Jugend in Berlin. Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz. Kinderschutz verbessern – Gewalt gegen Kinder entgegenwirken. Berlin. [Format: PDF; Zugriffsdatum: 16.11.2010; Adresse: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-jugend/kinder_und_jugendschutz/konzept_netzwerk_kinderschutz.pdf?start&ts=1280822196&file=konzept_netzwerk_kinderschutz.pdf]

Spiegel Online (2006): Thüringen: Verdursteter Leon tagelang tot in der Wohnung. Artikel vom 15.12.2006. http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,454705,00.html - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Statistisches Bundesamt Deutschland (Hg.) (2009): 14 % mehr Inobhutnahmen durch Jugendämter im Jahr 2008. Pressemitteilung Nr. 234 vom 25.06.2009. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/06/PD09__234__225,templateId=renderPrint.psml –Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Stuttgart, Referat Soziales - Jugend - Gesundheit; Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf (2010): Stuttgart-Düsseldorfer Kinderschutzbogen. Das Diagnoseinstrument der Jugendämter Stuttgart und Düsseldorf zur Gefährdungseinschätzung nach § 8a SGB VIII. Informationen für Interessenten zum Datenbankverfahren Kinderschutzbogen. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.duesseldorf.de/jugendamt/dwn/kinderschutzbogen_info.pdf]

Tschöpe-Scheffler, Sigrid (2003): Fünf Säulen der Erziehung. Wege zu einem entwicklungsfördernden Miteinander von Erwachsenen und Kindern. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.

Tschöpe-Scheffler, Sigrid (o. J.): Super Nanny – kuschen statt kuscheln oder kompetent erziehen? Vortrag an der Fachhochschule Köln. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.lwl.org/lja-download/pdf/Kuschenstattkuscheln.pdf]

Werner, Annegret (2006a): Was brauchen Kinder, um sich altersgemäß entwickeln zu können? In: : Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 13.

Werner, Annegret (2006b): Wie verläuft eine altersgemäße körperliche Entwicklung? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 14.

Westfalen Blatt (2009): „In Jugendämtern arbeiten gelegentlich Dilettanten." Interview mit Prof. Dr. Uwe Jopt. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, http://www.petra-heller.com/fileadmin/user_upload/petra-heller/Dokumente/Joptwestfalenblatt23.05.09.pdf]

Wiesner, Reinhard (2008): Die Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl durch das Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz (KICK). In: Jordan, Erwin (Hg.): Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Jugendhilfe. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa, S. 9 - 21.

Wildwasser Magdeburg e.V. (2010): Definition und Ausmaß. http://www.wildwasser-magdeburg.de/index.php?id=6 – Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Zartbitter Köln e.V. (2010): Wie häufig werden Kinder sexuell missbraucht? http://www.zartbitter.de/content/e14/e444/e456/index_ger.html - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Die Zeit (2007): Von Dennis bis Lea-Sophie. Verhungert, verdurstet, erschlagen: Die traurigen Fälle von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung der vergangenen Jahre. In: Die Zeit, Nr. 51, 12/2007. http://www.zeit.de/2007/51/Chronik - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Zentrum Bayern Familie und Soziales; Bayerisches Landesjugendamt (2009): Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. [Format: PDF, Zugriffsdatum: 16.11.2010, Adresse: http://www.blja.bayern.de/imperia/md/content/blvf/bayerlandesjugendamt/schriften/sozialp_dagogische_diagnose.pdf]

Zentrum Bayern Familie und Soziales; Bayerisches Landesjugendamt (o. J.): Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. http://www.blja.bayern.de/themen/erziehung/hilfeplan/Diagnosetabellen.html - Zugriffsdatum: 16.11.2010.

Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M. (Hg.) (2008): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. 2. Auflage. München: Reinhardt.

Steffen Pfannschmidt

Drinnen und/oder draussen?
Eine qualitative Studie zur Dynamik von Exklusionsprozessen

"Was ist Exklusion? Armut und doch nicht nur Armut; mehr als Armut und doch auch etwas anderes." (Kronauer 2010, S. 11)

1. Einleitung

In der Auseinandersetzung mit dem o. a. Zitat, das in die Thematik der Arbeit einführt, wird deutlich, dass Armut einen Ausgangspunkt bildet, um die Dynamik von Exklusionsprozessen zu untersuchen. Diese finden unter anderem in Form von Armutsverläufen konkret messbar, aber auch dynamisch statt. Dabei sind die messbaren Auswirkungen der Exklusionsprozesse Veränderungen unterzogen, die anhand von bereits erforschten Prozessstrukturen dargestellt, aber auch in einer eigenen qualitativen Erhebung untersucht und herausgearbeitet werden.
Im weiteren Wortlaut wird Armut nur als ein Kennzeichen von Exklusion benannt und es ist notwendig, Exklusion differenzierter zu beschreiben, um Exklusionsprozesse umfassend verstehen und beschreiben zu können. Neben der finanziellen Armut, in der Menschen leben, sind nach Kronauer (2010) besonders die sozialen Beziehungen und Netze, die Einbindung in den Arbeitsmarkt, die materielle, die kulturelle und die politisch- institutionelle Einbindung bzw. Ausschließung zu beachten. Ebenso soll der Zusammenhang zwischen individuell empfundener Betroffenheit durch Exklusion und der objektivierbaren Exklusion von Personen gezeigt werden.

Hierbei stellt sich u. a. die Frage, wie sich die Dynamik der durch die einzelnen Aspekte beeinflussten Exklusionsprozesse ereignet. Wie hängen die einzelnen Aspekte zusammen und welche Wechselwirkungen werden sichtbar? Wie verhält sich das Leben in einer Gesellschaft zu der gleichzeitig stattfindenden Exklusion aus dieser? An

welchem Punkt schlägt eine nach Castel (2000) gefährdende Lage tatsächlich in Ausgrenzung um? Welches sind die Wege und Bewältigungsmuster der Interviewpartner zwischen Inklusion, Gefährdung und Ausgrenzung? Um diese Fragen entsprechend beantworten zu können, wird ein weitreichender Exklusionsbegriff in der Arbeit verwendet.

Die theoretischen und empirischen Erkenntnisse zu den o. a. Fragen werden in den Kapiteln 1 - 6 erarbeitet. In Kapitel 1 werden die dynamische Armutsforschung und die zentralen Erkenntnisse der Bremer Langzeitstudie dargestellt. Die dynamische Armutsforschung hat sich Anfang der 1990er Jahre parallel zum Exklusionsdiskurs entwickelt und bislang existieren beide Forschungsstränge, ohne sich gegenseitig bewusst aufeinander zu beziehen, obwohl ähnliche und bedeutende Erkenntnisse über die Dynamik von ausschließenden Lagen gemacht werden. In Kapitel 2 wird die Geschichte des Begriffs Exklusion behandelt, um die Entwicklung der gegenwärtigen Gestalt des in der Arbeit verwendeten Exklusionsbegriffs anhand ihn prägender, früher vertretener Erkenntnisse verstehen zu können. Kapitel 3 behandelt die Exklusion und Exklusionsprozesse kennzeichnenden Begriffe Partizipation, die Teilhabe an etwas meint, und Interdependenz, die das eingebunden Sein in die Gesellschaft bezeichnet. Die theoretischen Ausführungen zu diesem Begriffspaar bilden die Grundlage zur Erhebung und zur Analyse der Dynamik der Exklusionsprozesse in den untersuchten Lebensverläufen. In Kapitel 5 wird das Verhältnis von objektiver Exklusion und Exklusionsempfinden behandelt. Dieser Zusammenhang spielt eine maßgebliche Rolle, gleichwohl sie eine stark subjektbezogene und dadurch aufwendige Sichtweise erfordert. Zudem legt dieser Zusammenhang wie schon die dynamische Armutsforschung die Verwendung kontingenter Karrieremodelle anstatt deterministischer nahe, um die Dynamik von Exklusionsprozessen erfassen und erklärend abbilden zu können.
In Kapitel 6 wird das sich an das biografieanalytische Verfahren von Fritz Schütze anlehnende Forschungsdesign vorgestellt. Dieses Verfahren ermöglicht die Betrachtung von realen und empfundenen prozessualen Verlaufskurven im Leben der interviewten Personen. Die Dynamik der erfahrenen Exklusionsprozesse der Interviewpartnerin und der Interviewpartner werden in den Kapiteln 7 „Elke“, 8 „8 11“

und 9 „Casablanca“ lebenslaufbezogen dargestellt und analysiert. In Kapitel 10 wird eine zusammenfassende und abschließende Betrachtung der Erkenntnisse der narrativen Interviews mit den theoretischen und empirischen Bezügen der vorausgehenden Kapitel vorgenommen. Die Antworten auf die o. a. Forschungsfragen werden aufgrund der Heterogenität der interviewten Personen teilweise in den einzelnen Auswertungen der Interviews gegeben und im letzten Kapitel der Arbeit erneut aufgegriffen.

2. Dynamische Armutsforschung

Mit dem Begriff Armut werden häufig bestimmte Personengruppen assoziiert, z. B. Arbeitslose, Wohnungslose oder Alleinerziehende, aber auch soziale Brennpunkte und die Diskussion, ob es eine neue Unterschicht gibt, sind von dem kennzeichnenden Armutsbegriff geprägt. Das dahinter liegende Verständnis von Armut ist das einer sozialen Lage, die relativ dauerhaft ist und somit eine statische Vorstellung von Armut wiedergibt. Zwar gibt es in der Randgruppenforschung schon seit den 1970er Jahren eine dynamische Vorstellung von Armut, jedoch werden dabei hauptsächlich kumulative Abstiegsprozesse, die in relativ dauerhaften Armutslagen enden, behandelt (vgl. Leisering 2008, S. 118).
Gegenwärtig sind in öffentlichen und politischen Diskussionen Vorstellungen über einen dauerhaften Verbleib von Armen in Armut oder sogar in einem ´Teufelskreis` von Armut zu finden. Diese Vorstellung wurde auch in den Sozialwissenschaften lange vertreten. Im seit den 1990er Jahren sich parallel zu der dynamischen Armutsforschung entwickelnden innereuropäischen Diskurs zu ´sozialer Ausgrenzung` oder ´sozialer Exklusion` werden teilweise ebenfalls o. a. Vorstellungen vertreten (siehe
2.4). Diese statischen oder deterministisch-dynamischen Sichtweisen wurden zuerst von der US-amerikanischen dynamischen Armutsforschung in Frage gestellt. Armut wird nicht mehr als sozialstrukturelle Lage oder Eigenschaft einer Gruppe verstanden, sondern als eine Episode im Lebenslauf (engl.: spell), die unterschiedlich lang andauern kann. Als eine eigenständige Dimension in der Erforschung dynami-

scher Armutsverläufe wird hierbei der Faktor Zeit einbezogen (vgl. Leisering 2008, S. 119).
Neue Erkenntnisse über die Beschaffenheit von Armut, die hauptsächlich auf Einkommensarmut zurückgeht, und die Wirkungsweise sozialstaatlicher Transferleistungen werden gegenwärtig mithilfe der Auswertung von Längsschnittdaten und Methoden der Verlaufsanalyse erzielt. Die Dynamik individueller Armutsverläufe steht bei diesen Analysen im Vordergrund, nicht die Veränderung bestimmter Armutsziffern im historischen Zeitverlauf. In der US-amerikanischen dynamischen Forschung werden häufig nur Methoden der Längsschnittanalyse von Armut eingesetzt. In der europäischen Tradition der dynamischen Armutsforschung wird die Armutsanalyse auch in einen lebenslauftheoretischen Kontext gesetzt. Individuelle Armutsverläufe werden als Interaktion zwischen institutionellen Arrangements und individuellem biografischen Handeln verstanden. Besonderes Augenmerk kann dadurch auf die Prägung individueller Lebensläufe durch den Bezug sozialstaatlicher Sicherungsleistungen gelegt werden („Lebenslaufpolitik“, vgl. Leisering/Leibfried 1999). Der lebenslauftheoretischen Perspektive entsprechend werden bei der Datenerhebung im besten Fall quantitative Methoden der Verlaufsanalyse mit qualitativer Biografieforschung kombiniert (vgl. Leisering 2008, S. 119).

2.1 Entwicklung des lebenslauftheoretischen Ansatzes

Die Entwicklung des lebenslauftheoretischen Ansatzes der dynamischen Armutsforschung in Deutschland geht auf die Auswertung der Bremer Langzeitstudie über Sozialhilfe (1988-2001) zurück (vgl. Leisering/Leibfried 1999). Die Ergebnisse der Studie wurden aus der Analyse von "bekämpfter Armut" durch Sozialhilfebezug als Hilfe zum Lebensunterhalt gezogen. Andere dynamische Analysen von Einkommensarmut zeigen im Kern die gleichen Ergebnisse (vgl. Habich/Headey/Krause 1991, S. 488 ff; Hauser/Berntsen 1991, S. 73 ff). Neben quantitativen Daten wurden in der Bremer Studie auch qualitative Daten (Ludwig 1996, bes. S. 109-280; Buhr 1995 bes. S. 98-161) erhoben, die in der Regel in Einkommensarmutsanalysen nicht erhoben werden.

2.2 Wesentliche Ergebnisse der Bremer Langzeitstudie[1] Verzeitlichung/Zeitlichkeit von Armut

Armut ist kein strukturelles Merkmal von Gruppen oder Individuen, sondern ein Ereignis oder eine Phase im Lebenslauf. Die Erfahrung von Armut ist strukturiert durch einen Beginn, einen bestimmten kontinuierlichen oder diskontinuierlichen Verlauf und eine spezifische Dauer, die häufig durch einen Abschluss begrenzt wird. Nach den empirischen Ergebnissen dauert eine Phase der Armutserfahrung deutlich kürzer an als in öffentlichen Debatten meist vertreten wird. Beispielsweise hat in Bremen die Hälfte der Neuantragsteller eines Jahrgangs die Hilfe schon nach einem Jahr wieder verlassen, ohne in einem Zeitraum von sechs Jahren wieder hilfebedürftig zu werden. Je nach Berechnungsart gehören bei Einkommensarmut wie bei Sozialhilfebezug nur etwa 10-25 % der Menschen, die in Armut leben, zu den „Langzeitarmen“, die ein Jahr und länger in Armut. Menschen ohne Arbeit haben häufig kürzere Bezugsdauern von Unterstützungsleistungen als Alleinerziehende, die durchschnittlich länger Leistungen beziehen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2008, S. 34; Goebel/Habich/Krause 2006, S. 619 ff).

Handlungsfähigkeit

Trotz Einschränkungen durch Ressourcenmangel und weitere Formen der Deprivation und Diskriminierung sind von Armut betroffene Menschen nicht per se als Opfer von Institutionen oder externen Umständen zu betrachten. Grundsätzlich sind auch arme Menschen fähig zu handeln und als Handelnde anzusehen, die unterschiedliche Handlungsorientierungen und Fähigkeiten, die Armut zu überwinden, aufweisen. Die Handlungsfähigkeit von armen Menschen kann als das Korrelat zu der Zeitlichkeit von Armut gesehen werden, da sich beide gegenseitig beeinflussen bzw. bedingen.

[1] Die Darstellung der Ergebnisse der Bremer Langzeitstudie lehnt sich an Leisering 2008, S. 119 an.

Soziale Entgrenzung

Mit sozialer Entgrenzung ist das Verwischen der Differenzlinie gemeint, die von Armut geprägte Bevölkerungsschichten von den darüber liegenden mittleren Schichten trennt. Die Betroffenheit von sozialen Risiken und das Angewiesensein auf Hilfeleistungen weiten sich in den Lebensbereich derer aus, die sich vorher in Sicherheit lebend wussten. Nicht mehr nur traditionelle Randgruppen oder Menschen aus einer unteren Schicht sind betroffen. Beck bezeichnete dies 1986 als „Demokratisierung" (Beck 1968, S. 149) von Armut und Arbeitslosigkeit. Er wies darauf hin, dass in einer fortentwickelten Gesellschaft zunehmend größere Teile der Bevölkerung auch die Kehrseiten moderner Gesellschaften und nicht nur deren Errungenschaften erfahren. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Armutsrisiken nicht in alle Gesellschaftsschichten gleichermaßen Einzug halten.

Individualisierung von Armut

Armutslagen können nicht einfach auf Klassenlagen rückbezogen werden, sondern hängen mit unterschiedlichen Ereignissen und Übergängen im Lebenslauf zusammen. Hierbei spielen beispielsweise Krankheit, Scheidung oder Arbeitsplatzverlust sowie die biografischen Bewältigungsstrategien der Betroffenen eine maßgebende Rolle (siehe dazu auch Kapitel 5). Etwa ein Drittel der Bevölkerung ist in einem Zeitraum von zehn Jahren temporär von Armut betroffen.

2.3 Bezug der Ergebnisse der dynamischen Armutsforschung auf das Forschungsdesign

Die Zeitdimension individueller Armutslagen ist zu berücksichtigen, indem explizit verlaufsbezogene Begriffe zur Beschreibung der Dynamik zu verwenden sind (z. B. Übergänge im Lebenslauf, Sequenz, Karriere). Arme Menschen sind als handlungsfähige Personen (agency) anstatt als Opfer von Institutionen sozialer Kontrolle oder generell sozialer Verhältnisse zu sehen. Gleichzeitig sind die Instituti-

onen, die das Leben von Menschen in Armut prägen, zu analysieren. Der formende Wirkzusammenhang von Institutionen in Übergangssituationen im Leben ist zu beachten. Die Heterogenität von Armut, der Weg und das Verbleiben in sowie der Ausstieg aus Armut sind ergebnisoffen zu untersuchen. Die Beschreibungen der herausgearbeiteten Karrieremodelle sind kontingent und nicht deterministisch vorzunehmen. Neben der dynamischen Armutsforschung sind für eine weitergehende Analyse der Dynamik von Exklusionsprozessen die theoretischen Ausarbeitungen zum Exklusionsbegriff, die nachfolgend vorgestellt werden, zu beachten.

3. Zur Begriffsgeschichte von Exklusion

Für die deutsche Debatte um den Exklusionsbegriff sind besonders zwei Traditionen, die französische und die angelsächsische, von Bedeutung. In der französischen Tradition herrscht dabei eine „Vorstellung von sozialer Kohäsion [vor], die durch wechselseitige Abhängigkeitsbeziehungen, die „organische Solidarität“ im Sinne Durkheims, gestiftet wird“ (Kronauer 2006, S. 28, Hervorhebung im Original). Die englische Tradition betont die Bürgerrechte und stützt sich auf das „citizenship“. Beide Traditionen wurden und werden in der deutschen Tradition verwendet, wie beispielsweise der Ansatz von Interdependenz und Partizipation zeigt. Besonders im Umgang mit Armut zeigt sich der Einfluss beider Traditionen auf die aktuelle Debatte um den Underclass-Begriff und den Begriff der sozialen Exklusion. Hierbei fällt die nationale Bezogenheit der Begriffe auf. Obwohl die wirtschaftlichen Entwicklungen zunehmend globaler gestaltet werden, sind die gesellschaftlichen, darunter besonders die institutionellen Rahmenbedingungen, die zur Bestimmung von Risiken zur Ausgrenzung und Ausgrenzung selbst herangezogen werden, weiterhin durch die Nationalstaaten bestimmt.

3.1 Exklusion in Frankreich

Der Begriff taucht erstmals in den 1960er Jahren in der französischen Literatur zu Armut, u. a. bei Klanfer 1969 auf. Der Begriff Exklusion war stark mit Armut verknüpft und bezog sich auf Menschen, die trotz einer Phase der relativen Vollbeschäftigung nicht am allgemeinen wirtschaftlichen und materiellen Aufschwung teil hatten. Exklusion wurde als Schicksal von einzelnen Personen oder Personengruppen (z. B. drogenabhängige, straffällige, kranke oder behinderte Menschen) angesehen und nicht als ein Problem, das weiter in die Mitte der Gesellschaft hineinragt oder sogar eine Krise darstellt (vgl. Paugam 1996, S. 9). Die Umschreibung der Personengruppen geht auf den französischen Staatssekretär René Lenoir zurück. Er erweiterte die Debatte über Exklusion, indem er exkludierte Personen nicht nur in Randgruppen, sondern in allen Gesellschaftsschichten verortete und deren Exklusion als Resultat der Funktionsweise moderner Gesellschaften sah (vgl. Silver 1994, S. 20). Die frühe Überschneidung von politischen und wissenschaftlichen Interessen bezüglich der Benutzung des Exklusionsbegriffs wird hierbei deutlich. Der Exklusionsbegriff gewann an öffentlicher Bedeutung im Rahmen der Rückkehr der Massenarbeits- losigkeit in den 1970er Jahren, die sich in den 1980er Jahren verfestigte. Davon Betroffene waren und sind vor allem Jugendliche, Ungelernte, eingebürgerte Migranten und Ausländer (vgl. Kronauer/ Neef 1997, S. 39). In den 1980er Jahren entstehen die „banlieues" außerhalb bzw. in den Randlagen von Großstädten, in denen die Armut sichtbar verdichtet auftritt und wiederkehrend Revolten junger Menschen stattfinden. In der Folge wird Exklusion teilweise als Zentrum-Peripherie-Problem angesehen, jedoch bleibt festzuhalten, „selbst im „Mutterland“ der Exklusionsdebatte ist der Exklusionsbegriff alles andere als eindeutig“ (Kronauer 2010, S. 44).

3.1.1 Die Ansätze von Serge Paugam und Robert Castel

Mit Serge Paugam und Robert Castel werden zwei wichtige Vertreter der französischen Debatte, die den deutschen Diskurs um Exklusion stark beeinflusst haben, vorgestellt. Nach Paugam ist der Armutsbe-

griff nicht mehr in der Lage, aktuelle soziale Entwicklungen, denen sich die Akteure gegenüber sehen, in ihrer Vielfalt zu erfassen (Paugam 1996, S. 9 f). Der Exklusionsbegriff hingegen ist seiner Meinung nach theoretisch und anwendungsbezogen noch zu unscharf und darf nicht unreflektiert gebraucht werden. Paugam betont zwei Aspekte im Zusammenhang mit dem Exklusionsbegriff, zum einen die Verschlechterung der Arbeitsverhältnisse auf dem Arbeitsmarkt, zum anderen die Schwächung der sozialen Einbindung (vgl. Paugam, 1994, S. 5). Dies sind die beiden Hauptaspekte in der französischen Debatte um den Exklusionsbegriff (Castel 2000, S. 13, 87, 91; Dubet/ Lapeyronnie 1994, S. 134 ff). Eine besondere Bedeutung wird der Prozesshaftigkeit von Exklusion beigemessen. Paugam nennt diesen Prozess „soziale Disqualifizierung“, wobei dies nicht bedeutet, dass schon einzelne negative Entwicklungen zu sozialer Exklusion führen. Der gesamte Prozess wird als „unterschiedliche Phasen, die sich progressiv aneinander reihen und in Situationen extremer Deprivation münden können, (…) jedoch keineswegs irreversibel sind“ (Paugam 2004, S. 74) beschrieben. Soziale Exklusion kann demnach durch verstärkende und auch abschwächende Prozesse, die beeinflussbar sind und nicht nur in eine Richtung ablaufen, gekennzeichnet sein.
Diese drei wichtigen Aspekte, die Exklusion kennzeichnen – die Ausgrenzung am Arbeitsmarkt, die Schwächung der sozialen Einbindung und die Prozesshaftigkeit – finden sich ebenfalls bei Robert Castel als „précarité du travail“ und „fragilité relationelle“ wieder (vgl. Castell 1991, S. 138 f). Castel nimmt das Bild von Zentrum und Peripherie auf und stellt Exklusion als Bewegung dar, die sich entlang der beiden Achsen Einbindung in das Erwerbssystem und der sozialen Einbindung durch Zonen hindurch ereignet. Von der Zone der „intégration“ (stabile Beschäftigung und intakte, unterstützende Netzwerke) über die Zone der „vulnérabilité“ (Einbindung in die Erwerbsarbeit und die sozialen Netze werden brüchig) bis in die Zone der „désaffiliation“ (Ausschließung aus Erwerbsarbeit und Verlust der sozialen Einbindung) (Castel 1996, S. 775) findet der Prozess der Ausschließung statt. Zentrale, inkludierte Positionen in der Gesellschaft sind durch Kräfte und strategische Ressourcen gekennzeichnet, periphere, exkludierte Positionen durch Kräftezersplitterung und Ressourcenmangel (vgl. Caste1 2000, S. 13, 360 f). Durch dieses Verständnis nähert sich der Exklusionsbegriff dem Begriff der Marginalisierung an, der bis-

weilen sogar synonym gebraucht wird (vgl. Paugam 1994, S. 10). Castel verortet einen strategischen Bruchpunkt in der Erwerbsarbeit (vgl. Castel 2000. S. 336), ab dem für Menschen der Prozess, „zugleich von den Kreisläufen der Produktion, des Nutzens und der sozialen Anerkennung abgeschnitten“ (Castel 1996, S. 776 f) zu sein, beginnt. In der Erwerbsarbeit überschneiden sich die Kreisläufe der Produktion, des Nutzens und der sozialen Anerkennung und dabei wird über den Nutzen einer Person sowie deren Machtlosigkeit entschieden. Castel beschreibt, die Ausgegrenzten sind durch eine „besondere Verwundbarkeit“ gekennzeichnet, sie sind bei ihrem „Balanceakt gestrauchelt“ (Castel 2000, S. 385). Als Konsequenz schlägt er vor, den Begriff der Entkopplung (désafilliation) statt des Exklusionsbegriffs zu benutzen. Diese Begriffsveränderung scheint keinen Vorteil zu bieten, denn es bleibt nach wie vor die Frage, „woraus und wohin die Ausgliederung stattfindet.“ (Kronauer 2007, S. 2). Dennoch gibt Castel mit seiner Sichtweise „man [sollte] nicht bei jeder Gelegenheit Alarm schlagen und jede beliebige soziale Dysfunktion als Exklusion bezeichnen, sondern die Exklusionsprozesse sorgfältig unterscheiden vom Ensemble der Bestandteile, die heute die soziale Frage in ihrer Gesamtheit ausmachen“ (Castel 2000, S. 24 f) eine Richtung für die empirische Erforschung von Exklusionsprozessen vor. Wenn soziale Exklusion keinen starren Dualismus zwischen Drinnen und Draußen, sondern vielmehr die Bewegung von Personen zwischen beschreibbaren Zonen oder Bereichen abbildet, dann stellt sich empirisch die Frage nach den Prozessen und Einflussfaktoren.

3.2 "Underclass" in der US-amerikanischen Literatur

Der Begriff „Underclass" wurde erst in den frühen 1960er Jahren durch den Schweden Gunnar Myrdal in die amerikanische Literatur eingeführt. Die „Underclass“ entstand aufgrund des technischen Wandels der Erwerbsarbeit, der qualifizierte Arbeiter forderte und die traditionellen Arbeitsplätze der vor allem ungelernten Arbeiter auflöste (Myrdal 1965, S. 41). Der Underclass-Begriff wurde in den 1960er und 70er Jahren wenig aufgegriffen, erhielt aber eine rassistische Konnotation, da Myrdal die Betroffenheit durch Arbeitslosigkeit von einer Minderheit herausstellte und dabei die Betroffenheit unter der

dunkelhäutigen Bevölkerung besonders hervorhob. Die dunkelhäutige Bevölkerung, die in den Armutsvierteln der Großstädte lebte, rückte in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die „Underclass“ wurde zur „Black Underclass“ (Glasgow 1980, S. 8). Während der 1970er Jahre erfährt der Underclass-Begriff eine Bedeutungsverschiebung, indem die Existenz einer Underclass nicht mehr auf die Veränderungen in der Erwerbsarbeit und am Arbeitsmarkt zurückgeführt wurde, sondern auf das Verhalten der Betroffenen selbst. Die sozialstaatlichen Interventionen gegen Ausgrenzung wurden nicht mehr positiv gesehen, sondern als die Ausgrenzung der Armen erst ermöglichend. Der Underclass-Begriff verändert sich von einer strukturorientierten und analytischen Kategorie zu einer verhaltensorientierten und stigmatisierenden Etikettierung der größtenteils dunkelhäutigen und von Armut betroffenen Bevölkerung in den Großstädten (vgl. Gans 1995, S. 28 ff, Auletta 1983, S. 27 f.). In den 1980er Jahren setzte sich der Begriff der Underclass wie der Exklusionsbegriff in Frankreich als zentrale Kategorie in der Debatte über die größtenteils städtische Armut durch. Hierbei wurde und wird ein Dualismus von zwei Verständnissen vertreten. Zum einen wurde in den Medien und der Politik vor allem die verhaltensorientierte Sichtweise der Underclass eingenommen, die sich in die lange Tradition der moralischen Be- und Verurteilung von Armut einreiht (vgl. Gans 1995, S. 56). Zum anderen wurde die strukturorientierte Sichtweise der Underclass, die auf das „soziale Bewusstsein“ der wohlfahrtsstaatlichen Tradition zurückgeht, neu etabliert und fand in den Sozialwissenschaften eine breite Resonanz, die sich vom US-amerikanischen Diskurs auf den europäischen auswirkte (vgl. Kronauer 2010, S. 59 f).

3.3 Gemeinsamkeiten der Begriffe „Exklusion“ und „Underclass“

In beiden Diskursen werden die tiefgreifenden Umbrüche in der Erwerbsarbeit in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als Kern der Ausgrenzungsproblematik gesehen. Eine anhaltend hohe Arbeitslosigkeit, ein größer werdender Anteil von Menschen, die arbeitslos werden und eine Zunahme von Armut, die häufig durch Arbeitslosigkeit oder durch zu gering entlohnte Beschäftigungsverhältnisse hervorge-

rufen wird, sind Ausdruck des Umbruchs. In beiden Begriffen wird Ausgrenzung als gegeben angesehen, wenn eine marginale Position am Arbeitsmarkt oder ein dauerhafter Verlust von Erwerbsarbeit sowie der Verlust sozialer Einbindung vorliegen. Letzteres bezeichnet den Ausschluss aus der Wechselseitigkeit sozialer Nahbeziehungen und den Wegfall unterstützender sozialer Netze. An dritter Stelle zeigen beide Begriffe die Unmöglichkeit auf, entsprechend allgemein anerkannter Maßstäbe am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Hierbei müssen Erwerbslosigkeit oder prekäre Beschäftigung nicht die Auslöser sein, jedoch spielen sie die entscheidend verstärkende Rolle (vgl. Kronauer 2010, S. 71 f).

3.4 Zum deutschen Diskurs

Die Diskussion um den Exklusionsbegriff wurde in Deutschland erst später geführt, da die vorgefundenen Problemlagen im Vergleich zu den Ländern, in denen bereits verstärkt von Ausgrenzung und Underclass gesprochen wurde, sich in Deutschland als (noch) nicht derart akut darstellten. Ende der 1980er Jahre und besonders in den 1990er Jahren wurde auch in der deutschsprachigen Soziologie verstärkt die Debatte um soziale Ausgrenzung geführt. Ab dieser Zeit konnten auch in Deutschland die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, die eine anhaltend hohe Arbeitslosigkeit hervorbrachten, nicht mehr als konjunkturelle Talsohle beschrieben werden. Auch in Zeiten eines erhöhten Wirtschaftswachstums senkten sich die Zahlen der Erwerbslosen kaum.
In der Folge der Veränderungen des Arbeitsmarktes entstand ein großes Themenfeld, mit dem sich die Sozialwissenschaften auseinandersetzen. Hierbei werden vor allem zwei theoretische Zugänge deutlich. Einerseits wird eine systemtheoretische Perspektive vertreten (vgl. Luhmann 1997, S. 631 f, Nassehi 1997, S. 113 ff), andererseits eine Perspektive, die sich auf Theorien sozialer Ungleichheit und Armutstheorien bezieht. In der letztgenannten Perspektive bilden die in Frankreich und den USA geführten Debatten um In- und Exklusion und Underclass eine wichtige Grundlage. Insbesondere die französische Sozialwissenschaft lehnt sich dabei oftmals an Klassiker wie Simmel oder Durkheim an (vgl. Reißig 2010, S. 29).

In der Frage nach den Ursachen, den Auswirkungen und den Erscheinungs- formen von sozialer Ungleichheit wurden über Jahrzehnte Klassenansätze und Schichtungsmodelle vertreten (vgl. Weber 1972, S. 178). Dadurch wurden vor allem vertikale Ungleichheitsdimensionen wie Bildung, Beruf und Einkommen beachtet.
Der von Beck 1986 beschriebene Fahrstuhleffekt markiert im Zusammenhang mit der Angleichung von Lebensbedingungen und Lebenschancen eines Großteils der Bevölkerung die Veränderung der Perspektive auf horizontale Ungleichheitsaspekte, bei der vertikale Ungleichheitsdimensionen weniger beachtet werden (vgl. Beck 1986, S. 122). Leisering beschreibt die eingenommene Perspektive von sozialer Ungleichheit als Annahme von „Lebensstile[n], Milieus, Lebenslagen, Lebensläufe[n] und Biographien – verbunden mit einer optimistischen Sicht der Erhöhung individueller Lebenschancen und Ausdrucksmöglichkeiten.“ (Leisering 2000, S. 14). Seit den 1990er Jahren wird im Zusammenhang mit den Begriffen Globalisierung, Standortkonkurrenz oder Deregulierung eine ökonomische Entwicklung beschrieben, die verstärkt soziale Ungleichheit hervorbringt. Mit einem Anstieg der sozialen Unterschiede und der weitergehenden Spaltung zwischen Arm und Reich werden vertikale Ungleichheitsfaktoren wieder mehr beachtet (vgl. Hradil 1992, S. 158 ff). Das Verhältnis von Kapital und Arbeit wird als bedeutsam im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit eingeschätzt, wobei sich die Verortung der individuellen Position in der „Bezahlte-Arbeits-Gesellschaft“ (Kreckel 1992, S. 33) als unzureichend herausstellt, da eine große Zahl der Gesellschaftsmitglieder aus der Analyse gesellschaftlicher Ungleichheit herausfällt, wie z. B. erwerbslose Frauen. Kreckel schlägt, um vertikale und nicht-vertikale Ungleichheitsfaktoren berücksichtigen zu können, die Verwendung eines neues Begriffspaars von ´Zentrum` und ´Peripherie` vor. Dieses legt den „Gedanken an ein asymmetrisch strukturiertes Kräftefeld nahe und rückt die Ungleichheitsthematik damit näher an die politische Soziologie heran“ (Kreckel 1992, S. 41 f). Das Begriffspaar Zentrum und Peripherie führt teilweise zu einem Dualismus von Drinnen und Draußen, jedoch verweist schon Kreckel auf die Vielfältigkeit der Beziehungen, die sich mit einem Zentrum-Peripherie-Paradigma denken und beschreiben lassen. Folglich sind derartige Beziehungen nicht als ein dichotomes Verhältnis anzusehen. Für die Diskussion um Exklusion ist dies von großer Bedeutung, denn ein simpler Dualismus ist zu

vermeiden. Die Kritik an der deutschsprachigen Diskussion um Exklusion, die vielfach unter Rückbezug auf eine vertretene systemtheoretische Sichtweise geschieht, bezieht sich häufig auf eine derart dualistische Unterscheidung. In deren Folge könnte es in Europa quasi keine Exklusion geben, da ein totales Herausfallen aus der Gesellschaft nicht möglich ist (vgl. Reißig 2010, S. 31).
Kronauer und andere Autoren betonen im Gegensatz dazu die Gleichzeitigkeit des Drinnen und Draußen (vgl. Kronauer 2010, S. 141 ff). Hierbei wird besonders die Prozesshaftigkeit von sozialer Ausgrenzung beschrieben.
Neben dem Begriff der Ausgrenzung, der häufig synonym zu dem Begriff der Exklusion verwandt wird, ist auch der Begriff der „Überflüssigen“ (Engels 1972, S. 315) zu finden. Beck hat dem Begriff einen neuen Vorschub gegeben, indem er annimmt, dass es sich bei den Verlierern des ökonomischen Wandels nicht allein um den „sozialstrukturellen Bodensatz der ‚sozial Verachteten‘ oder der ‚unteren Unterschicht‘, sondern [um] eine Querkategorie von Freigesetzten und Aussortierten“ handelt (Bude 1998, S. 365, Hervorhebung im Original). Die Erwerbsarbeit ist nicht mehr durch ihre integrierende Funktion gekennzeichnet, sondern wird zu einer „Quelle der Desintegration“ (Bude 1998, S. 373). Bude benennt neben der Arbeit die Familie, die Institutionen und den Körper als strukturelle Merkmale, die ebenfalls beeinflussend zu Exklusion führen können. Aufgrund langfristiger Verwehrung der Integration in den ersten Arbeitsmarkt kann es zu einer Erosion der traditionellen Rollenverteilung innerhalb der Familie kommen. Die in Krisenzeiten stützende Funktion der Familie löst sich allmählich auf und die Familie zerfällt. Bezüglich der Institutionen benennt Bude die Alltagstheorien des Personals in den Verwaltungen über Arbeitslosigkeit und Armut, die durch „diskriminierende Indikatoren“ bestimmt sind. „Wer sich den Anschein sozialer Haltlosigkeit gibt, hat nach der Investitionslogik der Amtsträger schnell den Anspruch auf volle Leistungen verloren“ (Bude 1998, S. 376). Bei dem vierten Merkmal Körper spielen vor allem Süchte, z. B. Alkoholsucht, eine Rolle beim Herausfallen aus gesellschaftlichen Bezügen. Um Überflüssigkeit feststellen zu können, muss laut Bude ein phänomenologischer Befund, bei dem „Müdigkeit, Abgestumpftheit und Apathie“ (Bude 1998, S. 378 f) feststellbar sind, vorliegen. Dadurch wird allerdings die Verwendung des Überflüssigen-Begriffs problematisch. Es

wird deutlich, dass die Bewertung der eigenen Lage entscheidend dazu beiträgt, ob jemand zur Gruppe der Überflüssigen gezählt wird oder nicht. Gleichzeitig werden zwei Strukturelemente beschrieben, die sich einer rein auf das Individuum bezogenen Sichtweise entziehen. Mit der Einbindung in Erwerbsarbeit wird ein Faktor benannt, der weniger auf die eigene Qualifikation abzielt als vielmehr auf ein strukturelles Problem. Ebenso wird der institutionelle Anteil durch die Wahrnehmung der Mitarbeiter der Verwaltung benannt. Solga plädiert dafür, den Begriff des Überflüssigseins nicht an einzelne Individuen zu heften, sondern ihn als Kategorie für alle Personengruppen zu verwenden (vgl. Solga 2006, S. 123). Dadurch kann das in der Gesellschaft und in der sozialwissenschaftlichen Ungleichheits- und Arbeitsmarktforschung anzutreffende „Deutungsmuster, nach dem eine Integration in die Arbeitsgesellschaft prinzipiell möglich ist“ (Krafeld 2000, S. 9), gewinnbringend in Frage gestellt werden.
Im Vergleich der beiden Begriffe Ausgrenzung und Überflüssigsein wird deutlich, dass der Begriff der Ausgrenzung durch die Kategorie der Überflüssigen nicht obsolet geworden ist. Überflüssige Menschen scheinen das Resultat sozialer Ausgrenzung und neben armen und arbeitslosen Menschen diejenige Personen zu sein, die sich an einer Art Endpunkt einer Entwicklung befinden. Eine Rückkehr in Verhältnisse, in denen sie gebraucht und inkludiert werden, scheint eher schwer möglich.
In der vorliegenden Arbeit werden inhaltliche Merkmale des Überflüssigen- Begriffs berücksichtigt, jedoch wird ein Schwerpunkt auf das Exklusionsverständnis von Kronauer gelegt, da die Dynamik von Exklusionsprozessen bei verschiedenen Personen herausgearbeitet wird.

4. Partizipation und Interdependenz

Die Bezugnahme auf Kronauer, den prominentesten Vertreter für die Einführung des Exklusionsbegriffs in Deutschland, ist bei vielen Autoren zu finden. Kronauer bindet sowohl die theoretischen Konzepte der ´exclusion sociale` aus der französischen Debatte als auch Aspekte aus der angloamerikanischen Diskussion, wenn Fragen der ´Underclass` besprochen werden, ein. Er vertritt maßgeblich eine Ex-

klusionstheorie, die sich jenseits eines systemtheoretischen Zugangs den Modi der Zugehörigkeit und der sozialen Ausgrenzung zuwendet und versucht, diese systematisch zu erfassen.
Kronauer nennt drei Momente des Ausgrenzungsproblems, „[1.] Marginalisierung am Arbeitsmarkt, bis hin zum gänzlichen Ausschluss von Erwerbsarbeit; [2.] Einschränkung der sozialen Beziehungen, bis hin zur Vereinzelung und sozialen Isolation; [3.] Ausschluss von Teilhabe- möglichkeiten an gesellschaftlich anerkannten Lebenschancen und Lebens- standards.“ (Kronauer 2010, S. 145). Die ersten beiden Momente beziehen sich auf den Modus der gesellschaftlichen Zugehörigkeit, die durch Interdependenzen hergestellt wird. Interdependenzen drücken sich in der Einbindung in Erwerbsarbeit und in der Wechselseitigkeit sozialer Nahbeziehungen aus. Der zweite Modus der gesellschaftlichen Zugehörigkeit, der durch Partizipation beschrieben wird, bezieht sich auf materielle, politisch-institutionelle und kulturelle Teilhabe. Diese Teilhabemöglichkeiten werden abgeleitet aus der Statusgleichheit, die durch entwickelte soziale Bürgerrechte (in Anlehnung an Marshall 1992, S. 89 ff) hergestellt wird.
„Soziale Rechte sollen Statusgleichheit im Zugang zu den Leistungen zentraler gesellschaftlicher Institutionen (vor allem Bildungswesen, medizinischer Versorgung, sozialer Sicherung bei Notfällen und im Alter) her- und kulturell angemessene Lebenschancen sicherstellen. Sie sollen damit zugleich die Wahrung der persönlichen Integrität und die Wahrnehmung der politischen Rechte durch die Individuen materiell und sozial ermöglichen. Soziale, durch den Wohlfahrtsstaat garantierte Rechte sind dabei in einem umfassenden Sinn zu verstehen. Sie beziehen die Ausgestaltung intermediärer Institutionen unter staatlichem Rechtsschutz oder staatlicher Beteiligung (…) ebenso ein wie die rechtliche Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse“ (Kronauer 2010: 146).

Das Modell der beiden o. a. Modi und deren Dimensionen sieht folgendermaßen aus:

Modi der Zugehörigkeit	Interne Dimensionen
Interdependenz	- Einbindung in die gesellschaftliche Arbeitsteilung
Partizipation	- Materielle Teilhabe - Politisch-institutionelle Teilhabe - Kulturelle Teilhabe

Abb. 1: Modell der Modi der Zugehörigkeit und deren interne Dimensionen (eigene Darstellung nach Kronauer 2010, S. 147)

Die Modi der gesellschaftlichen Zugehörigkeit, hergestellt durch Interdependenz und Partizipation, sind mit ihren internen Differenzierungen nicht absolut eindeutig voneinander zu trennen. Zudem stellt die Verschränkung der einzelnen Dimensionen ein wesentliches Kennzeichen des Exklusionsproblems dar und soll berücksichtigt werden. Ausgrenzung ist zudem als ein institutionalisiertes Verhältnis der Gleichzeitigkeit von Drinnen und Draußen sowie als Prozess und Zustand zu verstehen. Hierbei kann sowohl an die Exklusionsvorstellung von Castel (2000) als auch an Erkenntnisse der dynamische Armutsforschung von Leibfried und Leisering (1999) angeschlossen werden. Armut stellt keine festgeschriebene und unumkehrbare Lage dar, sondern Menschen finden in einer Vielzahl der Fälle wieder aus ihr heraus. Verschiedene Personen sind in unterschiedlichen Lebensphasen auf unterschiedliche Art und Weise von Exklusion betroffen. Hierzu zählen beispielsweise Jugendliche, die Probleme bei der Integration in den Arbeitsmarkt haben, Langzeitarbeitslose, Deutsche und Migranten, Alleinerziehende ebenso wie Großfamilien. Aufgrund der Heterogenität der betroffenen Personen wird die Analysefähigkeit des Exklusionsbegriffs angezweifelt, jedoch ist die Vielfältigkeit der Ausgrenzungserfahrungen und das ihnen Gemeinsame derAusgrenzungskonstellation zu beachten, sofern Vereinzelung und Zersplitterung der Interessen ein wesentliches Merkmal von Ausgrenzung darstellen (vgl. Kronauer 2010, S. 149). Hierdurch wird zudem die Bedeutung individueller biografischer Phasen im Verlauf eines Exklusionsprozesses herausgestellt.

Nachfolgend werden die Exklusion bestimmenden, o. a. Modi und ihre internen Dimensionen besprochen.

4.1 Ausschluss aus Interdependenzbeziehungen

In entwickelten kapitalistischen Gesellschaften wird soziale Anerkennung entscheidend direkt oder indirekt über Erwerbsarbeit generiert. Soziale Ausgrenzung droht, wenn keine Statusalternativen zur Verfügung stehen und wenn der langfristige Ausschluss aus Erwerbsarbeit mit dem Verlust jeder Einbindung in die gesellschaftlich anerkannte Arbeitsteilung zusammenfällt. Das Risiko der sozialen Ausgrenzung steigt an, je länger die Phase der Erwerbslosigkeit andauert und je jünger die betroffene Person ist (vgl. Kronauer 2010, S. 151). Der Ausschluss von Erwerbsarbeit und dem damit einhergehenden Statusverlust ist von Betroffenen, solange ein Ende absehbar bleibt, ertragbar. Während der Arbeitssuche ist das Gefühl wichtig, eigene Vorstellungen einbeziehen zu können. In diesem Fall kann Arbeitslosigkeit auch als Entlastung von einschränkender Erwerbsarbeit angesehen werden. Die Betroffenen haben für eine bestimmte Dauer mehr Zeit, sich eigenen Vorstellungen und Interessen widmen zu können. (vgl. Kronauer u. a. 1996, S. 90-110). Die Ausgrenzungserfahrungen durch prekäre Beschäftigungsverhältnisse bedeuten eine erhöhte Gefahr für schon einmal arbeitslos Gewesene, erneut arbeitslos zu werden (vgl. Bender/Konietzka/ Sopp 2000, S. 494). Das Selbstbild wird durch die Erfahrung der versuchten und dabei gescheiterten Arbeitssuche, des Ausgeliefertseins, des Versuchs, das Marktgeschehen zu durchschauen und darin nützlich zu sein, geprägt, brüchig und mitunter zerstört (vgl. Kronauer 2010, S. 157.) Der Ausgangspunkt von Ausgrenzungsprozessen muss nicht in der Erwerbsarbeit liegen, die problematische Arbeitssituation kann allerdings verstärkend wirken. Ausschlaggebend können auch Veränderungen der sozialen oder der Haushalts-Situation sein, wie z. B. Trennung, Scheidung oder Geburt eines Kindes. Die Gruppe der Alleinerziehenden ist besonders stark von dem Problem der gegenseitigen Verstärkung betroffen. Sie sind dem Widerspruch ausgesetzt, zum einen für sich und ihr Kind materiell sorgen zu können und zum anderen ganz für ihr Kind da zu sein. Ihre soziale Zwitterstellung drückt sich darin aus, dass sie weder dem herkömmlichen

Familienmodell noch den Anforderungen der Erwerbsarbeitsgesellschaft entsprechen. Zwischen unterstützenden und entwürdigenden Maßnahmen sozial-staatlicher Fürsorge tragen sie teilweise ein gebrochenes Bewusstsein über ihre soziale Lage mit sich (vgl. Kronauer 2010, S. 152).

4.2 Ausschluss aus sozialen Netzen

Personen können soziale Isolierung aufgrund von Vereinzelung erfahren; damit ist z. B. der Verlust oder das Fehlen von Beziehungen zu einem Partner, zu Freunden oder zu Verwandten gemeint. Soziale Isolierung kann aber auch durch die Konzentration der sozialen Beziehungen auf Menschen der gleichen benachteiligten Lage stattfinden. Diese Konzentration auf gleich oder ähnlich Betroffene ist oder wird problematisch, wenn sie auf Ressourcenmangel oder Stigmatisierung zurückzuführen ist und die Überwindung der eigenen Lage erschwert (vgl. Kronauer 2010, S. 161). Soziale Isolierung wirkt sich zudem auf die soziale Identität eines Menschen aus. Verliert jemand seinen Status, können durch Vereinzelung Identitätsblockierungen verstärkt werden. Die empfundene Nähe zu Personen in ähnlicher Lage hingegen fördert den Identitätswandel und die subkulturelle Identifikation (vgl. Kronauer S. 162). Morris zeigte den Homogeniesierungseffekt in Haushalten langzeitarbeitsloser Menschen, bei denen neben dem Partner ebenso die Partnerin größtenteils arbeitslos war, im Gegensatz zu Haushalten, in denen der Mann eine sichere Beschäftigung hatte (vgl. Morris 1995, S. 23). Paugam zeigte zudem, das Risiko des Zusammenfallens von Einkommensarmut und Beziehungsarmut ist für Langzeitarbeitslose am höchsten (Paugam 1995, S. 52 ff). Im Zusammenhang der wenigen sozialen Beziehungen von Armut betroffener Menschen zeigte Andreß die Unzufriedenheit armer Menschen mit der Hilfe, die ihnen durch andere widerfuhr (Andreß 1999, S. 185). Die Verbindung zwischen Ausgrenzung am Arbeitsmarkt und Einschränkung der sozialen Netze kann aufgezeigt werden und liefert die Erklärung, warum und auf welche Art sich Ausgrenzung reproduziert.

4.3 Ausschluss von materiellen Teilhabemöglichkeiten

Heutzutage gilt nicht allein derjenige als arm, der um sein Überleben kämpfen muss, sondern ebenso derjenige, der über ein bestimmtes Maß hinaus nicht den gesellschaftlichen Lebensstandard erreicht und in der Folge von Teilhabemöglichkeiten ausgeschlossen ist (vgl. Townsend 1979, S. 31). Um den allgemein anerkannten Lebensstandard zu erheben, werden Bevölkerungsbefragungen über die als notwendig und als entbehrlich angesehenen Güter, Dienstleistungen und sozialen Aktivitäten durchgeführt. (vgl. Kronauer 2010, S. 167, Andreß 1999). In Deutschland wird zur öffentlichen und politischen Darstellung der Armutsgrenze im Zuge der EU- weiten Erfassung von Armut durch die EU-SILC-Erhebung[2] häufig eine statistische Angabe von 60 % des Medians der Nettoäquivalenzeinkommen, die für das Jahr 2007 einen Schwellenwert von 10 953 Euro jährlich angibt, verwendet (vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr.161 vom 06.05.2010). Dadurch wird allerdings Einkommensarmut beschrieben und nicht weitergehende Indikatoren, wie in dem Ansatz der relativen Deprivation von Townsend u. a. (1999), der allerdings kaum Anwendung findet. Zusammenfassend beschreibt Kronauer „Armut ist zu einem festen Bestandteil der Zone der Gefährdung geworden. Die Existenz der „arbeitenden Armen“ und die Breite ihrer Risiken belegen, dass der wohlfahrtsstaatliche Schutz in dieser Zone bereits erhebliche Lücken aufweist. Damit gilt auch für Deutschland, dass mittlerweile Erwerbsarbeit alleine keine hinreichende Absicherung vor sozialer Ausgrenzung in allen relevanten sozialen Dimensionen mehr bietet. Sie mag zwar noch vor Statusverlust bewahren, garantiert aber weder einen Mindeststandard an materiellen Teilhabemöglichkeiten noch an Zukunftsabsicherungen“ (Kronauer 2010, S. 171).

[2] EU-SILC: European Union Statistics on Income and Living Conditions. Weitere Daten werden beispielsweise in den Erhebungen ALLBUS, ISSP, Eurobarometer Data Service, SOEP oder DeutschlandTrend gewonnen (vgl. Homepage von gesis, Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften).

4.4 Ausschluss von politisch-institutioneller Teilhabe

Drei Formen der politisch-institutionellen Ausgrenzung werden unterschieden:
1. In der traditionellen Form politisch-institutioneller Ausgrenzung werden Menschen politische und soziale Rechte von vornherein verweigert. Dies ist v. a. bei der Zuteilung oder Verwehrung von staatsbürgerlichen Rechten gegenüber Nichtbürgern, die innerhalb der Staatsgrenzen leben oder leben möchten, vorzufinden. Migranten besitzen häufig eingeschränkte staatsbürgerliche Rechte und sind in der Folge höheren Risiken am Arbeitsmarkt und damit auch Problemen bei der sozialen Absicherung ausgesetzt (vgl. Kronauer 2010, S. 175f).
2. Weiterhin zeigt sich politisch-institutionelle Ausgrenzung in der Erosion der Reichweite und Qualität von bestehenden sozialen Schutzrechten. Der Gesetzgeber führt beispielsweise neue Regelungen des Kündigungsschutzes ein oder schränkt den Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen und deren Höhe ein (z. B. bei Hartz IV). Auch die Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen durch das Unterlaufen von Tarifverträgen mit entsprechender Wirkung auf die sozialstaatlichen Absicherungen gehören dazu (vgl. Kronauer 2010, S. 176).
3. Schließlich ereignet sich politisch-institutionelle Ausgrenzung nicht im Zugang zu Institutionen, sondern in deren Unfähigkeit, bestimmte Bevölkerungsgruppen an der Gesellschaft teilhaben zu lassen. Besonders Institutionen, die ihrer Funktion nach Teilhabemöglichkeiten sichern und erweitern sollen, zeigen im gegenwärtigen ökonomischen und politischen Umbruch die paradoxe Tendenz, Menschen zwar einzubinden, gleichzeitig aber auch auszugrenzen. In der Exklusionsdebatte werden v. a. das System der sozialen Sicherung bei Erwerbslosigkeit und das Bildungswesen verhandelt. An dritter Stelle wird der Substanzverlust politischer Rechte trotz rechtlicher Zugehörigkeit diskutiert (vgl. Kronauer 2010, S. 177). Das behördliche Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Klienten wird zunehmend mehr durch vertragliche Elemente, in denen die finanzielle Hilfe an die Bereitschaft zur Teilnahme an Qualifizierungs- und Eingliederungs- maßnahmen gebunden wird. Der Empfänger befindet sich in der ambivalenten Position, um Hilfe zu kämpfen, die ihm ein Leben am Rand des gesellschaftlich Anerkannten ermöglicht, dabei aber bevormundet zu wer-

den. Der Erfolg bei der Arbeitssuche und die Teilnahme an weiterqualifizierenden Maßnahmen wird heutzutage durch den schulischen Abschluss bestimmt und die soziale Ungleichheit, hierbei repräsentiert durch Bekleiden bestimmter beruflicher Positionen, spiegelt sich indirekt in der Menge der erworbenen Bildungszertifikate wider. Sie werden inflationär und damit sich selbst entwertend eingesetzt (vgl. Kronauer 2010, S. 183). Die Eigenverantwortung für den beruflichen Werdegang wird angesichts schulischen und beruflichen Scheiterns der Personen mit dem geringsten kulturellen Kapital zum abwertenden persönlichen Urteil (vgl. Bourdieu/Champagne 1997, S. 529).

4.5 Ausschluss von kultureller Teilhabe

Personen, die den Rückzug am konsequentesten vollziehen oder vollziehen müssen (Alleinlebende oder sozial Vereinzelte), haben die größten Schwierigkeiten, die Uneinlösbarkeit der verinnerlichten kulturellen Ziele zu akzeptieren und damit zu leben. Personen, die soziale Unterstützung darin erhalten, die subjektiv empfundene Wirklichkeit umzudeuten, können die anhaltende Arbeitslosigkeit bzw. die Uneinlösbarkeit kulturell favorisierter Lebensziele akzeptieren (vgl. Kronauer u. a. 1993, S. 206). Dabei können sich Ansätze eines eigenständigen sozialen Milieus, in dem auch ein "Wir-Gefühl" gelebt wird, herausbilden (vgl. Kronauer u. a. 1993, S. 189 ff). Dieses "Wir-Gefühl" spiegelt nicht die Konstruktion einer Art Gegenkultur wider, sondern es speist sich vielmehr aus dem Bewusstsein, gemeinsam aus der Gesellschaft derer ausgeschlossen zu sein, die die gesellschaftlich angestrebten, konformistischen Ziele verwirklichen können. Besonders unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus benachteiligenden Quartieren, die nicht in den ersten Arbeitsmarkt integriert sind, ist dies zu beobachten. Dennoch teilen sie die gesellschaftlich anerkannten Ziele und erfahren an ihnen das persönliche Versagen und die Unerreichbarkeit dieser. Hierbei kann es zu zwei typischen Verhaltensmustern, die die Ausgrenzungslage reproduzieren, kommen. Zum einen kann eine anhaltenden Abhängigkeit von institutionellen Helfern, an die sich die Hoffnung auf Schutz und Anerkennung heftet, entstehen, zum anderen können Einkommensquellen im informellen Sektor

oder anderen illegalen Bereichen angestrebt werden (vgl. Dubet/Laperyronnie 1994, S. 111 ff).

4.6 Gleichzeitigkeit des Drinnen und Draußen

Mit dem Begriff der Exklusion sollen rechtliche und institutionelle Einschließung sowie soziale Ausgrenzung beschrieben werden können. Zudem soll er Ausgrenzung aus gesellschaftlicher Ungleichheit entstehend und als einen abgestuften Prozess mit unterschiedlichen Graden der Gefährdung als Zustand erklären können. Schließlich soll er die beiden Modi der gesellschaftlichen Zugehörigkeit Interdependenz und Partizipation fassen können. Mit der Verwendung eines dichotomen Begriffs wird dies teilweise möglich, die Berücksichtigung vieler Problemlagen wird jedoch ausgeschlossen. Georg Simmel hat statt des wechselseitigen Ausschlusses ´Drinnen oder Draußen` die Gleichzeitigkeit des ´Drinnen und Draußen` aufgezeigt (vgl. Simmel 1983, S. 368). Die Ausschließung setzt den Zuspruch auf Zugehörigkeit voraus.
„So ist der Arme zwar gewissermaßen außerhalb der Gruppe gestellt, aber dieses Außerhalb ist nur eine besondere Art der Wechselwirkung mit ihr, die ihn in eine Einheit mit dem Ganzen in dessen weitestem Sinn verwebt.“ (Simmel 1983, S. 352 f).

Die Armenfürsorge ist nach Simmels Verständnis nur dazu da, einen gesellschaftlichen status quo aufrecht zu erhalten, indem die betroffene Person minimal unterstützt wird, nicht aber die Verhältnisse, in denen Armut entsteht, beseitigt werden. Folglich bestätigt sich für Simmel im ´Draußen` die soziale Ungleichheit im ´Drinnen`. Wird Ausgrenzung als Prozess verstanden, so beschreibt sie „eine zunehmende Machtverschiebung im Kontinuum wechselseitiger Abhängigkeitsverhältnisse zu Lasten einer Seite. [Der] Fluchtpunkt [dieses Prozesses] und zugleich der Punkt des „Bruchs“ zwischen Drinnen und Draußen ist das Ende aller Wechselseitigkeit - die Nutz- und Machtlosigkeit des einseitigen Objektstatus etwa in der Fürsorge.“ (Kronauer 2010, S. 144, Ergänzungen durch den Autor)

4.7 Theoretische Schlussfolgerungen für die praktische Anwendung des Exklusionsbegriffs

Ex- als auch Inklusionsprozesse sind immer mehrdimensional zu verstehen. Bezüglich ersterer ist die Tendenz, dass mehrere gesellschaftliche Dimensionen einbezogen werden, kumulieren oder sich gegenseitig verstärken, zu beobachten. Besonders bei biographischen Ausgrenzungs- prozessen spielen der Faktor Zeit, der Faktor Raum und die Art der institutionellen Verbindung zwischen den Dimensionen der Inklusion bedeutende Rollen (vgl. Kronauer 2010, S. 249). Mit der Zeit verbrauchen sich kompensierende Ressourcen. Hierzu zählen sozialer Rückhalt, Qualifikation, finanzielle Rücklagen und finanzielle Anrechte gegenüber dem Staat bei anhaltender Arbeitslosigkeit. Beispielsweise ist das Arbeitslosengeld als Überbrückungshilfe und Druckmittel zur Arbeitsaufnahme gedacht. Ist der Zugang zum Arbeitsmarkt allerdings blockiert, werden zwei Ausgrenzungsformen gekoppelt. Neben dem Ausschluss aus der Wechselseitigkeit von gesellschaftlicher Arbeitsteilung kommt auf längere Sicht der Ausschluss von materiellen Teilhabemöglichkeiten hinzu.
In sozialen Räumen kann es zu Konzentrationseffekten von Personen, die von Exklusion (z. B. Armut, Arbeitslosigkeit) betroffen sind, kommen. Dadurch werden soziale Ressourcen zur Bewältigung von Exklusion eingeschränkt. Weiterhin werden Ausgrenzungsrisiken erhöht, wenn eine schlechte Infrastruktur von Angeboten bzw. eine mangelnde Qualität der Angebote vorliegt. In der Folge kann das benachteiligte Quartier zu einem negativen Lernraum für Jugendliche werden (siehe die Entwicklung in den "banlieus").
Die Ausprägungen der institutionellen Verbindungen zwischen den Dimensionen der Exklusion kann den Exklusionsprozess verstärken oder ihm entgegenwirken. Beispielsweise gestaltet sich die Beziehung zwischen familiärer Konstellation, Sozialstaat und Arbeitsmarkt bei Alleinerziehenden in Deutschland sehr eng und kritisch. Im Gegensatz zu Skandinavien liegt in Deutschland ein Mangel an öffentlich finanzierten Kindertagesstätten vor. In der Folge sind Alleinerziehende am Arbeitsmarkt deutlich stärker benachteiligt.
Schließlich ist Exklusion als Gleichzeitigkeit des Drinnen und Draußen zu betrachten. Heutzutage ist eine Ausgrenzung aus der Gesellschaft nur denkbar, indem Menschen durch Traditionen, Gesetze oder

physische Gewalt von persönlichen Rechten oder zentralen Fürsorgeeinrichtungen ausgeschlossen werden. Einen Sonderfall stellen beispielsweise illegalisierte Migranten, die aufgrund der Verweigerung von Rechten durch Industriestaaten umfassend ausgegrenzt werden, dar. Größtenteils sind Menschen heute allerdings als Produzenten und Konsumenten in das Marktgeschehen eingebunden, sie orientieren sich dabei an gesellschaftlich anerkannten Standards und sie sind mit Bürgerrechten und zudem mit weltweit gültigen Menschenrechten ausgestattet. Ein Herausfallen aus der Gesellschaft lässt sich folglich nicht beschreiben, sondern es lassen sich nur ungleiche Verhältnisse in einer Gesellschaft aufzeigen (vgl. Kronauer 2010, S. 251).
Der Exklusionsbegriff ist als Prozessbegriff zu verwenden, der nicht auf eine starre Trennung von Drinnen und Draußen abhebt. Bei der Suche nach Wendepunkten in diesem Prozess sind die individuellen und biografischen Lebensverläufe von betroffenen Personen zu analysieren. Zudem ist die gegenseitige Beeinflussung von individuell empfundener und objektivierbarer Exklusion zu beachten. Dieser Zusammenhang wird im folgenden Kapitel ausführlicher behandelt.

5. Exklusionsempfinden und -bewältigung

Der Zusammenhang von objektiver Exklusion, Exklusionsempfinden und - bewältigung ist im deutschsprachigen Raum besonders von Bude und Lantermann (2006) in umfassender Weise untersucht worden. Sie berücksichtigen das Transaktionale Stresskonzept von Lazarus, ressourcentheoretische Ansätze und das Bewältigungsverhalten der Handelnden. Die Darstellung der Zusammenhänge zwischen objektiver und subjektiv empfundener Exklusion sowie deren Bewältigung lehnt sich an ihre Erkenntnisse sowie in Ergänzung an weitere Autoren an und wird auf die zu untersuchende Dynamik von Exklusionsprozessen bezogen.
Die Bedeutung des Exklusionsempfindens wird als „ausschlaggebende Begründung, die bestimmte einzelne Exklusionserfahrungen zu einem die ganze Person erfassenden Exklusionssyndrom zusammenfügt und zuspitzt [gesehen].“ (Bude/Lantermann 2006, S. 234). Bude und Lantermann nehmen weiterhin an, „wer aufgrund seiner Wahrnehmungen und Bewertungen von prekären Lebensverhältnissen für sich selbst

keine Chancen und keine Möglichkeiten einer gesellschaftlichen Verortung und Einbindung mehr sieht, ist wirklich und nicht nur wahrscheinlich exkludiert.“ (Ebda. 2006, S. 234). Sie bestimmen Prekaritäten, die zu Exklusion führen, in den Lebensbereichen: persönlicher Wohlstand, Erwerbsstatus, Eingebundenheit in soziale Netzwerke, Art und Weise des Institutionenvertrauens und psycho-psychischer Gesundheitszustand. Hierzu werten sie u. a. ebenfalls die folgende Literatur aus: Bude 1998; Castel 1996, 2000; Kronauer 2001 (akt. und erw. Neuauflage in 2010).

Mit dem subjektiven Exklusionsempfinden wird die Auffassung von Menschen, ob sie sich mehr oder weniger in die Gesellschaft eingeschlossen und eingebunden sehen, beschrieben. Es wird als eigenständiges und von spezifischen Faktoren bestimmtes Phänomen gesehen, das in Abgrenzung zur objektiven Exklusion zu anderen Effekten führt. Das Ausmaß der objektiven Exklusionskonstellation beeinflusst zwar das subjektive Gefühl, von der Gesellschaft ausgeschlossen zu sein, jedoch geschieht dies hauptsächlich indirekt, da die Verbindung größtenteils über weitere Faktoren wirksam wird. Folglich ist keine direkte Parallele zwischen hoher objektiver Exklusion und einem starken Gefühl der Ausschließung zu ziehen. Vielmehr sind die persönlichen Handlungsressourcen und Bewertungen sowie die Bewältigungsstrategien als Antwort auf die objektive Exklusion bedeutend (vgl. Bude/ Lantermann 2006, S. 235 f).

Bude und Lantermann entwerfen in Anlehnung an die Coping-Theorie von Lazarus und Folkmann (1984) ein erweitertes Modell mit dem Namen „Prekaritäten-Ressourcen-Modell des Exklusionsempfindens“ (PRE- Modell). Nach dem Verständnis der Autoren stellt es kein weiteres psychologisches Stressmodell dar, sondern ein „soziologisch-psychologisch integratives Modell der Ursachen, Erscheinungsformen und Wirkungen miteinander eng verknüpfter Variablen psychologischer und soziologischer Herkünfte“ (Bude/ Lantermann 2006, S. 245). An Lazarus und Folkmann anknüpfend ist für die Bewältigung einer belastenden Lage weniger die für alle Menschen gegebene Lage verantwortlich, sondern die Wahrnehmung dieser durch den einzelnen

Menschen[3]. Zu tatsächlichen inneren Belastung kommt es, wenn der Betroffene aufgrund seiner Deutung der Situation seine verfügbaren Ressourcen überprüft (primary appraisal) und sie als unzureichend für die Bewältigung der drohenden Belastung einschätzt (secondary appraisal). Werden die intra- (z. B. Kompetenzen) und extrapersonell (z. B. soziale Unterstützung) vorhandenen Ressourcen vom Handelnden als wenig hilfreich eingeschätzt, sind defensive Antworten wie Rückzug, Umdeutung, Resignation die Folge auf die äußeren Anforderungen. Hierdurch kann es zu einem Zirkel kommen, in dem das Bewältigungssystem von Handelnden durch eine Verlustspirale immer anfälliger wird und sie zunehmend mehr an der Bewältigung von Problemen gehindert werden (vgl. Hobfoll/ Buchwald 2004, S. 15). Werden hingegen die vorhandenen Ressourcen als stark eingeschätzt, setzt sich die oder der Handelnde offensiv mit der belastenden Lage auseinander und versucht diese zu ändern, aktiv einzugreifen und sich dabei vermehrt anzustrengen.

In der Operationalisierung des PRE-Modells wurden die Konstrukte:

´externe Ressourcen`[4], ´Prekaritäten` (s. o.) und zwei ´interne Ressourcen` verwendet. Bezüglich der internen Ressourcen wird zum einen in Anlehnung an Antonovskys Persönlichkeitskonstrukt „Sense of Coherence“ der Kohärenzsinn als globale Orientierung definiert. Mit diesem wird beschrieben, inwiefern Handelnde in den äußeren und inneren Ereignissen und Sachverhalten einen Sinn oder eine erkennbare Bedeutung sehen und darauf aufbauend ein generelles Gefühl des Ver-

[3] Schwarzer fasst diesen Gedanken folgendermaßen zusammen, „Objektive Bedingungen liegen den kognitiven Einschätzungen zugrunde, aber entscheidend bleibt, wie das Subjekt die Dinge sieht; nicht die tatsächlichen Gefahren der Umwelt und nicht die tatsächlichen Eigenschaften einer Person machen die Stresserfahrung aus, sondern vielleicht die persönlich verzerrte Sichtweise.“ (Schwarzer 1997, S. 155)

[4] Externe Ressourcen sind: Höhe des verfügbaren Haushaltseinkommens, schulische und berufliche Bildung, berufliche Position, partnerschaftliche Einbindung, Alter und Geschlecht. Dies ergänzend unterscheidet Petzold die folgenden Ressourcen:
1. Personale Ressourcen: Gesundheit, Vitalität, Intelligenz, Motivation, Bildung u. a.
2. Soziale Ressourcen: Familie, Freunde, Beziehungen, Kollegen u. a.
3. Materielle Ressourcen: Geld, PKW, Haus- und Grundstücksbesitz u. a.
4. Professionelle Ressourcen: berufliche Position, Fachwissen, Berufserfahrung u. a. (vgl. Petzold 1997, S. 451 f)

trauens besitzen, das die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar macht (Antonovsky 1993, S. 725 ff).

Zum anderen wird eine Unbestimmtheitsorientierung, die sich aus der Ungewissheitstoleranz und der Risikofreude zusammensetzt, beachtet. Personen, denen Gewissheit, Kontrolle und Sicherheit wichtig ist, werden in unabsehbaren, unsicheren und risikoreichen Situationen in Schwierigkeiten kommen, da ihre etablierten Handlungsmuster nicht anwendbar sind. Sie werden die Anforderung eher meiden und sich zurückziehen als sich ihnen zu stellen. Es ist wahrscheinlich, dass sich solche Menschen in ihrer Lebenslage überfordert fühlen. Anders reagieren Personen mit einer hohen Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, ohne dabei genau zu wissen, wie sich die Situation entwickeln wird. Sie weisen eine erhöhte Bereitschaft auf, sich mit der Lebenssituation auseinanderzusetzen und bewältigen diese erfolgreich. Entsprechende Kompetenzkonstrukte wurden in vielen Studien nachgewiesen (vgl. Dalbert 1996, Hänze 2002, Kruglanski 1989, Zuckermann 1979, in Bude/ Lantermann 2004, S. 239). Nach diesen empirischen Studien scheint es in unsicheren und unbestimmten Lebenssituationen günstig zu sein, neue, noch nicht bekannte Informationen und Situationen aufzusuchen, um das Wissen über die unbekannte Lage auszuweiten und die eigenen Unsicherheit reduzieren zu können. Menschen unterscheiden sich offensichtlich systematisch voneinander, wie sie Risiken und unbekannte Situationen meiden bzw. aufsuchen. Schließlich wird als letztes Konstrukt das Exklusionsempfinden, das Empfinden der Ausschließung und Ausgrenzung aus der Gesellschaft, einbezogen (vgl. Bude/ Lantermann 2006, S. 240).

5.1 Zentrale Ergebnisse der Studie von Bude und Lantermann

Zu den zentralen Ergebnissen der repräsentativen Studie, die 2003 unter 1518 zufällig ausgewählten berufstätigen Männern und Frauen durchgeführt wurde, zählt der o. a. Zusammenhang der Lagenbewertung und -antizipation, der sich auf das Exklusionsempfinden auswirkt. Je besser die gegenwärtige Lage ist, desto positiver wird sie in der Regel bewertet und desto besser erscheint auch die zukünftige

Entwicklung der Lebenslage in den einzelnen Bereichen. Die Bewertung der Lage wird neben dem Alter, der partnerschaftlichen Einbindung und dem Nettoeinkommen hauptsächlich durch die interne Ressource Kohärenzsinn erklärt. Ob eine Lage prekär ist oder nicht, hängt weiterhin von internen und externen Ressourcen ab. Maßgeblich tragen die Faktoren berufliche Position, Einkommen, Partnerschaft und Geschlecht als externe Ressourcen und Unbestimmtheitsorientierung und Kohärenzsinn als interne Ressourcen zu der Veränderung der Lebenslage bei.
„Wer in einer partnerschaftlichen Beziehung lebt, eher jüngeren Alters ist, über ein vergleichsweise hohes Einkommen verfügt, in der Berufssphäre eine gehobene Stellung einnimmt, verfügt damit über günstige Voraussetzungen für ein wenig prekäres Leben.“ (Bude/ Lantermann 2006, S. 243).

Unabhängig von den Einflüssen der externen Ressourcen tragen eine hohe Ausprägung an Kohärenzsinn und Unbestimmtheitstoleranz dazu bei, dass Menschen bei ihrer Alltagsgestaltung das Risiko, von Prekaritäten betroffen zu sein, gering halten können. Hierbei zeigt sich der Wirkzusammenhang der internen Ressourcen.
Die Unbestimmtheitstoleranz wird von der Schulbildung und der beruflichen Position positiv und dem Alter negativ beeinflusst. Ebenso wird der Kohärenzsinn von der Schulbildung, einer Partnerschaft und in geringem Ausmaß auch von der beruflichen Stellung beeinflusst.
Zusätzlich zu dem eingangs erwähnten Zitat wird das Exklusionsempfinden nicht nur durch die Lagenbewertung und die Lagenantizipation, sondern auch durch den Kohärenzsinn, das Geschlecht und die berufliche Position beeinflusst. Wer einen ausreichenden Kohärenzsinn und eine höhere berufliche Stellung aufweist, gleichzeitig aber die eigene Lage gegenwärtig und für die Zukunft negativ beurteilt, muss sich nicht entsprechend exkludiert fühlen. Gegenüber Männern empfinden sich Frauen unter den gleichen Ausgangsbedingungen häufiger und stärker von Exklusion innerhalb der Gesellschaft betroffen (vgl. Bude/ Lantermann 2006, S. 243).

5.2 Bezug der Erkenntnisse auf die Dynamik von Exklusion

Die Studie von Bude und Lantermann zeigt folgenden Zusammenhang auf: wer in den eigenen Empfindungen und Handlungen einen Sinn erkennt und die Geschehnisse und Prozesse nachvollziehen kann sowie dies alles in das eigene Selbstkonzept einbauen kann, dem steht eine wichtige innere Ressource zur Verfügung. Diese kann dabei helfen, das eigene Leben, die finanzielle Situation, die Gesundheit, die sozialen Nahbeziehungen, die berufliche Situation oder das Verhältnis zu Institutionen und Ämtern so zu gestalten, dass das Risiko, in eine prekäre Lage zu geraten, geringer ist als ohne diese Ressourcen. Das Risiko prekärer Entwicklungen vermindert sich weiterhin, wenn der Handelnde eine gewisse Offenheit und Risikobereitschaft gegenüber neuen Erfahrungen hat.
Gleichzeitig kann der aufgrund seiner externen Ressourcen Privilegierte objektiv und vor allem subjektiv exkludiert sein, und der objektiv Minderprivilegierte muss nicht zwangsläufig exkludiert sein oder sich so fühlen. Um eine verlässliche Abschätzung des Risikos, objektiv oder subjektiv exkludiert zu sein oder zu werden, zu erhalten, ist das Zusammenspiel der externen und internen Ressourcen zu beachten.
In Bezug auf die Gruppe der Geringprivilegierten ist allerdings festzuhalten, dass eine positive oder negative Sichtweise der zukünftigen Lage keinen oder nur einen geringen Einfluss auf das Empfinden von Exklusion hat. Auch die berufliche Position scheint bei ihnen keinen Einfluss zu haben. Mehrheitlich nehmen Geringprivilegierte niedere Berufspositionen ein und sehen pessimistisch in die Zukunft (vgl. Bude/ Lantermann 2006, S. 246).

6. Forschungsdesign in Anlehnung an die biografieanalytische Methode nach Fritz Schütze

Die Datenerhebung und die Datenanalyse orientieren sich am Ende der 1970er Jahre entwickelten biografieanalytischen Verfahren von Fritz Schütze. Mithilfe dieser Methode kann besonders die prozess-

analytische Fragestellung nach der Dynamik in dem Lebenslauf der Interviewpartner sowie deren Empfinden von Exklusionserfahrungen erhoben werden. Die Verbindung von äußeren Gegebenheiten und subjektiven Deutungen können hierbei aufgezeigt werden.

6.1 Homologien

Schütze nimmt grundsätzlich „Homologien“ (Schütze 1984, S. 78 ff) zwischen dem lebensgeschichtlichen Erfahrungstrom und dem Erzählstrom des Interviewpartners an. Die Rekonstruktion der eigenen Lebensgeschichte durch die Interviewpartner erfolgt chronologisch entlang der tatsächlichen Ereignisse, „der Erzähler [lässt sich] in der Stegreiferzählung noch einmal durch den Strom seiner ehemaligen Erlebnisse und Erfahrungen treiben“ (ebda., S. 78 ff) . Aufgrund der anzustrebenden Erfahrungsnähe von reinen Narrationen wird die Lebensgeschichte während der strukturellen Beschreibung in ihrer natürlichen Sequenzierung wiedergegeben.

6.2 Prozessstrukturen des Lebenslaufs

Die Lebensgeschichte eines Menschen ist nach Schütze „eine sequentielle Aufschichtung größerer und kleinerer in sich sequentiell geordneter Prozessstrukturen“ (Schütze 1983, S. 284). Sie geben die Verbindung von äußeren Bedingungen der Lebensgeschichte und deren subjektiv individueller Deutung und Verarbeitung wieder. Mithilfe narrativer Interviews können diese Prozessstrukturen, die in allgemeiner Form in jeder Lebensgeschichte enthalten sind, herausgearbeitet werden. Die Formen der Prozessstrukturen ergeben, wenn das Verhalten eines Menschen lange Zeit durch sie bestimmt wird, eine „biografische Gesamtformung“ des Lebenslaufs (Schütze 1981, S. 104). Die Handlungs- und Erfahrungsmöglichkeiten eines Menschen im Verhältnis zu sich selbst und zu seiner Umwelt können systematisch er-

fasst werden. Schütze unterscheidet vier Prozessstrukturen, die im Lebenslauf sichtbar werden können[5]:

I. Institutionalisierte Ablaufmuster des Lebenslaufs

In einzelnen Phasen des Lebenslaufs orientieren sich Menschen an institutionellen Vorgaben bzw. gesellschaftlichen oder organisatorischen Erwartungshaltungen. Dies geschieht beispielsweise in der Schule, der Ausbildung oder auch im Rahmen familiärer Vorgaben oder Muster. Zu diesen Erwartungshaltungen muss sich der Mensch in ein Verhältnis setzen, entweder der Anpassung oder der Distanz.

II. Biografische Handlungsschemata - „Intentionales Handeln“

Das Handeln der Interviewpartner war und ist durch Eigeninitiative geprägt und es wird häufig in der Kommunikation mit Dritten angekündigt und geplant. Hierzu gehören sowohl Handlungen ohne langfristige Bedeutungen als auch solche mit großer biografischer Relevanz. Die vollzogenen biografischen Handlungsschemata können beispielsweise einem bekannten Muster folgen oder einen individuellen Lebensplan, in dem Selbstverwirklichung angestrebt wird, ausdrücken.

III. Verlaufskurven

Die Verlaufskurve kennzeichnet Phasen, in denen Individuen von unglücklich verketteten Ereignissen derart überrascht werden, dass sie nicht mehr fähig sind, intentional handeln zu können. Sie „erleiden“ die Ereignisse, die bei einer Zunahme des „Verlaufskurvenpotenzials“ (Schütze 1981, S. 129) bis hin zu einer Entfremdung von eigenen Identitätsentwürfen führen kann. Folgende aufeinander aufbauende Stufen des Verlaufskurvenprozesses werden unterschieden:

1. Das Verlaufskurvenpotenzial schichtet sich allmählich auf.

[5] Die Prozessstrukturen werden in Anlehnung an Fritz Schütze 1981, S. 70 ff dargestellt.

2. Intentionales Handeln geht in reaktives über. Währenddessen fühlen sich die Betroffenen getrieben.
3. Ein labiles Gleichgewicht wird gefunden und aufrechterhalten. Das Funktionieren innerhalb alltäglicher Geschehnisse sowie die Bewältigung des Alltags verbraucht alle Energie der Betroffenen.
4. Durch erneute verlaufskurvenartige Anlässe, werden die Betroffenen weitergehend destabilisiert, sie geraten in ein „Trudeln“ (a.a.O.), sodass eine handlungsschematische Kontrolle außer Sicht gerät und die Geschehnisse eine Eigendynamik bekommen.
5. Durch den eintretenden Orientierungszusammenbruch wird Unterstützung und Hilfe von außen notwendig.
6. Die Geschehnisse werden theoretisch aufgearbeitet, die Ursachen der Verlaufskurve können dabei kognitiv erfasst und verarbeitet werden.
7. Eine erneute handlungsschematische Bearbeitung kann durchgeführt werden, nachdem die Zusammenhänge zwischen den erlittenen Erfahrungen bewusst geworden sind.

Nicht jeder Betroffene durchlebt alle Stadien der Verlaufskurve. Durch eigeninitiatives Handeln oder durch Interventionen dritter kann die Kaskade der Ereignisse unterbrochen werden. Vorausgesetzt die Verarbeitung der Verlaufskurve ist gelungen, kann nach deren Erleiden ein Wandlungsprozess einsetzen.

IV. Wandlungsprozesse

Wandlungsprozesse sind als kreative Entwicklungsphasen im Lebenslauf zu verstehen. Die Veränderung geht nicht von äußeren Umständen oder Auslösern aus, sondern von der inneren Erlebniswelt. Die Handlungsmöglichkeiten oder die Deutungsmuster der Betroffenen werden dabei systematisch verändert. Dies kann für die Betroffenen selbst überraschend wirken und sich im Lebenslauf verzögert zeigen. Die Wandlungskurven sind durch Unsteuerbarkeit und die Abfolge von stabilen und chaotischen Phasen charakterisiert. Bei großer Relevanz für die Lebensgeschichte kommt es zu einer Veränderung des Selbstbildes der Betroffenen sowie zu einer Veränderung des Bildes

des sozialen Umwelt. Nach Integration dieser Wandlungsprozesse in das aktuelle Selbstbild können die neu erworbenen Handlungsmöglichkeiten realisiert werden.

6.3 Durchführung der narrativen Interviews und Konstruktion der Nachfragen

In der Phase vor der Haupterzählung sucht sich der Interviewpartner einen Codenamen zur Anonymisierung seiner Daten aus. Der Codename kann eine mehr oder weniger große biografische Bedeutung aufweisen. Jedes Interview beginnt mit dem Erzählimpuls:
„Bitte erzählen Sie Ihre Lebensgeschichte mit allen Erlebnissen, die wichtig sind oder waren bis heute. Nehmen Sie sich dafür ruhig Zeit. Ich werde Sie möglichst nicht unterbrechen. Ab und zu würde ich mir gerne Notizen machen.“

Weiterhin werden die Interviewpartner auf einen Nachfrageteil im Anschluss an die Erzählung ihrer Lebensgeschichte hingewiesen. In der nachfolgenden Haupterzählung hält sich der Interviewer (S) möglichst an eine asymmetrische Rollenverteilung und signalisiert sein Zuhören bis zum Zeitpunkt der Koda durch nonverbale Signale oder einsilbige Laute der Zustimmung. Nach der Erzählkoda versucht der Interviewer durch Nachfragen weiteres Erzählpotenzial auszuschöpfen (vgl. Schütze 1983 S. 217, Riemann 1987, S. 52 ff).). Die Fragen dieses sich anschließenden Teils sind in einer Übersicht thematisch geordnet im Materialband zu finden. Sie orientieren sich hauptsächlich an den Ausarbeitungen zu den Aspekten von Exklusion in Bezug auf Partizipation und Interdependenz (4.1 – 4.7). Die Nachfragen dienen dazu, trotz Heterogenität der Interviewpartner, von jedem Antworten zu den gleichen Exklusion kennzeichnenden Aspekten zu bekommen und diese annähernd in einen Vergleich miteinander setzen zu können.

6.4 Transkription der Interviews

Die Transkription der Interviews wurde in Anlehnung an TiQ: Talk in Qualitative Social Research durchgeführt (vgl. Bohnsack 2008, S. 235). Neben der verbalen Kommunikation wurden sprechbegleitende Merkmale, wie die Länge der Pausen, Veränderungen des Sprachtempos oder die Betonung einzelner Wörter, festgehalten. Eine Übersicht der Richtlinien befindet sich im Materialband.

6.5 Auswertung der Interviews

Formale Textanalyse
Die vorliegende Erzählung wird inhaltlich in Abschnitte unterteilt. Die Abgrenzung der Abschnitte findet über die sequenzielle Ordnung des Textes anhand von Rahmenschaltelementen, die narrative Passagen verknüpfen (z. B. durch „und dann“, „später“), statt. Ebenso werden unterschiedliche Textsorten, wie Erzählung, Beschreibung oder Argumentation, herausgearbeitet (vgl. Schütze 1984, S. 80). Weiterhin werden gekennzeichnet: Ankündigungen von Höhe- und Wendepunkten, Formen von Prozessstrukturen, die Erzählkoda und parallele Erzähllinien. Die einzelnen Sequenzen werden in der formalen Textanalyse nicht voneinander getrennt betrachtet, um den Prozesscharakter der Lebensgeschichte beizubehalten.

Strukturelle inhaltliche Beschreibung
Die Erzählsegmente werden in größtmöglicher Nähe zum eigentlichen Text analysiert und interpretiert. Hierbei soll der Subtext des Textes offengelegt werden. Besonders beachtet werden bei diesem „expandierenden Paraphrasieren“ (Wiedemann 1986, S. 196) zeitlich begrenzte Prozessstrukturen, die Höhe- und Wendepunkte einer Lebensgeschichte sowie die Bedeutung von Subsegmenten und suprasegmentalen Zusammenhängen. Die Rolle der signifikanten Anderen in der Erzählung, die Situationsschilderungen und die Darstellung der sozialen Rahmenbedingungen werden ebenso beachtet (vgl. Schütze, 1984, S. 84).

Analytische Abstraktion

Die Ergebnisse der strukturellen inhaltlichen Beschreibung werden aus der Lebensgeschichte gelöst und systematisch und auf abstrakter Ebene miteinander in Beziehung gesetzt. Hierbei entsteht ein Strukturplan des gesamten geschilderten Prozesses.

a) *Biografische Gesamtformung:* Die Erfahrungskette der Interviewpartner wird bis in die Gegenwart mithilfe der Prozessstrukturen herausgearbeitet. Besonders berücksichtigt werden dabei die Auslösefaktoren der Prozessstrukturen, die signifikanten Anderen, die eine Orientierungsfunktion hatten sowie der weitere Verlauf von Prozessstrukturen. Die Verflechtung von sozialen und individuellen Prozessen wird hierbei sichtbar. Die biografische Gesamtformung zeigt sich dann im Gesamtbild der phasenweise dominanten Prozessstrukturen sowie der Auslöser für deren Umwandlung in andere Prozessstrukturen.

b) *Autobiografische Selbstthematisierung:* Auf Grundlage der herausgearbeiteten biografischen Erfahrungsaufschichtung werden die argumentativen Passagen und die autobiografischen Selbstdarstellungen interpretiert. Erst nachdem die biografische Gesamtformung herausgearbeitet ist, können diese zu ihrer eigentlichen Aussage kommen. Aus den argumentativen Passagen können Umdeutungen bestimmter Geschehnisse, nachträgliche Legitimierung oder auch das Verdrängen unangenehmer Sachverhalte abgelesen werden.

Mithilfe dieser zweischrittigen Interpretation lassen sich Differenzen zwischen der biografischen Gesamtformung und der individuellen Deutung der Interviewpartner aufzeigen.

In der abschließenden Zusammenfassung (Kapitel 10) wird eine fallübergreifende Darstellung der Ergebnisse in Auseinandersetzung mit den v. a. in Kapitel 3 herausgearbeiteten theoretischen Aspekten zu Exklusion vorgenommen.

6.6 Herstellung des Kontakts zu den interviewten Personen

Die Kontakte zu den Interviewpartnern wurden über einen Mitarbeiter (Herr E.) des Zentrums für Joborientierung, das einen Arbeitsbereich des CVJM Sozialwerks gGmbH darstellt, hergestellt. Laut Homepage richten sich die Angebote des Zentrums für Joborientierung „vorrangig an Arbeitsmarkt- benachteiligte und mehrfach sozial benachteiligte junge und erwachsene Menschen; insbesondere Teilnehmer mit umfassenden Vermittlungshemmnissen wie Drogen- und Alkoholsucht sowie kriminellen Karrieren“ (http://www.cvjmessen-sozialwerk.de/zentrum-fuerjoborientierung.html, 17.11.2010). Das Zentrum für Joborientierung stellt gegenwärtig 80 Arbeitsplätze in den Bereichen Hauswirtschaft, Haustechnik, Garten- und Landschaftsbau, Gastronomie und Dienstleistung zur Verfügung.

Unter Berücksichtigung der privaten „oftmals sehr schwierigen“ Situation sollen die Teilnehmer Unterstützung und Begleitung erfahren, um wieder eine berufliche Perspektive zu entwickeln. Weiterhin ist der Homepage zu entnehmen, dass die Teilnehmer von fachlich qualifizierten Mitarbeitern, die die individuellen Möglichkeiten und Grenzen berücksichtigen und ihre Forderungen und Förderungen entsprechend ausrichten, begleitet werden. Den Teilnehmern wird die Möglichkeit gegeben, durch ein umfangreiches „Profiling“ ihre Stärken und Schwächen zu erkennen und zu verbessern (vgl. ebda., 17.11.2010).

7. Elke: „harter Weg, aber (.) nicht hoffnungslos.“ (184)

7.1 Biografische Kurzeinführung

Elke wurde im Jahr 1962 als ältestes von fünf Geschwistern, zwei Brüdern und drei Schwestern, geboren. Ihr Vater arbeitete in einer Schlosserei, eine Berufstätigkeit ihrer Mutter wird nicht beschrieben. Die häuslichen Verhältnisse waren wiederkehrend durch Gewalttätigkeit, die vor allem vom Vater ausging, und Armut gekennzeichnet.

Elkes Mutter wurde in der Versorgung der Familie durch eine Freundin mit Lebensmitteln unterstützt und die Verkäuferin eines kleinen Ladens ließ sie anschreiben. Elke muss in großem Umfang auf ihre Geschwister aufpassen und fehlt dadurch vormittags häufig in der Schule. Nach der dritten Klasse wechselt sie auf die Sonderschule, schafft mit Schwierigkeiten einen Hauptschulabschluss und beginnt eine Lehre zur Friseurin, die sie nach zwei Jahren aufgrund ihrer ersten Schwangerschaft abbricht. Elke muss zu diesem Zeitpunkt ungefähr 20 Jahre alt sein. Sie gibt ihren Sohn zur Adoption frei und wird nach zwei Jahren erneut schwanger. Ihren zweiten Sohn behält Elke und zieht ihn alleine groß.
In den sich anschließenden 25 Jahren bis zur Gegenwart geht Elke zunächst keiner Beschäftigung nach und widmet sich der Erziehung ihres Sohnes. Zeitweise arbeitet sie in Beschäftigungsverhältnissen, die sie als ungelernte Kraft ausüben kann. Der Zeitpunkt des Beginns ihrer Alkoholsucht ist nicht genau bestimmbar, jedoch wird Elke stark alkoholabhängig. In der Folge findet sie keine dauerhaft feste Anstellung und erfährt einen Kreislauf der sozialen Ausschließung.
Ein Wendepunkt ihres Lebensverlaufs zeichnet sich ab, als Elke nach zwei erfolglosen Therapien erkennt, dass ihr Leben bestimmende Prozesse nicht ausschließlich von anderen Menschen gesteuert werden und sie maßgeblich darauf einwirken kann. Sie wechselt ihre Wohnung und bricht den Kontakt zu suchtkranken Freunden und Bekannten, die sie im Rahmen ihrer Alkoholerkrankung kennengelernt hat, ab. Durch ihre neue Rolle als Großmutter einer Enkeltochter und ihre Anstellung beim Sozialwerk des CVJM Essen wird die Veränderung ihrer Selbstwahrnehmung maßgeblich beeinflusst. Elke erfährt zunehmend mehr Einbindung in soziale Netze mit Stützfunktion und in die gesellschaftliche Arbeitsteilung und wird dadurch in die Lage versetzt, Pläne zur weitergehenden materiellen Teilhabe entwickeln zu können.

7.2 Kontaktaufnahme und Interviewsituation

Elke und ich trafen uns im gastronomischen Bereich des Sozialwerks. Eigentlich sollte das Interview mit ´8 11` zuerst stattfinden, da dieser sich aber verspätete, einigten Elke und ich uns, ihr Interview vorzu-

ziehen und gingen mit Getränken ausgestattet in ein ungenutztes Büro im ersten Stock. Das Büro war standardmäßig ausgestattet, unter anderem mit einem gepolsterten Bürostuhl und einem hölzernen Besucherstuhl. Ich ließ Elke die freie Platzwahl und sie entschied sich mit dem Hinweis, der Bürostuhl sei bestimmt für mich, für den Holzstuhl. Möglicherweise kommt hierbei der Kontext ihrer Erfahrungen im Sozialwerk zum Tragen, denn bei Gesprächen mit den Mitarbeitern sitzen diese ebenfalls auf den gepolsterten Bürostühlen und die Klienten auf den hölzernen Besucherstühlen. Das Gespräch mit Elke kam ohne Probleme zustande. Elke entschied sich gegen einen Codenamen mit der Begründung, sie stehe zu ihrem Leben und brauche deswegen keinen verdeckenden Namen.
Insgesamt dauerte das Interview etwa eine Stunde. Elke erzählt sehr schnell und macht dabei wenig Pausen. Sie bemüht sich anfänglich, ihre Lebensgeschichte chronologisch zu erzählen, ergänzt diese nach einem vorläufigen Ende ihrer Narration zuerst selbstständig und dann nach einer weiteren Erzählaufforderung. Wiederkehrend verlässt Elke ihre Narration und ergänzt in Rückblenden oder Blenden in die Gegenwart Details und Erläuterungen, wie in der strukturellen Inhaltsbeschreibung deutlich wird.

7.3 Analytische Abstraktion

Obwohl viele Biografiebereiche in Elkes Erzählung fehlen – besonders der Abschnitt nach der Geburt ihres zweiten Sohnes bis in die Gegenwart ist wenig chronologisch strukturiert – wird die Verwobenheit von Suchtbiografie und persönlicher Biografie deutlich. Ebenso kann die Verlaufskurve ihrer Erkrankung sowie die Dynamik ihrer Exklusionserfahrungen aufgezeigt werden. Nachfolgend wird die Verlaufskurve unter Bezugnahme auf die von Schütze herausgearbeiteten Stufen des Verlaufskurvenprozesses beschrieben.

7.3.1 Elkes soziales Herkunftsmilieu als Relevanz für Alkoholsucht

Elke wird mit fünf Geschwistern in einem Haushalt groß, von dem Elke nur erzählt, dass ihr Vater als Schlosser einen Verdienst hatte. Es bleibt offen, ob ihre Mutter gearbeitet hat oder wie ihre Tagesbeschäftigung aussah. Elke erfährt in ihrer Kindheit den Zustand anhaltender Armut, „es war nie Geld da“ (319) als auch den wiederkehrender Gewalt durch den Vater, „dann gab es Schläge“ (624 f).
Vermutlich war der Verdienst des Vaters zwar gering, dennoch steht die anhaltende Armutslage ebenso im Zusammenhang mit der mangelnden Fähigkeit des Vaters, das verdiente Geld für die Versorgung seiner Familie auszugeben. Stattdessen werden aufgrund der Alkoholsucht des Vaters Alkoholika finanziert, nach deren Konsumieren Elke ihren Vater aus der Kneipe abholen muss. Dadurch wird Elke schon in ihrer Kindheit in innerfamilären Kreisen eine Alkoholsucht sowie deren abstoßendes Bild vorgelebt. Zwar findet sie dieses abstoßende Bild von alkoholisierten Menschen bei ihren späteren Partnern wieder, aber wahrscheinlich kann dieser Eindruck aufgrund ihrer eigenen Sucht nicht stark genug sein, sie vom Trinken abzuhalten. Die betäubende und tröstende Wirkung des Alkohols in Bezug auf die Empfindung der Armut, der Einsamkeit, der

prekären Beschäftigung oder der Arbeitslosigkeit, die Elke schon bei ihrem Vater erlebt hat, ist auch für sie zunächst stärker. Elke begründet dies mit dem Umstand, sie habe als Erstgeborene sehr viel von ihrem Vater mitbekommen, im Gegensatz zu ihren Geschwistern, die ebenso wie Elke die Tortur durch ihren Vater erlebt haben müssen.

7.3.2 Elkes Bildungsweg und Beeinflussungen durch Männer und Frauen

Elke musste in großem Umfang auf ihre Geschwister aufpassen. Ihre von den Eltern zugewiesene Aufgabe erstreckte sich häufig auch auf den Vormittag, sodass sie nicht in die Schule gehen konnte und sowohl anderen Kindern als auch ihren Geschwistern gegenüber benach-

teiligt war. Elke thematisiert diese Benachteiligung gegenüber ihren Geschwistern nie als Vorwurf. Sie beschreibt vielmehr in Abgrenzung zu ihnen den unterschiedlichen Lebensstil, der durch die verfügbaren materiellen und kulturellen Ressourcen bedingt ist. Elke muss nach der dritten Klasse infolge ihrer unzureichenden Leistungen auf die Sonderschule wechseln, was sie bedauert. Sie bekommt jedoch wegen ihrer dort erbrachten guten Leistungen von dem Direktor den Besuch einer Hauptschule vorgeschlagen und schafft mit „Hängen und Würgen“ (56) einen Hauptschulabschluss. Anschließend beginnt sie eine Ausbildung zur Friseurin, die sie nach eigener Aussage immer machen wollte, muss diese aber aufgrund ihrer ersten Schwangerschaft abbrechen. Es bleibt offen, warum ihr damaliger Chef keinen Sinn in ihrem Wunsch, die Abschlussprüfungen nachzuholen, sieht. Damit ist Elkes institutioneller Bildungsweg beendet und sie hat in der Folge nur Jobs als ungelernte Kraft.

In der Schilderung ihres Lebensverlaufs tauchen signifikant häufig Entscheidungen und Verhaltensweisen von Männern auf, die Elkes Lebenslauf richtungsgebend beeinflussen, bzw. die Elke akzeptiert. Frauen und deren Funktionen werden hingegen nur ungenau, meist in einem eher unterstützenden Kontext, umrissen. Zuerst wirkt ihr Vater physisch und psychisch gewalttätig auf sie ein. In der Folge werden Entscheidungen des Schulleiters der Grundschule, des Direktors der Sonderschule sowie ihres Ausbildungschefs benannt, die ihren Lebensverlauf maßgeblich prägen. Elke bedauert zwar, dass sie eine Sonderschule besuchen musste, jedoch ist das ihre einzige Reaktion, sich zu diesen Entscheidungen zu positionieren. Sie scheint diese Entscheidungen eher einfach akzeptiert als sich ihnen in irgendeiner Form widersetzt zu haben. Möglicherweise hat Elke damals das Ausmaß der Entscheidungen und Prozesse auch nicht erfassen können. Es entsteht der Eindruck, als ob erst der Direktor der Sonderschule Elke auf die Erwähnung der Schulform auf dem Abschlusszeugnis hinweist. Dadurch habe sie eine verringerte Chance, eine Ausbildungsstelle zu bekommen und solle deswegen einen Hauptschulabschluss machen. Später wird Elkes Lebensverlauf maßgeblich durch die Alkoholsucht und Gewalteinwirkung zweier Partner beeinflusst.

Im Rahmen des Adoptionsverfahrens erinnert sich Elke nur an den Beruf des Mannes, der Arzt war, der genaue Beruf der Frau fällt ihr nicht ein. Während dieses Prozesses wird eine Frau, ihre Mutter, wirk-

sam, indem sie den Kontakt zu dem Adoptivelternpaar herstellt. Inwieweit Elkes Mutter sie im weiteren Entscheidungsprozess beeinflusst hat, bleibt offen. Insgesamt wird die Rolle der Mutter sehr wenig umschrieben. Die Mutter scheint die Familie versorgt zu haben und wurde dabei von zwei anderen Frauen, einer Freundin und einer Verkäuferin, unterstützt. Nur im Rahmen Elkes neuer Wohnung taucht die Mutter erneut als versorgend Unterstützende auf, indem sie Elke Geld für ein neues Schlafzimmer leiht. Unklar bleibt, ob Elkes Mutter vielleicht auch Alkoholikerin war. Gegenwärtig lebt ihre Mutter noch, beim Vater ist dies ungewiss.
Weitere Frauen tauchen nur als Freundinnen von Elke auf. Sie stehen seit zwanzig Jahren zu Elke, worüber Elke sehr glücklich ist (siehe 4.5 und 4.7).

7.3.3 Elkes Gewalterfahrungen und die Abwertung ihres Selbstwertgefühls

Der Vater von Elke wird als sehr gewalttätig beschrieben. Er hat sie und ihre Geschwister regelmäßig geschlagen. Elke sieht die Gewalttätigkeit ihres Vaters mit dessen Gewalterfahrungen durch den Stiefvater in der eigenen Kindheit in Verbindung stehend. Dennoch bleibt es für Elke nicht nach- vollziehbar, warum der Vater diese Gewalterfahrung an sie weitergegeben hat, sie findet das „grausam“ (312) und kann es nicht als Entschuldigung gelten lassen. Für sie selber steht es deshalb außer Frage, ihre eigenen nicht Kinder zu schlagen.
Die Gewalterfahrung setzt sich für Elke später durch zwei Partner, die gewalttätig und alkoholsüchtig (164) waren, fort. Elke musste aufgrund der Gewalteinwirkung der Partner mehrmals ein Krankenhaus aufsuchen und zeigte ihre Partner an. Aus ihrer Erzählung ist zu vermuten, dass sie die Beziehungen zu beiden Männern erst nach der Geburt beider Kinder führte. Elke schildert den Zusammenhang, alkoholkranke Menschen würden von Menschen, deren Leben durch ähnliche Problematiken bestimmt ist, angezogen sein. Gemäß ihrer Erklärung muss sie von den Problemen ihrer Partner angezogen gewesen sein. Möglicherweise besaß die Gewalttätigkeit der Partner eine Ähnlichkeit zu der Gewalttätigkeit, die sie durch ihren Vater erfahren hatte. Paradoxer Weise könnte Elke ein Gefühl familiärer Strukturen, das

trotz aller Gewalterfahrung dennoch vertraut ist, entwickelt haben, sodass es ihr schwer fiel, eine distanzierte Haltung, die eine Vermeidung der Beziehungen zur Folge gehabt haben könnte, einzunehmen. Die Väter ihrer beiden Kinder werden hingegen an keiner Stelle direkt als gewalttätig beschrieben.
Mit der physischen Gewalttätigkeit des Vaters von Elke geht eine psychische Gewalttätigkeit ihr gegenüber einher. An der wiederkehrenden Äußerung des Vaters, sie sei nutz- und wertlos, hat Elke viele Jahre „geknabbert“ (286). In der Erfahrung ihres Vaters sieht Elke den Grundstein für ihre Einstellung, sie sei nicht gut, sondern schlecht, gelegt. Der Vater glaubt Elke nicht in Situationen, in denen sie die Wahrheit sagt, und wird ihr gegenüber gewalttätig. Die Erfahrung des Schulwechsels nach der dritten Klasse auf die Sonderschule, das schwierige Absolvieren der zehnten Klasse auf der Hauptschule und der Abbruch der Ausbildung haben neben ihrem Vater die Entstehung von Versagensängsten bei Elke mit verursacht. Elke entwickelt das sie bei Handlungen lähmende und von diesen abhaltende Gefühl der Angst, versagen zu können und von anderen als „dumm“ (731) tituliert zu werden. In der Folge zieht sie sich zurück und traut sich nicht mehr, neue Handlungsanläufe zu nehmen.

7.3.4 Beginn der Verlaufskurve - Abhängigkeit von Alkohol

Aufgrund der ersten Schwangerschaft verweist der Vater sie aus dem Elternhaus, sodass Elke in eine ihrem Elternhaus ähnlich depravierte Lage im Elternhaus ihres Freundes einziehen muss. Sie zieht dort wieder aus, wohnt kurzzeitig im eigenen Elternhaus, wird erneut vom Vater „rausgeworfen“ und zieht bei einer Freundin ein. Währenddessen hat sie sich zudem zur Adoptionsfreigabe ihres ersten Sohns entschlossen, da sie ihre Lebensumstände als nicht geeignet ansah, ihren Sohn groß zu ziehen. Elke verortet den Beginn der „Misere“ (275) ihres Lebens in der Zeit nach der Geburt ihres zweiten Sohnes, als sie ungefähr 22 Jahre alt gewesen sein muss. Sie war unzufrieden und unglücklich über die Adoption ihres ersten Sohnes und die von den Adoptiveltern erwünschte Kontaktlosigkeit zwischen Elke und ihrem ersten Sohn. Zwar hatte der italienische Vater Elke wohl erzählt, er

lasse sich von seiner damaligen Frau scheiden, dies trat aber nie ein, sodass Elke sich nach zweieinhalb Jahren verheimlichter Beziehung von ihm trennte. In der Folge wächst der zweite Sohn ohne Vater auf und Elke ist alleinerziehend. Elke muss die ersten Jahre der Kindheit ihres zweiten Sohnes von sozialstaatlichen Unterstützungsleistungen gelebt haben. Als ihr Sohn etwas älter war, hat sie Jobs als ungelernte Kraft bekommen. Sie erwähnt eine Beschäftigung in einer Spielhalle, die sie allerdings aufgibt, nachdem die Spielhalle zwei Mal überfallen wird. Anschließend hat sie durch das Sozialamt eine ABM-Stelle als Fahrerin für körperlich und geistig behinderte Kinder und blinde Männer und Frauen bekommen. Von dieser Stelle erzählt sie begeistert. Dieser Job hat ihr „super-viel Spaß“ gemacht. Sie verknüpft ihre Empfindung mit der positiven Reaktion der Kinder auf ihre Person. Dieses Schema taucht später wieder auf, wenn Elke beschreibt, wie die Gäste der Gastronomie sich über ihre Anwesenheit freuen. Weiterhin spielt die Annahme ihrer Person, die Elke auch im Umgang mit ihren Alkohol trinkenden Bekannten generiert haben muss, eine wichtige Rolle im Sucht verlängernden und aufrechterhaltenden Verhalten Elkes.
Die Stadt Essen verlängert den Job für Elke nicht und es wird aus Elkes dies bedauernder Schilderung nicht klar, ob ein Zusammenhang zu Elkes zwischenzeitlich auftauchendem Alkoholkonsum besteht. In der Rekonstruktion lässt sich der Beginn ihres regelmäßigen Alkoholkonsums nur ungenau bestimmen, da sie selber keinen Zeitpunkt im direkten Zusammenhang mit Alkohol nennt, sondern nur von „Misere“ spricht. Die Umstände, unter denen Elke ab dem 22. Lebensjahr lebt, verdichten sich für sie zu einer Lage, in der sie die Flasche als „Tröster“ (224) benutzt. Sie lebt als alleinerziehende Mutter, unglücklich und unzufrieden über diesen Zustand, sie ist arbeitslos und hat stark eingeschränkte berufliche Perspektiven, da sie keine abgeschlossene Berufsausbildung hat. Sie erlebt, wie ihre Geschwister sich erfolgreich eigene Familien aufbauen, in den ersten Arbeitsmarkt integriert sind und sich eine bestimmte materielle Ausstattung leisten können, die Elke für sich und ihren Sohn nicht in Anspruch nehmen kann. Ihre Beschäftigungsverhältnisse, die sie, als ihr Sohn älter ist und wohl alleine zu Hause bleiben kann, zeitweise hat, scheinen die finanzielle Situation nicht zu entspannen. Zudem kennt sie es von ihrem Vater, wie Probleme mit Alkohol betäubt oder, um Elkes Sprachgebrauch

aufzunehmen, vertröstet werden können. Sie hat generell ein geringes Selbstwertgefühl, ist durch Versagensängste geprägt und kann laut ihrer Darstellung auf keine sozialen Unterstützungspersonen zurückgreifen. Die o. a. Aspekte bilden die Grundlage, auf der sich Elkes Alkoholsucht entfaltet und in einem Kreislauf erhält.

7.3.5 Soziale Ausschließung und Einschließung aufgrund von Alkohol

Elke schildert den Prozess ihrer Ausgrenzung als Kreislauf. Besonders betont sie dabei die Wirksamkeit sozialer Ausschließung in Bezug auf ihre Familie und ihren Freundes- und Bekanntenkreis. Aufgrund verstärkten Alkoholkonsums geht der Kontakt zwischen Elke und ihren Geschwistern sowie zu Freunden und Bekannten zurück. Elke schildert, sie wurde aufgrund ihres alkoholisierten Zustands, gemeint ist der Pegel, den ein alkoholkranker Mensch aufgrund seiner körperlichen Gewöhnung braucht, weniger eingeladen und war folglich mehr alleine zu Hause. Diese Erfahrung der Einsamkeit mündete in weiterem Alkoholkonsum. Dadurch ist der Kreislauf der sozialen Ausschließung zwischen alkoholsüchtigen und nicht alkoholsüchtigen Menschen geschlossen.
Mit zunehmender Alkoholabhängigkeit muss sich die Zusammensetzung des sozialen Netzes von Elke verändert haben. Sie berichtet einerseits von Freundschaften, die sie seit zwanzig Jahren hat, über deren Fortbestand sie auch sehr glücklich ist und die sie deswegen pflegen möchte. Diese Freunde trinken nicht und Elke unternimmt gegenwärtig gelegentlich etwas mit ihnen. Andererseits beschreibt Elke zwei Partnerschaften, in denen beide Partner alkoholsüchtig waren und ein Partner auch Drogen genommen hat. Das konsumierende Verhalten beider Partner muss das konsumierende Verhalten Elkes suchterhaltend beeinflusst haben. Zudem berichtet sie von der „einen oder anderen Freundin“, mit der sie nach ihrer zweiten Therapie, bei der sie erst 2009 dreizehn Wochen in einer Klinik in der Eifel war, wieder zusammengetroffen ist und das regelmäßige Trinken von Alkoholika in für Elke suchtgemäßen Mengen wieder begonnen hat.
Elke beschreibt die harte Erfahrung der Einsamkeit, die sie während der Zeit ihrer starken Abhängigkeit erlebt hat. Selbst nachts um zwei

Uhr hat sie „Kumpel“ (481), die Alkoholika mitbrachten, in ihre Wohnung gelassen. Sie stellt zwar ihr einlassendes Verhalten in den Zusammenhang, dadurch unentgeltlich an Alkoholika zu gelangen, wobei die durch ihr Einlassen entstehende Gemeinschaft mit anderen Menschen, selbst wenn diese ebenfalls alkoholsüchtig sind, auch handlungsleitend sein könnte.
Im Rahmen ihres Entschlusses, ihrem Leben eine Wendung zu geben, kommt sie später zu der Erkenntnis, dass sie diese Menschen nicht mehr braucht. Zu ihrem Umzug am 01.05.2010 „entsorgt“ (278) sie die Leute aus ihrem Leben, die ihre alte Adresse in Essen kannten.

7.3.6 Weitere Exklusionserfahrungen während der Zeit der Sucht

Neben der o. a. sozialen Exklusion, die sie durch ihre Familie, Freunde und Bekannte erfahren hat, macht Elke die Erfahrung der Exklusion vom Arbeitsmarkt. Aufgrund ihrer Alkoholerkrankung fällt sie aus der Einbindung in die gesellschaftliche Arbeitsteilung und kann nicht in die Wechselseitigkeit des ersten Arbeitsmarkts eingebunden werden. In der Folge lebt sie mit sehr geringen materiellen Teilhabemöglichkeiten. Besonders in der Abgrenzung zu ihren Geschwistern wird dies deutlich. Jene sind verheiratet, besitzen ein Haus, ein Auto, einen guten Job und können ihren Kindern einer Reitstunde oder den Besuch eines Schwimmbads finanzieren. Im Gegensatz zu ihnen kann Elke ihrem zweiten Sohn dies nicht ermöglichen. Dennoch nimmt ihr Sohn eine positive Entwicklung. Er ist ebenfalls verheiratet, hat eine achtzehn Monate alte Tochter, einen guten Job, eine schöne Wohnung und ein Auto. Elkes eigene materielle Teilhabemöglichkeiten müssen ihr Leben lang bis in die Gegenwart eher gering gewesen sein. Sie war zwar temporär in den ersten Arbeitsmarkt eingebunden, dennoch waren dies Beschäftigungsverhältnisse, die heutzutage dem Niedriglohnsektor zuzuordnen sind. Die ersten Lebensjahre ihres Sohnes müssen beide von sozialen Transferleistungen in Form von Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld gelebt haben, die ein Mindestmaß an materieller Teilhabe sicherstellen.

Im Umgang mit Ämtern und Behörden hat Elke nie Schwierigkeiten gehabt. Sie begegnet den Mitarbeitern mit Freundlichkeit und Höflichkeit und wird ebenso behandelt. Problematische Erfahrungen kennt sie nur aus den Erzählungen anderer, stellt diese aber auch in den möglichen Zusammenhang des Verhaltens der anderen gegenüber den Mitarbeitern der Behörden.
Elke war nie in eine politische Organisation eingebunden oder hat sich an irgendeiner Stelle politisch für etwas engagiert. Dennoch beschreibt sie sich als für andere Menschen, die Ungerechtigkeiten erfahren, im Rahmen ihrer Möglichkeiten einsetzend.
Elke konnte während der Phase, in der sie stark alkoholabhängig war, zwar durch ihre Institutionenkontakte eine gewisse Form der institutionellen Teilhabe nutzen, jedoch bleibt für sie die Erreichung kulturell favorisierter Ziele, die sie größtenteils selber benennt, ausgeschlossen.
Als für ein Leben in unserer Gesellschaft „grundsätzlich wichtig“ (578) nennt Elke die Aspekte: einen guten Job (Einbindung in die gesellschaftliche Arbeitsteilung, kulturell favorisiertes Ziel), Freunde und Familie, an die man sich bei Einsamkeit anlehnen kann (Einbindung in soziale Netze), die Erhaltung der Gesundheit und die Möglichkeit, sich gelegentlich etwas „gönnen“ (549) oder in den Urlaub fahren zu können (materielle Teilhabe). Bis in ihre Ausbildungszeit konnte Elke wahrscheinlich zunehmend mehr diese Aspekte selber erleben, nach Ausbildungsabbruch und mit Beginn der Alkoholsucht stagniert die Entwicklung, bzw. ist Elke aus der gesellschaftlichen Zugehörigkeit zunehmend mehr ausgeschlossen.
Ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich mit zunehmend stärker werdendem Alkoholkonsum. Ihre Leber und ihr Magen sind angegriffen und sie berichtet von zwei Hepatitis C-Infektionen. Ihrem Empfinden nach war sie bis vor fünf Monaten vor dem Interviewtermin „ständig kaputt“ (694) und hatte zu nichts Lust. Diese Empfindung muss mehrere Jahre angedauert haben, denn schon über die Zeit nach der Beschäftigung als Fahrerin, die sie als ABM-Maßnahme vermittelt bekommen hat, erzählt sie, sie habe die Reduktion ihres Alkoholkonsums immer wieder zeitlich nach hinten verschoben.
Mindestens in dieser Zeit muss Elke ein Bewusstsein dafür gehabt haben, dass es für ihre persönliche Situation besser wäre, wenn sie mit dem Trinken von Alkoholika in Mengen, die ihrer Sucht entsprechen,

aufhören würde. Später wird ein solches Bewusstsein von Elke nicht neu erwähnt.
Die o. a. Entwicklung kommt erst zu einem Wendepunkt, als Elke erkennt, dass sie selbst etwas verändern muss und nicht ein anderer:
„Und das hat lange gedauert, bis ich das für mich selber eingesehen habe, das wo ich etwas ändern kann, kein anderer. Und das ist verdammt schwer, sich damit auseinander zu setzen, aber (.), wo ein Wille ist, ne, da muss ich diesen Weg Schritt für Schritt gehen. (.) Sage ich zu mir selber immer.“ (179-182)

7.3.7 Entschluss zur Wendung, neue Inklusionserfahrungen und Veränderung des Selbstbildes

Elke versucht zunächst erfolglos bei einer ersten Therapie eine Wendung zu vollziehen. Zeitlich kann dieser Prozess nicht genau eingeordnet werden. Vermutlich liegt er eher näher an der zweiten Therapie als an dem Beginn ihres Trinkverhaltens. Wie es zu dem Entschluss zur ersten Therapie kam, ist nicht rekonstruierbar. Möglicherweise war ihr Bewusstsein über einen zu starken Alkoholkonsum permanent latent vorhanden und kam zu einem Durchbruch. Auch nach der zweiten Therapie wird sie wieder rückfällig, hat es aber während der Therapie geschafft, sechs Wochen keinen Alkohol zu konsumieren. Anschließend sind zwei Aspekte besonders ausschlaggebend. Erstens nennt sie ein Gespräch mit ihrem Sohn und ihre Gedanken um ihren Tod als bedeutsam für eine innere Wendung. Ihr Sohn wies Elke im Rahmen der bevorstehenden Geburt seiner Tochter darauf hin, er möchte nicht mit seiner Tochter an das Grab der Großmutter kommen müssen. Dieser Gedanke hat Elke getroffen und zum Nachdenken angeregt. Sie wollte weder ihrem Sohn die Folgen ihres Todes zumuten als auch selber noch nicht sterben. Durch die Auseinandersetzung mit dem möglichen Tod und ihrer neuen Rolle als Großmutter wird Elke bewusst, dass ihre Sucht ihr Leben früher beenden kann als sie selber möchte. Sie beschreibt ihre Reaktion:
„Da habe ich gesagt, jetzt ist der Zeitpunkt, jetzt musst du etwas tun.“ (779)

Sehr zeitnah zu diesem Prozess tritt der zweite ausschlaggebende Aspekt auf, indem ihr Fallmanager ihr eine Arbeitsvermittlung in den gastronomischen Bereich des Sozialwerks anbietet. Elke gefällt diese Arbeit sehr gut, *„dieser Job macht mir Spaß, (...), das ist für mich ja jeden Tag Motivation.*“ (700). Die früher fehlende Motivation durch eine Unterstützung, um nicht Alkohol zu konsumieren, ist für Elke durch die Umstände ihrer Anstellung beim Sozialwerk gegeben. Neben ihren Tätigkeiten kommt sie auch mit ihren Kollegen gut zurecht und hofft deswegen auf eine Vertragsverlängerung über Februar 2011 hinaus.

Elke hat ihren Alkoholkonsum deutlich reduziert. Aufgrund ihres Schamgefühls vor den anderen Mitarbeitern und den Gästen möchte sie nicht in einem angetrunkenen Zustand wahrgenommen werden. Zudem ist sie sich bewusst, sie würde für sie peinliche Fehler in den einzelnen Arbeitsabläufen machen. Abgesehen davon darf sie laut den Arbeitsvorschriften nicht betrunken arbeiten.

Elke erfährt soziale Unterstützung bei der Einarbeitung in ihre Tätigkeiten beim Sozialwerk. In der Retrospektive des Interviews bewertet sie die Unterstützung als für sich persönlich „gut“ (734). Sie wird ermutigt, Arbeitsabläufe, die sie sich selber zunächst nicht zutraut, mit personaler Unterstützung zu üben. Ihre sie am Beginn einer Tätigkeit hindernde Angst, sie könne das nicht schaffen, verringert sich zunehmend. Elke gestattet sich die Aufgabe einer Sache erst, nachdem sie deren Bewältigung mehrere Male versucht hat und dabei gescheitert ist. In diesem Prozess wird Elke deutlich, wie ihr Selbstbild und ihre tatsächlichen Fähigkeiten auseinander gehen. Durch die soziale Unterstützung kann Elke lernen, sich Fähigkeiten, die sie schon besitzt, auch zuzutrauen und ihre vorherige Selbstwahrnehmung, die ihren Anfang in der väterlichen Prägung, sie könne nichts, sie sei nichts wert, nimmt, zu verändern. Zunehmend mehr wird ihre Selbstwahrnehmung von dem sich selbst vertrauenden Gedanken geprägt „du willst datt, du kannst datt und du machst datt jetzt“ (147).

Elke grenzt ihre persönliche Problematik von der Arbeitssituation ab. Während der Arbeitszeit ist sie freundlich und lächelt die Gäste an. Die positive Reaktion der Gäste auf ihre Person sowie das Gefühl, als Arbeitskraft gebraucht zu werden, haben Elke „sehr viel geholfen“ (789). Diese Entwicklung wird von weiteren Aspekten gestützt. Elke hat ihre alte Wohnsituation, die sie als „Katastrophe“ (460) beschreibt,

aufgegeben und ist Anfang Mai 2010 in eine neue Wohnung, in deren Umfeld sie sich „wohl“ (458) fühlt und die sie als Verbesserung bezeichnet, gezogen. Die neue Wohnung gefällt Elke, auch wenn sie nur „notdürftig“ (492) eingerichtet ist. Sie sagt, sie habe alles, was sie brauche. Ihre Möbel sind bis auf das Schlafzimmer nicht neu, aber nützlich. Das von ihr verdiente Geld möchte Elke nicht mehr in Alkoholika, sondern in neue Möbel und Haushaltsgeräte investieren. Sie betont ihre Eigenständigkeit und der Umschwung von einer passiven zu einer aktiven Haltung wird deutlich.
In den nächsten Jahren möchte Elke dort wohnen bleiben, das hat sie sich als „Ziel gesetzt“ (505). Ihre neue Adresse hat sie nur ihren guten Freunden, ihrer Familie und ihrem Freund gegeben. So möchte sie Kontakte zu alten Bekannten, die sie durch ihre Alkoholsucht kennengelernt hat, verhindern. Elke ist immer noch viel alleine in ihrer Wohnung, trifft sich allerdings gelegentlich mit Freundinnen und unternimmt ihrer Beschreibung nach frauentypische Aktivitäten (670 f). Täglich pflegt Elke ihren Graupapagei, der eine Art Beziehungstier für sie darstellen könnte, da sie auch mit ihm redet. Ansonsten schaut sie viel fern und telefoniert fast jeden Tag mit ihrer Mutter und im vierzehntägigen Abstand auch mit ihren Geschwistern. Wahrscheinlich wirken sich die auffallend häufigen Telefonate mit der Mutter eher positiv und beziehungsfördernd vielleicht auch stützend aus, im Kontext einer Elke unterstützenden Mutter verstanden.
Elkes zum Zeitpunkt des Interviews vorhandener Freund wohnt in Wuppertal und ist arbeitslos, scheint aber dennoch keine Gefährdung für Elkes Entwicklung darzustellen. Sie besucht ihn fast jedes Wochenende, da er häufig nicht das Geld für ein Ticket hat und sie mit ihrer Monatskarte günstiger fahren kann.
Elkes Gesundheitszustand hat sich nach ihren eigenen Aussagen in den letzten fünf Monaten deutlich verbessert. Zwar weisen die Werte ihrer Leber und ihr angegriffenen Magen auf ihr langjähriges Trinkverhalten hin, dennoch fühlt sie sich insgesamt „fit und (.) gut“ (696).

7.3.8 Zwei Kinder – „zwei positive“ (345) Inhalte Elkes Lebens

Elke bezeichnet es als in jedem Fall positiv, dass sie zwei gesunde Kinder zur Welt gebracht hat (344 f). Sie thematisiert wiederkehrend den Wunsch, ihren ersten Sohn einmal kennenzulernen. Zwar wertet sie ihre Entscheidung zur Adoptionsfreigabe als gut, jedoch zeigt sich ihre Erleidenslinie, die durch die Kontaktlosigkeit zu ihrem Sohn bedingt wird, bis in die Gegenwart. Beide Adoptivelternteile scheinen zum Zeitpunkt der Adoption in beruflichen Positionen gearbeitet zu haben, die deutlich über deren Elkes Eltern lagen. Elke stellt sich aufgrund dessen vor, ihr erster Sohn ist deswegen „beschützt und gut“ (348) aufgewachsen. Die Adoptiveltern haben ihm möglicherweise bessere schulische und ausbildungsbezogene Möglichkeiten bis hin zu einem Studium bieten können (349). Ihr Mutter-Sein bezüglich ihres zweiten Sohn bewertet Elke als Job, den sie ihrer Einschätzung nach gut gemacht hat (115 f). Ihr Sohn hat wie Elkes Geschwister auch (117) trotz der benachteiligenden Lage in der Kindheit Lebensumstände erreicht, die in Elkes Schilderung wiederkehrend als anstrebenswert gewertet werden und von denen sie ihren Lebensverlauf negativ abgrenzt. Ihr Sohn ist verheiratet, hat eine Tochter, eine schöne Wohnung und er raucht und trinkt nicht. Trotz ihrer Alkoholsucht scheint Elke die Versorgung ihres zweiten Sohnes bewältigt zu haben.

7.3.9 Führerschein - „das Einzige, was du dir vielleicht mal so ein bisschen (.) <u>hochheben</u> kannst (236)

Elke äußert mehrere Mal ihren Stolz über den andauernden Besitz ihres Führerscheins (203, 232-256) und grenzt sich dabei von anderen alkoholkranken Frauen, die ihren Führerschein abgenommen bekommen haben, ab. Der dauerhafte Besitz des Führerscheins scheint für Elke eine Eigenleistung darzustellen, die sie sich durch vernünftiges Handeln (237) erhalten konnte. Außerdem scheint der Beisitz etwas kulturell Wichtiges für sie zu repräsentieren. Vielleicht drückt sich für Elke in dem Führerschein eine gewisse Form der Unabhängigkeit aus, mit dem Auto einfach wegfahren zu können und damit auch aus den

Umständen zumindest eine Zeit lang herauszukommen. Grundsätzlich wertet sie ihren Führerschein als Pluspunkt bei der Jobsuche, wodurch der Radius möglicher Jobs für sie deutlich erweitert wird (248 f).

7.3.10 Verlaufskurve und Wandlungsprozess

Die lebensgeschichtlich frühe Aufschichtung von Verlaufskurvenpotenzial wird in der Schilderung von Elkes Kindheit, die durch die o. a. mehrfach benachteiligte Lage bestimmt ist, deutlich. Sie bewertet ihre Kindheit als eine „ganz, ganz schlimme“ (317). Elkes Verhalten scheint, anfangs sicher durch ihr Kindsein bedingt, später aber auch im Jugendlichenalter vorhanden, eher durch reaktives Handeln als durch intentionales bestimmt zu sein. Dies zeigt sich in der Schilderung ihrer Aufgaben als ältestes Kind, in der Reaktion gegenüber Beeinflussungen ihres Bildungsweges (7.3.2), dem Erleiden von Gewalterfahrungen (7.3.3) und der Freigabe zur Adoption ihres ersten Sohnes (7.3.4).
In Elkes Akzeptanz der Entscheidungen anderer über ihren Lebensverlauf wird ein institutionelles Ablaufmuster ihres Lebenslaufes sichtbar. Statt sich zu widersetzen akzeptiert Elke die Entscheidungen, die ausschließlich von Männern getroffen werden zu einem sehr hohen Grad. Als Erwachsene kann sie sich von der direkten Gewalteinwirkung des Vaters distanzieren, wahrscheinlich auch von denen ihrer späteren Partner, allerdings erst nach weitestgehender Akzeptanz.
Bis zum Zeitpunkt ihrer ersten Schwangerschaft (7.3.5) und den daraus folgenden Veränderungen scheint Elke ein labiles Gleichgewicht gefunden zu haben und aufrecht erhalten zu können, trotz der nachfolgend dargestellten Gewalterfahrungen, der Abwertung ihres Selbstwertgefühls und ihrer Versagensängste.
Die o. a. lebenslaufverändernden Prozesse im Rahmen der Geburt ihres Kindes führen in Kombination mit den Versagensängsten und ihrem geringen Selbstwertgefühl zu einem „Trudeln“ (a. a. O.), das in einer weitergehenden Destabilisierung von Elke nach der Geburt ihres zweiten Sohns mündet. Ob es zu einem vollständigen Orientierungszusammenbruch Elkes kommt, ist aus den vorhandenen Gesprächsinformationen nicht rekonstruierbar. Elke kann sich und ihren Sohn in den ersten Jahren nach seiner Geburt nur mithilfe sozialstaatlicher

Transferleistungen versorgt haben, wobei sie dadurch aber auch zur Versorgung fähig war. Es zeichnet sich aufgrund der sozialen Ausschließung (7.3.5) und den weitergehenden Exklusionserfahrungen (7.3.6) ab, dass Elke nicht mithilfe eigener Anstrengungen aus ihrer Lage herauskommen wird. Sie muss bis in die Gegenwart in unterschiedlichen Abständen verschiedene Hilfeangebote wahrgenommen und Institutionenkontakte gehabt haben. Darunter waren sowohl qualifizierende Integrationsangebote in Bezug auf den Arbeitsmarkt als auch zwei Therapieversuche, die jedoch gescheitert sind.
Elke erfährt indirekt durch den Hinweis ihres zweiten Sohnes Hilfe zur Orientierung ermöglichenden Selbstwahrnehmung. Ausgangspunkt ist hierbei ihre neue Rolle als Großmutter. Elke realisiert deutlich die lebensbestimmenden Auswirkungen ihres Alkoholkonsums, die bis zu ihrem Tod reichen könnten, und kann in Verbindung mit der Vermittlung in ein Beschäftigungsverhältnis beim Sozialwerk die Fähigkeit entwickeln, die Ursachen ihrer eigenen Verlaufskurve zunehmend mehr zu verstehen und zu verarbeiten. Die Veränderung ihres Selbstbildes zu einem mehr Selbstvertrauen aufweisenden spiegelt ihren inneren Wandlungsprozess wider. Er wird durch ihr verändertes Erleben ihrer eigenen Selbstwirksamkeit angestoßen. Elke wird fähig, ihre Lebenssituation neu zu strukturieren, indem sie einen veränderten Tagesrhythmus, eine ihr gefallende und angemessene Beschäftigung und eine neue Wohnung erhält. Die Aufarbeitung biografischer Handlungsschemata findet teilweise mithilfe der professionellen Unterstützung seitens der Mitarbeiter des Sozialwerks während einzelner Arbeitsabläufe statt, teilweise auch in selbstreflexiver Arbeit von Elke. Hierbei könnte eine weitergehende professionelle Hilfestellung, um das Erlebte zu verarbeiten und ein noch stärker von den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen überzeugtes Selbstbild auszubilden, hilfreich sein. Dies gilt auch in Bezug auf die Prävention vor Rückfällen, da Elke gegenwärtig gelegentlich Alkohol zu sich nimmt.

Wie der o. a. Prozess der Verlaufskurve zeigt, lebt Elke gegenwärtig in einem deutlich inkludierteren Verhältnis in Bezug auf die gesellschaftliche Zugehörigkeit als zu Zeiten ihrer starken Sucht.

8. 8 11: „Selbstvertrauen habe ich gar nicht, also gar keins.“ (503)

8.1 Biografische Kurzeinführung

8 11 wurde 1987 als einziger Sohn seiner Eltern geboren und ist zum Zeitpunkt des Interviews 23 Jahre alt. Ein Geburtsort oder ein Vater werden nicht erwähnt, nur die Mutter. Über das Verhältnis der Eltern zueinander ist nichts bekannt, ebenso wenig über eine berufliche Tätigkeit der Mutter. Als Kind ist 8 11 bei einem Therapeuten in Behandlung gewesen, wobei der Zeitraum und die Diagnose ebenfalls unbekannt bleiben. Zwischen einem Alter von sechs und acht Jahren wird 8 11 einmalig von einem Hund gebissen und entwickelt daraufhin eine Angst vor Hunden. Laut diesem Grund geht er abgesehen vom Schulbesuch kaum noch nach draußen und zieht sich stark zurück, auch von seinen Freunden. Zur Kommunion bekommt 8 11 eine elektronische Spielekonsole „Nintendo 64“ geschenkt. Aufgrund seiner Abneigung, nach draußen zu gehen, spielt er viel alleine mit der Konsole oder gemeinsam mit einem Freund, der ebenfalls fast ausschließlich Konsole gespielt haben muss. Während der Zeit der fünften und sechsten Klasse lehnt er alle Kontakte zu anderen Mitschülern ab. 8 11 besucht für neun Monate aufgrund seiner Problematik eine Tagesklinik und wechselt anschließend auf eine Realschule, die er bis zur zehnten Klasse besucht. Er wechselt etwa im Alter von 17 Jahren die Schule erneut, um ein Fachabitur zu erlangen, verweigert sich aber aufgrund von Mobbing nach dem ersten Tag dem weiteren Schulbesuch. Freiwillig besucht er für vier Monate eine Kinder- und Jugendpsychiatrie, um mehr Selbstvertrauen zu gewinnen. Wieder zu Hause beginnt er ein Jahr intensiv Computer zu spielen, bis er mit 19 Jahren erneut einen Versuch startet, die elfte Klasse zu besuchen. Nach einem halben Jahr bricht er den Schulbesuch aufgrund wochenlanger Fehlzeiten und daraus resultierender schlechter Noten ab. Es schließen sich drei Jahre an, in denen 8 11 ausschließlich Computer spielt. Sie werden nur von dem Aufenthalt in einer Psychosomatischen Klinik, die 8 11 aufgrund seines Übergewichts besucht, unterbrochen. Im Jahr 2009 kommt es zu einem Kontakt mit der Gesellschaft ´standpunkt.`, Gesellschaft für sozialtherapeutische Netzwerke mbH, die eine Betreu-

ung für die Familie von 8 11 übernimmt. In diesem Rahmen entschließt sich 8 11 im November 2009 in eine betreute WG von ´standpunkt.` zu ziehen. Damit beginnt die Abzeichnung eines Wendepunkts in seinem Lebensverlauf. Innerhalb der nächsten fünf Monate wird er durch die ARGE an das Sozialwerk vermittelt, bei dem er bis Februar 2011 in einer Qualifizierungsmaßnahme beschäftigt ist. Für die sich anschließende Zeit überlegt 8 11 eine Ausbildung zu beginnen oder erneut ein Fachabitur zu absolvieren.

8.2 Kontaktaufnahme und Interviewsituation

Das Zusammentreffen mit 8 11 findet auf sehr ähnliche Weise und unter gleichen Umständen wie mit Elke statt. Auch 8 11 wählt den Besucherstuhl und überlasst mir den Bürostuhl. Als Codenamen wählt er „8 11“. Es sind Zahlen, die er nach eigener Aussage zufällig nennt. Aufgrund der altersbezogenen Nähe von Interviewtem (23) und Interviewer (28) entscheidet 8 11 auf meine Nachfrage, dass wir uns duzen können. Dadurch entsteht eine Art verbindende Atmosphäre, die eine ungezwungenere Kommunikation zur Folge hat.
Das Interview dauert etwa eine Stunde. 8 11 beginnt nach dem Erzählimpuls eine etwa zehnminütige Narration, die einen groben chronologischen Abriss seiner Lebensgeschichte widerspiegelt. Anschließend erklärt er, er möchte lieber gefragt werden, als von sich aus zu erzählen, denn dadurch würden ihm mehr Details einfallen. Im Fortlauf versuche ich möglichst erzählgenerierende Fragen zu stellen. Grundsätzlich ist das Interview aber im Vergleich zu den Interviews mit Elke und Casablanca deutlich stärker durch thematisierende Fragen meinerseits gekennzeichnet. Teilweise nimmt sich 8 11 Pausen zum Nachdenken, die zwischen 15 und 60 Sekunden andauern.

8.3 Analytische Abstraktion

8.3.1 Die wenig beschriebene frühe Kindheit und Familie von 8 11

Über seine Familie berichtet 8 11 kaum etwas. Seine Mutter wird drei Mal genannt, im Rahmen der Begleitung zu einer Uniklinik, vermutlich der in Essen, bei der Zubereitung von Mahlzeiten und bei dem Aufhängen eines Bildes im Zimmer von 8 11. Von seinem Vater erzählt er gar nicht. Es bleibt offen, wie sich die Beziehung zwischen den Eltern und deren Beziehung zu ihm während des gemeinsamen Lebens an einem Wohnort gestalteten und wie sich diese gegenwärtig gestalten. Möglicherweise liegen unbeschriebene, den Lebenslauf von 8 11 beeinflussende Faktoren, auch schon in der Zeit vor einem Alter von sechs bis acht Jahren. Ein Kindergartenbesuch oder Ähnliches werden ebenso wenig beschrieben wie irgendeine soziale oder materielle Mangelsituation.
Zu der Zeit vor seinem Rückzug äußert er sich nur einmal direkt und dabei sein durch den Rückzug bestimmtes Verhalten davon abgrenzend:
„danach so, weil ich ja alle Freunde verloren hatte, weil ich ja überhaupt nicht mehr rausgegangen bin, davor war ich ja, eigentlich ständig draußen. (3)“ (223-226).

Dadurch kann der Eindruck eines gerne draußen spielenden und in einen Freundeskreis integrierten Kindes entstehen. Aufgrund der wenigen Informationen über 8 11s frühe Kindheit und in Kenntnis des weiteren Lebensverlaufs bleibt fraglich, ob es diesen Zustand so gegeben hat, bzw. ob das seiner Meinung nach auslösende Erlebnis des Hundebisses allein die Wirkkraft gehabt haben kann, diesen Zustand so stark zu verändern.
8 11 bewertet seine frühe Kindheit mit keiner Bemerkung und es bleibt offen, wie er sie bis zu seinem Rückzug empfunden hat.

8.3.2 Beginn seines Rückzugs

8 11 erinnert sich, als Kind schon bei einem Therapeuten in Behandlung gewesen zu sein (118), wobei er sich nicht an den genauen Grund erinnern kann. Er vermutet, er sei dort nicht wegen seiner Abneigung, nicht mehr rausgehen zu wollen (124), gewesen. Diese Abneigung entwickelt sich nach einem Hundebiss, den er im Alter zwischen sechs und acht Jahren erlebt hat. Angesichts der Eindrücklichkeit, mit der er den Hundebiss beschreibt, fällt die ungenaue Eingrenzung auf einen Zeitraum von zwei Jahren auf.
„8 11: Ich weiß noch, dass ich (.) in einer meiner beiden Hände ein fünf Euromarkstück, äh, fünf Mark-Stück hatte, nicht Euro, wollte zum Eismann rennen und dann kam aus dem Nachbarhaus ein Mädchen mit einem großen Schäferhund raus. (2) Und die konnte den nicht halten und da ist er auf mich losgegangen und hat mich in den Hintern gebissen und hat mich so zwanzig dreißig Meter mitgeschliffen, durch Pfützen und so, ja (2) @mh@.“ 00:11:20-1 (163-167).

Bei dieser Schilderung bleibt offen, ob sie überzeichnet ist. 8 11 nennt dieses Erlebnis als Auslöser einer Angst selbst vor kleinen Hunden (35), die seine Abneigung, nach draußen zu gehen, bedingt[6]. Zeitnah zu diesem Erlebnis bekommt 8 11 zu seiner Kommunion, die in Deutschland i. d. R. im dritten Schuljahr stattfindet, eine Spielkonsole „Nintendo 64“ (36). Diese Schenkung wertet er als passend zu seinem Rückzug, dessen Beginn er in dieser Phase verortet:

„Ja, (4), ja da hat es eigentlich so angefangen, dass ich mich zurückgezogen habe von der Außenwelt, eigentlich komplett von jeden Freunden. (38-39).

[6] Die von 8 11 entwickelte Hundephobie kann im Zusammenhang mit seinem Rückzug zu Erscheinungsformen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) passen. Der Hundebiss war ein einmaliges unvorhersehbares Ereignis und könnte als Typ-1 Trauma bezeichnet werden. Nach dem traumatischen Erlebnis kann es bei diesem Typ laut ICD-10 unter anderem zu Rückzug und Anpassungsstörungen kommen, die sich haupt- sächlich als depressive, regressive und ängstliche Verhaltensweisen oder als gestörtes Sozialverhalten zeigen können. Diese Begleiterscheinungen können ebenfalls als diagnostizierbares Krankheitsbild einer weiteren psychischen Störung auftreten, insbesondere zu depressiven Störungen, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens, zu denen PTBS eine hohe Komorbidität aufweist (vgl. Hensel 2007, S. 180 f).

8 11 spricht auch an späterer Stelle von Freunden, die er vor seinem Rückzug gehabt hat, und die er dadurch verloren hat (223). Wie sein Freundeskreis ausgesehen hat, bleibt leider offen.
„Und, ja dann hatte eigentlich ich im Laufe der ganzen Zeit nur noch einen Freund. Der dann auch Konsole gespielt hat, ständig. (2) War passend.“ 00:13:38-0 (226 f).

Da 8 11 wiederholend in einem therapeutischen Kontext behandelt wurde, scheinen eine oder mehrere Belastungen oder auch psychische Störungen vorgelegen zu haben und vielleicht gegenwärtig noch vorzuliegen.

In Verbindung mit seinem Rückzug beginnt 8 11 viel mit seiner Konsole zu spielen und tut dies auch gemeinsam mit einem ihm verbleibenden Freund, der ebenfalls „ständig“ (227) Konsole spielt.
Trotz seines Rückzugs geht 8 11 weiterhin zur Schule. Der Weg von seiner Schule nach Hause führt durch einen Hundepark und 8 11 wartet ab, bis sich keine Hunde mehr in dem Park befinden. Dadurch hat der Weg teilweise „ziemlich lange gedauert“ (263). In Abgrenzung von zu Hause bezeichnet er die Schule erst als Pflicht, wobei er diese Pflicht unterläuft, da er häufig krankgeschrieben wird, obwohl er nicht krank ist. Er bezeichnet dies als „blau“ (238) machen und es bleibt unklar, ob er einen gewissen Stolz darauf ausdrücken möchte. Während dieser Zeit befindet sich 8 11 in der fünften und sechsten Klasse.
„Ja, in der fünften und sechsten Klasse war ich ziemlich zurückgezogen. (2) Da stand ich eigentlich nur immer an äh, (5) am Schul-, am Pausentor, wenn es zur Pause ging war da die Tür und ich stand, einfach da immer auf den Treppen, wo die Tür gerade, damit ich nicht (2) die Pause mitmachen musste. War ziemlich, (2) ziemlich lange, @mh@. Ich habe mich dann auf niemanden eingelassen, (2) ja. (5) Mh.“ 00:12:54-9 (204-208)

Der Rückzug und das Kontakt vermeidende Verhalten von 8 11 sowie seine Leidenserfahrung werden deutlich. Im Gegensatz zur Schule bezeichnet 8 11 sein zu Hause als „gesicherte[n] Ort“ (248), über dessen Erreichen er „immer froh war“ (249).

Während der sechsten Klasse oder nach deren Ende besucht 8 11 aufgrund seiner Rückzugsproblematik für neun Monate eine Tagesklinik. Über diese Zeit ist nichts weiter bekannt. Neben den Besuchen bei einem Therapeuten besteht in diesem Aufenthalt die zweite therapeutische Behandlung von 8 11.

Anschließend besucht er die siebte bis zehnte Klasse auf einer Realschule. 8 11 nennt eine – wahrscheinlich im Vergleich zu anderen Schülern – längere Eingewöhnungszeit und bewertet die gesamte Schulphase als „ziemlich gut“. Neben dem Hundebiss wertet er diese Schulphase als sein Leben bis zum Ende der zehnten Klasse prägend, „weil da kam ich ziemlich gut mit den Leuten klar“ (148).

Nach dem Beginn seines Rückzugs ist dies die erste Phase über die er selber erzählt, mit anderen Schülern gut klar gekommen zu sein. Möglicherweise hat er sich seinen Mitschülern mehr geöffnet als in der Zeit der fünften und sechsten Klasse. Dies könnte ein Ergebnis der therapeutischen Behandlung in der Tagesklinik sein. Für diese Zeit der siebten bis zehnten Klasse bleibt unklar, inwieweit 8 11 es weiterhin vermieden hat raus zu gehen. Insofern bleibt bezüglich des Verständnisses der Äußerung „ziemlich gut mit den Leuten klar kommen“ auch unklar, ob sich 8 11 beispielsweise in seiner Freizeit mit anderen Schülern getroffen hat oder ob sich die Sozialkontakte nur auf die Begegnung in der Schule beschränkt haben.
Abgesehen von den o. a. psychischen Auffälligkeiten beschreibt 8 11 insgesamt keine Lernschwierigkeiten während seiner Schulzeit bis zur zehnten Klasse.
Diese Situation verändert sich mit dem Besuch der elften Klasse.

8.3.3 Verweigerung des Schulbesuchs und Beginn des „jahrelangen“ Computerspielens

Nach der zehnten Klasse möchte 8 11 ein Fachabitur erreichen und wechselt deswegen auf eine andere Schule. Dort bricht er den Schulbesuch schon nach einem Tag aufgrund von Mobbingerfahrungen ab. Er verweigert sich anschließend „komplett“ (50) dem weiteren Schulbesuch. Seine Aussage „da habe ich dann (2) gesagt, nee, mache ich

nicht mehr, da gehe ich gar nicht mehr hin“ (51) lässt im Zusammenhang mit seiner abrupten Entscheidung vermuten, er könne früher schon einmal gemobbt worden sein, wobei sich dies seiner Beschreibung nach nur auf die Zeit vor der siebten Klasse beziehen kann. Aufgrund seines Abbruchs hält er sich anschließend vier Monate in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie auf. In diesem Zusammenhang wird erstmals sein geringes Selbstvertrauen deutlich, das während des Aufenthalts gestärkt wird. Dieses geringe Selbstvertrauen ist eine Erleidenslinie, die sich bis in die Gegenwart zieht. 8 11 beschreibt dies als sein größtes Problem (531; siehe hierzu auch 8.3.6 Selbstbild- und Fremdbild), das seine Verlaufskurve mit beeinflusst (8.3.7).
8 11 erinnert sich an eine Couchecke der Psychiatrie, in der „alle immer saßen und geredet haben. Fand ich ziemlich schön.“ (315).

Die soziale Einschließung von anderen Patienten empfindet 8 11 als schön und er fühlt „Zufriedenheit“ (319). Gegenwärtig vermisst er die Gefühle dieser Situation etwas (326).
Sein gestärktes Selbstvertrauen verschwindet innerhalb kurzer Zeit wieder, nachdem er „im alten Trott wieder drin“ (57) ist. Zudem beschreibt er den Erhalt von Selbstvertrauen generell als schwierig, wobei er keine Ursachen für den Rückgang seines Selbstvertrauens nennt. Da er die Schule nicht mehr besucht hat, kann sich seine Bemerkung nur auf gewohnte Strukturen im Elternhaus beziehen, die eine Aufrechterhaltung seines Selbstvertrauens verhindern. In der Schilderung der Veränderung, die durch seinen Auszug in eine betreute WG stattgefunden hat, wird deutlich, dass 8 11 zu Hause keine Verantwortung übernehmen musste. Erst durch den Auszug wird er selbstständiger und übernimmt mehr Eigenverantwortung.
Nach dem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beginnt er ein Jahr „ziemlich intensiv“ (60) online mit dem Computer zu spielen. 8 11 schließt in dieser Zeit erste Internetbekanntschaften, bewertet sie allerdings als „total unwichtig“ (353). Ob sich sein Tagesrhythmus dabei ebenso verschoben hat wie in einer späteren Phase (8.3.4) bleibt unklar. Nach diesem Jahr versucht 8 11 erneut, die elfte Klasse zu besuchen. Er wechselt dazu die Schule, bricht den Besuch aber nach einem halben Jahr wieder ab. Er fühlt sich von den anderen unangenehm beobachtet. Paradoxerweise beschreibt 8 11 seine Mitschüler als „ziemlich nett“ (66). Er bleibt teilweise mehrere Wochen lang von der

Schule fern und schreibt aufgrund seiner Lerndefizite schlechte Noten. 811 realisiert, nicht mithalten zu können, und ist frustriert. Aufgrund dessen hat er „keine Lust“ (73), die Schule weiterhin zu besuchen.
Anschließend spielt 8 11 mehrere Jahre lang verschiedene Onlinespiele.

8.3.4 „komplett computerbesessen“ (726)

Der Zeitraum, in dem 8 11 erneut und seiner Bezeichnung nach „jahrelang“ (371) Computer spielt, muss sich ungefähr von 2006/07 bis 2009 erstrecken. In dieser Zeit besteht sein Tagesablauf aus schlafen, nach dem Aufstehen den Computer zu benutzen, den er auch als Grund für das Aufstehen bezeichnet, auf die Toilette gehen und essen von Mahlzeiten, die ihm seine Mutter zubereitet hat. Dabei verschieben sich die Zeiten, in denen er wach ist, häufig in die Nacht.
Die Spiele werden bis auf „World of Warcraft“[7] nicht genannt. Neben seiner Spieltätigkeit, die er scheinbar eher als aktive Phasen wertet, gab es Wechsel zu verstärkt passiven Phasen, in denen 8 11 zwölf bis sechzehn Stunden täglich online gewesen ist, aber teilweise nur vor dem Computer gesessen und nichts gemacht hat. Nach der Überwindung dieser passiveren Phasen, wobei unklar bleibt, was genau er überwindet, beginnt er wieder in großem Umfang zu spielen. Es scheint wiederholt einen Wechsel zwischen diesen Phasen gegeben zu haben.
8 11 beschreibt einen Kreislauf des Empfindens, denn sobald das Ende eines Spiels absehbar wird, macht das aktuelle Spiel keinen Spaß mehr und er sucht sich ein alternatives Online-Spiel aus. Das absehbare Ende eines Spiels scheint ihm unangenehm zu sein, als ob er sich nicht mit den Folgen bei Alternativlosigkeit auseinandersetzen wollte.
Innerhalb des o. a. Zeitraums besucht 8 11 aufgrund seines Übergewichts eine Psychosomatische Klinik. Der Aufenthalt wird zeitlich nicht eingrenzt und über den Verlauf berichtet 8 11 undeutlich:
„Das Ziel war Abnehmen, aber (2) war dann doch mehr (3), weil psychosomatisch halt.“ (154 f)

[7] World of Warcraft (dt. Welt der Kriegskunst) ist ein Massively Multiplayer Online Role-Playing Game (MMORPG), das viele Spieler gleichzeitig über das Internet spielen.

Möglicherweise stand das eigentliche Ziel „Abnehmen“ nach seinem Verständnis nicht im Vordergrund. Zu seinem Körperempfinden siehe auch 8.3.6.

Während dieser etwa dreijährigen Phase besitzt 8 11 kein eigenes Geld, was er wohl auch nicht wollte. Er lässt sich „durchfüttern“ (380). In Abgrenzung zu den persönlichen Veränderungen, die 8 11 durch seinen Auszug erlebt, wird deutlich, dass er im Elternhaus nicht selbstständig sein oder eigenverantwortlich handeln musste. Das Verhalten der Eltern oder der Mutter ist schwer zu interpretieren. Sie scheinen das stark verweigernde Rückzugsverhalten von 8 11, das in fast vollständiger Abschottung von der realen Umgebung endet, einerseits akzeptiert zu haben, andererseits müssen die therapeutischen Behandlungen mit ihrer Zustimmung oder ausdrücklichen Unterstützung erfolgt sein. Die frühe Behandlung im Kindesalter lässt eher die Abwesenheit von prekären Verhältnissen im Elternhaus vermuten.
8 11 ist in dieser Zeit in mehreren Bereichen von Exklusion betroffen. Seine Möglichkeiten der kulturellen Teilhabe, vor allem der am Bildungswesen, sind aufgrund seiner psychischen Voraussetzungen stark beeinträchtigt. Ein Besuch der Sekundarstufe II ist ihm nicht möglich und in der Folge kann er ein zweifach angestrebtes Ziel, das Fachabitur, nicht erreichen, obwohl seine Leistungsfähigkeit dafür ausreichend sein müsste. Die materielle Teilhabe wird über sein Elternhaus sichergestellt, wobei sich die von 8 11 favorisiert genutzten Dinge auf einen funktionierenden Computer und einen Internetanschluss beziehen und eine weitergehende materielle Teilhabe keine Bedeutung zu haben scheint.
Ein Integrationsversuch in den Arbeitsmarkt findet zunächst nicht statt. Die sozialen Nahbeziehungen beschränken sich real auf die Kontakte zu seiner Mutter und eventuell zu seinem Vater. Online scheint 8 11 verschiedene Kontakte über die Chatfunktion der Onlinespiele zu pflegen. Neben der Absprache von Spielentscheidungen, um beispielsweise einen Spielcharakter weiter zu entwickeln oder um einen Spielgegner zu besiegen (704), nutzt 8 11 die Kontakte größtenteils auch zum Austausch über private Gesprächsthemen (716).

Dieser exkludierende Prozess kommt um das Jahr 2009 im Rahmen einer Betreuung der Familie durch die Gesellschaft ´standpunkt.`[8] zu einem Wendepunkt.

„Ja, und dann kam irgendwann nach einem halben Jahr oder so, dass ich vielleicht ausziehen könnte, also ob nicht ausziehen möchte, weil sie eine betreute WG machen und das wäre eigentlich ziemlich perfekt. Und dann habe ich einfach Ja gesagt und (4) und bin dann in meine Wohnung mit zwei Nachb-, äh, mit zwei WG-Mitbewohnern. Äh (5) ja. (5)“ 00:06:14-6 (87-90)

8.3.5 Auszug und Beginn eines Beschäftigungsverhältnisses sowie der Veränderung seines Selbstbildes

Zwischen den Mitarbeitern von ´standpunkt.` und den Eltern oder nur der Mutter und 8 11 kommen Gespräche über die Möglichkeit und den Vorteil eines Auszugs von 8 11 aus dem Elternhaus zustande. 8 11 wird angeboten, in eine durch ´standpunkt.` ambulant betreute Wohngemeinschaft (WG)[9] zu ziehen, und er entscheidet sich dafür. Er empfindet dies als „ziemlich perfekt“ (88) und beschreibt sein Zimmer und die Einrichtung als „ziemlich gut“ (566), wobei einige Wünsche von 8 11 offen bleiben, da ´standpunkt.` diese nicht finanzieren kann.

[8] ´standpunkt.` ist eine in Essen ansässige Gesellschaft für sozialtherapeutische Netzwerke mbH und arbeitet mit Familien, in denen eine psychische - und/oder Suchterkrankung vorkommt. Die Erkrankung kann sowohl die Eltern als auch die Kinder betreffen.
Die Arbeit von ´standpunkt.` selbst wird als ganzheitlich und systemisch beschrieben. Alle beteiligten Systeme sollen in einem Netzwerk zusammen arbeiten. Als Ziel wird u. a. das Finden von Wegen in ausweglos erscheinenden Situationen angegeben. Das Erreichen der Ziele wird in der Reduktion der Symptome, der Entlastung der Familie und/oder der Umfelder und der Vermeidung von stationären Maßnahmen gesehen. Zu den angebotenen Leistungen, die in Bezug auf die familiäre Situation von 8 11 passen würden, zählen: Familientherapie, Eltern- und Familiencoaching oder Systemisches Clearing (vgl. Homepage von ´standpunkt.`, Bereich Leistungen, 19.12.2010).

[9] Seit November 2009 „leben drei jungen Menschen zusammen, die auf Grund von Krankheit bzw. schwierigen Dispositionen mit den alltäglichen Herausforderungen zu kämpfen haben. Durch die ambulante Betreuung erhoffen sie sich eine Entwicklung, die dem Bestreben nach Unterstützung als auch dem Wunsch nach Eigenständigkeit gerecht wird.“ (Homepage von ´standpunkt.`, Bereich Leistungen, 19.12.2010).

Als Veränderungen, die sich durch seinen Auszug ergeben haben, nennt 8 11, er sei selbstständiger geworden und übernehme mehr Eigenverantwortung in Abgrenzung zu dem Leben in seinem Elternhaus.

Innerhalb von fünf Monaten wird 8 11 über das Jobcenter, das er in Begleitung einer Mitarbeiters von ´standpunkt.` besucht, das Angebot gemacht, sich eine Beschäftigung im Sozialwerk anzuschauen. Er entscheidet sich:
„OK, mache ich hier mit, damit ich was lerne, damit ich vorankomme. (3) Ja.“ (95-96)

Die von ihm im Sozialwerk zu erledigende Arbeit bezeichnet er einerseits als zu monoton, andererseits als überfordernd, wenn zu viele Tätigkeiten auf einmal ausgeführt werden sollen. Der Arbeitsablauf hat sich für ihn mit der Zeit persönlich gebessert (463) und er bewertet seine Arbeitssituation als „im Großen und Ganzen gut, (3) ich komme eigentlich auch gerne hier her“ (474).

Seine Kollegen findet 8 11 „eigentlich alle ziemlich nett“ (478), ihn nervt nur, wenn sie andere für ihre eigenen Aufgaben verantwortlich machen. 8 11 scheint in die Arbeitsabläufe des Sozialwerks und in den Kreis seiner Kollegen gut integriert zu sein.
811 entwickelt ansatzweise eine berufliche Perspektive über die Zeit der Beschäftigung beim Sozialwerk bis Ende Februar 2011 hinaus. Neben einem neuen Versuch, ein Fachabitur zu erreichen, überlegt 8 11 eine Ausbildung im Elektronikbereich, da dieser ihn interessiert, zu absolvieren. Mit einem Mitarbeiter von ´standpunkt.` wird 8 11 zum Jobcenter gehen, „damit die einem nicht was vorsetzen, sondern man sich vielleicht mal was aussuchen kann. Vielleicht haben sie ja was“ (804 ff).

Die Veränderung seiner Einstellung beschreibt 8 11 auch in Bezug auf die Nutzung des Computers.

„Aber jetzt erlaube ich es mir, früher habe ich mir so gedacht, wenn ich Computer spiele, das ist scheiße, das ist nicht gut. (.) Ich komme eh nicht voran und jetzt ist es eigentlich, dass ich mir erlaube, weil ich

jetzt was mache, °weiß ich nicht°, ist es besser für mich, kann ich (2), gehe ich damit besser um“ (98-101).

Im Zusammenhang mit der arbeitsmarktbezogenen Beschäftigung, die von ihm als seinen Lebensverlauf positiv beeinflussend und als gesellschaftlich favorisierter bewertet wird, entwickelt 8 11 einen stärker kontrollierten Umgang mit dem Computer und setzt die Benutzung in ein positives Verhältnis zu sich selbst. Das Ziel seiner Computernutzung hat sich verändert:

„8 11: Mh, ja. (3) Früher war ich halt komplett computerbesessen. Da ging halt gar kein anderer Gedanke mehr. Jetzt ist es eigentlich komplett, dass ich davon weg, ist nicht mehr ganz so wichtig. Ist natürlich, kann nicht ohne, aber das ist dann meist nicht wegen den Spielen, sondern wegen den Personen halt. Weil, ich kenne nur die Leute da. (3) Ja. 00:46:55-2 (726-729).

8 11 lebt nach wie vor in einer eher exkludierten Position in Bezug auf Einbindung in reale und nicht nur virtuell vorhandene soziale Netze. Seine Internetbekanntschaften bezeichnet er als gut, allerdings kennen die Bekannten ihn nicht persönlich. Hierbei bleibt offen, ob 8 11 mit einer Ablehnung seiner Person im Falle einer realen Begegnung rechnet.

Durch die o. a. Entwicklung wird die durch viele Einzelprozesse bedingte Wendung, in deren Vollzug sich 8 11 gegenwärtig befindet, deutlich. Seine Lage ist durch das Wohnen in einer betreuten WG und die Beschäftigung beim Sozialwerk schon durch mehr gesellschaftliche Zugehörigkeit im Rahmen institutioneller Teilhabe und Einbindung in die gesellschaftliche Arbeitsteilung gekennzeichnet. Zudem befindet er sich auf dem Weg, eine inkludiertere Position zu erreichen, indem Pläne zu einer weitergehenden Einbindung in den Arbeitsmarkt und zur kulturellen Teilhabe im Bereich der Bildungsbiografie entwickelt werden. Seine materiellen Teilhabemöglichkeiten sind nach wie vor begrenzt, könnten sich jedoch mit zunehmender Einbindung in den Arbeitsmarkt verändern. Gleichzeitig werden sie nicht als Nachteil empfunden. Die Einbindung in soziale Netze ist bislang ebenfalls sehr wenig vorhanden. Die Netze überschneiden sich wahrscheinlich

stark mit den Sozialkontakten im Rahmen seiner Beschäftigung beim Sozialwerk und seiner Betreuung durch „standpunkt."

Gegenwärtig benennt 8 11 zwei Probleme, die sein Leben bestimmen. Das größte ist sein mangelndes Selbstvertrauen und das zweitgrößte sein Übergewicht. Beide werden im folgenden Punkt besprochen.

8.3.6 Selbst- und Fremdbild

8 11 hat nach eigener Aussage ein sehr geringes bis gar nicht vorhandenes Selbstvertrauen:

„Selbstvertrauen habe ich gar nicht, also gar keins." (503).

Dies liege in seinem Übergewicht begründet, mit dem er nicht zufrieden ist:

„das gefällt mir einfach nicht. Da kann ich dann auch nicht selbstbewusst sein, also (.), was ich halt von mir halte. Und das zieht eigentlich alles andere mit runter." (511 ff).
Ein stärkeres Selbstbewusstsein hätte 8 11, wenn ihm

„die Meinung anderer scheißegal wäre. //mmh// (5) Ist sie aber nicht. @//mmh//@ Sollte aber, das weiß ich. (8)" (518 f).

Die Unzufriedenheit mit der eigenen Person wird durch die Meinung anderer beeinflusst. Möglicherweise bezieht sich dies auf die Zeit der starken Isolation in der fünften und sechsten Klasse und auch auf die als drastisch empfundene Mobbingerfahrung am ersten Tag des ersten Besuchs der elften Klasse. 8 11s geringes Selbstbewusstsein lässt ihn ungern seine eigene Meinung vertreten.
„Keine Ahnung, (.) könnte man hinterlistig nennen, ich denke mir meinen Teil nur. Ich nenne das nicht offen. Was dann ziemlich schnell zu einem Problem führen könnte. //mmh//@Mh@. (3) Jo. (2) Keine Ah-, hab kein Vertrauen zu den Menschen, (.) zu den meisten, nur die, es auch beweisen, also, (4) mh." (638 ff).

Mit der Beeinflussbarkeit durch die Meinung anderer geht ein starkes Misstrauen gegenüber anderen Menschen einher. Diese Erleidenslinie zieht sich wohl seit dem Hundebiss durch sein Leben. Eine genauer Anfangspunkt ist nicht aufzeigbar. Möglicherweise hat sich sein Misstrauen gegenüber anderen Menschen im Zusammenhang von realen sozialen Ausgrenzungs- erfahrungen und deren durch seine psychische Verfassung beeinflusste Interpretation entwickelt. Er benennt „sich anzupassen“ (593) an die Tätigkeiten anderer Menschen und „normal zu sein“ (608 f), um akzeptiert zu werden, als zwei Aspekte, die für ein Leben in der Gesellschaft erforderlich und wichtig sind. Als Beispiel für eine Anpassungsleistung, die zu erbringen ist, nennt er, Geld zu verdienen. 8 11 sieht zwei Möglichkeiten, sich in der Gesellschaft zu verhalten, entweder ein „Arschloch“ (614) zu sein oder „viel Selbstvertrauen“ (618) zu haben. Die Verzahnung von realer und empfundener sozialer Exklusion sowie deren gegenseitiger Beeinflussung wird hierbei deutlich und eine detailgenaue Trennung der Prozesse ist auf Grundlage der Interviewdaten nicht möglich.
Es bleibt ebenfalls offen, wie ein Vertrauensbeweis (634) für 8 11 aussieht. Während des Interviews hat 8 11 wiederholt Schwierigkeiten, sich an genaue Umstände und Gründe zu erinnern. Er thematisiert dies selber, es sei „viel weggegangen eigentlich, total viele Erinnerungen“ (299). Es kann dabei der Eindruck entstehen, als ob 8 11 teilweise Erlebnisse, wie z. B. das des Hundebisses, überzeichnet oder bewusst Detaillierungen weglässt, um sich selber nicht als psychisch krank oder problembelastet thematisieren zu müssen. Beispielsweise erinnert er nach eigener Aussage nicht mehr die Gründe seines Besuchs beim Therapeuten in der Kindheit und auch nicht die Umstände, unter denen die Betreuung durch ´standpunkt.` zustande kommt. Die Auflösung dieser Spannung ist aufgrund der Interviewdaten nicht möglich.

Der gesamte vorgestellte Prozess der Exklusion und seiner Verlaufskurve ist unter dieser Verbindung von realer und empfundener Exklusion zu sehen. Da die Trennung schwer möglich ist, wird in der Darstellung der Verlaufskurve ein Schwerpunkt auf die im theoretischen Teil dieser Arbeit beschriebenen Exklusionsaspekte gelegt.

8.3.7 Verlaufskurve und Wandlungsprozess

Die erste durch 8 11 erzählte Aufschichtung von Verlaufskurvenpotenzial findet durch den Hundebiss und seinen anschließend beginnenden Rückzug statt. Zwar schildert sich 8 11 als Jungen, der sich vorher ständig draußen aufgehalten hat, allerdings wird das Hundeerlebnisses als so wirkmächtig dargestellt, dass auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden muss, dass 8 11 im Vergleich zu anderen Kindern ein verstärkt ängstliches Kind gewesen ist. Ob eine weitergehende innerfamiliäre Belastung vorliegt oder vorgelegen hat, kann nicht geklärt werden. Sein Rückzug der mit einer Abneigung, nach draußen gehen zu wollen, einhergeht, ist eindeutig reaktiv und nicht intentional. Möglicherweise wird 8 11 während dieser Zeit zumindest temporär durch einen Therapeuten behandelt. Trotz weitestgehender Verweigerung des Kontakts zu seinen Mitschülern schafft es 8 11 bis zur sechsten Klasse ein labiles Gleichgewicht zu finden.
Bis zu seiner langjährigen Phase des Computerspielens wechseln sich Phasen des labilen Gleichgewichts, in denen 8 11 eine Schule besucht, mit Phasen weitergehender Destabilisierung, die in einem ambulanten oder stationären Aufenthalt enden, ab. Aus dem Interview wird deutlich, dass 8 11 psychisch stark belastet ist, allerdings bleibt eine genaue Diagnose unbekannt. Zwischen dem Alter von 12 und 19 Jahren scheint diese Belastung phasenweise stärker und schwächer zu wirken. Zu einem endgültigen und fast gänzlichen Rückzug aus der realen Welt kommt es, nachdem der zweite Versuch, die elften Klasse zu besuchen, scheitert. 8 11 beschreibt sich als „komplett computerbesessen“ und er habe keine anderen Gedanken als computer- und spielbezogene gehabt. Er wird in dieser Zeit vollständig durch seine Mutter versorgt.
Eine Wendung beginnt 2009 mit dem Kontakt zu der Gesellschaft ´standpunkt.` 8 11 zieht nach vorbereitenden Gesprächen aus seinem Elternhaus aus in eine betreute WG. Innerhalb von fünf Monaten beginnt er durch vermittelnde Hilfe eine Beschäftigung beim Sozialwerk und entwickelt bis in die Gegenwart, ebenfalls mithilfe professioneller Unterstützung, ansatzweise Perspektiven einer beruflichen Zukunft.
Durch seinen Umzug und seine Arbeitsaufnahme wird 8 11 selbstständiger und eigenverantwortlicher und bewertet diese Veränderung

als schön. Er wird sich der Auswirkungen einer aktiveren Gestaltung auf seinen Lebensverlauf bewusster. Die Nutzung des Computers bestimmt weiterhin den restlichen Tagesablauf, jedoch hat sich seine Einstellung zur Nutzung verändert. Da er einer in den Arbeitsmarkt integrierenden Beschäftigung nachgeht, die er gegenüber seinem Computerspielen als besser bezeichnet, erlaubt er es sich nun, Computer zu spielen. Er ist fähig geworden, eine distanziertere Haltung gegenüber dem Computerspiel und seinen Auswirkungen einzunehmen. Zudem ist es ihm den Versuch wert, sein zweitgrößtes Problem, das Übergewicht zu reduzieren, anzugehen, wobei er einbezieht, dass dies länger dauern könnte.
In den o. a. Veränderungen seines Verhaltens und seiner Einstellungen wird sein bisheriger innerer Wandlungsprozess deutlich. Sollte diese Entwicklung weiterhin in eine positive Richtung zu mehr Inklusion führen, wird es zunehmend wahrscheinlicher, dass sich auch 8 11s größtes Problem, sein mangelndes Selbstvertrauen, verkleinern wird.

9. Casablanca: „der hat mich schwer gemacht“ (379)

9.1 Biografische Kurzeinführung

Casablanca (Cas) wird 1962 als Bruder von acht Geschwistern in der Stadt Casablanca in Marokko geboren. Von seinen Eltern wird nur der Vater erwähnt, er arbeitet im Hafen von Casablanca. In den Schulferien arbeitet Cas bei einem Metzger und erlernt dort teilweise das Handwerk. 1981 besucht Cas für drei Monate als Tourist seine Schwester in Deutschland und lernt seine erste Frau kennen. Ihre Hochzeit findet 1982 in Marokko statt und seine erste Frau wird schwanger. 1983 wird ihr Sohn in Deutschland geboren und Cas wohnt mit seiner Familie in einer mittelgroßen Stadt am Niederrhein. Nach drei Jahren wird die Ehe 1985 geschieden und Cas wird zum ersten Mal aufgefordert, Deutschland innerhalb von zwanzig Tagen zu verlassen. Er stellt einen Asylantrag, der 1987 abgelehnt wird und ein zweites Abschiebeverfahren beginnt. Aufgrund der Sorge für seinen Sohn erhält Cas bis 1992 den Status eines Geduldeten. Im selben Jahr soll er wieder abgeschoben werden, jedoch heiratet Cas seine zweite Frau. Aus der zweiten Ehe, die 1995 geschieden wird, geht eine Toch-

ter hervor. Nach der Scheidung arbeitet Cas, er wird aber 1998 arbeitslos und zum vierten Mal aufgefordert, Deutschland zu verlassen. Durch einen Hinweis findet er innerhalb weniger Tage eine neue Arbeitsstelle und seine Aufenthaltsgenehmigung wird verlängert. Er beantragt ein dauerhaftes Visum und setzt 1999 ein Einbürgerungsverfahren in Gang, das mit seiner Einbürgerung 2000 erfolgreich endet.
2001 findet ein Besuch zweier Bekannter von Cas und einem 17-jährigen Mädchen in Cas Wohnung statt. Hierbei wird Geschlechtsverkehr vollzogen, wobei nicht definitiv geklärt werden kann, zwischen wem genau. Cas wird in der Folge von dem Mädchen beschuldigt, er habe es vergewaltigt. Er selber betont wiederkehrend, er habe keinen Geschlechtsverkehr mit ihm gehabt. Von einem ihm Unbekannten wird er angezeigt und polizeiliche Ermittlungen beginnen. Cas vertraut seinem Anwalt nicht und bricht den Kontakt zu ihm ab. Im Jahr 2002 findet ein Prozess statt, bei dem Cas zu einer Haftstrafe verurteilt wird. Er wird von Juli 2003 bis Juni 2006 in verschiedenen Gefängnissen im Ruhrgebiet inhaftiert. Bis zu seiner Haftzeit konsumiert Cas regelmäßig Alkohol, die Menge ist allerdings nicht bekannt. Auch Cannabis wird von ihm erwähnt. Während seiner Haft absolviert er deswegen eine Therapie. Anschließend lebt er vier Jahre auf Bewährung unter Aufsicht in der Stadt Essen. Während dieser Zeit beginnt er, mit Bekannten in einem Park Alkohol zu trinken. Er erkennt eine negative Auswirkung des Trinkverhaltens auf seine Lebensführung und wechselt aufgrund seiner sozialen Nahkontakte einmal den Wohnsitz. 2010 wird ihm durch das Jobcenter der Ein-Euro-Job[10] beim Sozialwerk angeboten. Durch seinen Wohnungswechsel und seine Anstellung beim Sozialwerk sowie die vorausgehende Stabilisation durch die Bewährungshilfe scheint sich ein Wendepunkt abzuzeichnen.

[10] Ich greife mit ´Ein-Euro-Job` die umgangssprachliche Beschreibung, die auch Casablanca benutzt auf. Die formal richtige Bezeichnung der Beschäftigung lautet ´Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung`.

9.2 Kontaktaufnahme und Interviewsituation

Ich treffe Cas wie Elke und 8 11 im gastronomischen Bereich des Sozialwerks. Wir nehmen uns Kaffee und Wasser mit und gehen in ein Sitzungszimmer des Sozialwerks. Das Interview dauert ungefähr zwei Stunden und fünfzehn Minuten, die Erzählung der Lebensgeschichte ist etwa nach einer Stunde und 45 Minuten abgeschlossen.
Nach meinem Erzählimpuls beginnt Cas die Narration seiner Lebensgeschichte und folgt dabei größtenteils einer chronologischen Linie. Er unterbricht dabei häufig die Narration und thematisiert sich selbst oder Generelles zu einem von ihm angesprochenen Aspekt. Teilweise schildert er dasselbe Erlebnis oder dieselbe Einstellung mehrere Male an unterschiedlichen Stellen des Interviews. Dies zeigt sich insbesondere bei der Beschreibung des Verhaltens anderer Menschen ihm gegenüber, die er als sein Leben schwer oder kaputt machend empfindet. Hierzu zählen am häufigsten Schilderungen seines Pflichtverteidigers und des Richters, der Mitarbeiter in Ämtern oder Behörden und der ihn jeweils ablehnenden Schwiegerelternteile. Der Umschwung im Verhalten der Ehefrauen, von einem ihn liebenden zu einem ihn hassenden Verhalten nach den Scheidungen, wird ebenfalls wiederholt thematisiert. Da sich Cas um eine chronologische Linie bemüht, werden teilweise nur Ausschnitte der Erlebnisse angesprochen und Cas bricht diese eingeschobenen Ausschnitte größtenteils ab, wenn er bemerkt, zu weit von seiner eigentlichen Erzählung abzukommen. Die beschriebenen Empfindungen des Verhaltens anderer bleiben über die verschiedenen Erwähnungen hinweg sehr ähnlich bis gleich.
Zu Beginn des Interviews siezen wir uns, jedoch schlägt Cas nach viereinhalb Minuten vor, dass wir uns duzen können, da dies einfacher für ihn sei. Cas erzählt sehr schnell und gestikuliert teilweise stark im Zusammenspiel mit seiner Mimik. Teilweise entsteht dadurch eine stark emotional geprägte Erzählweise, die sein inneres Erleben authentisch nach außen abzubilden scheint. Häufig beendet er Sätze nicht und es entsteht der Eindruck, er habe einen Gedanken noch nicht ganz ausgesprochen und möchte schon den nächsten sagen. Ich bemerke, wie ich während des Interviews manche seiner Gesten und Darstellungsweisen so einschätze, dass mit seinem südländischen Temperament zusammenhängen könnten.

Das von Cas gesprochene Deutsch ist mit grammatikalischen Fehlern versehen, ich kann ihn jedoch bis auf wenige Stellen gut verstehen. Cas wählt sich den Codenamen ´Casablanca` aus, da er die Stadt Casablanca als seine zweite Heimat, die er liebt, bezeichnet. Er lebt zwar seit 1983 ohne Unterbrechungen in Deutschland und sein letzter Besuch in Marokko fand vor zehn Jahren statt, jedoch fühlt er sich seiner Heimat nach wie vor sehr verbunden und spricht sehr positiv oder sogar euphemistisch von ihr.

9.3 Analytische Abstraktion

9.3.1 Cas Kindheit und Jugend in Marokko

Cas schildert seine Kindheit und Jugend sehr positiv. Er ist früh aufgestanden, hat viel gelacht und sich aufgrund des Sonnenscheins auf den Tag gefreut. Während der Schulferien arbeitet Cas bei einem Metzger und verdient dadurch etwas Geld. Cas beschreibt sich zu dieser Zeit als schnell lernend und der Metzger habe ihm mündlich bestätigt, er könne schon so viel, als ob Cas die Prüfung schon abgelegt hätte.
Das Ausüben eines Ferienjobs, um Geld zu verdienen, könnte Ausdruck einer wirtschaftlich eher schwachen Haushaltslage sein, da Cas acht Geschwister hat und die Berufstätigkeit seines Vater nur als im Hafen von Casablanca arbeitend umschrieben wird.
Cas stellt seinen Vater sehr positiv dar. Dieser bringt seiner Familie als Jäger Tiere wie Hummer und Fasan und er nimmt Cas erste Frau wie eine Tochter für acht Monate in die Familie auf. Cas vermutet einmal, er habe die Kraft, den Gerichtsprozess durchzustehen, von seinem Vater bekommen, und er beschreibt seinen Vater als heiligen Vater (881). Als dieser im Jahr 2003 verstirbt, empfindet es Cas als „Hölle“ (882), im Gefängnis sein zu müssen und nicht bei der Beerdigung dabei sein zu können. Die Mutter von Cas wird im Gegensatz dazu an keiner Stelle erwähnt. Im Zusammenhang mit Cas Frauenbild (9.3.9) wird der Eindruck verstärkt, dass Cas Geschlechter- verständnis sowie sein Weltbild durch patriarchale bzw. sexistische Strukturen geprägt sind.

Die Beschreibung seiner Kindheit und Jugend abschließend und zu seinem Aufenthalt in Deutschland im Alter von neunzehn Jahren überleitend resümiert Cas:
„Also, war schöne Zeit in Marokko, in Casablanca, ich habe (.) schöne Zeit. Ich habe jeden
Tag gelacht, aufstehen. Ich lache gerne. 00:03:51-9
Ja und dann mein Schicksal hat mich hier hin, wie sagt man, verschlagen. 00:03:57-1" (59-62)

9.3.2 Erste Heirat und Scheidung

Als einziges weiteres Familienmitglied wird eine Schwester von Cas genannt. Sie lebt verheiratet mit einem marokkanischen Mann, der von Cas als „Gastarbeiter“ (28) bezeichnet wird, in Deutschland. Cas besucht sie
1981 für drei Monate mit einem Touristenvisum. In der weiteren Erzählung der Lebensgeschichte taucht die Schwester nie wieder auf. Bei diesem Aufenthalt lernt Cas seine erste Frau kennen, die ihn „abgöttisch“ (34) liebt. Cas hingegen betont sein junges Erwachsenenalter, in dem er gerne gefeiert hat und die Beziehung zu seiner ersten Frau im Vergleich zu dieser weniger verbindlich gesehen hat. Beide halten sich acht Monate bei der Familie von Cas in Marokko auf, da Cas in Deutschland nicht heiraten kann. Während dieser Zeit fliegt Cas erste Frau nach Deutschland, um ein Dokument für die Hochzeit zu besorgen. Außerdem besucht sie eine deutsche Botschaft in Marokko. Die Aufnahme der ersten Frau in die Familie von Cas wird wie die Aufnahme einer eigenen Tochter beschrieben. Im Gegensatz dazu wird die Ablehnung seiner Person durch die Mutter der ersten Frau dargestellt, bei deren Eltern Cas mit seiner ersten Frau nach der Geburt des Sohnes 2003 vier Wochen lebt. Vordergründig sei die Mutter freundlich zu ihm, aber hinter seinem Rücken spreche sie über ihn. Ihre spätere Krebserkrankung bringt Cas mit Gottes Handeln in Verbindung, der sie für ihr Verhalten durch eine Verstärkung der Krankheit straft. In dem Wohnort sind nach Cas Auffassung viele ältere Menschen noch „Rassisten“ (121). Die Situation wird problematisch: „alles läuft hier schief und das und diese Stress“ (126 f) und Cas bereut seine Entscheidung nach Deutschland gekommen zu sein und sei-

ne Frau geheiratet zu haben. 1984 wird ein Scheidungsverfahren eingeleitet, vermutlich von der ersten Frau, denn Cas scheint die institutionellen Vorgänge wenig zu verstehen (siehe auch 9.3.8 Selbst- und Fremdbild). Im Gerichtsprozess berichtet Cas erste Frau von Gewalterfahrungen durch Cas, die von ihm geleugnet werden. Während des Trennungsjahres hat Cas eine Arbeitsstelle und erbringt die Unterhaltszahlungen für seinen Sohn. Nach der Scheidung wird Cas die Aufenthaltsgenehmigung entzogen. Cas beschreibt seine innere Verunsicherung und Orientierungssuche folgendermaßen:

„Zwanzig Tage war kur-, (.) wie soll ich machen? Und dann schicken die mich nach Hause und jetzt Kind da und ganz anders, Kopf gedreht.“ (190 f).

9.3.3 Abgelehnter Asylantrag und Verlängerung der Duldung

Cas beantragt Asyl und begründet dies mit der politischen Situation, die in Marokko aufgrund der Herrschaft von Hassan II vorliegt. Cas muss in ein Asylbewerberheim ziehen und darf den Kreis, in dem er wohnt, nicht verlassen. Er beschreibt es als „hammerhart“ (202), mit den anderen Menschen in einem Heim wohnen zu müssen. Den Besuch von Ämtern empfindet Cas als Denunzieren und er bezeichnet die Mitarbeiter als „Rassisten“ (204), die ihm das Leben noch schwerer machen. Diese Erleidenslinie der persönlichen Ablehnung durch Mitarbeiter von öffentlichen oder staatlichen Einrichtungen, Ämtern oder Behörden zieht sich bis in die Gegenwart durch Cas Lebensgeschichte. Diese Linie repräsentiert in der weiteren Darstellung politisch-institutionelle und kulturelle Exklusionserfahrungen, die allerdings im Zusammenhang mit seinem Selbstbild (9.3.8) zu sehen sind. Besonders zu beachten sind seine unzureichenden Deutschkenntnisse, die ihm die Kommunikation in und sein Verständnis von Prozessen und Situationen erschweren (155, 459 f, 1031). Nach einer persönlichen Anhörung bei der Zentrale des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration in Nürnberg wird sein Asylgesuch im Jahr 1987 abgelehnt. Erneut soll Cas Deutschland innerhalb von zwanzig Tagen verlassen. Durch die Beratung eines Anwalts und die Hilfe seiner Exfrau, die ihn

laut Cas immer noch liebt, kann er vor dem Familiengericht aufgrund der Sorge für den gemeinsamen Sohn seine Aufenthaltsgenehmigung verlängern.
Diese Aufenthaltsgenehmigung wird bis 1992 halbjährlich verlängert und Cas ist sich seines unsicheren Status bewusst. Er arbeitet zu dieser Zeit nicht. Der Kontakt zu seiner ersten Frau verschlechtert sich und sie reduziert den Kontakt des gemeinsamen Sohnes mit Cas auf ein zweiwöchentlich unter ihrer Beobachtung stattfindendes Treffen. Sein Sohn nennt ihn nicht mehr Papa, sondern bei seinem Vornamen. Cas empfindet das Verhalten seiner Exfrau als sein Leben beschwerend, zusätzlich zu seiner Arbeitslosigkeit und zu seinem unsicheren Aufenthaltsstatus.
1992 möchte Cas seinen Status als Geduldeter ändern und macht ein „bisschen Druck“ (260) beim Familiengericht, um eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung mit einer Arbeitserlaubnis zu bekommen. Sein Ersuchen wird abgelehnt, da der Sohn mittlerweile an die Mutter gewöhnt ist und er wird zum dritten Mal aufgefordert, Deutschland zu verlassen. Während dieser Zeit lernt Cas seine zweite Frau, die von ihm schwanger wird, kennen und sie entschließen sich zu heiraten. Anschließend fühlt sich Cas erleichtert wieder als „normaler Mensch“ (299), da sein Aufenthaltsstatus zunächst gesichert ist.

9.3.4 Zweite Heirat und Scheidung

Bevor Cas in Deutschland heiraten kann, muss die Scheidung von seiner ersten Frau auch in Marokko amtlich bekundet werden. Anscheinend unternimmt Cas von 1985 bis 1992 diesbezüglich keine Schritte. Möglicherweise hängt dies mit seinem Status als Geduldeter, in dem er eingeschränkte Rechte besaß, zusammen. Durch ein marokkanisches Konsulat in Deutschland wird Cas ein Schreiben für das deutsche Standesamt ausgestellt und die Heirat wird möglich. Die verwunderte Reaktion von Cas zeigt erneut, dass Cas zu diesem Zeitpunkt nur teilweise die Prozessabläufe und die an ihn gestellten Forderungen versteht.
Cas zweite Frau ist zum Zeitpunkt der Hochzeit 20 Jahre alt, er ist 30 Jahre alt. Möglicherweise findet die Hochzeit geheim statt. Cas beschreibt, er habe die Frau auch aus Mitleid geheiratet, denn sie hatte

eine schwere Kindheit. Im Alter von 16 Jahren wurde sie von ihrer Mutter verlassen und wuchs anschließend bei ihrem Vater auf, wobei sie den Kontakt zu ihm stark reduziert oder ganz abbricht. Die erste Zeit der Ehe lebt Cas mit seiner zweiten Frau und der gemeinsame Tochter in einer Wohnung in einem Hochhaus. Der Lebensunterhalt wird durch das Gehalt der zweiten Frau, die als Altenpflegerin arbeitet, bestritten. Cas ist zu dieser Zeit Hausmann und kümmert sich um die Erziehung der Tochter. Diese Zeit wird von Cas als schön bezeichnet.
Es entsteht ein Kontakt zu dem Vater der zweiten Ehefrau, der ihnen anbietet in seine günstigere Wohnung zu ziehen, da dieser in seine alte Heimat zurückgehen möchte. Cas ist zunächst misstrauisch, willigt aber ein. Der Vater besucht seine Tochter früher und länger als erwartet und es kommt zu Auseinandersetzungen zwischen Cas und ihm. Der zweite Schwiegervater redet wie die erste Schwiegermutter hinter seinem Rücken über Cas und dieser fühlt sich in der Wohnung des Schwiegervaters machtlos, etwas gegen seinen Schwiegervater auszurichten. Cas bezeichnet ihn als noch schlimmer als seine erste Schwiegermutter und als Rassist.
1995 verlässt Cas seine zweite Ehefrau und die gemeinsame Tochter, da er den Schwiegervater nicht aushalten kann und seine Frau zu diesem hält. Er zieht in eine sechs Kilometer entfernte Stadt, die in dem gleichen Kreis liegt. Mit seiner zweiten Ehefrau bleibt er zunächst in einem freundschaftlichen Verhältnis in Kontakt. Cas arbeitet zu dieser Zeit, wobei offen bleibt, in welchem Job. Unter der Woche telefoniert Cas mit seiner Tochter und an den Wochenenden besucht sie ihn. Es scheint Cas zu gefallen, dass sie ihn als coolen Papa bezeichnet.
Seine zweite Frau beginnt eine Partnerschaft mit einem Bekannten von Cas und wird von diesem schwanger. Bevor die Scheidung vollzogen ist, unterschreibt Cas eine Aberkennung der Vaterschaft. Später ändere sich das Empfinden der Frau gegenüber ihm in „Hass“ (417) und sein Leben werde durch sie erschwert, sodass er den Wunsch hat, Deutschland zu verlassen.

9.3.5 Viertes Abschiebeverfahren und Einbürgerung

Da Cas 1998 arbeitslos ist, wird ein viertes Abschiebeverfahren eingeleitet. Cas sieht sich in und mit der deutschen Gesellschaft lebend und beschreibt sein Empfinden:
„Schon wieder 20 Tage. Ich laufe eine Straße, mein Gott, hammerhart“ (468 f) und „ich bin schon, zwei Kinder habe ich hier. Ich bin schon hier mit, mit drin“ (474).

Sein Ersuchen, die Aufenthaltsgenehmigung aufgrund des regelmäßigen Kontakts zu seiner Tochter verlängern zu lassen, wird abgelehnt. Durch den Hinweis der Frau eines Freundes wird ihm die Telefonnummer einer Leiharbeitsfirma in seinem Wohnort vermittelt. Cas meldet sich dort und wird angestellt. Ein Mitarbeiter der Leiharbeitsfirma erzählt Cas nach einem Telefonat mit dem Ausländeramt, das Verhalten der Menschen sei durch Neid gegenüber Cas bestimmt. Cas schildert dieses Erlebnis als sehr eindrücklich und erklärt durch den Neid anderer wiederkehrend ihr ihn ablehnendes oder verletzendes Verhalten. Es zieht sich als deutliche Erleidenslinie bis in die Gegenwart. Die Leiharbeitsfirma verleiht ihn an eine Firma für Computerteile, die ihn nach einem Jahr fest anstellt. Cas beschreibt sich als fleißigen, pünktlichen und andere unterstützenden Arbeiter, der die Abläufe durch einfache Veränderungen gerne erleichtert. Bezüglich seines Aufenthaltsstatus beantragt Cas 1999 erfolgreich ein dauerhaftes Visum. Da Cas weiterhin damit rechnet, er könne wieder abgeschoben werden, entscheidet er sich, einen deutschen Pass zu beantragen. Seine erste, sehr zeitnah stattfindende Beantragung eines deutschen Passes, wobei ihn ein in Deutschland lebenden marokkanischen Lehrer unterstützt, wird abgelehnt, da ihm etwa acht Monate zur Frist von acht Jahren, die er unter den entsprechenden Bedingungen in Deutschland gelebt haben muss, fehlen. Der marokkanische Lehrer hilft ihm ein zweites Mal und wird von Cas als Geschenk Gottes bezeichnet. Im Jahr 2000 wird Cas zu einem Sprachtest eingeladen, den er erfolgreich besteht und anschließend eingebürgert wird.

9.3.6 Prozess wegen einer Vergewaltigung und Inhaftierung

Cas erzählt von falschen Freunden (1290), die er früher gehabt hat und die nur seine Freunde gewesen sind, wenn er Geld hatte. Es bleibt dabei unklar, ob sich seine Äußerung auch auf den Zeitraum vor seiner Haft bezieht oder erst auf die sich anschließende Zeit (9.3.7).
Im Jahr 2001 besuchen ein irakischer und ein marokkanischer Bekannter, die Cas als gute Leute bezeichnet, ihn in seiner Wohnung. Die beiden Besucher werden laut Cas von einem 17-jährigen bosnischen Mädchen, das in einer etwa 20 km entfernten Stadt wohnt, begleitet. Vor dem Besuch hat Cas Alkohol zu sich genommen (zu Cas Alkoholkonsum siehe auch 9.3.11). Das Mädchen wird von Cas als „Flittchen“ (653) und als „sexsüchtig“ (661) bezeichnet, es gehe nicht zur Schule und schlafe nicht zu Hause, wobei er erzählt, dies vorher nicht gewusst und erst später herausgefunden zu haben. Der marokkanische Bekannte verlässt nach einem gemeinsamen Tee die Wohnung. Laut Cas möchte das Mädchen eine Beziehung mit dem irakischen Mann beginnen, dieser möchte aber nicht, sondern nur mit ihr schlafen. Gleichzeitig wolle das Mädchen auch mit Cas schlafen, wobei dieser ablehnt. Es kommt nach Cas Erzählung zum Geschlechtsverkehr zwischen dem Mädchen und dem irakischen Mann. Anschließend beschuldige das Mädchen Cas in seiner Wohnung, er habe sie vergewaltigt und beide setzen sich beschimpfend und beleidigend auseinander. Das Mädchen und der irakische Mann übernachten dennoch bei Cas und verlassen am nächsten Tag die Wohnung. Das Mädchen besucht ihn wieder, um Geld zu erpressen, wobei Cas ihr kein Geld aushändigt.
Von einer Cas unbekannten Person wird Cas angezeigt und in der Folge von zwei Polizistinnen vernommen. Während dessen hat Cas Angst. Nach einer Nacht in Haft kommt er frei, da die Eltern des Mädchens der Aussage ihrer Tochter keine Glaubwürdigkeit beimessen, wie Cas wiederholend und dabei schlecht über das Mädchen redend berichtet.
Cas nimmt auf einen Hinweis der Polizei, den er möglicherweise falsch versteht, Kontakt zu seiner Versicherung auf, die ihn an einen Anwalt weiterleitet. Cas misstraut diesem Anwalt, da dieser ihn auffordert seine Akte zu kontrollieren, obwohl sich Cas mit rechtlichen

Dingen nicht auskennt. Er nimmt die Akte mit und antwortet nicht auf die Briefe des Anwalts, aufgrund derer Cas erneut eine Angst entwickelt, denn der Anwalt beschuldigt ihn, doch sexuellen Kontakt mit dem Mädchen gehabt zu haben. Nach drei Monaten trifft Cas den Anwalt zufällig in einer Spielhalle und wird von ihm aufgefordert, die Akte doch vorbei zu bringen. Cas bezeichnet den Anwalt wiederholt als Schwein oder Schweinehund.
Nach einem Hinweis einer Mitarbeiterin aus dem Jobcenter seines Wohnortes, dass dort die Ämter die Macht über ihn hätten, und Cas selber bemerkt, es seien alle gegen ihn, zieht er in eine etwa 100 km südlich gelegene Stadt. Hierbei wird er von einem marokkanischen Bekannten unterstützt, der ihm eine Wohnung sucht und auch eine Arbeitsstelle besorgen möchte. Cas scheint seine Beschäftigung bei der Computerfirma aufgegeben oder schon vorher verloren zu haben.
Im Juni 2002 wird Cas eine Ladung zu einem Gerichtsverfahren zugestellt. Cas vermutet, der Anwalt habe einen rassistischen Richter gefunden. Die Urteilsverkündung findet am 05.12.2002 statt und scheinbar dauert die Verhandlung nur einen Tag von 10 bis 18 Uhr. Die Nacht vor der Verhandlung schläft Cas bei seiner ersten Exfrau, die ihn auch während des Verhandlungstages begleitet. Laut Cas geht sie auch von seiner Unschuld aus.
Anscheinend beginnt das Verfahren ohne Anklageschrift, weshalb Cas meint, es dürfe gar kein Urteil geben. Cas beschreibt den Fragestil des Richters als sehr eindringlich und laut. Das Mädchen antwortet auf die Fragen des Richters, ob Cas es an den Haaren gefasst und die Wohnungstür abgeschlossen habe, zunächst ausweichend und, als dieser seine Fragen in o. a. Weise wiederholt, diese verängstigt bejahend. Die Körpersprache seines Anwalts empfindet Cas als Quälerei, da er ihn mit seiner Sitzposition mal zudeckt und dann wieder den Augen des Richters freigibt. Als Strafmaß schlägt die Anwältin des Mädchens zwei Jahre auf Bewährung vor, da Cas vorher noch nicht straffällig geworden war. Der Staatsanwalt, den Cas als Mensch bezeichnet, plädiert auf Freispruch. Diesen Freispruch bezeichnet Cas später als ihm „Power“ gebend (865), die Zeit der Haft zu überstehen. Cas wird zu einer Freiheitsstrafe verurteilt, von der er drei Jahre im Gefängnis verbringt und anschließend vier Jahre auf Bewährung mit Aufsicht lebt. Der Tag der Urteilsverkündung wird von Cas als Alptraum bezeichnet.

Die Zeit bis zu seinem Haftantritt im Juli 2003 lebt Cas alleine in der ihm noch unbekannten Stadt. Er trinkt Alkohol, jedoch lacht er dabei nicht mehr wie früher, sondern er weint (956).
Am 06.07.2003 tritt Cas seine Haftstrafe zunächst im offenen Vollzug an. In Gesprächen mit einer Psychologin wird sein Alkoholkonsum und auch der Konsum von Cannabis thematisiert. Cas wird für drei Monate in ein anderes Gefängnis im Ruhrgebiet verlegt, um eine Therapie zu absolvieren. Dort wird ihm die Hölle heiß gemacht und er muss ein „Nervenbad“ (993) aushalten. Cas fühlt sich schlecht behandelt, er darf wie ein Sklave nichts sagen und wird nicht mehr bei seinem Namen genannt, sondern zu einer Nummer degradiert. 2003 stirbt der Vater von Cas und er bezeichnet es ebenfalls als Hölle, nicht zu der Beerdigung gehen zu können.
Cas wird nach der Therapie in ein anderes Gefängnis verlegt, in dem er von 2004 bis 2006 inhaftiert bleibt. Cas ist dankbar, in dieses Gefängnis verlegt zu werden, denn in dem alternativen Gefängnis seien nur Mörder und Vergewaltiger inhaftiert. Zudem lernt Cas in der Gefängnisschule etwas Deutsch. Von den Mitarbeitern im Gefängnis wird er schlecht behandelt, indem sie andere Gefangene gegen ihn hetzen und ihn damit provozieren möchten.
Cas empfindet es als Zwang, in der Haft seine Tat einzugestehen und bereuen zu müssen. Er beschreibt einen Psychologen, der ihn verrückt und ihm das Leben schwer gemacht hat. Die Zeit im Gefängnis wertet Cas insgesamt als Hölle. Während dieser Zeit scheint der Kontakt zu seinen Kindern abzubrechen.
In den letzten fünf Monaten seiner Haft nimmt er Kontakt zu ´Start 84`, einer Essener Beratungsstelle für Straffällige und deren Angehörige, auf.
Cas wird ein Bewährungshelfer, den er als ganz netten Menschen (1084) bezeichnet, zugeordnet und ihm wird ein Zimmer vermittelt. Der Bewährungshelfer unterstützt Cas vergeblich darin, die letzten fünf Monate seiner Haft ebenfalls zur Bewährung aussetzen zu können, sodass Cas im Juni 2006 aus der Haft entlassen wird und nach Essen zieht.

9.3.7 Bewährung, Umzug und gegenwärtiges Beschäftigungsverhältnis

Cas wohnt nach seiner Entlassung im Essener Westen und bezeichnet seine Situation als „Katastrophe“ (1357). Dort würden viele Ausländer wohnen, es werde geschrien und Cas fängt an, mit den Leuten an einer Parkbank Bier zu trinken. Er trinke Bier zum Ablenken, da er besoffen nicht so viel nachdenken muss (1386). Im Nachhinein bezeichnet er die Leute als „scheiße Leute“ (1387) und er gehöre nicht da hin. Cas betet, er will aus dem Essener Westen weg ziehen und setzt dies in die Tat um, indem er sich durch extra lautes Musikhören bewusst kündigen lässt, da ihm das Jobcenter bei einer eigenen Kündigung keine neue Wohnung finanzieren würde. Mithilfe seines Bewährungshelfers kann Cas in eine Wohnung im Essener Norden ziehen und bezeichnet diese als „tausendmal besser als“ (1375) die vorherige. Er beschreibt sie als sauber, nur braucht er Geld für einen neuen Teppich und beim Anschließen der Waschmaschine benötigt er Hilfe. Gegenwärtig wäscht er seine Kleidung in der Badewanne.
Sehr zeitnah in Bezug auf seinen Umzug wird Cas 2010 durch das Jobcenter der Ein-Euro-Job beim Sozialwerk vermittelt. Für die Zeit zwischen Haftentlassung und dem Jahr 2010 beschreibt Cas nur eine achtmonatige Phase der Arbeitslosigkeit und es bleibt unklar, wodurch genau die restliche Zeit seiner Bewährung, die bis Juni 2010 andauert, bestimmt ist.
Cas arbeitet gerne im gastronomischen Bereich und dies ist auch die einzige Tätigkeit, die er ausüben möchte. Er mag es, den Kontakt mit den Gästen, die ihn alle höflich behandeln, zu haben und lehnt es ab, nur Geschirr zu spülen. In diesem Rahmen berichtet Cas von einer Anstellung, bei der aufgrund seiner Art innerhalb einer Woche die Zahl der Gäste in einem vorher menschenleerem Bistro deutlich gestiegen ist. Es bleibt allerdings unklar, wann diese Anstellung zeitlich einzuordnen ist. Um eine Anstellung nach seiner Beschäftigung beim Sozialwerk zu finden, braucht Cas Hilfe, wie er formuliert. Er möchte arbeiten und nicht zu Hause bleiben müssen. Im Sozialwerk bietet er sich Gästen als Hilfskraft für einfache Tätigkeiten an und hält es für möglich, über den Kontakt zu den Gästen an eine Anstellung zu kommen.

Bezüglich seiner Beschäftigung im Sozialwerk ärgert ihn manchmal seine Chefin, die ihm das Leben zur Hölle macht, allerdings ist dies nicht so schlimm. Er fühlt sich von ihr ausspioniert, gescheucht und zu Unrecht angemacht. Cas beschreibt sich selbst als fleißigen, gerne arbeitenden und sich dabei bewegenden Menschen. Die Bewegung ist für ihn ein Ersatz für andere sportliche Aktivitäten, die er zu Hause nicht betreibt.
Seinen Gesundheitszustand beschreibt er als gut, bis auf seine Zähne, die behandelt werden müssten. Er berichtet von einer Operation eines Daumens im Essener Uniklinikum, durch die dieser Daumen etwas weiter absteht als vorher und von einem Essener Zahnarzt, der ihn einmal behandelt hat. Beide Ereignisse wertet Cas als Quälerei und er möchte den operierenden Arzt verklagen.
Gegenwärtig hat Cas keine Freunde. Er beschreibt sich als Einzelgänger, aber er sei glücklich damit. Er ist mit ein paar Frauen bekannt, die er gelegentlich treffe. Cas beurteilt sein gegenwärtiges Leben als „normal“ (1189). Cas wünscht sich für die Zukunft einen richtigen Job, von dem er alle Mietkosten zahlen kann, von dem etwas für ihn übrig bleibt und er in Urlaub fahren kann. Weiterhin möchte er eine Frau haben und vielleicht noch einmal eine Familie gründen.

9.3.8 Selbst- und Fremdbild

Cas beschreibt sich als lockeren Menschen, der gerne lacht. Er trägt lange Haare, seine Haut ist immer braun und die Frauen würden von sich aus Kontakt zu ihm suchen. Er liebt seine Heimat und meint, sein Leben wäre dort anders verlaufen, er hätte dort ein Haus, die Sonne und das Meer. Cas hat sich, als er in Marokko seine Reise nach Deutschland plante, seinen Aufenthalt in Deutschland anders vorgestellt. Allerdings verortet Cas bis auf die Schilderung des Bedauerns, seine erste Frau geheiratet und falsche Freunde gehabt zu haben, an keiner weiteren Stelle seiner Erzählung eine selbstkritische Verbindung zwischen seinem Handeln und Verhalten und dem Fortlauf der Ereignisse sowie der Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen. Vielmehr beschreibt er sich als ein Opfer, das von den Verhaltensweisen anderer Menschen betroffen ist. Cas schildert mehrfach, er habe früher wenig Deutsch verstehen können und er verstehe es gegenwär-

tig viel besser (155 f). In Bezug auf vorhandene institutionalisierte Ablaufmuster scheint es, als ob Cas viele lebensbestimmende Prozesse nicht versteht, z. B. im Rahmen der Scheidungsverfahren, bei der Regelung der Sorge für die Kinder, bei der Regelung seines Aufenthaltsstatus als Geduldeter und vor allem im Zusammenhang mit dem Gerichtsprozess. Cas meint, die Menschen, mit denen er in Ämtern und Behörden zu tun hat, aber auch andere Menschen, wie z. B. der ihn verteidigende Anwalt, würden sein schlechtes Verstehen der deutschen Sprache bemerken und ihm das Leben bewusst schwerer machen. Cas fühlt sich durch das Verhalten der Mitarbeiter provoziert und reagiert teilweise verärgert, indem er lauter spricht. Er meint, normalerweise müsse man die Mitarbeiter am Hals packen (212), wobei er wohl nicht handgreiflich wird. Bei einem Fehler würden die Mitarbeiter ihn noch mehr hassen und ihm das Leben noch schwerer machen. Diese Sichtweise spiegelt sich später auch in der Wahrnehmung der Gefängnismitarbeiter wieder, die ihm das Leben schwer machen, indem sie andere Gefangene gegen ihn hetzen. Cas entwickelt eine Angst vor Gesprächen mit Menschen in Ämtern und Behörden, sie könnten seine Worte falsch verstehen, und er sucht diese immer in Begleitung eines anderen Menschen auf. Mit diesem würden die Mitarbeiter anders umgehen, da sie merken, dass dieser Mensch intelligent sei und die Zusammenhänge verstehe. Die Inanspruchnahme von Hilfe durch Dritte spielt eine große Rolle im Leben von Cas. Neben der advokatorischen Unterstützung im Rahmen von Gerichtsprozessen und der wohnungs- und arbeitsvermittelnden durch Freunde und Bekannte, ist Cas im Rahmen seiner Einbürgerung auf die Hilfe eines marokkanischen Lehrers angewiesen. Besonders während seiner zwei Ehen, die insgesamt einen Zeitraum von ungefähr sechs Jahren umfassen, scheint es, als ob Cas sich größtenteils oder sogar gänzlich durch seine Ehefrauen ökonomisch versorgen lässt. Die ihn unterstützenden Personen werden als gute oder liebe Menschen bezeichnet. Cas formuliert selber mehrfach seinen Bedarf an Hilfe in der Zeit seiner Bewährung und bei dem gegenwärtigen Versuch, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren bzw. integriert zu werden. Besonders in seinem sich durch das Interview ziehenden Wunsch, der Herstellung der Gerechtigkeit gegenüber dem ihn verurteilenden Richter und seinem Pflichtverteidiger, zeigt sich sein starker Wunsch nach Veröffentlichung seiner Erleidensgeschichte. Hierfür benötigt er allerdings die

Hilfe eines Fernsehsenders oder einer anderen Person. Diese Person müsse stark sein und mit ihm kämpfen.
Er lehnt dabei aber die Sichtweise ab, gegenwärtig einen Betreuer zu benötigen und stellt sich als normal lebend dar. Aufgrund der anhaltenden Abhängigkeit von institutionellen Helfern und der von Cas selber formulierten Hilfebedürftigkeit liegt ein Ausschluss von kultureller Teilhabe vor, die Cas nicht aufgrund eigener Ressourcen herstellen kann.
Cas lebt gegenwärtig mit wenigen sozialen Kontakten. Der Kontakt zu seinen Exfrauen und seinen Kindern scheint stark zurück gegangen zu sein oder nicht mehr zu existieren, aber Cas möchte ihn wiederherstellen. Er beschreibt sich als Einzelgänger, der keine Freunde hat, dabei aber glücklich ist. Gleichzeitig meint er, man brauche einen Freund, der einen versteht. Er möchte Stress mit anderen Menschen, die nicht seine Einstellungen teilen, vermeiden, lieber bleibe er alleine. Er lehnt es ab, Männer in seine Wohnung zu lassen und möglicherweise wieder Bier mit ihnen zu trinken. Frauen empfängt er gerne in seiner Wohnung, da er mit ihnen besser zurechtkomme. Seine sozialen Kontakte scheinen gegenwärtig hauptsächlich aus Bekanntschaften mit Frauen zu bestehen.

9.3.9 Frauenbild

„Ich kann niemals ich hinter eine Frau laufen, egal, wenn ich die zum Beispiel liebe, laufe ich nicht, ich muss mich, wenn ich lauf hinter der, ich gehe kaputt, was soll ich äh, entweder kommt die, oder immer laufe ich hinter die und die läuft immer weg. Lieber ich gehe zurück und dann kommt die wieder zurück. Ich habe anders Gedanken mache ich. Läufst du hinter eine Frau, läuft die ganz weg. Gehst du zurück, die kommt wieder zurück. (Lass in Ruh mal), ganz anders dreht die Sache.“ (384-389)

Cas hat Bedenken, durch die Ablehnung einer Frau „kaputt“ gehen zu können und er lässt deswegen Frauen lieber auf sich zukommen. Besonders in der Beschreibung seiner ersten Frau, die ihn „abgöttisch“ geliebt habe, wird dies deutlich. Beide Frauen würden ihm nach den Trennungen das Leben schwer machen. Gleichzeitig schildert er seine

erste Exfrau als ihn immer noch liebend. Beide Trennungen seien nur zustande gekommen, weil jeweils ein Schwiegerelternteil ihn als Schwiegersohn abgelehnt habe und beide Frauen zu dem entsprechenden Elternteil hielten. Cas sieht in seinem Verhalten keinen Grund für das Scheitern beider Ehen, obwohl er beide junge Familien verlässt (siehe auch 9.3.8). Zudem besteht eine Ambivalenz in seiner verbalisierten Abgrenzung gegenüber Frauen, die mitunter Ausdruck seines patriarchalisch geprägten Weltbildes ist, und der realen Inanspruchnahme der ökonomischen Versorgung durch seine beiden Ehefrauen. Unter der Perspektive des Verlusts sieht Cas die Bereiche Partnerschaft und Arbeitsplatz sich gegenseitig stark beeinflussend. Zum einen hat er nach seiner zweiten Trennung keine Arbeit und seine zweite Exfrau, die um seine Arbeitslosigkeit wusste, hätte ihm das Leben zusätzlich schwer gemacht. Zum anderen nennt er als Beispiel einen Mann, der von seiner Frau verlassen wird und in der Folge seinen Job verliert und obdachlos wird. Im Gegensatz dazu hat die Frau ein neues Leben mit einem neuen Mann. Trotz dieser Aspekte seiner Einstellung lässt Cas gegenwärtig nur Frauen in seine Wohnung, da er mit diesen besser klar komme als mit Männern (1293). Im Rahmen seiner Anstellung beim Sozialwerk freundet sich Cas mit einer Besucherin des Restaurants an und beginnt zu überlegen, ob sie zusammen leben könnten und ob er seine Situation mit der Frau gemeinsam bewältigen könnte. Hierbei wird erneut das Angewiesensein auf Hilfe deutlich. Die Frau und ihre Freundin bezeichnet er als gute intelligente Frauen, die ihn verstehen würden.

Cas ärgert sich manchmal über seine Chefin, von der er sich gescheucht und an falscher Stelle zurechtgewiesen fühlt. Er möchte von ihr nicht derart behandelt werden, da sie nicht seine Frau ist. Sollte sie ihn nochmal vor den Gästen zurechtweisen, möchte er ihr seine Meinung sagen und sie blamieren.

Während des zweiten Scheidungsverfahrens erzählt seine zweite Frau, Cas habe sie geschlagen. Cas verneint dies und beschreibt sich als ganz anders seienden und besseren Mann im Vergleich zu Männern, die es in Deutschland gibt und die ihre Frauen schlagen würden. In Bezug auf den Vorwurf der Vergewaltigung meint Cas:

„Mmh, Vergewaltigung. Ich habe tausend Frauen gehabt, ganz locker. Kann ich eine Frau vergewaltigt haben? Hammerhart. Der passt nicht

zu mir. So viele Frauen habe ich kennengelernt. Die wollen und ich will nicht. Mhm.“ (700-702)

Cas streitet ab, das Mädchen vergewaltigt zu haben, da dies nicht zu ihm passen würde, denn er habe viele Frauen, darunter auch reiche Frauen (498), gehabt und auch solche kennen gelernt, die ihn wollten und die er abgelehnt habe. Er meint, wahrscheinlich im Vergleich zu seinem Heimatland, Frauen haben in Deutschland mehr Rechte, Männer haben keine (1147) und versucht mir dies mit der Erklärung, obwohl das Mädchen gelogen habe, sei er verurteilt worden, zu verdeutlichen.
Aus der Darstellung der o. a. Aspekte, seines Vaters und da Cas seine Mutter an keiner Stelle erwähnt, entsteht der Eindruck eines patriarchalisch geprägten Männlichkeitsverständnisses. Frauen dürfen Cas etwas sagen, wenn sie seine Ehefrauen sind oder ihm dadurch helfen und ihr Verständnis ausdrücken. Gleichzeitig stellen sie gegenwärtig seine einzigen sozialen Kontakte dar und Cas benennt ihre Machtwirksamkeit, indem sie ihm sein Leben schwer machen können und er zur Vermeidung persönlicher Verletzungen ihnen gegenüber nicht initiativ wird.

9.3.10 Religiosität und andere transzendente Deutungen

Cas beschreibt mehrere Male seinen Glauben an Gottes konkretes, denn Lebenslauf veränderndes Handeln. Cas glaubt, Gott habe ihn in schweren Zeiten geschützt, ihm Kraft gegeben, diese Zeiten zu überstehen und er habe im Rahmen der Verfahren um Cas Aufenthaltsstatus entschieden, dieser Mann solle in Deutschland bleiben. Cas beschreibt seinen Glauben:
„aber nur Gott schützt, ich glaube echt an Gott, hilft mir und äh, muss ich und habe ich Schutzengel, habe ich, sonst ich bin weg, sonst ich weiß nicht, wo diese Energie kommt bei mir.“ (622-624)

Zwischen den schweren Krankheiten der Schwiegereltern und seinem Gebet um eine Erkrankung von ihnen sieht Cas eine direkte Verbindung. Auch für seinen Pflichtverteidiger betet er um eine Erkrankung und geht davon aus, dass Gott diesen strafen wird (877).

Neben seinem Gottesbezug erwähnt Cas zu Beginn der Erzählung seiner Lebensgeschichte, sein Schicksal habe ihn nach Deutschland verschlagen. Später beschreibt er noch seinen Vater als heiligen Vater (881), der ihn schützt und an den er viel denkt.

9.3.11 Verlaufskurve und Wandlungsprozess

Möglicherweise schichtet sich schon in der Kindheit durch eine einfache Schulbildung und benachteiligende Familienverhältnisse (9.3.1) Verlaufskurvenpotenzial auf, wobei dies nicht belegbar ist. Die Aushilfstätigkeit bei einem Metzger vergleicht Cas mit dem Absolvieren einer Ausbildung, die jedoch keine offizielle Qualifikation nach einer erfolgreich bestandenen Prüfung nach sich zieht. Im Verlauf seines Aufenthalts in Deutschland wird zumindest keine deutliche Verwertbarkeit seiner Bildungsbiografie aus Marokko deutlich, weder in Bezug auf eine Integration in den Arbeitsmarkt noch im Umgang mit Ämtern und Behörden. Der Entschluss nach Deutschland zu reisen, eine deutsche Frau zu heiraten und ein Kind zu zeugen zeigt intentionales Handeln. Der Aufenthaltsstatus von Cas ist während der ersten Ehe zunächst gesichert, wird aber ab anschließend, ab 1985, unsicherer (9.3.2). Bis zu seiner zweiten Ehe 1992 wird Cas drei Mal (1985, 1987, 1992) zum Verlassen der Bundesrepublik aufgefordert, wobei Cas dies durch einen Asylantrag und den Nachweis der Sorge für seinen Sohn abwenden kann. Aufgrund seines Aufenthaltsstatus als Geduldeter wird sein Leben und seine gesellschaftliche Partizipation durch gesetzliche Vorschriften deutlich beschränkt und sein Handeln wird in dieser Zeit zunehmend reaktiver (9.3.3). Cas scheint ein Gleichgewicht zu finden und heiratet 1992 seine zweite Frau. Dadurch verändert sich sein Aufenthaltsstatus, ihm wird ein Visum ausgestellt und er fühlt sich wieder als normaler Mensch (9.3.4). Mit der Scheidung der zweiten Ehe wird der Aufenthaltsstatus von Cas 1995 zunächst nicht unsicherer, da er eine Arbeitsstelle hat und deswegen seine Aufenthaltsgenehmigung nicht zurückgenommen wird. Erst als er 1998 arbeitslos wird, soll er zum vierten Mal Deutschland verlassen. Dies kann Cas wiederum abwenden, indem er aufgrund einen Hinweises eine Anstellung bei einer Leihfirma findet. Cas beantragt ein dauerhaftes Visum, das ihm 1999 ausgestellt wird. Sehr zeitnah beantragt

er aufgrund seiner Befürchtung, Deutschland dennoch verlassen zu müssen, mithilfe eines marokkanischen Lehrers zunächst erfolglos seine Einbürgerung. Nach einem zweiten Versuch wird Cas 2000 erfolgreich eingebürgert (9.3.5). Es ist unklar, ob Cas in dieser Zeit Bekannte und Freunde hat, welche er rückblickend als schlecht bezeichnet. Er scheint allerdings regelmäßig und gerne Alkohol zu sich zu nehmen, wobei er die Mengen selber nicht als problematisch einschätzt. 2001 findet der o. a. Geschlechtsverkehr (9.3.6) in Cas Wohnung statt, in dessen prozessualer Folge Cas im Dezember 2002 verurteilt wird. Die Zeit bis zu seinem Haftantritt schildert Cas als traurig, wobei es nicht zu einem Orientierungszusammenbruch kommt. Durch die Haft von 2003 bis 2006, die Cas als Hölle bezeichnet, wird ihm das Grundrecht auf Freiheit entzogen. Während der Haft absolviert Cas eine Therapie aufgrund seines Alkoholkonsums. Er bezeichnet die Gespräche mit Psychologen jedoch als Qual und Zwang, seine Tat einzugestehen.
Nach der Haft ist Cas auf die Unterstützung von einem Bewährungshelfer angewiesen. Er meint aber, keinen Betreuer sondern nur Hilfe zu brauchen. Es bleibt unklar, ob Cas in eine Beschäftigung vermittelt wird, da nur eine Zeit von acht Monaten, in denen Vermittlungsversuche durch das Jobcenter scheitern erwähnt werden.
Cas ist nach seiner Haftentlassung zunächst einem negativen Einfluss durch die Bekanntschaften, die er in seinem Wohnquartier schließt, ausgesetzt. Er beginnt mit ihnen Bier zu trinken, um betrunken weniger nachdenken zu können. Anscheinend ist Cas nicht in der Lage, sich diesem Einfluss vor Ort entziehen zu können und er beschreibt seine Reaktion als intentionales Handeln, indem er sich durch zu lautes Musikhören kündigen lässt.
Zeitnah zu seinem Umzug in eine neue Wohnung, die er als tausendmal besser bezeichnet, wird Cas in das Beschäftigungsverhältnis beim Sozialwerk vermittelt. Die Beschäftigung scheint ihm größtenteils zu gefallen, da er gerne im Servicebereich der Gastronomie arbeitet. Cas bleibt weiterhin auf professionelle Hilfe angewiesen und formuliert auch seinen Bedarf nach Hilfe.
Bislang scheinen die Ursachen der Verlaufskurve von Cas nicht umfassend theoretisch von ihm und durch professionelle Hilfe unterstützt aufgearbeitet worden zu sein. Viele vergangene Erlebnisse wirken bis in die Gegenwart handlungsleitend. Beispielsweise geht Cas gegen-

wärtig zwar mit einer Begleitung zu Terminen bei Ämtern und Behörden, jedoch bleibt seine Angst vor den Mitarbeitern bestehen.
Ob Cas einen inneren Wandlungsprozess vollzogen hat und welches Ausmaß dieser hat, ist auf Grundlage des vorliegenden Datenmaterials nur ansatzweise feststellbar. Sein Umzug nach der Haftentlassung aufgrund des negativen Einflusses durch Bekannte kann ein Ausdruck einer veränderten inneren Haltung sein, bei der er verstärkt den negativen Zusammenhang von Alkoholkonsum und negativer Auswirkung auf die eigene Lebensführung wahrnimmt. Sein Entschluss, keine Männer, mit denen er Bier trinken würde, in seine neue Wohnung zu lassen, stützt diese These. Allerdings gesteht er nie eine Sucht ein oder benennt seinen Alkoholkonsum als problematisch. Die Spannung zwischen der durch das Gericht zugewiesenen Schuld und der von ihm behaupteten Unschuld wird nicht aufgelöst und besteht bis in die Gegenwart als deutlich wahrnehmbare Erleidenslinie von Cas fort.
Im Umgang mit Ämtern und Behörden war und ist Cas von politisch-institutioneller Exklusion betroffen, die sich in der institutionellen Unfähigkeit ausdrückt, ihn entsprechend seiner sprachlichen Fähigkeiten an der Gesellschaft teilhaben zu lassen. Besonders während der Zeit seiner Duldung verstärkt sich dies. Zudem ist er in dieser Phase von kultureller Exklusion betroffen, indem das Erreichen kulturell favorisierte Lebensziele wie die Einbindung in Erwerbsarbeit, das Erreichen einer Qualifikation oder die Einbindung in ressourcenstarke soziale Netze deutlich erschwert ist. Der Ausschluss aus sozialen familiären Netzen wird durch die beiden Scheidungen verstärkt. Zu seiner Herkunftsfamilie scheint kein oder kaum Kontakt zu bestehen. Den Höhepunkt der gesellschaftlichen Exklusion erfährt Cas während seiner Inhaftierung. Anschließend wird versucht, ihn wieder in den Arbeitsmarkt zu inkludieren, jedoch bleiben weitere Bereiche seines Lebens von gesellschaftlicher Ausschließung betroffen. Hierzu zählen die Einbindung in soziale Netze, die politisch-institutionelle und teilweise die kulturelle Teilhabe.

10. Abschließende Darstellung der Dynamik der Exklusionsprozesse in den untersuchten Lebensverläufen

Die Dynamik der Exklusionsprozesse wurde exemplarisch an drei heterogenen Lebensverläufen gezeigt und wird im Folgenden in einer abschließenden und thematisch zusammenfassenden Darstellung aufgegriffen. Hierbei wird ein inhaltlicher Bezug vor allem zu den Kapiteln 4 und 5 hergestellt.

Benachteiligung durch das Herkunftsmilieu

Die untersuchten Exklusionsprozesse sind teilweise durch Erfahrungen in der Kindheit, die durch ein benachteiligendes Herkunftsmilieu gekennzeichnet ist, geprägt. Besonders deutlich wird dies bei Elke, deren Vater Alkoholiker war und durch den sie schon frühzeitig innerfamiliäre Gewalterfahrungen erleidet, die sich in ihren späteren Partnerschaften fortsetzt (7.4.1, 7.4.2). Bei Cas lag möglicherweise eine Benachteiligung durch das Aufwachsen in einer Großfamilie mit geringem Einkommen vor (9.3.1), aufgrund derer er im weiteren Lebensverlauf nicht auf finanzielle Ressourcen seiner Familie zurückgreifen kann. Zudem fällt bei Cas auf, dass er keinen oder nur sehr seltenen Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie zu haben scheint. Die therapeutischen Interventionen, die 8 11 erfährt, sind allerdings eher als eine Exklusion rückbauende Maßnahme zu sehen, die vermutlich in einem Mittelschichten-Milieu stattfindet.

Bildungsbenachteiligung

Alle drei interviewten Personen weisen eine Bildungsbenachteiligung auf. Bei Elke steht diese in Verbindung mit dem zeitintensiven Sorgen für ihre Geschwister, wodurch sie eine Sonderschule besuchen muss und in der Folge nur mühsam einen schlechten Hauptschulabschluss erreicht (7.4.2). In Elkes Bildungsweg wird ebenfalls die Lebensverlauf bestimmende Wirkung der Entscheidungen von verantwortlichen Personen in Schule und Ausbildung deutlich. In den Sozialwissenschaften werden solche Personen auch als ´Gatekeeper` bezeichnet. Trotz der Erhöhung der Mobilität innerhalb und zwischen den Syste-

men Erwerbsarbeit und Bildung haben die Übergänge im Bildungssystem einen maßgeblichen Einfluss auf den Berufsweg. Hierbei kommt den Gatekeepern in Form von Lehrern, Prüfern und Personalverantwortlichen eine entscheidende und Lebenslauf bestimmende Funktion zu (vgl. Struck 2010, S. 7). Struck definiert ihre Funktion als „Schlüsselpersonen mit Entscheidungsautorität in der Vermittlung von Individuum und Organisation mit Bezug auf Institutionen“ (Struck 2000, S. 10).

Eine Verschränkung benachteiligender Strukturen im Bildungs- und Erwerbssystem wird hierbei deutlich.

Cas erfährt möglicherweise wie Elke nur eine geringe Schulbildung und beginnt keine Ausbildung. In Deutschland ist keine Verwertbarkeit seiner Bildungsbiografie aus Marokko erkennbar. Es ist nicht ersichtlich, ob Cas einen Deutschkurs besucht bzw. dieser ihm von institutioneller Seite aus angeboten wird. Aufgrund seiner geringen Deutschkenntnisse versteht er Lebensverlauf bestimmende Prozesse nur in Ausschnitten und ist dadurch in Bezug auf den Umgang mit Ämtern und Behörden deutlich benachteiligt.
8 11 scheint hingegen keine Bildungsbenachteiligung aufgrund seiner sprachlichen oder geistigen Fähigkeiten zu erfahren, sondern vielmehr aufgrund seines psychischen Erleidens, das ihn zwei Mal den Besuch der elften Klasse abbrechen lässt.

Deutliche Veränderung der Lebensführung/Beginn einer Sucht

Elke und 8 11 zeigen im Interview deutlich den Beginn einer Sucht auf, die Ausschließung in mehreren Bereichen gesellschaftlichen Lebens, die im Fortlauf dieses Kapitels erwähnt werden, zur Folge hat. Elke wird im Zuge der Ereignisse nach der Geburt ihres ersten Sohnes alkoholsüchtig und 8 11 entwickelt besonders im Zusammenhang mit seinem starken Rückzug eine Sucht, mit dem Computer zu spielen. Bei beiden scheint die Sucht die konfrontative Auseinandersetzung mit einer Mangel- oder einer persönlichen Problemlage zu überdecken. Weiterhin scheinen beide ein Gespür oder ein Exklusionsempfinden in Bezug auf die negativen Auswirkungen ihrer Sucht zu haben, jedoch vergehen bis zu einem deutlichen Eingeständnis der nega-

tiven Folgen ihrer Süchte mehrere Jahre. Eine Deckung von objektiver Exklusion und empfundener kann hierbei folglich vorsichtig angenommen werden.
Cas benennt keine Sucht und sieht seinen Alkoholkonsum als unproblematisch an. Er wird allerdings während seines Haftstrafe wegen seines Alkoholkonsums therapeutisch behandelt. Möglicherweise hätte eine Einsicht in einen zu starken Konsum von Alkohol in der Vergangenheit die Bewältigung von Problemlagen vereinfacht und in der Folge sein Exklusionsempfinden verringert.

Soziale Ausschließung

Bei Elke und bei 8 11 stehen die Erfahrungen sozialer Ausschließung deutlich im Zusammenhang mit ihrer Sucht. Elke beschreibt einen Kreislauf der sozialen Ausschließung von Freunden und der Familie aufgrund des Alkoholkonsums, der zu Vereinsamung führt, die wiederum vermehrten Alkoholkonsum zur Betäubung des Gefühls hervorruft. Zudem verändert sich durch die Sucht die Zusammensetzung ihres sozialen Netzes, indem Gleichgesinnte gesucht werden und ein Freundes- und Bekanntenkreis im Suchtmilieu ausgebildet wird. Hierdurch konzentrieren sich Elkes soziale Nahbeziehungen auf Menschen, die sich in einer ähnlich benachteiligten Lage befinden. Diese Lage ist durch Ressourcenknappheit und die Benachteiligung aufrechterhaltende Strukturen gekennzeichnet (vgl. Kronauer 2010, S. 161). Bei Elke zeigt sich der von Morris beschriebene Homogenisierungseffekt in ihrer Paarbeziehung (vgl. Morris 1995, S. 23). Zwar ist ihr Partner arbeitslos, jedoch scheint sich dieser Zustand gegenwärtig nicht negativ auf Elkes Lebensführung auszuwirken.

Durch den starken Rückzug von 8 11 reduziert sich dessen Freundeskreis auf einen Freund, der sich ebenfalls hauptsächlich mit einer Spielekonsole beschäftigt. 8 11 bezeichnet sein Elternhaus als gesicherten Ort und baut aus dieser Sicherheit heraus Internetbekanntschaften, über deren reale Verlässlichkeit er allerdings bei einer vorgestellten leibhaftigen Begegnung mit den Personen unsicher ist, auf. Die Entstehung einer subkulturellen Identität wird durch 8 11s virtuelle Konstruktion einer Identität im Vergleich der drei Lebensverläufe am deutlichsten und eindrücklichsten. Im Verlauf der Onlinespiele

kommt es zur Entstehung eines Wir-Gefühls unter den Mitspielern, mit denen 8 11 gemeinsam spielbezogene Aktivitäten vornimmt. Allerdings ist dieses Wir-Gefühl nicht als bewusst vollzogene Konsequenz aufgrund der sonst durch 8 11 erfahrenen und empfundenen Exklusion zu verstehen, sondern als Folge dieses Prozesses. Aus dem Kreis der Internetbekanntschaften lassen sich keine ersichtlichen Ressourcen zur Bewältigung der benachteiligenden Lage ableiten, sodass zwar eine Inklusion in die virtuelle spielbezogene Gesellschaft, die jedoch durch eine ausgrenzungserhaltende Funktion in Bezug auf die reale gesellschaftliche Zugehörigkeit gekennzeichnet ist, angenommen werden kann. Weiterhin kommt diese Ausgrenzung erst im Zusammenhang mit 8 11s psychischer Disposition zum Tragen, ohne die er möglicherweise weniger Computer spielen würde. Die Verflechtung einzelner Exklusionsaspekte wird hierbei erneut deutlich.
Bei Cas zeigt sich die Erfahrung sozialer Ausschließung in den beiden Scheidungsverfahren. Einerseits verlässt er selbsttätig die Kreise seiner eigenen Familie, andererseits sind die Trennungen laut seiner Schilderung aber auch das Ergebnis der Ablehnung durch die Schwiegereltern. Eine Trennung der selbsttätigen und der empfundenen Exklusion ist auf Grundlage des vorliegenden Datenmaterials nicht durchführbar. Möglich erscheint eine gegenseitige Verstärkung durch eine gegenseitig empfundene Ablehnung der jeweils anderen Person. Ebenfalls annehmbar sind unterschiedliche kulturelle Lebensvorstellungen, die neben den gemeinsamen kulturell favorisierten Zielen stehen. Weiterhin zeigt sich Ausschließung aus sozialen Netzen in seinem Status als Geduldeter, indem er sich nur in dem Kreis seines Wohnorts bewegen darf. Ähnlich wie Elke bezeichnet Cas einen Teil seiner Freunds als falsche Freunde, da sich die Freundschaft zu ihnen negativ auf seinen Lebensverlauf auswirkt, beispielsweise durch gemeinsamen Alkoholkonsum. Die Beeinflussung der Lebensgestaltung von Cas durch einen Kreis von Menschen, aus dem wenig Ressourcen in Bezug auf eine gesamtgesellschaftliche Zugehörigkeit ableitbar sind, ist anzunehmen. Ob Cas dabei ebenfalls eine subkulturelle Identität ausgebildet hat, bleibt offen. Deutlich aufzeigbar ist allerdings sein stark durch Opfervorstellungen geprägtes Selbstbild, in dem er sich als deutlich hilfe- und unterstützungsbedürftigen Menschen beschreibt. Eine Eigen-verantwortung für seine Lage wird von Cas an keinem Punkt direkt angesprochen. Selbst im Rahmen der Trennungs-

verfahren von seinen Ehefrauen, die wahrscheinlich die Trennung erst offiziell durchgesetzt haben, sieht Cas das Verlassen der Ehefrauen nur als Reaktion auf sein Leben erschwerendes Verhalten anderer.
Zum Zeitpunkt des Interviews weisen alle drei Personen einen im Vergleich zu früheren Lebensphasen verkleinerten oder nicht vorhandenen Freundeskreis auf. Besonders Elke und Cas grenzen sich bewusst von Personen, die ihre gegenwärtige, als zunehmend mehr gesellschaftlich inkludiert zu bezeichnende Situation gefährden könnten, ab und entscheiden intentional, bestimmten Bekannten aus früheren Lebensphasen nicht ihre neue Adresse mitzuteilen und diese nicht in der neuen Wohnung zu empfangen.

Teilhabe am Arbeitsmarkt

Cas und Elkes Lebensläufe sind durchzogen von Phasen der Beschäftigung in einfachen Tätigkeiten und Phasen der Arbeitslosigkeit. Soziale Anerkennung über die Teilnahme an Erwerbsarbeit zu generieren ist für beide sehr schwer bis phasenweise unmöglich. Bei Elke wird zudem der Status der Alleinerziehenden exklusionsverstärkend wirksam. Zuerst bricht sie aufgrund ihrer ersten Schwangerschaft die Ausbildung ab. Anschließend ist ihr infolge der alleinigen Sorge für die Kinder ein Zugang zum Arbeitsmarkt nur erschwert möglich. Den Zugang weiterhin erschwerend ist ihre Alkoholsucht, die sie im Laufe der Jahre nach der Geburt beider Kinder ausbildet.
Cas absolviert weder in Marokko noch in Deutschland eine Ausbildung. Sein unsicherer Aufenthaltsstatus bzw. sein Status als geduldete Person erschwert die Einbindung in den Arbeitsmarkt, da er möglicherweise zeitweise gar nicht arbeiten darf. Hierbei ereignet sich eine deutliche Verknüpfung der Exklusion vom Arbeitsmarkt und politisch-institutioneller Exklusion (siehe hierzu den u. a. Punkt Politisch-institutionelle Teilhabe).
8 11 beginnt aufgrund seiner psychischen Disposition ebenfalls keine Ausbildung und bleibt trotz eines erfolgreichen Realschulabschlusses über mehrere Jahre vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen. Erst in der jüngsten Vergangenheit vor dem und teilweise im Interview entwickelt er eine Vorstellung von seiner beruflichen Zukunft.
Alle drei interviewten Personen befinden sich zum Zeitpunkt der Interviews in der Eingliederungsmaßnahme des Sozialwerks und entwi-

ckeln teilweise Pläne zur Teilnahme am Arbeitsmarkt für die Zeit nach dem Ende dieser Maßnahme im Februar 2011.

Materielle Teilhabe

Gegenwärtig leben alle drei interviewten Personen mit einer materiellen Ausstattung, die sie als gering, aber als ausreichend bezeichnen. Dieser Zustand scheint bei Elke und 8 11 auch in Phasen stärkerer gesellschaftlicher Exklusion so vorgeherrscht zu haben. Elke grenzt im Bereich der verfügbaren Güter und der Freizeitaktivitäten ihre eigene, im Vergleich zu ihren Geschwistern deutlich finanziell benachteiligte Haushaltslage, in der ihr zweiter Sohn groß wird, von den Möglichkeiten ihrer Geschwister und deren Kindern ab. Die Geschwister sind Elkes Beschreibung nach vermutlich mittleren Bevölkerungsschichten zuzuordnen (siehe auch Punkt Kulturelle Teilhabe). Cas materielle Ausstattung wird während seines Status als Geduldeter eher geringer gewesen sein, zumal in den Jahren, in denen er in einem Asylbewerberheim lebte oder inhaftiert war.
Sowohl Cas als auch Elke beschreiben die persönliche Wohnlage, in der sie vor ihrem letzten Umzug gewohnt haben, als katastrophal. Bei beiden hat die soziale Wohnlage im Zusammenhang mit der persönlichen Wahrnehmung der eigenen Situation zu einer Reproduktion ihrer Ausgrenzungslagen geführt (siehe auch Punkt Soziale Ausschließung).
Die gegenwärtigen Wohnungen von Elke und Cas sind mit einfachen Möbeln, Elkes Wohnung zusätzlich auch mit restaurierten Möbeln vom Sperrmüll ausgestattet. Für Elke und Cas spielt der geringe finanzielle Rahmen, über den sie zur Bestreitung der Lebenshaltungskosten verfügen können, eine basale Rolle. Elkes neue Schlafzimmereinrichtung kann nur mithilfe der finanziellen Unterstützung ihrer Mutter angeschafft werden. Cas fehlt das Geld, um einen neuen Teppich für die Wohnung zu kaufen. Aufgrund seines jungen Alters von 23 Jahren scheint die materielle Ausstattung für 8 11 noch nicht sehr wichtig zu sein, da er kaum eigene Güter besitzt und dies nicht als Nachteil empfindet. Seine eher als gering zu bezeichnende materielle Ausstattung ist in der aktuellen Lebensphase vor einer Ausbildung oder einem anzustrebenden Bildungsabschluss sowie zu Zeiten seiner

Computersucht angesichts des Alters von 8 11 noch als gewöhnlich zu bezeichnen.

Politisch-institutionelle Teilhabe

Die empfundene und objektive politisch-institutionelle Teilhabe unterscheidet sich bei den drei interviewten Personen. Elke erzählt, sie habe bisher und auch gegenwärtig keine Probleme im Umgang mit den Mitarbeitern in Ämtern und Behörden gehabt. Sie koppelt ihr freundliches Verhalten an die freundliche Reaktion ihres Gegenübers und kennt die Erfahrung von ablehnendem Verhalten durch Mitarbeiter nur aus Erzählungen von Bekannten. Allerdings könnte sich die Erfahrung des Scheiterns in der Grundschule und des schlechten Hauptschulabschlusses negativ auf ihr Selbstbild, indem sie sich viele Jahre als nutzlos und nichts könnend sieht, ausgewirkt haben (siehe dazu auch Punkt Bildunsgbenachteiligung; vgl. Bourdieu/ Champagne 1997, S. 529).
Anders empfinden 8 11 und Cas den Umgang mit Mitarbeitern in Ämtern und Behörden. In der Wahrnehmung von 8 11 soll auf den Ämtern Geld gespart werden und die Prozesse würden bewusst erschwert, damit die Mitarbeiter einem nicht helfen müssten. Möglicherweise spricht 8 11 hiermit eine schwere Nachvollziehbarkeit der Zuständigkeiten der einzelnen Mitarbeiter bzw. der detailreichen administrativen Prozessabläufe an. Weiterhin könnte sich hierin auch eine Unfähigkeit der Mitarbeiter von Ämtern und Behörden ausdrücken, mit 8 11s Problematik adäquat umzugehen. In Verbindung mit Zeitnot könnte hierbei ein Personalmangel oder könnten fehlende Qualifikation bei den Mitarbeitern eine Rolle spielen. Ein Unverständnis der administrativen und rechtlichen Prozesse zeigt sich bei Cas am deutlichsten. Er entwickelt im Laufe seines Aufenthalts in Deutschland eine Angst vor dem Verhalten der Mitarbeiter von Ämtern und Behörden auf seine Person und nimmt Termine nur in Begleitung einer weiteren Person wahr. Er empfindet das Verhalten der Mitarbeiter als Denunzieren der eigenen Person, wobei dies im Zusammenhang mit seinem Selbst- und Fremdbild zu sehen ist und es offen bleibt, inwiefern sein eigenes Verhalten zu Reaktionen seiner Gegenüber beiträgt. In dem Status als geduldete Person, als Asylsuchender und als Häftling ist Cas am deutlichsten von der traditionellen Form der politisch-

institutionellen Exklusion durch eingeschränkte staatsbürgerliche Rechte betroffen (vgl. Kronauer 2010, S. 175 f). Hierbei werden ihm soziale und politische Rechte verweigert und die soziale Absicherung wird für Cas problematisch. Seine deutliche Erleichterung über einen gesicherten Status durch die zweite Heirat und durch seine spätere Einbürgerung verdeutlichen dies. Unklar bleibt, ob er als Geduldeter zeitweise keine Arbeitserlaubnis bekommen hat, mit der er eine weitergehende gesellschaftliche Inklusion über Erwerbsarbeit hätte herstellen bzw. erfahren können.

Kulturelle Teilhabe

Die Integration in den ersten Arbeitsmarkt wird von allen drei interviewten Personen als kulturell und persönlich favorisiertes Ziel gesehen. Zur Dynamik ihrer Integration in den ersten Arbeitsmarkt siehe Punkt Teilhabe am Arbeitsmarkt. Elke sowie Cas favorisieren einen Job, durch den alle Lebenshaltungskosten bezahlt werden können und gelegentlich eine weitere Anschaffung getätigt werden kann. Weiterhin gilt für beide der Status der Ehe als anzustrebende Lebensform mit einem Partner. Darüber hinaus nennt Elke noch eine von ihr als gut bezeichnete Wohnung und den Besitz eines Autos als kulturell favorisierte Aspekte. Sie grenzt die eigene diesbezüglich benachteiligte Lage, in der ihr zweiter Sohn aufwächst, im Vergleich zu den Freizeitaktivitäten der Kinder ihrer Geschwister ab, die z. B. reiten und schwimmen gehen können. In Bezug auf ihren ersten Sohn, der im Vergleich zu Elkes Lage in den deutlich privilegierteren Verhältnissen seiner Pflegeeltern groß wird, stellt sich Elke weitergehende kulturelle Teilhabemöglichkeiten für ihren ersten Sohn vor, wie z. B. die Möglichkeit eines Studiums.
Bei Elke ist die Entstehung eines Wir-Gefühls durch das Suchtmilieu am ehesten anzunehmen, da sie die Anziehung ähnlich stark problembelasteter Menschen, mit denen sie gemeinsam Alkohol konsumiert, beschreibt. Hierdurch und durch die Alkoholsucht wird die eigene Ausgrenzungslage reproduziert. Ebenso reproduziert sich durch die Computersucht bei 8 11 die Ausgrenzungslage. Er schafft es in der Folge nicht, ein Fachabitur zu erreichen, formuliert dies aber als weiterhin anzustrebendes Ziel. Zur Entstehung eines Wir-Gefühls bei 8 11 siehe den Punkt Soziale Teilhabe.

Cas formuliert am deutlichsten die Abhängigkeit von Dritten, dabei auch von institutionellen Helfern, ohne die ein Inklusion fördernder Lebensverlauf nicht möglich scheint (vgl. Dubet/ Laperyronnie 1994, S. 111 ff). Ob Cas zeitweise eine illegale Beschäftigung ausgeübt hat, bleibt offen.

Er möchte gegenwärtig keine neue Tätigkeit erlernen, da er sich aufgrund seines Alters nicht mehr in der Lage dazu sieht und nur in dem Bereich der Gastronomie arbeiten möchte.

Erkenntnis eines eigenen Ausgrenzung erhaltenden Verhaltens

Am deutlichsten wird der Punkt der Erkenntnis einer teilweisen Eigenverantwortlichkeit für die Ausgrenzungslage von Elke beschrieben. Ihre neue Rolle als Großmutter und die Erkenntnis, ihr Alkoholkonsum könne zum eigenen Tod führen, sind dabei ausschlaggebend für einen Wendepunkt in der Sichtweise der eigenen Lage. Die Ursachen und Gründe für die eigene ausgegrenzte Lage werden nicht mehr ausschließlich bei anderen Personen gesehen, sondern auch im eigenen Verhalten verortet. Elke erkennt den Mechanismus der Ausschließung aufgrund von Alkoholkonsum, der Einsamkeit und daraufhin weiteren Alkoholkonsum zur Folge hat. Sie erkennt, wie ihre Sucht auch durch bestimmte soziale Kontakte im Suchtmilieu aufrechterhalten wird. In der Folge wechselt sie ihren Wohnort und bricht die angesprochenen Kontakte ab, um ihre neu gewonnene, gesellschaftlich als inkludierter zu bezeichnende Situation nicht zu gefährden (vgl. Kronauer 2010, S. 161).
Cas beschreibt eine ähnliche Erkenntnis, indem er frühere Bekannte und Freunde gegenwärtig als falsch bezeichnet. Er lehnt es nach seinem letzten Umzug ab, Männer, mit denen er Alkohol trinken könnte, in seine Wohnung zu lassen. Zudem scheint er nicht mehr Alkohol zu trinken, um die Wahrnehmung seiner eigenen Lage bewusst abzumildern oder zu betäuben.
8 11 beschreibt ebenfalls den Prozess einer Erkenntnis bzw. eines Prozesses. Sein Gedanke, mit dem Computer zu spielen bringe ihn im Leben in Bezug auf kulturell favorisierte Lebensziele wie das Absolvieren einer Ausbildung oder die eigenständige Versorgung nicht weiter, verändert sich. Er entwickelt aus der Lage heraus, in einem Be-

schäftigungsverhältnis zu sein, die distanziertere Sichtweise, sich das Computerspielen erlauben zu können und es nicht mehr als Gefährdung zu sehen.

Wendepunkte und Inklusionserfahrungen

Bei allen drei Personen ist der Beginn einer Beschäftigung als Wendepunkt in einem exkludierenden Prozess zu mehr sozialer Anerkennung zu verzeichnen (vgl. Kronauer 2010, S. 151). Zudem wechseln alle drei Personen ihren Wohnort und damit auch bestimmte soziale Bezüge, in denen sie häufig bis täglich standen. Sowohl Elke als auch Cas beenden bestimmte Bekanntschaften und teilen ihren neuen Wohnort diesen nicht mit, um eine Begegnung mit den Personen, die die neu gefundene Stabilisierung gefährden könnten, zu vermeiden. Von beiden wird die neue Wohnlage als deutlich besser gegenüber der alten beschrieben, wodurch sich wahrscheinlich die Verwirklichung eines als kulturell favorisierten Lebenszieles ausdrückt. Bei 8 11 scheint sich in Bezug auf den Auszug aus dem Elternhaus ein ähnlicher Prozess der Erreichung eines kulturell favorisierten Zieles zu vollziehen, da er verstärkt selbstständiger und eigenverantwortlicher lebt, was er in seinem Elternhaus nicht leisten musste. Die Wendepunkte im Lebensverlauf der drei interviewten Personen gehen mit einer Veränderung des Selbstbildes einher. Am deutlichsten wird dies bei Elke, die sich seit ihrer Kindheit als unnütz und wertlos empfand. Sie traut sich Fähigkeiten und Kompetenzen, die sie eigentlich besitzt, nicht zu. Diese Einstellung wird in den Jahren ihrer Sucht wahrscheinlich durch entsprechende Selbsterfahrungen im betrunkenen Zustand gefördert. Im Rahmen der professionellen Unterstützung durch die Mitarbeiter des Sozialwerks wird sie zu mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen angeleitet und ermutigt. Sie macht positive Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und entwickelt aufgrund dieser Erfahrungen weitergehende Pläne zur gesellschaftlichen Teilhabe, besonders in Bezug auf den Arbeitsmarkt.
Auch 8 11 wertet die Selbsterfahrung durch die Beschäftigung im Sozialwerk und seinen Auszug aus dem Elternhaus als überwiegend positiv und entwickelt den Plan, eine Ausbildung zu absolvieren oder ein Fachabitur zu erreichen. Hierdurch ist bei 8 11 ebenfalls der Um-

schwung von einem reaktiven zu einem aktiveren Bewältigungsverhalten der eigenen Lage zu beobachten.

Am undeutlichsten bleibt es bei Cas, inwiefern sich sein Selbstbild verändert hat. Die Erkenntnis über seine Ausgrenzungslage reproduzierende Zusammenhänge, wie der Alkoholkonsum, frühere falsche Freunde und seine Wohnlage vor dem letzten Umzug, kann bei Cas gezeigt werden. Jedoch bleiben die Erleidenslinien, die sich im angenommenen Neid der anderen Menschen auf seine Person und in der Herstellung der Gerechtig- keit gegenüber dem ihn verurteilenden Richter und dem dabei mitwirkenden Pflichtverteidiger bestehen. Cas erfährt weiterhin Menschen als ihn quälend und es bleibt bei ihm am undeutlichsten, ob dieses Empfinden stark überzeichnet ist. Eine weitergehende professionelle Aufarbeitung der Erlebnisse könnte hilfreich sein und erneute Exklusionserfahrungen vermeiden.

11. Fazit

Durch die biografieanalytische Auswertung der drei Interviews konnte die Dynamik in den Exklusionsprozessen der Lebensverläufe veranschaulicht werden. Die Wechselwirkung einzelner Aspekte oder auch einzeln messbarer Exklusionsfaktoren mit anderen Aspekten wurde dabei theoretisch und exemplarisch deutlich. Alle drei Personen leben und lebten immer in der Gesellschaft, sie sind und waren dabei aber gleichzeitig von bestimmten Bereichen der gesellschaftlichen Zugehörigkeit ausgeschlossen. Aufgrund der Heterogenität der Lebensverläufe der Interviewpartner konnten unterschiedliche Wege und Bewältigungsmuster im Umgang mit diesen Ausgrenzungserfahrungen in dem dynamischen Bereich zwischen Inklusion, Gefährdung und Ausgrenzung aufgezeigt werden. Die Notwendigkeit, Exklusionsprozesse als kontingente Karrieremodelle zu behandeln, wurde deutlich und stellt ein weiteres Desiderat der vorliegenden Arbeit dar.
Zur umfassenden Darstellung der Dynamik von Exklusionsprozessen sind weitere qualitative und multidisziplinäre Untersuchungen nötig, um die Varianz der Daten zu erhöhen und die Heterogenität von Exklusions- prozessen umfassender erforschen und beschreiben zu können. In Kontexten, in denen Menschen lebenslagen- und individuen-

bezogen wahrgenommen werden oder werden sollen, wie z. B. in der Sozialen Arbeit und in Bereichen der Sozialpolitik, die zudem das wechselwirksame Verhältnis von Mensch und Gesellschaft erfassen und es Exklusion vermeidend und Inklusion fördernd gestalten möchten, ist eine dynamische Sichtweise von Exklusionsprozessen anzustreben.

Literaturverzeichnis

Andreß, Hans-Jürgen (1999): Leben in Armut. Eine Untersuchung der Versorgungsstrategien armer Haushalte auf der Basis von Umfragedaten. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Antonovsky, Aaron (1993): The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. Social

Science and Medicine. Nr. 36 (6). Amsterdam: Elsevier-Verlag. S. 725–733.

Bohnsack, Ralf (2008): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 7. Auflage. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M: Suhrkamp.

Beck, Ulrich (1996): Das Zeitalter der Nebenfolgen und die Politisierung der Moderne. In: Ulrich Beck; Anthony Giddens; Scott Lash: Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. S. 19-112.

Bender, Stefan; Konietzka, Dirk; Sopp, Peter (2000): Diskontinuität im Erwerbsverlauf und betrieblicher Kontext. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jg. 52, Heft 3. Wiesbaden: VS-Verlag. S. 475-499.

Bourdieu, Pierre; Champagne, Patrick (1997): Die intern Ausgegrenzten. In: Bourdieu, Pierre et al.: Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Universitäts-Verlag-Konstanz. S. 527-533.

Bude, H. (1998): Die Überflüssigen als transversale Kategorie. In: Peter A. Berger; Michael Vester (Hrsg.): Alte Ungleichheiten - Neue Spaltungen. Opladen: Leske & Budrich. S. 363-382.

Bude, Heinz; Willrich, Andreas (2006): Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige. 1. Aufl. Hamburg: Verlag Hamburger Edition.

Bude, Heinz; Lantermann, Ernst-Dieter (2006): Soziale Exklusion und Exklusionsempfinden. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Volume 58, Number 2, S. 233-252.

Buhr, Petra (1995): Dynamik von Armut. Dauer und biographische Bedeutung von Sozialhilfebezug. Opladen: Leske & Budrich.

Castel, Robert (1991): De l'indigence à l'exelusion, la désaffiliaton. Précarité du travail et vulnerabilité relationelle. In: Jacques Danzelot (Hrsg.): Face à l'exclusion. Le modèle francais. Paris: Esprit. S. 137-168.

Castel, Robert (1996): Nicht Exklusion, sondern Desaffiliation. Ein Gespräch mit François Ewald. In: Das Argument. Zeitschrift für Psychologie und Sozialwissenschaften. Ausgabe Nr. 217. Hamburg: Srgument-Verlag. S. 775-780.

Castel, Robert (2000): Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit. Konstanz: Universitäts-Verlag-Konstanz.

Dubet, François; Lapeyronnie, Didier (1994): Im Aus der Vorstädte. Der Zerfall der demokratischen Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.

Engels, Friedrich (1972): Die Lage der arbeitenden Klasse in England. Nach eigener Anschauung und authentischen Quellen. In: Marx-Engels Werke. Band 2. Berlin: Verlag Marxistische Blätter. S. 225-506.

Gans, Herbert (1995): The War against the Poor. The Underclass an Anto-Poverty-Policy. New York: Basic Books.

Glasgow, Dougklas G. (1980): The Black Underclass. Poverty, Unemployment and Entrapment of Ghetto Youth. San Franciso, Washington, London: Vintage.

Habich; Roland; Headey, Bruce; Krause, Peter (1991): Armut im Reichtum – Ist die Bundesrepublik Deutschland eine Zwei-Drittel-Gesellschaft? In: Ulrich Rendtel; Gert Wagner (Hrsg) (1991): Lebenslagen im Wandel – Zur Einkommensdynamik in Deutschland seit 1984. Frankfurt a. M./ New York: Campus.

Hauser, Richard; Berntsen, Roland (1991): Einkommensarmut – Determinanten von Aufstiegen und Abstiegen. In: Reinhard Hujer; Hilmar Schneider; Wolfgang Zapf (Hrsg.) (1991): Herausforderungen an den Wohlfahrtsstaat im strukturellen Wandel. Frankfurt am Main, New York: Campus. S. 73-97.

Hensel, Thomas (Hrsg.) (2007): EMDR mit Kindern und Jugendlichen. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe.

Hobfoll, Stevan E.; Buchwald, Petra (2004): Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In: Petra Buchwald; Christian

Schwarzer; Stevan E. Hobfoll (Hrsg.): Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen: Hogrefe. S. 60-73.

Hradil, Stefan (1992): Schicht, Schichtung und Mobilität. In: Hermann Korte; Bernhard Schäfers (Hrsg.) (1992): Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen: Leske & Budrich. S. 145-164.

Klanfer, Jules (1996): Die soziale Ausschließung. Armut in reichen Ländern. Wien, Frankfurt am Main, Zürich: Europa-Verlag.

Krafeld, Franz Josef (2000): Die überflüssige Jugend der Arbeitsgesellschaft. Eine Herausforderung an die Pädagogik. Wiesbaden: Leske & Budrich.

Kreckel, Reinhard (1992): Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Frankfurt (Main), New York: Campus.

Kronauer, Martin; Vogel, Berthold; Gerlach, Frank (1993): Im Schatten der Arbeitsgesellschaft. Arbeitslose und die Dynamik sozialer Ausgrenzung. Frankfurt a. M., New York: Campus.

Kronauer, Martin; Vogel, Berthold (1996): Arbeitslos im gesellschaftlichen Umbruch. In: Hans- Jürgen Andreß (Hrsg.): Fünf Jahre danach. Zur Entwicklung von Arbeitsmarkt und Sozialstruktur im vereinten Deutschland. Berlin, New York: de Gruyter. S. 139-162.

Kronauer, Martin; Neef, Rainer (1997): „Exclusion“ und „soziale Ausgrenzung“: Neue soziale Spaltung in Frankreich und Deutschland. In: Frankreich Jahrbuch 1996. Wiesbaden: VS-Verlag. S. 35-58.

Kronauer, Martin (2006): »Exklusion« als Kategorie einer kritischen Gesellschaftsanalyse. Vorschläge für eine anstehende Debatte. In: H. Bude; A. Willrich: Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige. 1. Aufl. Verlag Hamburger Edition. Hamburg, 2006. S. 27-45.

Kronauer, Martin (2010): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hochentwickelten Kapitalismus. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Frankfurt a. M., New York: Campus.

Lazarus, Richard S.; Folkman, Susan (1984): Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Leisering, Lutz; Leibfried, Stephan (1999): Time and Poverty in Western Welfare States. United Germany in Perspektive. Cambridge, New York. Überarbeitete und erweiterte englische Fassung von Stephan Leibfried, Lutz Leisering, Petra Buhr, Monika Ludwig (1995): Zeit der Armut. Lebensläufe im Sozialstaat. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Leisering, Lutz. (2000): „Exklusion" - Elemente einer soziologischen Rekonstruktion. Zwischen drinnen und draußen. In: Felix Büchel, M. Diewald, Peter Krause (Hrsg.): Arbeitsmarktchancen und soziale Ausgrenzungen in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich. S. 11-22.

Leisering, Lutz (2008): In Jürgen Boeckh; Ernst-Ulrich Huster; Hildegard Mogge-Grotjahn (Hrsg.): Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS-Verlag. S. 118-132.

Leisering, Lutz; Leibfried, S. (1999): Time and Poverty in Western Welfare States. United Germany in Perspective. Mit einem Vorwort von Ralf Dahrendorf. Cambridge: University Press.

Ludwig, Monika (1996): Armutskarrieren. Zwischen Abstieg und Aufstieg im Sozialstaat. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Zweiter Teilband. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Marshall, Thomas (Hrsg.) (1992): Bürgerrechte und soziale Klassen. Zur Soziologie des Wohlfahrtstaates. Frankfurt a. M.: Campus.

Morris, Lydia (1995): Social Divisions. Economic Decline and Social Structural Change. London: Routledge.

Myrdal, Gunnar (1965): Challenge to Affluence. New York: Random House.

Nassehi, Armin (1997): Inklusion, Exklusion-Integration, Desintegration. Die Theorie funktionaler Differenzierung und die Desintegrationsthese. In: Wilhelm Heitmeyer (Hrsg.): Was hält die Gesellschaft zusammen? Frankfurt am Main: Suhrkamp. S.113-148.

Paugam, Serge (1994): La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté. 3. Auflage. Paris: Presses Universitaires France.

Paugam, Serge (1996): La constitution d'un paradigme. In: Serge Paugam (Hrsg.): L'exclusion, l'état des savoirs. Paris: Presses Universitaires France. S. 7-19.

Paugam, S. (2004): Armut und soziale Exklusion: Eine soziologische Perspektive. In: H. Häußermann; M. Kronauer, W. Siebel (Hrsg.): An den Rändern der Städte. Frankfurt (Main): Suhrkamp. S. 71-98.

Reißig, Birgit (2010): Biographien jenseits von Erwerbsarbeit. Prozesse sozialer Exklusion und ihre Bewältigung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.

Riemann, Gerhard (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink.

Schütze. Fritz (1981): Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: J. Matthes; A. Pfeifenberger; M. Stosberg (Hrsg.): Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Kolloquium am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. Nürnberg 1981. S. 67-156.

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Lahnstein: Verlag neue praxis GmbH. Nr. 13 (3). 1983. S. 283-293.

Schütze, Fritz (1984): Kognitive Figuren des autobiografischen Stegreiferzählens. In: Martin Koli / Günter Robert (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart: Metzler. S. 78-117.

Schütze, Fritz (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien I., Studienbrief der Fernuniversität Hagen. Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können. Hagen.

Schwarzer, Rolf (Hrsg.) (1997): Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Silver, Hilary (1994): Social Exclusion an Social Solidarity: Three Paradigms. International Institute for Labour Studies. International Labour Review. Volume 133, 1994/5-6. Genf.

Simmel, Georg (1983): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Berlin: Duncker & Humblot.

Solga, Heike (2006): Ausbildungslose und die Radikalisierung ihrer sozialen Ausgrenzung. In: Heinz Bude; Andreas Willisch (Hrsg.): Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige. Hamburg: Hamburger Edition. S.121-146.

Townsend, Peter (1979): Poverty in the United Kingdom. A Survey of Household Resources and Standards of Living. Harmondsworth, Berkeley: University Of California Press.

Weber, Max (1972): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr.

Wiedemann, Peter M. (1986): Erzählte Wirklichkeit. Zur Theorie und Auswertung narrativer Interviews. Weinheim: Psychologie-Verlag-Union.

Internetquellen

Bundesagentur für Arbeit (2008): Analytikreport der Statistik 04/2008. http://www.bpb.de/files/DKTUUT.pdf (04.11.2010)

CVJM Sozialwerk (2011): Homepage, Bereich Zentrum für Joborientierung. http://www.cvjmessen-sozialwerk.de/zentrum-fuerjoborientierung.html (17.11.2010)

Goebel, Jan; Habich, Roland; Krause, Peter (2006): Einkommen – Verteilung, Angleichung, Armut und Dynamik. Art. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006): Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Teil II: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden im vereinten Deutschland. Bonn. S. 607-624. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Datenreport/Datenreport pdf,property=file.pdf (04.11.2010)

Kronauer, Martin (2007): Die Bedeutung der Exklusion für die neue soziale Frage. Anmerkungen zu Robert Castel. Tagung „Die neue Soziale Frage“, Universität Jena, 4. Mai 2007. http://www.soziologie.uni-jena.de/soziologie_multimedia/Downloads/LSDoerre/KronauerMartinBE.pdf (03.11.2010)

Schrader, Christian (2007): „Wanna banana“. Nachruf auf einen Vogel. Art. in: Süddeutsche Zeitung Nr. 210 vom 12. September 2007, S. 18. http://www.sueddeutsche.de/wissen/nachruf-auf-einen-vogel-wanna-banana-1.766305m (27.11.2010)

Statistisches Bundesamt Deutschland: Pressemitteilung Nr.161 vom 06.05.2010. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/05/PD10 161 634,templateId=renderPrint.psml (03.12.2010)

Struck, Olaf (2000): Gatekeeping zwischen Individuum, Organisation und Institution. Institut für Soziologie. Leipzig, Universität Leipzig. 24 Seiten. Ebenfalls erschienen in: Lutz Leisering; Rainer Müller; Karl F. Schumann (Hrsg.) (2001): Institutionen und Lebensläufe im Wandel. Weinheim, München. S. 29-54. http://www.sfb580.uni-jena.de/typo3/uploads/tx_publicationlist/Struck_gatekeeping.pdf (18.01.2011)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell der Modi der Zugehörigkeit und deren interne Dimensionen (eigene Darstellung nach Kronauer 2010, S. 147), S. 20.

Mirjam Roser-Kober / Christian Müller

Bilden die Pflegeordnungskategorien (POK) den Pflegeaufwand zur Versorgung psychiatrischer Patienten nach OPS/ DRG adäquat ab? Eine Analyse anhand der Diagnose - Schizophrenie

0. Einleitung

Die Veränderung der Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen haben in den letzten Jahren deutliche Spuren hinterlassen, die vor dem Hintergrund unaufhaltsam wachsender Kosten und daraus resultierenden finanziellen Belastungen bei einer ohnehin schon desolaten Situation der öffentlichen Haushalte zu einschneidenden Veränderungen vor allem im Krankenhaussektor geführt haben.

Die demografischen Entwicklungen bei einem gleichzeitig wachsenden Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sowie einer steten Weiterentwicklung von Wissen und Fortschritt in der medizinischen Versorgung mündeten dabei zwangsläufig in eine von Ökonomisierungstendenzen beherrschte und an einer betriebswirtschaftlichen Logik ausgerichteten Gewinnorientierung der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland. Die flächendeckende Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) ab dem Jahr 2000 führte die deutschen Krankenhäuser ungefragt zu einer strategischen Neuausrichtung und Reorganisation der Krankenversorgung, wobei die gesetzten „Anreize“ vor allem zu einem Anstieg von Fallund Behandlungszahlen bei gleichzeitig sinkenden Verweildauern und darüber hinaus zu einer zunehmenden Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistungen geführt haben.

Mit der bundespolitischen Entscheidung im Jahre 2009, ein neues Entgeltsystem in der Psychiatrie einzuführen, wurde der Beginn einer Umbruchphase auch für diese Versorgungslandschaft eingeläutet, wobei das Personal in den Einrichtungen als Leistungserbringer zu einer Transparenz und damit zu einer völlig neuartigen Darstellung ihrer jeweiligen Interventionen angehalten und damit in den Fokus von Qualität und bezahlbarer Leistung positioniert werden. Es wächst eine

Kultur von Effizienznachweise an, wobei selbstredend auch die zahlenmäßig größte Gruppe im Krankenhaus, die Pflege, nun Rechenschaft über die Wirksamkeit ihrer Handlungen ablegen muss.

Als Mitglieder der Berufsgruppe „Pflege in der Psychiatrie“ und Teilnehmer des Studiengangs Pflege an der evangelischen Fachhochschule in Bochum gilt unser Interesse, wie sich die Pflege diesen aktuellen Anforderungen stellt und wie es ihr gelingen kann, sich nachhaltig in die Diskussion um eine Neuausrichtung hin zu einem professionellen und eigenständigen Leistungserbringer im Bereich der Gesundheitsver-sorgung einzubringen.

In dieser Arbeit wurde die Pflege in der Psychiatrie dahingehend überprüft, inwieweit sie qualitativen Anforderungen in der Abbildung der Versorgung von Schizophrenie Kranken – hier anhand des Pflegeklassifikationssystems POK – im Rahmen einer Dokumentationsanalyse, durchgeführt im LWLUniversitätsklinikum Bochum, standhalten und darüber hinaus ihren Beitrag zu einer effektiven und nachweisbaren Versorgung im neuen Entgeltsystem leisten kann.

Der erste Teil dieser Arbeit soll in die Thematik der Krankenhausfinanzierung, der Darstellung des Pflegeprozess, der Einordnung des Begriffs psychiatrische Pflege und der Vorstellung der Schizophrenie einführen. Geschlossen wird mit einer Übersichtsdarstellung von pflegerischen Interventionen gegenüber der Erkrankung.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Darstellung des Praxisprojekts sowie den inhärenten Forschungsfrage-stellungen, Hypothesen und dem Forschungsdesign. Anschließend wird die praktische Umsetzung des Klassifikationssystems POK im Pflegealltag vorgestellt. Die Ergebnisse dieses Projekts werden anhand der unterschiedlichen Untersuchungsmethoden (Dokumentationsanalyse, Interviews) dargestellt und werden einer kritischen Beleuchtung unterzogen.

1. Aktueller Stand der Forschung

1.1 Kennzahlen der psychiatrischen Krankenhausversorgung

Die Versorgung psychisch Kranker hat in der Bundesrepublik Deutschland in den vergangenen Jahren aus quantitativer Sicht einen enormen Stellenwert im deutschen Gesundheitswesen eingenommen immer mehr Patienten nehmen eine Behandlung in einer psychiatrischen Fachabteilung in Anspruch. Nach Schanz (2009) stieg zwischen 1995 und dem Jahr 2006 die Zahl der vollstationären Fälle in Krankenhäusern um ca. 900.000 von 14.576 Mio. auf 16.833 Mio. an. Differenziert man zwischen den allgemeinen Fachabteilungen und Abteilungen der Psychiatrie, lassen sich dabei Unterschiede ausmachen. Die Behandlungsfälle vollstationärer Patienten im Rahmen der ICD-10[1]-Erkrankungsgruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ nahmen von 1994 mit 770.514 Fällen bis zum Jahr 2008 mit 1.127.971 Fällen um 46,4% in der gesamten Krankenhauslandschaft zu (Schneider et al. 2011,3). Während die Fallzahl in allgemeinen Fachabteilungen im Jahr 2006 lediglich um 3,8% über der des Jahres 1995 lag, stieg die Fallzahl in der Psychiatrie um 61,9% an (Schanz 2009).

Von insgesamt 2087 Krankenhäusern im Jahr 2007 waren 239 rein psychiatrische Einrichtungen mit 38.800 Betten, in denen 508.000 Patienten ausschließlich psychiatrisch oder psychiatrisch neurologisch behandelt wurden. Im Trend sinkt pro Einrichtung die Anzahl aufgestellter Betten von 198 Betten im Jahr 1997 auf 162 Betten im Jahr 2007. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten reduzierte sich von durchschnittlich 36 Tage (1997) auf 25,5 Tage (2007) (Bölt 2010). Im Vergleich dazu lag die durchschnittliche Verweildauer in somatischen Abteilungen im Jahr 2007 bei 8,3 Tage (Werblow, Schoffer 2010, 72).

[1] Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 10.Version

Ende 2007 waren insgesamt knapp 1,1 Mill. Menschen in den 2087 Krankenhäusern in Deutschland beschäftigt.136´300 Beschäftigte waren als hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte tätig. Von den 931´000 Beschäftigten des nichtärztlichen Personals arbeiteten 42,2% im Krankenhauspflegedienst (Spindler et al. 2009). Hinsichtlich der beschäftigten Vollkräfte in den psychiatrischen Krankenhäuser gab es im Vergleich zu 1997 folgende Änderungen in der Personalstruktur[2]: die Zahl der nichtärztlichen Vollkräfte ging im Zeitraum 1997 bis 2007 um 1.300 von 44.000 auf rund 42.700 zurück, im Pflegedienst war ein Rückgang um 1.100 auf 23.700 Kräfte zu verzeichnen. Demgegenüber nahm die Zahl der ärztlichen Vollkräfte seit 1997 bis 2007 um 1.050 auf 5.200 Beschäftigte zu (Bölt 2010).

Im Jahr 2006 betrugen die direkten Krankenhauskosten (direkter finanzieller Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen durch eine medizinische Heilbehandlung) durch psychische und Verhaltensstörungen knapp 26,7 Milliarden Euro. Verglichen mit allen anderen Krankheitsarten war dies der höchste Anstieg in diesem Zeitraum. Demnach lag Ihr Anteil an den Gesamtkosten des Jahres 2006 bei 11,3% (Statistisches Bundesamt 2009). Noch höher waren zu diesem Zeitpunkt lediglich die Kosten durch HerzKreislauf-Erkrankungen mit 35,2 Milliarden Euro (14,9%) und durch Krankheiten des Verdauungssystems mit 32,7 Milliarden Euro (13,8%) (ebd.). Psychische Erkrankungen erzeugen dabei zusätzlich auf der Ebene der indirekten Kosten (mit einer Erkrankung unmittelbar in Zusammenhang stehender Ressourcenverlust) weitere erhebliche Kosten hinsichtlich potenzieller volkswirtschaftlicher Verluste wie Arbeitsunfähigkeitstage und Fehlinanspruchnahme ambulanter ärztlicher Behandlung oder durch Frühberentungen (Schneider et al. 2011,5f).

[2] Vgl. Kunze, Schmidt-Michel (2009)

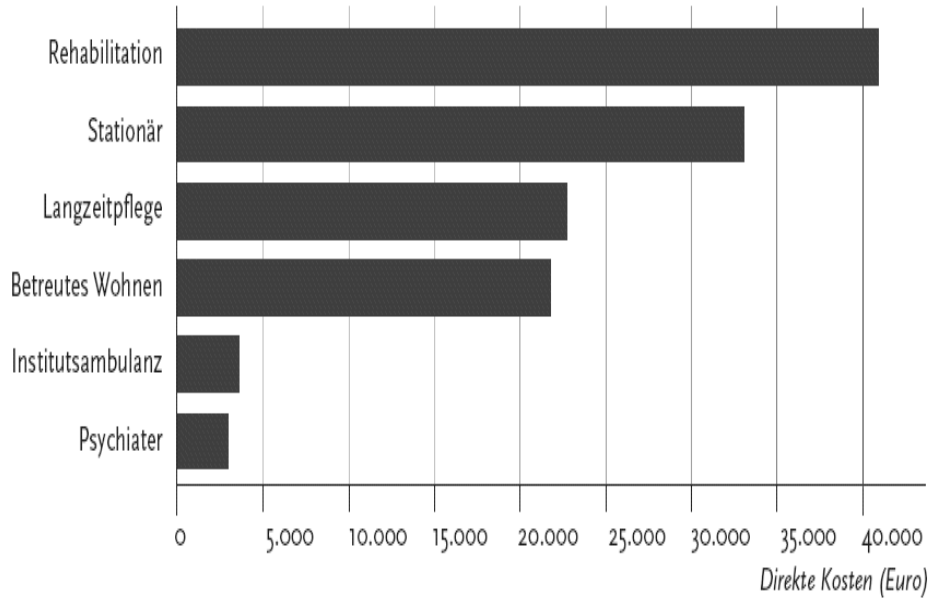


Abbildung 1: Jährliche Behandlungskosten schizophren erkrankter Patienten nach überwiegend betreuender Institution (Schulenburg et al. 1998, abgebildet in: Gaebel, Wölwer 2010, 16)

Das in dieser Arbeit relevante Krankheitsbild der Schizophrenie geht aufgrund seiner krankheitscharakteristischen Merkmale mit hohen Krankheitsund Folgekosten einher, die für das zunehmend durch ökonomische Anpassungszwänge geprägte Gesundheitssystem eine hohe Herausforderung darstellen (Gaebel, Wölwer 2010,16) (vgl. Abb.1).

Nach jüngsten Schätzungen und abhängig von Schwere, Verlauf, Folgen der schizophrenen Erkrankung sowie Versorgungsinstitution liegen die Kosten pro Patient in einem Bereich zwischen 2.959 Euro (niedergelassener Psychiater) und 40.901 Euro (berufliche Rehabilitation). Im Durchschnitt belaufen sich die direkten Kosten auf eine Höhe von ca. 14.000 bis 18.000 Euro pro Jahr und pro Patient, wobei während vorwiegend stationärer Aufenthalte die Kosten deutlich höher liegen (Gaebel, Wölwer 2010,16).

1.1.1 Bisherige Krankenhausfinanzierung der Psychiatrie

Für den Bereich der psychiatrischen Behandlung in stationären Einrichtungen, Fachkliniken oder psychiatrischen Fachabteilungen an all-

gemeinen Krankenhäusern bildet auf Bundesebene bisher das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)[3] die bedeutendste rechtliche Grundlage zur Krankenhausfinanzierung und der Krankenhausplanung (Eckert 2010, 220), in dem Investitionsfinanzierungen als Aufgabe der öffentlichen Hand und die Begleichung der Betriebskosten über die Krankenkassen verankert sind (Eckert 2010, 220, Fischer 2010, 5). Die Vergütung der vollund teilstationären Leistungen in psychiatrischen Abteilungen erfolgt dabei bisher über die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) (Fischer 2010,5)[4]. Darin abgerechnet werden krankenhausindividuelle und tagesgleiche Entgelte je Belegungstag (Produkt aus Fällen und Verweildauer), wobei als Kalkulationsbasis die Personalbemessung aus der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) herangezogen wird (Fritze 2010, 183, Fischer 2010, 5). Die krankenhausindividuellen Tagespflegesätze eines jeden Patienten bedeuten Abschlagszahlungen auf das Jahresbudget, das aus den Personalkosten abgeleitet wird. Dieses Finanzierungssystem wird seit 2009 nun schrittweise durch ein neues Entgeltsystem abgelöst.

Die Gründe, warum von dem bisherigem Entgeltsystem abgewichen werden soll, lässt das neue Gesetz nicht vollends erkennen (Fritze 2010, 183f). In der Literatur lassen sich jedoch einige Motive zu diesem Thema hervorheben. So ist die bisherige Budgetfinanzierung auf der Grundlage der BPflV und der Psych-PV psychiatrischer Kliniken im Zuge gesundheitspolitischer Bewegungen („Budgetdeckelung“[5]) in den letzten Jahren kontinuierlich schlechter geworden (Kunze, Schmidt-Michel 2009, 11). Eine vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Auftrag gegebene Evaluation der Psych-PV durch die Aktion Psychisch Kranke (APK)[6] ergab 2005, dass in der Erwachsenenpsychiatrie die Personalstellen nach der Psych-PV in einigen Einrichtungen vor dem Umstand stets wachsender Anforderungen (Anstieg der Behandlungsfälle, erhebliche Verkürzung der Verweildauer, Rückgang abrechenbarer Pflegetage) nicht vollständig umgesetzt werden konnte oder das in Folge einer langjährigen Budgetbegrenzung

[3] Vgl. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelungen der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)
[4] Vgl. Anwendungsbereich §1 Verordnug zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Bundespflegesatzverordnung (BPflV)
[5] Vgl.Tuschen, Trefz (2010,31ff)
[6] Vgl. Aktion Psychisch Kranke e.V.(2007)

Personal abgebaut wurde (vgl.Tuschen, Trefz 2010, Fritze 2010, Kunze, Schmidt-Michel 2009). Der Gesetzgeber hat auf diese Bewegungen reagiert und, um eine bessere Finanzierung der Personalvorgaben nach der Psych-PV zu erreichen, derzeitige Budgetbegrenzungen für die Psychiatrie gelockert[7] (Tuschen, Trefz 2010, 68).

Weitere Motive der Bundesregierung zur Umgestaltung des bisherigen Finanzierungssystems wähnt Fritze (2010, 184) mit der wissenschaftlich überholten Fundierung der Behandlung psychisch Kranker durch die Psych-PV und stellt dahingehend die Frage auf, inwieweit sich die bisherigen krankenhausindividuellen Tagespflegesätze hinsichtlich Behandlungsqualität und Effizienz weiterhin behaupten können, während mit den DRGs in somatischen Einrichtungen bereits ein System leistungsrechter Entgelte etabliert worden ist (ebd.)[8].

1.1.2 Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)

Für die Vergütung psychiatrisch erbrachter Leistungen spielt die Psychiatrie-Personalverordnung in Bezug auf die Datengenerierung und die Definition der künftigen Entgelte für das neue psychiatrische Vergütungssystem ein wichtige Rolle (Schanz 2009). Demnach werden im neuen Entgeltsystem die in §4 der Psych-PV definierten Behandlungsbereiche vorerst als Instrument zur Klassifizierung patientenbezogener Merkmale herangezogen, wobei die Anwendung exakter (jeweils zu Behandlungsbeginn und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs) im Gegensatz zur bisherigen Anwendung erfolgen soll (Rau 2008,1296).

Die Personalverordnung wurde 1991 durch das damals zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) erlassen, mit dem Ziel, die bis dato unzureichenden Personalstrukturen in psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen zu verbessern (Tuschen, Trefz 2010,94). Zeigte der bereits 1973 veröffentlichte Zwischenbericht der Psychiatrie-EnqueteKommission gravierende Mängel in der allgemei-

[7] Vgl. §6 BpflV, Kunze, vgl. Schmidt-Michel (2009)
[8] Vgl. Schanz(2009,249)

nen Versorgung psychisch Kranker auf[9], dauerte es jedoch weiterhin einige Jahre, die Situation in psychiatrischen Krankenhäusern zu verbessern. Eine durch das BMA berufene Expertenkommission stellte 1988 u.a. fest, *„das der stationäre psychiatrische Bereich noch beachtliche Überkapazitäten an Betten aufweist, zu denen die globalen und nicht aufgabenbezogenen Personalanhaltszahlen unverändert beitragen“* (vgl. Kunze, Kaltenbach 1992, 26).

So wurde in der Psych-PV erstmals nach Empfehlungen der durch das BMA beauftragten Expertenkommission, bestehend aus Psychiatern, Pflegedienstleitern und Verwaltungsdirektoren, ein leistungsorientiertes System ausgearbeitet mit dem übergeordneten Ziel, ein qualifiziertes Enthospitalisierungsprogramm in Gang zu setzen (Tuschen, Trefz 2010, 95f). Die Verordnung sollte demnach die zur stationären und teilstationären Behandlung der Patienten notwendigen therapeutischen Leistungen und das dafür notwendige Personal definieren. Damit wurde eine rechtsverbindliche Verknüpfung zwischen den Aufgaben einerseits und den Mitteln andererseits zur Aufgabenerfüllung geschaffen (Kunze 1998, 72f).

Der Anwendungsbereich der Psych-PV erstreckt sich auf stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Erwachsenenund Kinderund Jugendpsychiatrie und regelt *„Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Ärzte, Krankenpflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal in psychiatrischen Einrichtungen [...] mit dem Ziel, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche stationäre oder teilstationäre Behandlung der Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs.1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen“* (§1 Psych-PV).

Für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie unterliegt das Modell der Psychiatrie-Personalverordnung einer Einteilung in drei unterschiedliche und übergeordnete Behandlungsbereiche: in „Allgemeine Psychiatrie“, „Abhängigkeitskranke“ und „Gerontopsychiatrie“, die nochmals in sechs Behandlungsbereiche unterteilt werden (s. Tabelle 1) und damit der Rahmen für Anforderungen an das Psychiatrie-Personal

[9] Vgl. Sauter et al. (2006,155), vgl. Stierl (2011)

und den unterscheidbaren Leistungsinhalten im klinischen Geschehen festgelegt wird (Kunze, Kaltenbach 1992).

A	Allgemeine Psychiatrie	S	Abhängigkeits-kranke	G	Gerontopsychi-atrie
A1	Regelbehandlung	S1	Regelbehandlung	G1	Regelbehandlung
A2	Intensivbehandlung	S2	Intensivbehanlung	G2	Intensivbehandlung
A3	Rehabilitative Behandlung	S3	Rehabilitative Be-handlung, einschließ-lich „Entwöhnung“	G3	Rehabilitative Be-handlung, ein-schließlich „Ent-wöhnung“
A4	Langdauernde Behand-lung Schwer- und Mehrfachkranker	S4	Langdauernde Be-handlung Schwer-und Mehrfachkranker	G4	Langdauernde Be-handlung Schwer- und Mehrfachkran-ker
A5	Psychotherapie	S5	Psychotherapie	G5	Psychotherapie
A6	Tagesklinische Behandlung	S6	Tagesklinische Behandlung	G6	Tagesklinische Behandlung

Tabelle1: Behandlungsbereiche für Erwachsene nach § 4 Psych-PV (eigene Darstellung, nach Kunze, Kaltenbach 1992)

Der Personalbedarf soll sich demnach am Versorgungsauftrag (Behandlungsziele), der Patientenstruktur und den Behandlungsformen orientieren und löste das bisher praktizierte Muster der „Verwahrpsychiatrie“ (Kunze, Kaltenbach 1992, 26) ab, welches sich nicht mehr wie zuvor an der Zahl der durchschnittlich belegten Betten orientierten sollte (Fischer 2010, 7), sondern an der Zahl der Patienten, die den verschiedenen Behandlungsbereichen zugeordnet werden.

An jeweils vier Stichtagen im Jahr wird die Zahl der Patienten in sämtlichen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Deutschlands die Verteilung der Patienten auf diese 18 Kategorien ermittelt, die Daten werden zentral gesammelt und ausgewertet. Dabei wird jeder Berufsgruppe für jeden Behandlungsbereich ein normativer Minutenwert pro Patient und pro Woche vorgegeben, wie er sich aus den in der Psych-PV festgeschriebenen Tätigkeitsprofilen ergibt (Kunze, Kaltenbach 1992).

Somit sind seit der Einführung der Psych-PV 1991 Ansprüche und Kriterien an eine bestimmte Strukturqualität im Rahmen einer Krankenhausbehandlung berücksichtigt und manifestiert worden, die jedoch anhand der Entwicklungen der letzten Jahre bezüglich neuer rechtlicher und fachlicher Anforderungen (gestiegene Anforderungen an Fachärzte und Pflegekräfte, unberücksichtigter medizinischer Fortschritt) in der gegenwärtigen PsychPV nicht enthalten und somit nicht adäquat gegenfinanziert sind (Schanz, Stranz 2009, 1231). Außen vor bleiben zudem konkrete Leistungsinhalte unter Berücksichtigung unterschiedlicher Fallschweren im Sinne einer Prozessund Ergebnisqualität (Fischer 2010, 6, Belling 2011), so dass offen bleibt, ob die Psychiatrie-Personalverordnung über die Entwicklungsphase der Pauschalierung des Entgeltsystems hinaus Bestand haben wird (Roeder et al. 2010, 322).

1.1.3 Künftiges Entgeltsystem in der Psychiatrie

Mit dem Auftrag, ein neues pauschalierendes Vergütungssystem in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu entwickeln und einzuführen (Tuschen, Trefz 2010, 98), werden die damit verbundenen Anstrengungen mit der Zielvorstellung verknüpft, ein grundsätzlich gemeinsames, einheitliches Entgeltsystem zu installieren, das den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen, ausgehend von den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (s.o.) (Klimke et al. 2010) abzubilden vermag (Fritze 2010, 182).

Im Gegensatz zu dem in der somatischen Medizin eingesetzten G-DRGSystem muss dabei für das auf tagesbezogene Entgelte ausgerichtete System in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bzw. Abteilungen eine völlige Neuentwicklung erfolgen (Roeder et al. 2010). Im Zuge der Einführung des DRG-Systems für somatische Abteilungen in Akutkrankenhäuser sind gemäß §17b KHG psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen aufgrund zu hoher Varianzen der Behandlungskosten bei gleichen Diagnosegruppen von einem pauschalierenden System bislang ausgenommen worden (Schanz 2009)[10].

Mit der Entscheidung des Gesetzgebers im Jahr 2009 ist nun diese Ausnahmeposition aufgehoben worden. Die Selbstverwaltungspartner die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbarten bis zum Jahr 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie das Verfahren zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene. Mit der Kalkulation der benötigten Daten tagesbezogener Fallpauschalen ist wie schon bei der Einführung der somatischen G-DRGs[11] das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) beauftragt worden (Schanz, Stranz 2009). Für die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen bedeutet das neue Entgeltsystem die *„größte Veränderung seit Jahrzehnten“* (Grabow, Volk 2011).

Mit dem neuen System sind tagesbezogene Pauschalen vorgesehen, die auf Grundlage der Psych-PV Behandlungsbereiche vergütet werden (ebd.). Ziel ist es, wie in der Somatik, zu einer einheitlichen Definition der Entgelte und Relativgewichte zu kommen (Löhr et al. 2010). Diese Relativgewichte sollen, im Unterschied zu den diagnosebezogenen Fallpauschalen in der Somatik, dann durch Multiplikation mit dem Basistagewert letztendlich dann die für dieses System spezifischen Tagespauschalen ergeben (Kunze, Schmidt-Michel 2009).

Nach einer 4-jährigen Erprobungsphase soll das neue Vergütungssytem dann ab dem Jahr 2013 im Sinne eines lernenden Systems

[10] Vgl. Burgmer et al. (2003)
[11] German Diagnosis Related Groups

schrittweise in den Echtbetrieb überführt werden (Klimke et al. 2010)[12] (s. Abb.2). Bis dahin sollen die Jahresbudgets weiterhin nach den Regeln der BPflV sowie den Daten der Psych-PV verhandelt werden (Irps 2011). Zur Datenerfassung herangezogen werden demnach ab dem 01.01.2010 alle Einrichtungen, die der Psych-PV-Regelung unterliegen (Fischer 2010).

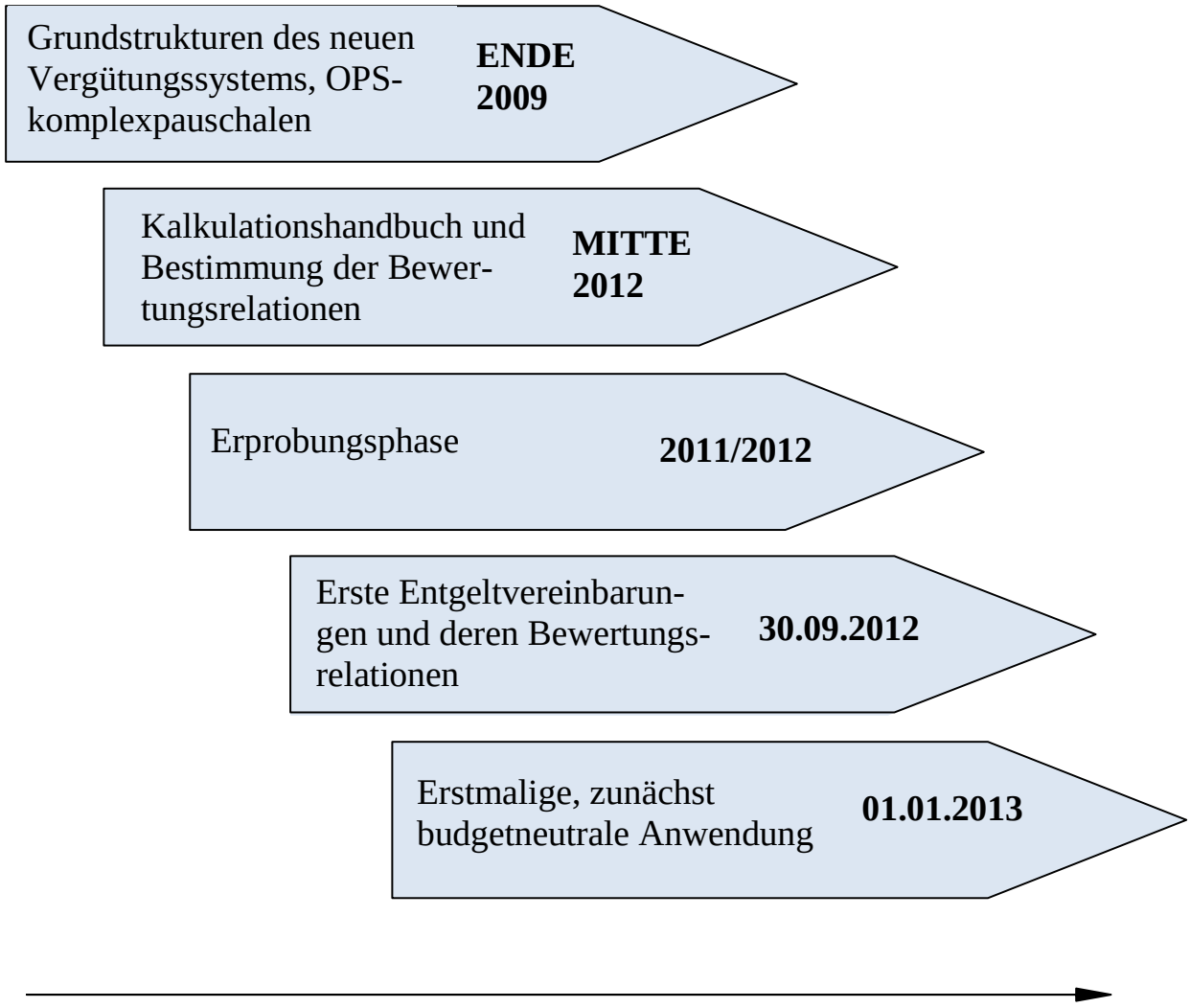


Abbildung 2: Zeitplan der Psychiatrie-Entgeltsystem Einführung (eigene Darstellung, in Anlehnung an Klimke et al. 2010)

[12] Vgl. Fischer (2010,11f)

1.1.4 Kodierung und Dokumentation

Damit die neuen Entgelte kalkuliert werden können, müssen entsprechende Datensätze gesammelt und bewertet werden (Löhr 2010a). Zur Kalkulation der Datensätze im Sinne einer Kostentrennung werden folgende Kriterien genutzt: ICD-10 Diagnosen, Pseudo OPS, psychiatrische OPS (Komplexkodes), somatische OPS-Ziffern, Verweildauer, das Alter, etc. (Löhr et al. 2010,118). Die Vorgaben zur Kodierung klinischer Maßnahmen finden sich in den allgemeinen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten sowie Prozeduren[13] sowie im OPS Katalog[14] wieder, um auf diesem Weg eine einheitliche Bewertung von Behandlungsfälle zu gewährleisten (Roeder et al. 2010).

Ab dem 01.Januar 2010 gilt für sämtliche psychiatrische und psychosomatische Kliniken die Verpflichtung zur Kodierung so genannter *„PseudoOPS"*[15], eine Schweregraddifferenzierung, die die Behandlungsbereiche der Psych-PV inklusive einer festen Ziffer widerspiegelt. Sie stellt, ähnlich wie die Psych-PV, eine Einstufungskategorie für Patienten dar, die sich jedoch von den Eingruppierungsempfehlungen der Psych-PV durch trennschärfere Formulierungen unterscheidet (Löhr 2010a). Die Einrichtungen sind dabei zu einer tagesbezogenen Einstufung verpflichtet, d.h. eine Eingruppierung der Patienten zu Beginn und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs ist anzugeben (Schanz 2009).

Zusätzlich wurden, von Fachgesellschaften exklusiv für psychiatrische und psychosomatische Häuser erarbeitete, bestimmte Kodiervorgaben

[13] InEK (2011b): DKR-Psych Version 2011

[14] OPS steht für Operationen und Prozedurenschlüssel, ein Element zur Kodierung einzelner Maßnahmen der Leistungserbringer im Krankenhaus. Alljährlich vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Katalog im Sinne einer permanenten „Weiterentwicklung der Entgeltsysteme für die stationäre und ambulante Versorgung und der externen Qualitätssicherung" aktualisiert, bildet er sämtliche medizinischen Leistungen, die einzelnen Patienten zukommen, als Kode verschlüsselt ab. Vgl. dazu Graubner (2010)

[15] Pseudo OPS – Ziffern erhalten keine Anwendung bei Budgetverhandlungen oder Abrechnungsprüfungen (Fischer 2010,16). Zudem beschreiben sie keine Operationen oder Prozeduren (Löhr 2010a).

zur Dokumentation diagnostischer und therapeutischer Leistungen in den OPSKatalog eingeführt (Roeder et al. 2010). *„Diese Komplexkodes sollen – neben den ICD-Diagnosen – Patientengruppen identifizieren, die aufgrund eines unterschiedlichen Ressourcenverbrauches verschieden hohe Kosten verursachen und sich deshalb im Rahmen des Kalkulationsprozesses als kostentrennend erweisen“* (Löhr 2010a).

In Tabelle 2 werden die einzelnen OPS-Kodes inklusive Zeitfenster und den unterschiedlichen Mindestvorgaben für das Vorhandensein beruflicher Qualifikationen für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie aufgezeigt.

OPS Code	Bezeichnung	Mindestzeit	Berufsgruppe	Leitung
1-903	Diagnostik...	2h	Arzt, Psychologe	Facharzt für Psychiatrie/ Psychosomatische Medizin
9-60	Regelbehandlung	25min	Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut, Pflegefachkraft	Facharzt für Psychiatrie/ Psychosomatische Medizin
9-61	Intensivbehandlung	25min	Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut, Pflegefachkraft	Facharzt für Psychiatrie/ Psychosomatische Medizin
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung	25min	Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut,	Facharzt für Psychiatrie/
			Pflegefachkraft	Psychosomatische Medizin
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	25min	Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut, Pflegefachkraft	Nur Facharzt für psychosomatische Medizin

9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand	2h für 1:1, 1h für 2:1-, 3:1Behandlung	Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut, Pflegefachkraft	Facharzt für Psychiatrie/ Psychosomatische Medizin
9-641	Kriseninterventionelle Behandlung	> 2h	Arzt, Psychologe	Facharzt für Psychiatrie/ Psychosomatische Medizin

Tabelle 2: OPS-Komplexcodes Erwachsenenpsychiatrie, Stand: 2010 (eigene Darstellung, in Anlehnung an Klimke et al. 2010)

Diese Kodes finden Anwendung im Rahmen des zu Systembeginn gleichzeitig implementierten Pretests, an dem 17 Krankenhäuser, ausgewählt durch das InEK, teilnehmen (Belling 2011, 62). Dieser Testlauf hat die Funktion, neben der Ermittlung eventuell auftretender SystemFehlfunktionen (Fischer 2010, 11f), Daten von Leistungskosten pro Patient mittels der Kodierung von Leistungen aus dem OPS-Katalog zu ermitteln und aufzustellen (Kunze, Schmidt-Michel 2009, 12), wobei, analog zur Einführung des DRG-Systems in der Somatik, ein Kalkulationshandbuch das Verfahren der Datenerfassung unterstützen soll (Belling 2011, 62).

Neuartig für die einzelnen Berufsgruppen in den Kliniken wird die Dokumentation von Leistungsinhalten mittels bestimmter Zeitfenster, ausgedrückt und kodierbar in so genannte Therapieeinheiten. So wurde festgelegt, dass eine Therapieeinheit (TE) eine Dauer von mindestens 25 Minuten aufweisen muss, damit sie als solche abrechenbar ist. Gruppenangebote sind ebenfalls in TE´s ausdrückbar, hierbei sind Angaben zu Gruppengrößen (s. Tabelle 3) sowie einer Mindestanzahl an Therapeuten geregelt (Löhr 2011). Der mittlerweile modifizierte OPS-Katalog[16] liefert auch hier Hinweise, wie die entsprechenden Leistungen zeitlich bemessen werden (eine Übersicht liefert Tabelle 4). Seit Anfang 2010 sind die einzelnen Berufsgruppen in der Psychiatrie verpflichtet, ihre Leistungen einmal pro Woche zu kodieren (Löhr 2010a).

[16] vgl. OPS 2011 (DIMDI 2011), vgl. Löhr (2011)

Gruppengröße	Mindestanzahl an Therapeuten
bis 6 Patienten	1 Therapeut
7 bis 12 Patienten	1 Therapeut
13 bis 18 Patienten	1 Therapeut
13 bis 18 Patienten	2 Therapeuten (Psychologen und/oder Ärzte)

Tabelle 3: Gruppengrößen im Entgeltsystem (Löhr 2011)

Therapiedauer	Einzeltherapie	Gruppentherapie bis 6 Patienten	Gruppentherapie 7-12 Patienten	Gruppentherapie 13-18 Patienten
Mind. 25 min	1 TE	1/4 TE	1/8 TE	1/12 TE
Mind. 50 min	2 TE	1/2 TE	1/4 TE	1/6 TE
Mind. 75 min	3 TE	3/4 TE	3/8 TE	1/4 TE
u.s.w.				

Tabelle 4: Therapieeinheiten in der Erwachsenenpsychiatrie (Löhr 2011)

Weitere zusätzliche Kodierungsanforderungen, wie z.B. Differenzierungen des Behandlungsschweregrades oder Angaben zur täglichen Betreuungsintensität, werden in der Pretest-Phase erprobt und sollen dem datenauswertendem Institut InEK zur differenzierteren Abbildung homogener Patientengruppen dienen (Heimig 2010). Denn vor dem Hintergrund einer reinen Kodierung von Therapieeinheiten stellt sich die Schwierigkeit mit dem Umgang von Leistungen heraus, die nicht innerhalb des OPS-Kataloges abgebildet werden und als pflegerische Tätigkeiten ausreichend definiert oder konkretisiert sind (Löhr et al. 2010). Vor allem gegenüber Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis dürften die Interventionen in 25-MinutenTaktungen schwer möglich sein (Schanz et al. 2010).

Während im o.g. System die Anwendung von Therapieeinheiten Einzelleistungen identifizieren und damit als direkte Kosten in das Kalkulationsverfahren einfließen können, bleibt demnach die Frage offen, wie Leistungen, die nicht oder nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand einzelnen Patienten oder bestimmten Patientengruppen

zugeordnet werden können (Belling 2011,62)[17]. Dieser Graubereich, der auch als „Grundrauschen“ (Löhr 2010a, 67) oder als „Residualgröße“ bezeichnet wird, ist von Beteiligten der Pretest-Phase auf einen Anteil von 65-70% der Gesamtkosten eingeschätzt und damit zum größten Kostenblock identifiziert worden (Belling 2011,62)[18], wobei es diesbezüglich der psychiatrischen Pflege obliegt, *„aus ihrer Aufgabenvielfalt und dem Grundrauschen ein klares Bild zu generieren“* (Löhr 2010a).

Weitere, den bisher dargestellten Anforderungen an diverse Kodierungen lassen erahnen, das vor allem die Betonung auf tagesbezogene Leistungen innerhalb des neuen Entgeltsystems eine hohe sachgerechte Dokumentation erfordern wird (Löhr 2010a)[19]. Durch diesen hohen Aufwand soll einerseits durch die einzelnen, und für die unterschiedlichen Berufsgruppen geltenden Kodierungen die Behandlung in psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereichen durchsichtiger gestaltet werden und Rahmenrichtlinien aufstellen, die das Versorgungsgeschehen nachweisbarer und transparenter erscheinen lassen (Fischer 2010, 14).

1.2 Diagnosis Related Groups (DRGs)

Ungefähr zehn Jahre vor der geplanten Implementierung eines Entgeltsystems in der Psychiatrie sind in somatischen Akutkrankenhäusern bereits die ersten DRG-Fallpauschalen eingeführt worden. Diagnosis-RelatedGroups (DRGs) sind ärztlich-ökonomische Patientenklassifikationssyteme, *„in welchen die Behandlungsfälle von Akutkrankenhäusern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden“* (Fischer 2002).

Mit der Einführung der G-DRGs sind die Finanzierungsund Abrechnungssysteme der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage gestellt

[17] Vgl. Schanz (2010), Kunze, Kukla (2011), Wolter (2011)
[18] Vgl. Löhr (2010b)
[19] Vgl. Grabow, Volk (2011)

worden, indem die endgültige Umstellung von der Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze auf eine pauschalierte Vergütung festgelegt worden ist (Buhr, Klinke 2006). Hintergrund und Motiv der Einführung dieses Vergütungssystems waren die seit Jahren steigenden Kosten im Gesundheitswesen sowie die durch die Bundesregierung relativ nutzlosen Bemühungen, die Ausgaben mit diversen Gesetzen einzudämpfen (vgl. Peters-Alt 2005, 11f,).

Das DRG-Entgeltsystem verfolgte im Rahmen einer Annäherungsphase (Konvergenzphase), die Verbesserung der Ressourcenallokation begrenzt vorhandener Finanzmittel im Sinne eines leistungsbezogenen Preisniveaus auf Landesebene zu erreichen, mit dem Ziel *„gleiche Preise für gleiche Leistungen“* zu realisieren (vgl. Braun et al. 2007). Im Einzelnen verfolgte der Gesetzgeber mit der Umstellung auf die Vergütung nach DRGFallpauschalen folgende Ziele (nach Braun et al. 2007):

- Erhöhung der Leistungstransparenz
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Förderung der Wirtschaftlichkeit
- Beseitigung von Fehlanreize tagesgleicher Pflegesätze
- Reduzierung der Verweildauer
- effizienter Ressourceneinsatz
- mehr Wettbewerb unter den Krankenhäusern

1.2.1 Kodierung und Dokumentation

Anhand der DRGs haben die somatischen Abteilungen die Aufgabe, Patienten anhand medizinisch-klinischer Kriterien (Basisdaten) in bestimmte Gruppen nach Hauptdiagnosen des ICD-10 in so genannte Major Diagnostic Categories (MDC = Hauptgruppen) einzuteilen (Fischer 2002, 30ff) (s. Abb. 3). *„Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die hauptsächlich für die Veranlassung des Krankenhausaufenthalts verantwortlich ist, wobei die Beurteilung retrospektiv am Ende des Aufenthaltes erfolgt“* (Buhr, Klinke 2006). Im Anschluss erfolgt eine Einteilung in Operationen und Prozeduren (OPS-Katalog), aus denen

sich die Basis-DRGs ergeben. Des Weiteren wird bei der Gruppierung eines Falls aus den dokumentierten Nebendiagnosen ein so genannter Fallschweregrad ermittelt (*PCCL, patient clinical complexity level*), der zwischen 0 und 4 liegen kann.

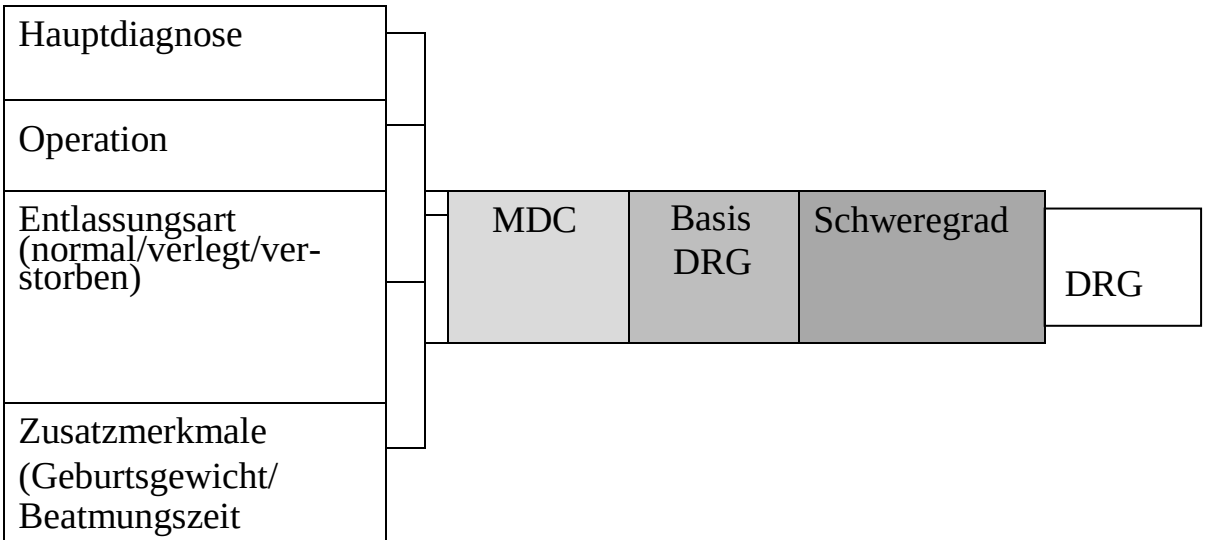


Abbildung 3: Der Eingruppierungsprozess in die Krankheitsgruppe (eigene Darstellung in Anlehnung an Peters-Alt 2005, 31)

Im DRG-System wird so eine höhere Fallschwere als ein ökonomischer Schweregrad ausgezeichnet (Fischer 2002,33) und geht dementsprechend mit höheren Erlösen einher (Buhr, Klinke 2006). Als entgeltrelevant ist die Fallpauschale einzustufen, nachdem die so genannte ökonomische Fallschwere, d.h. eine Bewertung des individuellen Falles einschließlich eventueller Komplikationen und Begleiterkrankungen im Rahmen von Nebendiagnosen, ermittelt ist (vgl. Fischer 2010,2, vgl. Peters-Alt 2005,29ff)
Um eine einheitliche Dokumentation der DRGs im Sinne des o.g. Eingruppierungsprozess zu gewährleisten, müssen die Leistungserbringer in der Lage sein, *„das vollständige Krankheitsund Leistungsspektrum in deutschen Krankenhäusern abzubilden“* (InEK 2011a). Dazu werden auch hier wiederum die Deutschen Kodierrichtlinien herangezogen. Sie legen fest, wie einzelne Diagnosen und Operationen zu erfassen sind. Als Verschlüsselungsgrundlage der systematischen Gliederung dient das System ICD-10-GM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Release 10, German

modification) sowie der Operationenund Prozedurenschlüssel (OPS) in der jeweils aktuellen Version (InEK 2011a)[20].
Für den Preis, den ein Krankenhaus dann für die einzelne DRG erhält, wird der so genannte durchschnittliche Basisfallwert, ein ab 2009 in den Bundesländern einheitlicher Wert (vgl. Friedrich 2010, 141) herangezogen. Dieser Wert wird mit dem Relativgewicht multipliziert (Friedrich 2010, 130). Das Relativgewicht umschreibt hier den allgemeinen Ressourcenverbrauch im Sinne eines Behandlungsaufwands der verschiedenen Krankheitsfälle und damit den durchschnittlichen Aufwand einer DRG Gruppe an sich, wobei die Kostenkalkulation durch das InEK erfolgt (Löhr et al. 2010, 120). Das Ergebnis der Multiplikation beider Faktoren ergibt dann schließlich das Entgelt für die einzelnen DRGs (vgl. Peters-Alt 2005, 35ff). Für das gesamte Vergütungsvolumen von DRG-Leistungen (auf Krankenhaus-, Landes oder Bundesebene) wird der sogenannte Casemix als Summe der Bewertungsrelationen aller Fälle mit dem Basisfallwert multipliziert (Friedrich et al. 2010, 130).

Das DRG-Vergütungssystem wurde für die Krankenhäuser als lernendes System eingeführt. Dies bedeutet, dass es auf Grund der ständig wachsenden Erfahrungen aller Beteiligten jährlich weiterentwickelt und an die Besonderheiten der Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland angepasst wird (Deutscher Bundestag 2003)[21].

Eine Systemevaluation im Sinne einer Begleitforschung als Vorgabe durch das Bundesministerium für Gesundheit, ist bis dato jedoch noch nicht durchgeführt worden. Vorab jedoch stellte der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 fest, dass sich durch die Einführung des DRG Systems bereits bestimmte Trends im Bereich der Reorganisation der Behandlungsabläufe, der Spezialisierung des Leistungsspektrums sowie eine zunehmende Betonung von Qualitätsaspekten herausfiltern ließen, (SVR 2007, 48) die im Hinblick der künftigen Etablierung des neuen Entgeltsystems in der Psychiat-

[20] Vgl.Graubner (2010)
[21] Einen Überblick über bisherige Konsolidierungen sowie Entwicklungsschritte im GermanDRG-System zeigen Schlottmann et al. (2009) auf.

rie und Psychosomatik Benchmark-Effekte auslösen dürften (Fischer 2010,28f).

1.2.2 Rolle der Pflege innerhalb der Entgeltsystematik

In diesem Absatz soll eine Übersicht angeboten werden, welche Rolle der zahlenmäßig größten Berufsgruppe im Krankenhaus, der Pflege, in den Entgeltsystemen zu teil kommt bzw. zu teil kommen wird. Für den Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik können aufgrund der bisher mangelnden Systemerfahrung kaum Hinweise bezüglich aussagekräftiger Erfahrungen oder Umstellungen mit dem neuen Entgeltsystem aufgeführt werden, wobei allerdings aufgrund der vom Gesetzgeber vorgelegten Rahmenbedingungen durchaus Anforderungen für die Berufsgruppe Pflege zu antizipieren sind.

Ausführlicher und aussagekräftiger sind dagegen die bisher in der Somatik erzielten und wahrgenommenen Effekte der DRGs für die Pflege. So ist bis heute in einem vorwiegend ärztlich medizinisch ausgerichteten Klassifikationssystem der Pflegeaufwand im DRG System auf den ersten Blick unzureichend berücksichtigt (Peters-Alt 2005). Pflegerische Leistungen fließen im DRG System lediglich über nicht weiter differenzierte, tagesgleiche Pflegesätze im Sinne eines Ressourcenverbrauchs mittels Daten der PPR[22] in die Kostengewichte ein (Bartholomeycik 2010, 213). Lediglich im Rahmen von ärztlichen Nebendiagnosen können spezielle Pflegeprobleme über die CC Einstufung erfolgen[23] (Fischer 2002,90).

DRGs basieren auf ärztlichen Diagnosen, von denen viele jedoch typischerweise einen sehr unterschiedlichen Pflegeaufwand mit sich bringen können, auch wenn der ärztliche Aufwand ähnlich ist. Der Umstand eines unberücksichtigten Pflegeaufwands im System kann somit dazu führen, dass Krankenhäuser mit überdurchschnittlichem Pflegeaufwand nicht kostendeckend arbeiten (Peters-Alt 2005). Dieser

[22] Pflegepersonalregelung. 1993 als analytisches Personalbemessungsinstrument eingeführt. 1996 wieder außer Kraft gesetzt (vgl. Bartholomeycik 2010,213f)

[23] eine Übersicht über nicht berücksichtigte Pflegeleistungen im DRG-System zeigt Peters-Alt (2005,53ff) auf

Umstand wäre auf Dauer verheerend, denn *„wenn die Pflege im DRG System betriebswirtschaftlich unsichtbar bleibt, besteht die Gefahr, Pflege allein als Kostenfaktor, nicht aber als wertschöpferische Dienstleistung anzusehen. Es könnte sich demnach der Anreiz ergeben, Einsparungen in diesem Bereich vorzunehmen“* (Bartholomeycik 2010, 212).

Um pflegerische Tätigkeiten kostengerecht in das DRG-Entgeltsystem einfließen zu lassen, bedarf es der Notwendigkeit, diese Tätigkeiten anhand von Statistiken oder Erhebungsinstrumente zu belegen (Fischer 2002,155, Peters-Alt 2005). Doch bisher fehlen größtenteils Instrumente zur Abbildung des Personalaufwands hinsichtlich von Pflegeleistungen (Peters-Alt 2005). Diskutiert wurden bisher Lösungsvorschläge, wie z.B. die Anwendung von Pflegediagnosen (vgl. Fischer 2002, 109f), LEP[24] (vgl. Peters-Alt 2005, 68f) sowie die Integration von spezifischen Pflegefaktoren in das DRG-System (vgl. Peters-Alt 2005). Diese Entwicklungen aufnehmend gelten zu erwähnen, dass mittlerweile ein Instrument zur Darstellung pflegerischer Leistungen Einzug in den OPS-Katalog 2011 gehalten hat. Hierbei handelt es sich um den so genannten Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), ein von der Expertengruppe des Deutschen Pflegerats (DPR) entwickeltes Instrument, welches anhand von Punktwerten die Pflege hoch aufwendiger Patienten im Krankenhaus abbilden und damit zu einer Kostenhomogenität in der somatischen Krankenhauslandschaft beitragen soll (DIMDI 2011). Diese Ausführungen zeigen knapp aber deutlich auf, dass die pflegerische Berufsgruppe in somatischen Krankenhäusern im DRGSystem als Leistungsträger nur marginal und indirekt berücksichtigt ist.

Anders stellt sich die Situation im neuen Entgeltsystem in der psychiatrischen Versorgungslandschaft dar. Von Beginn an sind pflegerische Leistungen in den OPS-Katalog eingebunden und damit kommt der Berufsgruppe von Grund auf eine Partizipation an der Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems zu teil. Löhr (2009) hält diesbezüglich fest, dass *„die psychiatrische Pflege die Chance hat, anders als im DRG System der Somatik, die Entwicklung des Systems positiv zu beeinflus-*

[24] Leistungserfassung in der Pflege. Vgl Peters-Alt (2005,68ff)

sen. Aus diesem Grund ist ein engagierter Einsatz der Berufsgruppe auf allen Ebenen wichtig und richtig“.

Waren vor der neuen Entgeltregelung die Regelaufgaben der Pflege in der Psych-PV inkludiert und unterschiedlichen Behandlungsbereichen automatisch zugeordnet, ändert sich mit dem neuen Entgeltsystem nun die Darstellung klinisch erbrachter Leistungen. Für die Pflege wird innerhalb des OPS-Kataloges für die Leistungskodierung innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie Raum im Rahmen vorgegebener Behandlungsbereiche bestimmte Dimensionen angeboten, die die individuelle Patientenversorgung anhand einzelner Therapieeinheiten (TE) abzubilden versucht (Löhr 2010a) und damit einen (Teil-) Aufwand der pflegerischen Berufsgruppe innerhalb der klinischen psychiatrischen Versorgungslandschaft abbildbar werden lässt (Roeder et al. 2010, 323).

Der Katalog sieht z.B. für den Bereich der Regelversorgung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-60) folgende verschlüsselbare Leistungen für Pflegefachkräfte vor, wobei in diesem Katalog auch Leistungen für andere Berufsgruppen, den so genannten Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherape ten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter) vorgehalten werden (vgl. DIMDI 2011)[25]:

[25] Leistungen, die durch Mitarbeiter in Ausbildung erbracht werden, werden bei der Berechnung der Therapieeinheiten nicht berücksichtigt (Schanz et al. 2010).

- Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
- Betreuung und Behandlung durch die spezialisierte psychosoziale Pflege (z.B. alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung)
- Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
- Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
- Kreativtherapien (z.B. Tanztherapien, Kunsttherapie, Musiktherapie)
- Physiooder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
- Sensorisch fokussierte Therapien (z.B. Genussgruppe, Snoezelen)
- Entspannungsverfahren (z.B. progress. Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training oder psychophysiolog. Techniken wie Biofeedback)
- Logopädie (z.B. bei Schluckstörungen)
- Übende Verfahren und Hilfekoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum

Tabelle 5: Verfahren für Pflegefachkräfte und Spezialtherapeuten im Rahmen der Regelbehandlung der Erwachsenenpsychiatrie (DIMDI 2011)

Für den Bereich der Intensivbehandlung psychisch Kranker liegen ähnlich ausgeschriebene Tätigkeiten vor, jedoch wird dort die für alle Berufsgruppen geltende Einschränkung berücksichtigt, das der Schwerpunkt der Behandlung zumeist bei häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten liegt, da die Patienten meistens nicht gruppenfähig sind (DIMDI 2011). Pflegerische Handlungen, wie *Betreuung und Behandlung durch die spezialisierte psychosoziale Pflege (z.B. alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung)* sowie *spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)* bleiben in dieser OPS-Kategorie weiterhin vorhanden und sind somit kodierbar (DIMDI 2011).

Diese, den aus der Psych-PV entlehnten analogen, pflegerischen Tätigkeiten sind nun in den als möglich darstellbaren Einzelbzw. Grup-

penangebote in einem festgelegten Zeitfenster von 25 Minuten pro Therapieeinheit täglich auf den einzelnen Stationen zu leisten. Einmal wöchentlich müssen dann anhand übergeordneter Kodierziffern die geleisteten Therapieeinheiten in Leistungsblöcke zusammengefasst werden. Im Katalog 2011 sind die Berufsgruppen Pflege und Spezialtherapeuten zu je einer Gruppe zusammengefasst, wobei jede Berufsgruppe ihre TE´s eigenständig zu dokumentieren haben (vgl. DIMDI 2011). Bei der Einführung der somatischen DRGs wird die Kostentrennung und damit die Preisbildung auf den kompletten Fall bezogen. Für die pflegerische Berusfgruppe in der Psychiatrie gilt es, ihre Leistungen im Sinne der Kostentrennung eindeutig, d.h. tagesgenau und transparent ihrem Aufgabenbereich zuzuordnen (Löhr 2009).

Die nötigen Daten für die Kostenund Leistungsrechnung sollten demnach auf sauber differenzierten Begriffen beruhen. Denn „keine Kostenrechnung, die auf undefinierten oder schlecht abgegrenzten Kostenzahlen basiert, kann brauchbare Ergebnisse produzieren“ und zu betrieblich nutzbaren Ergebnissen führen (Zingel 2009). Analog dazu äußern sich auch Löhr et al. (2010,119): „Nur wenn Leistungen benannt, bewertet und durchgeführt sind, können sie auch entgeltet werden“.

Diese vordergründig betriebswirtschaftliche Notwendigkeit wird mit einer hohen Anforderung der Dokumentationsqualität einhergehen, die letztendlich der Überprüfung, und damit der Nachvollziehbarkeit von Pflegeergebnisse standhalten muss, um angemessen in die Leistungskalkulation einfließen zu können (Schanz, Stranz 2009, 1231). Die Begründungen von erbrachten Leistungen werden umso wichtiger, da auch davon auszugehen ist, das diese Leistungstransparenz durch die Kostenträger, ähnlich wie bei den somatischen DRGs, zu einer erhöhten Kontrolle der Leistungsinhalte führen wird, und das der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die kodierten OPS nicht nur in Bezug auf die Datenqualität für die Entgeltentwicklung prüft, sondern auch im Zusammenhang mit der Abrechnung von Patientenbehandlungen, was zur *„Streichung von Behandlungstagen“* und damit zu finanziellen Einbußen für die jeweilige Einrichtung führen kann (Kunze, Schepker 2011).

1.3 Herausforderungen für die Psychiatrie

Das künftige Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik kommt einem Paradigmenwechsel in der klinischen Gesundheitsversorgung gleich (Roeder et al. 2010, 320). Während das Entgeltsystem in somatischen Kliniken vermehrt Wettbewerbstendenzen[26] ausgelöst (SVR 2007) und damit das Motiv materieller Interessen der Krankenhäuser (Braun 2009) zu anhaltenden Umstrukturierungen von Versorgungsstrukturen und Prozesse führt und noch weiter führen wird (Hentze et. al 2002; zitiert in Greiling 2007, 103), sind analoge Entwicklungen auch im Bereich der Versorgungslandschaft der Psychiatrie und Psychosomatik zu erwarten (vgl. Fischer 2010, 28).

Während innerbetriebliche Strukturen im Krankenhaus noch größtenteils funktionsorientiert und damit meist an den eigenen Bereichsgrenzen bzw. Schnittstellen enden und damit Steuerungsund Produktivitätsprobleme begünstigen, wird es vor dem Hintergrund der ökonomischen Anforderungen entscheidend darauf ankommen, wie es den einzelnen psychiatrischen und psychosmatischen Kliniken gelingen wird, ablauforganisatorische Störungen zu überwinden und einzelne Prozesse wertschöpfend miteinander zu verknüpfen (Greiling 2007, 104).

In der Psychiatrie wird mit der Einführung des neuen Entgeltsystems das Ziel verfolgt, homogene Patientengruppen zu extrahieren. Dabei stellt die individuelle Person mit der Erkrankung oder Behinderung (Fall) die zu betrachtende Einheit dar, nach der sich die Leistungserbringer mit ihren Prozessen organisieren müssen (Pape 2008), wobei vor dem Hintergrund der Neuausrichtung der Leistungsdarstellung aller Berufsgruppen in der Psychiatrie auch die Prozessabläufe für die Dokumentation sowie der Leistungserfassung neu strukturiert und erweitert werden müssen (Hirschfeld, Borrmann-Hassenbach 2010). Mit dem Einsatz von klinischen Behandlungspfaden in einzelne Versorgungsbereiche können diese Anforderungen im Sinne von medizinisch und ökonomisch optimal abgestimmten Handlungsempfehlungen für den gesamten Behandlungsablauf einer homogenen Patientengruppe erfüllt und entsprechende Ablauforganisationen im Kran-

[26] Vgl. Gerlinger (2009,19ff)

kenhaus umstrukturiert werden (Greiling et al. 2004, 70f)[27], um auf diesen Weg das beste verfügbare Wissen systematisch in das Alltagshandeln interdisziplinär zu integrieren (Sens 2010, 54).

Aus der Sicht der Patientenperspektive sollten nach Kunze und Kukla (2011) dabei eher *„Personen – statt Fall-bezogener Behandlungspfade“* berücksichtigt werden, um den besonderen Versorgungsbedarf psychisch Kranker flexibler gerecht zu werden[28] und gleichzeitig die Kooperation aller für die Versorgung erforderlichen Berufsgruppen zu gewährleisten (Ewers, Schaeffer 2003, 198).

Darüber hinaus zeigt ein Blick auf die momentan noch bestehende strukturelle Versorgungsprobleme in der psychiatrischen Versorgung (ungenügende ambulante Strukturen, Versorgungsbrüche zwischen ambulanten Behandlern, psychosozialen Leistungserbringern und den Kliniken, erhebliche Schnittstellenproblematiken aufgrund streng abgegrenzter Finanzierungstrukturen, unkoordiniertes Zusammenspiel verschiedener Akteure und damit übermäßiger Ressourcenverbrauch) offenbaren dabei einen Handlungsbedarf über die Grenzen der klinischen und stationären Versorgung hinaus (AKP 2011). Analog dazu äussern sich Kunze und SchmidtMichel (2009), die aufführen, das ambulante Versorgungsbereiche wie Krankenpflege, Ergotherapie, Soziotherapie und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke weiterhin unterentwickelt sind oder nicht existieren.

Diese Schwachstelle aufgreifend empfahl bereits im Jahre 2000 der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten, institutionenübergreifende Maßnahmen, *„bei denen nicht nur die Ergebnisqualität individueller Versorgungsleistungen, sondern auch ein qualitativ hochwertiger Ablauf einer gesamten Versorgungskette zwischen Leistungserbringern und Patienten eine entscheidende Rolle spielt“* (SVR 2000, 83).

Dahingehend sieht nun der Gesetzgeber vor, im Rahmen des neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie/Psychosomatik zu prüfen, wie Ver-

[27] Zur konzeptionellen Ausgestaltung von Behandlungspfade vgl. Sens (2010), KahlaWitzsch,Geisinger (2004)
[28] Vgl. Heilige (2004)

sorgungsstrategien von ambulanten und teilstationäre Leistungen (Tageskliniken, Institutsambulanzen) oder innovative Versorgungskonzepte wie Regionalbudgets[29] in das System einfliessen können, um eine Kontinuität der Behandlung über die Sektorengrenzen hinweg aufrechtzuhalten und mit zu berücksichtigen (Roeder et al. 2010,322). Um dieses Ziel einer sektorenübergreifenden, integrierten Versorgung mit dem nachweisbaren Effekt der Verbesserung der Versorgungsqualität (Prozessvor Strukturqualität) zu erreichen (AKP 2011), müssen noch Anstrengungen bezüglich der Verflechtung aktueller Initiativen miteinander, der Erzeugung von Synergieeffekte erzeugt und die Vernetzung von multiprofessionellen Organisationsmodellen entwickeln werden (Ewers, Schaeffer 2003, 204).

1.3.1 Herausforderungen für die Psychiatrische Pflege

Um die o.g. Bewegungen vorab in der Klinik aufzunehmen und sich im neuen Entgeltsystem als Leistungserbringer zu positionieren, bedarf es der Notwendigkeit, Kernprozesse in der pflegerisch-psychiatrischen Versorgung zu definieren und Versorgungsleistungen der Berufsgruppe auf die Bedürfnisse einer möglichst effizienten Patientenversorgung abzustimmen und mit Hilfe von pflegerischen Behandlungspfaden auszugestalten (Heilige 2004).

Dies wird die notwendige Entwicklung mit sich bringen, Pflegewissen und seine Wirkung auf den Patienten zu operationalisieren und transparent dokumentieren. Gleichzeitig bedarf es der Einbeziehung evidenzbasierten Wissens (Löhr 2010a), wobei, um den in der Psychiatrie hohen Anteil der emotionalen Arbeit zu berücksichtigen (Heilige 2004), bevorzugt die Verwendung qualitativer Studienergebnisse zum Patientenerleben, Bewältigung, etc., einen hohen Stellenwert innerhalb von Behandlungspfade einnehmen sollten, um im Sinne einer Patientenorientierung eine auf die individuelle Lebenswelt zugeschnittene Behandlung planbar zu gestalten (ebd.).

[29] Finanzierungssystem, das nicht mehr auf Behandlungstagen oder einzelnen Fällen basiert, sondern das Budget für eine sektorenübergreifende psychiatrische und psychosomatische Versorgung einer bestimmten Region bereithält. (vgl. Deister 2011)

Auf die psychiatrische Pflege, die sich in der Pflegelandschaft stets in der Position einer Vorreiterrolle hinsichtlich von Kommunikation und Einbezug von Angehörigen in den therapeutischen Prozess, sowie als ursprünglich vollwertiges Mitglied einer interdisziplinären Teamarbeit eingeordnet hat (Schulz 2003, 141), wird nun ein Rechenschaftsdruck ausgeübt, ihr Interventionsprofil vor allem über den klinischen Bereich heraus an einem gestiegenen Bedarf der Bevölkerung nach patientenorientierten Behandlungsformen (z.B. Unterstützung der Helfersysteme, familienorientierte Ansätze, psychosoziale Interventionen, Informationsweitergabe, aufsuchende Angebote und Prävention) auszurichten (Schulz, Löhr 2010), denn abgeschottete Angebotsstrukturen entsprechen nur bedingt den Bedürfnissen der Patienten (Haubrock et al. 2000, 80).
Dabei stehen Betroffene und Angehörige weiterhin einem unkoordinierten Versorgungssystem gegenüber (Bastiaan 2001; zitiert in Mahler 2008,11f). Dieser strukturelle Makel wird verbunden mit der Forderung, dass sich die psychiatrische Pflege stärker auf die direkte Lebensumwelt der Patienten fokussieren muss, um bedarfsgerecht und dabei über die Grenzen von Akutkliniken hinaus zu agieren (Schulz, Löhr 2010,50). Gerade die Einbindung chronisch kranker Patienten sollte aus dem stationären Setting prozesshaft heraus, d.h. entlang geplanter Pflegepfade im Sinne eines individuellen Fall-Managements – hin zu einem phasenbedingten Behandlungsbedarf in ambulante Strukturen aufgenommen werden (vgl. Heilige 2004).

Welchen Anforderungen die Leistungserfassung der Pflege im neuen Entgeltsystem in qualitativer Hinsicht unterliegt, ist bis heute noch unklar (Löhr 2010a). Lange bevor der geplanten Einführung eines neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie stellt Schulz im Jahr 2002 vor dem Hintergrund eines ansteigenden Anspruchs an die klinische Wissensbasis die Notwendigkeit heraus, das auch die psychiatrische Pflege Rechenschaft über die Wirksamkeit der durchgeführten Handlungen ablegen muss (Schulz 2003). Diese Prämisse nimmt nun vor dem Start der neuen Entgeltregelung erneut an Fahrt auf.

Die Pflege wird sich demnach, um Leistungsund Kostentransparenz herzustellen, der künftigen Herausforderung nachweisbarer individualisierter und evidenzbasierter Handlungen einzelnen Patienten endgül-

tig gegenüber stellen müssen, um ihren Stellenwert im neuen Entgeltsystem und damit generell in der Psychiatrie als wirkungsvoller Vertreter begründen zu können (Löhr 2010a).

1.4 Pflegeprozess und Pflegedokumentation

Aufgrund von gesetzlichen Vorgaben, der Entwicklung im Gesundheitswesen und die Einführung von Richtlinien des Qualitätsmanagement sowie von neuen (o.g.) Entgeltsystemen, muss auch die Pflege ihre Arbeit nachweisbar gestalten, ihre Leistung definieren und dokumentieren. Anhand der pflegerischen Dokumentation soll ersichtlich sein, welche Pflege und in welchem Umfang die Pflege geleistet wurde. Die Pflegedokumentation kann in einer Papierakte oder digital erfolgen und setzt sich aus verschiedenen Teilen zusammen, die nach dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK W-L): Stammdaten, Pflegeanamnese, Pflegeplanung und der Nachweis der Durchführung von der Pflegeplanung, den Pflegebericht, sowie zusätzlich Protokolle und Formulare beinhalten[30]30. Die Entwicklung und kritische Betrachtung der pflegerischen Arbeit und auch in Anbetracht der akademische Entwicklung der Pflege in Deutschland gewinnt ein nachweisbares, prozessorientiertes und Evidenz-basiertes Arbeiten an Bedeutung. Die Pflege muss sich innerhalb des o.g. neuen Entgeltsystems transparent und nachweisbar machen um die pflegerische Arbeit als Leistung zu definieren und sich in diesem Entgeltsystem zu positionieren. Wenn die Pflege ihre Notwendigkeit und das professionelle Arbeiten aufzeigen kann und Verweise auf die Evidenz belegt, stärkt und professionalisiert sie ihren Berufsstand und dies trägt weiter auch zu einer Neuorientierung und Weiterentwicklung des Berufes bei. Auch die psychiatrische Pflege muss sich innerhalb eines neuen Entgeltsystems und dem OPS positionieren und ihre Leistungen transparent und codierbar gestalten, daher ist eine aussagekräftige Pflegedokumentation elementar, auch in Anbetracht der Festlegung des OPS-Kataloges und hinsichtlich einer Weiterentwicklung in der psychiatrischen Pflege.

[30] Vgl. http://www.mdk-wl.de

1.4.1 Pflegedokumentation

Mittels der Pflegedokumentation hat die Pflege die Möglichkeit ihre Arbeit schriftlich festzuhalten und die am Patienten vollbrachte Leistung als solche darzulegen. Dabei gibt es gesetzliche Vorgaben, Grundsatzstellungnahmen, eigens Bücher und Artikel, welche sich dem Thema der pflegerischen Dokumentation widmen. Die Pflegedokumentation ist ein Informationssowie Kommunikationsinstrument (Lange-Weishaupt, Peper 2009) und unterliegt gesetzlichen Anforderungen und Regelungen. Im Sozialgesetzbuch 11 (SGB XI) § 113 steht fest:
(…) In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln
1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen, (…)[31]

Auch im Krankenpflegegesetz § 3 Ausbildungsziel steht festgeschrieben, dass u.a. folgende Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen sind:

Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege (…)[32].

Diesem Gesetzestext nach, ist die der Pflegedokumentation betreffenden Anforderungen einer Pflegefachkraft, die Erstellung einer Pflegedokumentation mit dem Pflegeprozess, sowie die Förderung der Pflegequalität, weiter kann auch in rechtlichen Konflikten die dokumentierte Pflege von Relevanz sein, indem die Pflegedokumentation als rechtlicher Beweis oder Grundlage gilt, wie und ob die Pflege geleistet wurde (Brobst et al. 2007). Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) legt in einer *Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation*[33] Ziele für

[31] Vgl.: http://bundesrecht.juris.de/sgb_11/__113.html
[32] Vgl.: http://bundesrecht.juris.de/krpflg_2004/__3.html
[33] Vgl. Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation des MDS

die Pflegedokumentation fest, diese beinhalten u.a. folgende Zielsetzung in einem Pflegedokumentationssystem:

- Nachweis der professionellen, systematischen, aktualisierten und auf den Pflegebedürftigen bezogenen individuellen Pflege
- Sicherung der Kontinuität und Organisation der Pflege durch übersichtliche, konkrete und vollständige Verlaufsdarstellung
- Praktikabilität und Reduzierung von überflüssigem Schreibaufwand
- Einsatz als intra und interprofessionelles Kommunikationsmittel auch im Schnittstellenmanagement
- Bereitstellung von Informationen für das interne Qualitätsmanagement
- Darstellung des Leistungsgeschehens intern und extern
- Bereitstellung von Informationen für das Personalcontrolling
- Rechtssicherer Nachweis der pflegerischen Leistung[34]

Jedoch empfiehlt sich bei der Grundsatzstellungnahme des MDS ein kritischer Blick, inwieweit diese Empfehlungen auch der wissenschaftlichen Kenntnis entsprechen. Ein Positionspapier (Bartholomeyczik et al. 2007) sieht in der Grundsatzstellungnahme des MDS Schwächen und Mängel, welche sie in einer Art Gegengrundsatzstellungnahme erörtern; der MDS beziehe sich auf verschiedene theoretische Modelle und Theorien, welche sich partiell widersprechen und ziehe dabei neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis nicht in ihre Stellungnahme mit ein, mitunter fehle die Begründung, weshalb der MDS diese Theorien und Modelle ausgewählt hat. Außerdem vermuten die die Autoren, dass der MDS den *„alten Fehler*“ wiederhole und die Pflegedokumentation mit dem Pflegeprozess gleichsetze, jedoch wird als positiv konstatiert, dass der PDCA-Zyklus (Plan-DoCheck-Act) von Deming doch mit dem Pflegeprozess in Verbindung gebracht wird. Weitere Beanstandungen vermerken die Autoren

[34] Vgl. http://www.mds-ev.de/media/pdf/P42_Pflegeprozess1.pdf

in dem Modell der Lebensaktivitäten, welches der MDS als Rahmenmodell vorsieht. Bartholomeyczik et al. (2007) äußern dazu, dass der Vergleich zu anderen Modellen fehle und alleine die Popularität führe nicht dazu, dass es geeigneter sei. Die Lebensaktivitäten werden ebenfalls mit der PESR-Struktur[35] von NANDA in Verbindung gebracht, was insoweit schwer nachvollziehbar sei, da die Lebensaktivitäten und dies PESR-Struktur einer anderen Systematik unterliegen.

Fazit der Autorengruppe hinsichtlich der Grundsatzstellungnahme des MDS ist, neben der intensiveren Schulung und Stärkung (Bartholomeyczik et al. 2007) der Mitarbeiter, eine wissenschaftliche Überarbeitung mit einem methodologischen Vorgehen der Qualitätskriterien des MDS bezüglich der Pflegedokumentation, sowie die Entwicklung von integrierten Assessmentinstrumenten zur Erfassung und Einschätzung von Problembereichen. Dieses Positionspapier deckt sich mit einer Studie über die Pflegedokumentation von Altenpflegeheimen in Frankfurt (Bartholomeyczik, Morgenstern 2004), die aufzeigt, dass die Qualität der Pflegedokumentation weit von den Kriterien der Autoren entfernt ist (Vollständigkeit des Pflegeprozess, Bezug der verschiedenen Teile des Pflegeprozess ersichtlich, Hinweise im Pflegebericht zu der Pflegeplanung ersichtlich und es wurde die Frage gestellt, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Qualität der Pflegedokumentation ersichtlich ist). Dazu werden vor allem zwei Gründe genannt; Selektion und Motivation der in Pflegeberufen tätigen Menschen, sowie in der Art der Implementierung des Pflegeprozess in der Praxis, folglich, wie der Pflegeprozess eingeführt und vor allem, wie die Mitarbeiter geschult und mit der Umsetzung unterstützt werden.

Jedoch bleibt anzumerken, dass der MDS mit dieser Stellungnahme viele Pflegefachkräfte und Einrichtungen erreicht und demnach auch eine bedeutsame Rolle im Bereich der pflegerischen Dokumentation einnimmt. Somit wäre eine (wissenschaftliche) Revision der Grundsatzstellungnahme mit dem MDS und der Wissenschaft möglicherweise ein fachgemäßer Weg. Der MDS selbst schreibt auch in der Zielsetzung der Pflegedokumentation, dass sie das Leistungsgesche-

[35] Problem, Einflussfaktoren, Symptome und Ressource

hen darstellt, doch finden sich keine weiteren Ausführungen dazu. Doch gerade die Leistungsdarstellung im Rahmen der Pflegedokumentation ist für den pflegerischen Berufsstand ein bedeutendes Thema, insbesondere gegenwärtig in der Psychiatrie, welche im Wandel der Finanzierung steht und vor der definitiven Einführung eines neuen Entgeltsystems.

Zur Pflegedokumentation lässt sich weiter feststellen, dass bei der Einführung der Dokumentation die Schulung und Stärkung (Bartholomeyczik et al. 2007) der Mitarbeiter von hoher Relevanz für die Qualität der Pflege ist.

Dies umso mehr in der Umstellung von der konventionellen Papierversion der Pflegedokumentation zur EDV-gestützten (elektronische Datenverarbeitung).

1.4.2 EDV in der Pflegedokumentation

Im Rahmen der Umstellung von der herkömmlichen Patientenakte zur EDV-gestützten Patientenakten in Krankenhäuser und anderen Pflegeeinrichtungen stand und steht auch für den pflegerischen Bereich den Wechsel zur EDV-gestützten Patientenakte für eine aktuelle Thematik. In den Krankenhäusern werden spezielle Informationssysteme verwendet, wie zum Beispiel das Krankenhausinformationssystem (KIS), welches die administrativen, medizinischen und pflegerischen Daten beinhaltet. Eine Studie der Ruhruniversität Bochum (Lux, Raphael 2008) hat diese Informationssysteme, welche derzeitig auf dem Markt, untersucht und dabei Kriterien an die Anforderung eines Klinikinformationssystem erarbeitet. Diese Kriterien wurden in drei Hauptmerkmale unterteilt; allgemeine Merkmale wie die betriebswirtschaftliche Funktionen, Schnittstellen zu anderen Systemen, Pflegemodule, Unterstützung klinischer Dokumentation usw. Die prozessspezifischen Merkmale beinhalten nach Lux et al. (2008) den Ablauf von Prozessen, die Gestaltung der Benutzeroberflächen, wie die Abläufe der Prozesse konzipiert sind usw. Als drittes Hauptkriterium sehen die Autoren die Unterstützung von standardisierten Schnittstellen, wie DICOM (Digital Imaging and Communications in

Medicine[36]) oder HL7 (Health Level seven[37]). Dies sind sogenannte Standards, welche die Datenübertragung und Kommunikation zwischen verschiedenen Einrichtungen, Praxen usw. ermöglichen. Dies bringt auch für die Pflege neue Möglichkeiten und Veränderungen mit sich und somit hat auch die Pflege die Gelegenheit, ihre Dokumentation auf eine IT-gestützte Dokumentation umzustellen um die Pflegeplanung und dessen Verlauf abzubilden.
Weitere Vorteile sind der interdisziplinäre Austausch von Informationen und die Möglichkeit von der Gestaltung von pflegerischen/klinischen Behandlungspfaden, Vermeidung von Redundanzen (Steuer, Rosery 2006), die bei der konventionellen Papierakte häufiger auftreten, sowie die gleichzeitige Mehrfachnutzung einer Patientenakte. Hinsichtlich des neuen Entgeltsystems kommt bei der Nutzung eines Klinikinformationssystems als Vorteil dazu, dass die sogenannten OPS-Coderechner direkt in das Informationssystem eingebettet werden können, diese Rechner rechnen die Therapieeinheiten direkt in die Komplex-OPS-Codes um, welche auch wiederum digital den Krankenkassen übermittelt werden können[38]. Weitere Möglichkeiten, die sich mit einer Umstellung von der konventionellen Patientenakte hin zum Klinikinformationssystem ergeben sind die Implementierung von Behandlungspfaden und sowie Entlassungsund Case-Management, zwei Konzepte, welche dem Anforderungsprofil der psychiatrische Pflege entsprechen (vgl. Kapitel 1.8).

Durch den Gebrauch einer computergestützten Pflegedokumentation kann auch eine einheitliche pflegerische Fachsprache gefördert werden. Die Erhebung einer quantitativen Vergleichsstudie hat ergeben, dass bei einer ITgestützten Pflegedokumentation, die Qualität sowie die Quantität deutlich verbessert werden können, jedoch wurde nicht die inhaltliche Qualität gemessen, sondern inwieweit die Patientenakten hinsichtlich des Pflegeprozesses vollständig sind, d.h. wurden alle pflegeprozessrelevanten Elemente bearbeitet. Gerade im Bereich der Pflegediagnostik zeigen diese Resultate deutlich eine erhöhte Vollständigkeit in der Gruppe der computergestützten Pflegedokumentation. Weiter ergab diese Studie, dass mittels einer IT-gestützten Pflege-

[36] Vgl. http://dicom.offis.de/dcmintro.php.de
[37] Vgl. http://www.hl7.de/
[38] Vgl. http://www.rbauer.de/2.html

dokumentation die Lesbarkeit steigt und bereichsübergreifend eine höhere Transparenz entsteht. Nach Schaubmayr bestätigt diese Studie Resultate ähnlicher Studien von Sahlstedt (1997) und Mahler et al. (2001)[39].

Eine weitere Studie des Universitätsklinikum Heidelberg (Mahler et al. 2003) ergab ähnlich signifikante Resultate wie in den o.g. Studien, die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Pflegedokumentation hat sich nach der Einführung der EDV-gestützten Pflegedokumentation deutlich verbessert, jedoch merkten die Autoren an, dass die Qualität neun Monate nach der mittleren Untersuchung wieder leicht sank, dies schließen sie auf möglicherweise zu geringe Unterstützung für die Mitarbeiter bei der Umsetzung der Pflegedokumentation im Arbeitsalltag[40] und der mangelnde Motivation der Mitarbeiter usw. Diese Studien zeigen den deutlichen Vorteil einer EDV-gestützten Pflegedokumentation, jedoch wird auch auf die Notwendigkeit einer intensiven Schulung hingewiesen und durch das Nachlassen der formalen und inhaltlichen Qualität liegt der Befund nahe, dass ein regelmäßiges Coaching der Mitarbeiter sich positiv auf die Vollständigkeit der pflegerischen Dokumentation und auf den Pflegeprozess auswirken kann.

1.5 Grundlagen des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess ist in der pflegerischen Praxis nicht mehr wegzudenken, dieser Begriff löst Zustimmung und Ablehnung aus und wird in wissenschaftlichen Artikel und in Fachbücher kontrovers diskutiert. Doch was ist der Pflegeprozess und was soll mittels dieses Prozesses erreicht werden? Der Pflegeprozess ist ein Instrument, bzw. eine Möglichkeit für die Pflege systematisch mit dem Patienten die pflegerische Behandlung zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Nach Sauter et al. (2006) unterscheidet die systematische Vorgehensweise Laien von professionell Pflegenden, professionell ist eine Vorgehensweise dann, wenn sie *sie theoriegleitet (…) und reflektiert* ist. Doenges et al.

[39] Vgl. Mahler et al. in Schaumayr (2007)
[40] Vgl. Mahler et al.(2003, S. 144-152)

(2002) beschreibt den Pflegeprozess als eine wirksame Methode zur Strukturierung von Denkprozesse im Rahmen klinischer Entscheidungsfindungen und Problemlösungen. Als Grundlage für den Pflegeprozess, dient die Kybernetik, der Pflegeprozess wird in der Literatur als kybernetischer Regelkreis dargestellt (Schrems 2004).

Kybernetik: Theorie der Funktionsmöglichkeiten informationeller Systeme unter Abstraktion von deren physikalischen, physiologischen od. psychologischen Besonderheiten; auch Konkretisierung der abstrakten Theorie auf vorgegebene physik., physiol. Od. psychol. Zu kennzeichnende Systeme u. schließlich die planmäßige Verwirklichung entspr. Systeme zur Erreichung der Ziele[41]. Zitiert aus Pschyrembel

Der Pflegeprozess hilft, das Problem der Patienten, aktuelle sowie potentielle Probleme, zu erkennen (Brobst 2007). Es ist ein dynamischer Prozess, mittels einer Abfolge von Schritten oder Phasen erhalten die Pflegemitarbeiter ein Instrument/ eine Technik um die Pflege systematisch und problemlösungsorientiert zu gestalten. Die Pflege wird durch die Anwendung des Pflegeprozess und dessen Abbildung in der Pflegedokumentation überprüfbar und ist nach Graudenz (2011) ein wesentlicher Anhaltspunkt, inwieweit die Pflege systematisch arbeitet, denn ohne Systematik bleibe die professionelle Pflege intuitiv und kann nicht evaluiert werden (Graudenz 2011).

Auch hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Leistungserfassung gewinnt der Pflegeprozess an Relevanz, da mittels des Pflegeprozesses die Transparenz erhöht wird und somit die erbrachten Leistungen ersichtlich sein sollten. Güttler et al. (2003) beschreiben, dass die Notwendigkeit einer Leistungserfassung immer höher wird, da nur für Leistungen bezahlt wird, welche auch überprüfbar sind (Güttler et al. 2003). Diese Zusammenhänge zwischen dem Entgeltsystem, der Pflegedokumentation und dem Pflegeprozess sind für die Praxis bedeutend zu verstehen und die Erkenntnis darüber könnte für die Pflege unter Umständen motivationsfördernd wirken bei der Nutzung des Pflegeprozess und der Dokumentation.

[41] Vgl. Regelkreis Psychyrembel 258. Auflage (1998 S. 878)

1.5.1 Pflegeprozessmodelle

Das Modell des Pflegeprozesses ist ein abstraktes Gebilde, welches erst durch Hinzufügen von Informationen und in der Anwendung mit Theoriebezügen zu einem konkreten pflegerischen Prozess wird und an Inhalt gewinnt. Das Pflegeprozessmodell kann als Grundgerüst bzw. Instrument für die Pflegeplanung betrachtet werden. Seit der Entwicklung des Pflegeprozesses wurden verschiedene Modelle entwickelt, welche sich auch in der Anzahl an Phasen bzw. Schritten unterscheiden. Es gibt 4-6 phasige Modelle.

4-Phasen-Modell:
1967 veröffentlichen die amerikanischen Pflegetheoretikerinnen Helen Yura und Mary Walsh ein Buch zum Thema Pflegeprozess[42], in dem sie ein 4Phasen-Modell (Erhebung, Planung, Durchführung und Auswertung) beschreiben (Reimer 1998, Bräutigam 2002, MDS 2005). Dieses Pflegeprozessmodell, verändert und angepasst, nahm 1974 die WHO (World Health Organization) auf und setze es als einen Bestandteil der pflegerischen Arbeit voraus[43]. 1987 veröffentlichte die WHO eine Studie: People´s need for Nursing Care[44] von Ashworth, in der ein Pflegeprozessmodell vorgestellt wurde, in welcher die Interaktion Pflege/ Patient verstärk eingebunden ist (Bräutigam 2002).

5-Phasen-Modell:
Das 5-Phasen-Modell erweitert das Pflegeprozessmodell der WHO um eine Phase und schließt die Phase der Pflegediagnose mit ein. So empfiehlt die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ein 5-PhasenModell mit der Pflegediagnose als zweite Phase (Doenges et. al 2002), wie auch Schrems (2003), Brobst et al. (2007) und Stockwell (2002) führen als Pflegeprozessmodell ein 5-Phasen-Modell auf.

[42] Vgl. Yura, Walsh (1978)
[43] Vgl. Grundsatzstellungnahme des MDS
[44] Vgl. Peoples Needs for nursing care. A European study, (1987)

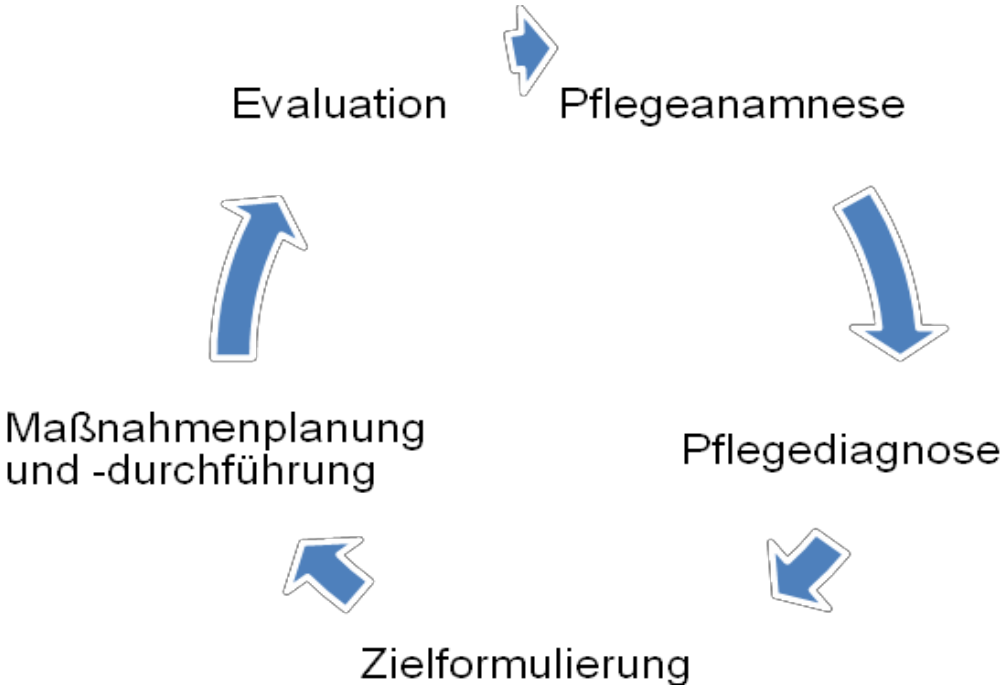


Abbildung 4: Schritte des Pflegeprozesses (Schrems 2003)

6-Phasen-Modell:
Das im deutschsprachigen Raum am meisten verbreitete 6-Phasen-Modell des Pflegeprozesses geht auf Verena Fiechter und Martha Meier zurück (MDS 2005). Dieses Krankenpflegeprozess-Modell besteht aus sechs Schritten/ Phasen, welche als Regelkreis dargestellt werden. Diese Phasen beinhalten: Informationssammlung (bzw. Assessment), Erkennen von Problemen und Ressourcen des Patienten, Festlegung der Pflegeziele, Planung der Pflegemaßnahmen, Durchführung der Pflege und die Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Patienten (Fiechter Meier 1993).

1.5.2 Zusammenfassung:

Alle Modelle des Pflegeprozesses haben vier Phasen, welche übereinstimmen. So kann das WHO-Modell als Basismodell betrachtet werden, da diese Elemente auch in den weiterentwickelten Modellen vorhanden sind. Assessment/ Informationssammlung, Planung, Intervention/ Durchführung der Maßnahmen und Evaluation. Der Pflegeprozess sollte sich auch laufend den Veränderungen des Patienten anpassen und Neubeurteilungen stattfinden. Zusammengefasst heißt das;

damit die die Pflege systematisch, transparent und professionell gestaltet wird, müssen mindestens die vier Phasen vorhanden sein, vorwiegend wird im deutschsprachigen Raum das 6-Phasen-Pflegeprozessmodell angewandt, welches auf Fiechter/ Meier zurückgeht.

Phasen	Informations-sammlung	Pflegediagnose	Pflegeziele	Pflegeplanung	Durchführung	Evaluation
4 Phasen	1.Phase			2.Phase	3.Phase	4.Phase
5 Phasen	1.Phase	2.Phase		3.Phase	4.Phase	5.Phase
6 Phasen	1.Phase	2.Phase	3.Phase	4.Phase	5.Phase	6.Phase

Tabelle 6: Pflegeprozessmodelle (aus Graudenz 2011)

1.5.3 Kritik am Pflegeprozess

Verschiedene Studien konnten aufzeigen, dass der Pflegeprozess in der Praxis teilweise mangelhaft dokumentiert wird, nach Schrems (2006) könnten die Gründe für die Ablehnung sowie lückenhafte Dokumentation an drei möglichen Ursachen liegen; Ursache 1: Gelehrt wird der Pflegeprozess als kybernetischer Regelkreis und somit als triviales System, der Mensch jedoch möchte sich nicht an einem solch einfachen Muster orientieren, nach Schrems (2006) steht dies im Widerspruch des Selbstbildes des Menschen. Der Mensch habe, so Schrems:

(…) ein breites und vor allem selbstbestimmtes Handlungsund Reaktionsrepertoire. Es ist beeinflusst von der persönlichen Geschichte, der

Sozialisation, der Persönlichkeit, der Identität, und schränkt damit die Planund Vorhersehbarkeit ein[45] (…).
Weiter sieht Schrems eine Ursache der Ablehnung des Pflegeprozesses in der Form, wie die Einführung in der Praxis stattfand. Der Pflegeprozess als theoriebasierendes, Konzept (Systemtheorie) sei der Praxis ohne diese theoretischen Informationen eingeführt worden. In einer Untersuchung aus England wurde festgestellt, dass die Pflege längere Zeit benötigte, um sich von dieser Form der Einführung zu erholen (Mead/ Bryer in Schrems 2006).

Als dritte Ursache vermutet Schrems im Zeitpunkt der Einführung und dem damaligen System. Als der Pflegeprozess eingeführt wurde, war die Berufsgruppe Pflege per Definition ein Assistenzberuf, daher war die Umsetzung des Pflegeprozess nicht umzusetzen, da die eigenständige Problemlösungsund Beziehungsprozesse in der Pflege nicht vorgesehen waren. Dies führte anfangs zu Widerständen aus der Praxis, welche sich zu diesem Zeitpunkt in der Assistenzrolle sah und das Handeln als intuitiv begründete. Dies scheint sich zumindest insoweit geändert zu haben, dass der Pflegeprozess in der Praxis nicht mehr bekämpft, sondern als Bestandteil der pflegerischen Arbeit gesehen wird.

Vermehrt wird in Kliniken und Pflegeeinrichtungen den Pflegeprozess, Pflegeklassifikationssysteme und Pflegediagnostik in die pflegerische Dokumentation integriert. Diese Prozesse gewinnen auch hinsichtlich dem Wandel in der Krankenhausfinanzierung und der damit verbundenen Leistungsdarstellung an Bedeutung und ist Gegenstand dieser Untersuchung, daher werden in den weiteren Kapitel diese Pflegeklassifikationssysteme und die Pflegediagnostik näher vorgestellt.

[45] Vgl. Schrems, B., Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung, Zeitschrift Pflegewissenschaft/ PrinterNet 01/06 S. 46

1.5.4 Pflegeprozess und theoretischer Bezugsrahmen in der Psychiatrie

Der Pflegeprozess in der Psychiatrie unterscheidet sich nicht vom Pflegeprozess der somatischen Pflege, da es sich ja, wie beschrieben, um ein inhaltsloses Gerüst handelt, jedoch werden die einzelnen Phasen psychiatriespezifisch, d.h. individuell an die Bedürfnisse psychiatrischer Patienten ausgerichtet und als pflegetheoretische Bezugsmodelle werden in der Regel Modelle gewählt, welche den Schwerpunkt auf die Beziehungsarbeit legen. Ein in der Psychiatrie häufig verwendetes Pflegemodell, ist u.a. das von Hildegard Peplau, Peplaus Modell legt den Schwerpunkt auf die Interaktion zwischen Patienten und Pflegenden, sowie auf deren Beziehung (Sauter 2006). Weiter werden die Modelle von Dorothea Orem und Nancy Roper verwendet. Jedoch gibt es große Unterschiede zwischen den psychiatrischen Kliniken, Anfragen und Recherchen ergaben ein heterogenes Bild, nach welchen Theorien und Modellen die verschiedenen Kliniken arbeiten.

Der Pflegeprozess wird nach ausgewählten Klassifikationen gestaltet, z.B. an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) nach NANDA und NOC (Nursing Outcomes Classification, Pflegeergebnisklassifikationen), längerfristig ist geplant, NIC (Nursing Interventions Classification, Pflegemaßnahmenklassifikationen) zu integrieren mit dem Ziel der NNN Verknüpfung[46]46. Diese NNN Verknüpfung ist seit längerem geplant und hat zum Ziel diese drei Klassifikationen zu einer einheitlichen Pflegeklassifikation zu vereinen (Müller Staub 2005). Dabei bemerkenswert; NANDA steht nach Müller Staub nicht mehr für Nordamerikanische Pflegediagnose Vereinigung, sondern für die internationale Klassifikation der Pflegediagnosen (Müller Staub 2005). Weiter wurden zu den häufigsten Pflegediagnosen, Pflegekonzepte hinterlegt, die als Wissensbezug dienen, wie Denkstörung, Hoffnungslosigkeit oder Coping.

Im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) wurde eine eigenes psychiatriespezifisches Pflegemodell entwickelt auf den Grund-

[46] Informationen von P. Lenzin, PUK Zürich, die NNN-Verknüpfung ist das Zusammenführen von NIC, NOC und NANDA.

lagen von Roper et al, Peplau und Orem, dieses klinikeigene Pflegemodell ist Basis für die Bezugspflege und für die Pflegeplanung[47]. Einen Bezug zu bekannten Klassifikationssystemen ist in der UKE nicht ersichtlich, jedoch gibt es einen standardisierten Leitfaden für die Pflegeplanung mit dem Patienten und das Konzept des Primary Nursing (Bezugspflege).

1.6 Pflegeklassifikationssysteme

Der Begriff der Pflegeklassifikationssysteme beschreibt die Anordnung oder Einteilung von Pflegediagnosen nach bestimmten Kriterien bzw. Kategorien. Synonym wird auch der Begriff der Taxonomie (z.B. NANDA) verwendet. NANDA definiert Pflegediagnoseklassifikation als:

Systematic arrangement of related phenomena in groups or classes based on characteristics that objects have in common[48],

also als seine systematische Anordnung in Gruppen oder Klassen von verwandten Phänomenen, anhand von gemeinsamen Charakteristika. Nach NANDA ist die Taxonomie eine Klassifikation nach natürlichen Beziehungen zwischen Gruppen und ihre Untergruppen:

Classification according to presumed natural relationships among types and their subtypes[49].

Das Ziel eines Klassifikationssystems ist, durch die verschiedenen Klassen eine gesamte Domäne zu repräsentieren und die disziplinäre Kommunikation zu erleichtern (Zitat: Müller Staub 2004).

[47] http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/downloads/klinik-psychiatrie- psychotherapie/Pflegemodell_PPP.pdf
[48] Vgl. NANDa, www.nanda.org, http://www.nanda.org/DiagnosisDevelopment/DiagnosisSubmission/PreparingYourSubmission/GlossaryofTerms.aspx
[49] Vgl. NANDa, www.nanda.org,http://www.nanda.org/DiagnosisDevelopment/DiagnosisSubmission/PreparingYourSubmissi on/GlossaryofTerms.aspx

Pflegeklassifikationssysteme beinhalten wie Wiesinger et al. (2002) beschreiben, Pflegediagnosen, -interventionen und –ergebnisse und stellen somit einerseits Rolle und Aufgabengebiet der Pflege dar, anderseits den Patienten und seine individuelle Situation (Wiesinger et al. 2002). Mittels der Klassifikationssysteme werden die Pflege und ihr Gegenstandsbereich abgebildet, jedoch bleibt festzuhalten, dass diese Pflegeklassifikationsinstrumente ausschließlich als „Werkzeug" oder „Hilfsmittel" von Pflegefachkräften Verwendung finden und nur, wie der Pflegeprozess, in der Interaktion mit dem Patienten an Bedeutung und Inhalt gewinnen. Die Pflegeklassifikation ist auch eine Zusammenfassung der Pflegediagnosen, interventionen und –ergebnisse (Müller Staub 2004a). Häufig vorkommende bzw. gängige Pflegeklassifikationssysteme sind u.a. NANDA, ICNP (International Classification of Nursing Practice), NIC, NOC usw. In einer Vergleichsstudie zu den Pflegeklassifikationssystemen (Müller Staub 2004b) werden die vier häufigsten Pflegeklassifikationen (NANDA, ICNP, NANDA, ZEFP (Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege[50]) verglichen und bewertet, dabei erfüllte NANDA die meisten der von den Autorin erstellten Kriterien. Bewertet wurden die Validität (z.B. inwieweit die Klassifikationen durch pflegewissenschaftliche Studien belegt sind) und die Reliabilität (z.B. inwieweit die Klassifikation auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Differenzierungsgraden anwendbar ist).

Bei den Pflegeklassifikationen gibt es verschiedene Möglichkeiten, die Taxonomie anzuwenden; Doenges et al. (2002) beschreiben acht verschieden Taxonomien, anhand deren die geeigneten Pflegediagnosen zu finden sind. NANDA gliedert die Pflegediagnosen in zwei verschiedenen Taxonomien (I+II), zum einen nach menschlichen Verhaltensmustern (z.B. Kommunizieren) die in neun Kategorien mit 143 Pflegediagnosen aufgeteilt sind oder die Taxonomie II, welche sich in Achsen gliedert und sich ständig erweitert und bis dato 13 Bereiche, 46 Klassen und 172 Pflegediagnosen aufweist (Berger 2008). Nach Gordon liegt eine Gliederung nach funktionellen Verhaltensmustern (z.B. Ausscheidung) vor, Doenges et al. (2002) erstellten eine thematische Gliederung (z.B. Integrität der Person), weitere Taxonomien

[50] ZEFP wurde vom Universitätsspital Zürich (USZ) konzipiert.

gibt es von Liliane Juchli, die nach den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) und von Monika Krohwinkel nach den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) gegliedert werden, sowie eine alphabetisch geordnete Taxonomie[51]. Der International Council of Nurses (ICN) gliedert ihre Klassifikation nach Pflegephänomenen und Pflegehandlungen, welche in Achsen (Achse AAchse H) strukturiert sind.

Es gibt viele Pflegeklassifikationen, die unterschiedlichen konzipiert sind, jedoch lässt sich zusammenfassend sagen:

- ein einheitliches Klassifikationssystem, welches valide, reliabel und objektiv ist, welches operationalisierbar und vergleichbar ist, würde die Professionalisierung und die Pflegequalität fördern. Noch fehlen valide Daten zu den gängigen Klassifikationssystemen. (Müller Staub 2004, Schanz 2004).

Bei der Auswahl welche Klassifikation eingesetzt wird, zur Abbildung des Patientenzustandes und somit auch um die Pflegequalität zu messen, beschreiben Helberg et al. (2002) folgende Kriterien:

- Pflegediagnose, Pflegeziel und Pflegeergebnisse müssen vergleichbar und operationalisiert sein und
- Indikatoren unterschiedlicher Schweregrade aufweisen (Zitiert aus Helberg et al. 2002)

1.6.1 Pflegediagnostik

Nach Erwähnungen im letzten Kapitel, stellt sich die Frage, was eine Pflegediagnose ist und welchen Zweck durch die Pflegediagnostik verfolgt wird. Seit 1990 besteht von NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) eine allgemein anerkannte und etablierte Definition:

[51] Vgl. Doenges et al S. 61-100

Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung über die Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/ Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage zur Auswahl von Pflegeinterventionen zur Erreichung von Ergebnissen, für die Pflegende verantwortlich sind (Zitiert aus Doenges et al 2002).

Im Gegensatz zur Medizin oder der medizinischen Diagnostik, wird bei der Pflegediagnostik keine physiologische Funktionsstörung dargestellt, sondern *menschliche Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse* (Deutscher Pflegeverband e.V.)[52]. Eine Pflegediagnose besteht aus der Benennung der pflegerischen Diagnose (z.B. Selbstverletzungsgefahr), i.d.R. aus einer Definition (z.B. *Gefahr eines bewussten selbstverletzenden Verhaltens, das zu einem Gewebeschaden führt, in der Absicht, aus Gründen des Spannungsabbaus eine nichttödliche Verletzung zu setzen*[53]), dazugehörend werden z.B. bei NANDA mögliche Einflussfaktoren und Symptome, Ziele und mögliche Maßnahmen gelistet. Mittels der PES-Struktur (Problem, Einflussfaktoren und Symptome) wird diese Pflegediagnose dargestellt. Eine Pflegediagnose kann sich verändern und ein Patient kann gleichzeitig mehrere Pflegediagnosen erhalten. Ziel ist es, die Pflegediagnostik zusammen mit dem Patienten zu erstellen und ein gemeinsames Festlegen der anzustrebenden Ziele. Im Rahmen des Pflegeprozesses wird die Pflegediagnostik in den Prozess integriert und unterstützt die Pflegefachkräfte in einem strukturierten Vorgehen und im Gebrauch einer möglichst einheitlichen Fachsprache.

Grundsätzlich gibt es drei hauptrelevante Gütekriterien, welche Pflegediagnosen erfüllen müssen: sie müssen Validität, Reliabilität und Objektivität aufweisen (Schanz 2004). Nach den Kriterien von Schanz ist die Verknüpfung von Pflegediagnostik und Pflegewissenschaften untrennbar zu betrachten.
Von vielen Experten wird konstatiert, dass in der Bundesrepublik Deutschland ein Defizit in der Entwicklung von Pflegequalität und Pflegeleistungen zu verzeichnen ist. Die Begrenzung der Perspektive

[52] http://www.dpv-online.de/
[53] Vgl. Doenges et al.(2002)

auf Pflegeprobleme ist durch einen Mangel an verlässliche Daten verbunden. Pflegediagnosen und Klassifikationssysteme können hier Abhilfe schaffen. (Zitiert aus: Schanz 2004).

Neben der Aufgabe der Pflegediagnostik, lohnt es sich, einen kritischen Blick auf die Benennung dieses Prozess. Das Wort Diagnose ist ein mit der Medizin assozierter Begriff und könnte als „Konkurrenz" zu dieser Disziplin aufgefasst werden. Warum wurde diese Begrifflichkeit gewählt? Die Definition des Begriffs Diagnose nach Pschyrembel lautet:

zweifelsfreie Zuordnung von Symptomen zu einem Krankheitsbegriff; i.w.S. Bez. für eine Symptomatik (…)[54].

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund) definiert zwar nicht das Wort Diagnose, dafür aber die Diagnostik:

Unter Diagnostik versteht man alle auf die "Erkennung" eines Krankheitsgeschehens als definierte nosologische Einheit (vgl. Diagnose) gerichteten Maßnahmen. Umfasst die Erhebung der Anamnese, Untersuchung des Patienten, evtl. auch seiner Ausscheidungen, Körpersäfte (u.a. als Serumdiagnostik), Gewebe bzw. Zellen (Biopsie, Zytodiagnostik), Strahlenanwendung (als Röntgendiagnostik, Szintigraphie), Nutzung bioelektrischer Ströme (EKG, EEG, EMG) oder des Schalls (Audiometrie, Ultraschalldiagnostik[55]).

Diese Erkennung von Problemen bzw. Phänomenen ist auch ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Arbeit und die Begrifflichkeit wird in der Literatur (Schrems 2004, Powers 1999) weniger diskutiert als die Pflegediagnostik als Instrument hinterfragt wird. Berta Schrems (2004) fasst die für und wider Argumentation zusammen und grundsätzlich lässt sich daraus ableiten, dass die Für-Argumentation einer Anwendung der Pflegediagnostik übergeordnet die Entwicklung und Professionalisierung der Pflege steht, indem u.a. der Nutzen der

[54] Vgl. Pschyrembel 258. Auflage, S. 344
[55] Vgl. www.gbe-bund.de

Pflegediagnostik nach Schrems (2004) in den aufgelisteten Punkten gesehen wird:

- Das pflegerische Wissen wird mit einem Klassifikationsschema strukturiert, systematisiert und die fachliche Kontinuität kann so gesichert werden.
- Mit einem Pflegediagnosesystem entsteht die Möglichkeit einer Nutzung in einer einheitlichen Fachsprache.
- Pflegediagnostik bildet die Grundlage für einheitliche:
    - Klinische Entscheidungen
    - Dokumentation
    - Professionalisierung (Schrems 2004)

Die Kritiker hingegen bemängeln nicht die erwähnten Für-Argumente, sonder sehen die Schwächen der Pflegediagnostik in der Umsetzung und auch in den Ansprüchen, welche die Befürworter der Pflegediagnostik in dieses Instrument haben (Schrems 2004). Eine psychiatrische Studie (Abderhalden et al. 2006), welche mittels Dokumentenanalyse die Pflegediagnostik in zwei psychiatrischen Kliniken untersuchte kommt zu den ähnlichen Ergebnissen, wie die Kritiker der Pflegediagnostik. Die Ergebnisse zeigen, dass 83% der Patientenakten bei Entlassung 1 bis 3 Pflegediagnosen aufwiesen. Bei den Patienten ohne Pflegediagnose handelte es sich meist um Patienten mit einer kurzen Verweildauer. Bei Entlassung waren jedoch beinahe 90% der Patientenakten am Entlassungstag noch aktiv. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen von Abderhalden (2006) waren demnach auch die intensivere Betrachtung der Pflegediagnosen in der Abschlussphase sowie in der Evaluation. Weiter soll hinsichtlich der kurzen Verweildauer gewisser Patienten früher nach Eintritt die Pflegediagnostik einsetzen, bzw. formuliert werden. Auch wird in dieser Studie die Vermutung geäußert, dass die Pflegediagnosen womöglich zu hochschwellig oder zu unspezifisch formuliert wurden und somit eine Zielerreichung schwieriger zu erlangen sei. 17 Pflegediagnosen machten 80% der gewählten Diagnosen aus, daher wird von den Autoren auch eine Konzentration in der Ausund Weiterbildung der Pflegefachkräfte auf den Umgang mit diesen Diagnosen und eine intensivere Besprechung mit den Patienten über die Wahl der Pflegediagnose empfohlen.

Der Begriff der Pflegediagnostik wird kontrovers diskutiert[56], die Klassifikationssysteme an sich und die Begrifflichkeiten, wie z.B. Diagnose und das Diagnostizieren in Verbindung mit der pflegerischen Profession. Dieser interessante Diskurs würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher muss auf eine Diskussion verzichtet werden.

Auch in den psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), wurde die Debatte geführt, mit welchem Klassifikationssystem der LWL arbeiten wird. Die Führungsebene des LWL entschied sich gegen eines der genannten und etablierten Pflegeklassifikationssysteme und beauftragte eine interne Arbeitsgruppe mit der Entwicklung eines eigenen Dokumentations- und Klassifikationssystem.

1.7 Die Pflegeordnungskategorien (POK)

Der Arbeitskreis der Pflegedirektoren des Landschaftsverband WestfalenLippe (LWL) gründete im Jahr 2002 eine Arbeitsgruppe für die Erarbeitung einer elektronischen Pflegedokumentation (POK-AG), diese Arbeitsgruppe hatte zum Auftrag, Textbausteine für eine elektronische Pflegedokumentation zu entwickeln[57]57. Die Kliniken des LWL haben ihre Dokumentation der Patientenakten auf EDV-Dokumentation im Klinikinformationssystem (KIS) umgestellt, die Aufgabe der Arbeitsgruppe POK bestand darin, eine EDVtaugliche Pflegedokumentation zu erstellen mit integrierten Bausteinen für die Pflegediagnostik und Pflegeplanung, die Arbeitsgruppe POK wurde vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip e.V.) beraten und begleitet. Die im POK-Handbuch formulierten allgemeinen Ziele an die digitale Patientenakte, sowie die Anforderungen an eine elektronische Pflegedokumentation werden im POKHandbuch knapp beschrieben und spiegeln die im Kapitel 1.4.1 beschriebenen Anforderungen des MDS nur teilweise wieder. Als Ziele werden die Verfügbarkeit der Patientenakte aller am Prozess beteiligten Personen und Nachvollziehbarkeit des Verlaufs genannt. Alle weiteren

[56] Vgl. Powers (1999)
[57] Vgl. POK Handbuch (2005)

Anforderungen an die Pflegedokumentation richten sich an die elektronische Dokumentation, wie Bereitstellung von Daten, Übersichtlichkeit, Möglichkeit der individuellen Formulierung usw. Darüber hinaus hat POK den Anspruch, dass mit dem Hinterlegen von Textbausteinen die Entwicklung einer einheitlichen Fachsprache gefördert wird, ob dieser Anspruch für die Pflege im Allgemeinen oder bloß für die Pflege des LWL zu verstehen ist, bleibt offen.
Da POK in sämtlichen Kliniken des LWL angewandt werden soll, werden nach einer Implementierung von POK circa 5000 Pflegekräfte in 17 LWLKliniken (Bögershausen 2005) mit POK arbeiten und den Pflegeprozess planen. Noch ist jedoch POK als vollständige EDV-Version nicht in allen Häusern eingeführt worden.

1.7.1 Pflegeklassifikation nach POK

Wie im Kapitel 1.6 zu lesen ist, gibt es verschiedenen Pflegeklassifikationen, welche übernommen werden können und teilweise sehr verbreitet sind. Die Arbeitsgruppe POK entschied sich gegen die Übernahme eines bestehenden Pflegeklassifikationsmodell wie zum Beispiel NANDA, NOC oder NIC, im POK-Handbuch werden dazu folgend Gründe angegeben:

- Kompetenzzuweisungen und Ausbildung
    - Die meisten Klassifikationssysteme kommen aus den USA, die Pflege hat in den angelsächsischen Ländern mehr bzw. andere Kompetenzen, daher sei eine direkte Übernahme eines solchen Pflegeklassifikationssystems aufgrund der Kompetenzunterschiede nicht möglich,
- Sprachliche und kulturelle Unterschiede
    - Wo diese Unterschiede liegen, darauf wird im POKHandbuch nicht näher eingegangen, außer, wenn es möglich war, NANDA-Pflegediagnosen übernommen wurden, ein Motiv anhand welchen Kriterien Diagnosen nicht übernommen wurden bleibt unklar. Bei NIC und NOC gab es zum Zeitpunkt der Arbeitsgruppe POK dem POK-Handbuch nach noch keine deutsche Übersetzung, daher sind NIC und NOC nicht infrage gekommen. Weiter argu-

mentiert die Arbeitsgruppe, dass die Validität (*Güte* wird es im POK-Handbuch genannt) von NIC und NOC noch wenig bekannt sei. Was ein interessantes Argument ist, da über die Validität eines neuen Klassifikationssystems wie POK noch keine Aussage gemacht werden können.

- Für ein eigenes Klassifikationssystem spricht, dass folglich die Möglichkeit besteht, *die bestehende Praxis und die Sprachkultur der Pflege in den LWL-Kliniken abzubilden*[58]. Wobei zu diskutieren wäre, ob es nicht sinnvoller ist, ein valides Klassifikationssystem zu übernehmen, bzw. einzuführen als ein eigens nicht valides Pflegeklassifikationssystem zu konzipieren.

Aus diesen Überlegungen hat die Arbeitsgruppe POK sich gegen eine bestehende Klassifikation entschieden und ihre eigene Pflegedokumentation mit einer Ordnungsstruktur für die Pflegediagnostik konzipiert, diese beinhaltet fünf Pflegeordnungskategorien (POK), welche als Überoder Hauptkategorien für diese Klassifikation wirken.

Diese fünf Ordnungskategorien (OK) beinhalten folgende Schwerpunkte: Gesundheit und Krankheit, Körper, Psyche, Sinn und Werte und Soziales Leben (Abb. 2).

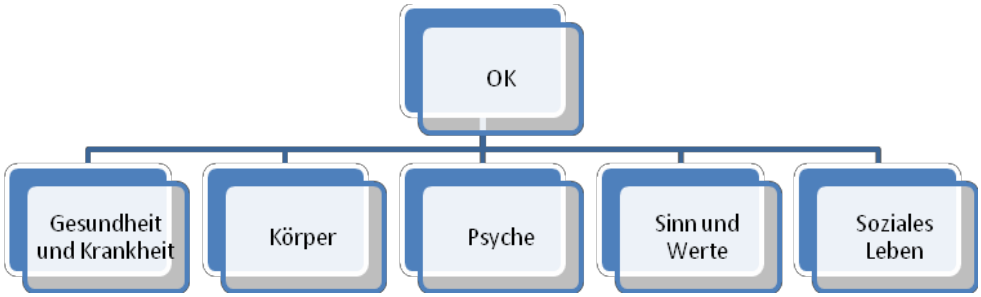


Abbildung 5: Ordnungskategorien von POK

Von den Informationen aus dem Handbuch der Arbeitsgruppe POK ist es jedoch nicht ersichtlich, welchen Bezugsrahmen diese fünf Pflegeordnungskategorien haben und woher und mit welcher Bezugstheorie diese Ordnungskategorien entwickelt wurden. Es ist zu vermuten,

[58] Vgl. PokHandbuch (2005)

dass diese fünf Kategorien von den Lebensaktivitäten (LA) oder von den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) abgeleitet werden. Diesen einzelnen Pflegeordnungskategorien werden im POK-Handbuch, um die Datenmenge zu strukturieren, mit Unterkategorien weiteren Ebenen zugeordnet, auch die Einzelnen Pflegeordnungskategorien werden definiert (Anhang). Mit den Pflegeordnungskategorien und den zugehörigen Ebenen (Unterkategorien) soll die Zuordnung von *Pflegethemen* ermöglicht werden. Pflegethemen sind Pflegeprobleme oder Pflegediagnosen, das heißt, dass den Unterkategorien die Pflegediagnosetitel zugeordnet werden. Insgesamt gibt es 22 Unterkategorien.

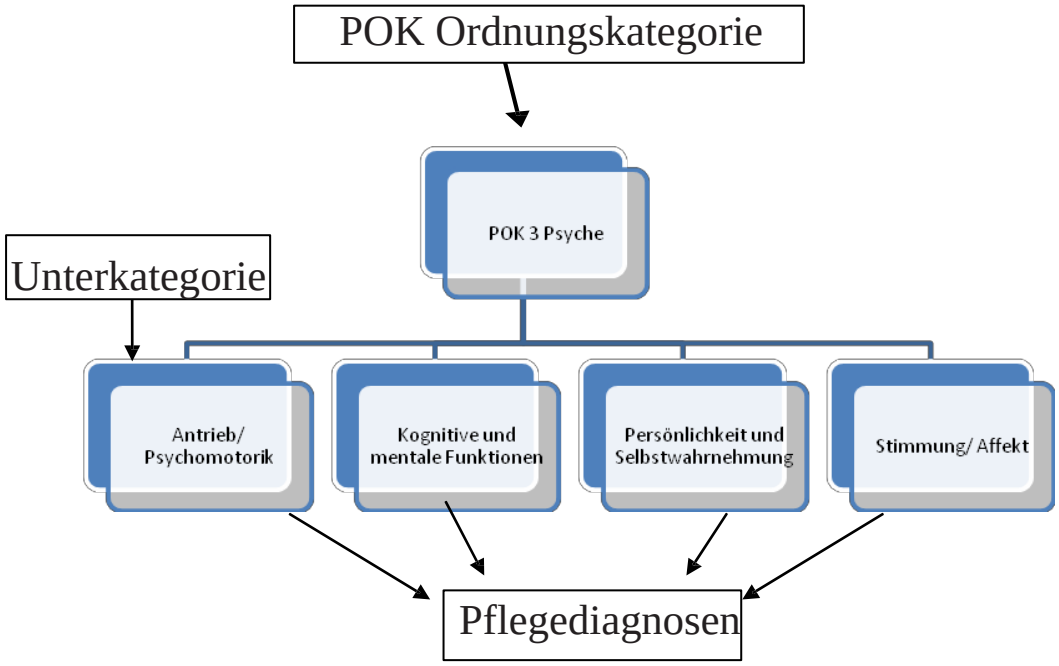


Abbildung 6: OK 3 Psyche

Jede dieser 22 Unterkategorien oder Ebenen beinhaltet zwei bis neun Pflegediagnosen, wie *Antrieb vermindert* oder *Identität gestört.*

Als Hilfestellung wurden Stichpunktlisten erstellt, welche Einflussfaktoren und Symptome einer Pflegediagnose zuordnen. Beispielsweise führt das Symptom Verweigerungsverhalten zur Pflegediagnose *3.4 Angst* oder *1.2 Unfreiwillige/ fremdmotivierte Behandlung* oder der Einflussfaktor mangelnde soziale Unterstützung führt zu einer Liste von 14 verschieden möglichen Pflegediagnosetitel wie z.B. *1.1 Non-Compliance*. Teilweise wurden diese Pflegediagnosetitel direkt von NANDA übernommen, die restlichen Pflegediagnosetitel hat die Arbeitsgruppe POK erstellt.

1.7.2 Pflegeprozessmodell in POK

Die Arbeitsgruppe POK hat sich bei der Frage, welches Pflegeprozessmodell sich am ehesten mit POK in Verbindung bringen lässt, für ein 4Phasenmodell entschieden, die Pflegeprozessphasen sind: Assessment, Pflegediagnosen, Maßnahmen und Evaluation. In die Phase der Pflegediagnose fallen auch die PES-Struktur (Problem, Einflussfaktoren, Symptome) und die Ziele. Die Arbeitsgruppe POK erklärt zwar, weshalb Pflegeziele wichtig sind, jedoch werden die Ziele nicht als eigene Prozessphase aufgeführt. Die Formulierung von Pflegezielen ist optional möglich und kann durch eine Freitextoption dokumentiert werden. Die Arbeitsgruppe POK argumentiert in einem weiteren und aktuelleren Handbuch zu POK, dem POK Info von 2010, in der Beschreibung der Pflegediagnose und den geplanten Maßnahmen werden die Ziele mit abgebildet und somit bestünde die Gefahr einer Doppeldokumentation[59]. Weiter argumentiert die Arbeitsgruppe POK:

- (…) Pflegeziele orientieren sich u.a. am multiprofessionell abgestimmten und ausformulierten Behandlungsziel. Und teilweise gibt es übergreifende Pflegeziele, die bezüglich mehrerer Pflegediagnosen Gültigkeit haben. Damit sind Pflegeziele oft schon dokumentiert.

[59] Vgl. POK Info 2010 Teil II

- Die Ausweisung von Pflegezielen als eigene Prozessphase im Workflow der elektronischen Dokumentation hätte einen „Zwangseintrag“ gefordert, der aus den o.g. Gründen oft inhaltsleer wäre oder eine Doppeldokumentation darstellen würde. Zitat: POK Info Teil II S. 2

Weiter wird strukturell argumentiert, dass es aus der Sicht des Programmierens praktikabler war, die optionalen Pflegeziele bei den Pflegediagnosen zu integrieren als sie als einzelne Phase vor den Pflegemaßnahmen anzuordnen. Jedoch hält sich die Arbeitsgruppe eine erneute Diskussion, damit einhergehend vielleicht auch eine Änderung, über die Handhabung der Pflegeziele offen.

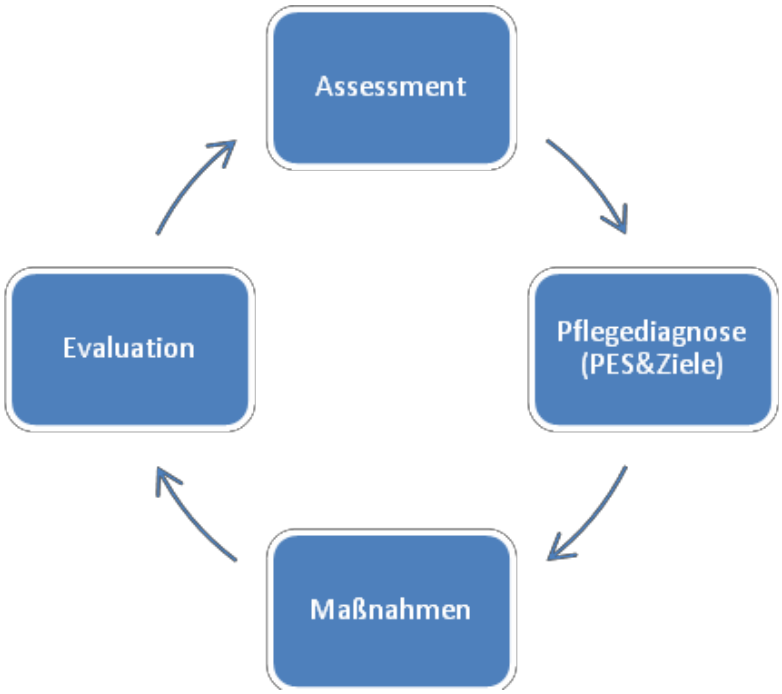


Abbildung 7: Pflegeprozess nach POK[60]

1.7.3 Pflegetheorie und POK

POK liegt keinem konkreten Pflegemodell zugrunde, sonder hat an sich den Anspruch *Pflege so abzubilden, dass sie sich an unterschiedlichsten Theorien und Modellen orientieren kann*[61]. Welchen theoreti-

[60] POK Handbuch 2.0 (2005 S. 24)
[61] POK Info Teil II S. 3

schen Bezugsrahmen die Kliniken wählen, bleibt der verantwortlichen Pflegedienstleitung überlassen.

1.7.4 Umsetzung in der Praxis/ Vorstellung der Institution

Bei der vorzustellenden Institution handelt es sich um eine Psychiatrie des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Bochum dem Psychiatrischen Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum. Die psychiatrische Klinik ist eine auf die psychiatrische Vollversorgung ausgerichtete Klinik mit den Schwerpunkten: Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Präventivmedizin. Die LWL-Universitätsklinik arbeitet nach dem Track-Konzept[62]. Es gibt dabei keine strikte Trennung zwischen den verschiedenen Stationen, noch zwischen stationärer wie ambulanter Betreuung mehr. Die psychiatrische Klinik richtet sich nach den jeweiligen Krankheitsbildern ihrer Patienten und bietet dazu ein abgestimmtes Behandlungskonzept an. Die stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung der Patienten wird von folgenden Berufsgruppen betreut: Pflegepersonal, Ärzte, Psychologen, Physiotherapie, Ergotherapie und dem Sozialdienst. Gesamthaft arbeiten 346 Personen in der Klinik, es gibt 10 Stationen und eine Tagesklinik, zusätzlich kommt noch die Klinikambulanz dazu. Im Pflegedienst gibt es 133 Mitarbeiter und im ärztlichen Dienst arbeiten 44 Mitarbeiter.

Für das Praxisprojekt im Rahmen des Studiums bot sich die Möglichkeit, am LWL-Universitätsklinikum Bochum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik eine Datenerhebung durchzuführen. In der im Praxisprojekt untersuchten Klinik wird POK noch nicht als Vollversion ausgeführt, Teile der Pflegedokumentation werden noch in der Papierversion gehandhabt (z.B. Pflegediagnostik und Pflegeplanung), andere Teile wie das Assessment und der pflegerische Verlaufsbericht werden elektronisch erfasst. Die Pflege arbeitet infolgedessen mit zwei verschiedenen Dokumentationssystemen und muss beide immerzu nebeneinander halten um z.B. den Verlaufsbericht und die Maßnahmen abzugleichen.

[62] Vgl. www.psychiatrie-bochum.de

Durch die angekommenen und zukünftigen Veränderungen der Finanzierung in den psychiatrischen Institutionen werden Umgestaltungen auf das Personal zukommen. Die Leistungen müssen definiert und dargestellt werden, die einzelnen Disziplinen werden „ihre" Therapieeinheiten beanspruchen. Dazu um diese Leistungen zu erkennen, müssen sie dokumentiert und nachvollziehbar sein. Die folgende Fragestellung und Hypothese richten sich an die Darstellung der pflegerischen Leistung in der Psychiatrie, anhand eines Krankheitsbildes und einer passenden Unterkategorie von POK.

1.8 Psychiatrische Pflege

Hilfeleistungen, welche psychisch Kranken zukommen, finden in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung auf vielfältige Art und Weise statt. So findet (pflegerische) Behandlung in verschiedenen „Settings" statt, wobei grundsätzlich zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung unterschieden wird[63]. Bezüglich weiterer Umschreibungen und Einordnungen von Begrifflichkeiten ist in dieser Arbeit davon auszugehen, dass sich die entsprechenden Darstellungen hauptsächlich im Kontext der klinischen und damit stationären Psychiatrie abspielen werden.

Gemäß Krankenpflegegesetz ist „die Pflege [...] unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten"[64].

Zieht man Definitionen von psychiatrischer Pflege aus der Literatur hinzu, so wird Pflege als ein eher offenes und global umschriebenes Handlungsfeld eingeordnet. Schädle-Deininger (2008, 12) definiert psychiatrische Pflege folgender Maßen: *„Psychiatrische Pflege setzt am Alltag des Einzelnen und seinem Umfeld an, an seiner Lebensund*

[63] unter dem Begriff „Setting" werden das Umfeld, Rahmenbedingungen oder die äußere Situation verstanden. Vgl. dazu Sauter et al. (2006, 995ff)
[64] Vgl. §3 KrPflG

Krankheitsgeschichte, seinen Fähigkeiten und Grenzen. Dabei nutzt die Pflegeperson körpernahe und hausarbeitsnahe Zugangswege, gemeinsames Tun, das Gespräch und medizinisch-pflegerische Maßnahmen.“

Diesem sehr weit gefächerten Umriss psychiatrischer Pflege ergänzen Sauter et al. (2006), indem sie aufführen, dass Pflege über bestimmte Bereiche hinaus geht und das es in der Pflege allgemein darum geht, Krankheitsfolgen und Reaktionen auf Krankheit, gesundheitliche Gefährdungen und Vulnerabilität festzustellen und mit pflegerischen Interventionen zu beeinflussen, also unabhängig vom jeweiligen klinischen Setting. So merken sie weiter an, dass die psychiatrische Pflege demnach eher mittels genuin pflegerischer Begriffe charakterisiert wird, wobei somit die Gemeinsamkeiten mit allgemeiner Pflege vermehrt berücksichtigt werden (Sauter et al. 2006, 39f). Sie verweisen dabei auf die von der American Nurses Association (ANA) etablierte Definition von Pflege: *„Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations“* (American Nurses Association 2011).

Psychiatrisch Pflegende sind von daher in erster Linie Teil der Berufsgruppe der Pflegenden und erst in zweiter Linie psychiatrisch Pflegende (Schulz 2003). Ein Blick auf den Versorgungsbereich der klinischen Psychiatrie offenbart dabei *„charakteristische Akzentuierungen“* (ebd.) bezüglich von Behandlungsansätzen psychisch Kranker, die sich von somatischen Versorgungsstrukturen abheben.

Das Wort Psychiatrie setzt sich zusammen aus den griechischen Bezeichnungen für Seele (psyche) und Arzt (iatros) und bedeutet übersetzt Seelenarzt. Psychiatrie als ein Fachgebiet der Medizin befasst sich mit der Erkennung und Behandlung seelischer Krankheiten und psychischer Störungen (Vetter 2007,1). Im Rahmen dieses Fachgebietes sind bestimmte Aufgaben der pflegerischen Berufsgruppe formal innerhalb der PsychiatriePersonalverordnung seit 1991 geregelt (s. Abb. 7) und als so genannte Regelaufgaben deklariert (Kunze, Kaltenbach 1992).

Allgemeine Pflege	Spezielle Pflege
– Pflegeplanerstellung (Pflegeprozess) – Dokumentation – typische Pflege (Vitalwerte, Prophylaxen, Mobilisation – Anleitung bei Hygiene, Sichern der Nahrung, Zimmerpflege	**Somatische Pflege** – Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen, etc – Vorbereiten von Untersuchungen, Begleitung zu diagn. u. therap. Maßnahmen – Medikamente stellen / ausgeben – Wundversorgung, Erste Hilfe, etc. **Psychiatrische Pflege** **einzelfallbezogen:** – Betreuung / Beobachtung nach Pflegeplan (Einzelfallbezogen), 1:1 in Krisen, Krisenintervention, in Gefahrensituationen – Gespräche (entlastend, orientierend, mit Bezugspersonen, Telefonate) – Trainingsmaßnahmen nach Plan, Hilfe bei Tagesstruktur – Mitwirkung Einzel-/ Gruppentherapien – Begleitung (Hausbesuche, andere Einrichtungen) – Maßnahmen bei Aufnahme, Verlegung, Entlassung – Hilfe bei Umgang mit Eigentum **gruppenbezogen:** – Stationsversammlungen – Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Sozialtraining, Aktivitäten – Mitwirken an speziellen. Therapieformen (Beschäftigungs-therapie, Bewegungstherapie, Gesprächspsychotherapie)

Abbildung 8: Regelaufgaben Pflegepersonal in der Psychiatrie (eigene Darstellung, modifiziert nach Kunze, Kaltenbach 1992)

Psychiatrische Pflege orientiert sich auf der stationären Ebene demnach vor allem an einzelfall – bzw. gruppenbezogenen[65] Handlungen innerhalb unterschiedlicher Behandlungsbereiche, wobei in der Literatur bezüglich der Versorgung von psychisch Kranken ein hoher Anteil an emotionaler Arbeit (Heilige 2004) und humanistischen Grundhaltungen wie Einfühlungsvermögen, Verständnis, Wertschätzung (Kirpal 2010, 7), Bedürfnisorientierung (Sauter et al. 2006, 49), sowie einem Wirken durch die eigene Person (Schädle-Deininger 2008, 9) als Ausgangspunkt für pflegerisch professionelles Handeln in der Psychiatrie aufgezeigt wird.

Um die Gesundheitsversorgung von psychisch Kranken aufrecht zu erhalten und zu verbessern, hebt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hervor, die Verantwortung der pflegerischen Berufsgruppe und damit die Handlungsautonomie zu erweitern, wobei verstärkt Aufgaben einer eigenständigen Pflegebedarfseinschätzung, der verantwortlichen Durchführung sowie der Überprüfung der Maßnahmen anzuvisieren sind (SVR 2007,23). Vor dem Hintergrund einer permanenten Wissenserweiterung von speziellen Erkenntnissen durch die Pflegewissenschaft und ihren Bezugswissenschaften, z.B. der Medizin, Psychologie, Soziologie (Schulz 2005a, 260), wird das Fachwissen im psychiatrischen Bereich immer differenzierter und tiefgründiger (Adolph 2010, 505).

Dabei stellt sich die Frage, wie wissenschaftliche und den pflegerischen Professionsbereich übergreifende Erfahrungen methodisch in das eigene Arbeitsbündnis zwischen einem einzigartigen Patienten und einer professionellen Pflegekraft einbezogen werden kann (Behrens, Langer 2006, 27)[66]. Schulz (2005a) verknüpft diese Fragestellung mit dem Aspekt einer Neuorientierung und einem daraus resultierendem Bedarf, Qualifikationsprofile innerhalb der Berufsgruppe stärker auszudifferenzieren. So müsse die psychiatrische Berufsgruppe in die Diskussion um die Berücksichtigung evidenzbasierter Inhalte in ihr Arbeitsfeld einsteigen, um ihr Profil zu schärfen und die *„Wissenschaftlichkeit als Herausforderung“* annehmen, um so den *„großen Erfahrungsschatz des Expertenwissens“* vor dem Hintergrund der

[65] Vgl. Schulz, Renard (2005)
[66] Vgl. Schaeffer (2006), Moers, Schiemann (2006)

Umgestaltung des Gesundheitswesens effektiv auszubauen und zu erweitern (Schulz 2005a, 259f).

Diese Fokussierung scheint vor dem Hintergrund der Entgeltsystematik in der Psychiatrie notwendiger denn je, wobei die Berufsgruppe darüber hinaus die multifaktoriellen Begleitumstände psychischer Erkrankungen im Blickfeld haben sollte, denn *„kompetente und qualifizierte psychiatrische Pflege wird deshalb die Themen der sozialen Desintegration, der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben, der Vereinzelung aufnehmen müssen und sich der Auseinandersetzung mit Behörden, Arbeitgebern und Familienangehörigen stellen müssen. Dafür braucht es fächerübergreifende Betrachtungsweisen und ein Verständnis für soziale und ökonomische Lebensbedingungen“* (Lüthi, Schoppmann 2007, 100ff).

1.8.1 Evidenzbasierte Pflege in der Psychiatrie

Die Anforderungen an die Berufsgruppe der Pflege in der Psychiatrie nehmen demnach zu, ihre Handlungen werden in Bezug auf ihre Wirksamkeit mehr und mehr hinterfragt (Hanns, Langer 2003, 2). Einen strukturierten und qualitativ hochwertigen Transfer des zurzeit am besten erhältlichen und gesicherten Fachwissens in die Praxis wird durch das Konzept der *evidenzbasierten Pflege* (synonym: *Evidenzbasierte Praxis-EBP, EvidenceBased Nursing EBN*) ermöglicht und vorangetrieben (Sauter et al. 2006,44ff)[67]. Das Konzept verfolgt dabei in Anlehnung an den Ansatz der Evidenzbasierung in der Medizin (EBM) die Idee, pflegerisches Handeln auf eine wissenschaftliche Grundlage zu stellen (Friesacher 2009, 178) und somit ein professionelles Umfeld zu schaffen (Hanns, Langer 2003, 2).

„Evidence-based Nursing als verpflichtendes Element einer zukünftigen psychiatrischen Pflege“ (Schulz 2003) beeinflusst den Handelnden auf vier verschiedenen Ebenen, mit dem Ziel, die pflegerische Entscheidungsfindung im Sinne einer möglichst umfassenden Qualitätssicherung zu erweitern, um damit den Erfordernissen des Gesetz-

[67] Vgl. Müller-Staub (2006,278)

gebers[68] nachzukommen (ebd.). Demnach bindet EBN, neben der Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in die tägliche Pflegepraxis unter Einbezug theoretischen Wissens, eine Integration der pflegerischen Erfahrung, die Vorstellungen des Patienten sowie die vorhandenen Ressourcen, bzw. Umgebungsbedingungen mit ein (s.Abb.5) (Schulz 2003, Behrens, Langer 2006)[69].

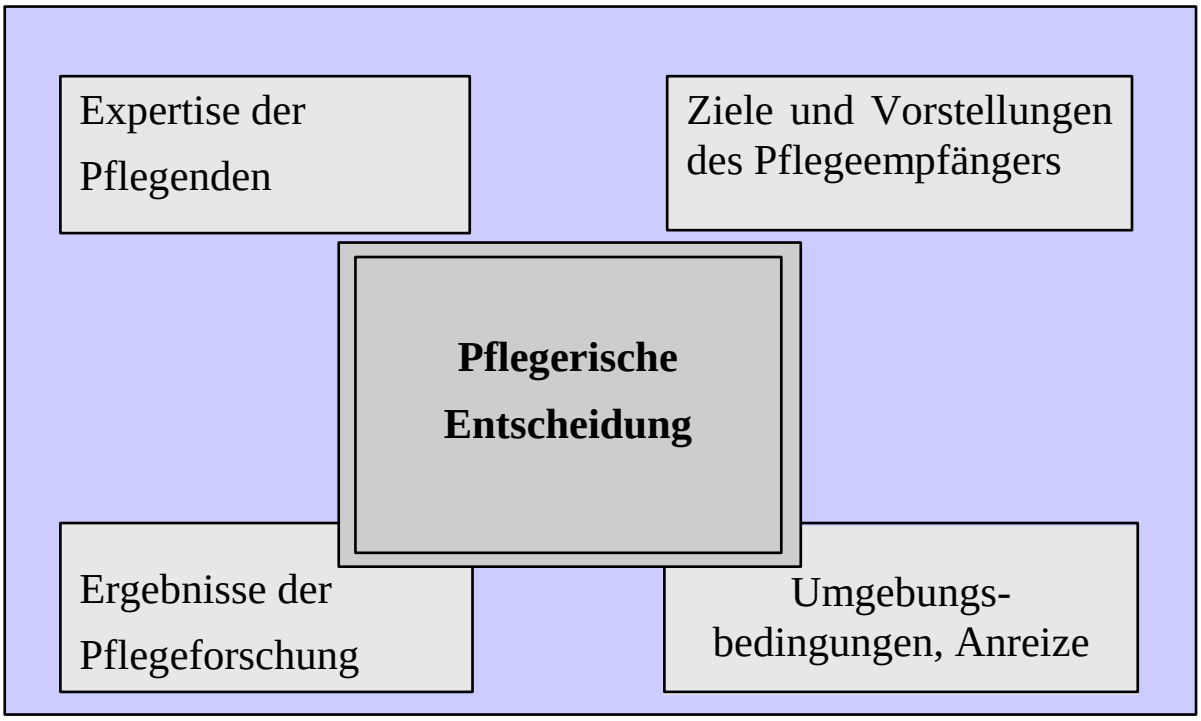


Abbildung 9: Komponenten einer pflegerischen Entscheidung (eigene Darstellung, in Anlehnung an Behrens, Langer 2006, 28)

In Bezug auf die Anwendung evidenzbasierter Pflege[70] in der Psychiatrie gibt es bis heute jedoch noch Unzulänglichkeiten, da bislang noch ein Mangel an Forschungsergebnissen über Indikationen und Wirksamkeit einzelner Pflegeinterventionen sowie über die Aussagekraft von Einschätzungsinstrumenten vorliegt (Sauter et al. 2006, 47).

[68] Vgl. §135a SGB V
[69] Einen wichtigen Beitrag zu diversen Konzeptentwicklungen in verschiedenen Versorgungsbereichen liefert das Institut für Gesundheits – und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther Universität in Halle/Saale (http://www.medizin.uni- halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=321)
[70] Vgl. Behrens, Langer (2006,42ff)

Abderhalden et al. (2008, 7) votieren, dass gute Pflege aus einer sorgfältigen Balance zwischen einem evidenzbasierten und einem wertebasierten Ansatz bestehen sollte, und dass auch die wissenschaftliche Entwicklung der psychiatrischen Pflege beidem Rechnung tragen muss. Doch insgesamt lassen sich bisher im Feld der psychiatrischen Pflege kaum handlungsleitende Theorien ausfindig machen (Staudacher, Kozel 2011), zudem wird einem gleichberechtigten und partizipativen Einbezug von Patienten in klinisch notwendige Entscheidungen in in den psychiatrischen Kliniken bisher unzureichend nachgekommen (Stierl 2011,26)[71].

1.9 Schizophrenie

Die Schizophrenie wird in der Literatur als eine sehr heterogene Erscheinung umschrieben, die als psychische Störung ausgezeichnet vor allem das individuelle (Er)Leben auf eine vielfältige Weise, phasenweise oder durchgängig, prägt (vgl. Dörner et al. 2010, 148ff, vgl. Ciompi 1992, 250ff).

Der Begriff Schizophrenie („Spaltungsirresein“ von *griech.* schizo „Spalt, gespalten“; Phren – eigentlich „Zwerchfell“, im weiteren Sinn „Geist, Seele“)geht zurück auf den schweizerischen Psychiater Eugen Bleuler, der im Jahre 1911 die stigmatisierende Bezeichnung[72] der „Dementia praecox – der vorzeitigen Verblödung“ durch den deutschen Psychiater Emil Kraepelin abgelöst hat (Hahlweg, Dose 1998, 1, Scharfreiter 1987, 1). Mit diesem Terminus wollte Bleuler seinerzeit die Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens, Wollens der subjektiven Gefühle einer betroffenen Persönlichkeit verdeutlichen (Michel 2002, 84), wobei bis zum heutigen Zeitpunkt Uneinigkeit unter Fachgelehrten dahingehend besteht, was eine Schizophrenie überhaupt ist bzw. welche Ursachen dieser Erkrankung vorausgehen (Ciompi 1992, 250).

[71] Vgl. Prestin,Schulz (2011), Knuf (2009,51)
[72] Vgl. Hoffmann (2005)

Eine detaillierte Bezeichnung einer Schizophrenie fällt schwer. Im Gegensatz zu vielen somatischen Erkrankungen kann die Schizophrenie nicht an fixe Parameter gemessen werden. *„Es gibt keinen Ausdruck und keine Haltung, die als typisch schizophren bezeichnet werden kann“*. Damit drücken Dörner et al. (2010,150) ihre Sicht gegenüber der Schwierigkeit aus, diese psychische Erkrankung kategorisch einordnen zu können. So bringt die Schizophrenie als *„Kernstück der Psychiatrie“* (Kisker et al. 1987) oder als *„psychische Krankheit par excellence“* (Krausz, Naber 2000, 1) aufgrund ihrer eigentümlichen, vielfältigen und individuellen Dynamik bis in die Gegenwart noch etliche ungelöste Fragen mit sich, die vor allem im Bereich der Ursachenforschung weitere Anstrengungen erfordern, das Spektrum von Behandlungsund Therapiemöglichkeiten auf diesem Feld weiter zu entwickeln (Gaebel, Wölwer 2010, 30).

Bisher erlangte Forschungsergebnisse liegen heute z.B. in Form von evidenzund konsensbasierten Praxisleitlinien, zusammengefasst und herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2006)[73]73, vor, mit dem Ziel, *„den mit der Schizophrenie-Behandlung befassten Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und sonstigen im medizinischpsychiatrischen Umfeld Tätigen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen zu bieten und hierzu die wissenschaftlich fundierten Behandlungsverfahren darzustellen und zu bewerten“* (DGPPN 2006)[74].

1.9.1 Epidemiologische Daten

Jährlich werden in Deutschland von 100.000 Einwohner etwa 19 Neuerkrankungen diagnostiziert, d.h. bei einer Einwohnerzahl von 82,3 Millionen Deutschen ist im Jahr mit etwa 15.600 neu diagnostizierten Schizophrenieerkrankungen zu rechnen. Das Risiko, mindestens ein-

[73] Vgl. Schneider et al. (2011,62ff)

[74] Koordiniert durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Neben weiteren medizinisch wissenschaftlichen Leitlinien aus anderen Fachdisiziplinen wird die Schizophrenie-Leitlinie auch elektronisch im Volltext im WWW publiziert (s.http://www.awmf.org/).

mal im Leben an einer Schizophrenie zu erkranken (Lebenszeitprävalenz) liegt weltweit zwischen 0,7% bis 1,4%. Im Durchschnitt (1%) erlebt demnach eine von hundert Personen irgendwann in ihrem Leben eine schizophrene Episode (Gaebel, Wölwer 2010, 16). Die Schizophrenie stellt in den psychiatrischen Krankenhäusern einen Großteil der Patienten dar, unter den Hospitalisierten machen Schizophrene zwei Drittel der Gesamtpatientenzahl aus, wobei Männer und Frauen mit der gleichen Häufigkeit erkranken (Vetter 2007, 215). Männer erkranken dabei im Durchschnitt etwas früher (im Mittel zwischen 20 und 25 Jahren) als Frauen (zwischen 25 und 30 Jahren) (Hahlweg, Dose 1998, 21).

Die Schizophrenie ist eine Erkrankung, die insbesondere wegen der längerfristig bis u.U. lebenslangen erforderlichen Rückfallprophylaxe häufige therapeutische Kontakte erfordert. Nach Diagnosedaten deutscher Krankenhäuser hatten schizophrene Erkrankungen im Jahr 2007 einen Anteil von etwa 13% an den jährlichen Fallzahlen stationärer Behandlung und etwa 21% an den jährlichen Behandlungstagen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 34,9 Tage gegenüber 20,8 Tage bei allen psychiatrischen Erkrankungen (Gaebel, Wölwer 2010, 16f).

1.9.2 Symptomatik

Die Erkrankung ist durch ein charakteristisches Störungsmuster verschiedener psychischer Bereiche wie Wahrnehmung, Denken, Ichfunktionen, Affektiviät, Antrieb und Psychomotorik gekennzeichnet (DGPPN 2006). Für den klinischen Bereich werden Krankheitssymptome z.B. in Positivund Negativsymptome[75] zusammengefasst und können mit bestimmten Instrumenten erhoben werden[76].

Positivsymptome beinhalten Wahn (argumentativ unkorrigierbare falsche Überzeugung von der Realität), Ich-Störungen (Aufhebung der

[75] Andere mögliche Symptomeinteilungen vgl. Bier et al. (2010,330)

[76] Untersuchungsinstrumente wie PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), SAPS (Scale for the Assessment of Positve Symptoms), und SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms). Vgl. Bier et al. (2010, 330)

Grenze zwischen der eigenen Person und der Umwelt), Halluzinationen (Wahrnehmung von objektiv nicht vorhandenen Reizen oder Objekten) und formale Denkstörungen (Störungen im Denkablauf wie Gedankenabreißen, ständiges Wiederholen von Gedanken, inkohärentes, zerfahrenes Denken) – diese Symptome werden im Rahmen der Schizophrenie als Kernsysmptome bezeichnet. Im Vergleich zu ungestörten Funktionen weisen diese Symptome eine „übersteigerte" Funktion auf, woraufhin die Einteilung in Positiv-, bzw. Plussymptomatik erfolgt ist. Das Pendant zu diesen Darstellungen sind die Negativbzw. Minussymptome. Sie zeichnen sich durch eine Funktionsminderung bzw. einen Funktionsverlust in den Bereichen der Gefühlswelt (Affektiviät), Antrieb, Psychomotorik und des Sozialverhaltens (z.B. Interessenminderung, sozialer Rückzug, Verwahrlosungstendenzen) aus (vgl. Gaebel, Wölwer 2010,8ff, Vetter 222ff, Hahlweg, Dose 1998, 2ff, Michel 2002, 84ff).

Bei einem Großteil der schizophrenen Patienten gehen zudem Einschränkungen bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit einher (Spiekermann et al. 2011), dies vor allem für Erkrankte, welche einen chronischen Verlauf der Schizophrenie hinzunehmen haben und unter erheblichen und vielfachen psychosozialen Folgeproblemen leiden (Gaebel, Wölwer 2010, 19). Ciompi (1992, 272) fasst die oben stehenden Phänomene dahingehend zusammen indem er anmerkt, das alle Schizophrene einen *„Einbruch von etwas Äußerem und Fremden ins eigene Erleben, das heißt eine tiefergehende Störung der persönlichen Identität mit Verwischung der Ichgrenzen und Aufhebung der klaren Unterscheidung zwischen innerer und äußerer Realität"* gemeinsam haben.

1.9.3 Diagnostik

In der Bundesrepublik Deutschland werden Schizophrenien anhand festgelegter Kriterien des international gebräuchlichen Diagnosesystems, der 10.Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) zu psychischen Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), eingestuft und kodiert (Hahlweg, Dose 1998, 4)

(s.Tabelle 7)[77]. Nach einem verbindlichen Verfahren, auf das hier nicht näher eingegangen werden soll, werden die operationalisierten Kriterien zur Diagnosestellung herangezogen, mit der zusätzlichen Vorgabe, dass die Symptomkonstellation mindestens einen Monat oder länger beim Betroffenen vorhanden sein muss (DGPPN 2006).

F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Psychose
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenien
F20.9	Schizophrenie – nicht näher bezeichnet

Tabelle 7: Typen der Schizophrenie nach ICD-10: F20.0 – F20.9 (DIMDI 1996)

1.9.4 Ätiologie

Über Entstehungsbedingungen schizophrener Erkrankungen ist vergleichsweise viel geforscht worden[78], wobei bis zum heutigen Zeitpunkt keine verbindlichen Aussagen über den psychosomatischen Zusammenhang noch über biochemische Verbindungen aufgestellt werden konnten (Dörner et al. 2010, 168).

Um das Ausmaß von psychischen Störungen im Rahmen einer Schizophrenie zu erfassen und Entstehungsmuster vorsichtig auf den Grund gehen zu können, ist es hilfreich, Gesundheit und Krankheit als ein dynamisches System zu sehen, *„in dem sich pathogene und salutogene Anteile gegenseitig auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene beeinflussen und nicht ausschliessen“* (Antonovsky 1997; zitiert in Mahler 2010, 4). Diese Ebenen dienen der heutigen Ursachenforschung von Psychosen als Orientierungs – und Erklärungsmus-

[77] Zu Schwierigkeiten bzgl. Überschneidungen und Unklarheiten hinsichtlich einer klaren Zuordnung vgl. Dörner et al. (2010,154f), Ciompi (1992,269)
[78] Eine Übersicht zu unterschiedlichen Forschungsansätzen liefern Dörner et al. (2010,168ff).

ter[79]. Sie werden als Faktorenbündel zusammengefasst (genetisch-organisch-biochemisch und psychosozial) und verweisen auf verletzliche und praemorbide Persönlichkeiten, welche dazu neigen, auf Belastungen überdurchschnittlich stark mit Spannung, Angst, Verwirrung, Denkstörungen bis hin zu Wahn und Halluzinationen zu reagieren (Dörner et al. 2010, 150).
Wissenschaftliche Forschungen finden vor allem auf den Feldern der Neurologie sowie der Genetik statt, wobei bis bisher nachgewiesene Komponenten noch nicht ausreichend bekannt sind, um eine Krankheitsentstehung kausal begründen zu können[80]. Psychosoziale Faktoren spielen für die Hypothesenforschung ebenfalls eine wichtige Rolle, so können z.B. intensive emotionale Belastungen (so genannte „Expressed Emotions“[81]) den Ausbruch einer schizophrenen Psychose begünstigen so wie der Konsum von vor allem halluzinogenen Drogen wie Cannabis, LSD und andere psychoaktive Substanzen die Krankheit auslösen oder zu einer Wiedererkrankung führen können (Gaebel, Wölwer 2010, 13).

1.9.5 Verlauf und Prognose

Die Schwierigkeit, schizophrene Störungen kategorisch einzuordnen, zeigt sich anhand der vielfältigen Möglichkeiten der Verlaufsbildbeschreibung wie kontinuierlich, episodisch mit zunehmenden Residuum, episodisch mit stabilem Residuum, episodisch remittierend, unvollständige Remission, vollständige Remission, etc. (Dörner et al. 2010). Diese Liste zusammenfassend kann der Gesamtverlauf der Schizophrenie dabei in Phasen, Schüben oder in einem Prozess erfolgen (s. Abb. 9).

Im Durchschnitt führen etwa zwei Drittel der Schizophrenieverläufe phasenhaft zur Rückbildung (Remission) oder schubweise zu einem leichteren Defekt (Residualzustand), bei einem Drittel zu meist stärkeren Defektsyndromen bis hin zur Chronifizierung der Erkrankung

[79] Vgl. Zubin (1990,42ff)
[80] Vgl. Michel (2002,89f)
[81] Vgl. Hahlweg, Dose (1998,30)

(Vetter 2007, 239f, Gaebel, Wölwer 2010, 11f). Für eine individuelle Prognose liegen Einzelkriterien[82] vor, die für eine Vorhersage günstig bzw. ungünstig zu werten sind (Vetter 2007, 243), wobei eine zuverlässige Prognose des Krankheitsverlaufs nur bedingt möglich ist, da aufgrund dem Zusammenwirken vielfältiger Faktoren und den daraus resultierenden Folgen der Wissensstand aktuell noch zu begrenzt ist (Gaebel, Wölwer 2010, 12f).

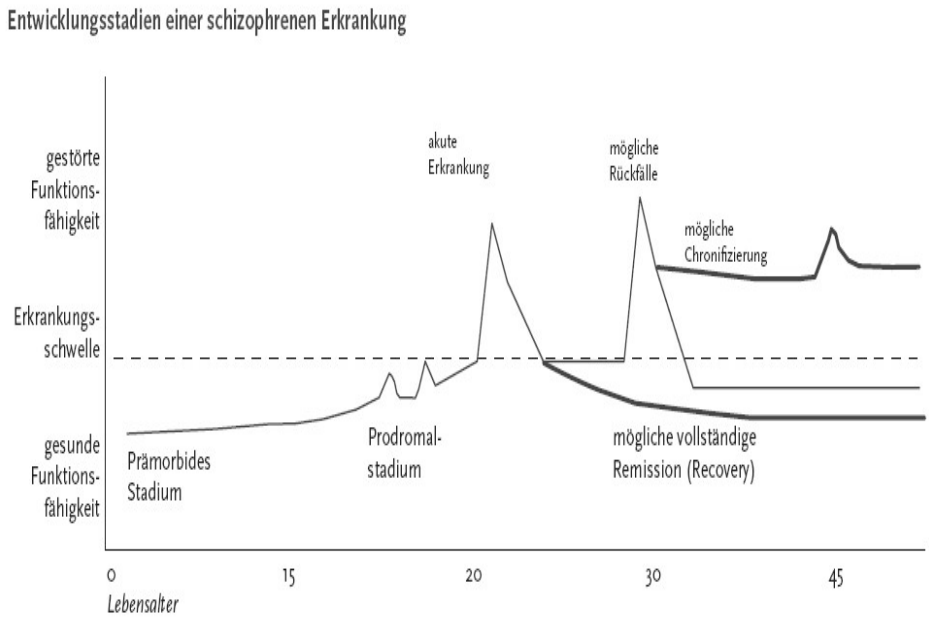


Abbildung 10: Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung (Gaebel, Wölwer 2010).

1.9.6 Therapien und Interventionen

In der aktuellen Leitlinie zur Behandlung von Schizophrenie gibt die psychiatrische Fachgesellschaft DGPPN diverse Versorgungsund Behandlungsmethoden, unterteilt in unterschiedlich hierarchische Evidenzstufen[83], exemplarisch vor. Aufbauend auf Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin (EBM)[84], welche für die medizinische Be-

[82] Vgl. Gaebel, Wölwer (2010,12)
[83] Vgl. Weinmann (2007,133ff)
[84] EBM; „evidence“, *engl.*: Beweis, Anzeichen, Hinweis. Im Deutschen hat sich der Begriff „Evidenz“ durchgesetzt. Klinisch-medizinische Entscheidungen, die den Patienten betreffen , orientieren sich demnach an aktuellen Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen wie z.B. randomisert kontrollierte Studien, Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, usw. (Leucht 2007)

handlung schizophrener Patienten die gegenwärtig beste externe, wissenschaftliche Evidenz für alle an der Behandlung Beteiligten darstellt, können mögliche Interventionen variabel angeboten werden (Leucht 2007). Dabei liegen für die Schizophrenie bisher phasenspezifische Behandlungsziele vor – unterteilt in Akutphase, postakute Stabilisierungsphase und Remissionsphase[85]. Die pharmakologische Behandlung sowie psychotherapeutische, soziotherapeutische und rehabilitative Maßnahmen[86] nehmen dabei einen zentralen Stellenwert in der klinischen Behandlung der Schizophrenie ein. Im folgenden Abschnitt soll der Blick darauf gelenkt werden, welche Intervention die Berufsgruppe der Pflege gegenüber an Schizophrenie erkrankten Menschen bereithält.

1.9.7 Pflegerische Interventionen bei schizophrenen Störungen

Bei schizophrenen Erkrankungen richtet sich die stationäre Pflege in der Regel nach dem Stadium der Erkrankung, dem Zustand des Patienten und der vorliegenden Symptomatik aus (Vetter 2007, 244), wobei auf den Entwicklungsund Genesungsprozess schizophrener Patienten prinzipiell der Einfluss von Pflegefachkräfte mittels häufigen Einzelkontakten und Interaktionen und einer daraus entstehenden Beziehungsgestaltung geprägt ist (Jensen, Thiel 2000, 156). Dabei begegnen Pflegende Menschen, deren (Lebens-)Gefüge *„aus dem Rahmen gesprungen ist“*, die phasenweise voller Anspannung und hochgeladener Emotionalität psychotische Widersprüchlichkeiten aushalten müssen und die Selbstwahrnehmung skurrile Formen annimmt. Diese subjektiven Wahrnehmungen gehen häufig mit massiven Angstzuständen einher und können zu Gewaltausbrüchen gegen sich und andere führen (Dörner et al. 2010, 155ff).

Hinsichtlich einzelner Pflegeinterventionen gegenüber Schizophrenen Patienten lassen sich in der Literatur diverse Umgangsund Verhal-

[85] Vgl. DGPPN (2006)
[86] Vgl. Gaebel, Wölwer (2010), vgl. Leucht (2007), vgl. DGPPN (2006), vgl. Krausz, Naber (2000), Krausz, Gottwalz,Moritz (1999)

tensweisen hervorheben, die, an unterschiedlichen Symptomen und Stadien der Schizophrenie ausgerichtet, größtenteils in Form von Empfehlungen, Grundhaltungen oder Praxistipps[87] aufgeführt werden:

- eindeutige Kommunikation, wertschätzende Haltung (Bier 2010, 341ff),
- einfühlsame und beruhigende Gespräche, z.B. bei Angstund Unruhezustände, Sinnestäuschungen (Lenz 2007, Thiel et al.1995),
- ablenkende und realitätsbezogene Maßnahmen bei Wahnvorstellungen (Michel 2002, 99),
- strukturfördernde Interventionen, z.B bei Denkstörungen, akuter Verwirrung (Vetter 2007, 244),
- Stärkung gesunder Persönlichkeitsmerkmale bei Ich-Störungen (Thiel et al. 1995),
- ressourcenbezogene Patientenbeobachtungen (Jensen, Thiel 2000, 167),
- aktivierende und tagesstrukturierende Maßnahmen (Schädle-Deininger 2008, 81ff).
- deeskalierende Maßnahmen bei Eigenund Fremdaggressionen, engmaschige Betreuung bei Suizidalität (Menche 2004, 1321).

Weiter stehen Aufklärungsund Beratungsleistungen (gegenüber Patient und Angehörige) bezüglich der Erkrankung und Therapiemöglichkeiten sowie eine soziale und (stationäre) reizarme Umfeldgestaltung im Mittelpunkt der pflegerischen Behandlung (vgl. Menche 2004,1337f, 244ff, vgl. Michel 2002,93ff), mit dem übergeordneten Ziel, den Patienten schrittweise wieder aktiv in einen Alltag zu integrieren (vgl. Schädle-Deininger 2008, vgl. Bier 2010, 341ff).

Vor dem Hintergrund der heterogenen und individuellen Erlebensvielfalt einer schizophrenen Erkrankung wird ersichtlich, dass es nicht den einen Therapieansatz gibt und Interventionen katalogartig abrufbar sind (Michel 2002, 92). Um dahingehend notwendige Erkenntnisse über das Wesen und die individuellen Ausdrucksformen von Schizophrenien zu erlangen, rät Bock (2009,11), Brücken zu schlagen zwischen der subjektiven und der klinischen Sicht und die Schizophrenie

[87] Vgl. Bier et al. (2010, 341ff), Thiel et al. (1995), Michel (2002,99)

„als Ausdruck der tiefen seelischen Krise eines unverwechselbaren Menschen und als Ausdruck menschlicher Möglichkeit überhaupt zu betrachten“[88]. Die Behandlung sollte sich an den Bedürfnissen der unterschiedlichen Persönlichkeiten anpassen, indem von den vorhandenen Bewältigungsstrategien ausgegangen und unterschiedliche Interventionen integriert werden sollten (Michel 2002, 92).

Für die Berufsgruppe der Pflege stellt sich dabei die Frage, wie professionelle Handlungen im individuellen Behandlungsfall konkret und übergreifend für alle Mitglieder eines Pflegeteams herzustellen sind, und wie diese vor dem Hintergrund des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie qualititativen und quantitativen Ansprüchen genügen. So stellt z.B. Holnburger (1999) in dem Buch *„Pflegestandards in der Psychiatrie“* Handlungsweisen auf, die, als Fundament auf diverse psychopathologische Krankheitskennzeichen angewendet, die Pflegenden stichpunktartig und vor dem Hintergrund von Grundsatzhaltungen auch z.B. entlang heterogener Phänomene der Erkrankung Schizophrenie leiten soll. Dort sind z.B. Pflegemaßnahmen wie *„Aufbau einer tragfähigen Beziehung“*, *„klar strukturierte Gespräche“*, *“Ehrlichkeit und Toleranz“*, *„Empathiefähigkeiten“*, *„Informationsgespräche“*, etc. aufgeführt, die jedoch nicht weiter erläutert werden bzw. für einen praxisnahen Einsatz keine weitere Beschreibung oder Operationalisierung erfahren.
Zwar legt der Autor in seinem Werk dar, dass die aufgeführten standardisierten Handlungen in ihrer Anwendung fortwährend hinterfragt werden müssen und sie sich dabei höchstens als Hilfsmittel oder Maßeinheit im Rahmen einer Orientierung, wie z.B. innerhalb des Pflegeprozess erweisen. Dabei erhebt er mit seiner Arbeit keinerlei umfassenden Anspruch hinsichtlich konkreter und nachweisbarer pflegerischer Handlungen in der Psychiatrie (Holnburger 1999,25). Als Beispiel dienend sollen diese Standards hier auf die o.g. Problematik nochmals hinweisen, das ohne Wissenskomponenten im Sinne einer umfassenden Evidenz (s.o.) das Dilemma nachweislich wirksamer Tätigkeiten bezüglich Pflegemaßnahmen und daraus ableitbaren Zielen weiterhin vorhanden bleibt und somit konkrete Fragen, wann welche Handlungen bei wem und wie angewendet werden, wie wirk-

[88] Vgl. Bock et al. (1997,34ff)

sam sie sind und wie sie letztlich bewertet werden können, weiterhin unbeantwortet bleiben (vgl. Staudacher, Kozel 2011, vgl. Hahn et al. 2011, vgl. Schulz 2003)[89].
Im folgenden Abschnitt werden exemplarisch Konzepte und Interventionen hervorgehoben, die in der pflegerischen Versorgung von schizophrenen Patienten von Bedeutung und den unklar umrissenen Tätigkeitsbereich (s.o.) etwas aufzuhellen in der Lage sein könnten. Hinweise auf einen eventuell flächendeckenden Durchdringungsgrad jener Interventionen innerhalb einzelner Institutionen gibt die Datenlage in der Literatur dabei jedoch nicht her.

1.9.8 Bezugspflege als Organisationssystem

Unter Bezugspflege wird ein Arbeitsorganisationsprinzip verstanden, nach welchem jedem Patienten eine namentlich bezeichnete, ausgebildete Pflegeperson (Primary Nurse, Bezugspflegeperson) zugeordnet wird (Needham, Abderhalden 2000). Die Aufgabe der pflegerischen Bezugsperson besteht darin, den Patienten vor dem Hintergrund seiner Biographie, seiner Krankheitsgeschichte und der aktuellen Lebenssituation wahrzunehmen und diese Informationen als Grundlage in den Pflegeprozess mit einzubringen (Sauter et al. 2006, 221).

Aufgrund der umfangreichen Informationsund Datenlage kann die Bezugspflegende im Rahmen des interdisziplinären Versorgungskonzeptes somit ein fundiertes Mitspracherecht bezüglich Entscheidungen und Angelegenheiten erlangen, welche den Patienten betreffen, wobei gleichzeitig ein möglichst partizipativer Einbezug des Patienten mit diesem Modell vorausgesetzt werden soll (Fuchs 2006, 34)[90]. Diese Organisationsform, welche bislang noch wenig empirische Belege zur Wirksamkeit im einzelnen belegen konnte[91], scheint gegenüber

[89] Zudem bliebt offen, von wem professionelle Hilfeleistungen erwartet werden können. So weisen Schulz und Löhr (2010) darauf hin, das in den 80er Jahren zwar ein professionalisierender Impuls in Form einer Fachweiterbildung für Psychiatrie-Fachpflege einsetzte, es dahingehend jedoch bis heute offen bleibt, welche fachlichen Kompetenzen und Befugnisse sie im Unterschied zu jenen Kollegen haben, die eine solche Fachweiterbildung nicht absolviert haben.
[90] Vgl. Asani, Eißmann (2009)
[91] Vgl. Sauter et al. (2006,219), vgl. Needham (2000)

schizophrenen Patienten dahingehend geeignet, als das eine angestrebte und praktizierte Beziehungskontinuität (Vetter 2007, 236) grundlegend dem Behandlungskonzept schizophrener Patienten entgegenkommt (vgl. DGPPN 2006) und damit eine durchgängige Begleitung im Behandlungsprozess, inklusive der Möglichkeit einer Wiederaufnahme des Betreuungskonzeptes im Falle einer Rehospitalisation, von schizophrenen Patienten gewährleisten kann (Fuchs 2006, 41).

Problematisch an dieser Organisationsform erscheint dabei die Tatsache, das unterschiedliche Kliniken bezüglich konzeptueller Definitionen eine breite Varianz aufweisen (Needham 2000) und des weiteren eine Funktionabilität von vielen Detailfragen abzuhängen scheint (vgl. Sauter et al. 2006, 222).

1.9.9 Psychoedukation

Als modular gestaltete Rückfallschutzbehandlung (DGPPN 2006) findet „*eine auf den individuellen Erfahrungen der Adressaten*“ (Hornung 1999, 118) spezifische und wissenschaftlich fundierte Vermittlung[92] von Informationen über die Erkrankung statt, mit dem Ziel, einen Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen und die Veränderung des Krankheitskonzepts (höhere Akzeptanz gegenüber Behandlung, Medikation, Abnahme von Negativerwartungen einer Behandlung) bei den Patienten zu erreichen. Einen Vorteil hinsichtlich der Positionierung der psychiatrischen Pflege innerhalb dieser Konzeption begründen Schulz und Renard (2005) mit einer seit je her bestehenden kommunikativen Ausrichtung des Berufsfeldes bezüglich der Informationsweitergabe zu psychiatrischen Erkrankungen sowie deren Behandlungsmethoden gegenüber dem Patienten.

Demnach sind geschulte Pflegepersonen in der Moderation psychoedukativer Elemente durchaus prädestiniert, zu einer strukturierten Informationsvermittlung und einer möglichen Anleitung bezüglich des emotionalen Umgangs hinsichtlich der Erkrankung beizutragen (vgl.

[92] Eine Übersicht über unterschiedliche Studien, Konzepte und Effekte liefern Hornung (1999,113ff) sowie Sauter et al. (2006,532ff)

Asani et al. 2005, vgl. Mattenklotz 2005). Zudem besteht die Möglichkeit, diese Art der Intervention auf die Ebene einer Zusammenarbeit mit Angehörigen als pflegerische Aufgabe auszudehnen, um zusätzlich diese wichtigen Bezugspersonen, welche langfristig eine wichtige Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten darstellen (DGPPN 2006) *„zu weitgehender Selbständigkeit im Umgang mit der Erkrankung anzuleiten und zu begleiten“* (Asani et al. 2007), einem hohen Informationsbedürfnis nachzukommen sowie emotionale Entlastungen innerhalb dieser Personengruppe zu erreichen (vgl. Jungbauer 2004).

1.9.10 Adherencetherapie

Adherence (engl. für Festhalten, Befolgen) bezeichnet in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Der Begriff ersetzt im angelsächsischen Sprachraum zunehmend den Begriff Compliance (engl. für Einverständnis, Einhalten, Fügsamkeit) und akzentuiert in der psychiatrischen Versorgung dabei die Rechte des Patienten und die Notwendigkeit nach umfassender Information, nach einer gleichberechtigten Kommunikation sowie einer gemeinsamen Entscheidungsfindung[93] (Schulz 2005b, 109).

Die wissenschaftlich gut begründete (evidenzbasierte) Adherencetherapie zielt unter Berücksichtigung des direkten Lebensumfeldes und der persönlichen Situation des Patienten in mehreren Sitzungen darauf ab, eine Therapiestrategie zu erörtern, die den Patienten befähigen soll, aus eigener Kraft heraus und auf der Grundlage einer eigenen Entscheidung therapeutische Vorgaben langfristig umzusetzen oder eine fundierte Entscheidung gegen die Einnahme von Medikamente[94] zu treffen. Diese, in acht Behandlungseinheiten und dabei in vier Phasen unterteilte Intervention setzt eine hohe Pflegefachlichkeit und darüber hinaus eine spezielle Schulung voraus (vgl. Schulz 2005b, 111f).

[93] Vgl. Spiekermann et al. (2011)

[94] Ein Hauptproblem der Behandlung stellt die Nichteinnahme von Neuroleptika aufgrund einer Vielzahl unerwünschter Wirkungen dar. So nehmen nach etwa einem Jahr nur noch 30% der Patienten die verordneten Medikamente in der verordneten Dosierung ein (vgl. Müller 2010,271ff).

1.9.11 Symptombezogene Pflegekonzepte und Fachbeiträge

Sauter et al. (2006) stellen in ihrem Lehrbuch „Psychiatrische Pflege" einen konzeptuellen Überblick bezüglich häufig anzutreffender Phänomene bei psychischen Erkrankungen vor und bieten einen symptombezogenen Zugang zu möglichen pflegerischen Interventionen.

Entlang eines strukturierten und übersichtlichen Kapitelaufbaus werden verschiedene Symptome dem Versuch einer Operationalisierung unterworfen sowie Besonderheiten im Rahmen der entsprechenden Erscheinung hervorgehoben. Zum Ende des jeweiligen Kapitels werden wesentliche Aspekte hervorgehoben, die anhand der Pflegeprozess-Systematik (Assessment, Pflegediagnosen, Zielbeschreibungen sowie Interventionen) abgebildet und unter dem Einfluss von Inhalten aus Sekundärliteratur in entsprechende Kontexte eingeordnet werden. In die einzelnen Kapitel integriert lassen sich Infokästen oder Exkurse vorfinden, die weiterführende Hinweise zu Forschung, Literatur oder empirischen Belegen von Betroffenen vorweisen (vgl. Sauter et al. 2006, 633ff).

Eine weitere Ebene, die die Professionalisierung in dem Bereich der Psychiatrischen Pflege vorantreibt und dem Problem des *„verwaisten Bereichs"* pflegerischer Interventionen (Staudacher, Kozel 2011,19) begegnet, sind (lokal begrenzte) Projekte, welche in Fachliteratur, Fachzeitschriften oder auf Fachkongressen der Öffentlichkeit vorgestellt werden[95]. Innerhalb unterschiedlich ausgerichteter Bezugsrahmen und vor dem Hintergrund thematischer und praxisrelevanter Fragestellungen werden Aspekte, Möglichkeiten sowie aktuelle Bedingungen der psychiatrischen Versorgungslandschaft ausgeleuchtet und neue Versorgungsformen oder Methoden in den psychiatrischen Alltag integriert und auf seine Wirksamkeit überprüft.

So werden an dieser Stelle stichpunktartig folgende, in jeweils unterschiedlichen Institutionen durchgeführte Projekte vorgestellt und im

[95] An dieser Stelle sei hier auf den so genannten *Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie* verwiesen, der Vorträge sowie Praxisprojekte unter einem thematischen Motto zusammenfasst. Vgl. dazu Hahn et al. (2010), vgl. Abderhalden et al. (2008), vgl. Abderhalden, Needham (2005).

Sinne einer Perspektivausrichtung in der Versorgung schizophrener Patienten erwähnt, wobei diese Darstellung lediglich als ein kleiner Überblick dienen soll und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann:

- Psychose-Seminare (vgl. Sturm 2000)
- Professionelle Kommunikation (vgl. Prestin, Schulz 2011)
- Shared Decision Making (Asani, Eißmann 2009)
- Medikamententrainingsprogramm (Schirmer et al. 2008)

1.9.12 Hypothese und Fragestellung

Die Vorstufe dieser Arbeit ist eine Datenerhebung der pflegerischen Dokumentation im Rahmen eines Praxisprojektes der Evangelischen Fachhochschule Bochum im LWL-Universitätsklinikum für Psychiatrie. Dieses Praxisprojekt hat sich mit der Frage nach der Tauglichkeit des Instrumentes POK und deren Anwendung durch die Pflege befasst. Diese Fragestellung wurde vor allem hinsichtlich der Entwicklung der DRG/ OPS und damit mit der möglichen Leistungsdarstellung der Pflege im neuen Entgeltsystem gewählt, da dies in der Psychiatrie ein brandaktuelles Thema ist. Folgende übergeordnete Frage wurde gestellt und überprüft:

Eignet sich das Pflegedokumentationssystem POK um den pflegerischen Anteil bezüglich der Psyche in der Ordnungskategorie 3 (OK 3) im Rahmen von Schizophrenie abzudecken?

In der IST-Analyse wurde diese übergeordnete Fragestellung konkretisiert:

- 1 Ist POK in der Lage, psychische Störungen im Rahmen der akuten Schizophrenie (OPS/ DRG Schlüssel) abzubilden?
- 2 Wird die Versorgung der Patienten mit einer Schizophrenie aus pflegerischer Sicht nach DRG/OPS Vorgaben dokumentiert?

Hypothese:
POK bildet pflegerische Leistungen strukturiert ab und stellt einen Handlungsrahmen dar. Jedoch liegen Probleme hinsichtlich der einheitlichen Systemabbildung vor und inhaltliche Mängel liefern Rückschlüsse auf eine unzureichende Schulung der Mitarbeiter.

2. Methode

Bei der im Rahmen des Praxisprojekts durchgeführten Datenerhebung wurde eine quantitative (Dokumentenanalyse) und qualitative (Expertenbefragung) Vorgehensweise gewählt und für die Erhebung der Daten die Dokumentenanalyse beschlossen. Um die Restfragen zu klären, welche sich nach der Analyse der Daten ergeben, wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, welcher mit Fachund Führungskräften der Klinik sowie der Organisation ausgefüllt wurde.

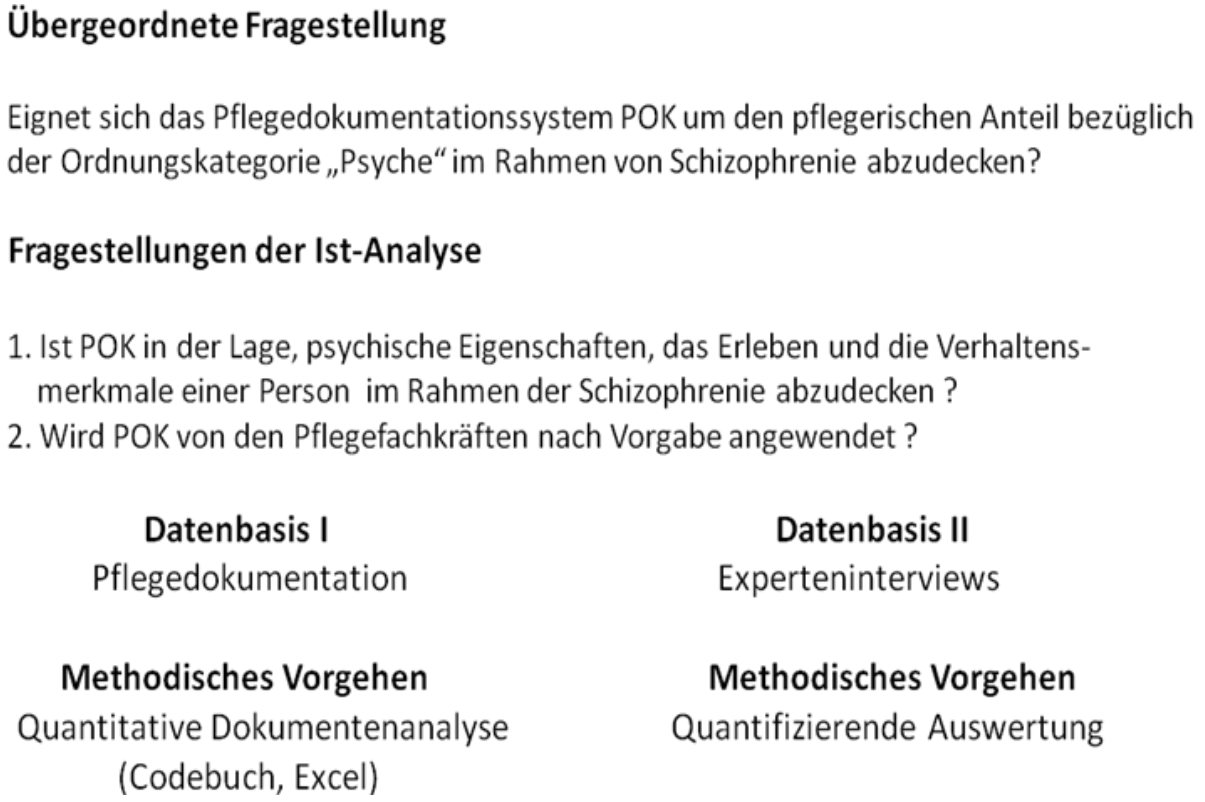


Abbildung 11: Forschungsdesign

2.1 Dokumentenanalyse

Zur Erhebung der Daten wurde die quantitative Dokumentenanalyse gewählt. Dieser Methode sollte genügend Datenmaterial ermöglichen, damit die Forschungsfragen beantwortet werden kann und eine hohe Fallzahl für möglichst repräsentative Ergebnisse erreicht werden kann. Die Auswahl der Dokumentenanalyse als Methode hatte auch den Grund, dass die Daten, welche wir benötigten schon in der Pflegedokumentation vorhanden sein mussten, dementsprechend handelt es sich bei der Dokumentenanalyse um ein retrospektives Querschnittdesign (Mayer 2007). Die zu analysierenden Dokumenten setzen sich aus der Pflegedokumentation der Patientenakten zusammen. Dazu gehören Dokumente des EDV-Systems, sowie „Papierakten“, da die pflegerische Dokumentation zweigleisig dokumentiert wird. Zu den Papierakten gehören die Pflegediagnoseerhebungsstruktur (PES) sowie der Maßnahmenplan und die Evaluation der Pflegeplanung. Das elektronische Klinikinformationssystem enthält die Daten des Assessment und den Verlaufsbericht.
Die Kriterien, mit welchen die Dokumente erhoben und analysiert wurden, richteten sich nach den bekannten Qualitätskriterien von Donabedian (1980); den StrukturProzessund Ergebniskriterien. 27 der erstellten Kriterien können dichotom beantwortet werden, zusätzlich gibt es eine Freitextoption, die gewählten Maßnahmen wurden inhaltlich erfasst, da die Vermutung bestand, dass die Maßnahmen sich oft wiederholen und homogen wirken, was einerseits am immer gleichen Krankheitsbild liegen könnte, oder auch an einer gewissen Routine bei der Wahl der Maßnahmen. Zu den Strukturkriterien gehören z.B. das Vorhandensein der notwendigen Instrumenten beziehungsweise den Erhebungsbögen um POK gemäß den Vorgaben anwenden zu können. Auch wird nach der Schulung der Mitarbeiter bezüglich POK und den Zugriff von Informationen aus dem interdisziplinären Team gefragt. Die Prozesskriterien beinhalten Kriterien zur Erstellung der Pflegeplanung und zur Evaluation der Pflegeplanung. Dabei wird der Fokus vor allem hinsichtlich der Fragestellung gehalten und konzentriert sich auf die Ordnungskategorie 3 (OK3) von POK, der Psyche, da davon ausgegangen werden kann, dass die OK 3 sich am ehesten dazu eignet, die Schizophrenie abzubilden. Weitere Kriterien sind die Anpassung der Anamnese, Pflegediagnose, Ziele und Maßnahmen im

Verlauf der Pflegedokumentation und inwiefern dies im Verlauf ersichtlich ist. Die Ergebniskriterien als letzter Teilbereich konzentrieren sich auf das Erreichen oder gegebenenfalls Anpassen der pflegerischen Ziele, Pflegediagnosen und Maßnahmen, die dokumentierten Durchführungen der Maßnahmen, Konsequenzen nach der Evaluation und einer dokumentierten Zufriedenheit des Patienten.

2.1.1 Zufallsprinzip

Damit die Daten möglichst repräsentativ sind, wurde ein Losverfahren für die Auswahl der zu analysierenden Patientenakten gewählt. Die Pflegedienstleitung der Klinik stellte eine Liste mit allen Patienten zur Verfügung, die in den letzten 12 Monaten hospitalisiert waren, September 2008 bis September 2009, und eine F.20 Diagnose (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen[96]) nach ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten 10) aufwiesen. Mittels Losverfahren wurden sechs Monate ausgewählt und alle Patienten, welche eine POK-Pflegediagnose der OK 3 Psyche hatten, kamen für die Datenerhebung in Frage. Das Ziel lag bei einer Fallzahl von 50 Patienten, diese lag nach dem Losverfahren bei 54, jedoch kamen 7 Patienten nicht in Frage, da sie keine POK-Pflegediagnose der Ordnungskategorie 3 hatten. Somit konnten 47 Patientenakten in die Datenerhebung aufgenommen werden.

2.1.2 Pretest

Nach der Entwicklung des Codebuchs und des Erhebungsinstrumentes wurde, um dieses formal und inhaltlich zu prüfen, ein Pretest durchgeführt. Damit wurden strukturelle Schwachstellen ersichtlich und zwei weitere Kriterien angefügt. Dabei musste das Erhebungsinstrument insofern angepasst werden, damit die Erhebung der Daten sich praktikabler gestaltet. Folgende Punkte sind nach dem Pretest angepasst worden:

[96] Vgl. www.dimdi.de, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm

- Es wurde zwei weitere Unterkategorie hinzugefügt (P 1.3 wird das Assessment kontinuierlich angepasst? Und die Freitextoption bei den Maßnahmen).
- Die Reihenfolge der Unterkategorien wurde geändert, da bei der Datenerhebung aus verschiedenen Arten von Quellen Informationen geholt werden mussten (Papierakten und EDV) und es sich infolgedessen mit der Änderung der Reihenfolge die Datenerhebung übersichtlicher vornehmen ließ.

2.2 Experteninterview

Nach der Datenerhebung wurde ein Experteninterview durchgeführt um die „Restfragen“ zu klären, die sich während der Analyse ergaben oder schon vorhanden, sich aber nicht in der Datenerhebung aufzunehmen waren. Die Experten waren in diesem Projekt Personen, welche an der Konzeption von POK beteiligt waren oder Personen, welche mit POK arbeiten. Dabei handelte es sich um Pflegefachpersonal (n=4) sowie Mitarbeiter aus der mittleren (Stationsleitung) und höheren Führungsebene (n=4). Der Fragebogen wurde anonymisiert, ersichtlich war allein, ob es sich bei den Befragten um Pflegekräfte oder Führungskräfte handelte. Der Befragungsbogen wurde standardisiert mit geschlossenen Fragen konzipiert, die befragten Mitarbeiter konnten mithilfe einer Schulnoten-Skala die Fragen beantworten.

- 1: sehr gut
- 2: gut
- 3: befriedigend
- 4: genügend
- 5: ungenügend

Die Befragung erfolgte mündlich, da so bei Unklarheiten Auskunft geben werden konnte. Wie in der Dokumentenanalyse wurde der Fragebogen (Anlage 2) nach den Qualitätskriterien von Donabedian strukturiert (Struktur, Prozess und Ergebnis). Bei den Strukturkriterien

lag der Schwerpunkt auf den räumlichen Gegebenheiten während der administrativen Arbeit, also mit POK und nach der Qualität und Quantität der POK-Schulungen, sowie nach einer Feedback-Kultur innerhalb des Teams bezüglich der Arbeit mit POK. Bei den Prozesskriterien lag der Schwerpunkt auf der Rolle des Patienten bei der Erstellung eines Pflegeplanes, sowie die Zufriedenheit mit den inhaltlichen Aspekten von POK. Die Ergebniskriterien erfragten im Wesentlichen, wie zielführend POK in den Augen der Mitarbeiter ist und inwieweit die Ziele überprüft und evaluiert werden.

3. Ergebnisse

Wie in der Datenerhebung und in der Befragung der Mitarbeiter, werden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse und der Befragung in Struktur-, Prozessund Ergebniskriterien eingeteilt vorgestellt, damit wird es auch möglich sein, zu erkennen, inwiefern sich diese drei Qualitätsebenen beeinflussen können. Weiter wird versucht, einen Zusammenhang zwischen den Daten der Dokumentenanalyse sowie der Befragung herzustellen.

Bei der Analysedimension Strukturkriterien der Pflegedokumentation waren nahezu alle Kriterien erfüllt. Die erforderlichen Instrumente für die Erarbeitung von POK, bzw. dem Pflegeprozess und der Pflegeplanung sind vorhanden. Dies umfasst das Assessment, die Struktur für die Pflegediagnostik nach POK, die Möglichkeit Ziele und Maßnahmen zu formulieren, sowie besteht ein Leitfaden[97] des LWL-Universitätsklinikum Bochum für die pflegerische Dokumentation, welche vorgibt, in welchem Zeitrahmen das Assessment und die Pflegediagnostik durchgeführt werden müssen[98]98. Auch werden nach Aussage der Pflegedirektion, die Mitarbeiter auf POK geschult, wenn auch die Beantwortung mit JA, nichts über die Qualität und Quantität der Schulung aussagen kann. Einzig die Frage nach einem Standard für die Evaluation der Pflegediagnostik wurde mit NEIN beantwortet,

[97] Vgl. Leitfaden f. die Pflegedokumentation der LWL-Universitätsklinik Bochum (Anhang 3)
[98] Das Assessment und die Pflegediagnostik müssen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Hospitalisation erfasst werden.

dieses Kriterium wird allerdings nochmals bei den Ergebniskriterien diskutiert.

Die Fragen zu der Analysedimension der Strukturkriterien, beinhalteten im Wesentlichen die Schulung und strukturelle Rahmenbedingungen wie Zeit, Ort und Unterstützung. Die Bewertung erfolgte über die Noten 1 (sehr gut) bis 5 (ungenügend). Die Schulung wurde insgesamt mit 3,375 bewertet, bemerkenswert dabei ist; die Pflegekräfte schätzten die Schulung mit dem Durchschnittswert Note 3 besser ein als die Führungskräfte.

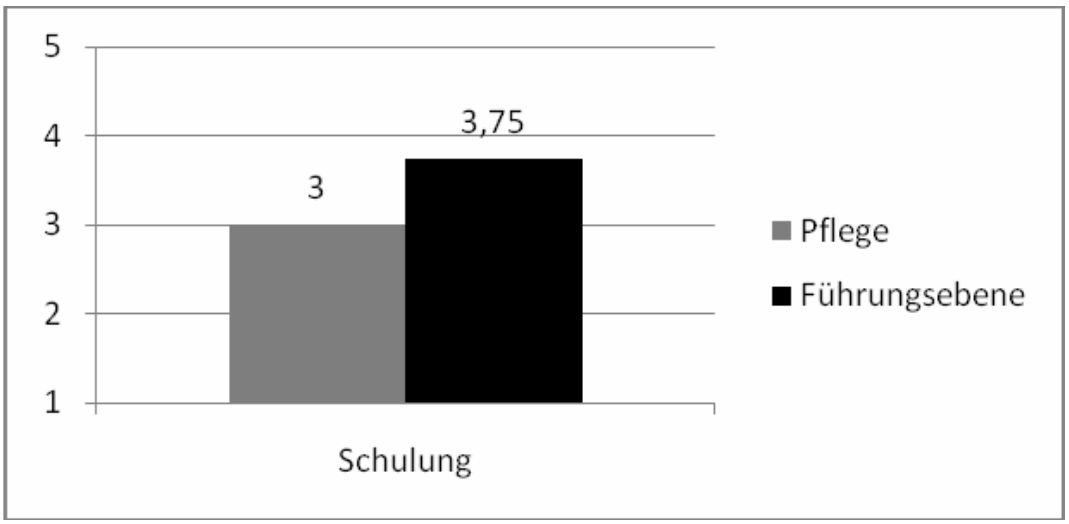


Abbildung 12: Ergebnis zur Schulung

Dieser Unterschied ist auch bei der zweiten Frage nach ausreichenden Wiederholungen der Schulung wahrzunehmen. Die Pflege empfindet die Wiederholung als gut bis befriedigend (n=3), bloß eine Pflegefachkraft erteilt dieser Frage die Note 4, folglich ausreichend. Die Führungsebene schätzt das Ausreichen der Schulungswiederholungen als ausreichend bis mangelhaft (n=3) ein. Eine Führungskraft (n=1) empfindet die Wiederholungen der POK-Schulung als befriedigend.

Erwartungsgemäß unterschiedlich wurden die Fragen in den Interviews zu den Strukturkriterien Zeit, Ort und Unterstützung beantwortet; insgesamt ergaben diese Fragen die Note 2,9 (n=8), in der Differenzierung nach Pflegeund Führungskräften jedoch ist ein deutlicher Unterschied zu sehen. Die Pflegekräfte bewerten alle drei strukturellen Gegebenheiten negativer als die Führungsebene. Die befragten Pflegefachkräfte (N=4) gaben den zeitlichen Rahmenbedingungen für

die Erstellung einer Pflegediagnose mit Maßnahmen die Noten befriedigend bis ausreichend, die Führungsebene schätze die zeitlichen Ressourcen positiver ein. Mehrheitlich (N=3) wurden die zeitlichen Rahmenbedingungen als gut eingeschätzt, eine Führungskraft bewertete diese Frage mit einer 3, demzufolge befriedigend. Auch bei den räumlichen Rahmenbedingungen (Lärm, Ablenkung) zeigen sich ähnliche Resultate, die Pflegefachkräfte bewerten dieses Kriterium als ausreichend bis mangelhaft (N=3), die Führungsebene hingegen empfindet die räumlichen Rahmenbedingungen als sehr gut bis befriedigend (N=3), eine Führungskraft (=1) bewertet dieses strukturelle Kriterium als ausreichend. Als mögliche Ursache für diese unterschiedliche Bewertung könnte die Distanz der Führungsebene zum Stationsalltag diskutiert werden. Als ein weiterer struktureller Faktor wurde nach der Zufriedenheit bezüglich der Unterstützung bei POK-spezifisch Problemen gefragt; diese Unterstützung wird von der Führungsebene, sowie von den Pflegefachkräften als gut bis befriedigend eingeschätzt.

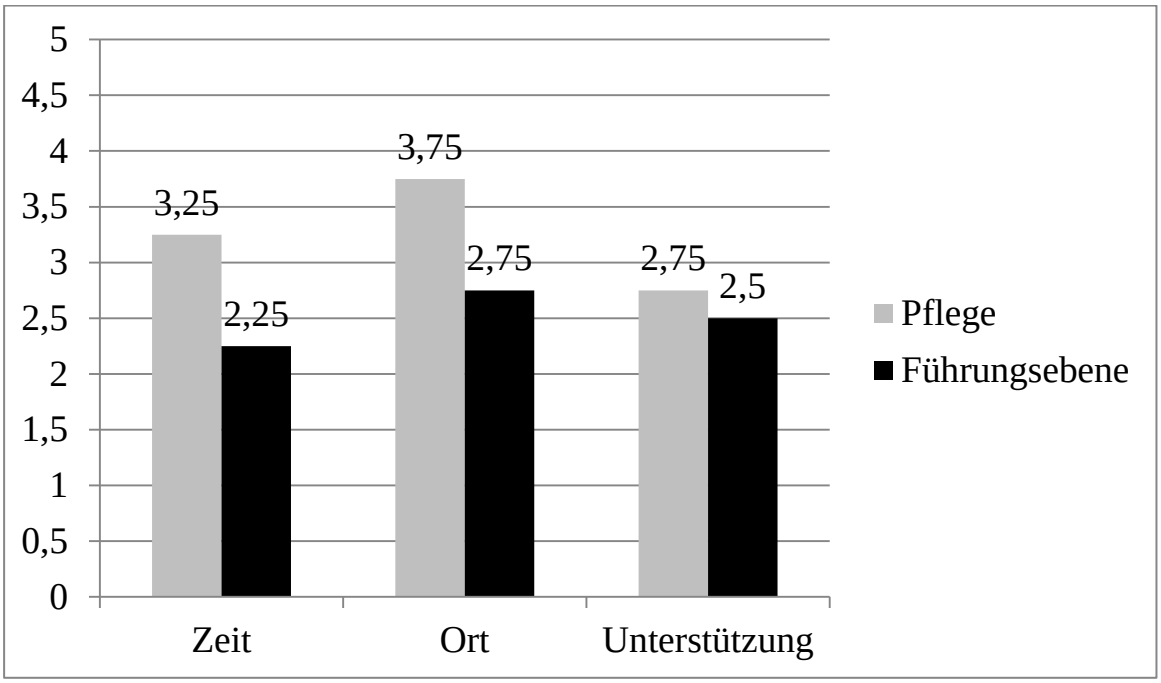


Abbildung 13: Ergebnisse zu den Strukturkriterien

Demgegenüber stehen die Kriterien der Dokumentenanalyse. Folgende Kriterien können unter anderem auch Hinweise zur Qualität und Intensität der Schulung liefern;

- Assessment erfasst
- Assessment kontinuierlich angepasst
- Einflussfaktoren werden dem Diagnosetitel zugeordnet
- Symptome werden dem Diagnosetitel zugeordnet

Bei der Dokumentenanalyse wurde ersichtlich, dass in 77% (n=36) in der Pflegedokumentation dem Assessment Informationen über den Patienten zugeordnet wurden, jedoch lediglich in 26% (n=12) der überprüften und analysierten Patientenakten war eine kontinuierliche Anpassung des Assessments ersichtlich.

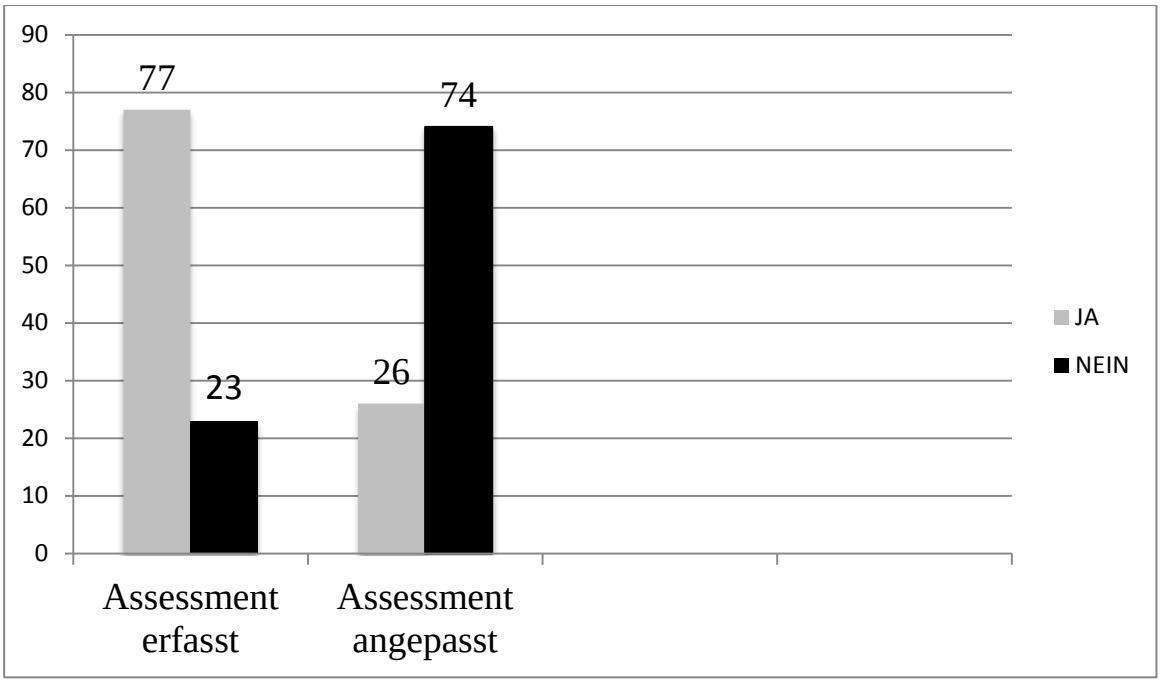


Abbildung 14: Ergebnis Assessment

Bei der Befragung der Pflegefachkräften und der Führungsebene wurde die Nutzung der Assessmentinformationen für die Pflegeplanung als sehr gut bis befriedigend beurteilt, dabei ist eine Diskrepanz zwischen der Anforderung von POK, folglich die kontinuierliche Anpassung des Assessments, der tatsächlichen Anpassung und der Wahrnehmung über die Anpassung ersichtlich. Die Führungsebene empfindet die Anpassung des Assessments als sehr gut bis gut (n=3), eine Führungskraft nimmt die Anpassung des Assessments als ausrei-

chend (Note 4) wahr, was auch dem Resultat der Analyse entspricht. Die Pflegekräfte hingegen schätzen die Anpassung des Assessments als befriedigend bis ausreichend ein (n=4).

Ähnliche Zahlen weist die Untersuchung der PES-Struktur auf, in 96% der analysierten Akten (n=45) wurden die Symptome korrekt dem Diagnosetitel zugeordnet, dies geschah bei den Einflussfaktoren in 66% (n=30) der Fälle. Diese Ergebnisse könnten ein Hinweis darauf sein, dass nicht alle Mitarbeiter der Pflege erkennen, was der Unterschied zwischen Symptom und Einflussfaktor ist, oder nicht ausreichend wissen was Einflussfaktoren sind, was wiederum Rückschlüsse auf eine unzureichenden Schulung liefern
könnte.

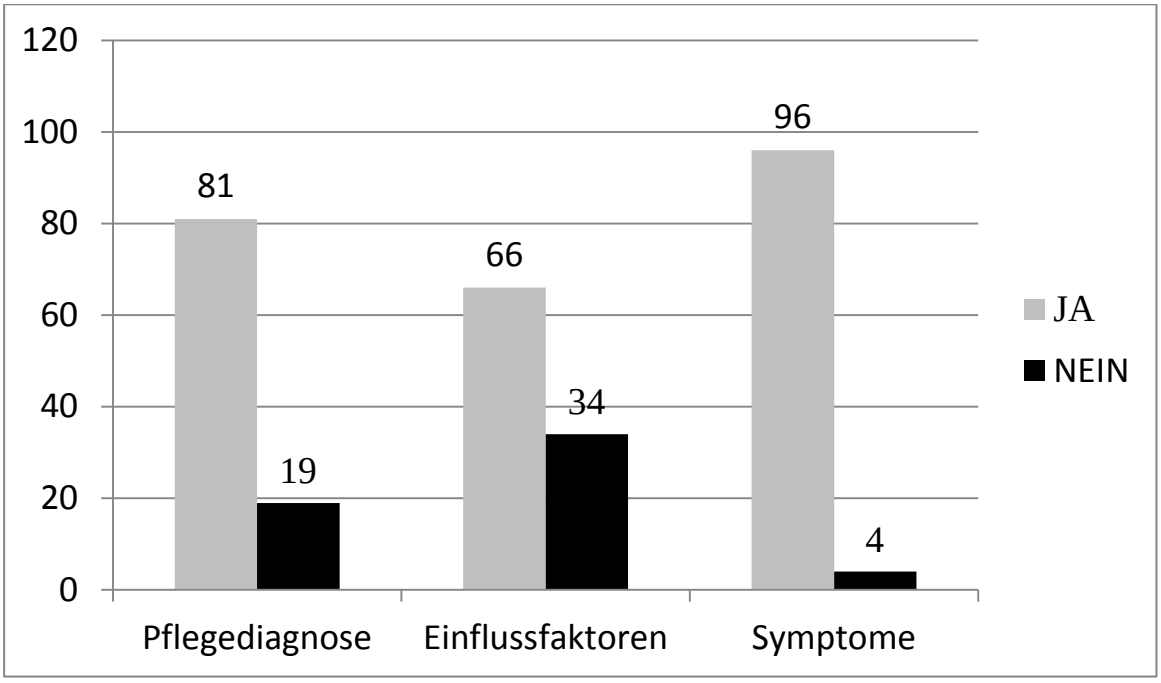


Abbildung 15: Prozesskriterien. Wurde das PES-Format korrekt angewandt?

Ein weiterer Analysepunkt waren bei den Prozesskriterien die Maßnahmen, einerseits wurde untersucht, inwieweit die Maßnahmen durchgeführt wurden, anderseits, ob sie auch im Pflegebericht ersichtlich sind. Die Durchführung konnte mittels eines Bogens in der Papierakte überprüft werden, worin die Maßnahmen aufgeführt waren und täglich „abgezeichnet“ wurden. Dieser Papierbogen wurde gleichzeitig mit dem elektronischen Pflegeverlaufsbericht verglichen und

überprüft, inwieweit darin auch Hinweise auf die Maßnahmen zu finden sind. Die Maßnahmen wurden in 91% (n=43) erfasst und enthielt auch die Ordnungskategorie 3 Psyche (OK3) betreffende Elemente, folglich mit dem Krankheitsbild (F.20) und der Pflegediagnose (OK 3) übereinstimmende Maßnahmen. In 68% (n=32) der analysierten Patientenakten waren die ausgeführten Maßnahmen im pflegerischen Verlaufsbericht ersichtlich. Dies wiederum bedeutet, dass in 32% (n=15) der Fälle keinen Bezug zu den gewählten Maßnahmen ersichtlich ist, folglich kann der Erfolg oder Misserfolg von Maßnahmen bei diesen Patienten nicht gemessen werden, weil das alleinige Ausführen und Abzeichnen reicht dafür nicht aus. Somit fehlt bei diesen Patienten auch eine Grundlage in der Evaluation der Pflegeplanung, weil wenn das Ergebnis der Interventionen nicht dokumentiert ist, dann ist der Erfolg oder das Ergebnis der Intervention auch nicht messbar.

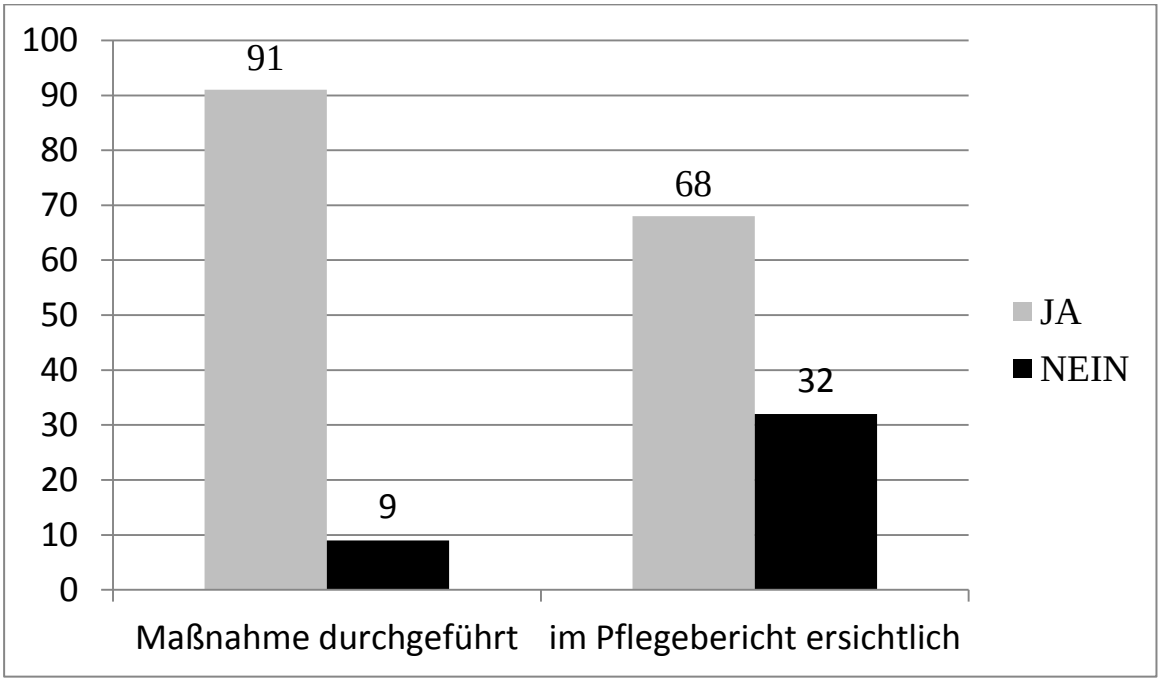


Abbildung 16: Prozesskriterien: Maßnahmen

Die Maßnahmen wurden in der Datenerhebung auch inhaltlich als Freitext erhoben, damit sichtbar wird, was für Maßnahmen gewählt wurden und ob sich beim Krankheitsbild Schizophrenie bei den Maßnahmen ähnliche Handlungen hervorheben. Diese erhobenen Maßnahmen wurden Kategorien zugeordnet und daraus ergab sich ein Bild, welche Art von Maßnahmen beim Krankheitsbild der Schizo-

phrenie oft gewählt wurden. Dabei wurde zuerst zwischen individuellen und unspezifischen (standardisierten) Maßnahmen unterschieden, als individuelle Maßnahmen werden solche bezeichnet, bei denen erkennbar ist, dass sie individuell auf den Patienten formuliert wurden.

Beispielsweise die individuell formulierten Maßnahmen eines Patienten:

- **MN1** einmal pro Schicht und bei Bedarf: Gesprächsangebot (über akustische Halluzinationen und begleitende Gefühle) Befindlichkeit erfragen zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung **MN2** Verhaltensbeobachtung bzgl. Stimmung, Affekt und Halluzination durch Pflegeperson in jeder Schicht **MN3** bei Unruhe Angst und Panikzuständen beruhigend auf Pat eingehen, engmaschig begleiten[99].
    - Aus dieser Maßnahme lässt sich schließen, an welchem Krankheitsbild der Patient leidet und wie sich das Krankheitsbild symptomatisch zeigt. Einzig könnte in diesem Fall beanstandet werden, wer diese Gespräche führen soll, dies könnte die Bezugsperson und die stellvertretende Bezugsperson des Patienten sein.

Dazu in der Gegenüberstellung, Maßnahmen, welche als unspezifisch kategorisiert wurden:

- **MN1** Reflexionsgespräche min. 10min/ Schicht Frühdienst und Spätdienst[100].
    - Diese Maßnahme wurde als unspezifisch bewertet, da sie keinen Hinweis gibt, was der Patient reflektieren soll und weshalb der Patient 10 Minuten mit einer beliebigen Pflegefachkraft reflektieren muss und es ist kein Hinweis sichtbar, weshalb der Patient zweimal täglich reflektieren soll. In so einem Fall, würde es sich lohnen die Maßnahme zu konkretisieren. Beispielsweise so: Tägliches Reflexi-

[99] Erfasste Maßnahmen eines Patienten im Rahmen der Datenerhebung
[100] Erfasste Maßnahmen eines Patienten im Rahmen der Datenerhebung

onsgespräch mit der zuständigen Bezugsperson XY über beispielsweise: Tagesstruktur, Wahnvorstellungen, Copingstrategien usw.

Als Unterkategorien zu den Kategorien individuelle Maßnahmen und unspezifische Maßnahmen haben sich Interventionen und Gespräche herausgebildet. Diese wurden in weitere zwei Kategorien aufgeteilt: individuell und unspezifisch. Das Resultat der Erhebung der Maßnahmen weist wie zuvor auf einen Schulungsbedarf der POK Anwender hin. Von der Gesamtzahl der Patienten (n=47) weisen lediglich 24% (n=11) eine individuelle Maßnahme auf, 76% (n=36) der Patienten haben von den Pflegefachkräften standardisierte und unspezifische Maßnahmen im Pflegeplan stehen. Dies deckt sich auch in der Aufteilung mit den unspezifischen Interventionen oder Gesprächen, bzw. den individuellen Interventionen und Gesprächen.

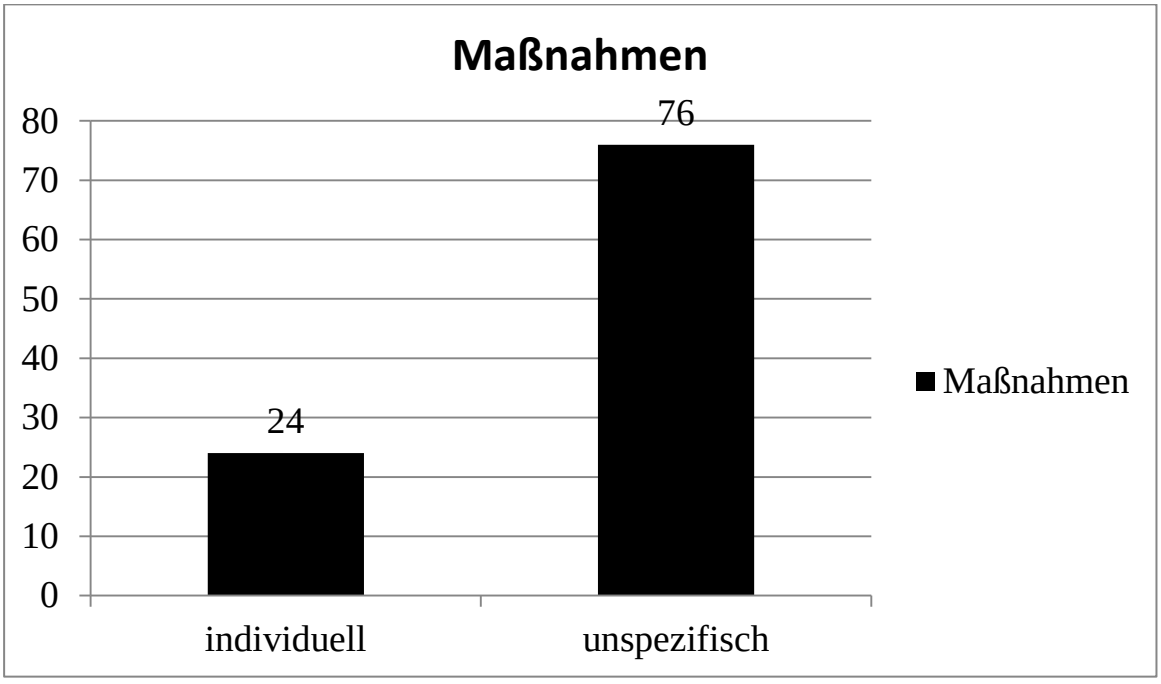


Abbildung 17: Maßnahmen kategorisiert, individuell unspezifisch

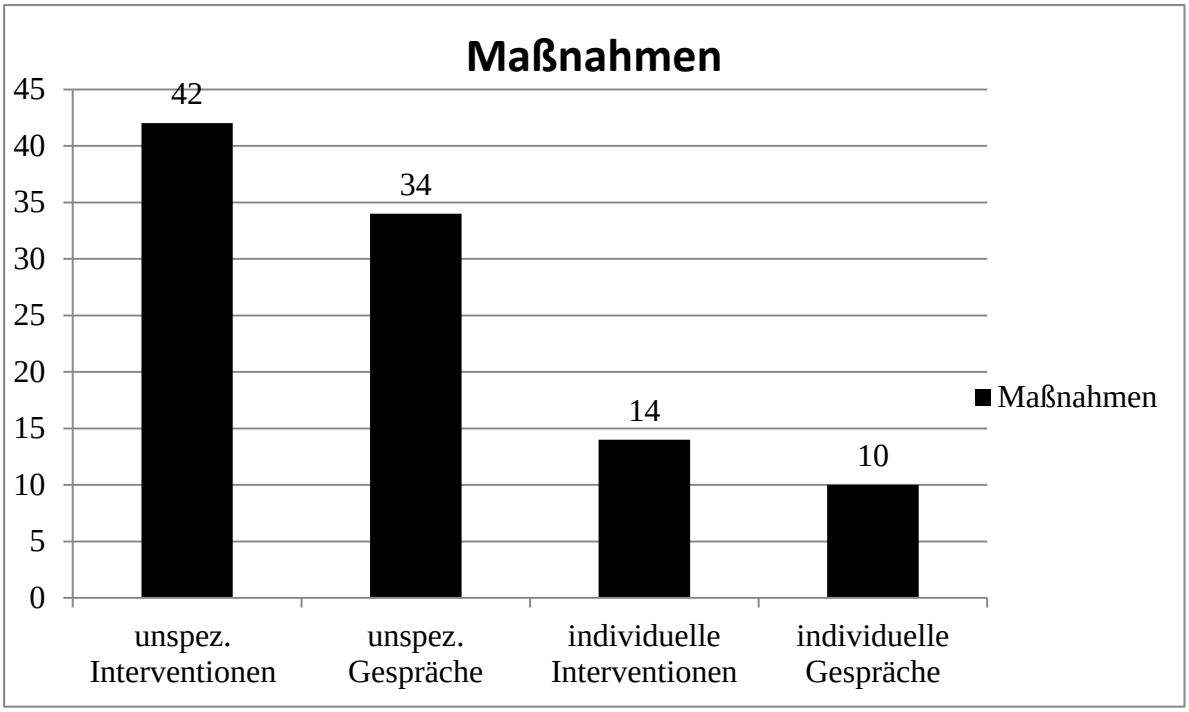


Abbildung 18: Maßnahmen kategorisiert, Interventionen Gespräche

Bei den Interviews und der Dokumentenanalyse wurde ein Schwerpunkt auf die Zielsetzung innerhalb von POK gelegt. Priorität hatten die Fragen: enthält die jeweilige Pflegeplanung eine konkret formulierte Zielsetzung? Wurden diese Ziele erreicht? Reicht die Zielsetzung nach POK aus? Die Befragung mit den Mitarbeitern und die Ergebnisse der Datenerhebung ergaben dazu ein äußerst heterogenes Bild. Die Führungskräfte gaben der Zielsetzung nach POK, das heißt der optionalen Zielsetzung, die Note 2 folglich gut. Für die Pflegekräfte reicht die Zielsetzung aus, dies ergab der Durchschnitt der gegebenen Noten, eine 3, folglich genügend. Allerdings empfinden die Pflegekräfte POK als zielführender als die Führungskräfte: die Pflegekräfte gaben auf die Frage: wie zielführend ist POK die Note 2,25 im Gegensatz dazu empfinden die Führungskräfte POK als lediglich befriedigend zielführend (Note 3). Bei der Datenerhebung wurde in 26% der Fälle (n=12) ein Ziel formuliert. Die Zielerreichung, dabei wurde wie in POK beschrieben, die Negation des Problems als Ziel zugrundegelegt, lag bei 51% der Fälle (n=24).

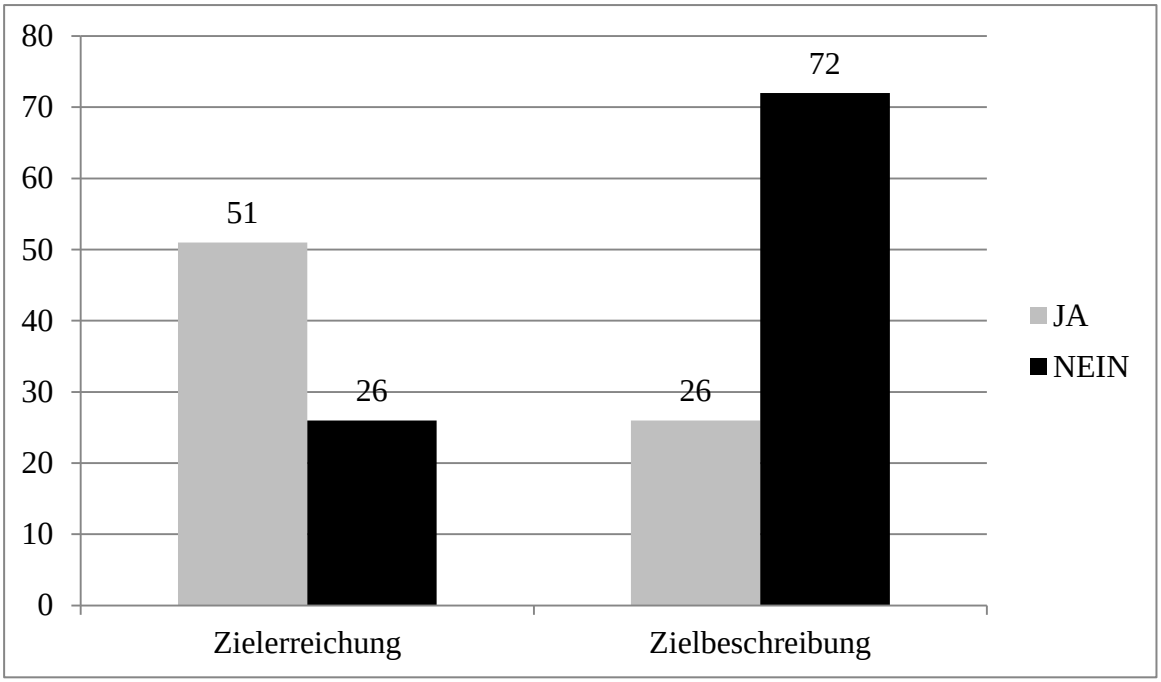


Abbildung 19: Zielerreichung und Zielbeschreibung in der Dokumentenanalyse

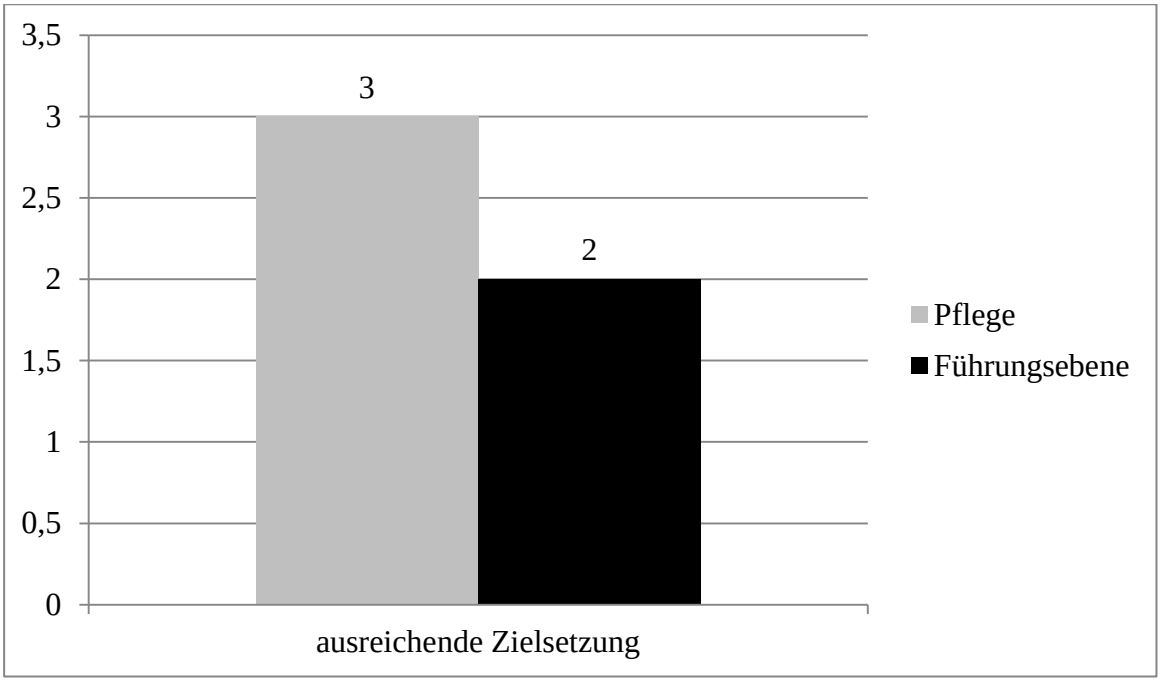


Abbildung 20: Interview, Fragen zur Zielsetzung

Folglich muss aufgrund der Dokumentation davon ausgegangen werden, dass bei knapp der Hälfte der Patienten die Ziele nicht erreicht wurden, da dies in der Pflegedokumentation nicht ersichtlich ist. Somit ist das bei der Leistungsdarstellung der Pflege ein wichtiger zu bearbeitender Aspekt.

Die Evaluationstermine wurden zu 100% (n=47) im System POK[101] eingetragen, in 66% (n=31) der analysierten Patientenakten wurden die Maßnahmen angepasst, in 23% (n=11) der Fälle wurden neue Ziele formuliert. In 79% (n=37) der analysierten Akten wurden Konsequenzen aus der Evaluation gezogen. Anhand dieser Daten ist erkennbar, dass die Vorgabe einen Evaluationstermin zu setzen immer eingehalten wurde. Anhand des Maßnahmenbogens konnte ausgemacht werden, das zu 2/3 die Maßnahmen nach der Evaluation angepasst wurde und in knapp 80% der Patientenakten wurde nach der Evaluation eine Konsequenz gezogen. Diese Ergebnisse in Verbindung mit den 51% der erreichten Ziele deuten auf eine rege Nutzung der Evaluation und Anpassung hin, aber wiederum auch auf eine geringe Zielsetzung und demzufolge einer geringen dokumentierten Zielerreichung.

3.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

3.1.1 Strukturkriterien

POK enthält die nötigen Instrumente um eine Pflegeplanung (Prozess, Diagnostik usw.) ausreichend zu gestalten. Die Schulung auf POK lässt in zweierlei Hinsicht auf Defizite vermuten; die Mitarbeiter (Pflegeund Führungskräfte) bewerten die Schulung zu POK zwischen knapp befriedigend bis ausreichend (Note 3,375) und die mangelhafte Vollständigkeit (PES, Maßnahmen usw.) könnten diesen Hinweis weiter begründen. Ebenfalls zu den Strukturkriterien gehören die Faktoren Räumlichkeiten (Lärm, Ablenkung), Zeit und Unterstützung bei der Erstellung eines Pflegeplanes. Diese Kriterien wurden von den Pflegefachkräften deutlich negativer bewertet als von der Führungsebene, Gründe dafür könnten die Distanz der Führungsebene zum Stationsalltag sein. Im Strukturkriterium Schulung ist auf zwei verschiedenen Ebenen ein deutliches Ergebnis zu vermerken und ein Handlungsbedarf zu diskutieren. Einerseits wird die Schulung in der Befragung als eher negativ bewertet (Note 3 von der Pflege, Note 3,75 von der Führungsebene) und anderseits auch in der Dokumentenanaly-

[101] Papierakte

se ergaben sich Resultate, welche auf unzureichende Schulung schließen lassen:

- Fehlende/falsche Zuordnung der Einflussfaktoren in der PES-Struktur
- Geringe Aktualisierung des Assessment
- Geringe Erwähnung der Maßnahmen im pflegerischen Verlaufsbericht
- Die größtenteils allgemein bzw. unspezifisch formulierten Maßnahmen
- Auch wenn die Ziele optional gehandhabt werden, liegt die Vermutung nahe, dass die Zielformulierung unzureichend geschult wird, was an einer geringen Zielformulierung abzulesen ist, sowie entsteht der Eindruck eines geringen zielorientierten Arbeitens.

3.1.2 Prozesskriterien

Bei den Prozesskriterien ist deutlich zu sehen, dass die Rahmenbedingungen und Schulungsdefizite die Prozesskriterien beeinflussen. Jedoch werden die formalen Vorgaben des LWL-Leitfadens für die pflegerische Dokumentation[102] erfüllt. Die meisten Pflegediagnosen werden innerhalb der ersten 24 Stunden erstellt, das Assessment bearbeitet, Maßnahmen erstellt. Allerdings scheint es, dass diese Vorgaben erfüllt werden, weil es Vorgaben sind und nicht weil die Pflegefachkräfte den Sinn und Zweck hinter POK oder der Pflegeplanung sehen und im Endeffekt auch hinter der pflegerischen Leistungsdarstellung. Dies ist insofern so zu interpretieren, weil:

- die Pflegediagnosen kaum verändert, abgeschlossen oder neue erstellt werden.
- die Zuordnung der Symptome vorwiegend korrekt ist, jedoch die Einflussfaktoren zu einem Drittel falsch bzw. unzureichend beschrieben werden.

[102] LWL-Leitfaden für die Pflegedokumentation

- es nach einer Inhaltsanalyse der Maßnahmen ersichtlich wurde, dass es überwiegend Standardmaßnahmen gibt, welche nicht individuell auf den Patienten abgestimmt wirken.
- diese Maßnahmen werden zwar zu 68% im Pflegebericht erwähnt, jedoch fehlen oft Informationen zu der Art und den Ergebnissen der durchgeführten Interventionen.
- das Assessment vorwiegend nach der Ersterstellung nicht adäquat angepasst oder bearbeitet wurde.

Diese Faktoren führen dazu, dass die pflegerische Leistung in der Dokumentation nicht ersichtlich ist. Gerade die Pflegeinterventionen zeichnen sich dadurch aus, dass sie als eigenständige und evidenbasierte Handlungen definiert werden (Sauter et al. 2006, S.400), welche einem Patienten *vorhersagbar* einen Nutzen bringen sollten. Dies ist jedoch in der analysierten Pflegedokumentation nicht der Fall, es ist meist nicht ersichtlich warum und in welcher Weise eine Pflegeperson eine Pflegeintervention vornimmt und wie das Ergebnis ausgefallen ist.

3.1.3 Ergebniskriterien

Der Analyseschwerpunkt bei den Ergebniskriterien lag in der Zielerreichung, der Evaluation und der Anpassung des Pflegeplanes. Die Problematik um die Ziele ist bei POK ein bezeichnendes Thema. Im Gegensatz zu anderen Klassifikationssystemen ist bei POK die Zielformulierung optional, zwar heißt es im POK Handbuch, dass die Probleme negiert werden können und somit ein Ziel festgelegt wird, dies ist aber häufig gerade beim Krankheitsbild der Schizophrenie nicht möglich. Zwar könnte beispielsweise die Pflegediagnose *Stimmungslag aggressiv* negiert werden, jedoch sollte es das pflegerische und somit patientenorientierte Ziel sein, dass der Patient seine Aggressionen zu verbalisieren weiß und mit dem Patienten Strategien entwickeln, wie er mit den Aggressionen umgehen kann (Coping-Strategien). Durch die Negation wird auch keine individuelle Pflegediagnose gebildet, sondern eine negierte und unpersönliche Standarddiagnose in das POK-System eingegeben, welche im Endeffekt unzureichend Sinn macht.

Trotz dieser vagen Vorgaben erhielten 26% der Patienten ein Pflegeziel, die Qualität des formulierten Ziels wurde nicht erhoben, sondern dichotom (ja/nein) erfasst. Bei 51% aller Patienten wurden die Ziele erreicht, dazu wurden auch die Patientenakten ohne formuliertes Ziel integriert, in diesen Fällen wurde das Problem, bzw. die Pflegediagnose negiert.

3.2 Fazit:

Durch das Bereitstellen der in der Pflegeplanung nötigen Instrumente, könnte das Pflegedokumentationssystem POK in der Lage sein den pflegerischen Anteil im Rahmen der Erkrankung der Schizophrenie abzudecken. Die Hypothese hat sich insofern bestätigt, dass inhaltliche Mängel in den Patientenakten vorliegen, welche auf strukturelle Defizite schließen lassen. Diese Umfassen insbesondere die Schulung der Mitarbeiter, unklare Vorgaben nach einer erforderlichen Zielsetzung und Evaluation der Pflegeplanung/ Pflegediagnostik, der uneinheitlichen Organisation der Dokumente (Papierakten und EDV), welche die Übersichtlichkeit verringern und den Aspekten Zeit und Ablenkung.

Im neuen Entgeltsystem muss die Pflege ihre Leistung klar definieren und dokumentieren, die psychiatrische Pflege muss sich innerhalb von OPS positionieren um den Bestand der psychiatrischen Pflege auch zu gewährleisten. Dazu ist es unerlässlich, dass sich die Pflege dessen bewusst ist, welche Arbeit sie leistet und dies auch demgemäß dokumentiert und ihre Leistung im Pflegedokumentationssystem darstellt.

3.3 Eindruck der Ergebnispräsentation in der Klinik:

Nach dem die Ergebnisse der Dokumentenanalyse und der Befragung vorlagen, wurden diese in der Klinik vorgestellt. Anwesend waren Pflegefachkräfte und Stationsleitungen, welche mit schizophrenen Patienten arbeiten und die Pflegedienstleitung. Wichtig war, dass die Präsentation nicht zu theoretisch aufgebaut war, da Studenten auch

mal mit dem Vorwurf der praxisfernen Theoretiker konfrontiert werden können und dann die Bereitschaft was zu ändern somit sinken könnte. Bei der offenen Diskussion nach der Präsentation wurden die Themen von den Teilnehmer vorgegeben, diese thematisierten Unklarheiten und Probleme mit dem Umgang mit POK;

- „Früher ging es auch ohne Pflegediagnostik, warum müssen wir heute mehr Zeit dafür aufwenden?“
- Eines der größeren Probleme war auch der wahrgenommene Druck, innerhalb der ersten 24 Stunden eine Pflegediagnose zu erstellen.
- Es schien einigen Teilnehmern nicht klar zu sein, dass eine Pflegediagnose nicht statisch ist, sondern sich mit der Veränderung des Patienten auch ändern kann.
- Es schien weiter nicht klar zu sein, dass ein Patient mehrere Pflegediagnosen haben kann.

Vor der Präsentation war geplant, die Positionierung der Pflege im OPS und die Leistungsdarstellung innerhalb von POK zu diskutieren, diese Themen waren jedoch für die Mitarbeiter von geringer Priorität und zu ambitioniert angesetzt. Die Gründe dafür könnten in der aktuellen Problematik und Unzufriedenheit der Mitarbeiter mit POK liegen. Die Pflegefachkräfte wurden mit den Ergebnissen der Datenerhebung konfrontiert, es wurden Defizite aufgezeigt und Empfehlungen ausgesprochen. Dies waren für die Teilnehmer dieser Präsentation die prioritären Themen und nicht wie sich die Pflege in Zukunft positionieren muss. Folglich sehen die Mitarbeiter derzeitig in viel basaleren Umständen Probleme und konnten sich zu diesem Zeitpunkt noch keine größeren Weiterentwicklungen vorstellen.

4. Diskussion der Ergebnisse

Struktur, System von POK und den POK-Instrumenten:

POK bietet eine tragfähige Struktur um den pflegerischen Anteil bezüglich der Schizophrenie abzubilden. Mittels verschiedener Instrumente können Informationen aufgenommen, Pflegediagnosen und dazugehörige Maßnahmen formuliert werden. Die Überprüfung inwieweit die geplanten Maßnahmen durchgeführt wurden, erfolgt über einen Maßnahmenplan, der für den jeweiligen Tag abgezeichnet werden muss. Diese Maßnahmen werden nach dem Maßnahmenplan annähernd immer nach Vorgabe ausgeführt, dennoch entsteht die Vermutung, dass dem nicht so ist, da im pflegerischen Verlaufsbericht kaum adäquate Informationen stehen, inwieweit und in welcher Art und Weise die Maßnahme durchgeführt wurde, wie es dem Patienten dabei erging und welche Fortschritte erreicht wurden. Auch wurden inhaltliche Mängel in bei den Formulierungen der Maßnahmen festgemacht, individuelle Gesprächsführung konnte nur in 11% der Patientenakten festgestellt werden, gerade die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers (Sauter et al. 2006) ist ein wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Fachweiterbildung und sollte in der psychiatrischen Pflege zu den Grundwerkzeugen gehören und im Arbeitsalltag integriert und in der Dokumentation ersichtlich sein. Hilfreich für diese Problematik könnte die 6W-Regel (Heering 2004) sein, demzufolge die Pflege genau formuliert, was zu tun ist, wie und wie oft diese Intervention durchgeführt werden sollte, wann und mit welchen Hilfsmittel und wer diese Maßnahme durchführt. Obwohl der Pflegeprozess als etabliert gilt, wenn auch mit durchzogener Akzeptanz, und Pflegediagnostik dabei ist, sich zu etablieren, scheint die psychiatrische Pflege an der untersuchten Klinik nicht den Eindruck zu machen, dass sie prozessund patientenorientiert arbeitet, die Interventionen sind aus der Dokumentation nicht ableitbar, die Ziele undurchsichtig. Das wirft wiederum Fragen auf, welche pflegerische Haltung und welche Berufsidentität die Pflege hat, der in der Psychiatrie verbreitete milieutherapeutische Anspruch (Sauter et al. 2006), ist hier nicht sichtbar. Gerade die vier Prinzipien von Heim (1984 in Sauter et al. 2006) an die Milieugestaltung werden vielleicht angewandt, jedoch nicht dokumentiert und somit ist die professionelle psychiatrische

Pflege in der Dokumentation auch nicht sichtbar. Diese vier Prinzipien sind:

- Partizipation
- Offene Kommunikation
- Soziales Lernen
- Leben in der Gemeinschaft[103]

Gerade die Partizipation, also das Mitentscheiden und Unterstützen der Autonomie der Patienten und die Förderung der Selbstverantwortung, konnte in der Dokumentenanalyse nicht eruiert werden. Es gab kaum Einträge im pflegerischen Verlaufsbericht, welche den Einbezug der Patienten in der Pflegeplanung, Zielsetzung und Planung der Maßnahmen dokumentierten. Inwieweit dies tatsächlich vorkommt, kann nicht beantwortet werden, dazu müsste eine erneute Erhebung durchgeführt werden, in welcher die Patienten mit einbezogen werden und die Pflege in der Interaktion mit dem Patienten im Stationsalltag beobachtet wird.

Auch anhand weiterer Ergebnissen fällt auf, dass trotz der vorhandenen Instrumente verhältnismäßig wenig Ziele erreicht werden und das wiederum wirft die Frage auf, inwieweit POK tatsächlich geeignet ist, die pflegerische Leistung einerseits abzubilden und zielführend zu gestalten. Eine Ursache dafür wird in der ungenauen Vorgabe der Zielbeschreibung vermutet, bei der man Ziele beschreiben kann, allerdings dies auch der Pflegeperson überlässt, ob die Ziele gesetzt werden oder eben auch nicht. Diese weiche und unklare Formulierung, dient weder einer einheitlichen Umsetzung, noch hält sie sich an die derzeitigen Erkenntnissen zur Prozessgestaltung. Dabei ist eine weitere Begründung, dass Ziele dadurch entstehen, dass man die Pflegediagnose negiert, im psychiatrischen Setting, gerade beim Krankheitsbild der Schizophrenie, kaum nicht umsetzbar. Mit pflegerischen Werkzeugen, wie mit der Gesprächsführung mit psychoedukativen Elementen soll der Fokus zum Beispiel auf den Umgang, bzw. auf möglichen Coping-Strategien gelegt werden, welche dem Patienten Möglichkeiten bieten, einen Umgang mit seiner Krankheit zu finden. Weil es zum

[103] Vgl. Heim (1984) in Sauter et al. (2006)

Beispiel, um es konkret zu formulieren, kaum möglich ist, die *veränderten Denkprozesse in unveränderte Denkprozesse* zu ändern und somit die Vorgabe von POK bezüglich der Negation der Pflegediagnosen für die Pflege ein verwirrender und nicht umsetzbarer Hinweis ist. Eine Grundüberlegung wäre, anstatt die Zielsetzung in diesem Ausmaß unscharf zu formulieren, sie gänzlich wegzulassen, jedoch würde dies wiederum der Evidenzbasiertheit und der Wissenschaftlichkeit der pflegerischen Handlung wiedersprechen. Das Ziel oder den anzustrebenden Zustand des Patienten soll wenn möglich auch nach der RUMBA-Regel[104] (Heering 2004) formuliert werden, folglich ein für den Patienten relevantes, verständliches, messbares, beobachtbares und erreichbares Ziel sein. Diese Kriterien wurden bei der Datenerhebung bei, auch aufgrund der LWL-Regelung, nicht ausgemacht und dies ist ein Thema, welches auch im POK der Zukunft zu Debatten führen kann und soll, dies auch hinsichtlich dessen, wie die Pflege sich im neuen Entgeltsystem ihre Leistungen darstellt und mit welchem Ziel diese Leistungen erbracht wurden.

Die bis dahin diskutierten Themen begründen einerseits auf die strukturellen Gegebenheiten von POK, sowie auch auf die Schulung der Mitarbeiter hinsichtlich POK und dessen inhaltliche Handhabung. Zahlreiche Ergebnisse deuten auf Schwächen in der Schulung hin, inwieweit die Mängel am Schulungskonzept oder an der Quantität der Schulungen liegen, sowie deren Wiederholungen kann hier nicht erörtert werden, eine genauere Überprüfung der innerbetrieblichen POK-Schulung wäre ein weiteres mögliches Projekt. Jedoch konnten im Rahmen der Datenerhebung und der Befragung auch die erwähnten Mängel eruiert werden; strukturell liegen die auf der zweigleisigen erschwerenden Anwendung (Papier und EDV) mit den daraus hergeleiteten Redundanzen, den Unterbrechungen (fehlende Räumlichkeiten) bei der Erstellung, sowie lassen die inhaltlichen Mängel eine unzureichende Schulung vermuten. Eine genauere Betrachtung hinsichtlich; wer schult die Mitarbeiter, wie oft und zu welchen Themen könnte möglicherweise einen Klärung zu den Ergebnissen liefern. Die Mitarbeiter wurden bei der Einführung von POK auf das neue System geschult, danach folgten in unregelmäßigen Abständen Wie-

[104] RUMBA = relevant, understandable, measurable, behaviourable, attainable

derholungen. Jedoch fiel auf, dass die Mitarbeiter grundlegendes Wissen zur Pflegediagnostik und POK nicht hatten und die einzelnen Instrumenten fehlerhaft oder unzureichend nutzten (Assessment nicht aktualisiert, Maßnahmen unspezifisch formuliert, Evaluation fanden teilweise nicht statt usw.). Diese Schulungsdefizite scheinen klinikund LWL-intern bekannt zu sein, aber nicht angegangen zu werden. Worin das liegen könnte, darüber kann nur spekuliert werden, die Vermutung liegt nahe, dass der Wandel der Krankenhausfinanzierung beim Berufsstand der Pflege noch nicht präsent ist. Es entsteht der Eindruck, das dokumentiert wird, weil es die Vorgaben sind und nicht um die Leistungen darzustellen und mit dem Patienten gemeinsam zu arbeiten. Dieser Umstand birgt potentielle Risiken in sich, was den zukünftigen Stellenwert der Pflege zumindest in dieser Klinik ausmachen könnte. Die Pflege arbeitet vielleicht professionell, jedoch ist dies an der Dokumentation nicht abzuleiten, daher könnte sich im Rahmen von Kürzungen unversehens die Frage nach der Notwendigkeit der teuren psychiatrischen Fachpflege stellen, wenn dies, auch wieder der Dokumentation nach, auch Berufsgruppen der pflegerischen Assistenz ausführen könnten. Überspitzt formuliert könnten auch Pflegehelfer dreimal täglich nach dem Befinden fragen und die Einnahme der Medikamente überprüfen. Ein weiteres Thema ist das Fehlen von Übernahme und Etablierung von psychiatriespezifischen Tätigkeiten. Die psychiatrische Pflege in dieser Klinik, so scheint es, agiert nicht eigeninitiativ, dabei könnten sie ihre Position stärken, indem die Pflege mehr Verantwortung übernähme, wie:

- Psychoedukationsgruppen
- Einzelpsychoedukation
- Entlassungsmanagement
- Case Management
- Milieutherapeutische Maßnahmen usw.

Dies wiederum setzt eine pflegerische Haltung voraus, welche eine klar definierte Berufsidentität hat und mit Einbezug von Theorien und wissenschaftlichen Erkenntnissen und mit dem Einbezug des Patienten arbeitet. Dazu gehören auch Themen wie Shared Decision Making und die und Partizipation des Patienten. Diese professionelle Art und Weise zu arbeiten macht auch viel der pflegerische Haltung aus. Der

Integration von psychiatriespezifischen Pflegekonzepten und Techniken, wie das Empowerment, Gruppenarbeit, Bezugspflege, Angehörigen-Gruppen usw. sollten zur alltäglichen Ausführung der psychiatrischen Pflege gehören und einen evidenbasierten Hintergrund aufweisen können.

5. Empfehlungen

Die Empfehlungen betreffen den pflegerischen Bereich des LWLUniversitätsklinikum Bochum, diese haben sich aus den Ergebnissen der Datenerhebung und der Befragung ergeben. Diese Empfehlungen richten sich an die gegenwärtigen Defizite und könnten Möglichkeiten sein, diese zu optimieren.

5.1 Strukturqualität:

Die meisten Empfehlungen betreffen die strukturellen Gegebenheiten, welche sich auf die Prozesssowie auf die Ergebnisqualität auswirken;

- Intensivieren der Schulung und Wiederholungen zu den Themen POK, Pflegedokumentation, Pflegediagnostik, Zielsetzung, Maßnahmen, Evaluation usw.
- Überprüfung und Optimierung der räumlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen, da die Pflegefachkräfte insbesondere diese strukturellen Mängel in der Befragung angegeben haben.
- Hausinterne Einführung einer obligaten Zielsetzung innerhalb von POK, mit der Absicht einer erhöhten Zielerreichung in der Pflegeplanung.
- Erweiterung des pflegerischen Leistungsangebotes, wie z.B. Psychoedukation.
- Einrichten von Qualitätszirkel innerhalb der Stationen für Fallbesprechungen usw. Diese Qualitätszirkel könnten regelmäßig stattfinden und bei Bedarf[105] auch bei problembezogenen Fällen.

[105] Vgl. Qualität in der Pflege für die Aus-, Fortund Weiterbildung. 2009 S. 48

- Etablierung einer POK-verantwortlichen Pflegefachkraft pro Station, welche die Mitarbeiter bei Fragen unterstützen und coachen kann.
- Kombination Papier und elektronische Patientenakte hinsichtlich der Vermeidung von Redundanzen und auch der Vereinfachung der Handhabe auf eine ausschließliche elektronische Patientenakte umstellen.

5.2 Prozessqualität

Die in der Qualitätsdimension Prozesskriterien ermittelten Defizite, werden erheblich von den strukturellen Gegebenheiten beeinflusst. Daher liegt auch hier der Schwerpunkt der Empfehlung in der Schulung folgender Bereiche:

- PES-Struktur, dies könnte die genau Problemund Ressourcenbeschreibung umfassen, sowie die Klärung, was Einflussfaktoren und Symptome sind, diese sind auch hinsichtlich eines Entlassungsmanagement von Relevanz.
- Maßnahmen müssen präziser und zielgerichteter formuliert werden, es muss durch das Lesen der Pflegeplanung klar sein, weshalb, wo, mit wem und wann mit diesem Patienten die Maßnahme durchgeführt wird. Das Ergebnis soll als solches im Verlaufsbericht gekennzeichnet werden (z.B. farblich, durch eine Überschrift). Dadurch können bei der Evaluation der Pflegeziele und Maßnahmen, schneller und zielgerichteter den Erfolg oder Misserfolg einer Maßnahme erkannt und evaluiert werden. Auch andere Disziplinen sowie Pflegefachkräfte welche den Patienten nicht kennen, erhalten infolge dessen schneller einen Eindruck über die Entwicklung des Patienten.
- Die Anpassung des Assessments fand in 26% der Fälle statt und lässt vermuten, dass es nach Vorgabe bei der Hospitalisation des Patienten erstellt wurde, jedoch scheint der Sinn des Assessment teilweise vernachlässigt zu werden. Daher wird auch hier ein Schwerpunkt in der Schulung und Coaching der Mitarbeiter empfohlen. Dazu gehören auch die Fragen nach; was und wie viel gehört in das Assessment und wie kann das Assessment optimal für die Pflegeplanung genutzt werden.

- Ausweitung der pflegerischen Interventionsmöglichkeiten sollte ein weiterer Schritt sein um die Pflegeplanung zu optimieren. Der Großteil der Pflegeinterventionen, enthält Maßnahmen wie:
    - o (…) auf Medikamenteneinnahme achten, (…) einmal pro Schicht ein Gespräch anbieten.

Jedoch verfügt die psychiatrische Pflege über ein größeres Handlungsrepertoire und über mehr Kompetenzen, welche nicht in der analysierten Pflegedokumentation ersichtlich sind. Dazu könnte z.B. Psychoedukation in Gruppen oder Einzelgesprächen stattfinden.

Es konnte während der Datenerhebung keine Patientenakte ausfindig gemacht werden, in der ersichtlich war, dass mit dem Patienten die Vereinbarungen getroffen wurden oder die Pflegeplanung besprochen wurde, aus diesen Gründen wird hier auch die Einführung patientenorientierter Konzepte zur Diskussion empfohlen, wie Shared Decision Making, um folglich den Patienten in den Behandlungsund Entscheidungsprozess mit einzubinden.

5.3 Ergebnisqualität

Evaluationstermine werden zu 100% eingetragen, sind jedoch nicht oder kaum im pflegerischen Verlaufsbericht dokumentiert sondern lediglich im Evaluationsbogen (Papier) teilweise vermerkt. Auch diesbezüglich ist ein einheitliches Vorgehen zu empfehlen. Evaluationen sollten mit dem Patienten und dem pflegerischen Team besprochen werden, im Verlaufsbericht dem entsprechend gekennzeichnet eine Evaluation, mit dem Inhalt: wurden die Ziele erreicht, teilweise oder nicht erreicht, sind die Maßnahmen hinsichtlich der Ziele sinnvoll, inwieweit müssen die Ziele oder die Maßnahmen angepasst werden, werden neue Ziele oder Maßnahmen gesetzt und wie ist die Zufriedenheit des Patienten.

5.4 Fazit der Empfehlungen

Es wird insbesondere empfohlen, die Schulungen zu intensivieren und die Pflegefachkräfte in POK längerfristig zu stärken, unterstützen und coachen, oft wirkt es so, dass in der Pflegedokumentation etwas steht, damit die Pflegeplanung nach POK pro forma ausgefüllt wurde, jedoch lassen die Ergebnisse vermuten, dass die Pflege den Sinn hinter einer Pflegeplanung oder einer Pflegedokumentation nicht sieht und dies kann nicht zielführend sein. Daher ist es auch von höchster Bedeutung, dass die Pflege den Sinn und Zweck eines prozessorientierten Arbeitens versteht und umsetzt, psychiatriespezifische Pflegekonzepte einsetzt, die pflegerische Haltung reflektiert und den Patienten mit einbezieht, folglich auch den Einbezug von Partizipation und Empowerment. Die Unterstützung von einem Pflegecoach oder akademischen Pflegenden und die Integration von Pflegekonzepten und Werkzeugen innerhalb von POK wären weiter zu empfehlen. Diese Erhebungsinstrumente und psychiatrische Werkzeuge (z.B. Entlassungsmanagement usw.) ließen sich auch in einen klinischen oder multiprofessionellen Behandlungspfad z.B. hier der Schizophrenie integrieren.

6. Ausblick

Längerfristig, durch die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem und die damit einhergehenden Veränderung für die Pflege, der ökonomische Druck nach kostengünstiger aber qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung, aber auch mit Reformen und Restrukturierungen im Gesundheitswesen, insbesondere die Tendenz von der stationären zur ambulanten Behandlung, muss sich die Pflege den Veränderungen nicht nur anpassen, sondern sich auch klar positionieren und ihren Arbeitsbereich abstecken. Damit sich die psychiatrische Pflege in diesem Wandel optimal positionieren kann, muss ein professionelles und evidenzbasiertes pflegerisches Arbeiten etabliert werden. Dies kann auch im Engagement und in der Implementierung in den folgenden Bereichen liegen:

- Entlassungsmanagement

Mit den Fallpauschalen und dem OPS wird die Verweildauer der Patienten in der Psychiatrie sinken. Die Kliniken werden sich stärker in der integrierten Versorgung engagieren müssen um die Patienten früher entlassen zu können und somit die Kosten zu senken. Dies wird vor allem die Patienten mit einer chronischen Erkrankung härter betreffen, damit diese Patientengruppe nicht durch den „Drehtüreffekt" vermehrt Kosten verursachen, ist die Implementierung eines Entlassungsmanagement sinnvoll. Diese früheren Entlassungen sollten optimal durch ein standardisiertes Entlassungsmanagement organisiert werden, welches in die pflegerische Praxis implementiert werden kann. Dazu besteht vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) einen Expertenstandard[106]. Oft überlässt die Pflege anderen Disziplinen den Bereich der Entlassungsplanung, dabei handelt es sich um einen Gebiet, in welchem die Pflege sich gut positionieren könnte. Durch ein genaues Assessment können gleich zu Beginn der Hospitalisation Fragen entlassungsorientiert bearbeitet werden, auch Pflegediagnosen und Ziele, Pflegeplanung und Evaluation sollen hinsichtlich der Entlassung gestaltet werden. Wichtig dabei sind insbesondere Fragen wie: aus welchen Verhältnissen kommt der Patient, besteht schon eine Versorgungsstruktur oder muss eine organisiert werden usw. Gerade im psychiatrischen Setting, die Patienten kommen auch aus verwahrlosten Wohnungen oder sind ohne festen Wohnsitz, sind die Themen: Tagesstruktur, Wohnen, Arbeiten, ambulante Betreuung von enormer Bedeutung und die Pflege ist dazu qualifiziert, den Patienten in diesen Themen zu beraten, betreuen und zu begleiten.

- ANP (Advanced Nursing Practice)

Die geschichtlichen Hintergründe der pflegerischen Profession (helfende Ordensschwester, helfender Beruf) hängen ihr noch immer und leider hinterher, fragt man angehende Pflegeschüler, weshalb sie in diesen Beruf einsteigen und ihn erlernen möchten, hört man häufig die Antwort, des Helfens wegen. Dies steht natürlich auch im drastischen Gegensatz zu der wissenschaftlichen Entwicklung der Pflege und wird sich zwar ändern, aber die Mühlen mahlen manchmal langsam. Dazu

[106] Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009.

in Verbindung steht oftmals auch die Diskrepanz zwischen dem (berühmten) Theorie-Praxis-Transfer. In den Kliniken gibt es auch oftmals kein Bindeglied zwischen der Pflege und Theorie, es werden neue Konzepte und Prozesse implementiert ohne die geeigneten Hintergrundinformationen oder Schulungen. Diese Tatsachen können die Ablehnung der Pflegefachkräfte über alles „Neue und Wissenschaftliche“ erklären und die Frage bleibt zu beantworten, wie man diesem Umstand entgegentreten kann. Das könnten dann die studierten ANP Fachkräfte sein, welche am Bett und im Pflegeteam arbeiten und eine akademische Ausbildung absolviert haben. Diese akademischen Pflegekräfte können nicht nur neue Konzepte umsetzen, sondern auch Veränderungen initiieren und den Theorie-Praxis-Transfer professionell und evidenzbasiert unterstützen.

- Case-Management

Das Case-Management ähnelt dem Entlassungsmanagement, ist jedoch umfassender, da das Case-Management sämtliche Facetten der kontinuierlichen Betreuung des Patienten umfassen kann. Case-Management kann auch als Weiterentwicklung der Bezugspflege angesehen werden (Sauter et al. 2006). Gerade Pflegende in der Psychiatrie, aber auch in anderen Bereichen wie in der ambulanten Pflege, übernehmen oft unbewusst CaseManagement-Funktionen, wenn es um Fragen der Koordination und Organisation geht. Daher wäre die Einführung eines Case-ManagementKonzeptes durchaus sinnvoll, auch mit den Vorteilen:

- Breitere Aufstellung der pflegerischen Tätigkeiten
- Professionalisierung durch ein evidenbasiertes Case-Management-Konzept
- Kontinuierliche Betreuung des Patienten.

Bis 2013, wenn das neue Vergütungssystem in den Echtbetrieb umgesetzt und die pflegerische Leistung in Therapieeinheiten abgerechnet wird, bleibt der Pflege nicht viel Zeit, neue Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Daher ist eine zeitnahe Auseinandersetzung mit strukturierten Veränderungsprozessen notwendig, um die pflegerische Haltung nachweisbar in die Versorgungsstrukturen einzubringen.

Literaturverzeichnis

Abderhalden, C., Needham, I., Faust, A., Grywa, D., Quiblier, U., Stefan, H., (2006): Pflegediagnosen bei Patienten und Patientinnen psychiatrischer Aufnahmestationen in der Schweiz und in Österreich: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: Pflege, Verlag Hans Huber, Bern. S. 149-156

Abderhalden, C., Needham, I., Schulz, M., Schoppmann, Stefan, H. (Hrsg.)(2008): *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery*, Vorträge und Posterpräsentationen, 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern, http://www.pflege-in-derpsychiatrie.eu/Kongressband_2008.[PDF] [Zugriff:21.06.2011]

Abderhalden,C., Needham,I. (2005): *Psychiatrische Pflege Verschiedene Settings, Partner, Populationen*, Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern, http://www.pflege-in-derpsychiatrie.eu/Kongressband_2005.[PDF] [Zugriff:22.06.2011]

Adolph, J. (2010): *Psychiatrische Pflege braucht eigene Spezialisierung*, in: Die Schwester Der Pfleger, 49 (5), S. 504-507

Aktion Psychisch Kranke e.V. (2007): *Evaluation der PsychiatriePersonalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005*, Psychiatrie Verlag, Bonn, http://www.apk-ev.de/publikationen/439- PschPV_RZ.[PDF] [Zugriff:15.05.2011]

American Nurses Association (2011): *Definition of Nursing*, http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing.aspx , [Zugriff:20.05.2011]

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese, dgvt-Verlag, Tübingen, in: Mahler,A. (2008): Sozialpsychiatrische Dienste und Beratungsstellen aus der Nutzerschicht. Erwartungen und Erfahrungen von Angehörigen psychisch gestörter Menschen, Verlag VDM Müller, Saarbrücken, S.4

Asani, F, Eißmann, I. (2009): Die Rolle der Pflege in der Psychiatrie bei der partizipativen Entscheidungsfindung, in: Psych Pflege, 15, S.143-146

Asani, F., Eißmann, I., Henkel, R. (2007): *Angehörigenarbeit bei schizophrenen Erkrankungen als pflegerische Aufgabe*, in: Psych Pflege, 13, S.188-189

Asani, F., Eißmann, I., Henkel, R., Rummel, C. (2005): *Einzelpsychoedukation schizophrener Patienten im Rahmen der Bezugspflege*, in: Psych Pflege, 11, S.193-201

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V) (2011), http://www.awmf.org/ [Zugriff:20.05.2011]

Bartholomeycik, S. (2010): *Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Sollvorstellungen*, in: Klauber,J., Geraedts,M., Friedrich,J.(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 209-221

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Hunstein, D., Isfort, M., Roser, J.-M., Hebart-Hermann, M., Bernhard, F., Schreier, M.-M., Cramer, H., Wagner, A. (2007): Kommentar zur Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen. In: Pflegezeitschrift, 3, S. 145-149

Bartholomeyczik, S., Morgenstern, B. (2004): Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen, in: Pflege,17, S.187-195

Bastiaan, P. (2001): Gesehen mit den Augen der Angehörigen: Das schwarze Loch im sozialpsychiatrischen Hilfesystem, Psychiatrische Praxis, 28,152-155, in: Mahler,A. (2008): Sozialpsychiatrische Dienste und Beratungsstellen aus der Nutzerschicht. Erwartungen und Erfahrungen von Angehörigen psychisch gestörter Menschen, Verlag VDM Müller, Saarbrücken, 11f

Behrens, J., Langer, G. (2006): Evidence-based Nursing an Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft", 2.Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

Belling, R. (2011): Psych-Pretest offenbart Diskussionsbedarf. Konsequenzen für die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems, in: f&w, 1, S. 61-65

Berger, S. (2008): NANDA-I-Diagnosen. Definitionen und Klassifikationen *2007-2008,* Recom Verlag, Bad Emstal

Bier, H.-H.,Müller, M.J., Wolferstetter-Staudinger, M. (2010): *Schizophrene Spektrumsstörungen,* in: Amberger,S., Roll, S.C. (Hrsg.): *Psychiatriepflege und Psychotherapie,* Thieme Verlag, Stuttgart, S. 326-347

Bock, T. (2011): Integrierte Versorgung ist mehr. Neues Handeln – anderes Bewusstsein, in: Dr. med.Mabuse, 190, S. 44-46

Bock, T. (2009): *Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten*. 6. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Bock, T., Buck, D., Esterer, I. (Hrsg.) (1997): *„Es ist normal, verschieden zu sein"*, *Psychose-Seminare – Hilfen zum Dialog,* Psychiatrie-Verlag, Bonn

Bögershausen, S., Haagen, K., Lehmkuhl, O., Lucas, R., Kuhl, J., Rüpp, M., Sauter, D., Stahlmann, S., Thormann, A. (2005): Hier kommt die Maus. Psychiatrische Pflegedokumentation in der EDV, in: Psych Pflege, 11 (6), S. 312-320

Bölt, U. (2010): *Statistische Krankenhausdaten: Grundund Kostendaten der Krankenhäuser 2007,* in: Klauber,J., Geraedts,M., Friedrich,J.(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 319-351

Bräutigam, C.(2002): Professionelles Situationsverstehen im Pflegeprozess. Ein analytischer und phänomenologischer Zugang im Vergleich, Schriftenreihe der evangelischen Fachhochschule Bochum, Band 44

Braun, B. (2009): Krankenhaus und DRG-Bedingungen: Zwischen Ökonomisierung, Unwirtschaftlichkeit, Veränderungsresistenz und Desorganisation, in: Böckmann,R. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 117-139

Braun, T., Rau, F., Tuschen, K. H. (2007): Die DRG Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz, in: Klauber,J., Robra,B.P., Schellschmidt,H.(Hrsg): Krankenhaus-Report 2007. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase, Schattauer Verlag, Stuttgart, S.3-21

Brobst, S. (2007): *Der Pflegeprozess in der Praxis,* Verlag Hans Huber, Bern

Brucker, U., Ziegler, G., Theis, S., Jodes-Laßner, U., Köhler, C., Reus, U., Uhl, A., Veit-Zenz, A. (2005): *Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege*, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDS)(Hrsg.), http://www.mds-ev.de/media/pdf/P42_Pflegeprozess1.[PDF] [Zugriff:03.05.2011], S.34

Buhr, P., Klinke, S. (2006): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitspapier Nr. 6/2006, http://www.zes.unibremen.de/ccm/content/veroeffentlichungen/arbeitspapie re.de?id=254 [PDF][Zugriff:05.05.2011]

Burgmer, M., Heuft, G., Freyberger, H. J., Roeder, N. (2003): *DRGs in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin*, in: Der Nervenarzt, 3, S. 204-209

Ciompi, L. (1992): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung, 3. Auflage, Verlag KlettCola, Stuttgart

Deister, A. (2011): Vom Fall zum Menschen – Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget, in: Gesundheitswesen, 73, S. 85-88

Deutscher Bundestag (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG), BT-Drucksache 15/614 vom 17.03.2003

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2006): *Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Reihe: S3*

Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1, Kurzversion, http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzver sion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1schizophrenie.[PDF][Zugriff:31.05.2011]

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2011): *Operationenund Prozedurenschlüssel. Version 2011*, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2011/index. htm [Zugriff:26.04.2011]

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (1996): ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10.Revision. Band I: Systematisches Verzeichnis. Urban&Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): *Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009 http://www.dnqp.de/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Atk.pdf*

Doenges, M., Moorhouse, M. F., Geissler-Murr, A. C. (Hrsg.)(2002): Pflegediagnosen und Maßnahmen, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wendt, F. (2010): *Irren ist menschlich. Lehrbuch für die Psychiatrie und Psychotherapie*, 5.Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Donabedian, A. (1980): *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Michigan

Eckert, S. (2010): *Betriebsorganisation*, in: Amberger,S., Roll, S.C. (Hrsg.): *Psychiatriepflege und Psychotherapie*, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 217-222

Ewers, M., Schaeffer, D. (2003): *Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung*, in: Tophoven, C., Lieschke, L. (Hrsg.): *Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S.193-213

Fiechter, V., Meier, M. (1993): *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*, 9. Auflage, Recom Verlag, Basel

Fiori, W., Bunzemeier, H., Roeder, N. (2009): *Segen und Fluch der Abbildung der Spezialisierung über OPS-Komplexbehandlungen*, in: Das Krankenhaus, 11, S.1065-1075

Fischer, F. (2010): DRGs in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Herausforderungen eines pauschalierten Entgeltsystems, VDM Verlag Dr.Müller, Saarbrücken

Fischer, W. (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber, Bern

Friedrich, J., Leber, W.-D., Wolff, J. (2010): *Basisfallwerte – zur Preis und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen*, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J.(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 127-147

Friesacher, H. (2009): Professionalisierung der Pflege – vom Hilfsberuf zur evidenzbasierten Heilkunde?, in: intensiv, 17(4), S.177-181

Fritze, J. (2010): *Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen*, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Schattauer Verlag, Stuttgart, S.181-208

Fuchs, A. (2006): Die Einführung von Bezugspflege auf einer psychiatrischen Station und deren Widerspiegelung im Team, in: Psych Pflege,12, S. 34-41

Gaebel, W., Wölwer, W. (2010): *Schizophrenie*, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50, Berlin

Gerlinger,T. (2009): Wettbewerb und Patientenorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Böckmann,R. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrpflG) (2011), Artikel 1 Gesetz vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24.07.2010 (BGBl. I S. 983), Geltung ab 01.01.2004, in: http://www.buzer.de/gesetz/6634/index.htm [Zugriff:22.05.2011]

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelungen der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)(2011), neugefasst in der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGB1.I S.886), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17.03.2009 (BGB1.I S.534), in: http://www.buzer.de/gesetz/6105/index.htm [Zugriff:05.05.2011]

Grabow, J., Volk, D. (2011): Die Psychiatrie muss die Fachkraft-Quote erfüllen. Vor der Umstellung auf das DRG-System muss die Personalausstattung gesichert werden, in: f&w, 1, S. 71-74

Graudenz, S. (2011): Der Pflegeprozess in der Pflegedokumentation von Krankenhäusern. Vorstellung eines Instrumentes zur Beurteilung und exemplarische Studie, Diplomica Verlag, Hamburg

Greiling, M. (2007): Controlling und Steuerung klinischer Prozesse durch Geschäftsprozess-Vereinbarungen, in: Kölking, H. (Hrsg.): DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, S.103-135

Greiling, M., Hessel, M., Berger, K. (2004): *Pfadmanagement im Krankenhaus. Führen mit Kennzahlensystemen*, Verlag Kohlhammer, Stuttgart

Güttler, K., Lehmann, A. (2003): Eine Typologie für Pflegeprozesse am Beispiel des Projektes „Pflegeprozess, Standardisierung und Qualität im Dienstleistungssektor Pflege". In: Pflege, Verlag Hans Huber, Bern. S. 154

Hahlweg, K., Dose, M. (1998): *Schizophrenie*, Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Hahn, S., Kozel, B., Malojer, G., Meer Lueth, R., Rabenschlag, F., Spenger, R., Steinauer, R., Ullmann, P., Zuaboni, G. (2011): *Pflege weiter denken. Ein Austausch über die Pflege, ihre erweiterten Rollen und die psychiatrische Gesundheitsversorgung der Zukunft*, in: Psych Pflege, 17, S. 9-11

Hahn, S., Schulz, M., Schoppmann, S., Abderhalden, C., Stefan, H., Needham, I. (Hrsg.) (2009): *„Depressivität und Suizidalität" Prävention Früherkennung – Pflegeinterventionen – Selbsthilfe*, Vorträge und Posterpräsentationen, 7. Dreilanderkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld, http://www.pflege-in-derpsychiatrie.eu/Kongressband_10_100918.[PDF] [Zugriff:03.05.2011]

Hanns, S., Langer, G. (2003): *Evidence Based Nursing*, in: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-02-01.[PDF] [Zugriff:20.06.2011]

Haubrock, M., Hagmann, H., Nerlinger, T. (2000): *Managed Care. Integrierte Versorgungsformen*, Verlag Hans Huber, Bern

Hausner, E., Juchems, S., Richter, I., Schulze Geiping, A., Simon, M., Voß, K., Wiedemann, R., Donath, E., Bartholomeyczik, S. (2005): *Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs*, in: Pflege & Gesellschaft, 10, S.125-130

Heering, C. (2004): *Das Pflegevisiten-Buch*, Verlag Hans Huber, Bern

Heilige, B. (2004): Behandlungsund Pflegepfade: Instrument zur Patientenorientierung oder -ignorierung?, in: Pflege und Gesellschaft, 9, S. 85-90

Heimig, F. (2010): *Ein Exportschlager auf dem Weg zur Perfektion*, Rede auf dem 9. Nationalen DRG-Forum, http://www.gesundheitspolitikforum.de/index.php?menu=view&id=108 [Zugriff:03.05.2011]

Helberg, D., Frei, I. A., Vincenzi, C., Spirig, R. (2010): *Welches Modell eignet sich zur Abbildung von Patientenzuständen in der Pflegepraxis?*, in: Pflegewissenschaft/ Printernet 12/10, S. 548-557

Hentze, J., Huch, B., Kehres, E. (2002): Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, 2.Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, in: Greiling (2007): Controlling und Steuerung klinischer Prozesse durch Geschäftsprozess-Vereinbarungen, in: Kölking,H. (Hrsg.): DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, S.103-135

Hirschfeld, G., Borrmann-Hassenbach, M. (2010): Praxisbericht eines PräTest-Hauses. Auswirkungen des neuen Psych-Entgeltsystems sowie Umsetzungslösungen am Isar-Amper-Klinikum München Ost, in: KU Gesundheitsmanagement, 11, S. 63-68

Hoffmann, S. (2005): *Schizophrenie und Stigma*, in: Psych Pflege, 11, S. 212-219

Holnburger, M. (1999): *Pflegestandards in der Psychiatrie*, 2.Auflage, Urban&Fischer, München, Jena

Hornung, W. P. (1999): *Psychoedukative Interventionen*, in: Krausz,M., Naber,D. (Hrsg.): *Integrative Schizophrenietherapie*, Verlag Karger, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney, S. 113-147

Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK)(2011a): Deutsche Kodierrichtlinien 2011 Endversion A4 (PDF 5.0). Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, http://www.g-drg.de/cms/index.php/content/view/full/2703 [Zugriff: 04.05.2011]

Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) (2011b): Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosmatik (DKR-Psych). Allgemeine Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, http://www.g-drg.de/cms/index.php/content/view/full/2780 [Zugriff:04.05.2011]

Irps, S. (2011): Die Kliniken zeigen noch Schwächen. Das neue PsychEntgeltsystem: Die Kodiergenauigkeit bleibt die größte Herausforderung, in: f&w, 2, S.169-171

Jensen, M., Thiel, H. (2000): *Die Pflege im integrativen Therapiekonzept*, in: Krausz,M., Naber,D. (Hrsg.): *Integrative Schizophrenietherapie*, Verlag Karger, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney, S.156-173

Jungbauer, J. (2004): Schizophrenie – die Perspektive der Angehörigen: Wenn das Vertraute fremd wird, in: Pflegezeitschrift; 8, 544-547

Klimke, A., Engfer, R., Bauer, M. (2010): Ein neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik – Chance auf gerechtere Vergütung oder Einstieg in den Ausstieg aus der regionalen Vollversorgung?, in: Psychiat Prax, 37, S. 92-99

Kahla-Witzsch, H. A., Geisinger, T. (2004): *Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis*, Verlag Kohlhammer, Stuttgart

Kirpal, T. (2010): Von der Antike in die Postmoderne – Psychiatrische Pflege im Laufe der Geschichte, in: Amberger, S., Roll, S. C. (Hrsg.): Psychiatriepflege und Psychotherapie, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 2-7

Kisker, K. P., Lauter, H., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömgen, E. (1987): *Psychiatrie der Gegenwart 4. Schizophrenie*, 3.Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo

Knuf, A. (2009): *Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*, 2. Auflage, Psychiatrie Verlag, Bonn

Krausz, M., Naber, D. (1999): Grundlagen und Perspektiven integrativer Behandlungskonzepte in der Therapie schizophrener Psychosen, in: Krausz, M., Naber, D. (Hrsg) (2000): Integrative Schizophreniebehandlung, Karger Verlag, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney, S. 1-35

Krausz, M., Gottwalz, S., Moritz, S. (1999): *Psychotherapie im Rahmen integrativer Schizophreniebehandlung*, in: Krausz, M., Naber, D. (2000) (Hrsg): *Integrative Schizophreniebehandlung*, Karger Verlag, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney, S. 148-155

Kunze, H. (1998): Qualitätssicherung und Personalschlüssel, in: Hell, D., Bengel, J., Kirsten-Krüger, M. (Hrsg.): Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung. Modelle und Projekte in der Schweiz und Deutschland, Karger Verlag, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney, S. 72-87

Kunze, H., Schepker, R. (2011): *Das Ergebnis des OPS-Verfahrens für 2011 ist nicht zielführend!*, http://www.bag-kjp.de/ak-entgeltsystem_ak-psychisch-kranke-02.[PDF] [Zugriff:29.05.2011]

Kunze, H., Schmidt-Michel, P.-O. (2009): Herausforderungen an die zukünftige Organisation psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken und das zukünftige Krankenhaus-Entgeltsystem, in: Sozialpsychiatrische Informationen,1, S. 11-18

Kunze, H., Kaltenbach, L. (1992): Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, Verlag Kohlhammer, Stuttgart

Lange-Weishaut, A., Peper, E. (2009): *Qualität in der Pflege für die Aus-, Fortund Weiterbildung*, Cornelson Verlag, Berlin

Lenz, B. (2007): *Schizophrenie. Zwischen Wahn und Wirklichkeit*, in: Die Schwester, Der Pfleger, 46, S. 604-607

Leucht, S. (2007): Therapie der Schizophrenie. Evidenzbasierte Behandlung, Urban&Fischer, München

Löhr, M. (2011): Brennpunkt OPS. OPS Katalog 2011 – die wichtigsten Änderungen in Kürze, in: Psych Pflege,17, S. 5-7

Löhr, M. (2010a): Brennpunkt OPS. Psychiatrische Leistungskodierung in Deutschland und die Rolle der psychiatrischen Pflege, in: Psych Pflege,16 (2), S. 65-67

Löhr (2010b): *Brennpunkt OPS. Geld folgt Leistung*, in: Psych Pflege,16, S. 177

Löhr, M. (2009): Entwicklungsschritte des neuen Entgeltsystems für psychiatrische Krankenhausleistung in Deutschland. Welche Rolle spielt die psychiatrische Pflege? in: Hahn, S., Schulz, M., Schoppmann, S., Abderhalden, C., Stefan, H., Needham, I. (Hrsg.): „Depressivität und Suizidalität" Prävention Früherkennung – Pflegeinterventionen – Selbsthilfe, Vorträge und Posterpräsentationen, 7. Dreilanderkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld, http://www.pflege-in-derpsychiatrie.eu/ Kongressband_10_100918.[PDF] [Zugriff:03.05.2011], S. 161-168

Löhr, M., Sauter, D., Kleßmann, R. (2010): Brennpunkt OPS. Kostentrennung als wichtiger Faktor bei der Entwicklung des neuen deutschen Entgeltsystems in der Psychiatrie, in: Psych Pflege,16 (3), S.118-120

Lüthi, R., Schoppmann, S. (2007): *Kompetenz zwischen Qualifikation und Verantwortung*, in: Schulz, M., Abderhalden, C., Needham, I., Schoppmann, S., Stefan, H. (Hrsg.): Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen. 4. Dreiländerkongress, in Bielefeld-Bethel, http://www.ibicura.de/tagungsband_2007.PDF] [Zugriff:31.05.2011], S.97-104

Lux, Th., Raphael, H. (2008): *KIS im Vergleich*, in: f&w, 4, S. 396

Mahler, C., Ammenwerth,E., Tautz,A., Wagner,A., Eichstädter,R., Hoppe,B.(2003): Die Auswirkungen eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystems auf die Quantität und Qualität von Pflegedokumentationen, in: Pflege,16, S.144-152

Mattenklotz, J. (2005): Psychoedukation / Infogruppe als Aufgabe psychiatrischer Pflege, in: Psych Pflege,11, S. 89-92

Mayer, H. (2007): *Pflegeforschung anwenden*, 2.Auflage, Facultas Verlag, Wien

MDK Westfalen-Lippe: Leitfaden zur Erstellung einer Pflegedokumentation

Menche, N. (2004): *Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*, 3. Auflage, Urban&Fischer, München

Michel, K. (2002): *Psychiatrie für Pflegeberufe*, 4. Auflage, Hippokrates Verlag, Stuttgart

Moers, M., Schiemann, D. (2006): Expertenstandards in der Pflege – Implementation als Strategie des Wissenstransfers, in: Schaeffer,D. (Hrsg.): Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-133.[PDF] [Zugriff:16.06.2011], S. 41-62

Müller, M. J. (2010): *Psychopharmakotherapie*, in: Amberger,S., Roll, S.C. (Hrsg.): *Psychiatriepflege und Psychotherapie*, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 265-290

Müller-Staub, M. (2006): Klinische Entscheidungfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess, in: Pflege, 19, S.275-279

Müller-Staub, M. (2005): *NANDA, NIC und NOC: Zusammenarbeit für qualitativ gut Pflege,* http://www.careumexplorer.ch/careum/pub/NANDA_NIC_und_NOC_Zusam menarbeit_fuer_qualitativ_gute_Pflege_825_1.[PDF] [Zugriff:16.06.2011]

Müller Staub, M. (2004): *Pflegeklassifikationen im Vergleich. Teil 1,* in: Pflegewissenschaft. S. 296-312

Müller Staub, M. (2004): *Pflegeklassifikationen. Teil 2,* in: Pflegewissenschaft/ 6/04. S. 359-377

Needham, I. (2000): *Rezeption der Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum. Eine Literaturübersicht,* http://www.needham-abderhalden.ch/Ubersicht_deutsche_Literatur.[PDF] [Zugriff:18.06.2011]

Needham, I., Abderhalden, C. (2000): Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen, http://www.viauniversalis.de/Primary%20Nursing.[PDF] [Zugriff:18.06.2011]

Pape, R. (2008): Prozessoptimierung im Krankenhaus – Wechselwirkungen im System, http://cms.uk-koeln.de/live/cc-mc/content/e398/e534/20090306_ProzessoptimierungimKrankenhaus.[PD F] [Zugriff: 22.05.2011]

Peters-Alt, J. (2005): DRGs aus Sicht der Pflege. Notwendigkeit und Grenzen eines Pflegefaktors, 2.Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart

POK Handbuch (2005): Informationen zur Einführung der elektronischen Pflegedokumentation in den Maßregelvollzugskliniken und in den Kliniken des LWL-Psychiatrie Verbundes, Münster

Powers, P. (1999): *Der Diskurs der Pflegediagnosen,* Verlag Hans Huber, Bern

Prestin, E., Schulz, M. (2011): Kommunikation in der stationären Akutpsychiatrie. „Ich habe mir überlegt, was Ihnen wohl am meisten weh tut", in: Psych Pflege,17, S. 87-98

Rau, F. (2008): Parlamentarisches Verfahren für das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz eröffnet, in: Das Krankenhaus, 12, S.1293-1302

Reimer, W., Fueller, F. (1998): Der Pflegeprozess. Theoretischer Hintergrund und Klassifikation. Diagnosen, Interventionen, Ergebnisse. Mit Vorschlägen für die praktische Arbeit, Universitätsverlag, Ulm

Roeder, N., Bunzemeier, H., Brüning, K., Helling, J. (2010): *Entgeltsystem Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,* in: Das Krankenhaus, 4, S. 320-330

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*, Kurzfassung, http://www.svrgesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.[PDF] [Zugriff:29.05.2011]

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II. Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Kurzfassung, http://www.svrgesundheit.de/Gutachten/Gutacht00/kurzf-de00.[PDF] [Zugriff:16.06.2011]

Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wollf, S. (Hrsg.) (2006): *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

Sauter, D., Thedieck, O., (2010): *POK Info Teil I & Teil II.* LWL, Münster

Schädle-Deininger, H. (2011): *Der Alltag in der psychiatrischen Pflege*, in: Dr. med. Mabuse, 190, S.32-34

Schädle-Deininger, H. (2008): *Basiswissen: Psychiatrische Pflege*, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Schaeffer, D. (2006): *Wissenstransfer in die Pflege – ein Problemaufriss*, in: Schaeffer,D. (Hrsg.): *Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops*, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-133.[PDF] [Zugriff:16.06.2011], S.1-14

Schanz, B. (2009): Änderung der Finanzierung in der Psychiatrie. Kommt ein Fallpauschalensystem für psychiatrisch und psychosomatische Kliniken?, in: Psych Pflege,15, Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 247-250

Schanz, B., Stranz, S., Edinger, J., Konrad, A. (2010): Die „Schieflage" korrigieren. Es gibt noch unklare Punkte im neuen Entgeltsystem für Psychiatrie, in: Ku Gesundheitsmanagement,12, S. 51-54

Schanz, B., Stranz,S. (2009): *DRG in der Psychiatrie und Psychosomatik*, in: Die Schwester, Der Pfleger, 12, S.1229-1231

Schirmer, U., Steinert, T, Jörg, T. (2008): *Medikamententrainingsprogramm (MTP)*, in: Abderhalden, C., Needham,I., Schulz,M., Schoppmann, Stefan,H. (Hrsg.): *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery*, Vorträge und Posterpräsentationen, 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern, http://www.pflege-inderpsychiatrie.eu/Kongressband_2008.[PDF] [Zugriff:21.06.2011], S. 252-257

Schlottmann, N., Brändle, G., Köhler, N. (2009): *G-DRG-System Version 2010*, in: Das Krankenhaus, 11, S.1045-1060

Schneider, F., Falkai, P., Maier, W. (2011): *Psychiatrie 2020. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*, Springer Verlag, Heidelberg

Schrems, B. (2006): *Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung*, in: Pflegewissenschaft/ PrinterNet 01/06, S. 46

Schrems, B. (2003): Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege, Facultas Verlag, Wien

Schubmayr, C. (2007): Vergleichsstudie konventionelle versus IT-gestützte Pflegedokumentation, in: Pflegewissenschaft, 7, S. 487-490

Schulenburg,von der, J. M. G., Uber, A., Höffler, J., Trenckmann, U., Kissling, W., Seemann, U., Müller, P., Rüther, E. (1998): Untersuchungen zu den direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. Eine empirische Analyse, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement; 3, 81-7, in: Gaebel,W., Wölwer,W. (2010): Schizophrenie, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50, Berlin

Schulz, M. (2005a): Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch, in: Psych Pflege,11, S. 256-263

Schulz, M. (2005b): Adherencetherapie als eine Intervention für psychiatrisch Pflegende, in: Abderhalden,C., Needham,I. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege –Verschiedene Settings, Partner, Populationen. Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern, http://www.pflege-in-derpsychiatrie.eu/Kongressband_2005.[PDF] [Zugriff:07.06.2011], S.108-115

Schulz, M. (2003): Rekonzeptualisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege, in: Pflege und Gesellschaft, 8 (4), S.140-145

Schulz, M., Löhr, M. (2010): Psychiatrische Pflege zwischen Gestern und Morgen, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 2, S. 49-53

Schulz, M., Renard, C.(2005): Der Beitrag psychiatrischer Pflege am Gruppenprogramm in der Psychiatrie, in: Psych Pflege, 11, S. 38-42

Sens, B. (2010): Wie Pfade wirklich funktionieren. Integrierte Behandlungspfade als Instrument zur Umsetzung der Unternehmensstrategie, in: KU Gesundheitsmanagement,11, S. 54-57

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), Artikel 1 Gesetz vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 9 Gesetz vom 28.04.2011 (BGBl. I S. 687), Geltung ab 01.01.1989, in: http://www.buzer.de/gesetz/2497/ [Zugriff:23.05.2011]

Spiekermann, A., Schulz, M, Behrens, J., Driessen, M., Rahn, E., Beblo,T. (2011): *Kognitive Leistungen und Adhärenzverhalten bei Patienten mit schizophrenen Psychosen*, in: Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie, 79, S.73-82

Spindler, J., Schelhase, T. (2009): *Krankenhauslandschaft im Umbruch*, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/KrankenhauslandschaftUmbruch,property=file.[PDF][Zugriff:20.06.2011], S. 641-659

Statistisches Bundesamt (2009): *Gesundheitswesen: 26,7 Milliarden Euro durch psychische Erkrankungen*, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Press e/pm/zdw/2009/PD09_010_p002.psml [Zugriff:22.04.2011]

Staudacher, D., Kozel, B. (2011): Wohin? Und warum? Eine kritische Reflexion zur fehlenden Identität der psychiatrischen Pflege, in: Psych Pflege,17, S.18-22

Steuer, B., Rosery, S. (2006): Der Weg eines elektronischen Informationssystem von der Idee bis zur Realisierung, in: Pflegewissenschaft, 2, S.102

Stierl, S. (2011): *Psychiatrie in Not. Von der Psychiatriereform bis heute*, in: Dr. med. Mabuse, 190, S. 24-26

Stockwell, F. (2002): Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege, Verlag Hans Huber, Bern

Sturm, U. (2000): Die Bedeutung von Psychoseseminaren aus der Sicht der Pflegenden, in: Psych Pflege, 6, S.132-141

Thiel, H., Jensen, M., Glinka, U., Stumpf, A. (1995): *Psychiatrie für Pflegeberufe,* Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore

Tuschen, K.H., Trefz,U. (2010): *Krankenhausentgeltgesetz,* 2. Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BpflV) (2011), Artikel 1 Verordnung vom 26.09.1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 10 Gesetz vom 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309) Geltung ab 01.01.1995, in: http://www.buzer.de/gesetz/4772/index.htm [Zugriff:23.05.2011]

Vetter, B. (2007): *Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch*, 7.Auflage, Verlag Schattauer, Stuttgart

Weinmann, S. (2007): Evidenzbasierte Psychiatrie. Methoden und Anwendung, in: Gaebel,W., Müller-Spahn,F. (Hrsg.): Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie, Verlag Kohlhammer, Stuttgart

Werblow, A., Schoffer,O.(2010): Entwicklung des Personalbestandes in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands 2002-2007, in: Klauber,J., Geraedts,M., Friedrich,J.(Hrsg.):Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 71-95

Wiesinger, H., Scherzer, M., Weninger, M. (2002): *Pflegediagnostik und Klassifikationssysteme. Bedeutungen, Grenzen und Entwicklungen,* in: Österreichische Pflegezeitschrift, 11/02, S. 29

Wolter, D. (2011): Fließband-, Schmalspur-, Zweiklassenpsychiatrie. Die Kälte der Kommerzialisierung. Ratlose Randnotizen zur Entseelung der Seelenheilkunde, in: Dr. med. Mabuse,190, S.36-39

Yura, H., Walsh, M. (1978): *Human needs and the nursing process,* Appleton-Century-Crofts, New York

Zechert, C. (2011): *IV Barometer*, in: Psychosoziale Umschau, 2, S.27

Zingel, H. (2009): *Grundbegriffe der Kostenartentheorie. Ein elementarer Beitrag zur Definition des Kostenbegriffes,* Version 3.10, http://www.zingel.de/pdf/04kart.[PDF] [Zugriff:29.05.2011]

Zubin, J. (1990): *Ursprünge der Vulnerabilitätstheorie*, in: Olbrich,R. (Hrsg.): *Therapie der Schizophrenie*, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S.4252

Denisa Blömker

Das „Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter“ – Anwendung eines für den stationären Gebrauch konzipierten Programms in der Bewährungshilfe

1. Einleitung

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte urteilte gegen das deutsche Recht zur nachträglichen Sicherungsverwahrung. Die deutsche Praxis verletze die Menschenrechte, da sie gegen das Rückwirkungs- sowie das Doppelbestrafungsverbot verstoße. Mit diesem Urteil entsprachen die Richter der Klage eines Sicherungsverwahrten, der jahrelang auf Grundlage des vom Gerichtshof für rechtswidrig befundenen Gesetzes zur nachträglichen Anordnung der Sicherungsverwahrung (§ 66b StGB) inhaftiert war. Das Urteil zog weitreichende Folgen mit sich: Neben der Freilassung und Entschädigung des Klägers, mussten auch etliche andere Sicherungsverwahrte in ähnlicher Situation aus der Haft entlassen werden. Diese Umstände bestimmten die politische Debatte in hohem Maße und schüren immer noch die Angst der Bevölkerung vor weiteren Straftaten der freigelassenen Sicherungsverwahrten unter denen sich auch etliche Sexualstraftäter befinden.

Das Thema „Sexualstraftäter“ hat in der vergangenen Zeit aufgrund der zahlreichen Medienberichte über Missbrauchsfälle oder Vergewaltigungen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Den Forderungen der Bevölkerung nach mehr Sicherheit durch Strafverschärfungen wurde durch viele Gesetzesänderungen und Reformen seit Mitte der 90er Jahre entsprochen. Allerdings wuchs auch zunehmend die Überzeugung, dass zur Gewährleistung des Opferschutzes auch die psychotherapeutische Behandlung des Täters eine wichtige und nicht zu unterschätzende Rolle spielt. Die Forschung in dem Bereich bestätigt, dass mit geeigneten therapeutischen Methoden, die auf Sexualstraftätern abgestimmt sind, das Rückfallrisiko um die Hälfte reduziert werden kann. Mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten aus dem Jahr 1998 wurde eine wichtige Grundlage für den Ausbau der Tätertherapie im Rahmen des Vollzugs geschaffen, woraufhin neue Therapieplätze insbesondere für Sexual-

straftäter entstanden. Zudem wurden neue Behandlungskonzepte entwickelt, wie zum Beispiel das „Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter“, welches in vielen sozialtherapeutischen Einrichtungen zur Anwendung kommt.
Trotz der positiven Entwicklung im Bereich der stationären Behandlung mangelt es nach wie vor an ambulanten Therapieplätzen zur Nachsorge von entlassenen Sexualstraftätern, oder zur Behandlung derjenigen, deren Freiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt wurde. Nur wenige niedergelassene Psychotherapeuten sind zur Behandlung von Sexualdelinquenten bereit. Häufig laufen daher vom Richter erteilte Therapieweisungen ins Leere, da keine geeigneten Therapieplätze verfügbar sind. Bei der Behandlung von Sexualstraftätern ist eine enge Kooperation zwischen dem Justizsystem und der Behandlungsinstitution von Nöten. Dazu sind viele Psychotherapeuten nicht bereit, weil sie unter anderem ihre Autonomie bei der Behandlungstätigkeit gefährdet sehen.
Der Fokus liegt daher auf Fachambulanzen, die sich auf die ambulante Behandlung von Sexualstraftätern spezialisiert haben. In den letzten Jahren sind einige solcher Einrichtungen innerhalb der BRD entstanden, allen voran die Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter der Bewährungshilfe Stuttgart e.V., die ihre Tätigkeit bereits 1998 aufgenommen hat. Trotzdem steigt der Bedarf an Behandlungsplätzen für Sexualstraftäter und kann nicht ausreichend gedeckt werden. So liegt die Frage nahe, inwiefern die ambulanten sozialen Dienste der Justiz Behandlungstätigkeiten übernehmen können. Einige Bewährungshelfer entwickelten bereits aus der Not, aufgrund des Mangels an geeigneten Therapiemöglichkeiten, heraus, Konzepte für eine problemorientierte Gruppenarbeit mit Sexualstraftätern, die sie in der eigenen Dienststelle durchführten.[1] Ein Vorteil von therapeutischen Maßnahmen innerhalb der Bewährungshilfe ist die Nähe zur Justiz. Die Bewährungshilfe, als Teil des Justizapparates, hat Zugang zu allen relevanten strafrechtlichen Informationen, die den Probanden betreffen. Ein weiterer Vorteil ist der Umstand, dass die Probanden mit der Institution aufgrund der normalen Betreuungstätigkeit im Rahmen der Bewährungs- oder Führungsaufsicht bereits vertraut sind und so eine umfassende Behandlung möglich wäre. Allerdings birgt die therapeu-

[1] Ein Erfahrungsbericht einer solchen Gruppenarbeit findet sich bei Knepper/Küster 2001, S. 295ff.

tische Arbeit für die Bewährungshilfe auch einige Schwierigkeiten im Bezug auf die zeitlichen und personellen Ressourcen und die Qualifikation der Bewährungshelfer.

Die vorliegende Arbeit soll auf die Frage eingehen, ob eine Sexualstraftäterbehandlung im Rahmen der Bewährungshilfe grundsätzlich durchführbar ist. Im Speziellen soll aber untersucht werden, ob die Anwendung eines stationären Behandlungsprogramms in der Bewährungshilfe möglich ist. Dabei handelt es sich um das bereits erwähnte „Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter“ (BPS). Es sollen diesbezüglich die Bedingungen der Durchführbarkeit, die Schwierigkeiten und Grenzen aber auch die Chancen dargestellt werden.
Die Idee zum Thema der Arbeit entstand aufgrund der Teilnahme an einem Arbeitskreis im Rahmen des Schwerpunktpraktikums in der Bewährungshilfe. Bei diesem Arbeitskreis berichteten Bewährungshelfer aus Mönchengladbach über die Durchführung des BPS in der Bewährungshilfe. Für den praktischen Teil der Arbeit wurden eben diese Bewährungshelfer zu ihren Erfahrungen befragt. Zusätzlich wurden zum Zwecke der Informationsgewinnung aufgrund mangelnder Literatur zu dem Thema, zwei weitere Interviews geführt. Zum einen mit Herrn WISCHKA und Frau FOPPE aus der Justizvollzugsanstalt Lingen, die beide maßgeblich an der Entwicklung des BPS beteiligt waren und zum anderen mit Herrn KEßLER und Frau RIEKE aus der Bewährungshilfe Detmold, die ebenfalls über ihre Erfahrungen im Bezug auf das BPS berichteten.

Zur Annäherung an die Fragestellung und den praktischen und sehr speziellen Teil der Arbeit dient der theoretische Teil. Er beginnt in Kapitel zwei mit der Darstellung der Ergebnisse amtlicher Statistiken bezüglich Sexualstraftaten. Diese soll die Häufigkeitsentwicklung von Sexualdelikten im Laufe der letzten Jahre aufzeigen und ein wirklichkeitsgetreues Bild vom Umfang des Hellfeldes zeichnen.

Kapitel drei zeigt mit Hilfe kriminologischer Typologien einen weiteren Zugang zu dem Thema „Sexualstraftäter“ auf. Hierdurch soll die heterogene Gruppe der Sexualstraftäter definiert werden. Anschließend folgt die Darstellung von Erkenntnissen zur Rückfälligkeit von

Sexualdelinquenten auf Grundlage einer repräsentativen Studie der Kriminologischen Zentralstelle
In Kapitel vier wird nach Erläuterung des gesetzlichen Auftrages zur Behandlung von Sexualdelinquenz, zunächst auf die Frage der Behandelbarkeit von Sexualtätern eingegangen. Nach Darstellung des kognitiv-behavioralen Therapieansatzes soll speziell das BPS betrachtet werden, welches auf der Grundlage dieser Behandlungsmethodik beruht.
Anschließend folgen einige Erkenntnisse zum aktuellen Stand der Behandlung von Sexualstraftätern im ambulanten Bereich. Daraufhin wird auch kurz auf bereits bestehende Standards eingegangen.

Kapitel 5 soll den gesetzlichen Auftrag der Bewährungshilfe und die Ausgestaltung dessen darstellen Insbesondere werden auch die Maßnahmen zum Umgang mit Sexualstraftätern erörtert. Ausgewählte Daten der Bewährungshilfestatistik zeigen unter anderem die Zahl der Bewährungsunterstellungen von Sexualstraftätern.

Auf die Erläuterung der Therapiesituation im ambulanten Bereich im Allgemeinen folgt die Darstellung, der Erkenntnisse aus den für diese Arbeit geführten Experteninterviews zur Beantwortung der oben bereits erläuterten Fragestellung.

Die Arbeit schließt mit einem Fazit, welches Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Erkenntnissen formuliert.

2. Sexualstraftaten

2.1 Straftatbestände des StGB

Einen ersten Zugang zum Thema „Sexualstraftäter“ bietet der 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches. Er enthält Tatbestände zu Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Von quantitativer Bedeutung sind besonders drei Paragraphen: §176 StGB zum sexuellen Missbrauch von Kindern, § 177 StGB zur sexuellen Nötigung bzw. Vergewaltigung und § 183 StGB zu exhibitionistischen Handlungen. Auf ihre Häufigkeit wird in Kapitel 2.2 näher eingegangen. In Bezug auf die

psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern sind die genannten Paragraphen ebenfalls sehr wichtig, da die therapeutischen Maßnahmen hauptsächlich auf diese Deliktformen ausgerichtet sind. Die Zielgruppe, die für die Behandlungsmaßnahmen relevant ist, umfasst auch noch Täter anderer Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Solche Delikte sind beispielsweise der sexuelle Missbrauch von Schutzbefohlenen nach § 174 StGB oder der schwere sexuelle Missbrauch von Kindern mit Todesfolge gemäß § 176 b. Solche Straftaten kommen allerdings relativ selten vor.
Weitere Straftaten, die ebenfalls im 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches aufgeführt sind, sind für die Behandlung eher weniger bedeutsam, da die Motivation, die solchen Taten zugrunde liegt, häufig die finanzielle Bereicherung ist. So zum Beispiel bei Straftaten wie der Ausbeutung von Prostituierten (§ 180a StGB) oder Verbreitung pornographischer Schriften (§ 184 StGB). Eine psychotherapeutische Behandlung, welche an dissozialen Persönlichkeitsstrukturen ansetzt, die sich in Sexualstraftaten äußern, wäre für Täter dieser Deliktgruppen wohlmöglich nicht angezeigt.[2]

Das Sexualstrafrecht hat Ende der 90er Jahre einige wichtige Änderungen erfahren. So wurden beispielsweise durch das 33. Strafrechtsänderungsgesetz[3], welches am 5.7.1997 in Kraft trat, die §§ 177 und 178 StGB a. F. zu einem Einheitstatbestand (§ 177 StGB sexuelle Nötigung/ Vergewaltigung) zusammengefasst. Außerdem wurde die Vergewaltigung innerhalb der Ehe strafbar gemacht und durch eine geschlechtsneutrale Formulierung des neuen § 177 StGB der Viktimisierung von Männern Rechnung getragen.
Durch das 6. Strafreformgesetz, welches am 1.4.1998 in Kraft trat[4] wurde zudem einige Strafverschärfungen vorgenommen.

[2] BRAND 2006, S. 161
[3] BGBl. I, S. 1607
[4] BGBl. I, S. 164

2.2 Häufigkeit

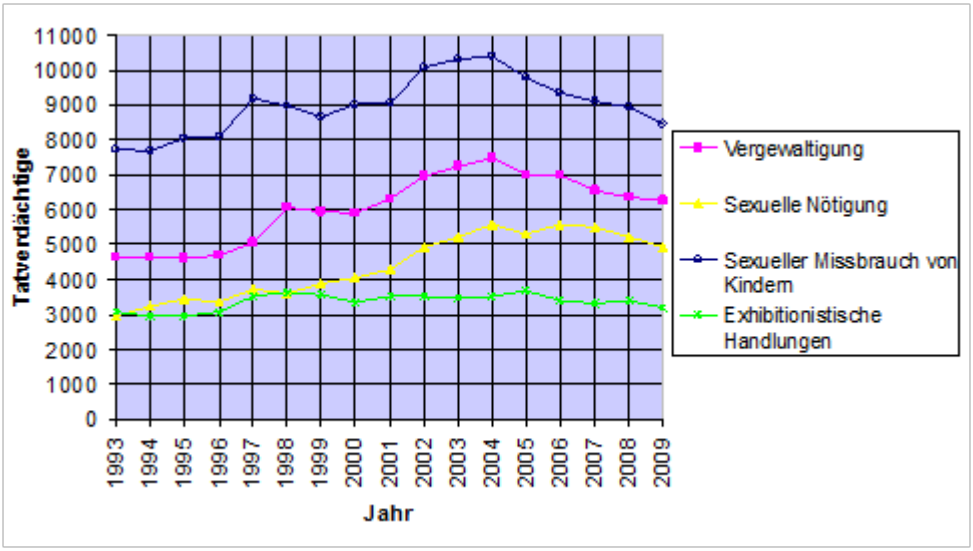
2.2.1 Polizeiliche Kriminalstatistik

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) zeigt die polizeilich erfassten strafbaren Sachverhalte eines jeweiligen Berichtsjahres auf Bundesebene. Sie bildet damit den Anfang in der Reihe der amtlichen Kriminalstatistiken, da sie die Lage zu Beginn der Strafverfolgung nachzeichnet.
Für das Jahr 2009 verzeichnet die PKS insgesamt 6 054 330 bekanntgewordene Fälle, ein Rückgang von 0,98% im Vergleich zum Vorjahr.[5] 55,6% aller Fälle konnten aufgeklärt werden.[6]
Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung nach dem dreizehnten Abschnitt des Strafgesetzbuches machen 0,81% der Gesamtkriminalität im Hellfeld des Jahres 2009 aus.[7] Zum Vergleich: Diebstahlsdelikte haben einen Anteil von 38,7% an der Gesamtzahl aller erfassten Fälle.[8] Hierdurch wird deutlich, dass die Realität im Bezug auf das Auftreten von Sexualstraftaten, erheblich anders aussieht, als es, aufgrund der zunehmenden Berichterstattung durch die Medien, den Anschein macht. Die Häufigkeit der Medienberichte ist daher nicht durch die Quantität von Sexualstraftaten zu erklären, sondern eher durch ihre Brisanz und die dadurch entstehende Bedeutsamkeit.
Ein Großteil der Sexualstraftaten wird von Bekannten oder Verwandten des Opfers begangen.[9] Daher können Fälle zumeist schon bei Erstattung der Anzeige durch Benennung eines Tatverdächtigen durch das Opfer aufgeklärt werden. Somit lässt sich auch die hohe Aufklärungsquote von 79,7%[10] im Vergleich zu 30,1% bei Diebstahlsdelikten erklären.[11] Interessant ist im Bereich der Vergewaltigungsdelikte, dass die Mehrzahl der Opfer irgendeine Vorbeziehung zum Täter hatte. Nur ein kleiner Teil der Opfer von Vergewaltigungen stand zum Täter in keinerlei Beziehung.[12] Diese Tatsache widerspricht dem Mythos

[5] Bundeskriminalamt 2010, S. 30
[6] Bundeskriminalamt 2010, S. 34
[7] BUNDESKRIMINALAMT 2010, S. 34 und eigene Berechnung
[8] BUNDESKRIMINALAMT 2010, S. 174 und eigene Berechnung
[9] BUNDESKRIMINALAMT 2010, Tabelle 92, S. 1ff.
[10] Bundeskriminalamt 2010, S. 133
[11] Bundeskriminalamt 2010, S. 173
[12] BUNDESKRIMINALAMT 2010, Tabelle 92, S. 1

von dem unbekannten Täter, der überfallartig aus dem Hinterhalt sein Opfer vergewaltigt.
Im Längsschnitt war die Entwicklung der Sexualkriminalität im Zeitraum von 1993 (ab diesem Berichtsjahr wird das gesamte Bundesgebiet samt der neuen Bundesländer erfasst) bis 2009 von mehreren Auf- und Abwärtstrends geprägt. Grundsätzlich stieg die Zahl erfasster Fälle aber bis 2009 um 11,1% im Vergleich zu 1993 an.[13] Auch die Tatverdächtigenzahlen weisen einen im Großen und Ganzen kontinuierlichen Anstieg bis 2009 auf.[14]
Ein differenzierteres Bild bekommt man durch die Betrachtung der einzelnen Sexualdelikte. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Tatverdächtigenzahlen innerhalb des oben genannten Zeitraumes bei ausgewählten Delikten.

Abbildung 1: Entwicklung der Tatverdächtigenzahlen von 1993 bis 2009



Quelle: BUNDESKRIMINALAMT 2010a, Tabelle 20

Im Bereich der sexuellen Nötigung und Vergewaltigung ist ein deutlicher Anstieg der Tatverdächtigenzahlen seit 1993 zu erkennen. Auffällig ist auch der abrupte Zuwachs der Tatverdächtigen bei Vergewaltigungsdelikten zwischen 1997 und 1998. Die Ursache hierfür könnte im 33. Strafrechtsänderungsgesetz liegen, wonach die Vergewaltigung innerhalb der Ehe auch unter Strafe gestellt wurde. Zudem wurde auch

[13] BUNDESKRIMINALAMT 2010a, Grundtabelle 01, S. 6 und eigene Berechnung
[14] BUNDESKRIMINALAMT 2010a, Tabelle 20, S. 5

der Tatbestand insofern verändert, dass seither jegliches Eindringen in den Körper als Vergewaltigung gilt und nicht nur die vaginale Penetration.[15]
Ein starker Anstieg im Bereich des sexuellen Missbrauchs ist bis 2004 zu erkennen, allerdings sanken die Tatverdächtigenzahlen seit dem kontinuierlich ab, sodass sie im Jahr 2009 etwa wieder den Zahlen von 1996 entsprachen. Diesbezüglich muss an dieser Stelle der Hinweis erfolgen, dass die Tatverdächtigenzahlen des Jahres 2009 nicht unmittelbar mit denen vorangegangener Jahre verglichen werden können. Im Jahr 2009 wurde bundesweit auf die Datenanlieferung durch Einzeldatensätze umgestellt, sodass nun Tatverdächtige, die in verschiedenen Bundesländern auffällig geworden sind, nur einmal gezählt wurden. Somit wurde für das Jahr 2009 eine „echte“ Tatverdächtigenzählung vorgenommen. Dies hat zur Folge, dass die Zahlen stets niedriger sind, weil es die Jahre zuvor zu Überzählungen gekommen ist.[16]
Nach Abbildung 1 zu urteilen, kann der Anstieg der Tatverdächtigenzahlen bei Sexualdelikten insgesamt seit 1993 hauptsächlich auf den Anstieg im Bereich der Vergewaltigung und sexuellen Nötigung zurückgeführt werden. Aber auch die Tatverdächtigenzahlen für die Verbreitung von pornographischen Schriften nahmen erheblich zu. Ihr Wert vergrößerte sich um das sechs- bis siebenfache im Laufe des Betrachtungszeitraums.[17] Die Zahlen für exhibitionistische Handlungen sind relativ konstant geblieben.

Die Tatverdächtigen waren laut PKS im Jahr 2009 zu über 90% männlichen Geschlechts und zu 78,4% über 21 Jahre alt. Jugendliche nach Definition des Jugendgerichtsgesetzes (§ 1 Abs. 2 JGG) sind am häufigsten im Bereich des sexuellen Missbrauchs von Kindern vertreten.[18]
50% der aufgeklärten Sexualdelikte wurden durch Personen begangen, die bereits als Tatverdächtige in Erscheinung getreten sind.[19] Hierbei ist aber nicht ersichtlich ob es sich bei den vorherigen Taten auch um Sexualdelikte handelte.

[15] HARBECK 1997, S. 4
[16] Bundeskriminalamt 2010, S. 7
[17] BUNDESKRIMINALAMT 2010a, Tabelle 20, S. 14 f.
[18] Bundeskriminalamt 2010, S. 134
[19] BUNDESKRIMINALAMT 2010, Tabelle 12, S. 1

Die Opfer von sexueller Nötigung und Vergewaltigung sind zu 95,5% Frauen. Ein Großteil ist über 21 Jahre alt. Der Gefährdungsgrad bei Vergewaltigung und sexueller Nötigung ist allerdings für weibliche Jugendliche und Heranwachsende bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil am höchsten. Im Bereich des sexuellen Missbrauchs von Kindern liegt die Zahl der männlichen Opfer bei 24.[20]

2.2.2 Strafverfolgungsstatistik

Die Strafverfolgungsstatistik bildet die Strukturen der Entscheidungspraxis der Strafgerichte ab. Es wird beispielsweise die Zahl der Ab- und Verurteilten, die Art der begangenen Straftaten sowie der Entscheidung durch das Gericht dargestellt.[21] Die Zahl der Abgeurteilten im Sinne der Strafvollzugsstatistik stellt die Gesamtheit aller Angeklagten dar, deren Hauptverfahren mit einer Entscheidung des Gerichts abgeschlossen wird. Darin sind auch Angeklagte gefasst, die freigesprochen werden. Verurteilte hingegen sind Angeklagte, die auf Grundlage des Jugend- bzw. allgemeinen Strafrechts zu Jugend- oder Freiheitsstrafe, Jugend- oder Strafarrest oder zu Geldstrafen verurteilt werden.[22] Im Folgenden wird auf die Darstellung der Abgeurteiltenzahlen verzichtet.

Im Jahr 2009 wurden bundesweit 8131 Personen wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung verurteilt. Diese Zahl entspricht etwa 1% der Gesamtverurteiltenzahl. Die Verurteilten waren überwiegend über 30 Jahre alt.[23] 90 von 508 erfassten Heranwachsenden in Bezug auf Sexualstraftaten wurden nach allgemeinem Strafrecht verurteilt, somit war bei dem Großteil dieser Altergruppe das Jugendstrafrecht Grundlage der gerichtlichen Entscheidung.[24]
Die meisten begangenen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung liegen im Bereich Verbreitung, Erwerb und Besitz von kinderpornographischen Schriften (§ 184b StGB) mit 29,9% der Gesamtver-

[20] Bundeskriminalamt 2010, S. 136
[21] Statistisches Bundesamt 2010 S. 5
[22] Statistisches Bundesamt 2010, S. 13
[23] Statistisches Bundesamt 2010b, S. 7
[24] Statistisches Bundesamt 2010, S. 25

urteiltenzahl bei Sexualdelikten. 17,6% wurden wegen sexueller Nötigung bzw. Vergewaltigung (§177 Abs. 1 und Abs.2 Nr.1 StGB) und 19,1% wegen sexuellem Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB) verurteilt.[25]
Insgesamt wurden im Jahr 2009 4350 Personen, die ein Sexualdelikt begangen haben, mit einer Freiheitsstrafe sanktioniert, wovon 71,5% der Freiheitsstrafen zur Bewährung ausgesetzt wurden. 1024 Personen wurden zu einer Freiheitsstrafe zwischen 2 und 15 Jahren verurteilt.[26] Im Bereich der Geldstrafen lagen die häufigsten Sanktionierungen zwischen 31 und 90 Tagessätzen.[27] Dabei betrug die Höhe ab 5 bis 50 Euro.[28]

Die Entwicklung der Verurteiltenzahl auf Bundesgebietsebene kann leider nicht dargestellt werden, da die Strafverfolgungsstatistik erst im Jahr 2007 flächendeckend (also auch in den neuen Bundesländern) durchgeführt wurde. Es erfolgt daher eine kurze Darstellung des Längsschnitts für das frühere Bundesgebiet einschließlich Gesamt-Berlin seit 1995:
Im Vergleich zu 1995 ist die Zahl der Verurteilten aufgrund von Sexualdelikten um zirka 44% gestiegen. Der Anteil der nicht-deutschen Verurteilten ist dabei konstant geblieben. Bei Betrachtung der Verurteiltenzahlen in Bezug auf verschiedene Alterklassen wird deutlich, dass bei der Gruppe der 14- bis 18-Jährigen ein Anstieg von 86% (von 295 auf 550 verurteilte Sexualstraftäter) und bei Personen über 50 Jahre von 91% im Zeitraum zwischen 1995 und 2009 zu verzeichnen ist. In der Altersstufe der Täter, die zwischen 25- und 30 Jahre alt sind, ist ein Rückgang von 22% zu erkennen. Konstant geblieben ist die Zahl der Verurteilten aus der Gruppe der 30- bis 40-Jährigen.[29]

[25] Statistisches Bundesamt 2010, S. 31
[26] Statistisches Bundesamt 2010, S. 152f.
[27] Statistisches Bundesamt 2010, S. 188
[28] Statistisches Bundesamt 2010, S. 190
[29] Statistisches Bundesamt 2010a, S. 5 ff.

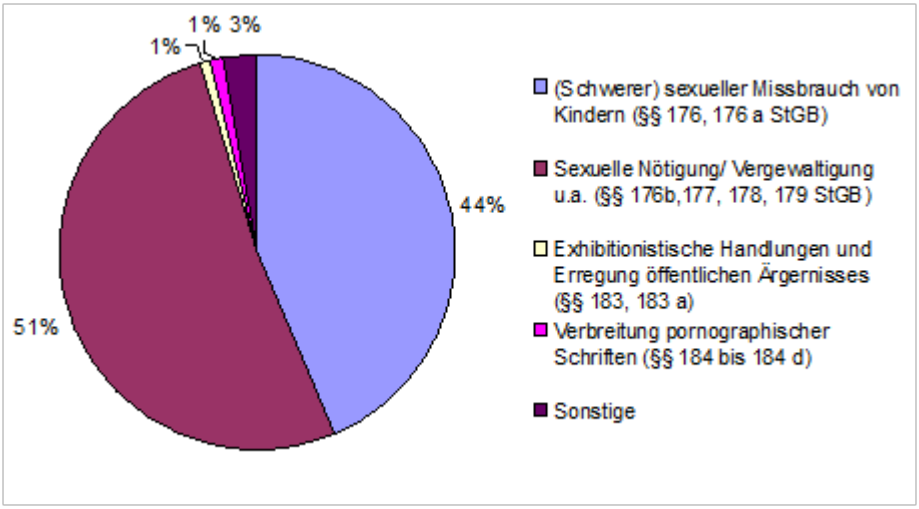
2.2.3 Strafvollzugsstatistik

Durch eine Stichtagserhebung zum 31. März eines Jahres sollen in der Strafvollzugsstatistik die „Strukturen der Gefängnispopulation in demographischer und kriminologischer Sicht veranschaulicht und Veränderungen im Zeitverlauf angezeigt werden“. Es werden daher Merkmale wie zum Beispiel Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit erhoben, aber auch die Art der Straftat oder auch der Freiheitsentziehung und einige weitere Inhalte.[30]
Am 31. März 2010 waren 60 693 Personen im Justizvollzug bzw. in der Sicherungsverwahrung untergebracht. 4 440 Unterbringungen beruhten auf Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Rund die Hälfte der Strafgefangenen, die ein Sexualdelikt begangen haben, war 40 Jahre alt oder älter und verbüßte eine Freiheitsstrafe. Eine Jugendstrafe verbüßten 228 Personen. Der Großteil gehörte zur Gruppe der Heranwachsenden nach Definition des Jugendgerichtsgesetzes (§ 1 Abs. 2 JGG), sowie zur Gruppe der 21- bis 25-Jährigen. 274 Sexualstraftäter waren in der Sicherungsverwahrung untergebracht.[31] Diese Zahl macht 51% aller Sicherungsverwahrten am Stichtag aus.

Betrachtet man die zahlenmäßige Verteilung der Inhaftierten und Sicherungsverwahrten im Hinblick auf das zugrunde liegende Sexualdelikt dann ergibt sich folgendes Bild:

[30] Statistisches Bundesamt 2010c, S. 6
[31] Statistisches Bundesamt 2010c, S. 22 f.

Abbildung 2: Prozentuale Anteile der Inhaftierten einzelner Sexualdelikte an der Gefangenenzahl im Bereich der Sexualstraftaten insgesamt



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010c, S. 22 ff. und eigene Berechnungen

Abbildung 2 bestätigt noch einmal die quantitative Bedeutung des sexuellen Missbrauchs an Kindern sowie der sexuellen Nötigung bzw. Vergewaltigung. Exhibitionistische Handlungen, die in der PKS zusätzlich zu den genannten Deliktarten zu den drei häufigsten Deliktgruppen im Bereich der Sexualdelikte zählen, sind hingegen im vollzuglichen Rahmen nicht mehr von so großer Bedeutung. Bei Betrachtung der Sanktionen bei Verurteilungen für exhibitionistische Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses (siehe Strafverfolgungsstatistik 2009) wird deutlich, dass solche Delikte zumeist mit Geldstrafen geahndet werden und sich daher nur wenige der Täter dieser Deliktgruppe im Vollzug wieder finden. Diese Tatsache bestätigt wiederum auch die qualitative Bedeutung von Nötigungs- bzw. Vergewaltigungs- oder auch Missbrauchsbrauchstaten. Sie werden hauptsächlich mit Freiheitsstrafen sanktioniert, wovon allerdings auch ein Großteil zur Bewährung ausgesetzt wird.[32]
Hauptsächlich sind die Gefangenen, deren Freiheitsentziehung auf einer Sexualstraftat beruht, männlich. Die Strafvollzugsstatistik verzeichnet 28 weibliche Gefangene, wovon zum Stichtag 11 Frauen ihre Freiheitsstrafe aufgrund schweren sexuellen Missbrauchs von Kindern gemäß §176a StGB verbüßten.[33]

[32] Statistisches Bundesamt 2010, S. 94 f.
[33] Statistisches Bundesamt 2010c, S. 22

Bei einer Längsschnittbetrachtung zeigt sich, dass die Gefangenenzahlen im Bereich der Sexualdelinquenz zum Stichtag des Berichtsjahres 2010 seit 2003[34] am niedrigsten sind.[35] Nachdem sie im Zeitraum zwischen 2003 und 2007 angestiegen sind, gingen sie anschließend bis 2010 wieder zurück. Der Rückgang von 11% seit 2007 ist hauptsächlich auf die Abnahme der Gefangenenzahlen folgender Deliktgruppen zurückzuführen: sexueller Missbrauch von Kindern gemäß § 176 StGB und sexuelle Nötigung/ Vergewaltigung (§ 177 StGB), sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen (§ 179 StGB) und sexueller Missbrauch von Kindern mit Todesfolge (§ 176b StGB).[36]

2.2.4 Dunkelfeld

Nach der Betrachtung der Entwicklung von Sexualstraftaten im Hellfeld sollen nun Erkenntnisse über das Dunkelfeld aufgezeigt werden.
Der Begriff „Dunkelfeld" bezeichnet die Differenz zwischen der Gesamtheit aller begangenen Straftaten und der durch amtliche Statistiken registrierten Straftaten, dem Hellfeld. Die Erforschung des Ausmaßes des Dunkelfeldes birgt einige Schwierigkeiten, nicht nur im methodischen Bereich bei der Wahl der Befragungstechnik, sondern beispielsweise auch bei der Entwicklung von Definitionen der zu erforschenden Sachverhalte. Die Festlegung einer Definition kann sich erheblich auf das Ergebnis der Untersuchung auswirken. Dies ist mitunter ein Grund dafür, dass Schätzungen zur Dunkelziffer bei Sexualdelikten von 1:6 bis 1:20 reichen.[37] Die Dunkelziffer beschreibt das Verhältnis zwischen der Kriminalität im Hellfeld und der tatsächlich begangenen Straftaten.[38]

In der Vergangenheit wurden im Bundesgebiet viele Befragungen an studentischen Stichproben zum Thema „sexuelle Gewalterfahrungen"

[34] Frühere Daten sind nicht verfügbar.
[35] STATISTISCHES BUNDESAMT 2003 bis 2010, Fachserie 10, Reihe 4.1
[36] STATISTISCHES BUNDESAMT 2008 bis 2010, Fachserie 10, Reihe 4.1
Die Gefangenenzahlen für die Delikte nach §§ 176b, 177 und 179 StGB werden in der Statistik in einer Zahl dargestellt, sodass nicht klar ersichtlich ist, auf welche Deliktgruppe der Rückgang der Gefangenenzahl tatsächlich zurückzuführen ist.
[37] BRAND 2006, S. 89
[38] EGG 2003, S. 41

durchgeführt. Allerdings fehlten bis 1997 repräsentative Untersuchungen, deren Erkenntnisse einen Rückschluss auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands zuließen.
1992 wurde von WETZELS am Kriminologischen Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine national-repräsentative Dunkelfelduntersuchung zum Thema „Gewalterfahrungen in der Kindheit“ durchgeführt.[39] Neben der Verbreitung innerfamiliärer physischer Gewalt gegen Kinder wurden auch Kindheitserlebnisse in Bezug auf sexuellen Missbrauch erfragt. Es wurden zunächst retrospektive Interviews mit 3355 Personen geführt. Anschließend nahmen 98,2% dieser Stichprobe auch an einer schriftlichen Befragung teil. Die der Untersuchung zugrunde gelegten Definitionen lehnen an den Tatbeständen des sexuellen Missbrauchs von Kindern der §174 und 176 StGB an.[40] Die Verwendung dieser recht engen Definitionen wurde dadurch begründet, dass bezüglich ihrer Bewertung ein „einhelliger sozialer Minimalkonsens besteht, wie er sich auch in Gesetzen niederschlägt“[41] und dadurch eine Schätzung zum Mindestumfang von sexuellem Missbrauch im Kindesalter vorgenommen werden kann.[42]
Es wurden Fragen zu sechs konkreten Handlungsformen und eine unspezifische Frage gestellt, sodass auch der Vergleich zwischen Ergebnissen einer weiten und einer engen Definition möglich ist. Bei der weiten Definition der Missbrauchsform gaben 7,3% aller befragten Männer (N=1580) an, in ihrer Kindheit sexuelle Übergriffe erlebt zu haben. Die Prävalenzrate bei den Frauen betrug 18,1%. Die Begriffe „Kindheit“ und „Jugend“ wurden hier von den Befragten selbst definiert. In der engsten Definition wurde nach bestimmten Missbrauchserfahrungen mit Körperkontakt exklusive exhibitionistischer Handlungen innerhalb verschiedener Schutzaltersgrenzen gefragt. Demnach wurden 2,8% der Männer und 8,6% der Frauen bis zum 16. Lebensjahr sexuell missbraucht.
Trotz der Abhängigkeit der Prävalenzraten von der definitorischen Eingrenzung wurde bei dieser Untersuchung deutlich, dass die Zahlen der weiblichen Opfer stets doppelt so hoch oder höher waren als die

[39] WETZELS 1997a, S. 11
[40] WETZELS 1997, S. 71
[41] WETZELS 1997, S. 69
[42] WETZELS 1997a, S.11

der männlichen Opfer. Dieses Ergebnis bestätigt auch die Befunde anderer Untersuchungen.[43]
Betrachtet man im Detail die einzelnen Handlungsformen, so liegt die Viktimisierungsrate bei sexuellem Missbrauch durch Berührung ohne Penetration am höchsten.[44]
Der Täterkreis besteht den Ergebnissen zufolge zu 94,7% aus Männern. Zudem entstammen die Täter zu 44% dem Bekanntenkreis des Opfers. 27% sind Familienangehörige.[45] Von 186 Personen die von sexuellen Missbrauchshandlungen mit Körperkontakt unter 16 Jahren betroffen waren, handelt es sich bei 28 Personen um inzestuösen Missbrauch. Davon waren 23 mehrmalig betroffen.[46]
Zusätzlich zur Befragung im Bezug auf die Viktimisierung wurde erhoben, ob die Betroffenen mit jemandem über die ihnen widerfahrenen Übergriffe gesprochen haben bzw. diese angezeigt haben. 253 aller Betroffenen äußerten sich diesbezüglich im Hinblick auf das subjektiv schlimmste Erlebnis vor dem 16. Lebensjahr. 42,5% dieser Personen, haben bis zum Zeitpunkt der Untersuchung noch mit niemandem über ihre Erfahrungen gesprochen. Da es sich bei den Befragten um Erwachsene handelte, lagen zum Teil Jahrzehnte zwischen dem subjektiv schlimmsten Erlebnis und dem Interview, an dem die Betroffenen zum ersten Mal über ihr Widerfahrnis sprachen. Nur rund 10% der Betroffenen sprachen mit professionellen Beratern. Die meisten vertrauten sich Freunden oder Familieangehörigen an. 9,5% zeigten die Täter bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft an. Dabei wurde von insgesamt 51 Fällen, die sich innerhalb der Familie ereigneten, lediglich ein Fall angezeigt.[47]

Auf Grundlage der beschriebenen Studie von WETZELS geht man im Bereich des sexuellen Missbrauchs von Kindern von einer Dunkelziffer von 1:5 bis maximal 1:8 aus. Die Prävalenzrate des sexuellen Missbrauchs, die dieser Schätzung zugrunde liegt, beträgt 10% der Kinder bis unter 16 Jahren.[48]

[43] BRAND 2006,S. 93
[44] WETZELS 1997, S. 155f.
[45] WETZELS 1997, S. 159
[46] WETZELS 1997, S. 160
[47] WETZELS 1997, S. 164
[48] BRAND 2006, S. 94

EGG fasst die Erkenntnisse dieser und anderer, den Kindesmissbrauch betreffende Studien, folgendermaßen zusammen: Die Opfer der überwiegend männlichen Täter seien meist Mädchen. Es werden hauptsächlich einmalige Übergriffe angegeben. „Anzahl, Dauer und Intensität der Handlungen nehmen jedoch mit der sozialen Nähe zwischen Täter und Opfer zu“. Der markanteste Unterschied zwischen Hellfeld und Dunkelfeld läge in der Zahl der fremden Täter. Diese sei im Hellfeld höher als im Dunkelfeld, was darauf hindeute, dass die Hemmschwelle, einen verwandten oder bekannten Täter anzuzeigen, relativ hoch ist.
Das Auftreten des sexueller Missbrauchs von Kindern sei außerdem, anders als vermutet, rückläufig.[49]

Einen weiteren Zugang zu Daten über das Dunkelfeld ermöglicht, außer der Opferbefragung, auch die Befragung der Täter. Meistens werden dabei bereits verurteilte Straftäter nach begangenen Straftaten befragt, die aber nie strafrechtlich verfolgt wurden. Es können allerdings auch Personen, welche niemals wegen eines Sexualdelikts strafrechtlich in Erscheinung getreten sind, nach begangenen Delikten befragt werden.
Eine Studie, die sich der Methode der Täterbefragung bediente, wurde 1997 von HAAS und KILLIAS in der schweizerischen Armee unter dem Titel „Sexuelle Gewalt und persönliche Auffälligkeiten“ durchgeführt. Es wurden insgesamt 80% der 20-Jährigen-Kohorte der Schweizer Rekruten schriftlich befragt. Dies ergab eine auswertbare Stichprobe von 21 314 Personen. Die Relevanz der Studie für die Dunkelfeldforschung im Bereich der Sexualstraftaten ergibt sich zum einen aus der Größe der Stichprobe und zum anderen aus der Wahl der Untersuchungspopulation. Diese besteht aus Personen, die bisher nicht wegen eines Sexualdeliktes verurteilt wurden.[50]
Die 20-jährigen Rekruten wurden zu von ihnen ausgehenden sexuellen Gewalthandlungen innerhalb der letzten 12 Monate, vor Beginn der Rekrutenausbildung, befragt. Insgesamt 14% der Befragten gaben zu, im genannten Zeitraum sexuelle Übergriffe gegenüber einer anderen Person gegen ihren Willen begangen zu haben. Die sexuellen Übergriffs- und Gewalthandlungen wurden der Schwere nach in fünf Kate-

[49] EGG 2003, S. 41
[50] HAAS/ KILLIAS 2000, S. 1

gorien eingeteilt. Die sechste Kategorie umfasst alle Handlungen, zu deren Art keine konkrete Auskunft gegeben wurde. Zudem wurde zur Spezifikation des Gewaltanteils der jeweiligen Handlungen auch nach Verwendung von Waffen oder Gewalt zu Einschüchterung des Opfers gefragt. In den meisten Fällen wurden die Taten zumindest ohne physische Gewaltanwendung begangen. 65,7% der Personen, die sexuelle Handlungen gegen den Willen der beteiligten Person durchgeführt haben, gaben eine Tat der Kategorie 1 an. Diese umfasst beispielsweise exhibitionistische Handlungen und das Anfassen oder Küssen einer anderen Person. Die Ergebnisse zeigen, dass die Häufigkeit der begangenen Taten ab Kategorie 2 mit der Schwere zunimmt. Diese Kategorie fragt nach Berührung der Geschlechtsteile des Opfers. 5,4% gaben solch eine Handlung zu. Hingegen sind es 21,8%, die eine Tat nach Kategorie 5 verübten, also den Geschlechtsverkehr gegen den Willen des Opfers vollzogen. 4,6% (n=30) dieser Täter nötigten ihr Opfer durch Drohung oder Gewaltanwendung zur Duldung des Geschlechtsverkehrs (Vergewaltigung).[51]

53% (n=16) der Vergewaltiger gaben an, eine unbekannte Person zum Opfer gehabt zu haben. Zur zweithäufigsten Opfergruppe gehörten eigene oder fremde Kinder. Ein Drittel der Vergewaltiger hatten erwachsene männliche Opfer.[52] Dies erscheint sehr hoch, wenn man im Vergleich dazu die Zahlen der männlichen Opfer von Vergewaltigung in der PKS 2009 anschaut. Nur 4,2% aller Opfer im Hellfeld waren männlichen Geschlechts.[53] Dies deutet darauf hin, dass viele männliche Opfer von Sexualstraftaten, diese nicht zur Anzeige bringen. Ein Grund dafür könnte unter anderem das gesellschaftliche Männerbild sein. Männer sind demnach das „starke“ Geschlecht. Viktimisierungen des Mannes, vor allen Dingen im sexuellen Bereich, sind sehr schambesetzt, da sie diesem Bild stark widersprechen. Die Opferwerdung eines Mannes durch Täterschaft eines anderen Mannes oder sogar einer Frau scheint aus gesellschaftlicher Perspektive sehr abwegig zu sein. Dies hat eine starke Tabuisierung zur Folge.[54]

[51] HAAS/ KILLIAS 2000, S. 2
[52] HAAS/ KILLIAS 2000, S. 3
[53] BUNDESKRIMINALAMT 2010, Tabelle 92, S.1
[54] JUNGNITZ u.a. 2007, S. 11 ff.

Von allen 2976 Tätern, die in irgendeiner Form sexuell übergriffig waren, benannten die meisten ihre/n ehemalige/n oder aktuelle/n Partner/in als Opfer.[55]

3. Sexualstraftäter

3.1 Typologien

Der Begriff „Sexualstraftäter“ scheint zunächst für jedermann klar nachvollziehbar und verständlich zu sein. Allerdings bilden Sexualstraftäter eine sehr heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich nicht nur aufgrund der divergierenden Straftatenformen und dadurch entstehenden Schadensfolgen, sondern auch aufgrund unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen und Tatmotive. Sexualstraftaten sind nicht zwangsläufig sexuell motiviert. Häufig liegen ihnen andere Tatmotive wie beispielsweise die Ausübung von Macht zugrunde. Aufgrund dessen sind Sexualdelikte in vielen Fällen auch der Gewaltkriminalität zuzuordnen.
In der Vergangenheit wurden unzählige Typologien und Klassifikationen entwickelt um die Gruppe der Sexualtäter besser charakterisieren zu können. Zudem ist eine Typologisierung einerseits für die Behandlungsplanung von großer Bedeutung, denn nur durch eine klare Diagnose kann eine passende Behandlungsmethode angewandt werden und zum Erfolg führen. Andererseits können aufgrund von Typisierungen auch konkrete Aussagen über die Legalprognose und Rückfallgefährdung der Täter gemacht werden, da viele Typologien auf Grundlage von empirischen Studien entstanden sind.[56]
In der Kriminologie unterscheidet man bei der Typisierung häufig zwischen drei Hauptdeliktgruppen. Die erste Gruppe ist die der sexuellen Gewaltdelikte. Sie umfasst die Vergewaltigung und sexuelle Nötigung nach §§ 177 und 178 StGB. Vergewaltigungen werden vor allen Dingen aus dem Grunde als sexuelle Gewaltdelikte bezeichnet, weil viele Entwickler von Typologien davon ausgehen, dass diese Deliktart nicht ausschließlich sexuell motiviert ist, sondern auch das Aus-

[55] HAAS/ KILLIAS 2000, S. 2
[56] BRAND 2006, S. 8

leben von Macht, Wut und Kontrolle dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt.
Die zweite Gruppe beinhaltet sämtliche sexuellen Missbrauchsdelikte, vor allem diejenigen, die an Kindern begangen werden (§§176, 176a und b StGB). In der dritten Gruppe werden alle sexuellen Belästigungsdelikte gefasst, insbesondere exhibitionistische Handlungen nach §183 StGB.[57]

Zu den sexuellen Gewaltdelikten entwickelte GROTH eine Tätertypologie bestehend aus drei Tätertypen. Der sogenannte „Power-rape“-Typus vergewaltigt sein Opfer aus einem Machtbedürfnis heraus. Die Bestrebung nach Kontrolle und Unterwerfung einer anderen Person können neben der Beseitigung von Minderwertigkeitsgefühlen des Täters Gründe für diesen Typus zur Deliktbegehung sein. Die Taten eines solchen Täters sind meist geplant und von einem hohen Gewalteinsatz gekennzeichnet. Die Sexualität dient dabei der Unterwerfung und soll Dominanzwünsche befriedigen. Als „Anger rape“ bezeichnet GROTH die Vergewaltigung aus Wut. Hierbei wird Sexualität zum feindlichen Akt und dient als Ventil für die Entledigung von Wut und anderen angestauten Gefühlen. Die sexuelle Befriedigung spielt hierbei nur eine sehr untergeordnete Rolle. Generell sind die Taten ist von großer Brutalität gekennzeichnet. Es wird wie bei dem „Power rape“-Typus vielmehr Gewalt angewendet, als nötig ist, wobei dem Opfer häufig sehr schwere körperliche Schäden zugefügt werden. Der Täter begeht die Vergewaltigung in vielen Fällen eher impulsiv. „Zumeist geht der Tat ein stressauslösendes Ereignis voraus […]“ Beim Typus „Sadistic rape“ steht Sexualität im Dienste der Erotisierung von Wut und Machtgefühlen. Die Tat verläuft hier rituell und scheint eine Art Bestrafung für das Opfer darzustellen. Mit der Aggression steigt die sexuelle Erregung, was für das Opfer tödlich enden kann.[58]

GROTH entwickelte Ende der 70er Jahre anhand klinischer Erfahrungen auch eine Typologie für sexuellen Missbrauch, die heute immer noch zur Anwendung kommt. Er benannte zum Einen den „regressiven“ Typ, der sich nur aufgrund von Belastungssituationen einem

[57] EGG 2003, S. 39f.
[58] BRAND 2006, S. 37f.

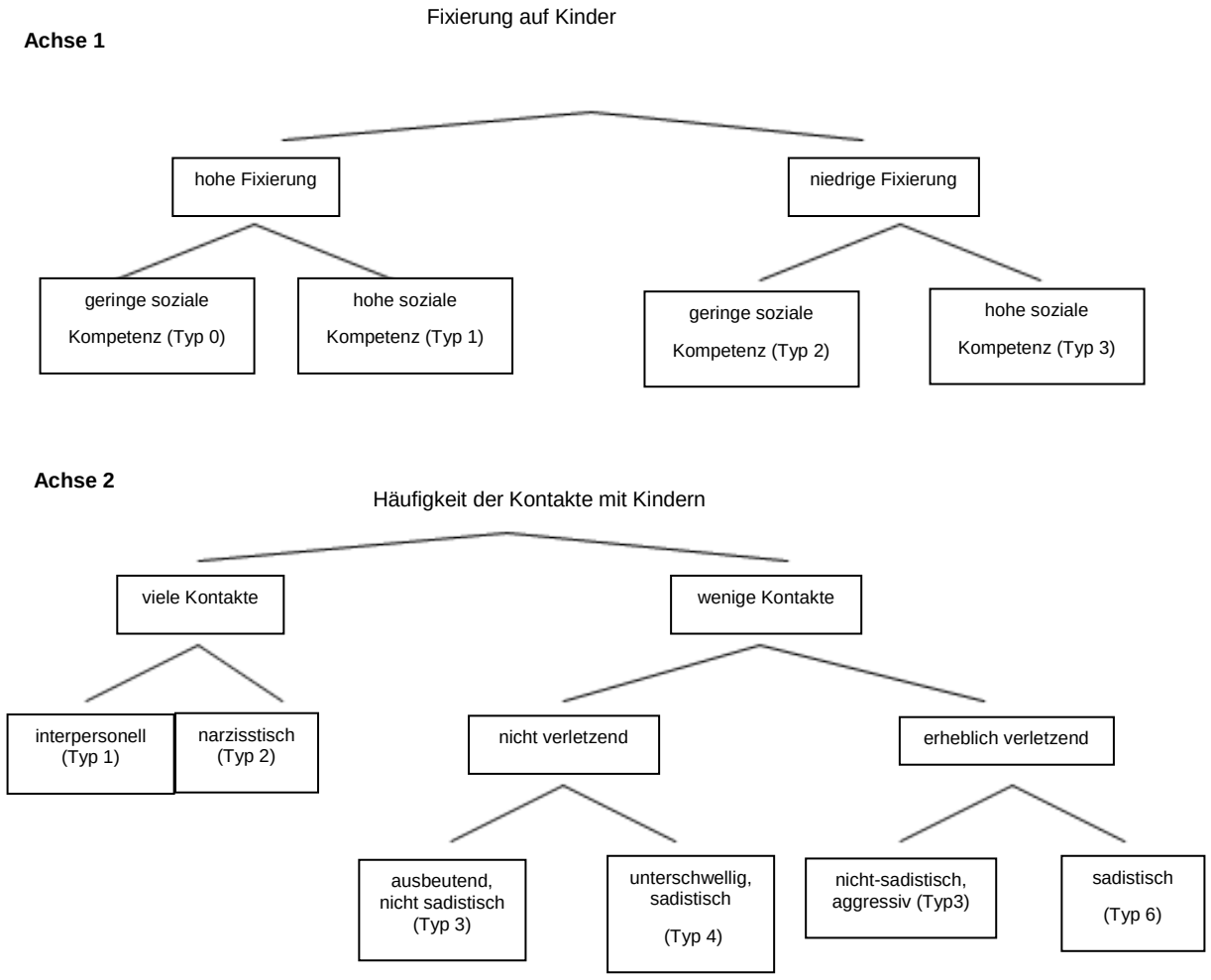
Kind sexuell nähert, und zum Anderen den „fixierten“ Typ, der sich primär auf Kinder als Sexualpartner fokussiert.
Der „fixierte“ Tätertyp hat zwar auch sexuelle Kontakte zu Erwachsenen, diese sind aber eher als Auswirkung des gesellschaftlichen Drucks und somit nur als Zweckbeziehungen zu verstehen. Er hegt permanente sexuelle Phantasien, die sich auf Kinder beziehen, wohingegen sexuelle Beziehungen zu Erwachsenen für ihn eher mit Minderwertigkeitsgefühlen und der Furcht, abgelehnt zu werden, verbunden sind. Seine Taten sind vorsätzlich und geplant und der Täter hat oftmals keine Gefühle der Reue oder Schuld. Die Neigung des „fixierten“ sexuellen Missbrauchers entwickelt sich in der Adoleszenz. Seine Persönlichkeit ist als unreif zu bezeichnen. Die Gruppe der Opfer besteht in erster Linie aus Jungen.
Der „regressive“ Typ hingegen, hat primär Mädchen zum Opfer. Für ihn stellt die Tat eher eine Bewältigung situationsbedingter, überfordernder Probleme dar und nicht das Ausleben einer Neigung. Das Interesse an Sexualkontakten zu Kindern entsteht im Erwachsenenalter, wobei die erste Tat eher impulsiv und ungeplant geschieht. Anders als der „fixierte“ Typus, der sich auf die Ebene des Kindes begibt, sieht der „regressive“ Missbraucher in dem Kind einen Erwachsenenersatz.
Zur Spezifikation dieser beiden Typen unterscheidet GROTH nochmals in Sexualkontakte unter Druck, bei denen keine physische Gewalt angewendet wird, und Sexualkontakte mit Gewalt, bei denen der Täter mittels Drohung und Gewaltanwendung das Opfer zur Duldung der sexuellen Handlungen zwingt und zusätzlich sadistische Bedürfnisse befriedigt. Bei Ersteren verführt der Täter das Kind durch Versprechungen und Geschenke zur Teilnahme an den sexuellen Handlungen.[59]

Im Jahre 1990 entwickelten KNIGHT und PRENTKY mittels verschiedener Methoden eine Typologie von COHEN weiter. Das Ergebnis war die Missbrauchstypologie und die Vergewaltigungstäter-Typologie.
Die Missbrauchstypologie entstand auf der Grundlage einer Untersuchung von 177 verurteilten männlichen Missbrauchstätern. Die Täter

[59] Brand 2006, S 14 ff.

hatten alle physischen Kontakt zu Kindern unter 16 Jahren. Ihre Opfer waren ausschließlich Kinder.[60]
Zur Klassifikation der Missbrauchstäter sind KNIGHT und PRENTKY zunächst von zwei Kennzeichen ausgegangen (Abb. 2):

Abbildung 3: Klassifikation von männlichen Missbrauchstätern nach KNIGHT und PRENTKY



Quelle: BRAND 2006, Abbildung 2, S.24, gestalterische Veränderungen d. Verf.

Achse 1 stellt den Grad der Fixierung auf Kinder dar, Achse 2 die Häufigkeit der Kontakte mit Kindern, wobei hier jegliche Art von Kontakten gemeint ist. Diese beiden Kennzeichen wurden weiter ausdifferenziert. Der Grad der Fixierung in Achse 1 wurde durch das

[60] KNIGHT/PRENTKY 1990 zitiert in BRAND 2006, S. 23

Ausmaß der sozialen Kompetenz erweitert. Diese definiert sich durch die Qualität von Beziehungen zu Gleichaltrigen bzw. durch die Fähigkeit zu solchen Beziehungen. Achse 2 wird hinsichtlich der Bedeutung der Kontakte zu Kindern bzw. des Grades der physischen Verletzung des Opfers erweitert.
Der interpersonelle Täter der Achse 2 (Typ 1) ist vorrangig bestrebt eine Beziehung zum Opfer aufzubauen. Er ähnelt dem „fixierten“ Typ von GROTH. Der narzisstische Typus (Typ 2) hingegen hat die Befriedigung seiner sexuellen Bedürfnisse zum Ziel. Seine Opfer stammen nicht, wie es bei Typ 1 hauptsächlich der Fall ist, aus dem Bekanntenkreis, sondern sind fremd. Der „ausbeutend, nicht-sadistische“ Tätertyp (Typ 3) unterscheidet sich vom „unterschwellig sadistischen“ (Typ 4) darin, dass er keinerlei Phantasien bezüglich der physischen Verletzung seines Opfers hat. Der Unterschied zwischen Typ 5 und Typ 6 besteht in der zugrunde liegenden Motivation bei der Verletzung des Opfers. Für Typ 5 dient die Gewalt als Instrument zur Entledigung von Wut und Aggressionen. Bei Typ 6 hingegen ist die Anwendung von Gewalt sadistisch motiviert.
Die Kombination aller Typen der Achse 1 mit denen der Achse 2 ergibt 24 Tätertypen. Allerdings tritt zirka die Hälfte nur äußerst selten bis nie auf.[61] Aus der Stichprobe der 177 verurteilten Missbrauchstäter gehörten 20,9% der Kombination aus Typ 0 der Achse 1 und Typ 2 der Achse 2 an. Dies stellte die Mehrheit aller vertretenen Kombinationen dar. Darauf folgte mit 15,3% die Kombination aus dem Typ 0 der Achse 1 und dem Typ 3 der Achse 2. 6 Kombinationen traten bei der Untersuchung von KNIGHT und PRENTKY nicht auf.[62]

Für die Vergewaltigungstäter-Typologie haben KNIGHT und PRENTKY vier Tatmotive als Basis festgelegt. Insgesamt haben sie durch die zusätzliche Integration eines weiteren Aspektes, nämlich der Ausprägung der sozialen Kompetenz, neun Tätertypen herausgestellt.
Auf Grundlage des ersten Tatmotivs, „Gelegenheit zur Tat“, wurden zwei Tätertypen klassifiziert. Sie begehen die Tat meist ungeplant. Ihnen mangelt es an Impulskontrolle, was sich auch bei Betrachtung der gesamten Lebensgeschichte zeigt. Die Begehung der Tat beruht nicht auf angestauter Wut oder lange unterdrückten sexuellen Fanta-

[61] KNIGHT/ PRENTKY 1990,34 zitiert in BRAND 2006, S. 24f.
[62] REHDER 2001, S. 88, Tabelle 2

sien, sondern eher auf situationsbedingten Stressfaktoren. Diese Täter verüben die Tat unter geringem Einsatz von Gewalt, es sei denn, das Opfer leistet Widerstand. Es ist keinerlei Opferempathie vorhanden. Das Bestreben des Täters besteht in der unmittelbaren Befriedigung seiner Bedürfnisse. Die Unterscheidung zwischen Typ 1 und Typ 2 erfolgt aufgrund der Ausprägung der sozialen Kompetenz. Typ 1 wird eine hohe soziale Kompetenz zugeschrieben. Er wählt häufig ihm bekannte Opfer aus.
Bei Typ 3 ist das Basistatmotiv die „alles durchdringende Wut“. Die sexuelle Befriedigung ist zweitrangig. Der Täter begeht die Tat in erster Linie aufgrund von undifferenzierter Wut. Dies äußert sich bei Begehung der Tat durch einen hohen Grad der Gewaltanwendung, wodurch das Opfer erheblich physisch geschädigt wird. Der Widerstand des Opfers provoziert bei diesem Tätertypus die Erhöhung des Gewalteinsatzes. Männer können auch zum Opfer dieser Täterklasse werden. Weiteres Kennzeichen dieses Typus ist ebenfalls eine Störung der Impulskontrolle.
Die Typen 4 bis 7 bilden das dritte Basismotiv, die „sexuelle Motivation“. Ihren Taten liegt ein langes Beschäftigtsein mit sexuellen Fantasien zugrunde, die bei Typ 4 und 5 hauptsächlich mit Sadismus einhergehen. Typ 4 wird als „offen sadistisch“ bezeichnet, weil er, im Gegensatz zum Typ 5, dem „Verdeckt-Sadistischen“, seine Aggressionen sichtbar am Opfer zeigt. Bei beiden Typen verschmelzen Sadismus und sexuelle Bedürfnisse untrennbar miteinander. Der Gewalteinsatz bei den nicht-sadistischen Tätern (Typ 6 und 7) ist recht gering. Sie neigen bei Widerstand des Opfers eher zur Flucht als zur offensiven Kontrollausübung mittels Gewalt. Bei diesen Tätertypen sind verschiedene, miteinander verbundene Faktoren vorherrschend. Zum einen Gefühle der Unzulänglichkeit im Hinblick auf ihre Sexualität und ihre maskuline Identität, zum anderen eine verzerrte Wahrnehmung der Frau und ihrer Sexualität.
Die vierte Grundmotivation, die „Rache“, manifestiert sich in zwei Täterklassen. Die Tätertypen 8 und 9 fügen dem Opfer erhebliches Leid zu, von Beleidigung bis hin zum Tod. Ihre Aggressionen richten sich primär gegen weibliche Opfer. Obwohl sich ihre Rachsucht in einem Sexualdelikt äußert, gibt es keinen Hinweis darauf, dass sie sadistische Neigungen haben. Anders als die sadistischen oder die wut-

durchdrungenen Täter weisen sie eine geringere Impulsivität in ihrem Lebensstil auf.[63]

Die Typisierung der Vergewaltigungstäter von KNIGHT und PRENTKY erwies sich in der Vergangenheit als sehr praktikabel. Ergebnisse auf Grundlage deutscher Stichproben bestätigten die oben erläuterten Täterklassen.[64]

Weitere bekannte Typologien von Missbrauchs- und Vergewaltigungstätern stammen beispielsweise von REHDER, FINKELHOR, und BEIER.
Im Bereich der Belästigungsdelikte hat BEIER auf Grundlage einer Untersuchung an 510 Sexualstraftätern, die 1995 veröffentlicht wurde, unter anderem auch eine Typologie für Exhibitionisten entwickelt. Diese besteht aus vier Gruppen, von denen eine nicht klassifizierbar war.
Die erste Gruppe („typische Exhibitionisten“) bilden die Personen, die aus geordneten und gesellschaftlich angepassten Familien stammen. Sie begehen die exhibitionistischen Handlungen meist im mittleren Alter, wobei sich die Neigung dazu bereits in der Adoleszenz ausbildete. Ihre soziale wie auch berufliche Entwicklung verläuft unscheinbar. Sie verhalten sich stets angepasst und unauffällig.
Die Personen, die der zweiten Gruppe der Exhibitionisten zugehörig sind („atypische Exhibitionisten“), fallen durch dissoziales Verhalten auf, welches mit dissexuellem Verhalten einhergeht. Der Begriff „Dissexualität“ wird bei BEIER als Sozialversagen definiert, welches im sexuellen Bereich zum Ausdruck kommt. Dabei wird Dissexualität als ein Teil der Dissozialität, also des allgemeinen Sozialversagens, verstanden. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich meist um Personen, die eine ungünstige Sozialisation erlebt haben. Durch verschiedene Faktoren gerieten sie in Außenseiterpositionen. „Nicht selten finden sich hirnorganisch bedingte Defizite des psychischen Apparates, entweder post-traumatischer oder alkoholischer Genese“.
Zu der dritten Gruppe gehören Täter, die auf Kinder fixiert sind („pädophil-orientierte Exhibitionisten“) und die daher für die Ausübung

[63] KNIGHT/ PRENTKY 1990 zitiert in REHDER 2001, S. 83ff.
[64] HOFFMANN 2002, S. 111

ihrer exhibitionistischen Neigungen hauptsächlich Kinder als Opfer wählen.[65]

3.2 Rückfälligkeit

Die amtlichen Rechtspflegestatistiken, die in Kapitel 2.2 vorgestellt wurden, geben leider keine Auskunft über die einschlägige Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. Zur Ermittlung der Rückfallrate wurden in der Vergangenheit zahlreiche Studien u.a. auch im deutschsprachigen Raum durchgeführt, die aber aufgrund ihrer kleinen und auch selektiven Stichproben keine verallgemeinerbaren Aussagen zuließen. So wurden beispielsweise Rückfalluntersuchungen zu Entlassenen einzelner sozialtherapeutischer Einrichtungen oder Justizvollzugsanstalten durchgeführt. Häufig ist der Vergleich zwischen den einzelnen Studien schwierig, da sich die verwendeten Forschungsmethoden, aber auch die zugrunde liegenden Definitionen (z.B. des Begriffs „Rückfall") oder Beobachtungszeiträume (auch „Risikozeitraum" oder „time at risk" genannt) unterscheiden.[66]

Im Jahr 1996 wurde die Kriminologische Zentralstelle (KrimZ)[67] damit beauftragt eine Studie zum Thema „Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern" durchzuführen. Diese Studie sollte repräsentative Daten für den deutschsprachigen Raum liefern und die bis dahin bestehende Forschungslücke schließen.[68] Die Zielsetzung war in erster Linie die Ermittlung von Rückfallquoten bei Sexualstraftätern. Außerdem sollte die Studie auch ein stückweit zur Aufklärung bezüglich der Risikofaktoren für die Rückfälligkeit beitragen.
Als Untersuchungspopulation wählte man Straftäter, die im ersten Halbjahr 1987 in Deutschland (BRD und DDR) wegen eines Sexualdelikts sanktioniert wurden. Insgesamt wurden 780 Täter untersucht.

[65] BEIER 1995, S. 54
[66] ELZ 2001, S. 54 ff., EGG 2003, S. 41 f.
[67] Die KrimZ ist eine „Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder für den Bereich der Strafrechtspflege", weiterführend siehe DESSECKER/EGG 2008, S. 322 ff.
[68] ELZ 2001, S. 14

Die Daten zur Rückfälligkeit bzw. Legalbewährung ermittelte man sowohl durch Bundeszentralregisterauszüge, als auch durch die Analyse von Strafakten jedes einzelnen Straftäters.[69] Nachfolgend werden einige wesentliche Ergebnisse der Studie kurz dargestellt:
Die Rückfallquoten bezogen auf die einschlägige Rückfälligkeit liegen bei Missbrauchstätern[70], als auch bei Tätern, die ein sexuelles Gewaltdelikt (sexuelle Nötigung und/oder Vergewaltigung)[71] begangen haben bei 20%. Im Bereich der exhibitionistischen Handlungen liegt die einschlägige Rückfallquote (auch „Basisrate“ genannt) mit über 50% wesentlich höher.[72] Die Analyse der Rückfallgeschwindigkeit bei einschlägig Rückfälligen zeigte, dass die meisten Rückfälle im ersten Jahr des Beobachtungszeitraums geschehen. Aber auch längere Zeit nach der Begehung des Bezugsdelikts wurden noch ca. 10% der Missbrauchs- und Nötigungs- bzw. Vergewaltigungstäter rückfällig und begingen eine weitere Sexualstraftat.[73]

Als wichtiger Risikofaktor für die Begehung erneuter Sexualstraftaten hat sich die Täter-Opfer-Beziehung erwiesen. Die Rückfallgefahr bei Tätern, die dem Opfer nur flüchtig oder gar nicht bekannt waren, war besonders hoch.[74] Zudem wurden Täter, die ihr erstes Sexualdelikt als Jugendlicher oder Heranwachsender begangen haben, als besonders gefährlich hinsichtlich der Begehung weiterer Sexualtaten angesehen. Man stellte außerdem fest, dass viele der Täter, die bei Tatausübung nicht alkoholisiert waren eher zu einem Rückfall neigten.[75]

[69] ELZ 2001, S. 7
[70] ELZ 2001, S. 202
[71] ELZ 2002, S 217
[72] EGG 2003, S. 42
[73] ELZ 2001, S. 260 f. i.V.m. ELZ 2002, S. 232 f.
[74] ELZ 2002, S. 292
[75] ELZ 2001, S. 300

4. Behandlung von Sexualstraftätern

4.1 Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten

„Wegschließen, und zwar für immer.“ Mit diesen Worten forderte Gerhard Schröder im Jahre 2001 die Verschärfung des Sexualstrafrechts nachdem einige schwere Sexualstraftaten und sexuell motivierte Morde an Kindern in der Bevölkerung Aufsehen erregten. Aus ähnlicher Situation heraus wurde am 26. Januar 1998 das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“[76] verabschiedet, welches verschiedene Änderungen des strafrechtlichen Sanktionssystems und des Strafvollzugsrechts enthielt. Das Ziel des Gesetzes war die Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung vor Sexual- und schweren Gewaltstraftaten.[77] Natürlich erscheint die Forderung des ehemaligen Bundeskanzlers angesichts der Gefahr, die von Sexualstraftätern ausgeht und den Folgen für die Opfer, völlig legitimiert. Allerdings sieht die Realität so aus, dass es nun mal viele Sexualdelinquente gibt, die zu einer zeitigen Freiheitsstrafe verurteilt werden (siehe Strafverfolgungsstatistik) und nach einigen Jahren Haft wieder in die Freiheit entlassen werden müssen. Das Risiko, das von ihnen ausgeht, kann dann eben nicht dauerhaft durch „Wegschließen“ gebannt werden.
Das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten setzte daher neben Gesetzesverschärfungen auch auf mehr Therapie und schaffte eine bessere Grundlage für die Behandlung von Sexualstraftätern, die in erster Linie im intramuralen Setting stattfindet. Eines der wichtigsten Neuregelungen auf Grundlage des Gesetzes ist die zwingende Verlegung von behandlungsfähigen Sexualstraftätern, die eine Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verbüßen müssen, in eine sozialtherapeutische Einrichtung. Diese Verpflichtung schlug sich in § 9 Abs. 1 StVollzG nieder und sollte ab Januar 2003 wirken. Bis zu diesem Zeitpunkt galt eine Soll-Vorschrift, da bei Beschluss des Gesetzes nicht genügend Therapieplätze verfügbar waren um die Vorschrift

[76] BGBl. I, S. 160, Internet:
http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl *[Abrufdatum 20.01.2011]*
[77] BT-Drucks. 13/8989, S. 2
Internet: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/089/1308989.pdf *[Abrufdatum 20.01.2011*]

praktisch umsetzen zu können. Durch eine Erweiterung von § 6 Abs. 2 StVollzG wurden die Vollzugsbehörden aber auch dazu verpflichtet, zu überprüfen, ob eine Verlegung eines inhaftierten Sexualstraftäters überhaupt angezeigt ist. Ist das Ergebnis negativ, so muss diese Prüfung alle sechs Monate wiederholt werden (§ 7 Abs. 4 StVollzG).[78] Da die Verlegung eines Sexualstraftäters in eine sozialtherapeutische Einrichtung durch die neue Vorschrift nun als Regelfall vorgesehen ist, bedarf es nicht mehr, wie zuvor, der Zustimmung des Anstaltsleiters und des Inhaftierten selbst.

Die dargestellten Gesetzesänderungen hatten für die Sozialtherapie weit reichende Folgen. Das Angebot an Therapieplätzen musste erheblich erweitert werden, da mit der neuen Vorschrift nicht nur eine Verpflichtung zur Verlegung von Sexualdelinquenten in Therapieeinrichtungen einhergeht, sondern auch das Recht der Straftäter selbst, einen Therapieplatz einzufordern. In den vergangenen Jahren wurden viele neue Sozialtherapieeinrichtungen im Justizvollzug eröffnet. Bei den meisten handelt es sich allerdings nicht um eigenständige Anstalten, sondern um Abteilungen, die in Justizvollzugsanstalten integriert sind.
Neben der Errichtung neuer Therapieplätze mussten aber auch neue Konzeptionen erstellt werden, da die Klientel der Sozialtherapie im Justizvollzug schwerpunktmäßig aus Sexualstraftätern bestehen sollte. So wurden beispielsweise Programme entwickelt, die speziell auf die Behandlungsanforderungen von Sexualstraftätern zugeschnitten sind.[79] Außerdem wurde das Konzept der „integrativen Sozialtherapie“ vermehrt eingesetzt. Dieses Therapiekonzept vereint psychotherapeutische, sozialpädagogische und arbeitstherapeutische Elemente, sodass eine umfassende, in alle Lebensbereiche hineingreifende Behandlung erfolgt. Dies wird dadurch unterstützt, dass die Klienten innerhalb eines Wohngruppenvollzugs zusammenleben und so eine therapeutische Gemeinschaft entsteht. Das soziale Lernen innerhalb der Gruppe wird dadurch gefördert und es können neue Handlungsmöglichkeiten erprobt werden. Ein weiteres wichtiges Kennzeichen der integrativen

[78] DESSECKER 2000, S. 29
[79] SPÖHR 2009, S. 10

Sozialtherapie ist die „zunehmende Verantwortungsübergabe an den Klienten […].“[80]

Neben der Neuregelung in Bezug auf die intramurale Therapie wurden durch das Gesetz vom 26. Januar 1998 auch die rechtlichen Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung im Rahmen einer Strafaussetzung oder Strafrestaussetzung sowie der Führungsaufsicht geschaffen. Zur Erteilung einer Therapieweisung bedarf es nach § 56 c Abs. 3 Nr. 1 StGB keiner Einwilligung mehr durch den Verurteilten selbst. Das Gesetz schreibt lediglich bei einer Heilbehandlung, die mit einem Eingriff in den Körper verbunden ist, die Zustimmung des Verurteilten vor. So wurde trotz der verfassungsrechtlichen Bedenken eine zulässige Möglichkeit geschaffen, Straftäter zu einer notwendigen und sinnvollen Psychotherapie zu verpflichten.[81] Allerdings stellt sich hier das praktische Problem der Verfügbarkeit von ambulanten Therapieplätzen. Auf diese Problematik soll in Kapitel 4.5.1 näher eingegangen werden.

4.2 Behandelbarkeit von Sexualstraftätern

Im Jahr 2002 wurde vom Max-Planck-Institut eine bundesweite Expertenbefragung mit Fachleuten verschiedener Institutionen, wie zum Beispiel dem Maßregelvollzug und sozialtherapeutischer oder universitärer Einrichtungen, durchgeführt. Das Ziel war zum einen die Ermittlung von Behandlungsmethoden in Bezug auf Sexualstraftäter und die Wirksamkeit dieser Instrumente. Zum anderen sollte festgestellt werden, ob auf Grundlage der Erfahrungen der Befragten aus der Arbeit mit Sexualdelinquenten bestimmte Täterklassen identifiziert werden können und durch welche Merkmale diese gekennzeichnet sind.[82] Die Erkenntnisse sollten als Grundlage für eine anschließende Befragung von Sexualstraftätern dienen. Zur Erhebung der Daten wurden qualitative Fragebögen an 67 Experten geschickt. 22 Einrichtungen

[80] SPÖHR 2009, S. 52
[81] BRAASCH in DÖLLING/DUTTGE/RÖSSNER § 56 c StGB, Rn. 12 f.
[82] WÖSSNER 2002, S. 7

wurden über die jeweilige Leitung angeschrieben. Schließlich konnte man einen Rücklauf von 57 Fragebögen verzeichnen.[83]
Durch einen Frageblock zur Behandelbarkeit von Sexualstraftätern sollte auch ermittelt werden, welche Tätertypen besonders gut oder aber auch besonders schlecht durch das Therapieangebot erreicht werden konnten. Hierzu wurden 42 Fragebögen mit folgenden Ergebnissen ausgewertet: Bezüglich der Merkmale von Tätern, die besonders gut auf die Behandlung ihrer Einrichtung ansprachen, gab es jeweils zehn Nennungen für „durchschnittliche Intelligenz", „Reflexions- und Einsichtsfähigkeit" und „Empathiefähigkeit". Jeweils acht Nennungen gab es für die Merkmale „Leidensdruck", „Beziehungsfähigkeit" und das Nichtvorhandensein von Dissozialität und „Psychopathy". Letzteres bezeichnet eine Persönlichkeitsstörung, die unter anderem durch Gefühlsarmut, Empathielosigkeit und manipulatives Verhalten gekennzeichnet ist. Zur Diagnose von Psychopathy[84] entwickelte HARE eine Checkliste bestehend aus 20 Items, die als diagnostisches Instrument in vielen sozialtherapeutischen Einrichtungen eingesetzt wird. Unter deutschen Straftätern wird der Anteil der sogenannten „Psychopaths" auf 10 bis 15% geschätzt. Behandlungsbemühungen haben sich bei Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung teilweise als erfolglos herausgestellt. In einigen Fällen kann eine therapeutische Behandlung sogar die Gefährlichkeit dieser Personengruppe erhöhen. Weitere Merkmale von Tätern, die gut auf eine Behandlung ansprechen sind laut den Nennungen der befragten Experten zum Beispiel „geringe bis mittlere Aggressivität", „keine fixierte Perversion" oder auch „soziale Integration".
Zur Frage der Tätercharakteristika bei besonders schlechter Ansprechbarkeit auf Behandlung wurde das Merkmal „Dissozialität und Psychopathy" am meisten genannt (n=26). Je 10 Angaben fanden sich auch für die Variablen „Deliktverleugnung, Bagatellisieren, Verantwortungsdelegation", „Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung sowie „mangelnde Intelligenz bzw. geistige Behinderung".
Ein Vergleich der Nennungen zu Tätermerkmalen bei guter und schlechter Ansprechbarkeit auf Therapiebemühungen lässt eine gewis-

[83] WÖSSNER 2002, S. 11 ff.
[84] Man verwendet in Bezug auf das Konzept von HARE stets den amerikanischen Begriff, da bei der deutschen Übersetzung eine ganz andere Konnotation mitschwingt, weiterführend siehe BRAND 2006, S. 76

se Kongruenz erkennen, auch wenn die Angaben der Experten sich in Einzelfällen widersprachen. So gaben 8 Befragte an, dass Täter mit Leidensdruck besonders behandlungsfähig waren, wohingegen ein Experte das Gegenteil anführte. Daraus mag man schließen, dass bei einzelnen Tätern, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsstrukturen keine gute Behandlungsfähigkeit vermuten lassen, eine Therapie doch zu positiven Veränderungsprozessen führen kann.[85]

Mit der Neuregelung des § 6 Abs. 2 Satz 2 StVollzG legte der Gesetzgeber fest, dass die Feststellung einer Therapieindikation bei Sexualstraftätern vor Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung zu erfolgen hat. Die Prüfung, ob eine Behandlung angezeigt ist, gehört dabei zum Zuständigkeitsbereich der Vollzugsanstalten. In Rheinland-Pfalz sah man daher die Notwendigkeit eines Leitfadens zur Einschätzung der Behandelbarkeit, sodass die knappen vorhandenen Therapieplätze nicht durch Sexualstraftäter belegt werden, bei denen eine Kontraindikation vorliegt. Kontraindiziert ist eine Behandlung bei solchen Sexualstraftätern, die beispielsweise nur schwer therapeutisch erreicht werden können oder bei denen sich die Symptomatik durch eine Therapie sogar verschlechtern könnte. Zudem sollte ein Leitfaden dazu dienen, den Entscheidungsprozess über die Verlegung von Inhaftierten in sozialtherapeutische Einrichtungen zu standardisieren. Das Justizministerium Rheinland-Pfalz beauftragte daher die sozialtherapeutische Anstalt Ludwigshafen zur Erstellung eines solchen Leitfadens, woraufhin die Checkliste zur Behandelbarkeit von Sexualstraftätern entstand. Diese sollte im Rahmen der Basisdiagnostik Anwendung finden, wobei die Entwickler darauf hinweisen, dass sie keineswegs als psychologisches Testverfahren gelten soll, sondern ausschließlich als Hilfestellung zur Beurteilung von Therapiefähigkeit konzipiert wurde. Eine Diagnose sollte daher der Beurteilung eines inhaftierten Sexualstraftäters mithilfe der Checkliste vorausgehen.
Die Checkliste in ihrer Fassung vom 8.12.2000 umfasst 38 Items, die sich auf formale Kriterien zur Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung beziehen, aber auch inhaltliche Kriterien, wie beispielsweise, ob ein gewisses Maß an Therapiemotivation vorhanden ist, abfragen. Außerdem wird der Verurteilte auch nach seiner Haltung zur

[85] WÖSSNER 2002, S. 30 ff.

Straftat, der Schwere der Persönlichkeitsstörung und der Straffälligkeit, sowie im Hinblick auf sein Verhalten innerhalb des Vollzugs beurteilt. Die Liste enthält auch zusätzliche Items zur Fragestellungen bei Inzesttätern. Jede Frage wird zudem in einer kurzen Bemerkung erläutert. Neben der Angezeigtheit einer sozialtherapeutischen Behandlung in einer entsprechenden Einrichtung soll mithilfe der Checkliste auch beurteilt werden können, ob eine psychotherapeutische Behandlung durch einen internen oder externen Therapeuten innerhalb des Regelvollzugs indiziert ist.[86]
Die folgende Tabelle enthält beispielhaft einige der Items, die in der vollständigen Version der Checkliste, als Ausschlusskriterien bei der Beurteilung zur Therapiefähigkeit gelten:

Tabelle 1: Ausgewählte Items der Checkliste zur Behandelbarkeit von Sexualstraftätern

Item	Bemerkung
Formale Kriterien	
1. Es ist kein Ausweisungs-, Ausliefer-ungs-, Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig. Es liegt keine vollziehbare Ausweisungs-verfügung für den Geltungsbereich des StVollzG vor.	Für Gefangene, die nach der Haft die Bundesrepublik verlassen müssen, erscheint eine kostenintensive psychotherapeutische Behandlung nicht sinnvoll. Bei Gefangenen, gegen die aktuell ein Ermittlungs- oder Strafverfahren läuft
Inhaltliche Kriterien	
2. Es gibt keine Hinweise auf Krankheits-prozesse (Psychose, Epilepsie, schwere psychosomatische Störungen, chronisches suizidales Verhalten bzw. akute suizidale Krisen), die durch eine konfliktzentrierte, aufdeckende Psychotherapie verschlimmert werden können.	In den aufgelisteten Fällen ist eine Psychotherapie kontraindiziert, da sie z.B. aufgrund erhöhter innerer Spannung und Depression eher zu einer Symptomverschlimmerung führt.
Haltung zur Straftat	
3. Der Gefangene steht (zumindest teilweise) zu dem im Urteil dargestellten Delikt.	Gefangene, die ihre Täterschaft völlig abstreiten, verhindern eine aufdeckende, am Delikt arbeitende Therapie und belasten zudem noch das therapeutische Klima innerhalb der Wohngruppen (negative Modellwirkung). Mögliche Abweichungen in der Deliktdarstellung sind vom Beurteiler in Stichworten aufzuführen.
Schwere der Persönlichkeitsstörung und der Delinquenz	
4. Es ist keine verfestigte oder progrediente Devianz anzunehmen, die den Klienten zu sehr absorbiert.	In anderen Fall könnte sich der Gefangene kaum auf die Therapie konzentrieren und sich auch nicht von seinen Symptomen lösen.

Quelle: Händel/Judith 2001, S.378 ff., gestalterische Veränderungen d. Verf.

[86] HÄNDEL/JUDITH 2001, S. 374ff.

4.3 Kognitiv-behavioraler Therapieansatz

In den letzten Jahren hat im Bereich der Behandlung von Sexualstraftätern ein Paradigmenwechsel bezüglich der Methodik stattgefunden. Wo zuvor das klassische psychoanalytische Vorgehen dominierte, setzt man nun auf verhaltenstherapeutische Methoden, welche statt einer Veränderung der Persönlichkeit eher die Selbstkontrolle anstreben. So wurde diesbezüglich der häufig zitierte Leitsatz „no cure, but control“ geprägt. Die Zielsetzung von Behandlungsbemühungen bei Sexualstraftätern soll nicht länger Heilung, sondern die Befähigung zur Selbstkontrolle sein.[87]

Zur Verhaltenstherapie zählt auch der kognitiv-behaviorale Ansatz, der sich mit Denkmustern und Grundüberzeugungen, also generell mit Kognitionen befasst, die das Verhalten beeinflussen. Diese Methodik hat sich bei der Behandlung von Suchtkranken als sehr effektiv erwiesen, sodass grundlegende Konzepte auch für die Klientel der Sexualstraftäter brauchbar gemacht wurden.[88] Die kognitive Verhaltenstherapie setzt an kriminogenen Faktoren an, die zu Rückfällen führen können, wenn sie unverändert bleiben. Solche Faktoren sind zum Beispiel kognitive Verzerrungen, die die Begehung von Straftaten begünstigen, Problemlösungsdefizite, geringe Frustrationstoleranz, geringe empathische Fähigkeiten sowie Drogen- bzw. Alkoholkonsum. Aus den kriminogenen Faktoren können im Umkehrschluss Therapieziele formuliert werden.[89] Diese lassen sich in drei Schwerpunkten zusammenfassen: Die Bearbeitung des Tathergangs (Deliktszenario), die Entwicklung von Opferempathie und das Erlernen sozialer Fertigkeiten.[90] Rückfallstudien belegen, dass die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Behandlungsmethoden im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Verfahren am höchsten ist. In einer Metaanalye von ALEXANDER, die 79 verschiedene englischsprachige Studien zur Effektivität von Behandlungsmethoden einbezog, lag die Rückfallquote bei Sexualstraftätern, die mit kognitiv-behavioralen Techniken behandelt wurden bei 7,2%. Bei Tätern, deren psychotherapeutische Behandlung

[87] BRAND 2006, S 112
[88] WISCHKA 2004, S. 286f.
[89] WISCHKA 2004, S. 296
[90] BRAND 2006, S 116

durch andere Methoden erfolgte, lag die Rückfallquote hingegen bei 13,9%, bei Unbehandelten bei 17,6%.[91]

Eine wichtige theoretische Grundlage für den kognitiv-behavioralen Ansatz wurde von WARD und HUDSON mit dem 9-Phasen-Modell geschaffen, welches den Prozess der Entstehung von sexuellen Gewalthandlungen aufzeigt: In der ersten Phase steht ein auslösendes Ereignis im Fokus, welches für den Betroffenen eine hohe emotionale Belastung darstellt und den Anfang einer Reaktionskette bildet. Die eigentliche Problematik liegt hierbei nicht in dem belastenden Ereignis selbst, sondern in den gedanklichen Schemata und individuellen Einstellungen mit denen dieses Ereignis vom Betroffenen bewertet wird.
In der zweiten Phase bildet sich auf der Basis des individuell bewerteten Ereignisses ein Verlangen nach sexuellen Aktivitäten aus, womit auch deviante aggressive Fantasien einhergehen können. Der gesamte gedankliche Prozess läuft dabei unbewusst ab.
Die Akkumulation des Verlangens nach devianten sexuellen Praktiken, die in der Fantasie durchlebt werden, führt in der dritten Phase zu einem tatbezogenen Ziel, welches für den Täter als akzeptabel angesehen wird. Negativen Emotionen und internen Hemmungen wird mit Vermeidungsverhalten oder durch Steigerung der sexuellen Erregung begegnet.
Der Täter wählt in der vierten Phase zur Erreichung des tatbezogenen Ziels, teilweise unbewusst eine Strategie aus, die seinen gewöhnlichen kognitiven Schemata entspricht. Dabei trifft er „scheinbar belanglose Entscheidungen“, die ihn diesem Ziel näher bringen.
In Phase fünf kommt es zum Kontakt mit dem Opfer. Der Täter assoziiert die Situation mit seinen sexuellen Fantasien, was durch das intensive Beschäftigtsein mit diesen bewirkt wird. Für einige Täter kann diese „Hoch-Risiko-Situation“ ein Versagensgefühl hervorrufen, da sie nicht in der Lage sind ihr Verlangen durch angemessene Handlungsstrategien zu kontrollieren. Andere hingegen bewerten diese Situation als Erfolg, da sie sie bewusst angestrebt haben.
Es folgt der Entschluss zur Begehung einer Sexualstraftat in der sechsten Phase. Dieser Entschluss wird als „lapse“ (Vorfall) bezeichnet.

[91] Nuhn-Naber/Rehder/Wischka 2002, S. 272

Man geht davon aus, dass der Täter sein Opfer in diesem Stadium des Entscheidungsprozesses nicht mehr als Individuum wahrnimmt, sondern es lediglich als Instrument zur Bedürfnisbefriedigung sieht.
In der siebten Phase erfolgt die tatsächliche Begehung des Sexualdelikts. Die Tatausübung ist abhängig davon, ob beim Täter eine Selbstfokussierung, eine Opferfokussierung, oder eine wechselseitige Fokussierung vorliegt. Ersteres bedingt meist ein kurzes aber heftiges Delikt, welches von hohem Gewalteinsatz geprägt sein kann.
In einer Art „Nach-Tat-Evaluation“ (achte Phase) bewertet der Täter sein Verhalten. Es können dabei positive Emotionen entstehen, die durch die Bedürfnisbefriedigung oder Machtausübung zu erklären sind. Negative Emotionen im Bezug auf die Tat können auf Schuldgefühlen oder Versagen basieren.
In der letzten Phase entwickelt der Täter auf Grundlage seiner Tatbewertung und der dadurch resultierenden Emotionen seine Einstellung zu weiteren Sexualdelikten. So wird er entweder seine eigenen Selbstkontrollmechanismen verstärken oder aber auch sein Tatverhalten verfeinern.[92]

Zur Ergänzung des 9-Phasen-Modells beschrieben WARD und HUDSON vier verschiedene Verhaltensweisen von Tätern während der neun Phasen:
Die erste Verhaltensklasse, die „Avoidance passive“ beschreibt Täter, die Sexualdelikte zwar vermeiden wollen, aber nicht über eine ausreichend starke Emotions- und Verhaltenskontrolle verfügen. Andere Täter, die sich aktiv bemühen ein Sexualdelikt zu verhindern und die tatbegünstigenden Gedankenprozesse zu kontrollieren, scheitern aufgrund unangemessener Strategien. Sie sind zur zweiten Verhaltensklasse, der „Avoidance active“ zu zählen. Beim dritten Typus („Approach automatic“) herrschen Einstellung vor, die die Begehung eines Sexualdelikts befürworten. Das Sexualverhalten ist impulsiv und entwickelt sich innerhalb kürzester Zeit.
Täter, die zur Verhaltensklasse „Approach explicit“ gehören, streben eine Sexualtat bewusst an und planen diese. Die Selbstkontrollmechanismen sind intakt. Hier liegt die Gefährlichkeit in der Zielsetzung.[93]

[92] WISCHKA 2005, S. 211ff.
[93] WISCHKA 2005, S. 213

Das Therapieziel, welches auf Grundlage des 9-Phasen-Models und dem Wissen um die vier Verhaltensklassen durch die kognitiv-behaviorale Therapie verfolgt wird, ist, wie bereits erwähnt, die Befähigung des Täters zur Selbstkontrolle. In Verbindung damit sollen dem Täter Handlungsalternativen aufgezeigt und gedankliche Verzerrungen, die eine Sexualstraftat begünstigen, aufgelöst werden. Die Täter sollen für „scheinbar belanglose Entscheidungen“ sensibilisiert werden und in der Lage sein aus dem Entscheidungsprozess zur Begehung einer Sexualtat in jeder Phase auszusteigen. Die Grenzen der kognitiv-behavioralen Therapieform sind bei Tätern der vierten Verhaltensklasse erreicht. Eine auf Selbstkontrolle zielende Therapie würde bei diesen Tätern nicht greifen, da bei ihnen das eigentliche Problem im Ziel der Tatbegehung liegt.
Die kognitive Verhaltenstherapie wird mithilfe von speziell auf die Population der Sexualstraftäter ausgerichtete Behandlungsprogramme durchgeführt. Ein Vorreiter der im europäischen Raum existierenden Programme ist das Sex Offender Treatment Programme (SOTP), welches erstmalig 1992 in England und Wales eingesetzt wurde. Schließlich wurde es auch an das deutsche Vollzugssystem angepasst und im Jahr 2000 in einer soziatherapeutischen Abteilung in Hamburg eingesetzt. Im folgenden Kapitel wird das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) vorgestellt, welches zunächst für den niedersächsischen Justizvollzug entwickelt wurde und dem SOTP ähnelt.

4.4 Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter

4.4.1 Entstehung und Zielsetzung

Aufgrund spektakulärer Sexualdelikte Mitte der 90er Jahre wurde auf Veranlassung des Justizministeriums Niedersachsen eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit der Frage auseinandersetzen sollte, welche Behandlungsangebote für Sexualstraftäter im Strafvollzug sinnvoll wären. Aus dieser Gruppenarbeit gingen verschiedene Empfehlungen hervor. Anschließend wurde eine Projektgruppe eingesetzt, die auf Grundlage dieser Empfehlungen ein Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter entwickeln sollte. Zu den Mitgliedern der Projektgruppe und damit zu den Entwicklern des Programms zählten Praktiker ver-

schiedener Justizvollzugsanstalten Niedersachsens und deren sozialtherapeutischen Einrichtungen. Die Projektgruppe wurde von Herrn WISCHKA, dem Leiter der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Lingen, geleitet.
Die Zielgruppe, bei der das Behandlungsprogramm Anwendung finden sollte, bestand einerseits aus Sexualstraftätern, die sich in Behandlungsabteilungen des Strafvollzuges befinden, als auch aus denjenigen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind und dort behandelt werden. Das Programm sollte dabei in einigen Fällen als Motivation zur Behandlung, sowie auch als Bestandteil einer integrativen Sozialtherapie dienen.
Bei der Entwicklung des BPS stützte man sich auf die Erkenntnisse der Wirksamkeitsforschung, sodass man sich für die kognitiv-behaviorale Methodik entschloss. Diesbezüglich konnte man auch auf die Erfahrungen mit anderen Programmen, wie beispielsweise dem SOTP, zurückgreifen.
Das Programm sollte nachfolgende Ziele erfüllen: Inhaltlich sollte es an den kriminogenen Faktoren ansetzen und diese verändern, sodass das Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern verringert werden kann. Aufgrund zu berücksichtigender Strafrahmen der Inhaftierten sollte eine ökonomische Durchführung als Gruppenmaßnahme mit kurzer Durchführungsdauer möglich sein. Dabei sollten auch die personellen Ressourcen des allgemeinen Vollzugsdienstes bzw., im Rahmen des Maßregelvollzuges, des Pflegepersonals genutzt werden. Die feste Einbindung des Programms in den Vollzugsplan mit Auswirkung auf vollzugliche Entscheidungen war ein weiteres Ziel der Entwickler.[94] Aus diesen Zielsetzungen gingen einige Anforderungen an das Behandlungsprogramm hervor. So sah man beispielsweise eine klare Strukturierung des Programms als Bedingung für eine bessere zeitliche Planbarkeit und ökonomische Durchführbarkeit an. Aus dem Ziel, die Anwendung des Programms auch dem Personal des allgemeinen Vollzugsdienstes bzw. des Pflegedienstes und Fachleuten anderer Berufsgruppen zu ermöglichen, ergab sich die Anforderung der leichten Vermittelbarkeit und Anwendbarkeit des Programms. Man setzte allerdings auch ein Mindestmaß an zusätzlichem Wissen der Anwender über Sexualdelinquenz voraus, welches bei der Programmvermittlung

[94] WISCHKA 2001, S.196ff.

verfügbar sein sollte. Um die Akzeptanz der Teilnehmer zu erreichen, sollte das Behandlungsprogramm außerdem so aufgebaut sein, dass die Teilnehmer viele erreichbare Ziele für sich erkennen können.[95]

Das BPS ist nun seit 2000 ein fester Bestandteil der integrativen Sozialtherapie in der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Lingen und kommt darüber hinaus auch in anderen sozialtherapeutischen Institutionen im Justizvollzug, sowie auch im Maßregelvollzug zur Anwendung. 2006 befragte SPÖHR 39 sozialtherapeutische Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet zu ihren Behandlungskonzeptionen. Dabei stellte sich heraus, dass das BPS in neun Bundesländern, verteilt auf 24 der untersuchten Einrichtungen, verwendet wird. Davon kommen in 12 Einrichtungen zusätzlich auch noch andere, ähnliche Programme zum Einsatz. Das BPS ist damit deutschlandweit das am häufigsten verwendete Behandlungsprogramm im Rahmen der Sozialtherapie.[96]

4.4.2 Programmstruktur und Inhalt

Es handelt sich beim BPS um ein Gruppenkonzept, welches für die Behandlung, eine Gruppenstärke von höchstens 10 Personen vorsieht, sodass eine hohe Behandlungsintensität möglich ist. Allerdings erhebt das Programm nicht den Anspruch als Ersatz für eine integrative Therapie zu dienen. Es soll eher als Ergänzung oder Bestandteil einer solchen allumfassenden Behandlung fungieren. Seine Schwerpunkte liegen in der „Symptomkontrolle“, also auf der Verhaltensebene. Weitere Ebenen des therapeutischen Zugangs in der Sexualstraftätertherapie sind nach einem Modell von SCHORSCH die „Hilfe bei der Bewältigung äußerer Lebensumstände“, die „Hilfe bei der Bewältigung aktueller Krisen“ und das „Herausarbeiten emotionaler Bewertungszusammenhänge bzw. Symptomverständnis“. Innerhalb der vier Ebenen, die sich natürlich in vielen Bereichen überschneiden, wird auf verschiedene Methoden zurückgegriffen, sodass beispielsweise in der einen Ebene mehr die Hilfe im Vordergrund steht, wohingegen in der

[95] REHDER 2004, S. 61f.
[96] SPÖHR 2009, S. 96f.

anderen eher konfrontative Methoden Anwendung finden. Die Wahl der Methodik richtet sich nach der Zielsetzung.[97]

Das BPS besteht aus einem deliktunspezifischen (Teil U) und einem deliktspezifischen Teil (Teil S). Dieser Aufbau erklärt sich durch die Tatsache, dass bei Sexualstraftätern nicht nur Problematiken vorhanden sind, die mit der Sexualdelinquenz im direkten Zusammenhang stehen, sondern auch allgemeine Probleme, die auf einer dissozialen Entwicklung beruhen und sich auch in anderen Delikten manifestieren. Teil U ist daher auch für die Behandlung von Straftätern geeignet, die kein Sexualdelikt begangen haben.[98]
Das Programm hat einen Gesamtumfang von 84 Sitzungen. Für jede Sitzung ist eine Dauer von 1½ Stunden vorgesehen. Werden pro Woche ein bis zwei Sitzungen durchgeführt, so ergibt sich eine Gesamtdauer zwischen 10 Monaten und 1½ Jahren.[99]

Abbildung 3 zeigt eine Übersicht des inhaltlichen Aufbaus des BPS:

Tabelle 2: Inhaltlicher Aufbau des BPS

Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)	
Delikt-unspezifischer Teil (Teil U)	• Gesprächsverhalten • Selbst- und Fremdwahrnehmung • Rückmeldung geben und empfangen • Kontakt- und Kommunikationstraining • Wahrnehmung von Gefühlen • Moralisches Handeln und Empathie • Geschlechtsrollenstereotypien • Stressmanagement • Suchtmittelkontrolle • Menschliches Sexualverhalten
Delikt-spezifischer Teil (Teil S)	• Persönliche Lebensgeschichte • Kognitive Verzerrungen • Stufen der Begehung von Sexualstraftaten • Scheinbar belanglose Entscheidungen • Risikosituationen • Das Problem der unmittelbaren Befriedigung • Kontrolle sexueller Fantasien • Ablauf der Straftat (Deliktszenario) • Opfer-Empathie • Rückfallprävention

[97] WISCHKA u.a. 2004, Einleitung, S. 2f.
[98] WISCHKA 2004a, S. 79f.
[99] WISCHKA u.a. 2004, Einleitung, S. 2

Quelle: WISCHKA u.a. 2004, Einleitung, S.4

Der deliktunspezifische Teil umfasst einschließlich einer Einführungs- und Abschlusssitzung 12 thematische Einheiten, die in insgesamt 33 Sitzungen bearbeitet werden. Im Wesentlichen konzentriert sich dieser Teil auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen und der Behandlungsfähigkeit. Dazu dienen vorrangig die ersten fünf Einheiten, die Aspekte von Kommunikationsprozessen thematisieren. In den weiteren fünf Einheiten werden Themen bearbeitet, die im Zusammenhang mit einer Deliktbegehung stehen können. Sie dienen zur Vorbereitung auf die anschließende Tataufarbeitung im S-Teil. Die Delikte der Teilnehmer werden in diesen Einheiten allerdings noch nicht angesprochen.[100] Der Vorteil von Teil U ist die Tatsache, dass er Raum bietet, damit die Teilnehmer sich zunächst kennenlernen und eine Gruppenidentität entwickeln können, bevor sie sich intensiv mit der Tat im deliktspezifsichen Teil auseinandersetzen und schambesetzte Tatsachen über sich preisgeben. Dies bestätigt auch Herr WISCHKA: „*Also die Vorstellung wir machen die Gruppe auf, setzen die Leute rein und reden sofort über das Delikt und erwarten dann, dass sie auch offen kompetent darüber reden können, dass würde wahrscheinlich nicht funktionieren.*“[101] Teil U soll auch dem Ziel dienen, Tatleugner für eine Behandlung zu motivieren.
Beispielhaft werden nun zwei Einheiten des U-Teils inhaltlich näher erläutert: Im Modul zum Thema „Selbst- und Fremdwahrnehmung“ soll den Teilnehmern verdeutlicht werden, dass Kommunikation immer mit Wahrnehmung verbunden ist, die wiederum von Subjektivität geprägt ist. Sie sollen dafür sensibilisiert werden, dass Reize der Umwelt, wie beispielsweise Verhaltensweisen oder Aussagen von Mitmenschen, immer individuell bewertet werden und es daher häufig zu Missverständnissen innerhalb von Kommunikationsprozessen kommen kann. In einer Art Gruppenspiel sollen die Teilnehmer sich mittels verschiedenfarbiger Karten, die für unterschiedliche Eigenschaften stehen, gegenseitig charakterisieren. Zuvor muss jeder Teilnehmer selbst schätzen, wie viele Karten er von der jeweiligen Sorte erhalten

[100] WISCHKA u.a. 2004, Einleitung, S. 4
[101] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 6

wird. Das Spiel soll die mögliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung verdeutlichen.[102]
In der Behandlungseinheit „Geschlechtsrollenstereotypien" sollen die Teilnehmer das gesellschaftliche Bild von Mann und Frau mit ihrem eigenen vergleichen. Dazu werden zunächst in der Gruppe typische Erwartungen an die beiden Geschlechter zusammengetragen. Anschließend soll jeder Teilnehmer aufgrund eigener Beziehungsserfahrungen, Eigenschaften seiner Partnerin bzw. seines Partners schildern, die schließlich mit den zuvor erarbeiteten gesellschaftlichen Bildern verglichen werden. Anhand der Schilderungen der Teilnehmer zu ihren Partnerschaften soll auch ermittelt werden, wie die Beziehung gestaltet war. Also ob es sich um eine gleichberechtigte Partnerschaft handelte oder aber ob ein Partner dominant war. Aus den gewonnen Erkenntnissen zur Rolle des Teilnehmers in Partnerschaften und seinem Geschlechterbild, können möglicherweise Rückschlüsse auf die Tatmotivation gezogen werden. Ein Teilnehmer, der angibt in partnerschaftlichen Beziehungen stets in einer Abhängigkeitsposition gewesen zu sein, könnte die Sexualtat möglicherweise aus der Motivation heraus begangen haben, seine Dominanzansprüche ausleben zu können.[103]

Teil S umfasst 51 Sitzungen die sich auf insgesamt 12 Behandlungseinheiten verteilen. Der Behandlungsschwerpunkt im deliktspezifischen Teil ist die Deliktbearbeitung. Dazu werden zunächst verschiedene Aspekte, die die Begehung einer Sexualtat begünstigen, bewusst gemacht. Die Teilnehmer sollen so dazu befähigt werden, ihr Deliktszenario mit allen motivationalen Einflussfaktoren differenziert zu schildern. Solche Faktoren können beispielsweise deviante gedankliche Schemata oder der Drang nach unmittelbarer Befriedigung eigener Bedürfnisse sein. Neben der Bearbeitung des Tathergangs, liegt das Ziel des deliktspezifischen Teils auch in der Entwicklung von Opfer-Empathie und der Erarbeitung eines Rückfallpräventionsplans.[104]
Die Einheit S 03 zum Thema „Kognitive Verzerrungen" baut auf Inhalte aus dem U-Teil, wie beispielsweise der erläuterten Einheit zur Selbst- und Fremdeinschätzung, auf. Die bereits gewonnenen Er-

[102] WISCHKA u.a. 2004, U 03, S. 1 ff.
[103] WISCHKA u.a. 2004, U 08, S. 1 ff.
[104] WISCHKA u.a. 2004, Einleitung, S. 4

kenntnisse werden vertieft und auf die Sexualstraftat übertragen. Leugnungs- und Rechtfertigungstendenzen sollen so durch die Teilnehmer identifiziert und aufgelöst werden. Hierzu sollen sie zu typischen kognitiven Verzerrungen von Sexualstraftätern, die in Form von Aussagen auf Karten notiert sind, innerhalb der Gruppe Stellung beziehen. Solch eine Aussage könnte folgendermaßen lauten: „Wenn sich ein Kind nicht wehrt oder ‚nein' sagt, ist es auch mit sexuellen Kontakten einverstanden“. Bei dieser Übung muss sich jeweils ein Teilnehmer den kritischen Fragen sowohl der Gruppenleiter als auch der anderen Teilnehmer stellen und seine Ansichten dazu erläutern. Jeder Teilnehmer kommt einmal an die Reihe.[105]

In diesem Zusammenhang ist die Programmeinheit zur Entwicklung der Opferempathie (S 10) wichtig. Auch diese Thematik soll dem Abbau von kognitiven Verzerrungen dienen. Zudem soll darauf hin gewirkt werden, dass die Teilnehmer die Verantwortung für die begangene Tat übernehmen. Dazu werden ihnen die schwerwiegenden Folgen für ihre Opfer, zunächst durch Vermittlung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, bewusst gemacht. Anschließend wird dieses Thema durch Opferschilderungen, die die Teilnehmer selbst vorlesen müssen vertieft. In einem Rollenspiel soll der Täter schließlich die Rolle seines Opfers einnehmen und aus dieser Position heraus Fragen zur Tat beantworten, die von den Gruppenleitern und den anderen Teilnehmern gestellt werden.[106] Nach Angaben von Frau FOPPE und Herrn WISCHKA gehören die Opfer-Empathie-Sitzungen zu den intensivsten Einheiten des Programms. Sie seien emotional sehr anstrengend, sowohl für Gruppenleiter, als auch für die Teilnehmer.[107]

Basierend auf den, im Laufe des Programms, gewonnenen Erkenntnissen zu individuellen Risikosituationen wird in der Einheit „Rückfallprävention“ (S 11) mit jedem Teilnehmer ein Rückfallverhütungsplan erstellt. Dazu wird den Teilnehmern zunächst klargemacht, dass die Teilnahme am BPS nicht bedeutet, dass sie „geheilt“ sind. Sie sollen sich dessen bewusst werden, dass rückfallgefährdende Gedanken und Situationen jederzeit wieder auftreten können. Die Gefahr der Begehung einer Straftat ist stets präsent. Die Teilnehmer lernen daher in dieser Einheit Risikosituationen zu erkennen. Es werden gemeinsam

[105] WISCHKA u.a. 2004, S03, S. 1ff.
[106] WISCHKA u.a. 2004, S 10, S. 1 ff.
[107] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 35

Strategien entwickelt, die sie in gefährdenden Situationen befähigen sollen, ihr Verhalten zu kontrollieren. Diese Strategien werden dann in einem individuellen Rückfallpräventionsplan festgehalten, sodass jederzeit darauf zurückgegriffen werden kann. Die Teilnehmer werden außerdem dazu angehalten ein Tagebuch zu führen, sodass sie Selbstreflexion üben und achtsam gegenüber eigenen Gefühlen und Gedankengängen sowie bedenklichen Veränderungen in ihrer Lebensführung werden. Dazu wird ihnen angeraten, die Einträge in regelmäßigen Abständen mit einer involvierten Person zu besprechen.[108]

In dem manualisierten Behandlungsprogramm werden den Gruppenleitern zu jeder Programmeinheit alle nötigen Arbeitsmaterialien und Informationen bereitgestellt. Jede Einheit weist eine dreiteilige Struktur auf: Zunächst werden dem Gruppenleiter die theoretischen Hintergründe vermittelt, die er zur Durchführung braucht. Außerdem sind zahlreiche Literaturangaben aufgeführt, die bei Bedarf einen tieferen Einblick in die Thematik ermöglichen. Anschließend an den Grundlagenteil findet sich das eigentliche Behandlungsmanual. Dieses beginnt mit einer kurzen Erläuterung der Ziele, die mit der jeweiligen Einheit erreicht werden sollen. Darauf folgt eine kurze Auflistung aller nötigen Arbeitsmaterialien, die für die Erarbeitung der Thematik, benötigt werden, ein detaillierter Ablauf der Sitzungen mit Aufgabenstellungen und Instruktionen der Gruppenleiter und schließlich einige Hinweise für die Gruppenleitung. Diese Hinweise beinhalten Anregungen, welche Aspekte im Gruppengeschehen besonders zu beachten sind sowie auch Hilfen zum Umgang mit möglichen Problemsituationen. Der dritte Teil einer Behandlungseinheit enthält alle nötigen Arbeitsmaterialen, wie zum Beispiel Overhead-Folien für die Wissensvermittlung, Arbeitsblätter für die Teilnehmer sowie Einstellungskarten, die bei Gruppenübungen zum Einsatz kommen.[109]
Die Methoden, mit denen den Teilnehmern die Themen nahe gebracht werden, sind vielseitig. Es gehören, je nach Zielsetzung der Behandlungseinheit, Rollenspiele und Übungen, Gruppendiskussionen, Hausaufgaben sowie schlichte Wissensvermittlung durch den Gruppenleiter zum Methoden-Fundus.

[108] WISCHKA u.a. 2004, S 11, S. 1 ff.
[109] NUHN-NABER/REHDER/WISCHKA 2002, S. 272 i.V.m. WISCHKA u.a. 2004

4.4.3 Rahmenbedingungen und Vorüberlegungen

Für die erfolgreiche Behandlung sind unterstützende Rahmenbedingungen sehr wichtig. Die Arbeit sollte in einem klaren strukturellen Rahmen eingebettet sein, der dem Programmteilnehmer deutlich seine Rechte und Pflichten aufzeigt, aber auch gleichzeitig Orientierung gibt und eine Grundlage für Veränderungsprozesse bietet. Es müssen Bedingungen vorhanden sein, *„die ein reales Ausprobieren neuer Verhaltensweisen erlauben.*“[110] Hierzu ist ein positives, akzeptierendes Arbeitsklima von großer Bedeutung. Das Personal sollte den Teilnehmern mit Wertschätzung und Respekt begegnen, aber auch konsequent und bestimmend sein. Die richtige Balance fördert die Entstehung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. In sozialtherapeutischen Abteilungen des Justizvollzuges sollten die institutionellen Strukturen so auf die Behandlung abgestimmt sein, dass ein reibungsloser Programmablauf möglich ist. Zum Beispiel sollten Arbeits- und Essenszeiten sowie Freistunden nicht mit den Behandlungszeiten kollidieren. Es ist wichtig, dass dem Behandlungsprogramm ein hoher Stellenwert eingeräumt und den Inhaftierten dadurch die Ernsthaftigkeit bewusst wird. Inhaltliche und organisatorische Fragen sollten vor Beginn der Arbeit mit dem BPS geklärt sein, so auch ganz praktische Dinge wie die Verfügbarkeit von Gruppenräumen und technischen Hilfsmitteln.
Die Gruppen werden von einem Mann und einer Frau geleitet. Grundsätzlich wird von den Gruppenleitern Gewissenhaftigkeit und ein hohes Maß an Gruppenführungskompetenz erwartet.
Im Vorfeld sollte mit jedem Teilnehmer in einem Gespräch das Ziel des Programms erörtert werden. Dabei muss allen potenziellen Gruppenmitgliedern klar werden, dass sie zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und die gruppeninternen Informationen nicht an andere weitergeben dürfen. Da von den Sitzungen Videoaufzeichnungen gemacht werden sollen, um Gruppenprozesse besser bewerten zu können, muss jeder Teilnehmer hierzu eine Einverständniserklärung unterzeichnen. Zeigt sich jemand damit nicht einverstanden, so kann er an der Gruppe nicht teilnehmen. Darüber hinaus sollten die Teilnehmer auch den psychologischen Untersuchungen, die zur Verlaufsdiagnostik zu be-

[110] WISCHKA 2006, S. 20

stimmten Zeitpunkten während des Programms, durchgeführt werden, zustimmen.[111]

4.4.4 Erfahrungen

Da das BPS in vielen Behandlungseinrichtungen der Justizvollzugsanstalten und dem Maßregelvollzug Anwendung findet, sind viele, bisher allerdings noch nicht systematisch ausgewertete, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse vorhanden, die einige Aussagen zulassen.
Auf Grundlage des BPS können genaue Diagnosen gestellt werden anhand derer man die weiteren therapeutischen Maßnahmen planen kann. So kann beispielsweise ermittelt werden, an welchen Punkten ein Straftäter auch einer tiefergehenden Einzeltherapie bedarf. Daher ist der Einsatz des Programms zu Beginn einer umfassenden therapeutischen Behandlung von Vorteil. Ferner können nach Beendigung genaue Risikofaktoren benannt werden. Dies ermöglicht die Abschätzung der Wirkung von Vollzugslockerungen und der Entlassung, sodass unterstützende Maßnahmen ergriffen werden können.
Wird das BPS als Bestandteil der integrativen Therapie im Vollzug eingesetzt, so können Inhalte auch in anderen Kontexten aufgegriffen und vertieft werden, was häufig in der BPS-Gruppenarbeit selber, aufgrund der strikten Strukturierung nicht möglich ist. So können die einzelnen Bestandteile des integrativen Gesamtkonzeptes einander ergänzen. Außerdem erwies sich die Einbeziehung der Vollzugsbeamten bzw. des Pflegepersonals, die die Rolle der Co-Therapeuten einnahmen, als sehr hilfreich. Da sie auch außerhalb der Gruppenarbeit mit den Inhaftierten im ständigen Kontakt stehen und sie in den verschiedenen Situationen des Haftalltages erleben, können sie wichtige Impulse für die Arbeit innerhalb der Gruppe geben. Zudem wurde die Erfahrung gemacht, dass das BPS das therapeutische Klima insgesamt positiv beeinflusste. Die Teilnehmer konnten Erlerntes innerhalb der Wohngruppe anwenden und sich gegenseitig bei Hausaufgaben unterstützen, sodass sich eine therapeutische Gemeinschaft entwickelte. Bestimmte Regeln der Behandlungsabteilungen konnten besser nachvollzogen werden. Sowohl Gruppenleiter, als auch Teilnehmer emp-

[111] WISCHKA u.a. 2004, Vorbereitung und Einleitung

fanden die BPS-Arbeit zwar als belastend, aber auch als Bereicherung.[112] Herr WISCHKA und Frau FOPPE berichteten diesbezüglich, dass die Teilnehmer schon lange vor Beginn einer Sitzung vor dem Gruppenraum warteten und die Leiter drängten pünktlich zu sein.[113]
Aufgrund der didaktisch-pädagogischen Anteile des Programms und der Fokussierung auf Eigenverantwortlichkeit werden die Inhalte von den Teilnehmer besser akzeptiert. Sie werden aus der Verantwortung für die Tat nicht entlassen. „Die Zuschreibung ‚krank' ermöglicht die Ablehnung von Verantwortung. Durch die Mobilisierung der Selbstkontrolle wird dieser Verantwortungsabwehr entgegengewirkt.“ Eine sehr positive Wirkung ging auch vom Rückfallpräventionsplan aus, da er nachbetreuenden Institutionen gute Planungsgrundlagen bietet. Auf diese Weise kann Risikosituationen mit angemessenen Hilfs- und Kontrollmaßnahmen begegnet werden.[114]
Kritisiert wird an dem Programm (sowie auch an ähnlichen Programmen), dass aufgrund der starken Strukturierung durch die manualisierte Durchführungsweise, der Heterogenität der Sexualstraftäter nicht ausreichend Rechnung getragen und nicht auf die individuellen Belange des Täters eingegangen wird. Da das BPS bislang hauptsächlich in sozialtherapeutischen Einrichtungen bzw. dem Maßregelvollzug zur Anwendung kommt, kann diesem Kritikpunkt entgegengesetzt werden, dass das Programm als Bestandteil eines integrativen Gesamtkonzepts zum Einsatz kommt und daher durch weitere Behandlungsformen, wie der Einzeltherapie, ergänzt wird. So kann auch auf die Individualität jedes Teilnehmers eingegangen werden.
Die Grenzen des Programms sind bei Tätern erreicht, die keine Veränderungsmotivation haben, wie zum Beispiel sadistische Täter und solche mit hohen Psychopathy-Werten. Sie könnten durch die Opferschilderungen in der Einheit „Opferempathie“ Befriedigung empfinden, die sie zur Begehung weiterer Taten bestärkt. Außerdem bestünde auch die Gefahr, dass sie durch die Beschreibung der Tathergänge ihrer Gruppenmitglieder eine Anregung zu besseren Planung einer nächsten Sexualtat sehen. Für die Behandlung mit kognitiv-

[112] WISCHKA 2004, S. 304 f.
[113] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 33
[114] WISCHKA 2004, S. 305

behavioralen Methoden wie dem BPS muss bei den Klienten daher ein Mindestmaß an Empathie vorhanden sein.[115]

4.5 Ambulante Behandlung

4.5.1 Aktuelle Situation

Die erste Zeit nach Entlassung aus dem Straf- oder Maßregelvollzug stellt eine Hochrisikosituation für Sexualtäter dar. Die Gefahr von Rückfällen ist in dieser Phase sehr hoch, da der strukturgebende Rahmen des Strafvollzugs entfällt und die ehemaligen Inhaftierten nun mehr oder weniger auf sich allein gestellt sind. Sie müssen ihre Belange selbstständig und selbstverantwortlich regeln. Dies kann schnell zu Überforderung führen. Auch wenn einige Täter eine Therapie im Vollzug erfolgreich absolviert haben, so birgt der reale Erprobungsraum in Freiheit doch eine Menge Versuchungen und Probleme, zu deren Überwindung es weiterer Unterstützung bedarf. Die ambulante therapeutische Nachsorge ist daher von großer Bedeutung, da sie einen Raum bietet, das bereits im intramuralen Behandlungssetting Erlernte in einem organisierten und kontrollierenden Rahmen zu erproben.[116] Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Rückfallprävention und daher auch zum Opferschutz.[117]
Seitdem die rechtlichen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung von Sexualstraftätern durch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten erweitert worden sind (siehe Kapitel 4.1) ist der Bedarf an ambulanten Therapieplätzen erheblich gestiegen. Dieser kann aus folgenden Gründen entstehen: Bei haftentlassenen Straftätern aufgrund einer Strafrestaussetzung zur Bewährung mit Therapieweisung oder aufgrund des Eintritts der Führungsaufsicht für dessen Dauer der Verurteilte zu einer therapeutischen Behandlung angewiesen wurde. Der letztgenannte Fall kann sowohl Sexualstraftäter betreffen, die aus dem Justizvollzug entlassen werden, als auch diejenigen, die in einer psychiatrischen Anstalt des

[115] WISCHKA 2004a, S. 75
[116] Vollzugslockerungen, die eben diesem Zweck dienen sollen, werden Sexualstraftätern immer seltener bewilligt, sodass die ambulante Nachsorge zunehmend wichtiger wird.
[117] SPÖHR 2009, S. 126ff.

Maßregelvollzugs untergebracht waren. Des Weiteren werden aber auch Therapieplätze für Sexualdelinquente benötigt, die zu einer Bewährungsstrafe mit Behandlungsweisung verurteilt wurden, sowie für die kleine Gruppe der Selbstmelder, die sich freiwillig einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen wollen, weil sie befürchten künftig eine Sexualstraftat begehen zu können.[118]
Dieser hohe Bedarf an therapeutischer Versorgung trifft auf den Mangel ambulanter Therapieplätze, der seit Jahren beklagt wird.[119] Nicht selten stehen Sexualstraftäter auf Wartelisten für ambulante Behandlungsmaßnahmen, was angesichts der Gefahr, die von einigen dieser Straftäter ausgeht und des Rückfallrisikos im ambulanten Bereich äußerst kontraproduktiv ist. Für ehemalige Gefangene, die in einer sozialtherapeutischen Einrichtung behandelt wurden, soll laut § 126 eine nachgehende Betreuung gewährleistet werden, falls diese nicht anderweitig sichergestellt werden kann. Demnach müssen die personellen Ressourcen so organisiert sein, dass eine solche Betreuung leistbar ist. In der Praxis ist dies aber nur schwer umzusetzen, da die finanziellen und personellen Möglichkeiten sehr eingeschränkt sind.[120] Die Bemühungen von Bewährungshelfern einen geeigneten Therapieplatz für ihre Probanden mit einer entsprechenden Weisung zu finden sind oftmals erfolglos. Nur wenige niedergelassene Psychotherapeuten sind bereit mit Straftätern, geschweige denn mit Sexualstraftätern zu arbeiten.

STIELS-GLENN befragte 2008 im Rahmen einer Masterarbeit alle ärztlichen und psychologischen Vertragspsychotherapeuten in Essen, die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein registriert waren, nach ihrer Bereitschaft Sexualstraftäter zu behandeln. Parallel dazu wurden mithilfe einer Befragung aller örtlichen Bewährungshelfer ermittelt, wie viele verurteilte Sexualstraftäter, die im Jahr 2008 unterstellt waren, sich aufgrund einer Therapieweisung in einer psychotherapeutischen Behandlung befanden und wie viele letztendlich nicht. Durch diese Methodik sollte die Zahl der behandlungsbereiten Therapeuten mit der Höhe des Bedarfs bzw. die Behandlungsbereitschaft mit der tatsächlichen Behandlungstätigkeit verglichen werden. Es

[118] RUDEL/WÄHNER 2009, S. 34 i.V.m. BRAND 2006, S. 130
[119] BRAND 2006, S. 129
[120] SPÖHR 2009, S. 126

wurden quantitative Fragebögen an insgesamt 152 Psychotherapeuten und 66 Bewährungshelfer gesandt.
Von den Vertragstherapeuten antworteten 56,6 % (n=86), wovon sich nur 11 sich zu einer Behandlung von Sexualstraftätern bereit sahen. Sie gaben allerdings Wartezeiten von bis zu 36 Monaten an. In zwei vorangegangen Untersuchungen aus den Jahren 1993 und 1996 ermittelte STIELS-GLENN durch einen ähnlichen Fragebogen ebenfalls die Zahl der Vertragstherapeuten in Essen und ihre Bereitschaft zur Behandlung von Sexualdelinquenten. So war unter Einbeziehung der Ergebnisse aus 2008 ein Vergleich der Daten im Längsschnitt möglich. Dadurch konnte festgestellt werden, dass sich die Zahl der Essener Therapeuten seit 1993 verdoppelt hat, während bei relativ konstanter Rücklaufquote, die Behandlungsbereitschaft gesunken ist.
Die Rücklaufquote der Bewährungshelferbefragung betrug 50%. Insgesamt wurden zum Zeitpunkt der Befragung 119 Probanden, die eine Sexualstraftat begangen haben, von den antwortenden Bewährungshelfern betreut. 29 Probanden befanden sich in einer ambulanten Therapie in Beratungsstellen für Sexualstraftäter, bei der Pro Familia, in Kliniken, bei psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiatern. Von den behandlungsbereiten Therapeuten in Essen fanden sich nur vier wieder, die tatsächlich auch einige der 29 Probanden behandelten.
Die Ablehnung der Behandlung von Sexualstraftätern begründeten die befragten Therapeuten mit negativen Vorerfahrungen, eigenen Vorbehalten oder fehlendem Wissen bezüglich der Klientel. Einige der Befragten, die bereits Opfer von Sexualstraftaten betreuten, waren nicht bereit gleichzeitig auch Täter zu behandeln, da sie darin einen Zielkonflikt sahen. Weitere Gründe können aber auch die Angst vor Rufschädigung und der dadurch bedingte Verlust von Patienten sein, aber auch die fehlende Bereitschaft mit der Justiz zu kooperieren. Viele Therapeuten befürchten, durch eine Vernetzung mit dem Justizsystem, die Eigenständigkeit in der therapeutischen Arbeit ein stückweit einbüßen zu müssen. Außerdem mangelt es ihnen an forensischen Kenntnissen, zu deren Aneignung oftmals kein Interesse besteht.
STIELS-GLENN kommt schließlich zu dem Fazit, dass aufgrund der negativen Einstellung von Psychotherapeuten bezüglich der Behandlung von Sexualstraftätern keine Verbesserung der Versorgungslage erreicht werden kann. Er empfiehlt daher den Ausbau von Beratungs-

stellen, die sich auf Sexualstraftäter spezialisiert haben, um in Zukunft den hohen Bedarf an ambulanten Therapieplätzen für Sexualstraftäter decken zu können.[121]

In einem Projekt des Kriminologischen Forschungsinstitutes Köln wurden im Jahr 2000 acht Beratungsstellen des Landes Nordrhein-Westfalen, die mit Sexualstraftätern arbeiten, evaluiert. Dazu führte man qualitative Telefoninterviews mit den jeweiligen Therapeuten und Leitern der Einrichtungen. In einem anschließenden Expertengespräch sollten externe Fachleute zu den Ergebnissen Stellung nehmen bzw. Vorschläge zur Optimierung der therapeutischen Vorgehensweise bei der ambulanten Behandlung von Sexualstraftätern machen. Da die Arbeit der acht Beratungsstellen sowohl im Bereich der Diagnostik als auch in der therapeutischen Methodik von großer Vielfältigkeit geprägt war, erging von Seiten der Experten der Appell an die Beratungseinrichtungen, die Konzeptionen und Vorgehensweisen zu vereinheitlichen. Es sollte eine größere Transparenz und Nachvollziehbarkeit erzielt werden. Sie schlugen hierzu vor, zunächst eine einheitliche Terminologie zu etablieren, sodass der interdisziplinäre Austausch zwischen Therapeuten und Angehörigen der Justiz erleichtert wird. Außerdem wurde bezüglich der Diagnostik der Gebrauch des klinischen Klassifikationssystems ICD-10 empfohlen. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, wie zum Beispiel dem Strafvollzug, sollte nach Meinung der Fachleute verbessert werden. Bei Tätern, die bereits im Vollzug therapiert wurden ist es wichtig, dass ein reibungsloser Übergang in die ambulante Nachsorge gewährleistet ist und an erarbeitete Inhalte angeknüpft wird. Die Experten rieten auch zur Verwendung eines Behandlungsprogramms, welches speziell auf Sexualstraftäter ausgerichtet ist.[122]
Bestehende Behandlungsprogramme wurden hauptsächlich für die stationäre Anwendung konzipiert und müssen daher entsprechend moduliert werden, um im ambulanten Bereich durchgeführt werden zu können. Auf die Fragen, die hierzu geklärt werden müssen soll in Kapitel 4.7, am Beispiel der Anwendung des BPS in der Bewährungshilfe, eingegangen werden.

[121] STIELS-GLENN 2010, S. 76 ff.
[122] BRAND/DIEHL/WALTER 2001, S. 257 ff.

Trotz der dargestellten vorhandenen Defizite setzt man auf Beratungsstellen und vor allen Dingen auf spezialisierte Ambulanzen zur ambulanten Behandlung von Sexualstraftätern. Das Personal solcher Einrichtungen verfügt über das nötige Fachwissen zu dieser Personengruppe, sodass geeignete therapeutische Maßnahmen und soziale Hilfen angeboten werden können. Im Rahmen einer Untersuchung von SPÖHR aus dem Jahr 2007 zur Sozialtherapie von Sexualstraftätern im deutschen Justizvollzug wurden sozialtherapeutische Einrichtungen unter anderem auch danach befragt, auf welche Institutionen sie bezüglich der ambulanten Nachsorge verweisen. Die genannten Einrichtungen wurden dann noch einmal gesondert angeschrieben und zu ihrer Arbeit befragt.[123] In Abbildung 4 werden die Bezeichnungen dieser Institutionen, ihre Trägerschaft, das Jahr in dem die Arbeit mit Sexualdelinquenten begonnen wurde und das Bundesland in dem sie sich befinden, dargestellt:

Abbildung 4: Ambulanten Behandlungseinrichtungen für Sexualstraftäter (Stand 20.04.2007)

Name der Institution	Bundesland	Arbeit mit Sexualstraftätern seit	Träger
Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter der Bewährungshilfe Stuttgart e. V.	BW	1998	Bewährungshilfe Stuttgart e .V,
Bewährungshilfe beim Landgericht Augsburg	BY	-	Landgericht Augsburg
Bezirkskrankenhaus Bayreuth	BY	1989	Kommunalunternehmen Bez. JVA
Forensisch-Therapeutische Ambulanz, Berlin	BE	2005	Sozialen Diensten der Justiz
Ambulante Nachsorgegruppe, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie[10]	HH	2003	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf + Hamburg Justizbehörde
Bewährungshilfe Kassel	HE	2006	Land Hessen
Man-o-mann, Bielefeld	NRW	1990	Verein für Sozialtherapie
Beratungsstelle für Haftentlassene und ihre Familien, Düsseldorf	NRW	1992	Arbeiterwohlfahrt Familienglobus gGmbh
Neuland Bochum	NRW	1998	Caritas Verband für Bochum
Beratungsstelle Punktum, Wuppertal	NRW	1999	Wichernhaus Wuppertal gGmbH, Mitgl. Diak. Werk d. evang. Kirche i. Rheinland
Die Brücke, Dortmund e.V.	NRW	2002	Die Brücke Dortmund e. V.
St. Franziska-Stift, Ermächtigungsambulanz, Bad Kreuznach	RP	1997	CTT (kath. Kirche)
Beratungsstelle im Packhaus, Kiel	SH	2002	Pro familia

Quelle: SPÖHR 2009, S. 132

In den letzten Jahren wurden einige Ambulanzen, die speziell auf die Behandlung von Sexualstraftäter ausgerichtet sind, eröffnet. So nahmen zum Bespiel im Jahr 2008 das Psychotherapeutische Ambulanz-

[123] SPÖHR 2009, S. 131

zentrum München[124] sowie das Bochumer Ambulanzzentrum[125] ihre therapeutische Arbeit mit Sexualstraftätern auf. Eine weitere Ambulanz wurde 2009 in Nürnberg eröffnet.[126]

4.5.2 Anerkannte Behandlungsstandards

Für die ambulante Behandlung sind zehn Standards entstanden, die Ergebnisse der Therapieforschung einbeziehen. Sie sollen eine Vergleichbarkeit der therapeutischen Arbeit mit Sexualstraftätern im ambulanten Bereich ermöglichen und zur Professionalisierung beitragen. Die Standards beruhen auf Empfehlungen einer österreichischen Arbeitsgruppe, einem Behandlungsleitfaden des britischen HOME OFFICE[127] und den unter 4.5.1 erläuterten Expertenempfehlungen zur Verbesserung der ambulanten Behandlung.
Die Empfehlungen beziehen sich auf die Diagnostik, die Therapieinhalte, als auch auf die Dauer und Ausgestaltung einer Behandlung. Demnach sollte vor Therapiebeginn eine Differenzialdiagnostik erfolgen, auf deren Grundlage entschieden wird, ob eine Therapie indiziert ist. Die Wahl des therapeutischen Settings sollte sich nach der Problematik des Klienten richten. Laut der Standards ist allerdings die klassische Therapie (tiefenpsychologischer Ansatz) für die Behandlung von Sexualstraftätern nicht geeignet, da sie die Behandlung der Persönlichkeit zum Ziel hat. Eine Therapie basierend auf dieser Zielsetzung hat sich bei Sexualstraftätern als erfolglos erwiesen. Der Schwerpunkt der Behandlung sollte eher auf der Verhaltensänderung liegen („no cure, but control“). Außerdem wird im klassischen Ansatz vorausgesetzt, dass der Klient sich freiwillig in eine Therapie begibt. Die Freiwilligkeit bzw. intrinsische Motivation sieht man bei der Be-

[124] Weitere Informationen unter: http://www.hilfswerk-muenchen.de/19_7_1_psychotherapeutische-fachambulanz.html *[Abrufdatum 02.01.2011]*
[125] Weitere Informationen unter: http://bochumer-ambulanzzentrum.de/therapeutische_angebot.html *[Abrufdatum 02.01.2011*]
[126] Weitere Informationen unter: http://www.stadtmission-nuernberg.de/aktuell/aktuell/aktuell_detail.php?ida=2660 *[Abrufdatum 02.01.2011*]
[126] Das Home Office ist ein britisches Ministerium, welches für Angelegenheiten der Einwanderung und der Sicherheit und Ordnung zuständig ist.
[127] Das Home Office ist ein britisches Ministerium, welches für Angelegenheiten der Einwanderung und der Sicherheit und Ordnung zuständig ist.

handlung von Sexualstraftätern allerdings nicht mehr als notwendige Bedingung an, sondern eher als Therapieziel.[128]
Gemäß den Standards sollte eine ambulante Therapie mindestens zwei Jahre dauern und alle gegenwärtigen und vergangenen Lebensumstände mit einbeziehen. Diese geben Aufschluss über die Entstehung des devianten Verhaltens, welches sich bei Sexualstraftätern nicht nur im sexuellen Bereich äußert. Die inhaltlichen Schwerpunkte einer Therapie nach Maßgabe der Standards sind denen einer kognitiv-behavioralen Behandlung gleich (siehe 4.3). Es wird auch empfohlen einen therapeutischen Kontrakt zwischen Patient und Behandlungseinrichtung zu vereinbaren, der Rahmenbedingungen und Ausgestaltung der Behandlung sowie Konsequenzen der Nichteinhaltung von Vereinbarungen enthält.[129]

5. Bewährungshilfe

5.1 Gesetzlicher Auftrag und Ausgestaltung

Der Auftrag der Bewährungshilfe wurde vom Gesetzgeber durch § 56d Abs.3 StGB sowie den §§ 24 Abs.3 und 25 JGG geregelt. Demnach hat die Bewährungshilfe sowohl eine helfende und betreuende Funktion, als auch eine Kontrollfunktion. Bei Jugendlichen ist der Auftrag zudem auf erzieherische Gesichtspunkte ausgeweitet.
Die Betreuungsfunktion nimmt der Bewährungshelfer durch eine „sozialarbeiterisch geprägte Tätigkeit" wahr.[130] Diese Tätigkeiten umfassen meist Hilfen zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen. Solche Hilfen können beispielsweise die allgemeine Lebensberatung, die Motivationsarbeit zur Minderung oder Überwindung bestehender Probleme, die Vermittlung von Therapieplätzen oder geeigneten Beratungsstellen, als auch die Beratung und Hilfestellung bei der Wohnungs- und Arbeitssuche sein.[131] Dabei steht die Betreuungs- und Hilfstätigkeit stets unter der Prämisse „Hilfe zur Selbsthilfe". Dieses

[128] RUDEL/ WÄHNER 2009, S. 38
[129] Eine Auflistung der Standards, sowie genauere Erläuterungen dazu finden sich bei BRAND 2006, S. 147 ff.
[130] *Braasch* in Dölling/ Duttge/ Rössner § 56 d StGB, Rn.5
[131] Justizministerium NRW 2010, S. 42ff.

Grundprinzip soll handlungsleitend sein und gewährleisten, dass der Proband durch Unterstützung des Bewährungshelfers lernt, sein Leben selbstverantwortlich und selbstständig zu führen, ohne weitere Straftaten zu begehen.[132]
Bei der Kontrollfunktion handelt es sich weitestgehend um Überwachungstätigkeiten im Bezug auf die Erfüllung von Auflagen und Weisung bzw. Anerbieten und Zusagen. Hierüber wird dem Gericht, welchem nach § 453b StPO grundsätzlich die Überwachung des Verurteilten obliegt, in regelmäßigen Abständen ein Führungsbericht übersandt. Verstößt der Proband gegen Auflagen und Weisung oder begeht er während der Bewährungszeit weitere Straftaten, so muss der Bewährungshelfer das Gericht darüber unverzüglich in Kenntnis setzen. Diese wird dann gemäß §56f StGB über den Widerruf der Strafaussetzung entscheiden.[133]

Im Wesentlichen gestaltet sich die Arbeit des Bewährungshelfers durch Kontakte zum Probanden, durch Dokumentations- sowie Netzwerkarbeit. Ferner gehören auch die Wahrnehmung von Gerichtterminen und die Durchführung von Haftbesuchen zum Tätigkeitsbereich. Methodische Grundlage ist primär die Einzelfallhilfe.
Die Klientel der Bewährungshilfe besteht aus Personen, die zu Jugend- oder Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren verurteilt worden sind und bei denen das Gericht die Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt hat (§ 59 JGG und §56 StGB). Weiterhin werden Personen, deren Strafrest nach Prüfung verschiedener Voraussetzungen zur Bewährung ausgesetzt wird (§§ 57, 57a StGB, §§ 21 und 27 JGG), sowie auch Personen, bei denen Führungsaufsicht gemäß § 68 StGB oder § 7 JGG eintritt, durch die Bewährungshilfe betreut. Die Führungsaufsicht impliziert eine negative Sozialprognose für den Täter, da, anders als bei der Straf(rest)aussetzung zur Bewährung, davon ausgegangen wird, dass der Täter weitere Straftaten begeht.[134] Daher kommt bei Führungsaufsichtsprobanden der Kontrollaspekt der Bewährungshilfe besonders zum Tragen. Dies wird auch dadurch deutlich, dass bei Verstoß gegen Weisungen während der Aufsichtszeit, gemäß § 145a StGB eine bis zu dreijährige Freiheitsstrafe droht. Führungsaufsicht

[132] JUSTIZMINISTERIUM NRW 2010, S. 15
[133] *Braasch* in Dölling/ Duttge/ Rössner § 56 d StGB, Rn.7
[134] *PFLIEGER* in DÖLLING/ DUTTGE/ RÖSSNER Vorbemerkung zu §§ 68 ff. StGB, Rn.1

tritt bei Sexualstraftätern, die ihre Straftat vollständig verbüßt haben, kraft Gesetzes gemäß § 68f Abs. 1 StGB ein. Das Gericht kann allerdings laut § 68f Abs.2 anordnen, dass diese nicht eintritt, falls eine positive Prognose gestellt werden kann, also wenn zu erwarten ist, dass der Inhaftierte nach Verbüßung seiner Strafe keine Straftaten mehr begeht. Dies könnte beispielsweise dadurch begründet sein, dass der Täter während der Haftzeit eine therapeutische Behandlung durchlaufen hat und sich so intensiv mit seiner Tat auseinandergesetzt und diese aufgearbeitet hat.

5.2 Umgang mit Sexualstraftätern

Die Arbeit mit Sexualstraftätern stellt für die Bewährungshilfe häufig ein großes Problem dar. Sexualstraftäter bilden eine Gruppe, bei der viele Bewährungshelfer sowohl an ihre persönlichen als auch fachlichen Grenzen kommen. Viele Sexualstraftäter, die unter Bewährungsaufsicht stehen, haben bereits Hafterfahrung oder waren in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Einige haben sich intensiv mit ihrer Tat und den zugrunde liegenden Motiven im Rahmen einer Therapie auseinandersetzen können. Dies ist jedoch nicht die Regel. Viele leugnen ein Sexualdelikt begangen zu haben und neigen dazu, in den Kontakten zum Bewährungshelfer, stets neue Problembereiche zu präsentieren, sodass die Konfrontation mit der Tat verzögert wird.
Die Heterogenität der Gruppe der Sexualstraftäter bringt unterschiedliche Problemlagen hervor, die eine besondere Qualifikation des Betreuers notwendig machen. Die sozialarbeiterischen Kompetenzen des Bewährungshelfers stoßen dabei an ihre Grenzen. Daher werden in vielen Dienststellen Bewährungshelfer, die sich auf Sexualstraftäter spezialisieren, fortgebildet. Sie werden so befähigt, den Anforderungen im Umgang mit Sexualdelinquenten kompetent begegnen zu können.

Ein Beispiel für die Inhalte solche Fortbildungen haben Stefan Bock vom Justizministerium Niedersachsen und Guido Maasberg von der Bewährungshilfe Gifhorn am Bewährungshelfertag 2007 in Berlin vorgestellt. Erste Seminare zur Qualifizierung von Bewährungshelfern im Hinblick auf Sexualstraftäter starteten in Niedersachsen bereits im

Jahre 2001.[135] Auf Initiative der Landesregierung wurde dann im Jahre 2003 insgesamt 26 Bewährungshelfern und Bewährungshelferinnen (jeweils zwei Bewährungshelfer aus jedem niedersächsischen Landgerichtsbezirk) ermöglicht, an einer berufsbegleitenden Fortbildung teilzunehmen. Die Fortbildung war für die Dauer von 18 Monaten angelegt und bestand aus 7 Modulen, deren Inhalte in fünf Einheiten zu je drei Tagen gelehrt wurden. Die Qualifizierungsmaßnahme wurde von Diplompsychologen durchgeführt. Jeder Teilnehmer wurde am Ende zertifiziert.[136]

Das erste Modul behandelte Aspekte der Betreuungskompetenz. Solche Aspekte waren beispielsweise die eigene Haltung des Bewährungshelfers gegenüber der Gruppe der Sexualstraftäter oder der Unterschied zwischen Betreuung und Behandlung.

Im zweiten Modul wurden Themen wie Motivationsförderung und Aspekte des Betreuungskontextes wie Freiwilligkeit und Zwang betrachtet.

Im dritten Modul wurde den Teilnehmern das Basiswissen im Bezug auf Sexualkriminalität vermittelt. Dies beinhaltete zunächst Erkenntnisse über die psychosexuelle Entwicklung des Menschen. Anschließend wurden beispielsweise die Erscheinungsformen der Sexualdelinquenz sowie mögliche Behandlungsmethoden thematisiert.

Durch das vierte Modul wurden die Teilnehmer über Aspekte der Legalprognose informiert, worauf es dann im fünften Modul um Rückfallprophylaxe ging.

Modul 6 behandelte im Groben das Thema der Vernetzung innerhalb und außerhalb der Bewährungshilfe. Den Teilnehmern wurden zudem Empfehlungen und Hilfestellungen für die Lektüre von Gutachten sowie zur Erstellung von Verlaufsberichten zu Sexualstraftätern gegeben.

Im letzten Modul wurden schließlich die persönlichen Empfindungen und Sichtweisen der Teilnehmer zum Thema „Sexualdevianz" besprochen. Sie wurden angeleitet sich der eigenen Grenzen in der Arbeit mit Sexualstraftätern bewusst zu werden und diese zu definieren.[137]

[135] BOCK/ MAASBERG 2007, S. 1 Folie 2
[136] BOCK/ MAASBERG 2007, S. 2 Folie 3
[137] BOCK/ MAASBERG 2007, S. 3 ff.

Die geschilderten Inhalte wurden mittels Übertragung auf aktuelle Fälle der Bewährungshelfer aber auch durch Inter- und Supervision, sowie Hausaufgaben erarbeitet.[138]
Die durch diese erschöpfende Weiterbildung qualifizierten Bewährungshelfer, sollten außerdem für ihre Dienststellen die Funktion der Multiplikatoren, zur Weitergabe der Informationen an die Kollegen, einnehmen. Weiterhin haben sich die Teilnehmer nach Ende der Fortbildung zu regionalen Fachgruppen zusammenschlossen um durch regelmäßige Treffen den kollegialen und themenbezogenen Austausch zu gewährleisten.[139]
2005 wurde zum Schutze der spezialisierten Bewährungshelfer durch das Justizministerium Niedersachsen erlassen, dass der Anteil der betreuten Sexualstraftäter 25% der Gesamtzahl zu betreuender Probanden eines Bewährungshelfers nicht überschreiten soll. 2006 betreute ein fortgebildeter Bewährungshelfer des Landes Niedersachsen durchschnittlich 8,84 Sexualstraftäter.[140]

Neben Qualifizierungsmaßnahmen zum Umgang mit Sexualstraftätern wird die Betreuungsarbeit von Bewährungshelfern mit dieser Probandengruppe auch durch Teilnahme an themenspezifischen Arbeitskreisen unterstützt. Hier können sich Bewährungshelfer verschiedener Landgerichtsbezirke über Probleme in der Arbeit mit Sexualstraftätern austauschen und einander Hilfestellung geben. Zudem entstehen auf Basis von Arbeitskreisen häufig auch hilfreiche Standards zu Aspekten der Betreuungsarbeit.
Die Arbeit des Bewährungshelfers im Umgang mit Sexualstraftätern unterscheidet sich inhaltlich im Wesentlichen nicht von der Arbeit im Umgang mit Probanden anderer Deliktgruppen. Sie umfasst ebenfalls die unter 5.1 beschriebenen Tätigkeiten. Allerdings werden Probanden, die ein Sexualdelikt begangen haben, häufig engmaschig betreut, was mit einer hohen Kontaktfrequenz einhergeht. So kann dem Kontrollaspekt stärker Rechnung getragen und der Schutz der Allgemeinheit gewährleistet werden.

[138] BOCK/ MAASBERG 2007, S. 13 Folie 25
[139] BOCK/ MAASBERG 2007, S. 7 Folie 14
[140] BOCK/ MAASBERG 2007, S. 7 f.

Zum Schutze der Allgemeinheit vor rückfallgefährdeten Sexualstraftätern hat das Land NRW am 1. Februar 2010 per Erlass eine Zentralstelle für die Sammlung der Daten haftentlassener Sexualstraftäter eingerichtet.[141] Diese befindet sich beim Landeskriminalamt. Auf Grundlage der sogenannten „Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern in Nordrhein-Westfalen (KURS NRW)“ soll der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen den an der Betreuung und Überwachung des Probanden beteiligten Institutionen standardisiert werden. Dies soll das Rückfallrisiko vermindern. Die Zentralstelle fungiert dabei als Koordinator bei der Zusammenarbeit. Relevanten Stellen sind je nach Fall, die Vollstreckungsbehörde, das Landeskriminalamt, die forensische Nachsorge (bei Entlassenen aus dem Maßregelvollzug), die Führungsaufsichtsstelle bzw. der Fachbereich Führungsaufsicht des ambulanten sozialen Dienstes der Justiz sowie die Polizeibehörden.
Von der Konzeption werden Personen erfasst, die aufgrund von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung nach den §§ 174 bis 174c, 176 bis 180 und 182 StGB, wegen eines Tötungsdeliktes gemäß den §§ 211 und 212 StGB, welches sexuell motiviert war, sowie wegen Begehung der genannten Taten unter Vollrausch gemäß § 323a StGB verurteilt worden sind und die nach Entlassung unter Führungsaufsicht stehen. Weiterhin greift das Konzept auch bei Personen, die wegen der vorgenannten Straftaten verurteilt wurden und bei denen Kraft Gesetzes gemäß § 67b Abs. 2, § 67c oder § 67d Abs. 2 bis 6 StGB Führungsaufsicht eintritt.
Spätestens vier Monate vor Entlassung des Inhaftierten informiert die entsprechende Vollzugsanstalt die zuständige Strafvollstreckungsbehörde, sowie die Zentralstelle beim Landeskriminalamt von der bevorstehenden Entlassung und regt die Aufnahme der jeweiligen Person in die KURS-Datei an. Gleichzeitig werden der Zentralstelle alle relevanten Informationen zum Fall weitergeleitet. Diese wären beispielsweise Stellungnahmen oder Gutachten, die im Laufe des Vollzuges erstellt wurden. Ferner wird von der Vollstreckungsbehörde auch die Führungsaufsichtsstelle informiert. Die Justizvollzugsanstalt nimmt

[141] MBl. NRW 2010, Nr. 24
Internet:
https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=7&vd_id=12240&ver=8&val=12240&sg=0&menu=1&vd_back=N *[Abrufdatum 20.01.2011]*

zudem eine Einstufung des Betreffenden in eine Risikogruppe vor. Kontroll- und Betreuungsmaßnahmen werden dann auf die Risikogruppe abgestimmt, der der Inhaftierte zugeordnet wurde.
Insgesamt stehen laut der Konzeption drei Risikogruppen für die Einstufung eines Inhaftierten zur Verfügung: Risikogruppe A erfasst Straftäter bei denen ein großes Rückfallpotenzial besteht. Dabei geht man von einer hohen Gefährlichkeit und Rückfallgefahr aus. Bei dieser Gruppe liegen keine stabilisierenden bzw. protektiven Faktoren vor. Personen, bei denen diese Faktoren vorliegen, die aber bei deren Wegfall mit hoher Wahrscheinlichkeit weitere einschlägige Straftaten begehen, werden in die Risikogruppe B aufgenommen. Risikogruppe C erfasst alle Personen, die nicht einer der beiden anderen Gruppen zugewiesen wurden. Demnach sind Personen dieser Gruppe am wenigsten rückfallgefährdet.
Bei der Einstufung wird sowohl nach täterbezogenen und tatbezogenen Kriterien, als auch anhand der vollzuglichen Entwicklung entschieden.
„Die Einstufung in eine bestimmte Risikogruppe ist nicht abschließend. Neue Erkenntnisse können zu einer Neubewertung führen.“ Solch eine Neubewertung kann beispielsweise durch das Vorliegen neuer stabilisierender Faktoren oder eben auch durch Wegfall dieser erfolgen.
Im Rahmen des Programms ist die Rolle des Bewährungshelfers, der den unter Führungsaufsicht stehenden Probanden betreut, recht zentral, da er mit dem Probanden im direkten Kontakt steht. Er erhält meist als erster Beteiligter Auskunft über Veränderung im Leben des Probanden, die sich auf seine Legalprognose auswirken könnten. Der Bewährungshelfer nimmt unter anderem auch an Fachkonferenzen im Rahmen von KURS NRW teil. Solche eine Konferenz kann durch den Bewährungshelfer bzw. die Führungsaufsichtstelle einberufen werden, wenn es aus einem aktuellen Anlass erforderlich wird. Bei der Aufnahme eines Falles in KURS NRW und der Einstufung in die Risikogruppe A sind Fallkonferenzen sehr zeitnah durchzuführen.
Im Zuge einer retrograden Erfassung eines Altfalles wurden von der Führungsaufsichtsstelle bzw. dem Bewährungshelfer auch alle Personen eingestuft, deren Führungsaufsicht zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Konzeption noch mindestens ein Jahr andauern sollte.

Die systematische Vernetzung aller relevanten Stellen soll den größtmöglichen Schutz der Bevölkerung vor einschlägigen Rückfällen von Sexualstraftätern gewährleisten. Zur Bewertung der Wirkungsweise des Programms und der Zusammenarbeit innerhalb des Beteiligtenkreises sieht das Konzept eine Evaluierung vor, die ein Jahr nach Inkrafttreten durchgeführt werden soll.
Identische oder ähnliche Programme wurden auch bereits in anderen Bundesländern wie zum Beispiel Bayern, Niedersachsen oder Hessen, teilweise mit anderer Bezeichnung etabliert.

5.3 Bewährungshilfestatistik

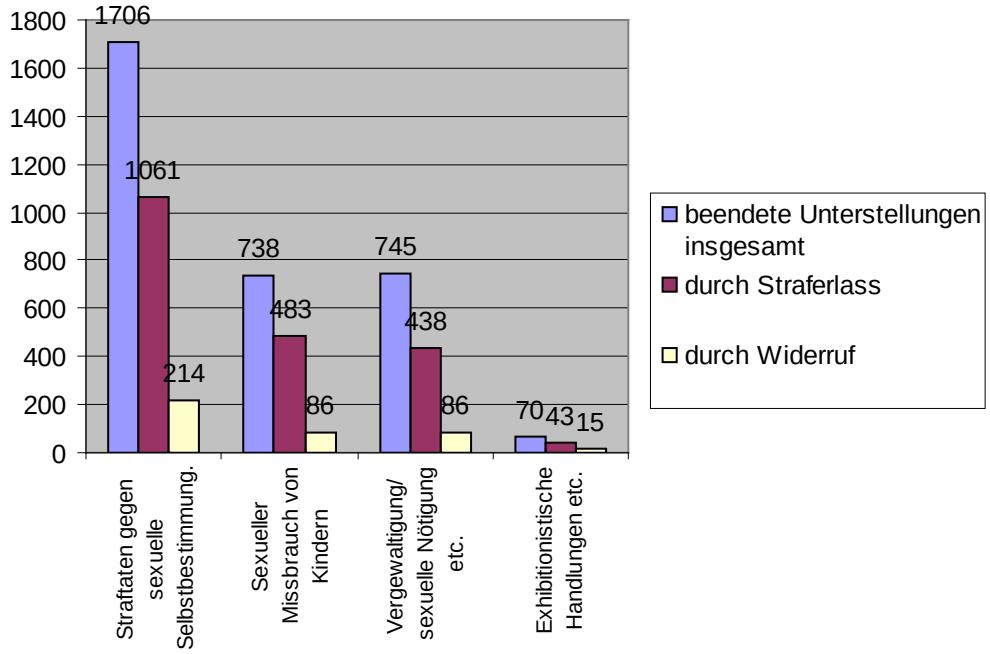
Die Bewährungshilfestatistik soll die „Strukturen der Entscheidungspraxis der Strafgerichte in Bezug auf die Bewährungsunterstellung sowie [den] Erfolg von Bewährungsunterstellungen als präventive Maßnahme [abbilden] und entsprechende Veränderungen [aufzeigen].“[142] Die Statistik bildet die Zahl der Bewährungsunterstellungen nach allgemeinem Strafrecht und Jugendstrafrecht, nach Alter und Geschlecht und nach Deliktart sowie andere Merkmale ab. Zudem gibt die Statistik Auskunft über Daten zu beendeten Unterstellungen.
Da die Bewährungshilfestatistik nicht bundesweit in allen Ländern durchgeführt wird, beschränkt sie sich bei der Darstellung der Zahlen der ausführlichen, deliktbezogenen Ergebnisse nur auf das frühere Bundesgebiet einschließlich Gesamtberlin. Hamburg wird nicht mit einbezogen, da die Erhebung der Daten dort seit 1992 ausgesetzt ist. Die Abbildung der Zahlen zu den Gesamthäufigkeiten der Unterstellungen und Beendungen beziehen auch die neuen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg ein. Dort werden seit 1992 Daten zur Bewährungshilfe erhoben.[143]
Die aktuelle Statistik bildet die Situation des Berichtsjahres 2007 ab. Zahlen zu darauf folgenden Jahren sind aufgrund verschiedener Erhebungsprobleme nicht verfügbar. Der Stichtag der Erhebung ist der 31.12.2007.

[142] Statistisches Bundesamt 2010d, S. 4
[143] Statistisches Bundesamt 2010d, S. 6

Am Stichtag des Jahres 2007 betrug die Zahl der Bewährungsunterstellungen insgesamt 177 353. Davon beruhten 80% auf Grundlage des allgemeinen Strafrechts. Die Unterstellungsgründe verteilen sich auf die Gesamtzahl der Unterstellungen wie folgt: 65% der Unterstellungen nach dem Strafgesetzbuch basierten auf der Strafaussetzung zur Bewährung gemäß § 56 StGB, 27% auf der Aussetzung des Strafrestes nach §57 StGB.[144] Für die Unterstellungen nach dem Jugendstrafrecht weist die Statistik 65% der Unterstellung aufgrund von § 21 JGG und 17,2% nach § 88 JGG auf.
Der Unterschied zwischen der Gesamtzahl der Unterstellungen und der Zahl der unterstellten Personen beträgt 31 971. Daraus folgt eine Verteilung von 1,2 Unterstellungen pro Person. Dies resultiert aus der Tatsache, dass die Statistik Mehrfachunterstellungen eines Probanden verzeichnet.[145]
3,25% aller Unterstellungen beruhten auf Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, wovon 41,8% aufgrund von sexuellem Kindesmissbrauch und 42,8% aufgrund von Vergewaltigung und sexueller Nötigung einschließlich sexuellen Missbrauchs Widerstandsunfähiger erfolgten.[146] Detaillierte Daten bezüglich der zahlenmäßigen Verteilung der Unterstellung für die einzelnen Sexualdelikte weist die Statistik nicht auf.
Wohl aber im Bezug auf die beendeten Unterstellungen des Jahres 2007. Abbildung 3 stellt die Zahlen der beendeten Unterstellungen im Bereich der Sexualtaten im Hinblick auf die Beendigungsgründe dar.

[144] Statistisches Bundesamt 2010d, S. 12
[145] Statistisches Bundesamt 2010d, S. 13
[146] Statistisches Bundesamt 2010d, S. 16

Abbildung 5: Beendete Unterstellungen nach Beendigungsgründen bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010d, S.25 und 29

2,9% der insgesamt 58 294 beendeten Unterstellungen waren ursprünglich Bewährungsunterstellungen, die aufgrund von Sexualdelikten erfolgt sind.
Den meisten dieser Unterstellungen lag eine Aussetzung der Freiheits- oder Jugendstrafe zur Bewährung zugrunde. Bei denjenigen im Bereich der Vergewaltigungsdelikte allerdings, war der Unterstellungsgrund größtenteils die Strafrestaussetzung zur Bewährung. Die positive Sozialprognose, die dem Probanden dadurch ausgesprochen wurde, hat sich in den meisten Fällen, jedenfalls im Bezug auf die jeweilige Bewährungszeit, als richtig erwiesen: Über die Hälfte der im Jahr 2007 beendeten Unterstellungen, die aufgrund von Vergewaltigungsdelikten bestanden, konnten durch Straferlass bzw. Schuldtilgung beendet werden. Genauso auch im Bereich des sexuellen Kindesmissbrauchs.
Neben Straferlass und Bewährungswiderruf kann ein weiterer Grund für die Beendigung von Unterstellungen aber auch das Ende der Unterstellungszeit sein, sowie die vorzeitige Beendigung dieser durch das Gericht gemäß § 56e StGB bzw. § 24 Abs.2 JGG.[147] Dies bedeutet al-

[147] Statistisches Bundesamt 2010d, S. 25 und 29

lerdings nicht auch gleichzeitig ein Ende der Bewährungszeit. Der Statistik kann daher für den Teil der Probanden, deren Unterstellungszeit vor Ende der Bewährungszeit endete, keine Informationen darüber entnommen werden, ob sie sich letztendlich bewähren konnten. Mit der Beendigung der Unterstellungszeit bei gleichzeitiger Fortdauer der Bewährungszeit kann aber von einer positiven Prognose für den jeweiligen Probanden ausgegangen werden, da ansonsten das Gericht die weitere Unterstellung angeordnet hätte.

Der Anstieg der Unterstellungszahlen insgesamt beträgt seit 1995 34,2%.[148] Die Zahl der Unterstelllungen von Probanden, die wegen Kindesmissbrauch verurteilt wurden stieg in dem Zeitraum von 1998 und 2007 um 15,6%. Ähnlich auch die Zahl der Unterstellungen aufgrund von Vergewaltigung, sexueller Nötigung und sexuellem Missbrauch Widerstandsunfähiger. Bewährungsunterstellungen männlicher Probanden machten dabei stets den Großteil aus.[149]

6. Anwendung des BPS in der Bewährungshilfe

Das folgende Kapitel stellt die Erkenntnisse der für diese Arbeit durchgeführten Interviews dar. Das erste Interview wurde am 13.09.2010 mit zwei Entwicklern des BPS, Frau FOPPE und Herrn WISCHKA aus der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Lingen geführt. Hier wurde zum einen nach den Rahmenbedingungen des Justizvollzugs, unter denen das BPS stattfindet, gefragt, aber zum anderen auch nach Vorschlägen zur Umsetzbarkeit in der Bewährungshilfe. Das zweite Interview erfolgte am 18.10.2010 mit Frau RIEKE und Herrn Keßler, zwei Bewährungshelfern des ambulanten sozialen Dienstes der Justiz in Detmold, die die Behandlung mit dem BPS in ihrer Dienststelle durchführen wollten. Die Schwierigkeiten, auf die sie bei der Planung stießen, waren Gegenstand dieses Interviews. Schließlich folgte das dritte Interview am 27.10.2010 mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, Bewährungshelfer des ambulanten sozialen Dienstes Mönchengladbach. In diesem Interview ging es um die Er-

[148] Statistisches Bundesamt 2010d, S. 11
[149] STATISTISCHES BUNDESAMT 2003 bis 2010, Fachserie 10, Reihe 5, 1998 bis 2007

fahrungen der Bewährungshelfer aus der ersten BPS-Gruppenarbeit in der Bewährungshilfe Mönchengladbach, die seit 2008 durchgeführt wurde.

Zunächst werden unter 6.1 die Beweggründe der befragten Bewährungshelfer zur Durchführung des BPS und erste Planungstätigkeiten erläutert. Anschließend folgt eine Darstellung der Voraussetzungen und der daraus resultierenden möglichen Schwierigkeiten der Umsetzung des BPS im Rahmen der Bewährungshilfe. Dabei soll der Unterschied zu den Durchführungsbedingungen im Justizvollzug herausgestellt werden. Unter Bezugnahme auf die im Unterkapitel 6.2 erläuterten Voraussetzungen und Problemstellungen erfolgt schließlich unter 6.3 die Darstellung der Umsetzung des Programms durch die Bewährungshilfe Mönchengladbach.

6.1 Ausgangssituation und Planungen

Das Interesse am BPS wurde in der Bewährungshilfe Detmold durch die Probanden geweckt, die während des Vollzuges in sozialtherapeutischen Abteilungen mit dem Programm behandelt wurden. „*[…] wir haben BPS kennen lernen wollen um einfach mal auf dem Stand zu sein ‚Was ist denn eigentlich mit den Leuten gemacht worden […]’, damit wir einfach Kenntnis haben ‚Welchen Stand haben die Leute, was haben die tatsächlich ganz konkret gemacht’*.“[150] Schließlich wurde durch das Justizministerium NRW die Schulung von Bewährungshelfern im BPS angeboten, woraufhin man sich in Detmold um die Teilnahme bewarb. Man ging zunächst davon aus, dass die Schulung dazu dienen sollte, das Wissen der Bewährungshelfer bezüglich der Behandlungsmethoden innerhalb des Vollzuges zu erweitern und sie somit zu befähigen die Inhalte innerhalb der ambulanten Arbeit mit den Probanden aufzufrischen, Begonnenes zu Ende zu führen bzw. Methoden aus dem BPS in die Einzelbetreuung zu integrieren.[151] Die Vorstellung der Bewährungshelfer war, dass dadurch die Einzelfallarbeit mit den Sexualstraftätern bereichert werden würde. Die Hoffnung

[150] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER des ASD Detmold 2010, Transkript, S. 1
[151] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER , ASD Detmold, Transkript, S. 9

bestand auch darin, durch ein Behandlungsangebot der Bewährungshilfe, das Problem des Mangels an geeigneten Psychotherapeuten zu überwinden.[152]

Auch in Mönchengladbach reagierte man auf die Ausschreibung zur Teilnahme an der BPS-Schulung. Es sollten pro Dienststelle jeweils zwei Bewährungshelfer, ein Mann und eine Frau, fortgebildet werden. Zunächst war das Ziel, die geschulten Bewährungshelfer anschließend als Multiplikatoren wirken zu lassen, sodass andere Kollegen auf diesem Wege auch von den Erkenntnissen profitieren könnten. Schließlich wurde allerdings deutlich, dass das Ziel der Fortbildung die Befähigung der Bewährungshelfer zur Durchführung des Programms im Rahmen der Bewährungshilfe war.[153]
Im Laufe der Schulung, die aus zwei Blöcken bestand, sei von einigen Bewährungshelfern der Wunsch geäußert worden, das BPS in ihrer Dienststelle durchzuführen. Es stellte sich allerdings schnell heraus, dass die Durchführung des auf den stationären Rahmen zugeschnittenen Programms im ambulanten Bereich mit vielen Schwierigkeiten verbunden sein werde. Es erging sodann der Auftrag an die Entwickler des BPS, eine Konzeption für den ambulanten Rahmen zu erstellen bzw. das bestehende Programm so zu verändern, dass es im ambulanten Rahmen zur Anwendung kommen kann. Dies erfolgte allerdings nicht.
In Detmold und Mönchengladbach wurden trotzdem erste Überlegungen zur Durchführung angestellt, wobei diese in Detmold relativ schnell zu dem Fazit führten, dass es mit der aktuellen Konzeption, zumindest im Landgerichtsbezirk Detmold, nicht durchführbar ist.[154]
In Mönchengladbach hingegen konnten schließlich erste Planungen getätigt werden. Im Zuge einer Bedarfsermittlung im Kollegenkreis des gesamten Landgerichtsbezirks Mönchengladbach wurden erste mögliche Teilnehmer ausfindig gemacht. Die Gruppenarbeit mit dem BPS startete schließlich im Februar 2008, ein halbes Jahr nach Planungsbeginn, mit sechs Teilnehmern. Aufgrund von Fluktuationen waren es zum Zeitpunkt des Interviews am 27.10.2010 noch vier Gruppenteilnehmer. Einige Schwierigkeiten und Grenzen der Pro-

[152] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER , ASD Detmold, Transkript, S. 2
[153] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 1
[154] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 1

gramm-Anwendung stellten sich erst im Laufe der Arbeit heraus.[155] Generell ging man aber in Mönchengladbach relativ unbefangen an die Arbeit mit dem BPS heran.[156]

6.2 Durchführungsbedingungen und Problemaufriss

6.2.1 Teilnehmer- und Gruppenleitervoraussetzungen

Einige Bedingungen, die auf Teilnehmerseite erfüllt sein sollten, sodass die Gruppenarbeit erfolgen kann, stellen im stationären Bereich kaum Probleme dar, wohingegen sie für den ambulanten Bereich zu überwindende Hürden sind, die auch die Durchführung des Programms verhindern könnten.
Solch eine Bedingung ist zum Beispiel die Motivation der Straftäter zur Behandlung. In einigen sozialtherapeutischen Abteilungen werden die Teilnehmer vor dem Start der BPS-Gruppenarbeit in einer Motivationsphase auf die Inhalte vorbereitet bzw. zur Teilnahme motiviert. So beispielsweise auf der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Lingen. Solch ein spezielles Angebot kann im Rahmen der Bewährungshilfe nicht gemacht werden. Die potenziellen Teilnehmer können lediglich vorab in Einzelgesprächen zur Teilnahme bewegt werden.
Es können den Probanden auch keine Anreize zur Teilnahme geboten werden. Im Vollzug wiederum können solche Anreize die Aussicht auf Vollzugslockerung sein. Im BPS wird allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dies nicht als primärer Nutzen für die Teilnehmer gelten solle, sondern eher nachrangig sei. WISCHKA und FOPPE setzen eher auf justiziellen Zwang als Motivation der Inhaftierten und Probanden zur Teilnahme am Programm. Dieser sei bei der Behandlung von Sexualstraftätern häufig unabdingbar und förderlich. Der Teilnahme müsse laut WISCHKA und FOPPE nicht zwangsläufig die Freiwilligkeit zugrunde liegen.[157] So bestünde die Möglichkeit im Laufe des Programms auch Tatleugner zu erreichen, die nicht am Programm hätten teilnehmen können, wenn die Behandlungsbereitschaft und die Freiwilligkeit Grundvoraussetzung wären. Aus der zunächst

[155] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 24
[156] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 2
[157] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript S. 17 f.

extrinsischen Motivation könnte also im Laufe der Behandlung eine intrinsische werden.
In der Bewährungshilfe kann der justizielle Druck mittels gerichtlicher Weisungen erzeugt werden, sodass der Proband zur Teilnahme am BPS verpflichtet wird.

Die Klientel der Bewährungshilfe ist häufig von Arbeitslosigkeit betroffen. Stehen Klienten in Arbeitsverhältnissen, so stellt dies einen wichtigen stabilisierenden Faktor zur Verhinderung der Begehung weiterer Straftaten dar. Im Bezug auf die Durchführung des BPS in der Bewährungshilfe kann eben dieser stabilisierende Faktor häufig zu einem Problem werden. Arbeitet der Proband im Schichtdienst oder ist er auf Montage, so kann er unter Umständen nicht an der Gruppenmaßnahme teilnehmen, auch wenn diese auf die Abendstunden gelegt wird. Im Lingener Vollzug werden die Teilnehmer für die Gruppensitzungen von der Arbeit freigestellt und der daraus entstehende Verdienstausfall entschädigt.[158] Freistellungen können im ambulanten Bereich nicht erfolgen, zumal der Arbeitgeber häufig keine Kenntnis über die Straffälligkeit seines Angestellten hat. Unregelmäßige Arbeitszeiten stellen daher ein Ausschlusskriterium für die Mitarbeit in der Gruppe dar. Diesem Problem kann allenfalls durch die Durchführung des Programms in Form von Blockseminaren begegnet werden. Notfalls müsste der Proband dafür einige seiner Urlaubstage zur Verfügung stellen. Ansonsten kann zum Nachteil einiger berufstätiger Probanden das Programm nur mit arbeitslosen Probanden bzw. mit solchen, deren Arbeitszeiten mit den Gruppenzeiten vereinbar sind, durchgeführt werden.

Da das BPS ein kognitives Programm ist, ist zu überlegen ob Probanden mit einer Lernbehinderung bzw. einer Minderbegabung für die Teilnahme überhaupt in Frage kommen. Die Inhalte könnten für sie eine Überforderung darstellen. Wie bereits in Kapitel 4.2 erwähnt, besteht vor allem bei Probanden, die sadistische Neigungen bzw. hohe Psychopathy-Werte aufweisen das Problem einer möglichen Kontraindikation. Die Teilnahme an der Gruppe könnte sie in ihrem Verhalten und ihrer Neigung bestärken und die erfolgreiche Behandlung der

[158] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript S. 20

anderen Teilnehmer behindern. Auch bei Probanden, bei denen eine psychische Erkrankung oder eine erhebliche Suchterkrankung vorliegt sollte vorab gründlich erwägt werden, ob eine Teilnahme an der doch sehr intensiven Gruppenarbeit erfolgversprechend wäre. Die genannten Faktoren könnten für die ohnehin schwierige Arbeit zusätzliche Belastung bedeuten und eventuell die Kompetenzen des Bewährungshelfers übersteigen. Allerdings wird die Teilnahme von Personen mit vorgenannten Charakteristika von WISCHKA nicht grundsätzlich abgelehnt. Es sei im Einzelfall zu prüfen, ob eine Teilnahme in solchen Fällen vertretbar wäre. Gleichzeitig empfiehlt er für die Durchführung des BPS in der Bewährungshilfe, Probanden zu wählen, die eine eher günstige Legalprognose aufweisen und nicht diejenigen, bei denen bereits innerhalb oder außerhalb des Vollzuges zahlreiche Behandlungsmethoden fehlgeschlagen sind.[159]

Zu Feststellung von psychischen Störungen und Täterpersönlichkeit wäre sicherlich eine Vorabdiagnose sinnvoll. Dies kann der Bewährungshelfer nicht leisten. Er kann sich lediglich auf Informationen, die im Strafverfahren bzw. während des Vollzugs zum Täter gewonnen wurden verlassen und diese bei der Entscheidung über die Teilnahme eines Probanden am BPS-Programm zu Rate ziehen. Bei Probanden, die beispielsweise Ersttäter sind und die zu einer Bewährungsstrafe verurteilt wurden, können wichtige Informationen zur Täterpersönlichkeit fehlen. Im Strafverfahren gegen einen Sexualdelinquenten wird die Begutachtung durch einen Sachverständigen nicht standardmäßig durchgeführt. Genau genommen stellt dies eher eine Ausnahme dar. Zudem weisen viele erstellte Gutachten für eine Behandlung des Täters kaum relevante Informationen auf. Ausführliche Charakterisierungen des Täters bzw. eine Sexualanamnese fehlen in vielen Fällen.[160] Dies hat zur Folge, dass der Bewährungshelfer sich in solchen Fällen auf vorhandene Unterlagen und seine eigene Urteilskraft verlassen muss, wenn sich die Frage stellt, ob eine sehr tatspezifische Gruppenarbeit für den jeweiligen Probanden angezeigt ist.

Im Lingener Vollzug stellt die Diagnostik kein Problem dar. Sexualstraftäter werden vor Beginn der Sozialtherapie in einem Prognosezentrum, welches sich in Hannover befindet, einer Begutachtung unterzogen. Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse werden den

[159] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 17
[160] BÖTTICHER 2005, S. 26 f.

sozialtherapeutischen Abteilungen Behandlungsempfehlungen ausgesprochen.[161]

Weiterhin müssen bei der Planung die Bewährungs- bzw. Führungsaufsichtszeiten möglicher Teilnehmer berücksichtigt werden. Je nach Dauer des Programms, was wiederum von der Häufigkeit der Sitzungen abhängt, muss die Bewährungs- und Führungsaufsichtszeit der Probanden bis zu drei Jahren betragen. Dabei sollten der Beginn sowie das Ende bei allen Teilnehmern ungefähr gleich sein. Außerdem ist zu überlegen, ob auch Nachrücker zugelassen werden, also ob die BPS-Gruppe eine offene oder geschlossene Gruppe ist.
In der sozialtherapeutischen Abteilung Lingen stellt sich diese Problematik kaum, da dort mehrere Gruppen gleichzeitig stattfinden und jedes halbe Jahr eine neue beginnt.[162] So können auch Neuzugänge relativ zügig einer Gruppe zugeführt werden.

Neben den Teilnehmervoraussetzungen müssen auch die Voraussetzungen der Gruppenleiter mit in die Überlegungen zur Anwendbarkeit des BPS in der Bewährungshilfe aufgenommen werden. Das Programm fordert nicht nur von den Teilnehmern einen gewissen Grad an Gruppenfähigkeit, sondern auch von den Leitern. Zudem muss der Leiter darüber hinaus in der Lage sein, Gruppenprozesse wahrzunehmen und diese zu deuten. Die Moderation innerhalb der Sitzungen nimmt einen hohen Stellenwert ein. Die Gruppenleiter müssen beispielsweise in der Lage sein ausschweifende Redebeiträge zu begrenzen, ohne dass sich die Teilnehmer dadurch benachteiligt fühlen. Sie müssen auf eine Ausgewogenheit der Beiträge einzelner Teilnehmer achten, sodass sich keiner zu sehr zurückzieht, während ein anderer sich in den Vordergrund stellt. Trotz der starken Strukturierung des BPS-Manuals spielt auch das Zeitmanagement, welches den Gruppenleitern obliegt, eine wichtige Rolle.[163]
Die Gruppenleiter müssen des Weiteren die Inhalte für alle Teilnehmer verständlich und realitätsbezogen vermitteln können und die Grundlage für eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung schaffen, sodass

[161] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 8
[162] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 1
[163] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 26 ff.

eine intensive Tatarbeit möglich ist.[164] Zudem sollten sie in Krisen- und Konfliktsituationen kompetent agieren können. Die Beziehung zwischen Teilnehmern und Gruppenleitern ist ein wichtiger Faktor, der den Erfolg der Arbeit erheblich beeinflussen kann. Die Beziehung sollte seitens der Leiter daher, trotz der Ablehnung der Tat, von Wertschätzung geprägt sein.[165] Dabei ist aber auch wichtig, dass den Teilnehmern die Konsequenzen ihrer Tat gespiegelt werden und sie nicht aus der Verantwortung entlassen werden.[166]
All die genannten Aspekte, die die Arbeit mit den Tätern im BPS beeinflussen, erfordern nicht nur fachliche Kompetenzen der Gruppenleiter, sondern natürlich auch persönliche. In der Arbeit, insbesondere im tatspezifischen Teil des BPS, werden viele gesellschaftliche Tabuthemen offen besprochen. Die Einheiten in denen sich die Gruppe intensiv mit den Tathergängen der einzelnen Teilnehmer bzw. mit den Opferschilderungen beschäftigt sind erfahrungsgemäß sehr kräftezehrend und können schnell an Belastungsgrenzen führen, sodass eine gewisse psychische Belastbarkeit von Nöten ist.[167]

6.2.2 Spezifika des ambulanten Bereichs

Bei der Planung einer BPS-Gruppenarbeit in der Bewährungshilfe stellen sich einige Probleme, die mit dem ambulanten Setting einhergehen. Sie manifestieren sich zum einen in der Infrastruktur einer Region, zum anderen darin, dass der recht unterstützend und schützend wirkende Rahmen wie im Vollzug nicht gegeben ist.
Bei der Behandlung in der Sozialtherapie bietet die Wohngruppe bzw. die gesamte therapeutische Gemeinschaft eine hilfreiche Unterstützung für den Inhaftierten, um sich über belastende Erkenntnisse und den dadurch entstehenden inneren Druck auszutauschen und diesen zu bewältigen. Die Probanden in der Bewährungshilfe haben diese intensive Unterstützung nicht. Es besteht immer die Gefahr, dass aufgrund der psychischen Belastungen, die durch die Tatbearbeitung während einer BPS-Sitzung entstehen, die Teilnehmer rückfällig werden. Die-

[164] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 39
[165] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 14
[166] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 30
[167] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 35ff

selbe Problematik stellt sich allerdings auch bei der ambulanten Psychotherapie bei einem niedergelassenen Therapeuten. Das Rückfallrisiko im ambulanten Bereich ist grundsätzlich erhöht. Um auftretenden Belastungssituationen zu begegnen, bietet sich im Rahmen der Bewährungshilfe an, den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben sich im Bedarfsfall beim zuständigen Bewährungshelfer bzw. bei den Gruppenleitern zu melden.[168]
Ferner schlug WISCHKA, zur Unterstützung der Probanden über die BPS-Gruppenarbeit hinaus, vor, dass sie sich in Patenschaften zusammenfinden. Das heißt, jeder Teilnehmer der Gruppe ist Pate eines anderen und kann im Bedarfsfall Unterstützung bieten.[169] Es stellt sich die Frage, ob dies im ambulanten Setting bei der betreffenden Tätergruppe ratsam und verantwortbar ist und nicht vielmehr Risiken als Vorteile birgt.

Die Infrastruktur eines Landgerichtsbezirkes kann sehr ausschlaggebend dafür sein, ob die Durchführung einer BPS-Gruppe in der Bewährungshilfe gelingt. In Detmold war der Aspekt der Erreichbarkeit der Dienststelle für potenzielle BPS-Gruppenteilnehmer eines der zentralen Probleme. Aufgrund des sehr ländlich geprägten Bezirks müssen in Detmold auch die üblichen Kontakte zu den Klienten häufig durch Hausbesuche erfolgen. Busverbindungen sind in den Abendstunden, zu denen eine BPS-Gruppenarbeit infrage käme, kaum bis gar nicht vorhanden. Zudem würden sie erhebliche Kosten verursachen, da viele Probanden weite Strecken zurücklegen müssen.[170] In Stadtbezirken ist dieses Problem nicht vorherrschend, da dort die Bus- und Bahnnetze besser ausgebaut sind.
Ein Vorschlag der Bewährungshelfer in Detmold zur Überwindung dieser Problematik war die Errichtung eines Fahrservices für die Teilnehmer. Zur Realisierung sei zu prüfen, wer für diese Aufgabe infrage käme und wie die Finanzierung getätigt werden könnte.[171]

[168] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 20
[169] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 26
[170] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 1f
[171] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER , ASD Detmold, Transkript, S. 2

6.2.3 Arbeitsbedingungen

Die Hauptaufgabe von Therapeuten der sozialtherapeutischen Abteilungen im Justizvollzug ist die Behandlung der Inhaftierten. In der Bewährungshilfe wäre das Angebot der Behandlung von Probanden mit dem BPS eine Leistung, die neben den regulären Tätigkeiten des Bewährungshelfers erfolgen würde. Die Gruppenarbeit würde eine zusätzliche zeitliche Belastung bedeuten, da die BPS-Sitzungen sowohl vor- als auch nachbereitet werden müssen und die Gruppensitzungen außerhalb der regulären Arbeitszeiten erfolgen würden. In Detmold sah man daher eine Arbeits- bzw. Fallentlastung seitens des Dienstherren bzw. des Präsidenten des Landgerichts, für die Bewährungshelfer, die die Gruppenarbeit leiten, als unumgängliche Bedingung an.[172]

Des Weiteren stellt sich die Frage des vorhandenen Personals zur Durchführung des BPS. Nicht alle Bewährungshelfer kommen als Gruppenleiter einer BPS-Gruppe in Betracht, da sich einerseits nur vereinzelt Bewährungshelfer finden, die zur einer intensiven Arbeit mit der Gruppe der Sexualstraftäter bereit sind und andererseits auch nur Einzelne für diese Arbeit geschult und zu professionellem Umgang mit der Klientel in der Lage sind.
WISCHKA und FOPPE schlugen vor das Problem zu umgehen, indem sich verschiedene Dienststellen, innerhalb eines Landgerichtsbezirkes oder über dieses hinaus, zusammenschließen. So könnten möglicherweise mehrere Bewährungshelfer eine Gruppe leiten, sodass auch krankheits- oder urlaubsbedingte Ausfälle eines Gruppenleiters zu kompensieren wären.[173] Dieser Vorschlag müsste in einzelnen Fällen auf die Realisierbarkeit hin geprüft werden. Mögliche Probleme könnten hierbei wieder in ländlichen Bezirken, aufgrund großer zu überwindender Entfernungen auftreten.

[172] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER , ASD Detmold, Transkript, S. 13
[173] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 19

6.2.4 Schweigepflicht und Rollenklarheit

Für eine erfolgreiche therapeutische Behandlung bedarf es einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten. Die Schweigepflicht des Therapeuten dient zur Entstehung einer solchen Beziehung. Der Klient kann sich gewiss sein, dass Angaben, die er innerhalb der therapeutischen Arbeit macht, nicht an Dritte weitergegeben werden. Diese Gewissheit hat ein Proband, der mit einem Bewährungshelfer therapeutisch arbeitet, nicht. Das Doppelmandat des Bewährungshelfers bedingt die Verpflichtung und Verantwortlichkeit gegenüber dem Klienten, aber auch gegenüber dem Gericht bzw. im weiten Sinne, gegenüber dem Staat. Der Bewährungshelfer ist grundsätzlich dazu verpflichtet das zuständige Gericht über wichtige Erkenntnisse zum Probanden zu unterrichten. Gleichermaßen muss auch der zuständige Bewährungshelfer eines Probanden über relevante Sachverhalte in Kenntnis gesetzt werden, wenn nicht der therapeutisch arbeitende Bewährungshelfer aufsichtsführend ist. Demnach muss der Proband immer damit rechnen, dass Informationen, die er zu seiner Person innerhalb der Behandlungsarbeit preisgibt, in Führungsberichten oder Aktenvermerken erscheinen. Hier stellt sich also die Frage ob die therapeutische Arbeit in diesem Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle zweckdienlich ist. Wenn der Proband sich dem Therapeuten nicht öffnet, weil er ihm misstraut, dann ist eine erfolgreiche Behandlung unmöglich. Die Verpflichtungen des Bewährungshelfers könnten daher im Konflikt mit den Voraussetzungen für eine gelingende therapeutische Behandlung stehen. Gerade bei Sexualstraftätern ist es wichtig, dass eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten entsteht, sodass mögliche Risikosituationen schnell erkannt und Rückfälle vorgebeugt werden können. Werden allerdings strafrelevante Erkenntnisse während der Therapie bekannt, so muss die Schweigepflicht aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB zum Schutze eines höherwertigen Gutes gebrochen werden. Dies gilt auch für niedergelassene Therapeuten.
In Detmold sah man die konzeptionelle Festlegung der Schweigepflicht für die Behandlungsarbeit innerhalb der Bewährungshilfe als wichtig an. Gleichzeitig äußerte man aber auch Bedenken, ob es gelingen würde, eine so klare Trennung zweier Rollen (Bewährungshelfer und Therapeut), die einer Person innewohnen, im Arbeitsalltag

konsequent beizubehalten: *„[…] ist jeder wirklich so klar für sich? Kann er so klar die Rolle trennen als Einzelperson, dass ich einen Bewährungshelferbericht oder einen Führungsaufsichtsbericht rausschicke und ohne zu benennen, dennoch ein Fragezeichen in diesen Bericht einbaue aufgrund der Erkenntnisse, die ich aus der therapeutischen Arbeit habe mit dem Klienten?*“[174]
Anlehnend an diese Problematik ist zu überlegen, ob der Bewährungshelfer nicht seine Rollensicherheit einbüßt, wenn er neben seinen originären Tätigkeitsfeldern auch therapeutisch wirkt. Laut den befragten Bewährungshelfern des ASD Detmold ist die Rollenklarheit des Bewährungshelfers, die für den Klienten sehr wichtig ist, bei paralleler therapeutischer Arbeit mit dem selben Klienten, gefährdet. Der Umgang des Bewährungshelfers mit dem Probanden während der Behandlung unterscheide sich möglicherweise vom Umgang während der alltäglichen Betreuungsarbeit, die zumeist konfrontativ sei. „Können wir dann den Anspruch haben, dass diese Menschen sich in der Therapie abends den gleichen Menschen gegenüber, mit dem sie vielleicht tagsüber konfrontativ gearbeitet haben öffnen? Das ist so eine Schwierigkeit.“[175]

6.2.5 Aspekte der Durchführung

Neben den bereits erläuterten Überlegungen zu den Voraussetzungen und Schwierigkeiten der Anwendbarkeit des BPS in der Bewährungshilfe folgen noch einige organisatorische Überlegungen zur Durchführung.

Die Festlegung der Behandlungsfrequenz wird durch die unter 6.2.3 erörterten zeitlichen und personellen Schwierigkeiten beeinflusst. Die Fallbelastung der Bewährungshelfer und die dadurch entstehende zeitliche Einschränkung machen es unmöglich, eine solch hohe Behandlungsfrequenz zu erzielen, wie sie im Vollzug möglich ist. Die Bedingungen in sozialtherapeutischen Abteilungen oder im Maßregelvollzug lassen eine Frequenz von zwei Behandlungssitzungen pro Woche

[174] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 7 f.
[175] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 7

zu, was natürlich auch mit einer hohen Behandlungsintensität einhergeht. Dadurch ist die Gruppenarbeit mit dem BPS dementsprechend schneller, also nach zirka einem Jahr, beendet. Ebenso wie sich die Behandlungsplanung im Vollzug nach Entlassungsterminen der Inhaftierten richten muss, müssen auch bei Anwendung des Programms in der Bewährungshilfe die Bewährungs- bzw. Führungsaufsichtszeiten berücksichtigt werden. Die zeitlichen und personellen Ressourcen sollten außerdem so genutzt werden, dass noch eine möglichst intensive Arbeit möglich ist und gleichzeitig keine zu hohe Belastung für die Bewährungshelfer entsteht. Wichtig sei nach Auffassung von WISCHKA und FOPPE die Kontinuität der Behandlung. Zu viele Ausfälle würden sich negativ auf die Motivation der Teilnehmer auswirken.[176] Daher solle bei der Behandlungsplanung klar geregelt sein, wie im Hinblick auf Urlaubs-, Fortbildungs- und Feiertagen zu verfahren ist. Zur Verringerung der Sitzungshäufigkeit und damit der Dauer des Programms könnten laut Vorschlag von WISCHKA und FOPPE die Einheiten U02, U03 und U04 komprimiert werden, da sie thematisch sehr ähnlich seien. Es handele sich hier im Groben um Einheiten zum Thema „Kommunikation“. Weiterhin könne im U-Teil bei Bedarf die Einheit U10 zum Thema „Suchtmittelkontrolle“ weggelassen werden, wenn bei keinem der Teilnehmer eine Suchtproblematik vorliegt bzw. die Bearbeitung dieser bereits in anderen Kontexten erfolgt.[177]
Wie schon erwähnt stellt die Behandlung in Blockseminaren eine für den ambulanten Bereich relevante Alternative dar. Dadurch könnte die zeitliche Belastung aufgrund von regelmäßigen Sitzungen verhindert werden, wobei auch Blockseminare zusätzlich zur regulären Arbeitszeit erfolgen müssten, wenn keine Entlastung der Bewährungshelfer konzeptionell festgelegt wird.

Die Gruppendynamik ist ein wesentlicher Faktor, der den Erfolg der Behandlung beeinflusst. Innerhalb einer Gruppe werden viele Verhaltensweisen und Denkstrukturen der einzelnen Teilnehmer deutlich. Die Teilnehmer können auf andere Weise aufeinander einwirken, als es der Therapeut vermag. Sie sind aufgrund eigener Erfahrungen „Fachleute in ihrem Gebiet“ und besser in der Lage hinter Fassaden

[176] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 23
[177] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 41

eines Teilnehmers zu blicken, kritische Fragen zu stellen und so wichtige Aspekte für die Deliktbearbeitung offenzulegen.[178] Die Dynamik des Gruppenprozesses wird im Wesentlichen durch die Gruppengröße, als auch durch die Teilnehmerzusammenstellung beeinflusst.
Je mehr Teilnehmer einer Gruppe angehören, desto vielseitiger sind die Denkmuster und Tatbegründungen, die in die Deliktbearbeitung einfließen. Das Programm sieht eine Gruppengröße von bis zu 10 Teilnehmern vor.[179] Für die Anwendung des BPS in der Bewährungshilfe könnte es eine Erleichterung bedeuten mit einer erheblich kleineren Gruppe zu arbeiten, wenn beispielsweise nicht so viele Probanden dieselben Bewährungszeiten aufweisen. Auch in ländlichen Bezirken könnte die Durchführung mit einer kleineren Gruppe das Problem der Erreichbarkeit etwas minimieren, weil man dann nur mit den Probanden arbeiten würde, für die es keine große Schwierigkeit darstellt, in die Dienststelle zu gelangen bzw. die sogar von den Bewährungshelfern vor Beginn der Sitzung abgeholt werden könnten. Außerdem würde dies auch eventuell die Gesamtdauer der Behandlung verkürzen.[180] Bei der Einheit „Lebensgeschichte“ im S-Teil zum Beispiel, müssten dann dementsprechend weniger Sitzungen erfolgen um alle Teilnehmer anzuhören. Fragt sich allerdings, inwieweit dann die Intensität der Gruppenarbeit und die Gruppendynamik unter der kleinen Gruppe leiden.

Bei der Zusammenstellung der Gruppe sollte darauf geachtet werden, dass Täter verschiedener Deliktformen im Sinne des Sexualstrafrechts zu den Teilnehmern gehören. „In der Praxis wären dies hauptsächlich wegen Vergewaltigung und/oder sexueller Nötigung Erwachsener bzw. sexuellem Missbrauchs von Kindern Verurteilte sein.“[181] Sexualstraftäter der einzelnen Deliktarten hegen häufig erhebliche Vorurteile gegeneinander. Sie verurteilen das Delikt des anderen, sodass sie sich selber besser darstellen können. Vergewaltigungstäter rechtfertigen ihre Tat häufig mit der Behauptung, dass eine Missbrauchstat an Kindern viel schlimmer sei. Kinder hätten keine Wahl, aber eine erwach-

[178] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 9
[179] WISCHKA u.a. 2004, Einleitung, S. 2
[180] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 6
[181] WISCHKA u.a 2004, Vorbereitung des BPS und Grundsätze für die Durchführung, S. 3

sene Frau schon.[182] Solche kognitiven Verzerrungen, deren Bearbeitung für den Erfolg der Behandlung von großer Bedeutung ist, werden bei Konfrontation der einzelnen Tätertypen miteinander sehr deutlich. Besteht eine Gruppe allerdings nur aus Tätern einer Deliktart, so ist dieser Effekt eingeschränkt.

6.2.6 Schlussfolgerung der Bewährungshilfe Detmold

In Detmold sieht man in erster Linie aufgrund der strukturellen Gegebenheiten des Landgerichtsbezirks derzeit keine Möglichkeit das BPS durchzuführen. Für die Probanden würde es unverhältnismäßig hohe Kosten verursachen an einer Gruppe teilzunehmen. Zudem geht man davon aus, dass aufgrund der schweren Erreichbarkeit mit häufigen Ausfällen der Teilnehmer zu rechnen ist, was natürlich die Behandlungskontinuität stört und folglich den Behandlungserfolg gefährdet.[183]
Auch sieht man die Rollenkohärenz des Bewährungshelfers gefährdet (siehe Kapitel 6.2.4)
Zudem ist man der Meinung, dass das Zusatzangebot einer BPS-Gruppe ohne Entlastung die zeitliche Kapazität des Bewährungshelfers zu sehr einschränken würde, sodass für die originären Aufgaben und die Gruppenarbeit selbst nicht ausreichend Zeit bliebe.[184]
Trotz aller angeführten Schwierigkeiten bleibe laut der befragten Bewährungshelfer das BPS für die Bewährungshilfe Detmold interessant, da viele Klienten mit dem Programm Erfahrungen gemacht haben und Inhalte innerhalb der Einzelfallbetreuung aufgegriffen werden könnten. Gleichzeitig sei das Programm für die Bewährungshilfe auch deswegen von großer Bedeutung, weil es so selbsterklärend verfasst sei, dass nicht nur Psychotherapeuten mit ihm arbeiten könnten, sondern eben auch beispielsweise Sozialarbeiter.[185] Die Gefahr bestehe dann natürlich, dass in berufspolitischer Hinsicht eine Rollenvermischung stattfindet. Der Sozialarbeiter übernehme dann Aufgaben eines

[182] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 12
[183] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 1ff.
[184] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 12
[185] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 10

Therapeuten und müsste demnach auch Verantwortung für die Konsequenzen tragen.[186]
Die Bewährungshelfer des ASD Detmold sehen primär in der Arbeit von umliegenden Vereinen das Potenzial zur Deckung des Behandlungsbedarfs von Sexualstraftätern, da es an Psychotherapeuten mangele, die mit Sexualstraftätern zusammenarbeiten möchten. Gleichzeitig betrachten sie es als Aufgabe des Justizministeriums, entsprechenden Vereinen finanzielle Förderungen zukommen zu lassen, die es ermöglichen Angebote so auszubauen, dass sie auch den Bedarf von ländlichen Gebieten abdecken.[187]

6.3 Umsetzung in der Bewährungshilfe Mönchengladbach

Im Folgenden wird die Ausgestaltung der Gruppenarbeit mit dem BPS in der Bewährungshilfe Mönchengladbach dargestellt. Dabei soll auf die oben aufgeworfenen Problemstellungen und Voraussetzungen Bezug genommen werden. Die beiden befragten Bewährungshelfer begannen die Gruppenarbeit mit dem BPS im Februar 2008.
Zur sprachlichen Vereinfachung und besseren Leserlichkeit wird auf die Verwendung von indirekter Rede verzichtet. Daher sollte bei der Darstellung nicht der Eindruck entstehen, dass es sich um allgemeingültige Sachverhalte handelt, sondern es wird lediglich die Situation in Mönchengladbach, wie sie von den Bewährungshelfern geschildert wurde, berichtet.

6.3.1 Teilnehmer- und Gruppenleitervoraussetzungen

Die Zahl der potenziellen Teilnehmer für die BPS-Gruppenarbeit wurde mithilfe einer Bedarfsermittlung im Juli 2007 innerhalb des Kollegenkreises des Landgerichtsbezirks Mönchengladbach in Erfahrung gebracht. Dabei sollten nur Probanden in Betracht gezogen werden, die gruppenfähig waren, das heißt bei denen keine unbehandelte

[186] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 8
[187] Interview mit Frau RIEKE und Herrn KEßLER, ASD Detmold, Transkript, S. 11 und 14

psychische Erkrankung bzw. massive Suchtproblematik bestand und deren Intelligenzquotient bei mindestens 75 lag.[188] Ein Vorschlag der Entwickler bei intelligenzgeminderten Teilnehmern vermehrt mithilfe von graphischer Darstellung zu arbeiten, sodass die Inhalte für sie leichter zugänglich werden, ist nach Meinung der Bewährungshelfer im ambulanten Rahmen nicht so einfach umsetzbar. Der unterstützende Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft, die Verständnisprobleme einzelner Teilnehmer außerhalb der Sitzungen auffangen kann, ist nicht gegeben, sodass die Unterstützung durch die Bewährungshelfer erfolgen müsste. Dies übersteigt allerdings, zumindest bei Programmdurchführung innerhalb der Bewährungshilfe, die zeitlichen und personellen Kapazitäten.[189]
Da man bei der Planung von einer Programmdauer von zirka zwei Jahren ausging war ein weiteres Kriterium, dass die möglichen Teilnehmer auch mindestens zwei Jahre unter Bewährungs- bzw. Führungsaufsicht stehen.[190] Bei einem Teilnehmer endete die Bewährungszeit vor Ende der Gruppenarbeit. Wichtige Inhalte wurden dann mit ihm außerhalb der Gruppenarbeit im Rahmen der Einzelbetreuung erarbeitet. So wurde beispielsweise ein Rückfallpräventionsplan, der ein sehr wichtiger Bestandteil des BPS ist, erstellt. Im Laufe der Gruppenarbeit sind zwei Personen nachträglich aufgenommen worden. Einer der beiden Nachrücker ist kurze Zeit später aufgrund häufigen unentschuldigten Fehlens wieder von der Gruppe ausgeschlossen worden. Nach der Erfahrung der Bewährungshelfer ist davon abzuraten nachträglich Probanden in die Gruppenarbeit einzubeziehen, da es die Gruppenkohärenz zu stark stören könnte.[191]

Eine Eingangsdiagnose zur Ermittlung ob psychische Erkrankungen bei den Probanden vorlagen ist nicht gemacht worden. Bei der Auswahl ging man von den Informationen aus, die aufgrund der Unterlagen aus den Akten bzw. durch die Kontakte mit den Probanden gewonnen werden konnten. Alle Teilnehmer waren während des Auswahlverfahrens bereits laufende Bewährungshilfefälle. Für alle infrage kommenden Probanden erhielten Frau PLUM und Herr RINGEL von

[188] PLUM/ RINGEL 2007, Fragebogen zur Bedarfsermittlung
[189] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 7
[190] PLUM/ RINGEL 2007, Fragebogen zur Bedarfsermittlung
[191] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 9f.

den zuständigen Bewährungshelfern eine stichpunktartige Dokumentation des Tathergangs, einen Auszug aus dem für die aktuelle Bewährung zugrunde liegenden Urteil sowie eine kurze Einschätzung des Bewährungshelfers über die bisherige Zusammenarbeit. Anhand dessen konnte dann über eine Teilnahme entschieden werden.[192]

Die Berufstätigkeit der Probanden ist für die Programmdurchführung kein Hindernis gewesen. Die Arbeitzeiten derjenigen Teilnehmer, die sich in einem Arbeitsverhältnis befanden kollidierten nicht mit den Gruppenzeiten.
In einem speziellen Fall kam es gelegentlich zu Verspätungen, weil der betreffende Teilnehmer sich im offenen Vollzug befand. Er begann die Behandlung als Bewährungshilfefall. Seine Bewährung wurde allerdings aufgrund von Betrugsdelikten widerrufen, sodass er zunächst in den geschlossenen Vollzug kam woraufhin er aber kurze Zeit später in den offenen Vollzug verlegt werden konnte. Er nahm weiterhin am BPS teil und erhielt von der Justizvollzugsanstalt einen Laufzettel, auf dem die Bewährungshelfer dann seine Anwesenheit in den Gruppensitzungen dokumentierten. Die Behandlung mit dem BPS wurde in den Vollzugsplan mit aufgenommen.

Bezüglich der Teilnehmermotivation hat man in Mönchengladbach die Erfahrung gemacht, dass es nicht unbedingt notwendig ist, die Teilnehmer mit Anreizen zur Teilnahme zu bewegen. Allerdings wirkte man trotzdem zu Beginn bei einigen Teilnehmern darauf hin, dass sie Vorteile für sich persönlich erkennen konnten. In einem konkreten Fall hat sich der betreffende Proband durch die Möglichkeit motivieren lassen, die Gründe für seine Tat herauszufinden.[193]
Einige Probanden sind aufgrund einer konkreten richterlichen Weisung in die Gruppe aufgenommen worden, wohingegen ein Proband sogar freiwillig, ohne justiziellen Druck teilgenommen hat. Seine Teilnahme beruhte lediglich auf einer Empfehlung der aufsichtsführenden Bewährungshelferin. Dieser Proband hat bereits im Vollzug den ersten Teil des BPS, den tatunspezifischen Teil, durchlaufen und sich in Folge dessen dazu bereit erklärt, das Programm ein zweites

[192] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 8 f.
[193] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 24

Mal zu beginnen, um auch den tatspezifischen Teil zu absolvieren.[194] Zum Zeitpunkt des Interviews nahm der Proband immer noch an der Gruppenarbeit teil.

Das BPS-Manual sieht für die Einführungssitzung die Besprechung von Gruppenregeln vor, die von allen Teilnehmern akzeptiert und während des gesamten Programms eingehalten werden müssen. Es wird mit den Teilnehmern ein Art mündlicher Kontrakt geschlossen. Wird dieser Kontrakt von einem Teilnehmer permanent gebrochen und die Regeln missachtet, so kann er aus der Gruppe ausgeschlossen werden.[195] In Mönchengladbach berichtete man von einem Teilnehmer, der eben aus diesem Grund nicht mehr an den Gruppensitzungen teilnehmen konnte. Die Nichteinhaltung der Gruppenregeln war ein Ausschlusskriterium.[196]

Die Qualifizierung der Gruppenleiter zur Anwendung des BPS wurde, wie in Kapitel 6.1 erwähnt, durch die entsprechende Fortbildung erreicht. Außerdem engagieren sich beide Bewährungshelfer in einem Arbeitskreis zum Thema „Sexualstraftäter“. Beide konnten im Vorfeld bereits im Rahmen der allgemeinen Betreuungsarbeit viel Erfahrung im Umgang mit der Klientel sammeln. Trotzdem ist die BPS-Arbeit zum einen aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen und der dadurch bedingten Arbeitsbelastung und zum anderen aufgrund der belastenden Thematik und der tiefgründigen Bearbeitung häufig sehr aufreibend gewesen.[197] Im Bedarfsfall bestand die Möglichkeit Hilfestellung durch die Dienststellensupervision in Anspruch zu nehmen. Außerdem war auch der Austausch im Arbeitskreis und im Kollegium eine Unterstützung.[198]

[194] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 8
[195] WISCHKA u.a. 2004, U 01 Einführungssitzung, S. 3f.
[196] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 9
[197] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 21f.
[198] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 27

6.3.2 Spezifika des ambulanten Bereichs

Zur Veranschaulichung der strukturellen Ausmaße von ländlich geprägten Gerichtsbezirken im Vergleich zu Stadtbezirken werden im Folgenden kurz einige Daten zum Landgerichtsbezirk Detmold in Relation mit strukturellen Daten des Landgerichtsbezirks Mönchengladbach gesetzt: Der Kreis Lippe bzw. der Landgerichtsbezirk Detmold hat eine Fläche von 1 246,29 km^2 und eine Bevölkerungsdichte von 283 Einwohnern pro Quadratkilometer.[199] Für den gesamten Bezirk, bestehend aus 16 Gemeinden ist allein die Dienststelle des ASD Detmold mit 14 Bewährungshelfern zuständig.[200] Die Fläche des Bezirks Mönchengladbach ist dagegen knapp 400 km^2 kleiner wobei die Bevölkerungsdichte drei Mal höher ist. Der Bezirk besteht aus zehn Gemeinden für die vier Dienststellen mit insgesamt 29 Bewährungshelfern zuständig sind.[201] Diese Zahlen verdeutlichen die im Hinblick auf eine ambulante Tätertherapie begünstigende Situation des städtischen Bezirks Mönchengladbach. Die vier Dienststellen gewährleisten die örtliche Nähe zum Klienten und auch die hohe Bevölkerungsdichte lässt den Rückschluss zu, dass Anfahrtswege relativ kurz sind. Die Erfahrung der Bewährungshelfer aus Mönchengladbach bestätigt dies. Bei der Programmdurchführung in Mönchengladbach stellte die Infrastruktur kein Hindernis dar. Die Dienststelle des ambulanten sozialen Dienstes, in der auch alle Sitzungen stattfanden, liegt relativ zentral in der Nähe des Bahnhofs. Es bestehen gute Bus- und Bahnanbindungen in die Außenbezirke der Stadt, sodass die Teilnehmer keine unverhältnismäßig langen Anfahrtswege bestreiten mussten.[202] Die gute Erreichbarkeit ist sicherlich kein Garant dafür, dass die Probanden regelmäßig in den Sitzungen anwesend sind. Sie stellt aber eine wichtige Weiche für die Anwendbarkeit des Programms im ambulanten Bereich.

Schwierigkeiten sah man in der Unterstützung der Teilnehmer außerhalb der Sitzungen. Nach einigen Sitzungen, die für manch einen Teilnehmer sehr aufreibend gewesen sind, hat nach Auffassung der Bewährungshelfer eine weitergehende Unterstützung zur Reflexion

[199] http://www.kreis-lippe.de, Abrufdatum: 7.12.2010
[200] http://www.lg-detmold.nrw.de, Abrufdatum: 7.12.2010
[201] http://www.lg-moenchengladbach.nrw.de, Abrufdatum: 7.12.2010 und eigene Berechnung
[202] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 3

und Verarbeitung der neu gewonnenen Erkenntnisse gefehlt. „Und hier war das, ich sage mal, zwei, drei Mal so, dass ich mir gedacht habe ‚Oh, können wir den heute so laufen lassen’. Da habe ich dann immer gesagt ‚Wenn irgendetwas ist, rufen Sie an, Sie können sich an uns wenden, wenn Sie merken Sie kommen nicht klar’, weil das ja doch an die Substanz geht teilweise […]“ Dieses Angebot ist von den Probanden in Anspruch genommen worden. In einem konkreten Fall suchte der betreffende Proband nach einer Sitzung die Unterstützung der Gruppenleiter, weil er sich durch die Aussagen eines Gruppenmitglieds erheblich gekränkt gefühlt hat und damit überfordert gewesen ist. Untereinander haben alle Teilnehmer Telefonnummern ausgetauscht um sich im Bedarfsfall erreichen zu können. Außerdem unterhielten sie sich regelmäßig nach den Sitzungen, in ungezwungener Gemeinschaft vor der Dienststelle, über die Inhalte, was ein Hinweis für ein gutes Gruppenklima ist.
Fazit der Bewährungshelfer ist aber, dass der Mangel an Rückhalt und das Fehlen des schützenden und kontrollierenden Rahmens, wie es der Vollzug bietet nicht ausreichend kompensiert werden kann. Dies bleibt das Risiko im ambulanten Bereich. Man hofft stattdessen darauf, dass die bearbeiteten Inhalte der BPS-Sitzungen tief in das Bewusstsein der Probanden durchdringen und sie in der Lage sind, rückfallgefährdende Situationen zu erkennen und Selbstkontrolle zu üben. Dies soll im Endeffekt auch das Ziel des Behandlungsprogramms sein.[203]

6.3.3 Arbeitsbedingungen

Die befragten Bewährungshelfer Mönchengladbachs bestätigten die zeitliche Belastung aufgrund der BPS-Gruppenarbeit. Die Arbeit erfolgte zusätzlich zu den originären Tätigkeiten. Außerdem verursachte sie eine terminliche Einschränkung aufgrund der festen Gruppensitzungen und der Vor- und Nachbereitungszeiten. Von Seiten des Justizministeriums bzw. des Landgerichtsbezirks ist laut Angaben der Bewährungshelfer allerdings keine Entlastung vorgesehen, da die Gruppenarbeit innerhalb der regulären Arbeitszeiten stattfindet und sie

[203] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 20

daher keine übermäßigen Überstunden verursacht. „Ich sehe die [Probanden, d. Verf.] dann natürlich dann in Einzelgesprächen nicht mehr so oft, insofern entlastet mich das etwas, wenn auch das BPS als solches dann wiederum mehr Arbeit ist.“[204] Würde die Gruppenarbeit in Form von Blockseminaren außerhalb der Arbeitszeiten erfolgen, so wäre eine Entlastung denkbar.[205]

Die Leitung während der gesamten Gruppenarbeit wurde von Frau PLUM und Herrn RINGEL selbst übernommen. Im Kollegenkreis des Landgerichtsbezirks Mönchengladbach gibt es niemanden sonst, der als weiterer Gruppenleiter mitarbeiten würde. Da die Entwickler des BPS eindringlich empfehlen den Verlauf der Sitzungen zu dokumentieren, sodass Veränderungsprozesse bei den einzelnen Teilnehmern sichtbar werden[206], nahmen häufig Praktikanten als Protokollanten an den Sitzungen teil. Man hat auch gelegentlich auf zwei Kollegen im Landgerichtsbezirk, die sich mit dem BPS auskennen, zurückgreifen können, die dann vertretungsweise eingesprungen sind.[207] Ansonsten wurden die Sitzungsprotokolle von den beiden Bewährungshelfern selbst erstellt.
Bei Urlaub oder Erkrankung eines Gruppenleiters hat man die Vorgehensweise entsprechend untereinander abgestimmt, sodass auch mal Sitzungen ausfallen mussten. In einigen Fällen leitete Herr RINGEL die Gruppe auch alleine, während ein anderer Kollege dokumentierte. Dies war aufgrund der kleinen Gruppe und der guten Arbeitsatmosphäre unproblematisch.

6.3.4 Schweigepflicht und Rollenklarheit

Die Problematik einer möglichen Rollenkonfusion wie sie in Kapitel 6.2.4 dargestellt wurde, sah man in Mönchengladbach nicht. Sowohl die alltägliche Betreuungsarbeit als auch die Behandlungsarbeit mit dem BPS ist konfrontativ, sodass die Kontinuität in der Methodik gegeben ist. Während der BPS-Arbeit zeigten die Teilnehmer häufig

[204] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 23
[205] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 22
[206] WISCHKA u.a 2004, Vorbereitung des BPS und Grundsätze für die Durchführung, S. 3
[207] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 4ff.

Leugnungstendenzen und es wurden Widerstände gegen Behandlungseinheiten deutlich. Beides kann auf kognitive Verzerrungen zurückgeführt werden. Diese sind nur auf direkte konfrontative Weise zu lösen. Häufig sind die für die Tat zugrunde liegenden Motive für Sexualstraftäter nicht klar, sodass sie dann mühsam durch beharrliches Fragen herausgestellt und dem Täter bewusst gemacht werden müssen.[208]

Bezüglich der Schweigepflichtsproblematik wurden die Probanden zu Beginn der Gruppenarbeit deutlich darauf hingewiesen, dass auch für die Behandlungsarbeit die Rahmenbedingungen der Bewährungshilfe gelten. Wären strafrelevante Sachverhalte offenbart worden, so bestand seitens der Gruppenleiter, die ihre Funktion als Bewährungshelfer auch in der Gruppenarbeit beibehielten, die Berichtspflicht. Den Teilnehmern wurde auch mitgeteilt, dass bei Bedarf und Anfrage des zuständigen Bewährungshelfers, sofern es nicht einer der Gruppenleiter ist, über den Lauf der Gruppenarbeit und die Entwicklung des jeweiligen Probanden berichtet wird. Im Großen und Ganzen löste man in Mönchengladbach das Problem der Schweigepflicht mit Transparenz. Die Teilnehmer wurden über alle Vorgehensweisen, die sie betrafen, in Kenntnis gesetzt. Das ist nach Meinung der Bewährungshelfer sehr wichtig. Es wurde auch über die Inhalte von Führungsberichten informiert, was im Übrigen dem allgemeinen Prozedere in der Bewährungshilfe entspricht. Durch den offenen Umgang waren sich die Probanden stets im Klaren, welche Konsequenzen ihr Handeln unter Umständen nach sich zieht. Da sowohl die Gruppenarbeit als auch die Betreuungs- und Kontrolltätigkeit im Rahmen der Bewährungshilfe mit den herrschenden Rahmendbedingungen und Strukturen durchgeführt werden, sieht man hier keine Rollenvermischung.[209]

Frau PLUM und Herr RINGEL haben während der Gruppenarbeit nicht die Erfahrung gemacht, dass die Berichtspflicht, die sie als Bewährungshelfer haben, oder die konfrontative Vorgehensweise die Behandlung lang anhaltend beeinträchtigte. Das Vertrauen der Teilnehmer in die Leiter war vorhanden, wenn auch zu Beginn der Gruppe sehr viel Skepsis deutlich wurde. Es wurde anfangs häufig nach der

[208] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 15f.
[209] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 10ff.

Weiterverarbeitung der Daten aus der BPS-Arbeit gefragt, was allerdings im Laufe der Zeit nachlies.[210] Trotz der anfänglichen Bedenken waren nach Eindruck der Bewährungshelfer die Teilnehmer stets authentisch und konnten offen über ihre Belange sprechen.[211] Es habe nicht den Anschein gemacht, als hätten sie falsche Informationen von sich preisgegeben. Häufig erwies sich der Druck durch die Gruppenmitglieder als starker Wirkfaktor, sodass die Teilnehmer nicht umhin kamen wahrheitsgemäße Angaben zu machen. „Also das heißt, wenn die versuchen uns jetzt, sage ich mal, etwas zu erzählen und dann kommen die [anderen Teilnehmer, d.Verf.], aber die wissen wie Straftaten ablaufen in dem Bereich, und sagen ‚Das läuft ja so, hör jetzt auf denen was zu erzählen’ oder so. Das sind dann so Effekte, die kommen dann aus der Gruppe heraus […]“[212]

6.3.5 Aspekte der Durchführung

Die Behandlungssitzungen wurden in Mönchengladbach donnerstags in der Zeit von 17:30 Uhr und 19:00 Uhr im zweiwöchentlichen Rhythmus durchgeführt, was zu einer Gesamtdauer des Programms von knapp drei Jahren führte.[213] Am 16. Dezember 2010 wurde die erste BPS-Gruppe in Mönchengladbach mit einer Abschlusssitzung beendet.

Die zweiwöchentliche Behandlungsfrequenz reicht nach Meinung der Bewährungshelfer für die Programmdurchführung im ambulanten Bereich aus, um noch ein hohes Maß an Intensität gewährleisten zu können. Zu Beginn einer Sitzung wurden die Inhalte des letzten Treffens immer noch einmal wiederholt, sodass sie erneut präsent waren und darauf zurückgegriffen werden konnte. Eine höhere Frequenz wäre sicherlich optimaler, aber für die Bewährungshelfer aufgrund der Arbeitsbelastung nicht leistbar gewesen.

Einige Male sind Sitzungen beispielsweise aufgrund von Feiertagen ausgefallen, sodass schon mal vier Wochen zwischen zwei Treffen lagen. Manchmal wurde der Rhythmus auch so verändert, dass die

[210] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 12ff.
[211] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 25
[212] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 16
[213] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 4

Gruppentreffen kurzzeitig wöchentlich stattfanden. Diese Unregelmäßigkeiten haben aber die Mitarbeit und die Motivation der Teilnehmer nicht negativ beeinflusst.[214] Generell gab es nicht viele Ausfälle, sodass eine kontinuierliche Arbeit mit dem Programm möglich war.
Unter Umständen ist es vorgekommen, dass ein einzelner Teilnehmer bei einer Sitzung fehlte. Er erhielt dann beim nächsten Treffen die Inhalte in Kopie, die es auch nachzuarbeiten galt. Zudem wurde durch die Wiederholung zu Beginn einer Sitzung die Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen.[215]

Die meiste Zeit bestand die Gruppe aus fünf Teilnehmern im Alter zwischen 20 und 70. Zum Zeitpunkt des Interviews gehörten noch vier Teilnehmer der Gruppe an, die alle einen sexuellen Missbrauch an Kindern begangen haben. Der fünfte Teilnehmer, der eine Vergewaltigung begangen hat, schied im Juni 2010 aus, weil seine Bewährungszeit zu Ende war.[216] Mit ihm wurden noch nicht behandelte Inhalte in der Einzelbetreuung bearbeitet (siehe Kapitel 6.3.1). Zwei der vier Missbrauchstäter waren bei Kollegen von Frau PLUM und Herrn RINGEL unterstellt.[217] Aufgrund der kleinen Gruppe konnten die durch das Manual vorgegebenen Sitzungen bei einigen Einheiten verringert werden und an den Bedarf der Gruppe angepasst werden. So beispielsweise im tatspezifischen Teil bei der Einheit S 02 („Lebensgeschichte").[218] Auch im tatunspezifischen Teil wurde bereits vor Beginn der Gruppenarbeit die Sitzungsanzahl einiger Einheiten reduziert. In der Einheit U 10, die das Thema „Suchtkontrolle" behandelt, wurden zum Beispiel anstatt der vorgegebenen drei Sitzungen nur zwei benötigt. Inhaltlich wurden keine Veränderungen vorgenommen.[219]

Ein wichtiger Aspekt der Durchführung ist der Umgang mit konflikt- bzw. krisenhaften Situationen. In dem bereits geschilderten Fall, in dem sich ein Teilnehmer durch die Aussagen eines anderen erheblich verletzt gefühlt hat, wurde die Situation in einem gesonderten Gespräch mit den zuständigen Bewährungshelfern noch einmal aufge-

[214] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 21
[215] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 17f.
[216] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 4f.
[217] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 15
[218] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 4
[219] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 5

griffen und besprochen. Die Bewährungshelfer schilderten außerdem einen anderen Fall, in dem sie bei einem Teilnehmer ein hohes Rückfallrisiko wahrnahmen, weil dieser sich in den Sitzungen häufig als uneinsichtig gezeigt hatte und viele Tatsachen, die mit seiner Täterpersönlichkeit zusammenhingen beschönigte. Er wurde schließlich mit den Bedenken durch die Gruppenleiter konfrontiert und es erfolgte anschließend ein Gespräch gemeinsam mit dem aufsichtsführenden Bewährungshelfer und dem Probanden.
Traten Konflikte innerhalb der Gruppe auf, so wurden diese direkt aufgegriffen und thematisiert.[220] Zu dieser direkten Konfrontation raten auch Frau FOPPE und Herr WISCHKA. Die Bearbeitung des eigentlichen Themas solle dann unterbrochen werden, sodass eine Klärung des Konfliktes erfolgen könne. Im Zuge dessen sollten die Teilnehmer ihre Empfindungen bezüglich des Konfliktes benennen.[221] Dies diene auch dazu, dass Sprechen über Gefühle zu erlernen um so ein stückweit den inneren Druck abzubauen. Viele Sexualstraftäter seien nicht in der Lage ihre Gefühle zu differenzieren und zu benennen. Oftmals fehle ihnen auch das nötige Vokabular.[222]
Gelegentlich wurden Sachverhalte auch in den Einzelbetreuungen erneut aufgegriffen und mit dem Klienten besprochen. Individuelle Probleme der Teilnehmer, die durch die Gruppenarbeit deutlich wurden, konnten meist während der Sitzung nicht bearbeitet werden, weil es den zeitlichen Rahmen gesprengt hätte. In solchen Fällen vertiefte und bearbeitete man diese individuellen Probleme auch in der Einzelbetreuung. Zusätzlich wurde den Teilnehmern angeraten, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, sofern ein Therapeut verfügbar war. So könnten auch persönliche Schwierigkeiten bearbeitet werden, die nicht unmittelbar mit dem Täterdasein zusammenhängen, wie beispielsweise eigene Traumatisierungen. Bei solchen Themen wurde auch die Unterstützung einer Traumaklinik, die sich in Krefeld befindet, in Anspruch genommen.[223]

[220] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 11f.
[221] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 12
[222] Interview mit Frau FOPPE und Herrn WISCHKA, SoThA Lingen, Transkript, S. 6 f.
[223] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 26

6.3.6 Resonanz der Teilnehmer und Fazit der Bewährungshelfer

Laut Angaben von Frau PLUM und Herrn RINGEL waren die Rückmeldungen der Teilnehmer bezüglich der Gruppenarbeit mit dem BPS positiv. Sie empfanden es teilweise sogar als befreiend einen Ort zu haben, an dem mit anderen über die Tat gesprochen werden konnte, da es dazu für sie sonst kaum eine Möglichkeit gab.[224] Nach jeder Sitzung mussten die Teilnehmer Feedbackbögen ausfüllen und ihre Meinung zu der besprochenen Thematik und der Gruppensituation darlegen. Dabei gaben die Teilnehmer beispielsweise an, dass ihnen Einheiten schwer gefallen waren, aber auch, dass sie die offenen Gespräche schätzten.[225]
Besonders im tatspezifischen Teil zeigten sich die Teilnehmer sehr betroffen, vor allen Dingen in der Einheit, in der sie selber im Rahmen eines Rollenspiels die Rolle ihres Opfers einnehmen mussten. Neben vielen Widerständen sind bei dieser Einheit auch viele Erkenntnisse gewonnen worden.[226]
Für einen Teilnehmer war die Möglichkeit, sich ernsthaft „ohne Gekicher wie Erwachsene“ über Sexualität austauschen zu können eine ganz neue und wertvolle Erfahrung. Viele Dinge, die im Teil U 11 über das menschliche Sexualverhalten gelehrt wurden, waren bis zu dem Zeitpunkt unbekannt. Nach Angaben der Bewährungshelfer ist in Fortbildungen häufig der Vorschlag geäußert worden, die genannte Einheit über die sexuelle Aufklärung auszulagern und sie durch geschulte Mitarbeiter eines Vereins, beispielsweise der Profamilia, durchführen zu lassen.[227] Frau FOPPE und Herr WISCHKA raten hiervon ausdrücklich ab. In der Einheit kommt zum ersten Mal das Thema „Sexualität“ innerhalb der Gruppenarbeit zur Sprache, bevor es im tatspezifischen Teil um die deviante Sexualität geht. Die Teilnehmer lernen den Umgang der Gruppenleiter mit dem Thema kennen und es kann ein gewisses Vokabular für die spätere Tatbearbeitung gemeinsam entwickelt bzw. festgelegt werden. Durch diese Einheit

[224] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 16
[225] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 25
[226] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 17
[227] Interview mit Frau PLUM und Herrn RINGEL, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 25f.

kann die Entstehung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre maßgeblich beeinflusst werden.[228]

Für die beiden Bewährungshelfer und BPS-Gruppenleiter steht fest, dass sie eine weitere Gruppe starten werden, obwohl sie aufgrund der vielseitigen Anforderungen, die durch das BPS an sie gestellt wurden, „körperlich und seelisch erschöpft“ sind. Daher wird es zunächst eine Pause geben. Diese soll aber auch genutzt werden, um die nächste Gruppe vorbereiten zu können. Erste potenzielle Teilnehmer sind schon vorhanden.[229]
Den Vorteil der BPS-Durchführung in der Bewährungshilfe im Vergleich zur Durchführung in anderen ambulanten Institutionen sieht man in der Vertrautheit der Teilnehmer mit den Räumlichkeiten und den Gruppenleitern, die aufgrund regelmäßiger Kontakte im Rahmen der Einzelbetreuung vorhanden ist. Dadurch muss in der BPS-Arbeit eine Hemmschwelle weniger überwunden werden. Anlehnend daran ist ein weiterer Vorteil, dass die Probanden eine zentrale Anlaufstelle haben, die die gesamten Informationen zur ihrer Person und zur Tat bündelt. Dies erleichtert die Arbeit der Bewährungshelfer ein stückweit, da sie bezüglich der Entwicklung der Probanden innerhalb der Behandlung nicht auf die Auskunft Dritter oder der Probanden selbst angewiesen sind.[230]
Zu Beginn der Arbeit kamen die Befürchtungen auf, dass die Teilnehmer nach kurzer Zeit nicht mehr zu den Sitzungen erscheinen würden und die Gruppe aufgelöst werden müsste. Dies hat sich allerdings nicht bewahrheitet. Die Teilnehmer fehlten nur sehr selten, sodass eine kontinuierliche und intensive Arbeit am Programm möglich war.[231]
Frau PLUM und Herr RINGEL empfanden das BPS als Bereicherung und qualitative Verbesserung ihrer alltäglichen Betreuungstätigkeit.[232]
Als wohl positivsten Aspekt der Arbeit führten sie die beobachtbaren Veränderungsprozesse bei den Teilnehmern an. „Eigentlich zu sehen, dass ein Mensch, der große Ängste und Vorbehalte hat, […] dass er sich darauf einlässt und dann nicht wegrennt, sondern drin bleibt, es

[228] Interview mit Frau Foppe und Herrn Wischka, SoThA Lingen, Transkript, S. 42
[229] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 17+21
[230] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 22 f
[231] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 17 f.
[232] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 22

aushält und auch dann langsam zu veränderten Einstellungen kommt, die aber bei ihm gewachsen sind. Das ist ganz wichtig.“[233] Von der Wirkung und dem Nutzen des BPS-Programms selbst sind sie überzeugt: „Ich finde das Programm sehr gut, weil es gerade im zweiten Teil so aufgebaut ist, dass man quasi aus drei verschiedenen Blickwinkeln immer auf das Delikt und jedes Mal den Weg dorthin rekonstruiert und so ja wiederherstellt und eigentlich verdeutlicht.“ Viele Grenzen aber auch Möglichkeiten inhaltlicher und organisatorischer Natur wurden erst durch die Anwendung des Programms sichtbar.[234] Bei Schwierigkeiten hat man aber in der Mehrheit der Fälle eine Lösung finden können.

Eine Nachbetreuung wird es nach Beendigung der Gruppenarbeit nicht geben, zumal die Bewährungs- bzw. Führungsaufsichtszeiten der Probanden beendet sind. Sie haben aber immer die Möglichkeit die Bewährungshilfe im Bedarfsfall zu kontaktieren auch wenn sie nicht mehr unterstellt sind.[235]

7. Fazit

Sexualstraftaten machen in etwa nur 1% der Gesamtkriminalität im Hellfeld aus. Verschiedene Studien zur Aufhellung des Dunkelfeldes in diesem Bereich zeigten aber, dass viel mehr Sexualdelikte begangen werden, als bekannt ist. Basierend auf der Studie von Wetzels aus dem Jahre 1997 geht man im Bereich des sexuellen Missbrauchs von Kindern von einer Dunkelziffer zwischen 1:5 und 1:8 aus. Die Täter stammen zu einem großen Teil aus dem Bekanntenkreis des Opfers.
Die Vielfalt an kriminologischen Typologien zur Klassifizierung von Sexualstraftätern bestätigt die Heterogenität dieser Delinquentengruppe. Sie weisen unterschiedliche Problemlagen auf, die auf die lebensgeschichtliche Prägung, als auch auf psychische Störungen zurückzuführen sind. Die Denkstrukturen von Sexualstraftätern sind oft von vielen kognitiven Verzerrungen geprägt, die die Begehung von (Sexu-

[233] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 24
[234] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 23 f.
[235] Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach, Transkript, S. 27

al)Straftaten begünstigen. Sie neigen dazu die schwerwiegenden Folgen für das Opfer zu bagatellisieren und die Verantwortlichkeit für die Tat zu leugnen. Den meisten Tätern mangelt es an Empathie. Zudem fehlt es ihnen häufig auch an sozialen Fähigkeiten und angemessenen Problemlösungsstrategien. Den Tätern sind die inneren Prozesse, die sie zur Begehung der Tat veranlasst haben, nicht bewusst. Aus der Wirksamkeitsforschung weiß man, dass Behandlungsbemühungen, die an den genannten Faktoren ansetzen, zum Rückgang der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern und damit zum Opferschutz einen nicht zu unterschätzenden Beitrag leisten können. In dieser Hinsicht hat sich der kognitiv-behaviorale Therapieansatz bewährt, der an kriminogenen Faktoren, wie verzerrten Denkstrukturen, mangelnder Opferempathie und fehlenden sozialen Fertigkeiten ansetzt. Zentraler Bestandteil einer solchen Therapie ist auch die Aufarbeitung der Tat, die die Beschreibung des genauen Tathergangs mit allen zugrunde liegenden kognitiven und emotionalen Prozessen zum Gegenstand hat. Das Ziel ist das Erlernen von Selbstkontrolle. Die kognitiv-behaviorale Therapie wird hauptsächlich mithilfe von Behandlungsprogrammen im stationären Rahmen durchgeführt. Ein bundesweit in sozialtherapeutischen Einrichtungen des Justizvollzugs sehr verbreitetes Programm ist das „Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter“, welches aus einem deliktunspezifischen und einem deliktspezifischen Teil besteht. Diese Aufteilung trägt der Tatsache Rechnung, dass Sexualstraftäter auch Problemlagen aufweisen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Tat stehen, die Begehung dieser aber begünstigen.

Die Behandlung von Sexualstraftätern im stationären Bereich hat in den letzten Jahren einen großen Aufschwung erlebt, wohingegen es im ambulanten Bereich an geeigneten Therapieplätzen mangelt. Für entlassene Sexualstraftäter ist eine ambulanten Nachsorge sehr wichtig, damit Erlerntes aus der intramuralen Therapie in einem kontrollierenden Rahmen vertieft und ausprobiert werden kann. Aber auch für Täter, deren Freiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt wurde bedürfen häufig einer ambulanten Therapie. Doch häufig suchen Bewährungshelfer vergeblich nach geeigneten Therapieplätzen. Einige Bewährungshelfer haben sich daher dazu entschlossen neben der originären Tätigkeit, eine Gruppenarbeit speziell für Sexualstraftäter anzubieten. Das Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen förderte dies durch verschiedene Fortbildungen zum Umgang und zur Behandlung

von Sexualstraftätern. So wurden einige Bewährungshelfer auch zur Durchführung des BPS geschult.

Die Fragestellung, nach der grundsätzlichen Durchführbarkeit von Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Bewährungshilfe ist zu bejaen. Der Vorteil der Behandlung im Rahmen der Bewährungshilfe liegt in der Tatsache, dass es lediglich eine Institution gibt, die sämtliche Daten zur Person des Straftäters bündelt. Zudem kann so eine größere Vertrautheit entstehen, die die Zusammenarbeit des Probanden mit dem Bewährungshelfer erleichtert. Für Behandlungseinrichtungen oder Therapeuten, die mit Sexualstraftäter arbeiten ist die Kooperation mit der Justiz unumgänglich. Es muss viel Spezialwissen rund um strafrechtliche Sachverhalte vorhanden sein. Dies ist bei der Behandlung innerhalb der Bewährungshilfe gewährleistet.
Die Befragung der Bewährungshelfer in Mönchengladbach hat ergeben, dass das BPS trotz der stationären Konzeption in der Bewährungshilfe anwendbar ist. Es stellt eine große Bereicherung für die Bewährungshelfer dar. Das Programm ist aufgrund der genauen Durchführungsanleitung des Manuals für die Gruppenleiter verständlich und einfach zu handhaben.

Trotz vieler positiver Aspekte ist die Durchführung des Programms in der Bewährungshilfe zumindest zu aktueller Zeit in einigen Bereichen problematisch: Bewährungshelfer haben häufig eine hohe Zahl an Fällen für die sie zuständig sind. Die originären Tätigkeiten im Rahmen der Betreuungs- und Kontrollfunktion nehmen sehr viel Zeit in Anspruch. Häufig wird beklagt, dass es sogar für diese Tätigkeiten an Zeit mangelt, sodass nicht alle Fälle mit der Intensität betreut werden können, die nötig wäre. Dies bestätigten auch Frau RIEKE und Herr KEßLER des ASD Detmold. Zwar ist es laut der Qualitätsstandards des ambulanten sozialen Dienstes der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen möglich eine problemorientierte Gruppenarbeit durchzuführen, dies gehört aber nicht zu den Regelleistungen der Bewährungshilfe. Zur Durchführung einer intensiven therapeutischen Gruppenarbeit sollte eine Arbeitsentlastung für diejenigen Bewährungshelfer, die die Gruppe leiten, gewährleistet werden. Dies ist in der aktuellen Situation häufig nicht möglich, da es an personellen Ressourcen mangelt, die die hohe Fallbelastung schultern könnten. Die Frage stellt

sich an dieser Stelle, inwiefern Qualitätseinbußen hinzunehmen sind, wenn eine solch tiefgehende Gruppenarbeit, ohne Arbeitsentlastung der Gruppenleiter in anderen Bereichen, stattfindet.
Ein weiteres Problem tritt in ländlichen Bezirken auf. Für Probanden sind aufgrund der strukturellen Gegebenheiten unter Umständen große Entfernung zu überwinden, um an einer Gruppenarbeit teilnehmen zu können. Die Gefahr besteht, dass die Teilnehmer nicht mehr zu den Sitzungen erscheinen und eine konstante Arbeit am Programm nicht möglich ist.
Daher ist bei Überlegungen zur Anwendung des BPS oder auch anderer ähnlicher Programme in der Bewährungshilfe zu erwägen, ob die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Zwar ist eine solche Behandlung von Sexualstraftätern grundsätzlich zu befürworten, wird sie aber unter erschwerenden Rahmenbedingungen durchgeführt, die den Erfolg der Arbeit gefährden könnten, dann ist meiner Meinung nach davon abzuraten. Stattdessen sollte die Entstehung spezialisierter Ambulanzen staatlich gefördert werden, da diese sich einzig auf die Behandlungstätigkeit ausrichten können.

Literaturverzeichnis

BOCK, Stefan; MAASBERG, Guido (2007): Spezialsierung in der Bewährungshilfe zur Betreuung von Sexualstraftätern. Präsentation zum Bewährungshelfertag 2007 in Berlin. Arbeitsgemeinschaft deutscher Bewährungshelfer/innen, DBH-Fachverband. Berlin, 19.11.2007. Online verfügbar unter http://www.dbh-online.de/bwhtag/dokum/Bock-Maasberg_Pr%e4sentation%20DBH%20ADB.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

BEIER, K. M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin: Springer.

BRAND, T. (2006): Verurteilte Sexualstraftäter: Evaluation ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. E. empir. Unters. von Angeboten freier Träger zur Prävention von Sexualdelikten in Nordrhein-Westfalen. Hamburg: Lit Verl.

BRAND, T.; DIEHL, J.; WALTER, M. (2001): Ambulanten Behandlung von Sexualstraftätern in Nordrhein-Westfalen. Erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: BewHi 48 (3), S. 257–266.

BUNDESKRIMINALAMT (Hg.) (2010): PKS-Zeitreihen für den Zeitraum von 1987 bis 2009. Online verfügbar unter http://www.bka.de/pks/zeitreihen/index.html, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

BUNDESKRIMINALAMT (Hg.) (2010): Polizeiliche Kriminalstatistik 2009. Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter http://www.bka.de/pks/pks2009/startseite.html, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

DESSECKER, A. (2000): Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug und in Freiheit: ein Überblick zu den neuen gesetzlichen Grundlagen. In: Rudolf Egg (Hg.): Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug. Folgerungen aus den Gesetzesänderungen. Wiesbaden: KrimZ (Kriminologie und Praxis, 29), S. 27–46.

DÖLLING, D.; DUTTGE, G.; RÖSSNER, D. (Hg.) (2008): Gesamtes Strafrecht. StGB, StPO, Nebengesetze ; Handkommentar. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar).

EGG, R. (2003): Kriminalität mit sexuellem Hintergrund. Einen Königsweg zur Verhinderung gibt es nicht. In: Bürger im Staat 53 (1), S. 39–44. Online verfügbar unter http://www.buergerimstaat.de/1_03/Kriminalitaet.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

ELZ, J. (2001): Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. Sexuelle Mißbrauchsdelikte. Wiesbaden: KrimZ (Kriminologie und Praxis, 33).

ELZ, J. (2002): Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. Sexuelle Gewaltdelikte. Wiesbaden: KrimZ (Kriminologie und Praxis, 34).

GLÄSER, J.; LAUDEL, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3., überarb. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

HAAS, H.; KILLIAS, M. (2000): Sexuelle Gewalt und persönliche Auffälligkeiten. Eine Studie zu 20-jährigen Männern in der Schweiz. Hg. v. UNIL (Crimiscope, 9). Online verfügbar unter http://www.unil.ch/webdav/site/esc/shared/Crimiscope/Crimiscope009_2000_D.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

HÄNDEL, M.; JUDITH, U. (2001): Checkliste zur Behandelbarkeit von Sexualstraftätern. In: BewHi 48 (4), S. 374–382.

HARBECK, B. (1997): Sexualstrafrecht-Erste Erfolge? In: Neue Kriminalpolitik 9 (4), S. 4–5.

JUNGNITZ, L. u.a, (2007): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Opladen: Budrich.

JUSTIZMINISTERIUM NRW (2011): Qualitätsstandsards für den ambulanten sozialen Dienst der Justiz in Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.justiz.nrw.de/BS/Gerichte/Strafgericht/dienste/Qualitaet/qualitaetsstandards_inh.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

MUSOLFF, C.; HOFFMANN, J. (2002): Täterprofile bei Gewaltverbrechen: Mythos, Theorie und Praxis des Profilings: Springer. Online verfügbar unter http://books.google.de/books?id=Q5YR-4ydvxgC.

NUHN-NABER, C.; REHDER, U.; WISCHKA, B. (2002): Behandlung von Sexualstraftätern mit kognitiv-behavioralen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen. In: MschrKrim 85 (4), S. 271–281.

REHDER, U. (2001): Sexualstraftäter: Klassifikation und Prognose. In: REHN, G. u.a. (Hg.): Behandlung' gefährlicher Straftäter': Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus, S. 81–103.

Rehder, U. (2004): Vorüberlegungen zu einem Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter. In: OSTERHEIDER, M. (Hg.): Forensik 2003. Krank und/oder kriminell?. Dortmund: PVG, S. 60–73.

SPÖHR, M. (2009): Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation. 1. Aufl. Mönchengladbach: Forum-Verl. Godesberg. Online verfügbar unter http://www.bmj.bund.de/enid/577b2160ff300f3d449f751c54ea1a12,0/Studien__Untersuchungen_und_Fachbuecher/Sozialtherapie_von_Sexualstraftaetern_im_Justizvollzug_1qa.html, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2010): Rechtspflege-Strafverfolgung 2009. Fachserie 10, Reihe 3. Online verfügbar unter https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=0010000100004dwo2htj000000lMGYoI_QM9biLauqJ8uTMg--&cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026437, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2010a): Lange Reihen zur Strafverfolgungsstatistik I.1. Früheres Bundesgebiet mit Berlin seit 1995. Online verfügbar unter https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026383, zuletzt geprüft am 23.01.2010.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2010b): Lange Reihen zur Strafverfolgungsstatistik I.2. Deutschland seit 2007. Online verfügbar unter https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026385, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2010c): Rechtspflege-Strafvollzug 2010. Fachserie 10, Reihe 4.1. Online verfügbar unter https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026530, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2010d): Rechtspflege- Bewährungshilfe 2007. Fachserie 10 Reihe 5. Online verfügbar unter https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=00c0000100004dgl63HB000000QkFWW8SkM1jTbOSPH2Ap4Q--&cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026027, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003-2007): Rechtspflege-Bewährungshilfe 1998 bis 2007. Fachserie 10 Reihe 5. Online verfügbar unter https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,sfgsuchergebnis.csp&action=newsearch&op_EVASNr=startswith&search_EVASNr=24411#.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003 bis 2010): Rechtspflege-Strafvollzug. Fachserie 10, Reihe 4.1 2003 bis 2010. Online verfügbar unter https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,sfgsuchergebnis.csp&action=newsearch&op_EVASNr=startswith&search_EVASNr=24321, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

STIELS-GLENN, M. (2010): Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung pädosexueller Patienten. In: Recht und Psychiatrie (2), S. 74–80.

WÄHNER, A.; RUDEL, A. (2009): Ambulante Therapie von Sexualstraftätern im Zwangskontext. In: J Neurol Neurochir Psychiatr 10 (4), S. 34–41.

WETZELS, P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

WETZELS, P. (1997a): Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Hg. v. KFN. Hannover (KFN-Forschungsberichte, 59). Online verfügbar unter http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb59.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

WISCHKA, B. (2004): Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter im Kontext der Lebenswelt von Vollzugsanstalten. In: REHN, G.; NANNINGA, R.; THIEL, A. (Hg.): Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges. Herbolzheim: Centaurus-Verl., S. 283-206

WISCHKA, B. (2004a): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS). Entwicklung-Inhalte-Erfahrungen. In: OSTERHEIDER, M (Hg.): Forensik 2003. Krank und/oder kriminell?. Dortmund: PVG, S. 74–86.

WISCHKA, B (2005): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) in der Praxis. In: WISCHKA, B. u.a. (Hg.): Sozialtherapie im Justizvollzug. Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle. 1. Aufl. Lingen: Kriminalpädag. Verl., S. 208–228.

WISCHKA (2006): Hinter verschlossenen Türen. In: Gehirn und Geist (12), S. 14–20. Online verfügbar unter http://www.gehirn-und-geist.de/artikel/855303, zuletzt geprüft am 23.01.2011.

WISCHKA, B. u.a (2004): Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter. BPS. Lingen: Kriminalpädag. Verl.

WISCHKA,B. u.a. (2001): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im niedersächsischen Justizvollzug. In: REHN, G. u.a. (Hg.): Behandlung' gefährlicher Straftäter': Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus, S. 193–205.

WÖßNER, G. (2002): Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern. Ergebnisse einer bundesweiten Expertenbefragung. Arbeitsbericht aus dem Max-

Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht. Freiburg. Online verfügbar unter http://www.mpicc.de/shared/data/pdf/a3.pdf, zuletzt geprüft am 23.02.2011.

Anhang

Leitfaden-Interview mit Herrn Wischka und Frau Foppe, SothA Lingen am 13.09.2010, 10:30 Uhr

1. Grundsätzliches

a. Wieviele Gruppen wurden bereits hier in der JVA Lingen mit dem BPS behandelt?
b. Worin unterscheidet sich das Programm im Wesentlichen von anderen?
c. Ist Ihnen bekannt ob das BPS auch im ambulanten Bereich eingesetzt wird?

2. Grundsätze/ Ziele

a. Auf welchen Grundsätzen beruht das BPS?
b. Welche Elemente des BPS sind vom SOTP inspiriert und welche sind neu?

3. Voraussetzungen/ Rahmenbedingungen/ Behandlungskontext

a. Wie gelangt ein Gefangener in das BPS? Wie erfolgt die Auswahl der Teilnehmer?
   - Diagnostikverfahren
   - Für welche Tätertypen? Für welche nicht und warum?
   - Wie merken Sie wenn ein Teilnehmer für die Therapie nicht geeignet ist?
b. Wie werden die einzelnen Gruppen erstellt? Welche Aspekte werden dabei berücksichtigt?
   - Intelligenz
   - Persönlichkeitsstrukturen
c. Welche Therapiemotivation haben die Täter und wodurch wird diese erzeugt wenn sie nicht vorhanden ist?

d. Das BPS ist ja hier in der Sotha ein Bestandteil der integrativen Sozialtherapie. Welchen Stellenwert/ Bedeutung hat es in diesem Gesamtkonzept?
   - In welchen Punkten wird das BPS durch die integrative Sozialtherapie ergänzt und durch welche Methoden?
   - Wie wichtig ist die Ergänzung des BPS durch weitere Behandlungsmaßnahmen wie Soziales Training oder Einzeltherapie?
   - Könnte man nicht das BPS als alleinige Behandlungsmaßnahme durchführen?

e. Welche persönlichen und fachlichen Kompetenzen muss das Behandlungspersonal haben?
   - Empathie für Täter? Wie?
   - Vereinbarkeit Empathie Täter/Opfer?

f. Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein für eine erfolgreiche Behandlung mit dem BPS?
   - Vorteile/ Nachteile der stationären Behandlung (Strafvollzug) bei der Anwendung des BPS?

g. Haben Sie Vorschläge wie die sich positiv auswirkenden Bedingungen aus dem stationären Bereich auf den ambulanten Bereich übertragen werden, sodass diese dort auch für die Anwendung des BPS nutzbar gemacht werden können?
   - evtl. konkret auch vorher genannte Vorteile eingehen.

h. Welche Bedeutung hat die Wohngruppe bzw. die Therapeutische Gemeinschaft für den Behandlungserfolg des einzelnen Gefangenen?
   - Beziehung zu Mithäftlingen
   - Beziehung zum Personal

i. Der Vollzugsalltag ist ja sehr stark strukturiert. Inwieweit ist dies für den Behandlungserfolg von Bedeutung?
   - förderlich? hinderlich?

4. Durchführung/ Durchführbarkeit

a. Wie hoch sollte die Behandlungsfrequenz bei der Anwendung des BPS sein und wie wichtig ist das?
   - Welche Frequenz wäre nicht mehr sinnvoll?

b. Das Programm hat ja einen strikten Ablauf von dem möglichst nicht abgewichen werden soll. Wie wird vor diesem Hintergrund auf die Individualität jedes einzelnen eingegangen?
   - wenn für die Behandlung des Einzelnen relevante Aspekte genannt werden
   - Wie/ wann werden relevante Themen bearbeitet oder aufgegriffen?

c. Inwieweit öffnen sich die Teilnehmer während der Sitzungen?
   - Womit hängt das zusammen?
   - Was ist bei Urlauben der Teamleiter?

d. Einige Inhalte gehen sehr in die Tiefe. Ist es dadurch schon einmal zu Eskalationen während der Sitzung gekommen? Wie gehen die Teamleiter damit um?
   - Konsequenzen?

e. Unter welchen Bedingungen kann ein Teilnehmer bei einer Sitzung fehlen?
   - Wie holt er dann die Inhalte nach?

f. Sind Rückfälle im Rahmen von Lockerungen vorgekommen? Wie wird damit umgegangen?

g. Kam es vor, dass Teilnehmer am deliktunspezifischen Teil vom deliktspezifischen Teil ausgeschlossen wurden?
   - Aus welchen Gründen könnte dies geschehen?

5. Erfahrungen/ Resonanz

a. Wie ist die Resonanz der Teilnehmer im Allgemeinen im Bezug auf das BPS und seine Inhalte?

b. Welche Einheiten werden von den Teilnehmern bzw. von den Gruppenleitern als besonders schwer, welche als angenehm empfunden?
   - Erleben des deliktspezifischen Teils? Deliktszenarios?
   - Reaktion auf Opferschilderungen?
   - Lebensberichte?

c. Wie nachvollziehbar und verständlich sind die Inhalte für die Teilnehmer
   - Wie veränderbar ist das Programm?

d. Mussten Programmteile in der Vergangenheit verändert/ optimiert werden? Welche? Warum?

e. Gibt es Kritiker des BPS? Welche Einwände haben diese gegen das Programm?
f. Wo liegen die Grenzen des Programms?

Leitfaden- Interview mit Frau Rieke und Herrn Keßler, ASD Detmold am 18.10.2010, 11 Uhr

1. Ausgangssituation und Idee

a. Wie kamen Sie auf die Idee das BPS in der Bewährungshilfe durchzuführen?
b. Wieso gerade das BPS?
c. Welche Vorteile bringt die Durchführung eines Behandlungsprogramms bzw. des BPS’ durch die Bewährungshilfe?
d. Ist Ihnen bekannt ob das BPS noch in anderen ambulanten Bereichen eingesetzt wird?

2. Planung

a. Welches Ziel verfolgten Sie mit der Idee zur Durchführung des BPS?
b. Welche Vorüberlegungen/ Vorbereitungen mussten getroffen werden? Können Sie einen Überblick geben?
c. Hat die Kontrollfunktion, die Sie als Bewährungshelfer haben, Auswirkungen auf die Gruppenarbeit mit dem BPS? Inwiefern?
d. Inwieweit ist eine solche Gruppenarbeit wie mit dem BPS ihrer Meinung nach mit den normalen Aufgaben der BWH zeitlich zu vereinbaren?
e. Hatten Sie bereits ein Konzept? Wie sah dieses aus?

3. Voraussetzungen

a. Welche Voraussetzungen sind wichtig zur Durchführung einer Gruppenarbeit mit Sexualstraftätern in der BWH? Was erfordert die Arbeit mit dem BPS im Speziellen?
b. Welche Qualifikationen sind ihrer Meinung nach wichtig um das BPS im ambulanten Bereich durchzuführen?
c. Im Gefängnis besteht ja nun der Vorteil des Wohngruppenvollzuges. Die Gefangenen können sich auch außerhalb der BPS-Sitzungen über Inhalte austauschen. Wie könnte man die ge-

genseitige Unterstützung der Teilnehmer untereinander auch im ambulanten Bereich fördern?

4. Schwierigkeiten und Grenzen

a. Wo liegen die Schwierigkeiten bzw. die Grenzen in der Anwendung des BPS in der BWH?
b. Welche Probleme traten bei der Planung auf?
c. Aufgrund welcher Faktoren konnte das BPS in der BWH Detmold nicht durchgeführt werden?
d. Von welchen Faktoren ist es abhängig, ob das BPS in einer Dienststelle oder einem Bezirk angeboten werden kann?
e. Was müsste getan werden, damit die Anwendung des BPS in Detmold auch möglich wäre?
f. Wie müsste das Programm verändert werden, um es auf die Konditionen der BWH anzupassen?

5. Vorschläge

a. Was würden Sie anstatt der Durchführung des BPS im Bezug auf die Arbeit mit Sexualstraftäter innerhalb der BWH vorschlagen?
b. Wie arbeiten Sie mit Sexualstraftätern? Gibt es ein spezielles Angebot?

Leitfaden zum Interview mit Frau Plum und Herrn Ringel, ASD Mönchengladbach am 27.10.2011, 11:00 Uhr

6. Ausgangssituation und Idee

a. Wie kamen Sie auf die Idee das BPS in der Bewährungshilfe durchzuführen?
b. Wieso gerade das BPS?
c. Welche Vorteile bringt die Durchführung eines Behandlungsprogramms bzw. des BPS’ durch die Bewährungshilfe?
d. Seit wann besteht die Gruppe und bis wann wird sie voraussichtlich noch laufen?
e. Ist Ihnen bekannt ob das BPS noch in anderen ambulanten Bereichen eingesetzt wird?

f. Ist dies ihre erste Gruppe?

7. Ziele

a. Welchen Stellenwert hat die BPS-Gruppe im Rahmen der Betreuung der einzelnen Teilnehmer innerhalb der BWH?
b. Welches Ziel verfolgen Sie mit der Durchführung des BPS?
c. In diesem Handout aus dem Arbeitskreis steht, dass das BPS kein psychotherapeutisches Angebot ist. Als was sehen Sie das BPS?

8. Planung

a. Welche Vorüberlegungen/ Vorbereitungen mussten getroffen werden?
b. Wie gelangt ein Proband in die Gruppe? Welcher Schritte bedarf es dafür?
c. Nach welchen Kriterien wurde die Gruppe zusammengestellt? Welche Faktoren wurden dabei berücksichtigt?
d. Wie haben Sie ermittelt ob jemand für die Teilnahme an der Gruppe geeignet ist?
e. Hat die Kontrollfunktion, die Sie als Bewährungshelfer haben, Auswirkungen auf die Gruppenarbeit mit dem BPS? Inwiefern?
f. Erscheinen die Teilnehmer regelmäßig zu den Sitzungen?
g. Sind mehrere Dienststellen in die Planung des BPS einbezogen?
h. Wie handhaben Sie es mit der Informationsvermittlung zu einzelnen Teilnehmern im Bezug auf die Arbeit mit dem BPS, wenn diese einem anderen Bewährungshelfer unterstellt sind?
i. Inwieweit ist die Gruppenarbeit mit den normalen Aufgaben der BWH zeitlich zu vereinbaren?
j. Laut dem Handout, ist die Gruppe offen, also es können nachträglich noch Teilnehmer aufgenommen werden. Wie werden diese in die bestehende Gruppe integriert und wie werden Inhalte nachgeholt?
k. Welchen zeitlichen Rahmen haben Sie für das BPS vorgesehen?
l. Gibt es oft Ausfälle? Aus welchen Gründen und wie werden Inhalte nachgeholt für diejenigen die gefehlt haben?

m. Wie wird bei Ihnen die Urlaubsvertretung organisiert?
n. Werden die einzelnen Sitzungen dokumentiert? Wofür wird dies verwendet?
o. In der Sozialtherapie wird das BPS zweimal in der Woche durchgeführt. Sie machen die Gruppe jetzt einmal alle zwei Wochen. Würden Sie sagen, dass es sich in irgendeiner Form nachteilig auswirkt, zum Beispiel auf die Intensität oder Motivation?

9. Voraussetzungen Teilnehmer

a. Wodurch sind die Teilnehmer motiviert an der Gruppe teilzunehmen?
b. Wird auch eine Eingangsdiagnostik gemacht?
c. Welche Voraussetzungen muss ein Proband erfüllen um an der BPS-Gruppe teilnehmen zu können.
d. Sind alle Teilnehmer einem Bewährungshelfer unterstellt?
e. Sind alle Teilnehmer Sexualstraftäter?
f. Sind die Teilnehmer berufstätig?
g. Haben die Teilnehmer schon Therapieerfahrungen?

10. Voraussetzungen Teamleiter

a. Welche Qualifikationen sind ihrer Meinung nach wichtig um das BPS im ambulanten Bereich durchzuführen?
b. Haben Sie Weiterbildungen in dem Gebiet?
c. Sind Sie auf Sexualstraftäter spezialisiert?

11. Ergänzende Unterstützungsangebote

a. Im stationären Bereich wird das BPS ja häufig auf Sozialtherapeutischen Abteilung verwendet im Rahmen der Integrativen Sozialtherapie. Die Teilnehmer leben dort in Wohngruppen und werden durch ihre Mithäftlinge und durch das Dienstpersonal in ihrer Behandlung unterstützt. Kann eine über das BPS hinausgehende Betreuung auch in der Bewährungshilfe gewährleistet werden? Wenn ja, wie?
b. Wenn Sie während der Sitzungen feststellen, dass Teilnehmer einen tiefer gehenden Behandlungsbedarf an bestimmten Punkten haben, weil zum Beispiel eine Traumatisierung aus der

Vergangenheit deutlich wird, wie gehen Sie damit um? Wie wird auf diese individuellen Bedürfnisse eingegangen?
c. Wird es eine Nachbetreuung geben?
d. Bekommen Sie Supervision?
e. Werden Sie durch andere Mitarbeiter bei der Durchführung unterstützt? Inwiefern?
f. Werden Sie in ihren standardmäßigen Aufgaben als Bewährungshelfer von ihren Kollegen entlastet? Oder ist das nicht möglich?

12. Schwierigkeiten und Grenzen

a. Wo liegen die Schwierigkeiten bzw. die Grenzen und wo die Chancen des BPS im Rahmen der BWH?
b. Welche Probleme traten bei der Planung und bei der Durchführung auf?

13. Erfahrungen aus der Gruppenarbeit

a. Inwieweit öffnen sich die Teilnehmer während der Gruppen?
b. Wie ist die Resonanz der Teilnehmer im Bezug auf das BPS?
c. Welche Einheiten empfinden Sie als besonders schwierig? Emotional/ inhaltlich/ Vorbereitung/ Durchführung
d. Empfinden Sie die Arbeit in der Gruppe als intensiv?

14. Aktuelle Situation

a. Läuft die Gruppe noch?
b. Wo befinden Sie sich zurzeit im BPS?

15. Fazit

a. Unter welchen Gesichtspunkten war die bisherige Durchführung positiv, unter welchen eher negativ?
b. Würden Sie das Programm wieder in der BWH anbieten?
c. Worin bestehen Ihrer Meinung nach die Vorteile der Anwendung des BPS im ambulanten Bereich im Vergleich zum stationären?
d. Was würden Sie aus heutiger Sicht anders machen im Bezug auf die Gruppenarbeit mit dem BPS?

Transkript zum Interview mit Frau Plum und Herr Ringel, ASD Mönchengladbach, 27.10.2010, 11:00Uhr

Transkriptionsregeln:

- Sprache geglättet z.B. „nbisschen“ zu „einbisschen“
- Normale Rechtschreibung
- Auslassung von Füllwörtern, es sei denn sie verändern den Inhalt oder sind wichtig für das Textverständnis
- (…)→Unterbrechung eines Redebeitrages (jeweils am Ende des einen und am Anfang des anderen Beitrages
- ((lachend)) → Begleiterscheinung des Redens, steht vor der entsprechenden Äußerung, Äußerung steht in äußerer Klammer, Begleiterscheinung in der Inneren
- (???) → Wort/ Wörter akustisch unverständlich
- (ganz schön?) → Wortlaut nicht verständlich, vermuteter Wortlaut steht in der Klammer
- […] → Auslassung (z.B. Satz nicht zu Ende gesprochen)
- / Abbruch in der Satzkonstruktion, Veränderung der Satzkonstruktion
- 00:10:45-8 { } → gleichzeitige Äußerung zweier Sprecher. Beide Äußerungen stehen jeweils in Klammern, Zeitangabe steht jeweils vor der Klammer zur Kennzeichnung der Gleichzeitigkeit

D.B.: Wie sind Sie darauf gekommen das BPS in der Bewährungshilfe durchzuführen? Wie entstand die Idee dazu?

Herr R: Ja, historisch gesehen ist das so, dass eben einer der Auslöser in den achtziger Jahren der Fall Shari Weber war, das heißt es ist ein Sexualmord passiert und der Bewährungshelfer, der den Probanden, also den Täter betreut hat, der ist auch gerichtlich belangt worden und später aus dem Dienst geschieden. Der ist also zur Verantwortung gezogen worden. Mit verantwortlich war damals - in Koblenz ist das passiert- der Jugendrichter auch, der ist aber nicht, sag ich mal, so in die Verantwortlichkeit einbezogen worden, dass wir hier in der Kolle-

genschaft gesagt haben, dass wir uns fachlich eigentlich wappnen wollen. Das haben wir zunächst einmal mit der Gründung eines Arbeitskreises gemacht und im Verlaufe der Jahre sind halt, denk ich mal, immer weiter / ist Literatur zusammengetragen worden und es wurde eigentlich auch zunehmend Handwerkszeug im methodischen Bereich gesucht. Wir beide haben dann das Angebot über die Justizakademie wegen der dienstlichen Fortbildung angeboten bekommen und haben uns spontan dazu gemeldet, weil wir regelmäßig im Arbeitskreis sind und das die Thematik eigentlich auch sehr gut erfasste. Ja, es war so ausgewählt, dass ein Kollege und eine Kollegin das machen sollte, das passte hier ganz gut. Es war zunächst mit einem anderen Thema glaube ich ausgeschrieben worden. Wir sollten in der Dienststelle als Multiplikatoren wirken. Also Heike Plum und ich machen die Fortbildung und wirken hier im Landgerichtsbezirk Mönchengladbach unter den Kollegen als Multiplikatoren um das zu vervielfältigen. Das hatten wir aber eigentlich so gar nicht verstanden, sondern wir wollten eigentlich daraus eine konkrete Gruppenarbeit entwickeln als Angebot für die Klienten Sexualstraftäter.

Frau P: Dazu muss gesagt werden, dass das so gar nicht klar war, als wir uns für die Fortbildung angemeldet haben. Es war so, oder es ist hier im Haus so, dass wir eine Rangliste haben, wer wann dran ist. Wer jetzt öfter fährt und sich öfter bewirbt, der muss dann irgendwann zurückstehen, wenn jetzt Kollegen an der Reihe sind, die länger nicht auf Fortbildungen waren und der damalige Koordinator kam noch zu mir und sagte 'Frau Plum, der Herr Ringel wäre aber dran, also würden Sie dem den Vortritt lassen' ich dann 'Ja natürlich, wenn der genommen wird, fahr ich nicht'. Und dann kriegten wir beide den Zuschlag und dann haben wir eigentlich erst aus den Unterlagen gesehen, dass das so geplant war, dass sich da zwei Leute pro Dienststelle anmelden und dass das eigentlich den Hintergrund hat 'Wir werden da geschult um dann hier quasi diese Arbeit selber anbieten zu können oder auch die Kollegen weiter zu schulen' das war uns zu Beginn gar nicht klar. Das ging aus diesen Tagungsunterlagen, also aus der Anmeldung und dem Programm, da ging das gar nicht draus hervor so wirklich für uns verständlich.

Herr R: Ja der Tenor lag auf diesem Multiplikatorsystem.

Frau P: Das habe ich aber erst nachher verstanden. Also wir dann dort saßen und dann erklärt wurde, warum pro Dienststelle ein Mann und eine Frau da sein sollte, weil das war ein Sammelsurium an Kollegen, da waren halt welche, die hatten noch gar keine Sexualstraftäter, die haben gesagt 'Ach, erste Fortbildung, machst du mal'. Die waren da noch sehr grün hinter den Ohren und da waren halt welche, die das seit Jahren gemacht haben auch in Arbeitskreisen waren, wie auch Frau Rieke aus Detmold -die hat ja sehr viel mit Sexualstraftätern gearbeitet- zum Beispiel, und wir eben auch mit dem Arbeitskreis und sehr beschäftigt. Ja und so kam das eigentlich, also während der Fortbildung und dann war halt auch klar, es gibt da diesen zweiten Block. Und während der erste Block abgeschlossen wurde haben wir eigentlich schon überlegt 'Das könnte man probieren umzusetzen auf die Bewährungshilfe', es wurden dann dort auch sämtliche Fürs und Wieders diskutiert, also unter anderem eben die Fahrtkostengeschichten, es gibt ja auch Kollegen, die müssen von A nach B fahren und hatten dann Sorge, dass das nicht anerkannt wird vom Dienstherren et cetera, Arbeitmaterialien, ich weiß nicht was. Letztendlich war es bei uns dann so, wir haben einfach gemacht. Wir haben uns da keine Gedanken drüber gemacht, wir haben das eigentlich auch gar nicht beim Landgericht bekannt gegeben. Ich weiß gar nicht ob das bis heute da drüben bekannt ist. Ich glaube ich habe es dem einen oder anderen Richter mal gesagt, aber es ist jetzt nicht über den Präsidenten gelaufen, bei uns (...)

Herr R: (...) Nicht offiziell. Ja gut der Präsident wusste ja, dass die Fortbildung läuft, das ist klar. Wir müssen da noch einen Schritt zurück, das ist ganz wichtig glaube ich. Es ist ja so gewesen, dass am Ende des ersten Fortbildungsblock eigentlich übereinstimmend die Meinung war 'Das lässt sich gar nicht umsetzen, das lässt sich nicht auf die Bewährungshilfe übertragen' und dann ist dann eigentlich von Wischka und Foppe noch mal, oder nee der Rehder war da drin, Rehder war damals drin im ersten Block, dass die dann gesagt haben 'Was gibt es für einen Ansatz, wo kann man noch mal ein Modell entwickeln, dass es doch auf die Bewährungshilfe übertragbar ist' und dann wurde das Modell der Vernetzung entwickelt. Dann haben wir im

Raum Düsseldorf Mönchengladbach geguckt -und es gibt bis Mettmann hoch-, dass man durch Zusammenschlüsse dann eine, sag ich mal, einfach eine Praktikabilität hinkriegt um ein Gruppenangebot im Sinne des BPS durchführen zu können. Das hat sich dann aber als schwierig herausgestellt weil ähnlich Probleme wie in Detmold auftauchten, Infrastruktur war ungünstig, ((Frau Plum ansprechend) auch Fragen, die du eben erläutert hast), die waren ungeklärt und daraus haben wir gesagt 'Das dauert uns einfach zu lange', wir waren anfangs sehr selbstbewusst und haben gesagt 'Wir probieren das hier in Gladbach' (...)

Frau P: (...) Genau, wir hatten noch Kontakt zu einem Kollegen aus Neuss (...)

Herr R: (...) Richtig (...)

Frau P: (...) der sich dann aber auch nicht mehr entsprechend zurückgemeldet hat, der auch mit uns die Fortbildung absolviert hat und lange im Dienst ist. Die Kollegin, die das mit ihm damals gemacht hat war aber nicht mehr in der Dienststelle, die wurde versetzt, das war dann auch irgendwie doof und letztendlich war das kein Thema mehr nachdem wir hier eine Bedarfsermittlung gemacht haben. Wir haben ein Anschreiben an die Kollegen verfasst, das war im Juli 2007. Gestartet sind wir im Februar 2008, also wir hatten Pi mal Daumen ein halbes Jahr Vorlaufzeit.

D.B.: Wann sind Sie gestartet? Noch mal bitte.

Frau P: Im Februar 2008.

Herr R: Also ist konkret die Gruppenarbeit gestartet mit Probanden. Die Vorlaufzeit für die Vorbereitung, Bedarfsermittlung ein halbes Jahr (...)

Frau P:(...) ungefähr ein halbes Jahr.

Herr R: Ja. Also wir haben im Prinzip eine Befragung der Kollegen gemacht und der Rücklauf war so, dass wir sagten 'Wir kriegen unge-

fähr zehn' -ich meine zwölf sogar kurzzeitig- 'in Frage kommende Probanden' (...)

D.B.: (...) Die Kollegen aus dem Landgerichtsbezirk Mönchengladbach?

Herr R: Mönchengladbach, ja. Alle. Also inklusive Außenstellen, also Erkelenz, Viersen und Grevenbroich zählen dazu und ich sage mal, fahrtechnisch ist das zu machen, dass man hier dann nach Gladbach käme.

D.B.: Wie ist das hier, ist das mit der Straßenbahn erreichbar?

Herr R: Also Erkelenz ist mit dem Zug Mönchengladbach gut erreichbar, es gibt eine sehr schnelle Verbindung, ich glaube zwölf Minuten (...)

Frau P: (...) Straßenbahn haben wir in Mönchengladbach nicht. Also Bus oder Zug. Wir liegen hier sehr günstig, weil man zehn Minuten läuft bis zum Hauptbahnhof und nach Viersen fährt dieser Schnellbus (...)

Herr R: (...) fährt aber auch der Zug. Der Zug ist auch in ein paar Minuten (???). Die Infrastruktur ist eigentlich gut hier.

D.B.:(...) Also ist das für die Leute relativ gut erreichbar nicht wie in Detmold, dass es echt schwierig ist (...)

Herr R: (...) Nein.

D.B.: Ja das ist ja schon mal (...)

Herr R: (...) das ist ein guter Vorteil.

Frau P: Das wäre jetzt von den Außenbezirken des Grevenbroicher Bereichs -das geht halt bis nach Rommerskirchen, das ist halt schon Richtung Köln-, da wäre es dann vielleicht etwas schwieriger oder sage ich mal so aus Hückelhoven, da ist die Erkelenzer Bewährungshilfe

noch für zuständig, das wäre etwas langwieriger hierher zu kommen, aber das wäre auch mit Bus und Zug noch erreichbar innerhalb einer Stunde. Also wenn da jetzt alle Stricke reißen würden / wobei wir auch dann festgestellt haben, nachdem wir das Schreiben losgeschickt haben, dass die Rückmeldung doch sehr dünn waren.

Herr R: Aus den Außenstellen.

Frau P: Also wir hatten eine Rückmeldung aus der Außenstelle, derjenige hatte aber in Haft schon BPS gemacht und ist dann nach dem zweiten Mal wieder ausgestiegen und meinte dann er müsste das nicht noch mal durchkauen. Wir hatten den Eindruck, dass das mit sehr viel Skepsis versehen ist, so von wegen 'Ich schick jetzt meinen Probanden zu den Kollegen in die Gruppe'. Wir haben das beide zu empfunden so, weil es hat ja schon ein bisschen was 'Oh jetzt schick ich meinen Probanden zu den Kollegen, da wird ja vielleicht deutlich, wie ich mit dem arbeite' und da hatten, glaube ich, manche Kollegen auch Bedenken. Dann die Erkelenzer haben gesagt 'Wir sind ganz gut versorgt, wir haben da so eins, zwei Therapeuten, wo wir unsere Leute hinschicken können'. Also jetzt Erkelenz, Hückelhoven und Wegberg, diese Ecke, Kreis Heinsberg ist das ja schon. Das ist halt / ist auch dreißig Kilometer von hier weg schätzungsweise. Und die Grevenbroicher haben sich gar nicht gemeldet, wobei da ein Kollege, der regelmäßig im Arbeitskreis ist, gesagt hat er könnte sich vorstellen vertretungsweise mit einzusteigen in die Gruppe (...)

Herr R: (...) was er auch schon gemacht hat.

Frau P: Hat er schon gemacht, genau. Hier im Haus gibt es auch noch eine Kollegin. Wir haben dann wirklich die beiden bekniet, als das noch mal angeboten wurde, diese Fortbildung -die ist ja in 2007 noch mal gelaufen, nachdem wir fertig waren-. Da hat sich leider keiner zu bereit erklärt und sich beworben. Wir haben diese beiden trotzdem so in der Hinterhand -einer von den beiden war schon Protokollschreiber-, dann haben wir zum Glück meistens Praktikanten gehabt, wo dann einer Protokoll geschrieben hat in den Sitzungen. Ja jetzt die letzte Zeit ist das ein bisschen dünner, es gibt aber auch nicht so viel festzuhalten, so viel Inhalt, weil es halt immer konkreter geworden ist. Es

gab am Anfang ganz viel aufzuschreiben, da waren die Protokolle auch immer so drei, vier Seiten lang, wo wir das wirklich alles nachvollzogen haben und ich selber habe den Eindruck, dass die Protokolle kürzer geworden sind, weil die Dinge auch vielmehr auf den Punkt gebracht wurden. ((Herrn Ringel ansprechend) Warum grinst du jetzt?)
Herr R: ((lachend) Weil wir nicht mehr so viele Protokollführer haben.) Das ist wahr. Es gab einpaar Engpässe.

Frau P: Nee wir haben das letzte Mal da gesessen und gemerkt 'Oh es schreibt gar keiner Protokoll'. Das haben wir dann irgendwie selber gemacht. Aber man hat eigentlich auch immer etwas zu rekonstruieren. Wir machen viel am Flipchart und dann hat man es aufgeschrieben.

Herr R: Das ist es. Wir waren personell besser ausgestattet, den überwiegenden Teil des Programms bis jetzt. Also wenn einer separat sitzt dabei, waren es meistens Praktikanten und wir beide können dann so im Zusammenspiel halt die Einheit durchführen, dann läuft das natürlich gut. So muss einer von uns beiden natürlich immer gucken, dass auch protokolliert wird. Das heißt also, es hängt auch immer mehr einer stärker drin und das ist nicht so unsere Wunschvorstellung, aber ich denke mal, das ist eigentlich erst in dem letzten Drittel oder Viertel aufgetreten.

Frau P: Ja seit dem Sommer eigentlich, seit die letzten Praktikanten weg sind. Die sind im Juli oder so gegangen und das ist jetzt/ wir sind jetzt auch auf dem letzten Stück. Also ich denke wir werden im Dezember fertig, dann haben wir knapp drei Jahre gemacht.

Herr R: Drei Sitzungen haben wir noch, ja.

Frau P: Wir machen es vierzehntägig. Wir haben uns das so ein bisschen überlegt, dass kann ich ihnen auch mal geben, wir haben uns ein bisschen zusammengesetzt und geguckt / wir haben versucht das so zusammenzukürzen. Wir hatten nun auch keine acht Teilnehmer, deswegen haben wir wahrscheinlich auch nicht so viele Sitzungen gebraucht, wie vom Programm her vorgesehen, weil einfach wenn man

drei Leute weniger dran hat, bei der Lebensgeschichte, dann ist man entsprechend schneller durch. Und das sind eigentlich so Teile, die super aufhalten, weil man da sehr viel schreibt und die teilweise sehr weit zurückgehen. Also wir haben Leute in der Gruppe gehabt zwischen Anfang zwanzig und über siebzig.

Herr R: Der Älteste wird jetzt einundsiebzig. Es war eine sehr große Bandbreite.

Frau P: Das ist richtig. Jemand mit Mitte sechzig, der ein sehr bewegtes Leben hatte, sagt er hat vierzig mal die Arbeitsstelle gewechselt oder so. Also da schreiben Sie eine ganze Menge, wenn Sie mit dem seine Lebensgeschichte rekonstruieren. Aber es hat auch gezeigt, wie wichtig das war, weil genau das brauchen Sie später wieder wenn es dann an diese Deliktgeschichte geht.

00:14:15-3

D.B.: Und Sie sagen jetzt, Sie haben das abgekürzt aufgrund der Gruppengröße und Sie haben nicht etwas von den Inhalten weggenommen oder so, sondern einfach das kürzer gemacht, weil das Sinn gemacht hat.

Herr R: 00:14:24-2 {Die Inhalte haben wir nicht verkürzt}

Frau P: 00:14:24-2 {Das war eigentlich auch ein bisschen nach dem Bauchgefühl}, dass wir gesagt haben 'Oh das kommt uns aber sehr lange vor, da denken wir brauchen wir nicht so lange mit'. Was bei uns auch sehr kurz behandelt wurde, war 'Suchtmittelkontrolle', weil wir keinen haben, der da erheblich Probleme mit hatte oder die Tat unter Suchtmitteleinfluss begangen hat. ((Herrn Ringel ansprechend) Das war einer, ne? Der Herr H. von dir? Da waren irgendwie Amphetamine im Spiel bei einer Sache)

Herr R: Weiß ich nicht.

Frau P: ((Herrn Ringel ansprechend) wie du weißt das gar nicht?

Herr R: ((Frau Plum ansprechend) Ach du meinst jetzt / ja, der ist ja schon raus.

Frau P: ((Herrn Ringel ansprechend) Dein Herrn H. der ist schon raus.

Herr R: Das ist richtig. Ja das stimmt. Also dadurch ergaben sich Verkürzungseffekte, die durch die Zusammensetzung auch der Gruppe, einmal die Gruppenstärke war nicht sehr hoch. Ich sag mal, Limit ist ja eh immer zehn Leute, weil es danach anfängt unübersichtlich zu werden und es auch schwierig ist in einer Einheit dann auch alle, sag ich mal, mit einzubeziehen in die aktive Arbeit. Und das Zweite ist ((Frau Plum ansprechend) der Effekt, den du schon geschildert hast), dass eben bestimmte, sag ich mal, Problemstellungen gar nicht so intensiv bearbeitet werden mussten. Wir hatten jetzt im Teil S -da geht es um die Opferempathie- / das ist aufgeteilt, einmal für die sexuellen Missbräuchler und einmal für die Vergewaltiger. Wir hatten einen Vergewaltiger in der Gruppe, der ist aber aufgrund des Ablaufs der Bewährungszeit im Juni ausgeschieden. Ich habe das dann angeboten, dass wir die Thematik 'Opferempathie' im Bezug auf den Tätertypus Vergewaltiger bearbeiten. Es war aber nicht deren Thema, sodass wir das nur am Rande gestreift haben und uns hauptsächlich auf die sexuellen Missbräuchler fokussiert haben, weil die, die noch da waren, waren alles sexuelle Missbräuchler. Und dadurch schrumpft, sag ich mal, die Materie auch ein Stück zusammen. Und das gibt zeitliche Verkürzungseffekte. Wobei, ich denke man muss mal sehen, wir sind ja fast drei Jahre dran jetzt. Im Februar werden es drei Jahre. Dann haben wir drei Jahre voll und wir werden bis Dezember fertig werden. Also das ist recht intensiv und wir sind stolz darauf, dass dieses Jahr nur eine Sitzung, eigentlich aus den vierzehntägig stattfindenden rausgefallen ist. Das heißt wir haben tatsächlich dreiundzwanzig Sitzungen in diesem Jahr. Das ist schon relativ gut.

00:16:50-2

D.B.: Wie machen Sie das jetzt -ich meine Sie sind die Einzigen, die das durchführen- ich meine, wie machen Sie das mit Urlaub, mit Krankheit?

Herr R: Ja, das stimmen wir entsprechend ab.

Frau P: Der Kollege war freundlicherweise zweimal alleine da (...)

D.B.: Ach so, Sie haben das alleine gemacht?

Herr R: Ja, ich habe das alleine gemacht.

Frau P: Ich sage mal, für meine Begriffe, würde die Gruppe nicht alleine machen. Nicht unbedingt. 00:17:06-7 {Jetzt in der Zwischenzeit schon, aber am Anfang hätte ich aber gesagt 'Mache ich nicht'.}

Herr R: 00:17:06-7{ Muss jeder selber wissen.} Es geht. Also wie gesagt es muss natürlich ein Zweiter dabei sein. Ich habe die Kollegin Kleindieck, die dann auch als Protokollführerin mit einspringt und auch in der Materie gut fit ist, sag ich mal. Wir machen auch Doppelbetreuungen. Die ist dann mit drin, aber ich mache das dann schon federführend. Zweimal habe ich es gemacht und es hat auch ganz gut geklappt. Hängt aber auch damit zusammen, dass die Gruppe, die jetzt so in der Schlussphase ist einfach sehr gut arbeitet. Es sind jetzt noch / waren fünf, sind jetzt auf vier geschrumpft. Das ist ein ganz kleines Trüppchen, aber wenn ich da, sage ich mal, die Thematik stelle und so einpaar Anregungen geben, dann arbeiten die gut. Also das ist jetzt nicht so zäh, dass ich da ständig in Aktion wäre oder so. Die sind schon gut aufeinander eingestellt, die kennen sich gut untereinander, ja und es ist auch kein Leugner drunter, wo man also groß debattieren müsste oder so. Die haben ihre Sache schon klar. 00:18:04-5

00:18:04-5

D.B.: Hatten Sie Ausfälle außer dieses Mal / Sie haben ja gesagt (...)

Herr R: (...) Einmal haben wir / wegen Urlaubs haben wir einen Termin nicht übereinander gekriegt.

Frau P: Genau. ((Herrn Ringel ansprechend) Da warst du im Urlaub und der Kollege Brügge aus einer Außenstelle) (...)

Herr R: (...) Genau. Konnte auch nicht.

00:18:18-2 Unterbrechung Telefonat

00:18:23-0

D.B.: Nach welchen Kriterien haben Sie die Gruppe zusammengestellt, also -natürlich sind nur Sexualstraftäter drin, ne?

Frau P: ((zustimmend) Mhm).

D.B.: Welche Kriterien müssen die Teilnehmer erfüllen, um an dieser Gruppe teilnehmen zu können?

Frau P: Ja. Wir haben nach der Erfahrung, die wir jetzt gemacht haben, weil wir zwischendurch jemanden drin hatten, der wohl auch Nachrücker war, das war also noch mal schwieriger, der nicht wirklich lesen und schreiben konnte, der aber auch für unsere Begriffe gar nicht vom Verstand her so wirklich erfassen konnte, worum es da ging. Also der hat uns immer nur irgendwelche Geschichten erzählt, was wir so als Nebenschauplätze gewertet haben, der war aber nicht wirklich bereit mal dahin zu gucken was er denn da gemacht hat. Wenn man den nicht aufgefordert hat jetzt auch mal etwas zu sagen, dann saß der da wirklich mit eingefallenen Schultern und wir hatten immer den Eindruck der würde am liebsten verschwinden. Also wir haben beschlossen, dass wir solche schwachen Kandidaten nicht mehr in eine Gruppe mit aufnehmen können und wenn, dann nur von Anfang an um das zu testen. Aber lesen und schreiben können wäre schon nicht verkehrt. Also das ist so die Mindestanforderung, weil die auch Sachen selber machen müssen zwischendurch.

D.B.: Also keine Minderbegabung?

Herr R: Also keine intellektuelle Minderbegabung, ausgeprägte Minderbegabung.

Frau P: Es gibt ja wohl auch Möglichkeiten das zu machen. Frau Foppe hat das in der Fortbildung erklärt, dass die dann halt die Leute

viel malen lässt. Ich sage mal wir haben jetzt hier in diesem ambulanten Rahmen nicht die Möglichkeit. Also ich denke in der Anstalt ist das noch mal ein anderes Setting. Da sehen die Leute sich viel öfter. Das sehen die sich ja auch außerhalb der BPS-Gruppe, unterstützen sich vielleicht auch. Das ist hier nicht so. Also wir haben mal probiert die Leute Hausaufgaben machen zu lassen. Die sollten sich absprechen untereinander und das ist schief gegangen. ((Herrn Ringel ansprechend) Du hattest da Bedenken) und ich habe gedacht 'Das schaffen die' und letztendlich haben die das nicht geregelt gekriegt sich mit Handy untereinander zu verständigen und das als Gruppenarbeit dann zu machen. Und ich hätte halt gedacht 'Das klappt'. Und insofern (...)

Herr R: Vielleicht wäre das jetzt ein anderes Ergebnis. 00:20:30-2{Könnte sein, weil sie sich eben} einfach mehr kennengelernt haben.

Frau P: 00:20:30-2{ Jetzt vielleicht schon.}

Herr R: Aber anfangs war das einfach auch noch mit Vorbehalten gegenüber. Also nur am Rande erwähnt, die Frau Dr. Peteler in Neuss hat ja ein spezielles Gruppenarbeit für Sexualstraftäter, was sie auch leitet und der Kollege aus der Dienststelle Neuss, der Helmuth Czekalla, der arbeitet schon seit vielen Jahren da mit zusammen. Und die haben eine Gruppe für intellektuell Minderbegabte installiert, die sich auch mit dieser Methodik, einfach der graphischen Darstellung, die malen halt viel oder stellen dar, machen das mit Rollenspiel, weil das einfach schwierig ist zu transportieren. Wir konnten das aber hier nicht machen, weil wir das personell einfach nicht hätten anbieten können und haben gesagt 'Also intellektuelle Minderbegabung sollte möglichst nicht vorliegen'. Ich habe dann -naja ich war dann nachher schlauer- den Versuch gemacht, zwei Klienten noch als Nachrücker mit einzupflegen. Ich hatte mit Herrn Wischka zwischendurch mal telefoniert, der mir dann sagte, bis zur Einheit U7, also sieben thematische Einheiten im tatunspezifischen Teil wäre noch möglich. Habe das versucht mit zwei Nachrückern, einer davon eben dieser besagte, sehr schwach ausgestattete Mensch. Das hat sich aber im Nachhinein bei diesem Minderbegabten als nicht tragfähig erwiesen. Würde ich auch nicht mehr machen.

Frau P: Wir mussten ihn auch aus der Gruppe ausschließen, weil er mehr als dreimal unentschuldigt gefehlt hat. Er war dann immer just an dem Donnerstag krank (..)

Herr R: (...) Haben wir ihm dann auch deutlich gemacht. (...)

Frau P: (...) Und wir haben dann auch mit dem Kollegen, der ihn betreut gesprochen und haben dann letztendlich gesagt 'Er muss aus der Gruppe gehen', weil die anderen werden auch unruhig. Die sagen dann 'Der kommt ja auch nie, warum muss ich immer hier sitzen'. Und insofern haben wir gedacht das können wir vor der Gruppe halt auch nicht aufrecht erhalten und da der eine Auflage hatte, sich in Behandlung zu begeben, mussten wir das dann halt letztendlich so entscheiden.

00:22:37-5

D.B.: Wie gelangen die Teilnehmer hier in die Gruppe? Gibt es einen Vertrag oder bekommen die Auflagen vom Richter hier dran teilzunehmen oder wie funktioniert das?

Herr R: Sowohl als auch. Also einmal sind Teilnehmer drin, die auch die Auflage konkret haben. Ein Richter hat das sogar formuliert, der Teilnehmer von mir, er soll halt an dem BPS / an der BPS-Gruppenarbeit teilnehmen. Das ist als Auflage formuliert, der muss das machen. ((Frau Plum ansprechend) Sind auch mehrere drin, die eine Auflage haben, ne?)

Frau P: Ja, der von mir einer. Also wir haben auch eigene Leute da drin, aber da können wir vielleicht später noch etwas zu erzählen, wie das läuft, weil ich denke das wir auch immer kritisch hinterfragt, wie man das dann macht.

Herr R: Und einen der im Prinzip auf Empfehlung der Bewährungshelferin mit drin ist. Der also / der spezielle Proband hat also in der JVA Willich schon, auf der Sozialtherapeutischen Abteilung einen Teil des BPS gemacht, konnte dann aber aus welchen Gründen auch immer das dann nicht fertig machen und hat dann gesagt 'Ok, ich bin dazu bereit, ich kenne das auch schon ein bisschen' und der ist jetzt

auch im Teil S, was er in der JVA nicht geschafft hat, sodass er eigentlich im Prinzip einen zweiten Durchlauf hat. Und auf freiwilliger Basis, das heißt er könnte eigentlich aufhören, muss es aber nicht.

Frau P: Ist halt ein sehr schwacher Kandidat und ist selber auch Missbrauchsopfer, also (...)
Herr R: (...) Ja, ja, ist ziemlich problematisch.

D.B.: Was heißt 'schwach'?

Frau P: Herr R: Intellektuell.

Frau P: Einfach strukturiert würde ich sagen.

Herr R: Also er kriegt das meiste transportiert. Man muss halt schon mal ein bisschen nacharbeiten. Aber er kommt schon mit denke ich.

Frau P: Also für seine Möglichkeiten schlägt er sich sehr gut.

Herr R: Schlägt er sich gut, ja, denke ich auch. Ja ein weiteres Kriterium haben wir gesagt, ist eben keine psychische Erkrankung, die jetzt, sage ich mal, mit einer Klinikanbindung oder medikamentösen Behandlung ist. Also es müssen Leute sein, die seelisch einigermaßen ausgewogen sind und keine akute Suchterkrankung, also jemand der jetzt heroinabhängig ist oder voll am Alkohol hängt. Das macht ja keinen Sinn.

00:24:51-9

D.B.: Wir ermitteln Sie jetzt ob jemand krank ist. Machen sie / haben Sie eine Eingangsdiagnostik gemacht?

Herr R: Das sind ja laufende Bewährungshilfefälle gewesen. Daraus ergibt sich eigentlich schon bei der Anamnese wie der Stand der Sache ist. Da gehen wir ja im Erst- oder Zeitgespräch schon drauf ein, was an massiven Beeinträchtigungen möglicherweise / oder in Biographie (???)

Frau P: Wir haben eigentlich erst einmal von den Kollegen die Rückmeldungen bekommen auf dieses Schreiben hin, wen sie eventuell für geeignet halten und einpaar fielen dann sowieso schon wieder raus, weil da psychische Erkrankungen im Hintergrund waren oder die Gruppenfähigkeit nicht in dem Maße gegeben ist, also (...)

Herr R: (...) Das ist eine weitere Kondition, die Gruppenfähigkeit (...)

Frau P: (...)Wo der Kollege dann sagte 'Ja, da bin ich selber skeptisch ob der überhaupt in eine Gruppe passt und letztendlich haben wir dann die, wo wir gedacht haben 'Das kommt in Frage', also wir haben so einen Kurzabriss bekommen von den Kollegen, Auszüge aus dem Urteil auch, was die gemacht haben und danach haben wir entschieden. Wir haben auch zwei Leugner in der Gruppe gehabt. Einen davon, den betreue ich auch immer noch im Rahmen der Führungsaufsicht, der leugnet bis heute. Der hat uns aber so die Gruppe gesprengt, weil der sich eigentlich vordergründig erklärt hat das zu machen und dann da saß und jedes Mal darüber diskutieren wollte warum er denn da jetzt sitzt und was ihm das überhaupt bringt und da haben wir, glaube ich nach dem dritten Mal, gesagt 'Das können wir nicht, das ist zu unruhig, wir kommen da nicht weiter im Text, weil der ständig alles hinterfragt, ja letztendlich die Sinnhaftigkeit nicht sieht' (...)

Herr R: (...) Also wir haben schon so ein / das ist dann auch Teil der zweiten Sitzung, glaube ich, es wird so ein Kontrakt geschlossen, dass den Umgang mit und untereinander regelt. Also Verschwiegenheitspflicht zum Beispiel, dass nicht rausgetragen wird, dass auch eine Form gewählt kommt, dass es nicht zu massiven Verletzungen kommt, wenn jemand jetzt über, was weiß ich, über ein Trauma berichtet oder so. Und da gab es halt schon immer Diskussionen mit diesem Klienten. Da haben wir gesagt 'Wenn der den Kontrakt nicht einhalten kann, aus welchen Gründen auch immer, dann geht das nicht'. Das war also ein Ausschlusskriterium in dem Fall. Und wir haben gesagt, es sollten schon auch drei Jahr Betreuungszeit, also Bewährungszeit vorhanden sein.

Frau P: Wir haben damals gesagt zwei Jahre (...)

Herr R:(...) Minimum zwei Jahre, ja.(...)

Frau P: (...) sind aber inzwischen dabei, dass es günstiger wäre, wenn die tatsächlich 00:27:18-6 { drei Jahre haben}.

Herr R: 00:27:18-6 {drei, genau}, denn die, die jetzt rein kommen, die kommen knapp hin. Also hier mein Proband, der läuft im Januar mit Bewährungszeit aus, dann ist ja auch die Auflage nicht weiter, sag ich mal, verpflichtend. Deswegen haben wir gesagt ' Lass uns gucken, dass wir zum Jahresende abschließen', dass also schon drei Jahre noch Unterstellungszeit vorhanden sein sollten.

D.B.: Das heißt Sie holen die Leute auch währenddessen rein, also es gibt Nachrücker, die jetzt irgendwie anfangen?

Herr R: Nein, wir sind jetzt mit der Gruppe (...)

Frau P: (...) Wir hatten zwei Nachrücker, jetzt in der aktuellen Gruppe, ja (...)

Herr R: (...) Wovon einer da jetzt noch drin ist.

D.B.: Das heißt es kommt jetzt keiner mittendrin dazu?

Herr R: Nee. Also die Nachrücker sind eine Problematik, die wir eigentlich jetzt auch so als Erfahrungswert haben. Zwei / ((Frau Plum ansprechend) sind zwei nachgerückt? Ja, ne?) Und das bringt schon einen Teil Unruhe in die Gruppe, weil zum Einen, sag ich mal, müssen die sich ja vorstellen, die ganze Lebensgeschichte muss noch mal neu aufgearbeitet werden und dann müssen die anderen alle noch mal einsteigen. Das war dann so ein bisschen, dass die sagten 'Ach ja, jetzt müssen wir das noch mal machen' und das kann man nicht allzu oft machen. Zwei Mal und dann ist gut, also das war schon grenzwertig.

D.B.: Wie viele Leute sind jetzt noch mal in der Gruppe?

Frau P: Wir haben jetzt noch vier, wir hatten zwischenzeitlich sechs, dann ist der eine ja ausgeschieden und der fünfte, da war die Bewährungszeit halt im Juni beendet (..)

Herr R: (...)Genau, der ist dann etwas früher (...)

Frau P: (...)Das habe ich glaube ich damals bei dem AK schon erzählt, der hat ja eine super Wandlung durchlaufen, weil der als Leugner angefangen hat, ohne Auflage aber mit meinem sanften Druck, dass ich dafür Sorgen würde, dass er das als Auflage kriegt, wenn er sich weigert, weil ich einfach bei dem Potential gesehen haben und der hat so viel weggeschoben und war eigentlich ein intelligentes Kerlchen, dass ich gedacht habe 'Der nimmt da was draus mit und dem bringt das was'. Und dann hat der den ersten Teil gemacht und hat dann gesagt 'Aber den zweiten Teil, da sehe ich mich noch nicht'. Dann kam die selber Diskussion wieder, dann ist er vom Richter aufgefordert worden Stellung dazu zu nehmen, warum er den zweiten Teil nicht machen will. Weil er muss ja zustimmen, wenn der Richter das nachträglich als Auflage verhängt und er sollte halt Stellung nehmen, warum er das nicht machen will und er hat dann überlegt, was er dem Richter schreibt und dann haben wir hier ein Gespräch gehabt und danach hat er dann gesagt, ok, er würde jetzt schreiben und zwei Tag später war dann irgendwie die Gruppe, da kam er dann und sagte, es hätte sich erledigt, er würde das machen. Und der war nachher so weit, dass er die Tat einräumen konnte und dass er das also auch, das ganze Deliktszenario nachgearbeitet hat. Er hat also wirklich geschwitzt und es hat schwer gearbeitet in ihm, aber ist dann halt auch mit, wirklich, Erleichterung aus der Gruppe gegangen und den habe ich auch mit dem Kollegen Gallois noch in der Doppelbetreuung gehabt. Mit dem haben wir diese Sachen, wie 'Rückfallgefährdung' und 'Rückfallprophylaxe' noch außerhalb der Gruppe gemacht, weil der das in der BPS-Gruppe nicht mehr mitbekommen hätte -das ist halt jetzt noch das nächste Mal Thema in der Gruppe-. Deswegen haben wir das separat mit ihm noch bearbeitet, damit er das noch mitnimmt und mit auf den Weg bekommt.

00:30:40-1

D.B.: Und die Teilnehmer sind jetzt Vergewaltiger, wie auch Missbrauchstäter?

Herr R: Also jetzt aktuell sind es nur -in Anführungsstrichen 'nur'- Sexuelle Missbräuchler. Die haben alle einen sexuellen Missbrauch an Kindern begangen.
Frau P: Waren aber beides. Also wir würden auch beides nehmen.

D.B.: Also Sie würden die Gruppe auch mischen?

Herr R: Ja, alles was mit Sexualstraftätern / also einer war ja auch Exhibitionist, den wir drin hatten.

Frau P: Genau.

Herr R: Also die eigentlichen Tatformen, verschiedenen Tatformen in Bereich des Sexualstrafrechts, die können da alle rein. Das ist kein (Ausschlusskriterium?)

00:31:17-3

D.B.: Wie gehen Sie damit -das war eben was Sie angerissen haben- mit dieser Doppelfunktion um, einerseits Bewährungshelfer, Kontrollfunktion, und andererseits Therapeut, Vertrauen aufbauen und so was alles. Wie funktioniert das?

Herr R: Das machen wir eigentlich ganz zu Beginn schon klar. Es gelten die gleichen Regeln, wie im Einzelgespräch, wenn jemand sich offenbart und eine strafbare Handlung bekannt gibt, dann muss das an das Gericht weitergeleitet werden.

Frau P: Aber in dem Fall nicht von uns, sondern wir würden dann eben den entsprechenden (...)

Herr R: (...)Wir geben den Hinweis an den Kollegen (..)

Frau P: (...) Kollegen geben. Und wir haben ja eben auch unsere Leute da drin, wo das natürlich dann über uns läuft, dass die Sachen an

das Gericht gehen. Aber die Leute halt auch hier in den Gesprächen weiter angebunden sind, also die Gesprächskontakte hier waren dann halt nicht so häufig. ((Herrn Ringel ansprechend) Ich glaube bei dir war der außer der BPS-Gruppen gar nicht mehr da, dein Proband, der hat nur die BPS-Sachen eigentlich laufen und kommt insofern eigentlich öfter, als er normalerweise kommen würde)

Herr R: Richtig, ja, alle vierzehn Tage.

Frau P: Und ich habe dann jetzt während die Gruppe lief so zirka alle zwei Monate mit dem Kollegen Gespräche gehabt, mit dem Klienten, der bei mir war und dann eben noch diese Dinge, die auch in die Gruppe mit rein spielten, was an seiner Person lag, also Beispiel 'Ich bin ja nicht so schlimm, ich habe ja nichts mit Kindern gemacht'. Dann gab es einmal so eine Kiste, da war er sehr aufgebracht. Es ging nämlich darum, was man am Verhalten / also was ein Missbräuchler am Verhalten von Kindern fehlinterpretiert. Das wurde dann aufgelistet, es gab so eine Tabelle. Beispiel 'Das Kind will körperliche Nähe, es will kuscheln, der Täter interpretiert ’Es will Sex'. Und dem ist fast der Kragen geplatzt, der saß da puterrot und sagte 'Boah, was kann man denn da missverstehen' und die anderen waren halt sehr betroffen, insbesondere derjenige, der selber Opfer war. Der hat das also dann mit seiner Bewährungshelferin geklärt im Einzelgespräch. Der hat gesagt 'Da war ich sehr verletzt durch, was der da gesagt hat' und darauf hin hat dann ziemlich kurzfristig hier ein Gespräch zu viert sogar stattgefunden, also ((Herrn Ringel ansprechend) Du, ich und der doppelbetreuende Kollege, sowie der Proband) und dem ist da / bei dem ist da, glaube ich, ein Vorhang gefallen in diesem Gespräch, weil dem überhaupt nicht klar war, wie grenzüberschreitend er sich verhalten hat und dass er den anderen da auch verletzt hat (...)

Herr R: (...) eine massive Verletzung war das, ja.

Frau P: Und das ist von beiden in der Gruppe dann noch mal thematisiert worden, also eigentlich vom Opfer, sag ich mal, ausgehend und er hat sich dann auch entschuldigt dafür. Und seit dem war er auch sehr viel sensibler für das was bei den anderen so abgeht. Man konnte ihm wohl anmerken, dass er das kaum aushielt, wenn die ihre Taten

geschildert haben, aber das denk ich hing auch damit zusammen, dass er vor seiner eigenen Tat ja so Manschetten hatte. Da hat der ja lange für gebraucht, bis er das schildern konnte was er denn gemacht hat.

Herr R: Also ich sage mal solche Entwicklungen und Vorfälle, die greifen wir dann auf, denke ich. Und müssen auch aufgearbeitet werden, gerade wenn es in den Verletzungsbereich geht.

00:34:17-6

D.B.: Das heißt ergänzend zu dem BPS haben Sie ja noch die Einzelbetreuung und gehen dann teilweise auch in der Einzelbetreuung auf bestimmte Aspekte ein.

Frau P: Ja.

Herr R: Also ich habe das bei meinem Klienten jetzt nicht, das heißt es geht in größeren Abständen(...)

Frau P: (...) nach Bedarf ist das so, ne.

Herr R: Ja, also ich spreche mit dem schon, wenn ein Bericht zu erstellen ist oder auch zwischendurch, wenn ich das Gefühl habe ich muss noch mal fragen wie die Situation ist. Ist auch ein sehr beständiger Proband, wo sich eigentlich wirklich nicht viel ändert. Der ist Rentner. Aber das läuft dann eigentlich in einer sehr losen Form. Ich sehe ihn ganz regelmäßig alle vierzehn Tage und ich frage auch regelmäßig wie es geht, ob es irgendetwas Besonderes gibt. Und wenn Bericht ist, dann setzen wir uns halt zusammen, dann kommt der etwas früher und dann machen wir das so.

Frau P: Wir haben aber auch einen vom Kollegen Gallois drin, der eine zeitlang als sehr stark rückfallgefährdet uns erschien aufgrund auch seiner, ja seiner immer wiederkehrenden kognitiven Verzerrungen und dem zwar kurzfristig Sehen, was da los ist und sich das dann wieder schön reden und das ist auch gemeinsam Thema gewesen. Da haben wir ihm auch gesagt, dass wir das an den Kollegen herantragen und da gerne auch ein Gespräch zu dritt hätten, beziehungsweise es

war dann auch zu viert, nee ich konnte aus irgendwelchen Gründen nicht, ((Herrn Ringel ansprechend) das habt ihr gemacht). Und da werden die auch mit konfrontiert, also da ist auch dann / ja so können wir eigentlich die Schweigepflichtsgeschichten umgehen, indem wir das halt einfach offen machen und dem Probanden gegenüber sagen. Also wir würden jetzt nicht zum Kollegen rennen und sagen 'Sound-so', sondern wir sprechen es dann auch in der Gruppe an oder sagen es ihm hinterher und sagen 'Hören Sie mal, das halten wir für bedenklich und wir sagen / wir würden gerne den Kollegen darüber in Kenntnis setzen und das dann eben auch in so einem offenen Gespräch noch mal thematisieren.

00:36:05-9

D.B.: Informieren Sie ihre Kollegen über den Probanden, der jetzt nicht bei Ihnen unterstellt ist regelmäßig über den Probanden, über die Fortschritte?

Herr R: Nein, bei Bedarf.

Frau P: Regelmäßig nicht, bei Bedarf.

Herr R: Es kommt auch schon mal eine Anfrage, ich sage mal 'Wie läuft es' oder so, dass man das kurz skizziert wie das weiter gegangen ist.

Frau P: Und der Kollege sieht ihn natürlich auch in regelmäßigen Abständen und fragt dann auch nach wie es läuft und wenn ihm etwas komisch vorkommt, würde er uns halt auch ansprechen und in den Bericht wird halt auch erwähnt, dass er das BPS besucht und wie das die Entwicklung so in etwa ist. Aber die Berichte sind halt nicht von uns, sondern vom Kollegen.

D.B.: Das heißt Sie sind jetzt nicht irgendwie vom Gericht oder so / haben Sie jetzt nicht irgendwie eine Einschränkung der Mitteilungspflicht oder der Berichtspflicht, also dass Sie jetzt sagen 'Wir machen ja die auch die therapeutische Arbeit, deswegen müssen wir jetzt nicht alles berichten oder so'?

Frau P: Also ich bin ja nach wie vor Bewährungshelfer und auch wenn ich diese Arbeit mache, das sehe ich so und das würde ich auch den Probanden so sagen, insofern ist meine Berichtspflicht bezüglich meiner Probanden da nicht weg und ja bezüglich der anderen, die nicht bei uns unterstellt sind, handhaben wir es halt so wie gerade beschrieben.

D.B.: Ich frage deswegen, weil in Detmold haben die halt das auch als Problem angeführt, dass man keine Rollenklarheit hat, auf der einen Seite Therapeut, auf der anderen Seite Bewährungshelfer, der berichten muss und die haben dann gesagt, es müsste dann im Konzept stehen, dass man dann über manche Sachen nicht berichtet.

Frau P: Das Problem haben wir nicht. Aber ich denke das ist unterschiedlich von Dienststelle zu Dienstelle, also wir haben da halt einen sehr offenen Umgang, sowohl mit Kollegen, also auch mit Probanden (...)

Herr R: Mal andersherum betrachtet, ein Therapeut, ein Psychotherapeut, der mit einem Patienten jetzt in einer Einzeltherapie ist und der Patient eröffnet ihm eine Sexualstraftat und sagt jetzt 'Ich habe vor zwei Monaten zum wiederholten Male ein Mädchen missbraucht, schwer missbraucht' und das ist nirgendwo bekannt, dessen Rolle sehe ich genauso. Ich glaube, dass der auch (...)

Frau P: (...) Die teilen das auch mit(...)

Herr R: (...)auch in der Lage ist, ja, die teilen das mit. Die Ermittlungsbehörden einfach informiert werden.

D.B.: Ja, nur das ist genau das Problem weswegen, also was ich so gelesen habe, weswegen Therapeuten das jetzt nicht machen, also nicht mit Sexualstraftätern oder kaum mit Sexualstraftätern arbeiten.

Frau P: Ich halte es ehrlich gesagt teilweise für eine Ausrede, aber gut, das ist jetzt meine Einschätzung dazu. Also es traut sich nicht jeder dran, das ist mir noch mal klar geworden, als ich einen niedergelassenen Therapeuten gesucht habe für einen jungen Mann, der wegen

Vergewaltigung dreieinhalb Jahre gesessen hat. Auch im Knast nichts aufgearbeitet hat, Führungsaufsicht bekam und dieser Therapeut, den ich mir da ausgeguckt habe hat aber keine Kassenzulassung. Und der hat mir gesagt, dass er es für sinnvoll erachtet diesen jungen Mann an die AWO in Düsseldorf anzubinden, was wir letztendlich auch gemacht haben, einfach auf dem Hintergrund, dass er sagt 'Sie können nicht so ein Klientel zu jedem niedergelassenen Therapeuten schicken. Nur weil die jetzt Psychologen sind, heißt das nicht, dass die da auch auf dieses Klientel zugeschnitten arbeiten können', viele in diesem Berufsfeld haben da einfach auch Manschetten vor und das nenne ich jetzt eben mal 'Ausrede' in Anführungszeichen. Verstehen Sie wie ich meine?

D.B.: Ja.

Herr R: Also ich denke die Konstruktion ist auch vielleicht vergleichbar mit einem vertretungsweise Tätigwerden in einem partiellen Bereich. Sag ich mal, wenn ich jetzt delegiere an einen Kollegen und sage 'Ich habe einen Klienten, der mit einer Sexualstraftat aufgefallen ist', ich bin zwar der offiziell bestellte Bewährungshelfer, aber da sind zwei Kollegen, die führen jetzt ein fachspezifisches Angebot durch, dann denke ich nehmen die auch einen kleinen Teil meiner Arbeit wahr, oder meines Aufgabenbereiches wahr. Und wenn die mir dann rückmelden, in dieser Funktion, 'Der hat jetzt eine neue Straftat begangen', dann sehe ich datenschutzrechtlich gar kein Problem. Wüsste ich nicht. Ich habe selber ja auch das Problem, wenn ich in einer Familie arbeite und sehe da Kinder / das Kindeswohl gefährdet. Dann stehe ich ja selber auch vor der Frage ’Informiere ich das Jugendamt’ und ich habe eigentlich wenig Probleme, wenn Gefahr im Verzug ist. Das heißt also ich sehe Kinder, die wirklich massiv unterversorgt sind, dann habe ich das bisher immer gemacht und ich würde es auch darauf ankommen lassen. Ich meine, man muss sich natürlich der Verantwortung stellen und es ist einfach eine Sache abzuwägen, ob man sich nachher dem aussetzen will zu sagen 'Ja, da war ja die Bewährungshilfe drin, wochenlang, aber da ist ja nie etwas raus transportiert worden'. Das muss man halt / das sind, denke ich mal schon die kritischen Punkte in unserer Arbeit, aber ich denke der Schutz von Kindern geht vor. Und bei den Sexualstraftaten, speziell bei den sexuellen Miss-

bräuchlern sind ja, in der Regel ja, denke ich mal, die Kinder geschädigt und wenn eine Straftat bekannt wird, teile ich das den Kollegen mit. Ich sehe da eigentlich keinen Verstoß gegen den Datenschutz.

Frau P: Und die Erfahrung hat auch gezeigt, dass das Vertrauen trotzdem da war, also am Anfang war sehr viel Skepsis. Es wurde halt immer auch sehr viel gefragt, also da sehen wir auch wirklich einen Wandel und deswegen ist das auch gut, dass das so lange läuft. Da hat sich ganz viel entwickelt. Wie wurden am Anfang auch gefragt ob wir das denn dürfen, was wird denn für eine Ausbildung haben, ob wir den Psychologen sind et cetera (...)

D.B.: (...) Von den Probanden?

Frau P: Von den Teilnehmern, genau. Und wir haben das halt erklärt, dass wir das halt durchführen dürfen, dass wir qualifiziert sind und dann war das halt erstmal weg vom Tisch und irgendwann, wenn da etwas Unangenehmes kam, was gefragt wurde, dann wurde das noch mal zur Debatte gemacht (...)

Herr R: (...) Ja aber ich denke das war eine Schutzfunktion. Also wo eher Ängste bestehen noch, denke ich mal, sind immer wieder/ taucht immer wieder regelmäßig auf ist so 'Was passiert denn mit den Daten'? Weil wir ja Protokolle führen, weil wir auch zum Beispiel den Feedback-Bogen ausfüllen nach jeder Sitzung, sollen die halt eine Bewertung von uns beiden eigentlich abgeben, da haben wir schon mehrfach gesagt, also es geht eigentlich über die Bewährungshilfe nicht raus (...)

00:42:25-1 Unterbrechung

00:42:41-9 Frau Plum abwesend

Herr R: Wir können ja ein bisschen weiter machen. Es geht ja so um diese, ja diese Unsicherheit wie man mit dem Datenschutz umgeht, oder mit der Verschwiegenheitspflicht. Es ist ja auch intern, in der Bewährungshilfe bewege ich mich ja. Ich bewege mich ja nicht außerhalb. Ich sage mal, wenn ich jetzt als Mitarbeiter in einer Drogen-

beratungsstelle bin oder so, dann habe ich eine andere Rolle wieder. Aber ich bin ja hier im Bereich der Bewährungshilfe zuständig und wenn ich jetzt Klienten von anderen Bewährungshelfern habe, denke ich mal, dann ist auch so diese/ was ich eben schon so bezeichnet habe in einer Vertretungssituation, das heißt die Funktion hört ja nicht auf. Ich bin ja Bewährungshelfer und wenn einer der Klienten nun massiv strafbares Verhalten offenbart, dann werde ich den Kollegen unterrichten. Der wird seinerseits mit dem Klienten dann da drüber sprechen und es in der Regel denke ich mal, oder in jedem Fall, wahrscheinlich dem Gericht dann mitteilen und von daher. Wir sind ja nicht den Gerichten gegenüber zur Verschwiegenheit verpflichtet, das ist es eigentlich. Das Problem tritt vielleicht ein bisschen auf innerhalb der Gruppe, deswegen haben wir anfangs eben diesen Kontrakt auch gemacht der Verschwiegenheit, wenn jetzt a sehr persönliche Dinge kommen ja zum Teil zu Tage -wir haben einen drin, der über Jahre schwer selbst missbraucht worden ist- oder aber eben auch solche Geschichten könnten passieren, dass einer sich in der Gruppe offenbart und sagt 'Ja, ich habe da doch etwas gemacht, was noch gar nicht bekannt geworden ist'. Dann werden die anderen natürlich auch verpflichtet einfach Verschwiegenheit nach außen hin zu üben. Deswegen der Kontrakt von Anfang an.

00:44:17-5 Frau Plum wieder anwesend

D.B.: Haben Sie in diesem Kontrakt auch also festgehalten, dass Sie eben weiter (...)

Herr R: (...)Der ist im BPS drin, das ist eigentlich / wir haben das eigentlich angewandt, was drin ist. Das sind die Regeln, die Gruppenregeln, die am Anfang aufgestellt werden, die werden auch noch mal zeitweise wiederholt (...)

Frau P: (...) Ja, ich glaube ich weiß was sie meint. Also wir haben nicht jedem Probanden vorab einen Vertrag unterschreiben lassen. 00:44:39-4 {So war das nicht, das haben wir nicht gemacht}

Herr R: 00:44:39-4 { Einzeln, nee, das war eigentlich / das gilt} für alle und alle stimmen auch zu aber nicht durch Unterschrift.

D.B.: Aber die wissen ganz klar, Sie werden das weitertragen, also weitergeben an den Bewährungshelfer (...)

Herr R: Das ist offen und klar, halte ich für sehr wichtig.

D.B.: Noch mal kurz Zwischenfrage, wie viele sind jetzt bei Ihnen unterstellt?

Herr R: Ja wir haben insofern eine sehr unverfängliche Situation, wie haben den überwiegenden Teil / sind es eigene Leute. Also im Augenblick (...)

Frau P: (...) ((Herrn Ringel ansprechend) Ich habe einen und du hast einen und da ist einer von Stefan und einer von Gabi, ne?)

Herr R: Genau, es sind zwei Externe, sage ich mal, bei anderen Bewährungshelfern, die halt nicht im BPS drin sind, in der Gruppe sind und zwei, die halt von uns selber sind. Da stellt sich gar kein Problem.

Frau P: Es wurde auch von Kollegen unterstellt, wir würden ja nur unsere Leute in die Gruppe stecken wollen auch wenn die nicht geeignet wäre, irgendwie so etwas habe ich auch gehört.

00:45:40-0

D.B.: Also in Detmold wurde auch noch gesagt, dass die Tatsache, dass man vielleicht tagsüber mit einem Klienten konfrontativ arbeitet und dann abends therapeutisch und dann diese Vertrauensbasis da ist, dass das auch ein Problem sein könnte. Also diese Rollenklarheit. Sehen Sie das auch so oder was für Erfahrungen haben Sie da gemacht?

Frau P: Also für mich ist, wenn man den Anspruch erhebt therapeutisch zu arbeiten, ist eigentlich konfrontative Arbeit.

Frau P: Ja.

Herr R: Das heißt (...)

D.B.: (...) Also auch im BPS arbeiten Sie konfrontativ?

Herr R: Ja, sehr stark sogar.

Frau P: Es ist zum Beispiel so, Sie müssen sich das praktisch so vorstellen, Sie sagen jemandem 'Schildern Sie mal den Tag der Tat'. Da schildert der Ihnen das und dann sagt der 'So und da habe ich der eine geknallt und dann ist die weggegangen und dann kam die Polizei'.

Herr R: Und dann war schon alles vorbei.

Frau P: Das war der Tag der Tat. So. Und dann gehen Sie da rein und dann dröseln Sie mit dem und dann sagen Sie 'Und was war denn da, was haben Sie denn [...]' 'Boah und nee' und (...)

Herr R: (...) Sind auch Widerstände (...)

Frau P: (...) die zeigen auch, dass sie keinen Bock haben da drauf. Das war jetzt zum Beispiel derjenige, der vorher geleugnet hat und der dann halt immer Schritt für Schritt weiter gegangen ist und sich eigentlich immer super auf die Zusammenarbeit eingelassen hat, wo wir gesagt haben 'Wir nehmen den', selbst wenn der noch nicht gesagt hat 'Ich habe die vergewaltigt', mit in den Teil S. Was im Einzelfall zu entscheiden ist. Normalerweise, wenn jemand vor dem Teil S immer noch leugnet gehört der da nicht rein. Aber wir haben übereinstimmend beschlossen, dass wir das bei ihm probieren und es hat sich ja letztendlich bestätigt. So, also das / das können Sie gar nicht. Sie können ja natürlich sagen 'Schön, wir haben Vertrauen zueinander, gehen Sie mal nachhause' aber da kommen Sie nicht weiter mit. Und das ist was, was ich mir eigentlich wünschen würde, dass die Kollegen das auch machen, dass die das einfach mal machen und nicht so viel vorher drüber nachdenken warum und wieso es nicht geht. Also mir kommt es, Entschuldigung, nichts gegen die Kollegen, aber mir kommt es teilweise echt so vor, als würden die Gründe suchen, warum es sich nicht umsetzen lässt. Das war bei den Münsteranern ein bisschen ähnlich, die ja auch in dieser Bredouille steckten.

Herr R: Ja also speziell der Teil S, der tatspezifische Teil im BPS arbeitet sehr stark konfrontativ. Es ist auch das Wichtige, dass / eine wichtige, die, sage ich mal, teilnimmt, die kognitive Verzerrung ein. Viele haben sich das, denke ich mal, erträglich geredet oder vorgestellt und wir müssen diese kognitiven Verzerrungen ja auflösen und wir kommen an Konfrontationen nicht vorbei und ich sage mal der gruppendynamische Effekt ist ja, dass ja hier in unserem Trüppchen jetzt auch vier mit dem gleichen Delikt beieinander sitzen und es eigentlich immer zwischendurch mal zu Effekten kommt und sagt 'Ja komm, das war doch anders'. Also das heißt, wenn die versuchen uns jetzt, sage ich mal, etwas zu erzählen, dann kommen die / aber die wissen wie Straftaten ablaufen in dem Bereich und sagen 'Das läuft ja so, hör jetzt auf denen jetzt was zu erzählen' oder so. Das sind dann so Effekte, die kommen dann so aus der Gruppe heraus, aus der Dynamik und das ist ja auch eine gute Methodik denke ich, aber es ist immer eine konfrontative Arbeit. Also das BPS kann man ohne Konfrontation gar nicht machen.

D.B.: Also Sie sehen da gar keinen Bruch zwischen Einzelbetreuung und dann auf einmal abends die(...)

Frau P: (...) Wir haben es einfach nicht so erlebt. Also ich sage mal, ich arbeite gerade mit Sexualstraftätern in der Einzelarbeit nicht anders als im BPS. Und ich habe auch den Ruf, dass ich immer zu viel Frage und immer rumpopel, wenn ich dann da noch mal zurückgehe, wenn die mir zu schnell fertig sind mit ihren Ausführungen, dann gehe ich da noch mal rein.

Herr R: Und wir sagen eigentlich auch relativ klar, also wir haben so einen netten, lockeren Spruch 'Wir kommen nicht her, um Kaffee zu trinken und über Borussia zu sprechen, zusammen’. Und alle Beteiligten haben gesagt, dass es ihnen gut tut hier in der Runde über die Tat zu sprechen, weil es eigentlich das fast nirgendwo gibt. Die sind ja, sage ich mal, in ihrem Umfeld bei Bekannten und Verwandten oder Freunden immer darauf angewiesen da keinen Mucks drüber zu sagen, weil dann sind sie ja unten durch (..)

Frau P: (...) Weil sie sich auch schämen.

Herr R: Die schämen sich auch.

Frau P: Die schämen sich alle.

Herr R: Sehr stark, jaja. Also die Betroffenheit jetzt auch im zweiten Teil, kann ich glaube ich sagen, die ist enorm. Also wenn so klar wird / wir sind jetzt / letztes Mal haben wir zum Beispiel das Rollenspiel gemacht, die gehen in die Rolle des Opfers rein. Die anderen Teilnehmer sitzen drum rum und helfen durch gezielte Fragen halt, dass er die Rolle seines Opfers einnimmt. Das ist ganz erschütternd. Da merkt man auch Widerstände aber auch Erkenntnisse, die da klar werden.

D.B.: Also schon ziemlich intensiv.

Herr R: Das ist sehr intensiv

Frau P: Das ist sehr intensiv, ja.

D.B.: Also die komplette Arbeit auch?

Herr R: Ja, also ich kann schon sagen, ich bin nach der Einheit immer körperlich und seelisch erschöpft ein Stück, das ist schon richtig intensive Arbeit.

00:50:40-5

D.B.: Wo waren bei der Planung Probleme. Also im Vollzug ist ja eine ganz andere Situation, da sind die alle immer in dieser Gruppen / die wohnen zusammen in diesem Gruppenvollzug. Wie ist das hier, wo gab es hier Schwierigkeiten?

Frau P: Es hat einwenig gebraucht, bis die Gruppe dann so stand, weil ja eben da zwei Leute am Anfang raus gegangen sind und dann dann noch welche noch nachgerückt sind. Genau das war nach den ersten, ich sage mal, zwei, drei Wochen klar, dass die Gruppe dann steht. Und dann hatten wir die Befürchtung -das ist nicht eingetreten, aber wir haben es am Anfang befürchtet-, dass wir dann irgendwann alleine sitzen, dass so nach drei, vier Mal keiner mehr kommt oder

spätestens nach einem halben Jahr sich alles erledigt hat, weil die Leute nicht erscheinen.

Herr R: Es gibt ja rein theoretisch auch die Möglichkeit für die Teilnehmer auch zu sagen 'Ich mache das nicht, ich habe zwar eine Auflage, aber ich gehe jetzt zum Einzeltherapeuten'. Die müssen ja nicht ausgesprochen das BPS machen. Muss therapeutisch bearbeitet werden (...)

D.B.: (...) Wenn Sie denn einen Therapeuten finden.

Frau P: Genau.

Herr R: Ja gut, aber es ist denkbar. Und die Befürchtung war schon da, dass wir gesagt haben 'Hm, hält sich das so' aber, ich sage mal, diese Vierer-Truppe oder fünf waren es, die waren schon sehr stabil. Das hat mich sehr erstaunt. Wir haben kaum Ausfälle gehabt. ((Frau Plum ansprechend) Wenige, oder?)

Frau P: Wir haben es mal / einmal war mal klar, dass irgendwer im Krankenhaus ist und ein Zweiter konnte nicht oder so, da haben wir (...)

Herr R: (...)Eine Einheit haben wir ausfallen lassen.

Frau P: Einmal weil wir gesagt haben ' Wir sitzen dann da mit zwei' oder so, das bringt dann nichts. Dann haben wir das dann einmal abgesagt, das war aber letztes Jahr.

D.B.: War das immer so, dass alle da waren?

Herr R: Ja, überwiegend. Fehlte mal ein einzelner, aber überwiegend waren alle da.

D.B.: Wie hat er dann die Sachen nachgeholt?

Herr R: Er bekommt den Stoff durch Kopie zugänglich gemacht und wir erwarten, dass er das nacharbeitet auch.

D.B.: Fragen Sie ihn dann irgendwie ab oder so?

Frau P: Wir sind dann da noch mal drauf zurück gegangen (...)

Herr R: (...) Wir machen schon so / ich sage mal, wenn der jetzt einmal ausfällt, der war jetzt richtig dick krank oder hatte irgendetwas ganz Wichtiges, dass wir dann noch mal kurz wiederholen. Also wir steigen eigentlich jede Einheit noch mal direkt damit ein, dass wir noch mal ansetzen, was beim letzten Mal war, oft ist es am Flipchart auch aufgezeichnet, damit die auch in den Stoff wieder reinkommen.

D.B.: Ok und wo gab es noch Schwierigkeiten, jetzt in der Planung vielleicht? Also von der Erreichbarkeit her, war jetzt keine Schwierigkeit.

Herr R: Es gab keine größeren Schwierigkeiten, wir hatten mit mehr Schwierigkeiten gerechnet.

D.B.: Mit Arbeit, also sind die alle in Arbeitsverhältnissen?

Herr R: Zum Teil.

Frau P: Wir haben einen gehabt, der hat gesagt 'ich kann deswegen nicht mehr kommen' aber das war derjenige, den wir sowieso aus der Gruppe ausgeschlossen hatten ganz am Anfang. Wir haben die Uhrzeit wohl eben auf siebzehn Uhr dreißig gelegt bis neunzehn Uhr, damit auch die, die in Arbeit sind kommen können.

Herr R: Das haut in der Regel auch hin.

Frau P: Das war dann schon mal so, das einer bis zu einer halben Stunde später kam, dann aber auch vorher angerufen hat. Ja, einer den ich betreue jetzt noch, der ist in Haft gegangen während des BPS, weil der die zwei Jahre wegen sexuellem Missbrauch widerrufen bekommen hat. Nicht weil der nicht mitgearbeitet hat, sondern weil ihm zwei Strafbefehle wegen Betruges das Genick gebrochen haben. Das ist leider etwas doof gelaufen, weil die Richterin widerrufen hat ohne ihn anzuhören und ich denke, wenn ich mit ihm in der Anhörung dort ge-

sessen hätte und erklärt hätte, dass er das BPS macht und eigentlich gut mitarbeitet, dann wäre das nicht zum Widerruf gekommen. Er hat dann später dann auch sofort die Beschwerde eingelegt. Das hat aber nichts genutzt, weil er darin nicht erwähnt hat, dass es einen Verfahrensfehler gab in der Widerrufssache. Das nahm dann so seinen Lauf, dann haben wir ihn noch probiert den in den offenen Vollzug zu kriegen, damit er weiter zum BPS kommen kann. Das lief dann über das Justizministerium und wurde abgelehnt, weil er eben einen sexuellen Missbrauch begangen hat. Es wurde aber gleichzeitig gesagt er kann aus dem geschlossenen Vollzug wieder die Verlegung in den Offenen beantragen, da ist er jetzt seit März. Hatte den Effekt, dass der sofort das erste Mal meinte nicht kommen zu müssen, als er dann Ausgang hatte. Da hatten wir dann hier eine Diskussion und er reagierte sehr trotzig, er würde überhaupt nicht mehr kommen. Hintergrund war dann irgendwelcher familiärer Stress, seine Frau kam mit dem Sohn nicht klar. Das hatte sich dann aber auch erledigt, ich hatte dann Rücksprache mit der JVA und der bringt dann immer einen Laufzettel mit. Die lassen den also immer raus, der ist halt jetzt wie gesagt im Offenen und kriegt immer abgestempelt wann er kommt und wann der nächste Termin ist.

Herr R: Er sagt auch immer wir haben Unterricht hier. 'Wann ist der nächste Unterricht'.

Frau P: Er hat natürlich die Hoffnung gehabt, wenn er das BPS fortsetzt, kommt er rechtzeitig raus, jetzt hat sich aber wohl im Gutachten ergeben, dass er vermutlich pädophil ist, also so wie er sich eingelassen hat dem Gutachter gegenüber (...)

Herr R: (...) Kernpädophil.

Frau P: ((Herrn Ringel ansprechend) Stand das da so? Kernpädophil? Ja ich habe es nicht mehr im Kopf.)

Herr R: War eine ziemlich deftige Aussage. Und ich denke die stimmt.

Frau P: Der Widerspruch ist / er ist ja jetzt im offenen Vollzug und wird hinsichtlich KURS, weil der vermutlich mit FA rauskommt, ich denke nicht, dass der noch eine Reststrafenentlassung bekommt, dann ein C-Fall, weil er wenn er im offenen Vollzug ist nicht rückfallgefährdet ist. Was die Diagnose 'Pädophilie' eigentlich ausschließen würde. Und ich habe das dann auch mit der Psychologin besprochen, die meinte, dass es eben für die derzeitige Situation so eingeschätzt werden kann und dass diese Einschätzungen immer wandelbar sind.

Herr R: Ja also es gibt auch immer so Grenzbereiche, denke ich mal, wo die Sachen dann auch ineinander über gehen.

Frau P: Da ist aber das Jugendamt in der Familie, weil nämlich die Tochter seiner Lebensgefährtin auch mit im Haushalt lebt wo er wieder hingeht. Das Jugendamt hat einen Fuß in der Tür und da bin ich halt schon ganz beruhigt.

Herr R: Aber es gibt schon sehr komplexe, sag ich mal Situationen. Das ist so eine. Und ich denke das ist gar nicht so einfach gelagert. Mit Vollzug und der familiären Situation.

Frau P: Und er ist halt so, dass er wenig seine eigene Motivation erkennen lässt so 'Ich mache das ja, also dann mache ich das halt'. So ist das bei dem. Er kann aber / der sollte zum Beispiel begründen, was für eine vorzeitige Entlassung spricht. Das musste der schreiben. Da war der nicht zu in der Lage. Da haben die anderen ihm teilweise geholfen in der Gruppe. Da saß der mit seinem Fragebogen und pinnte da rum (...)

D.B.: (...) In der stationären Behandlung ist das ja / die Wohngruppe wirkt ja sehr unterstützend, auch außerhalb / die helfen sich ja dann gegenseitig, so war das jedenfalls bei Herrn Wischka, der hat das so erzählt. Wie kann man diese Unterstützung irgendwie hier machen, also durch die Gruppe. Ist das möglich, können die sich nachmittags treffen?

Frau P: Mir ist noch etwas eingefallen, was manchmal schwierig sein könnte. Das Auffangen. Dadurch, dass diese Wohngruppe ja so funk-

tioniert, können die sich hinterher immer irgendwo lassen, wenn es heftig war in der Gruppe. Und hier war das, ich sage mal, zwei, drei Mal so, dass ich mir gedacht habe 'Oh, können wir den heute so laufen lassen'. Da habe ich dann immer gesagt 'wenn irgendetwas ist, rufen Sie an, Sie können sich an uns wenden, wenn Sie merken Sie kommen nicht klar', weil das ja doch an die Substanz geht teilweise und wenn die hier raus gehen und draußen irgendetwas machen, das wäre kontraproduktiv. A hat das jeder niedergelassene Therapeut auch, dieses Problem, also das sehe ich auch. Es ist ja nicht überall so wie im Wohngruppenvollzug und B ist es nie dazu gekommen. Also ich denke, die hatten immer das Angebot sich zu melden und das irgendwo zu lassen und da wo es heftig war, hier zum Beispiel bei Herrn B., der hat das ja dann auch gemacht. Der sagte 'Ich war da so verletzt und das hat mich so aufgewühlt'. Aber das ist mir bei der Arbeit so zwei, drei Mal durch den Kopf gegangen. Da habe ich gedacht 'Boah, das ist ja jetzt doch sehr an die Substanz gegangen'.

Herr R: Also das Angebot haben wir auch nicht in der Form, wie es im Vollzug ist.

D.B.: Kann man auch nicht (...)

Herr R: (...) Das können wir nicht, nee.

Frau P: Die haben sich untereinander wohl alle ihre Handynummern ausgetauscht und wir haben das auch so in der Arbeit geraten ' Also wenn Sie merken, Sie sind in einer Situation, die ist schwieriger, rufen Sie jemanden an aus der Gruppe'. Beispielsweise Wochenende kriegt man hier keinen (...)

Herr R: (...) Oder uns.

Frau P: Was die so haben ist dass die immer noch so zehn Minuten draußen stehen und quatschen, eine rauchen. Also die tauschen sich da schon auch aus. Also im Sommer teilweise auch länger. Jetzt im Moment sind die früher weg, weil es ja auch kalt draußen ist.

D.B.: Und Sie sehen da keine Gefahr, also wenn die sich jetzt untereinander vielleicht treffen oder so?

Frau P: Das ist einmal gewesen. Einmal haben sich zwei getroffen, aber meiner ist jetzt aus der Gruppe weg.

Herr R: Ja, ich denke mal man kann diese Gefahr natürlich nicht ausschließen, das ist klar. Die Gefahr besteht natürlich schon, dass im ungünstigsten Fall zwei mit gleichem Interesse sich irgendwo zusammentun. Das wäre natürlich schon ein heftiger Fall. Aber ich denke eigentlich, dadurch, dass wir mit vierzehn Tage noch einigermaßen zeitnah immer in der Thematik drin sind und ja sehr langfristig arbeiten, dass das nicht / also das bliebe a nicht unbekannt, sonst wären sie ja geschickte Leute sage ich mal und die Bearbeitung des Themas ist schon sehr intensiv, denke ich mal. Also ich glaube schon, dass da einige Dinge im kognitiven Bereich (???) worden sind jetzt bei denen, die das durchlaufen haben und die einfach mit einer anderen Einstellung durchs Leben gehen auch. Also nicht mehr so unkritisch die Dinge einfach wegdrücken und dann einfach sage ich mal mehr dem Trieb oder der Neigung nachgehen, sondern dass das viele -das ist ja der Sinn des BPS eigentlich- Hemmnisse aufgebaut werden und kognitive Erkenntnisse, wo andere Einstellungen dann einfach schützend wirken. Das ist die Konzeption.

01:01:07-8

D.B.: Im Vollzug findet das ja zwei Mal die Woche statt das BPS, Sie machen das alle zwei Wochen einmal (...)

Herr R: (...) Vierzehntägig, ja (...)

D.B.: (...)Würden Sie sagen, dass das sich negativ auf die Intensität oder die Motivation der Teilnehmer auswirkt, weil dann eben diese zwei Wochen dazwischen liegen?

Herr R: Also, ja, ich habe natürlich jetzt nicht den Vergleichswert aus der JVA, ich würde natürlich, wenn ich die Zeit und die Möglichkeit hätte wöchentlich das machen aber das ist hier in unserer Situation ge-

rade gegenwärtig (???) überhaupt nicht machbar. Es ist, denke ich mal, so ein Kompromiss. Es wäre besser, wenn es wöchentlich wäre, ((Frau Plum ansprechend) ich weiß nicht wie du das siehst?) Aber zweiwöchentlich ist noch so zeitnah, dass wir auch zurückgreifen können auf das was beim letzten Mal bearbeitet worden ist, das ist dann noch da. Das ist ein Erfahrungswert.

Frau P: Oder es ist sehr schnell wieder da. Wir haben auch schon mal vier Wochen Pause gemacht, wenn ein Termin ausfiel oder wenn Feiertage sind, die fallen ja immer auf die Donnerstage und / Christi Himmelfahrt et cetera, ist ja immer donnerstags gewesen, dann hatten wir auch drei Wochen Abstand und dann auch wöchentlich (...)

Herr R: (...) Eine Woche dazwischen, ja.

Frau P: So schob sich das schon mal von den Terminen her. Das war aber immer händelbar. Das war nie so, dass die deswegen irgendwie nicht mitgearbeitet haben oder sich nicht eingelassen haben oder dann gefehlt haben oder so, das war nicht so.

Herr R: Der Maximale / also drei Wochen jetzt regulär zu sagen und dann bei Schwankungen auch vier zu / das würde ich schon zum Beispiel (...)

Frau P: (...)Nee, also vierzehn Tage finde ich schon / ist noch in Ordnung.

Herr R: Also ist schon das Maximale an Möglichkeit von unserer gegenwärtigen Arbeitsbelastung her und eben auch von dem was, sage ich mal, an Beeinträchtigungen sonst entstehen würden.

Frau P: Ist aber auch normal im ambulanten Rahmen. Also ich denke niedergelassene Therapeuten machen zum Beispiel teilweise auch diese vierzehntägigen Abstände. Je nachdem wo es ist. Also wir haben ja jetzt hier zum Beispiel auch die Frau Rudnik-Bloch, die ja hier auch Leute betreut, die kommen auch nicht jeder Woche dort hin. Jetzt in einzeltherapeutischen Gesprächen oder bei der AWO in Düsseldorf. Ich denke das ist vertretbar. Da kann man wieder anknüpfen. Und

wenn wir merken, dass das irgendwie schwierig ist, dann helfen wir denen auch auf die Sprünge, dann leiten wir die mehr so ein bisschen an und dann sind die schnell wieder drin.

01:03:30-9

D.B.: Wie gut ist das zu vereinbaren mit Ihren originären Aufgaben in der Bewährungshilfe, Sie haben ja sicher viele Probanden auch?

Herr R: Ja, es wird zunehmend schwierig. 01:03:42-9 {Also wir merken beide jetzt, dass unsere Kraft jetzt zu Ende geht. Der erste Durchgang jetzt zu Ende ist, ja.}

Frau P: 01:03:42-9 {Es ist alles zusätzlich, ja. Wir merken auch beide, dass wir froh sind, wenn es vorbei ist und wir wollen auch beide auf jeden Fall eine Pause}. Also wir brauchen ja eh Planungszeit um das nächste Mal zu beginnen (...)

D.B.: Sie wollen auf jeden Fall noch mal machen?

Frau P: Ja.

Herr R: Wir machen noch einen zweiten Durchgang, Pi mal Daumen sage ich mal so im Frühjahr, vielleicht bis / je nachdem wie (...)

Frau P: (...) Ja starten werden wir voraussichtlich erst im Sommer können.

Herr R: Ja Sommer mal sehen.

Frau P: Aber vorher möchte ich auch nicht.

Herr R: Ja wir brauchen halt ein bisschen um Luft zu holen und noch mal / weil die Dauerbelastung ist -ich meine das haben wir jetzt, die anderen haben das nicht- / es war auch mal Thema hier in der Kollegenschaft, Entlastung halt für uns, aber ich weiß nicht, das ist im Moment noch nicht reif das Thema.

D.B.: 01:04:25-3 { Also Sie werden nicht entlastet}

Herr R: 01:04:25-3 { Wir werden nicht entlastet, wir machen das so nebenher im Prinzip.}

Frau P: 01:04:25-3 { Es ist auch eigentlich gar nicht Thema, ich habe nämlich} im Zusammenhang hier mit dem Dienststellenleiter ein Gespräch gehabt, der gesagt hat, dass von der Landgerichtsebene her oder auch vom Justizministerium her das gar nicht vorgesehen ist, dass wir Entlastung kriegen, weil wir es ja innerhalb der Arbeitszeiten machen. Würde das jetzt alle vierzehn Tage samstags stattfinden, dann wäre das etwas, was wir neben dem normalen Dienst machen und da könnte man dann überlegen ob es Entlastung gibt. Aber da wir jetzt ja nicht dadurch eine fünfzig Stunden Woche haben, sage ich mal, ist das unser eigener Spaß (...)

Herr R:(...) Wird gesagt.

Frau P: Wird gesagt ja.

Herr R: Also in der Regel bin ich donnerstags -ich habe montags die Sprechstunden- bin ich donnerstags nicht bis neunzehn Uhr hier. Ist ja ein normaler Arbeitstag. Man kommt vielleicht eine Stunde später morgens, aber wir haben ja immer eine Vorbereitungszeit und eine Nachbereitungszeit auch. Und eben donnerstags steht es ja fest das von siebzehn Uhr dreißig bis neunzehn Uhr -letztes Mal waren wir ein bisschen drüber- / das ist schon zusätzliche Arbeit. Also das kann man nicht wegdiskutieren und wir haben ja unsere anderen, ja im Moment zwischen fünfundsiebzig und achtzig Fällen halt, Fallbelastung halt aktuell. Das ist oben drauf. Also das sehe ich nicht so wie das Ministerium, sondern das ist einfach oben drauf.

D.B.: Das heißt Sie haben keine Entlastung?

Frau P: Nee.

Herr R: Wir erleben es als qualitative Verbesserung unserer Arbeit denke ich, ist ja jetzt erster Durchgang.

Frau P: Wobei ich manchmal da saß und dachte 'Warum mache ich das eigentlich'.

Herr R: Ja gut, aber das ist normal.

01:05:59-4 kurze Unterbrechung

D.B.: Was ist der Vorteil daran, das BPS in der Bewährungshilfe durchzuführen, also man könnte es ja auch / also ein Verein könnte das ja auch machen theoretisch.

Frau P: Der Vorteil hier, würde ich sagen, ist, dass man uns weniger einen vom Pferd erzählt, weil wir haben natürlich die Urteile und die Möglichkeit Einblick darin zu nehmen, also jetzt auch in die Urteile derjenigen, die jetzt bei Kollegen sind.

Herr R: Müsste ein Verein ja auch, sonst könntest du ja gar nicht mit arbeiten.

Frau P: Das müssten die Vereine und zum Beispiel die Therapeutin, die nach hier kommt macht das auch, die lässt sich die Urteile geben. Die Wege sind kürzer, dadurch, dass die Leute hierher unterstellt sind und sage ich mal die Wenigsten, die wegen eines solchen Deliktes verurteilt worden sind, laufen ja draußen rum ohne hier angebunden zu sein. Und ja es ist schon so, dass wir anfangs dachten 'Boah, jetzt sollen wir hier auch noch die therapeutische Arbeit machen'. Das war auch so das, was man in der Fortbildung so ein bisschen gemerkt hat als Tenor. So nach dem Motto 'Jaja, jetzt bildet die Justiz die Bewährungshelfer fort, weil es ja nicht genug Therapeuten gibt die so etwas machen, wir sollen uns jetzt quasi selber helfen', aber nichts desto trotz halte ich das für auch sehr qualitativ. Ich finde das Programm sehr gut, weil es gerade im zweiten Teil so aufgebaut ist, dass man quasi aus drei verschiedenen Blickwinkeln immer auf das Delikt guckt und jedes Mal den Weg dort hin rekonstruiert und so ja wiederherstellt und eigentlich verdeutlicht. Ja eigentlich die kurzen Wege finde ich, das Positive daran.

Herr R: Und ich denke auch, ein positiver Effekt ist auch für die Klienten Bewährungshilfe als Angebot zu erleben. Also sie bekommen hier etwas, wo sie letztendlich denke ich auch einige Dinge ja mit ordnen können und auch eine Einstellung zur Tat überdenken können und (???) können notfalls. Das ist eigentlich im therapeutischen Bereich eher angesiedelt, etwas zu ((betonend) erhalten). Wir sind ja schon, sage ich mal, ein verlängerter Arm des Gerichtes mit Auflagenkontrolle, natürlich auch um Hilfestellung zu leisten, aber das ist eine sehr konkrete und lang andauernde Hilfestellung auch, denke ich.

Frau P: Die Tatsache, dass das hier stattfindet, wo sie hier sowieso hin müssen halte ich auch für eine Erleichterung, weil sie kennen ja das Haus und die Räumlichkeiten. Da ist schon mal eine Hemmschwelle weniger und es ist so / es reicht das so ein bisschen die eine Hand in die andere eigentlich. Sie kommen ja sowieso hier hin und haben aber eben nicht nur diese typischen Einzelgespräche, sondern ja, haben halt die Möglichkeit darüber hinaus dieses Angebot wahrzunehmen. Ich sehe die natürlich dann in den Einzelgesprächen nicht mehr so oft, insofern entlastet mich das etwas, wenn auch das BPS als solches dann wiederum mehr Arbeit ist.

Herr R: Also wir hatten beispielsweise -fällt mir jetzt gerade wieder ein- eingangs mal erwähnt als wir starteten, dass die Frequenz natürlich doppelt so hoch ist. In der Regel ist es einmal im Monat, jetzt ist es zwei Mal im Monat, dass man da unter Umständen über eine Verkürzung der Bewährungszeit oder Unterstellungszeit nachdenken kann. Ich würde das Angebot gar nicht mehr machen(...)

Frau P: (...)Nee ich auch nicht (...)

Herr R: (...) beim nächsten Durchgang. Das ist gar nicht / man braucht gar nicht mit Anreizen zu arbeiten

D.B.: Braucht man nicht?

Herr R: Nee, glaube ich nicht.

D.B.: Das war zum Beispiel auch ein Argument von Detmold, dass es keine Vorteile gibt, die man anbieten kann, außer 'Sie sind jetzt therapiert'. Also dass man jetzt nicht sagen kann (...)

Herr R: (...) Ja sie tun etwas für sich.

01:10:35-9 Unterbrechung

D.B.: Sie sind extrem unbefangen finde ich.

Herr R: Ja aber Frau Foppe macht das ja auch so. Frau Foppe hat ja eigentlich schon in der Fortbildung gesagt 'Probieren Sie es, machen Sie es'. Man merkt sehr schnell wo Grenzen kommen, oder wo Dinge nicht so gehen. Es gibt so / ein einzelnes Beispiel ist, in der letzten Einheit war das sehr theoretisch, es waren sehr viele Fachbegriffe drin, die die einfach nicht verstanden haben, da müsste man im Detail mal nacharbeiten, aber es ist eigentlich nichts Schlimmes jetzt. Wir haben uns dann die Mühe gemacht und die Fachbegriffe einfach wieder auseinander gedröselt und denen auch erklärt.

Frau P: Die haben auch gefragt.

Herr R: Die haben auch gefragt, genau.

Frau P: Weil da waren Fremdwörter, die die nicht verstanden haben teilweise und sich dann beim Vorlesen verheddert haben.

Herr R: Also ein Schlüssel war, der Proband von mir, der halt siebzig ist, der hatte a schon ziemliche Vorbehalte -ich meine man muss da einfach das Lebensalter sehen- sich zu so einem Delikt zu stellen, ist halt für ihn sehr sehr schwierig und am Anfang haben wir schon ein bisschen wert darauf gelegt, dass die einen Vorteil für sich erkennen können. Und er konnte dann eigentlich zu der Möglichkeit 'Ja' sagen, dass er herausfindet warum er es gemacht hat. Er wusste nicht, warum er es gemacht hat. Das war jetzt rundum Verdrängen 'Nee, da habe ich gar nichts mit zu tun'. Aber zu wissen warum er es gemacht hat, das war für ihn dann schon ein Anreiz zu sagen 'Ja ich lasse mich darauf

ein'. Und ich glaube diese Antwort würde er auch bis zum Schluss gefunden haben. Ich glaube, dass er die jetzt schon hat.

Frau P: Ja und der Hammer war, dass als der Vergewaltiger mit seinem Delikt dran war und der wirklich sehr fertig aus dieser Sitzung ging er dann sagte 'Das ist ja Folter hier' und dann habe ich zu ihm gesagt 'Denken Sie mal dran was das für die Opfer ist'. Und dann klappte dem so ein bisschen die Kinnlade runter und der sagte nichts mehr. Und jetzt ist es so, dass er teilweise da so mit so ein bisschen feuchten Augen sitzt und ihn das doch sehr betrifft. Und er jemand ist, der halt nie sexuelle Aufklärung hatte, der nie Kontakte sexueller Natur zu Frauen hatte, sich vor jeder Beziehung eigentlich verdrückt hat, so immer wenn die Frau mehr wollte (...)

Herr R: (...)'Lieber nicht'.

Frau P: 'Nee besser nicht'. Also so mehr als drei bis sechs Monate war da nichts an Bekanntschaften. Der ist den Kollegen Brügger ziemlich angegangen als es darum ging mal zu hinterfragen, was den möglicherweise in seiner Lebensgeschichte hätte anders laufen können. Da war er, also das war die falsche Frage für ihn und dann wurden wir gefragt ob das denn überhaupt mit den Menschenrechten vereinbar ist ihn über Sexualität zu fragen. Das sind alles Geschichten, die sind / die haben sich aufgelöst.

Herr R: 01:13:05-9 {Jaja, es sind starke Vorbehalte bei ihm gewesen}

Frau P: 01:13:05-9 {Einfach der ist da geblieben, der hat sich eingelassen und} irgendwann brauchten wir nicht mehr zu Beginn jeder Stunde zu diskutieren, ob das denn überhaupt sein muss und ob er denn kommen muss.

Herr R: Das schätze ich aber auch in der Arbeit so. Eigentlich zu sehen, dass ein Mensch, der große Ängste und Vorbehalte hat, dass wir es schaffen -da bin ich eigentlich ein bisschen stolz drauf-, dass er sich darauf einlässt und dann nicht wegrennt, sondern drin bleibt, es aushält und auch dann langsam zu veränderten Einstellungen kommt, die

aber bei ihm gewachsen sind. Das ist ganz wichtig. Er hat sich damit auseinander gesetzt. Das ist vielleicht der positivste Effekt der Arbeit jetzt, bisher. Also wir versuchen die schon drin zu halten.

01:13:43-8 Frau Plum abwesend

D.B.: Ja, das ist jetzt ein bisschen mit der Zeit / ich frage Sie einfach noch zum Schluss, also Sie würden das noch mal machen haben Sie gesagt?

Herr R: Das steht fest.

D.B.: Ja.

Herr R: Wir machen noch einen Durchgang im Laufe des ersten Halbjahres zweitausendelf. Sind auch schon genug vorhanden, von anderen Kollegen.

D.B.: Bitte?

Herr R: Sind schon, ich glaube vier oder fünf Leute da, die infrage kommen, die auch unter Bewährung stehen.

D.B.: Ok und die Resonanz von den Teilnehmern ist gut?

Herr R: Wir werden das natürlich jetzt zum Schluss noch mal abfragen und das ist auch ein Bestandteil der Abschlusssitzung, dass die dann noch mal auch die Inhalte bewerten sollen und auch persönlich noch mal Stellung dazu nehmen, was es ihnen gebracht hat und / ach die gehen da eigentlich sehr offen mit um, die sagen wenn ihnen etwas nicht passt oder wenn sie etwas nicht verstehen oder so. Das ist jetzt nicht verklemmt oder ich habe nicht den Eindruck, dass uns nach dem Mund geredet wird oder so.

01:14:30-8 Frau Plum wieder anwesend

Frau P: Nee gar nicht.

Herr R: Das möchten wir auch gar nicht.

Frau P: Das ist schon authentisch.

Herr R: Schreiben auch in den Feedbackbögen zum Beispiel drunter 'Heute war es schwierig' oder so. Oder 01:14:59-4 {'Heute war es gut, dass man offen sprechen konnte'.}

Frau P: 01:14:59-4 {Oder die schreiben dann 'Gut, dass man so offen sprechen konnte'}. Einer der sehr jung war, der hat / der ist jetzt schon länger raus, ((Herrn Ringel ansprechend) die war schon letzten Sommer vorbei, ne, null neun [2009, Anm. D.B.] war die Bewährung schon abgelaufen, ne? Eigentlich nach der Hälfte). Der hat dann mal gesagt, dass er es super fand, wie Erwachsene über Sexualität sprechen zu können. Also wir haben zum Beispiel -das machen manche BPS-Gruppen-, wir haben diese Aufklärung 'Sexuelle Merkmale bei Männern und Frauen' haben wir nicht ausgelagert, wir haben das selber gemacht (...)

D.B.: (...) Also Herr Wischka hat auch gesagt, dass sollte man nicht machen, hat er zu mir gesagt.

Herr R: Nee?

D.B.: Nee weil er sagt, weil das das erste Mal ist, wo man über Sexualität spricht und weil das das Vertrauen in der Gruppe noch mal stärkt und auch zu den Gruppenleitern und wenn man das outsourcen würde, dann / das wäre nicht so effektiv, hat er gesagt.

Herr R: Achso, man sollte das möglichst nicht?

D.B.: Ja.

Frau P: Kann ich mir auch vorstellen.

D.B.: Weil das einfach zu der Gruppen (...)

Frau P: (...)Genau, es gehört ins Programm.

Herr R: Wir haben eine positive Rückmeldung bekommen, wie wir schon sagten.

Frau P: Ja und er sagte dann, dass er halt super fand, dass man da ohne Gekicher wie Erwachsene darüber sprechen kann.

Herr R: Genau, ist ernsthaft. Viele Dinge waren überhaupt nicht bekannt. Bei der sexuellen Aufklärung. Da haben wir zum Teil selber gestaunt.

Frau P: Weibliche Geschlechtsorgane. Um Gottes Willen. Das war echt / da habe ich gedacht ich bin im Biologieunterricht.

01:16:12-7

D.B.: Sie haben gesagt einer wurde selber als Kind sexuell missbraucht. Wenn in der Einheit oder in der Sitzung so bestimmte Sachen klar werden und man merkt 'Oh da besteht für denjenigen selber noch weiter Bedarf zu sprechen' aber man kann das halt eben nicht in der Gruppe machen. Wie gehen sie darauf ein? In der Einzelbetreuung jetzt oder (...)

Herr R: (...) Ja, genau.

Frau P: Der ist auch noch bei einem Einzeltherapeuten, jetzt wieder angebunden. Das haben wir aber einigen eh nahe gelegt, also ich glaube ((Herrn Ringel ansprechend) der Herr M. hatte einen oder hat jetzt auch wieder jemanden) (...)

Herr R: (...) Jaja.

Frau P: Weil einfach unabhängig von dem Täterdasein oder von der Täterperson da oft so Baustellen sind, wo die mit ihrer Psyche oder mit ihrem Gefühlsleben, sage ich mal, -Psyche nicht unbedingt aber Gefühlsleben- nicht klar kommen. Also dann zum Beispiel Trennung von der Familie und (...)

Herr R: (...)Es wären einfach sehr viele Sachen zu bearbeiten.(...)

Frau P: (…)Also seine Position in Beziehungen, das schützt ja auch. Je klarer der das kriegt, desto weniger ist der rückfallgefährdet.

D.B.: Also würden Sie sagen, dass das schon sinnvoll wäre, wenn die noch zusätzlich in Einzeltherapie wären?

Herr R: Im Einzelfall machen wir das ja, dass wir dann auch a einen Kollegen ansprechen, jetzt in dem einen Fall, wo er auch selber Missbrauchsopfer ist, geht dann noch mal die Ansprache an die Kollegin, die hauptamtlich zuständig ist, dass dann noch mal ein separates Angebot für den gemacht wird. In dem Fall haben wir diese Traumaklinik in Krefeld, die halt traumatische Erlebnisse auf / Aufarbeitung anbietet und auch so ein Notfalltelefon hat, dass da wirklich auch für den Ernstfall nichts schief gehen kann. Da hatten wir nämlich schon Bedenken und dem gehen wir immer nach. Das ist wichtig.

01:17:59-5

D.B.: Und wie ist das mit Ihnen, bekommen Sie Supervision oder irgendwie so etwas?

Herr R: Ja, wir sind sehr gut versorgt mit Supervision. Können im Einzelfall den Supervisor, den wir im Moment haben, schon mal anrufen. Das haben wir ja bei dem einen Teilnehmer gemacht, als die Frage anstand 'Täter, Opfer, wie ist das zu bewerten, was kann da passieren'. Dass wir da einfach noch eine externe Meinung uns einholen.

Frau P: Also wir selber haben jetzt speziell dafür, dass wir das machen, keine Supervision. Wir haben halt die allgemeine Dienststellensupervision. Was wir aber auch nutzen ist der Arbeitskreis, da wird halt sehr viel reflektiert eigentlich auch, da wird auch von uns in Abständen mal berichtet wie das läuft.

Herr R: ((Frau Plum ansprechend)Ja aber in dem Fall haben wir doch auch die / der Herr B. ist doch gelegt worden und das (???)) (...)

Frau P: (...) ((Herrn Ringel ansprechend) Ja das weiß ich aber das ist ja jetzt mehr oder weniger außer der Reihe, das ist ja nicht für uns beide jetzt speziell dafür Supervision installiert. Das meinte ich.)

Herr R: Ja aber wir können es abrufen. Im Einzelfall eigentlich ist es verfügbar.

Frau P: Im Einzelfall schon aber jetzt nicht generell.

01:19:00-6

D.B.: Ok und werden die nachbetreut wenn die Gruppe zu Ende ist?

Herr R: Nee, also das läuft jetzt einfach wegen des Fristablaufes auseinander. Also mein Proband, da läuft die Bewährungsfrist im Januar zweitausendelf ab, also relativ knapp. Der zweite Teilnehmer, der auch freiwillig ist, da ist die Führungsaufsicht im Februar zu Ende (...)

Frau P: (...) Meiner sitzt in Haft, der wird noch mal neu mit Führungsaufsicht entlassen mit dem fang ich wahrscheinlich wieder bei null an. Da haben wir auch überlegt (...)

D.B.: (...) Nimmt der immer noch teil?

Frau P: Der nimmt immer noch teil, der kommt aus der JVA. Der hatte ja gehofft, dass er vorzeitig entlassen wird. Das ist jetzt ja nicht so, aber die JVA Moers hat das inzwischen auch in den Vollzugsplan mit aufgenommen, dass er das BPS weiterführt, weil er auch schon einschlägig aufgefallen ist. Also er hatte mal eine Geldstrafe wegen Exhibitionismus oder wegen sexueller Handlungen vor einem Kind. Find ich ganz toll, dass es da eine Geldstrafe für gab. Und weil der auch in diversen Fällen aufgefallen ist, der hatte nicht nur ein Opfer, der hat das über einen längeren Zeitraum gemacht obwohl er, wie er sagte, das selber nicht wollte und sofort beenden wollte, was er aus was für Gründen auch immer nicht getan hat und das versuchen wir mit ihm auch auseinander zu pflücken. Und der ist auch an Schmitz' Backes noch nicht vorbei, würde ich sagen, auch wenn er das Programm jetzt einmal komplett durchlaufen hat. Ich behaupte, bei dem

ist sehr wenig hängen geblieben. Weil der emotional sehr schwer zu kriegen ist.

Herr R: Aber ich sage mal jetzt konkret die Fragestellung, Nachbetreuung haben wir eigentlich nicht, so im Konzept jetzt drin. Würde auch den Rahmen sprengen. Ich müsste ein bisschen auf die Zeit achten (...)

Frau P: (...) Wir bieten es an, sag ich mal so, auch wenn die Bewährungszeit vorbei ist, dass sie uns dann noch mal kontaktieren können im Einzelfall. Aber das mache ich ja mit Leuten, die jetzt nicht Sexualstraftäter sind oder im BPS waren, mache ich das ja auch.

Herr R: Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich die Sitzung (...)

D.B.: (...) Ach ich habe noch tausend Fragen, aber ich bedanke mich einfach schon mal.

01:20:59-5 Ende

Lisa Hinzmann

Menschenhandel, Frauenhandel, Zwangsprostitution als ein Problemfeld für die Soziale Arbeit

1. Vorwort

Während eines Auslandssemesters an der Universidade da Amazônia in Belém do Pará (Brasilien) wurde ich im Rahmen eines Praktikums bei der Organisation „Sociedade de defesa dos direitos sexuais na Amazônia“ (Verein zur Verteidigung sexueller Rechte am Amazonas) erstmalig mit der Thematik Menschenhandel, Frauenhandel und Zwangsprostitution konfrontiert. Sensibilisiert durch das Praktikum in Brasilien begann mich das Thema zu interessieren und ich entschied mich, dies in meiner Diplomarbeit zu vertiefen.

2. Einleitung

„Eines Tages entdeckte ich eine Zeitungsannonce, in der Jobvermittlung nach Deutschland angeboten wurde. Es war nur eine Telefonnummer angegeben, aber das erste Telefongespräch verlief gut. Ich vereinbarte mit dem Mann, Vaselis hieß er, einen Termin für ein Treffen. […]. Er erklärte mir, ich solle in einem Lokal in Deutschland Kunden zum Trinken animieren und könnte damit gutes Geld verdienen. […]. Wir bekamen Touristenvisa von ihm und reisten mit dem Zug nach Deutschland. […]. Wir betraten das Haus durch den Hintereingang und wurden nach einer kurzen Begrüßung durch den Clubbesitzer von seiner Freundin direkt auf unsere Zimmer geführt. […]. Jeanette […] wollte uns in unsere Arbeit einweisen. Nach ein paar Sätzen wurde Lara und mir klar, dass es hier um mehr ging, als um Getränkeanimation, nämlich um Prostitution. Wir erklärten, dass sei so nicht abgemacht, wir wollten so nicht arbeiten. Jeanette zeigte uns eine Frau in der Ecke mit Blutergüssen im Gesicht. »Die wollte auch

nicht arbeiten, der Chef ist da nicht sehr feinfühlig. Er hat schließlich eine Menge Geld für euch bezahlt. Das müsst ihr erst abarbeiten, dann dürft ihr gehen, wohin ihr wollt. Ohne uns kommt ihr sowieso nicht weit, denn wir haben eure Pässe und euren Geldbeutel«." (Tatjana F., zitiert in Ackermann u.a. 2005, 25ff.)

Ein Einzelschicksal und doch kein Einzelfall. Menschenhandel, Frauenhandel und Zwangsprostitution sind globale, vielschichtige und allgegenwärtige Probleme. Schätzungen der International Organization for Migration belegen dies. Weltweit werden Tag für Tag mindestens 2,5 Millionen Menschen durch Menschenhandel ausgebeutet (vgl. Belser 2005, 5). Hinter jeder Zahl verbirgt sich ein Einzelschicksal mit subjektiv schmerzvollen Erfahrungen.

Wenn der Handel mit der Ware Mensch allgegenwärtig ist, stellt sich die Frage nach der Existenz in Europa und der Bundesrepublik Deutschland. Lassen sich Ausmaß, Ablauf und Ursachen identifizieren? Wer ist Täter und wer Opfer? Welche europäischen Länder sind betroffen? Über welche Handlungsmöglichkeiten verfügt Soziale Arbeit, um diesem Phänomen zu begegnen und mit ihm umzugehen?

Mit der vorliegenden Diplomarbeit soll ein Beitrag zur Aufklärung über die Phänomene Menschenhandel, Frauenhandel und Zwangsprostitution geleistet werden. Da der Handel in der überwiegenden Zahl der Fälle mit Frauen betrieben wird, beschäftigt sie sich hauptsächlich mit der Thematik Frauenhandel. Schwerpunktmäßig betrachtet sie den Handel im europäischen und deutschen Raum.

Sie befasst sich mit der Stellung der Sozialen Arbeit im Aufgabenfeld Frauenhandel. Es wird der Frage nachgegangen, welche Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit zur Verfügung stehen, und welche strukturellen Grenzen ihr gesetzt sind. Untersucht wird, in welchen Spannungsfeldern sich Soziale Arbeit in diesem Aufgabenfeld bewegt, und inwieweit ihre Unterstützungsangebote hilfreich für die Betroffenen sind.

Während der Recherche ergaben sich Schwierigkeiten und Hindernisse. Da die Dunkelziffer hoch ist, gibt es über das Ausmaß und den Ablauf des Frauenhandels lediglich Schätzungen. Zahlen und Statistiken sind global gehalten und lassen kaum nationale Aussagen zu. Wie die Ergebnisse vorhandener Schätzungen und Studien zustande gekommen sind, wird oftmals nicht deutlich. Geeignete Literatur über die

Soziale Arbeit mit Frauenhandelsopfern gibt es wenig. Grundlagenmaterial war zu großen Teilen nur dem Internet in Form „grauer Literatur“ zu entnehmen. Internetseiten und Jahresberichte der Beratungsstellen sowie Veröffentlichungen des Dachverbandes waren Grundlage für Aussagen und Beschreibungen des derzeitigen beruflichen Handelns.

Aufgrund der genannten Schwierigkeiten erhebt die Arbeit keinen Anspruch auf eine umfassende und allgemeingültige Untersuchung der Sozialen Arbeit mit Frauenhandelsopfern. Sie will lediglich einen Beitrag zur Auseinandersetzung mit dem Thema Frauenhandel in Europa und Deutschland leisten, um die weitgehende Unsichtbarkeit des Phänomens und die Einzelschicksale ein Stück sichtbarer zu machen.

Die Arbeit beginnt mit einem geschichtlichen Überblick über die Entwicklung von Prostitution und Menschenhandel von der Antike bis zur Gegenwart. Prostitution ist das älteste Gewerbe der Welt. Ihre Verbindung zum Menschenhandel soll aufgezeigt werden.

Die Begriffe Menschenhandel, Frauenhandel und Zwangsprostitution werden im dritten Kapitel erläutert. Berücksichtigt werden internationale, europäische und nationale Dokumente sowie Begriffsauffassungen verschiedener Organisationen. Es erfolgt eine Abgrenzung zu ähnlichen Phänomenen. Abschließend wird eine eigenständige Begriffsbestimmung gegeben, der anschließend gefolgt wird.

Das vierte Kapitel zeigt Ausmaß und Ablauf des Frauenhandels. Veranschaulicht wird sowohl die weltweite als auch die regionale Dimension des Frauenhandels. Dabei wird die Bedeutung des europäischen Raumes im Rahmen des Frauenhandels skizziert. Darauf aufbauend werden Ablauf und Phasen des Frauenhandels dargestellt. Herkunfts- und Zielländer werden beschrieben und der Verlauf des Frauenhandels konkretisiert.

Ein Einblick in die Faktoren, die für den Frauenhandel als ursächlich und begünstigend gelten, wird im fünften Kapitel gegeben. Wegen der Komplexität des Themas und der Individualität von Ursachen beschränkt sich die Arbeit hier auf die Hauptursachen.

Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit sind Gegenstand des sechsten Kapitels. Im Rahmen der Interventionsmöglichkeiten wird zunächst die Entstehung der Sozialen Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld

beschrieben. Lokale und nationale Handlungsansätze und differenzierte Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit werden veranschaulicht. Ferner werden strukturelle Grenzen und praktische Probleme im Umgang mit Frauenhandelsopfern herausgearbeitet und ihre Bedeutung für den Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Das siebte Kapitel analysiert Spannungsfelder der Sozialen Arbeit im Umgang mit Frauenhandelsopfern. Definition, Auftrag und das „doppelte Mandat“ der Sozialen Arbeit werden aufgezeigt, um den Kern Sozialer Arbeit zu identifizieren. Strukturelle Rahmenbedingungen und Probleme im Umgang mit Opfern werden dem Selbstverständnis der Sozialen Arbeit und dem doppelten Mandat gegenüber gestellt. Die sich daraus ergebenden Spannungsfelder werden beschrieben, und die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld wird bewertet. Abschließend wird die Frage aufgeworfen, wie Soziale Arbeit einen Beitrag zur Reduktion von Spannungsfeldern und zur Optimierung der Opferbetreuung leisten kann. Dies wird mit dem Konzept „Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession“ aufgezeigt.

Personenbezeichnungen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet. Sie schließen das jeweils andere Geschlecht mit ein.

3. Historischer Überblick über die Entwicklung von Prostitution und Menschenhandel

Erste staatliche Bordelle wurden im antiken Griechenland durch Solon (630-560 v. Chr.) eingerichtet. Solon sah die hohen Gewinne, die sich durch diese Einrichtungen erwirtschaften ließen, und er war der Auffassung, dass ihre Institutionalisierung junge Athenerinnen vor männlichen Übergriffen schütze (vgl. Malkmus 2005, 22). Sklavinnen wurden vom Staat angekauft, um die Arbeit in den Bordellen zu verrichten. Das Leben der Frauen war reglementiert. Die Löhne waren niedrig. Ein Bordellbesuch war jedem Bürger möglich (vgl. Hofmann 2002, 51).

Im vorchristlichen Rom zeigten sich zeitgleich erste Ansätze von Menschenhandel. Die Bordelle standen hier unter privater Verwal-

tung. Sie wurden durch steigende Nachfrage größer und zahlreicher. Es entstand Wettbewerb, sodass Agenten in ferne Gebiete gesandt wurden, um der Nachfrage nach neuen Gesichtern gerecht zu werden. So wurden ausländische Frauen und Mädchen auch gegen ihren Willen rekrutiert (vgl. Rolf 2005, 46; Hofmann 2002, 52).

Während in Griechenland der Staat selbst als Bordellbetreiber fungierte und das Zwangsverhältnis etablierte, sind in Rom erste Ansätze eines überregionalen Handels erkennbar.

Die „Frauenhäuser" des Mittelalters unterstanden den Landesherren. Sie betrieben die Bordelle entweder selbst oder verpachteten sie. Die Prostituierten waren in Zünften organisiert. Dies gab ihnen zwar weitreichende Sicherheit, führte aber auch zur sozialen Ausgrenzung. Sexuelle Befriedigung durch käufliche Liebe wurde als natürliches Bedürfnis anerkannt, die Institutionalisierung der Prostitution aus Gründen der öffentlichen Sicherheit erlaubt. Die Prostituierten wurden verachtet und von der Gesellschaft ausgeschlossen. Sie wurden zu einer bestimmten Kleiderordnung angehalten, um sie von frommen Bürgerstöchtern unterscheiden zu können. Sie durften keinen Schmuck tragen und mussten sich an bestimmte Verhaltensvorschriften halten (vgl. Malkmus 2005, 27). Es wurde nicht gebilligt, Einheimische in die Frauenhäuser aufzunehmen. Um den Schutz der Frauen und Töchter der Städte zu gewährleisten, wurden ausländische Frauen rekrutiert und verschleppt (vgl. Rolf 2005, 47).

Im 19. Jahrhundert wurde Prostitution mit der Novellierung des § 361 Reichsstrafgesetzbuch (RStGB) 1876 grundsätzlich unter Strafe gestellt. Der Polizei war es zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung erlaubt, Konzessionen zur gewerbsmäßigen Unzucht zu erteilen. Frauen, die dem Gewerbe nachgehen wollten, mussten sich in „Kontrollmädchen"-Listen registrieren lassen und wurden auf staatlich anerkannte Bordelle verwiesen (vgl. Malkmus 2005, 45). Eine Entlassung bzw. Streichung aus diesen Listen war so gut wie unmöglich. Dies lag im Ermessen der Polizei. Der Status „Kontrollmädchen" wurde bei einem Umzug an die neue Gemeinde weiter geleitet (vgl. Hofmann 2002, 56). Ein Ausstieg aus der Prostitution war faktisch ausgeschlossen. Die Polizei durfte den Freiraum der Prostituierten örtlich und zeitlich einschränken. Die Prostituierten mussten sich regelmäßigen gesundheitlichen Untersuchungen unterziehen, um eine Ver-

breitung von Geschlechtskrankheiten zu verhindern. Polizeiliche Kontrollen waren willkürlich. Jede Frau, die verdächtig erschien wurde aufgegriffen, und es wurde eine Zwangsuntersuchung angeordnet. Viele Frauen wurden unrechtmäßig aufgegriffen und der Prostitution beschuldigt (vgl. Schmackpfeffer 1989, 21).

§ 361 RStGB zeigt die Doppelmoral der damaligen Gesellschaft. Prostitution war per Gesetz verboten, durfte aber mit Konzession in den Bordellen ausgeübt werden. Wurde eine Frau außerhalb der Bordelle aufgegriffen, machte sie sich strafbar. Sie kam unter Umständen ins Gefängnis. Prostitution fand geographisch und gesellschaftlich isoliert, aber organisiert, statt. Die ausschließliche Ausübung der Prostitution in den staatlichen Bordellen konstituierte ein starkes Abhängigkeitsverhältnis vom Bordellbetreiber.

Parallel dazu entwickelte sich der Menschenhandel zu einem international organisierten Geschäft. Die Anwerbemethoden wurden professioneller. Frauen und Mädchen wurden durch Stellenvermittlungsagenturen, Engagements in scheinbaren Künstlergruppen oder durch Scheinehen angeworben (vgl. Dreixler 1998, 192). Vorwiegend aus verarmten ländlichen Regionen wurden sie ins Zielland verbracht.

Die gesetzlichen Bestimmungen des 19. Jahrhunderts erleichterten es den Menschenhändlern, Frauen und Mädchen unter Ausschluss der Öffentlichkeit zu handeln. Frauenhandel entwickelte sich so zu einem wichtigen Standbein des Bordellsystems, während der Menschenhandel ein international organisiertes Ausmaß erreichte (Rolf 2005, 51).

Mit der Machtübernahme 1933 erließ Hitler das „Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ und verschärfte die Verfolgung von Prostituierten. Aus Sicht der Nationalsozialisten stellten sie ein Gesundheitsrisiko für die Gesellschaft dar. Auch Frauen, welche häufig wechselnde Geschlechtspartner hatten oder sich freizügiger und somit sexuell unangepasst verhielten, galten als Prostituierte (vgl. Paul 2006, 92).

Zur Vermeidung von Homosexualität und Geschlechtskrankheiten unter den Soldaten wurden staatliche Bordelle für Wehrmachtsangehörige und an Truppenstandorten der Schutzstaffel (SS) eingerichtet. Zugleich diente die Prostitution der potenziellen Leistungssteigerung und damit der Stärkung der Wehrkraft der Soldaten. In den Konzentrationslagern entstanden ebenfalls Bordelle zur Steigerung der Arbeits-

leistung sowie zur Vermeidung sexueller Beziehungen zwischen deutschen und ausländischen Inhaftierten (vgl. ebd., 95; 99). Frauen konnten sich freiwillig zu dieser Arbeit melden. Sie wurden mit dem Versprechen besserer Lebensbedingungen und frühzeitiger Entlassung angeworben. Bordellarbeit war damit eine Chance zum Überleben (vgl. ebd., 97f.). Zu Beginn der Rekrutierung wählte die SS Frauen aus, die bereits in der Prostitution tätig waren. In den letzten Kriegsjahren nutzte die SS jede Möglichkeit, Frauen zu rekrutieren. Frauen aus Osteuropa, Griechenland, Frankreich und Jugoslawien wurden verschleppt und zur Prostitution in den Bordellen gezwungen (vgl. Dreixler 1998, 194).

Der Staat trat in der Zeit des Nationalsozialismus selbst als Menschenhändler und Begründer des Zwangsverhältnisses auf. Prostitution wurde zur Stabilisierung des Regimes genutzt.

In der Nachkriegszeit führten Perspektivlosigkeit und Armut zum Anstieg der Prostitution deutscher Frauen in den Besatzungszonen. Das Angebot war mehr als ausreichend. Ein Handel erschien nicht von Nöten (vgl. Hofmann 2002, 69f.). Die Existenz einzelner Menschenhandelsopfer wurde mit Selbstverschulden der naiven Opfer gerechtfertigt und banalisiert. In den 50er und 60er Jahren war Deutschland aufgrund des eigenen Überangebots an Prostituierten ein Exportland. Deutsche Frauen sollen vor allem nach Südamerika, Afrika und in den Nahen Osten gehandelt worden sein (vgl. Rolf 2005, 58). Bedarf gab es insbesondere in den Ländern, in denen Sexualität weitgehend tabuisiert war (Naher Osten) oder in denen weiße Frauen als Exoten galten.

Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung Deutschlands in den 50er und 60er Jahren, dem wachsendem Konsumverhalten und der sich lockernden Sexualmoral in den 70er Jahren entstand ein großes Angebot an Etablissements und sexuellen Dienstleistungen (vgl. Malkmus 2005, 59f.).

Zurzeit ist die Ausübung der Prostitution erlaubt, wird aber durch so genannte Sperrbezirksverordnungen reglementiert. Das Prostitutionsgesetz (ProstG) 2002 führte zur Abschaffung der bis dato rechtlich geltenden Sittenwidrigkeit und zur annähernden Gleichstellung mit anderen Dienstleistungsbereichen.[1]

[1] Eine ausführliche Darstellung des ProstG findet sich bei Mitrović u. a. 2007, 23ff.

Zur Zahl der Frauen, die in der Prostitution arbeiten, gibt es keine zuverlässigen Angaben. Schätzungen schwanken stark.[2] Schwierigkeiten ergeben sich hauptsächlich dadurch, dass einige Frauen die Tätigkeit gelegentlich, begrenzt oder nur nebenbei betreiben. Einigkeit herrscht aber darüber, dass mehr als die Hälfte der Prostituierten Migrantinnen sind, vor allem aus Osteuropa (vgl. Mitrović u. a. 2007, 22). Die Tendenz ist steigend. Die EU-Osterweiterung vereinfachte Reise- und Aufenthaltsmöglichkeiten für Frauen aus Osteuropa. Die dadurch gesteigerte Konkurrenz führte zum Anstieg der Billigprostitution mit geringeren Profiten, vielen zu bedienenden Freiern und immer extremer werdenden Praktiken. Davon besonders betroffen sind Migrantinnen. Die gleichzeitige Ausweitung von Wohnungs- und Privatclubprostitution machte die Prostitutionsszene unübersichtlich und erschwert auch heute noch polizeiliche Kontrollen. Hauptsächlich ist es aber die

„[…] gesellschaftliche Tabuisierung und Diskriminierung der Prostitution […], die die Arbeitsbedingungen […] unkontrolliert und damit zwangsläufig schlecht bis menschenunwürdig macht“ (ebd., 22).

Prostitution findet gegenwärtig geographisch und gesellschaftlich isoliert statt und ist daher immer noch für Ausbeutungs- und Abhängigkeitsstrukturen anfällig. Das begünstigt den Menschenhandel.

„Moderner“ Menschenhandel begann mit dem Aufkommen des Massentourismus und dem damit einhergehenden Sextourismus in den 70er Jahren. Frauen aus Südostasien, Afrika und Lateinamerika wurden nach Europa und Deutschland gehandelt (vgl. BMI und BMJ 2001, 105). Derzeit lässt sich ein wachsendes Ausmaß dieser Kriminalitätsform sowie eine Perfektionierung der Anpassung von Tätergruppierungen erkennen. So ist der wachsende Anteil osteuropäischer Frauen seit Beginn der 90er Jahre ein Beispiel für die Flexibilität von Tätergruppierungen.

„Sie verstehen es, auf politische, wirtschaftliche und geographische Veränderungen schnell zu reagieren und diese zur Optimierung […] auszunutzen.“ (Hofmann 2002, 391).

[2] Kleiber/Velten (1994) vergleichen verschiedene Schätzungen zur Prostituiertenzahl in Deutschland. Die Zahlen schwanken von 50.000 bis 400.000 vgl. Kleiber/Velten 1994, 10ff.

4. Menschenhandel-Frauenhandel-Zwangsprostitution

Menschenhandel, Frauenhandel und Zwangsprostitution sind voneinander abzugrenzen. Frauenhandel und Zwangsprostitution sind begrifflich weitestgehend festgeschrieben. Menschenhandel wird in verschiedenen Dokumenten unterschiedlich erklärt.

4.1 Menschenhandel - ein pluralistischer Begriff

4.1.1 Palermo-Protokoll

Im Jahre 2000 trat das „Zusatzprotokoll zur Verhütung, Bekämpfung und Bestrafung des Menschenhandels, insbesondere des Frauen- und Kinderhandels, zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität“ (Palermo-Protokoll) in Kraft. Als erstes international verbindliches Abkommen enthält das Protokoll eine einheitliche und rechtsverbindliche Definition des Begriffs.

Im Sinne des Palermo-Protokolls

„bezeichnet der Ausdruck «Menschenhandel» die Anwerbung, Beförderung, Verbringung, Beherbergung oder Aufnahme von Personen durch die Androhung oder Anwendung von Gewalt oder anderen Formen der Nötigung, durch Entführung, Betrug, Täuschung, Missbrauch von Macht oder Ausnutzung besonderer Hilflosigkeit oder durch Gewährung oder Entgegennahme von Zahlungen oder Vorteilen zur Erlangung des Einverständnisses einer Person, die Gewalt über eine andere Person hat, zum Zweck der Ausbeutung. Ausbeutung umfasst mindestens die Ausnutzung der Prostitution anderer oder andere Formen sexueller Ausbeutung, Zwangsarbeit oder Zwangsdienstbarkeit, Sklaverei oder sklavereiähnliche Praktiken, Leibeigenschaft oder die Entnahme von Organen.“

„ist die Einwilligung eines Opfers des Menschenhandels in die [oben] genannte beabsichtigte Ausbeutung unerheblich, wenn eines der [oben] genannten Mittel angewendet wurde.“

„gilt die Anwerbung, Beförderung, Verbringung, Beherbergung oder Aufnahme eines Kindes zum Zweck der Ausbeutung auch dann als Menschenhandel, wenn dabei keines der [oben] genannten Mittel angewendet wurde." (Palermo-Protokoll 2000, Art.3)

Das Palermo-Protokoll verpflichtet im ersten Teil die einzelnen Staaten zur Kriminalisierung der Taten. Im zweiten Teil folgen Bestimmungen zum Opferschutz. Im dritten Teil fordert das Palermo-Protokoll das Vorlegen weitreichender Konzepte zur Bekämpfung des Menschenhandels.

Im Gegensatz zu seinen Vorläufern[3] enthält das Palermo-Protokoll erstmals weitere Formen der Ausbeutung. Es betrachtet nicht nur die rein sexuelle Ausbeutung sondern auch die wirtschaftliche Ausbeutung. Neben der Anwerbungs- und Beförderungsphase wird zudem die Ausbeutungsphase berücksichtigt (Herz 2005, 18f.).

Das Palermo-Protokoll ist laut Art.1 I nur in Zusammenhang mit der „Konvention der Vereinten Nationen gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität" (Palermo-Konvention) auszulegen. Ziel der Konvention ist, die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität[4] effizienter zu bekämpfen und die Zusammenarbeit von Strafverfolgungs- und Justizbehörden innerhalb der Nationen zu verbessern (vgl. Palermo-Konvention 2000, Art. 1). Grenzübertritt und Beteiligung einer organisierten kriminellen Gruppe sind somit Vorraussetzungen für den Tatbestand des Menschenhandels. Kritiker bemängeln, dass das Palermo-Protokoll weitreichende Vorschriften zum Opferschutz enthält (vgl. ebd., Art.6 ff.), diese aber im Ermessensspielraum der Vertragsstaaten liegen, und sie somit keine Verbindlichkeit entfalten (vgl. Follmar-Otto 2009, 36; Koopmann-Aleksin 2008, 133). In Art. 10ff. werden umfassende Maßnahmen zur Grenzsicherung und Dokumentensicherheit durch die Nationalstaaten gefordert. Sie sind im Gegensatz zum Opferschutz weitaus präziser formuliert und entfalten Ver-

[3] Eine ausführliche Darstellung erster Bestrebungen und internationaler Abkommen zur Bekämpfung des Menschenhandels findet sich bei Hofmann 2002, 258ff.

[4] Eine organisierte kriminelle Gruppe ist „eine strukturierte Gruppe von drei oder mehr Personen, die eine gewisse Zeit lang besteht und gemeinsam mit dem Ziel vorgeht, eine oder mehrere schwere Straftaten oder in Übereinstimmung mit diesem Übereinkommen umschriebene Straftaten zu begehen, um sich unmittelbar oder mittelbar einen finanziellen oder sonstigen materiellen Vorteil zu verschaffen" (Palermo-Konvention 2000, Art. 2a).

bindlichkeit. Primärer Zweck des Protokolls ist die Optimierung internationaler Strafverfolgung und illegaler Grenzübertritte.

128 Vertragsstaaten ratifizierten das Zusatzprotokoll, darunter die Europäische Union. Deutschland erließ das Gesetz zur Zustimmung zur Palermo-Konvention und den Zusatzprotokollen am 1.September 2005.

4.1.2 Europarat-Konvention

Mit dem „Übereinkommen des Europarats zur Bekämpfung des Menschenhandels“ (EU-Konvention) aus dem Jahre 2005 wurde erstmalig ein europäisches Instrument geschaffen, das den Schwerpunkt auf die Belange und den Schutz der Opfer legt. In der Präambel wird festgehalten, dass

„Menschenhandel eine Verletzung der Menschenrechte und einen Angriff auf die Würde und die Unversehrtheit des Menschen darstellt.“

„die Achtung der Rechte der Opfer, der Schutz der Opfer und Maßnahmen zur Bekämpfung des Menschenhandels oberstes Ziel sein müssen.“

„[die] Notwendigkeit zur Ausarbeitung eines umfassenden, internationalen Vertragswerks, das die Menschenrechte der Opfer des Menschenhandels und die Festlegung eines konkreten Überwachungsmechanismus zum Gegenstand hat, [besteht]“ (EU-Konvention 2005, Präambel).

Das erste Kapitel der Konvention beinhaltet den Wortlaut der Definition des Palermoprotokolls. Menschenhandel ist in der EU-Konvention aber weder an eine Grenzüberschreitung noch an die Beteiligung einer organisierten kriminellen Gruppe geknüpft (vgl. ebd., Art.2). Demnach kann Menschenhandel innerstaatlich und durch Einzelpersonen stattfinden. Umsetzung und Inanspruchnahme von Maßnahmen in den Nationalstaaten sind dabei an den Nichtdiskriminierungsgrundsatz gebunden (vgl. ebd., Art.3). Kapitel Zwei beinhaltet die Präventionsarbeit der Nationalstaaten. Die Konvention betrachtet legale Migrationswege als eine Möglichkeit der Prävention (vgl. ebd.,

Art.5 IV). Kapitel Drei zählt Maßnahmen zum Opferschutz auf, welche sich von der Sicherung des Lebensunterhalts und psychologischer Unterstützung, über den Zugang zu medizinischer Versorgung, zum Bildungssystem und Arbeitsmarkt bis hin zur rechtlichen Betreuung und Unterstützung im Strafprozess erstrecken (vgl. ebd., Art. 12). Auf die Bedeutung des „Gendermainstreamings" bei Erstellung und Umsetzung der Maßnahmen wird hingewiesen (vgl. ebd., Art. 17). Die Konvention berücksichtigt ebenfalls die Kriminalisierung von Begleiterscheinungen. Kriminalisiert werden soll der Nutzer, der die Dienste des Opfers mit dem Wissen nutzt, dass diese Person ein Opfer von Menschenhandel ist. Kriminalisiert werden sollen ebenfalls Handlungen, die dem Zweck der Ermöglichung des Menschenhandels dienen, z.B. das Fälschen von Reisedokumenten (vgl. ebd., Art. 19f.).

Der Europarat richtete eine unabhängige Expertengruppe ein, um die Umsetzung der Maßnahmen in den Staaten zu überwachen (vgl. ebd., Art. 36). Die Konvention trat am 1.Februar 2008 in Kraft. Deutschland ist Unterzeichnerstaat, ratifizierte die Konvention jedoch bis heute nicht.[5]

4.1.3 Definition des deutschen Strafrechts

Durch das 37. Strafrechtsänderungsgesetz vom 11.02.2005 wurden die Straftatbestände §180b StGB „Menschenhandel" und §181 StGB „Schwerer Menschenhandel" des Strafgesetzbuches (StGB) aufgehoben und durch die neuen Strafvorschriften §232 StGB „Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung", § 233 StGB „Menschenhandel zum Zweck der Ausbeutung der Arbeitskraft" und § 233a StGB „Förderung des Menschenhandels" ersetzt.

Gründe für die Gesetzesänderung waren die Verpflichtung aus dem Palermo-Protokoll und die große Kritik an den alten Straftatbeständen. Sie zeichneten sich durch Unübersichtlichkeit aus und wiesen Strafbarkeitslücken auf (vgl. Hofmann 2002, 381ff.). Sie befanden sich im

[5] Zum aktuellen Ratifikationsstand siehe [Format: PDF, Zeit: 21.07.2010, Adresse: http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=197&CM=1&DF=&CL= GER].

13. Abschnitt „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ des StGB und umfassten nur den Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung. Die jetzt zutreffenden Straftatbestände §§ 232, 233, 233a StGB befinden sich nun im 17. Abschnitt „Straftaten gegen die persönliche Freiheit“ des StGB.

Das StGB regelt in § 232 den „Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung“. Bestraft wird,

„Wer eine andere Person unter Ausnutzung einer Zwangslage oder der Hilflosigkeit, die mit ihrem Aufenthalt in einem fremden Land verbunden ist, zur Aufnahme oder Fortsetzung der Prostitution oder dazu bringt, sexuelle Handlungen, durch die sie ausgebeutet wird, an oder vor dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen oder von dem Täter oder einem Dritten an sich vornehmen zu lassen […]. Ebenso wird bestraft, wer eine Person unter einundzwanzig Jahren zur Aufnahme oder Fortsetzung der Prostitution […] bringt.“ (§ 232 I StGB)

den Versuch tätigt, die oben genannten Tatbestände zu begehen (vgl. § 232 II StGB).

Nach § 233 StGB „Menschenhandel zum Zweck der Ausbeutung der Arbeitskraft“ wird sanktioniert,

„Wer eine andere Person unter Ausnutzung einer Zwangslage oder der Hilflosigkeit, die mit ihrem Aufenthalt in einem fremden Land verbunden ist, in Sklaverei, Leibeigenschaft oder Schuldknechtschaft oder zur Aufnahme oder Fortsetzung einer Beschäftigung bei ihm oder einem Dritten zu Arbeitsbedingungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den Arbeitsbedingungen anderer Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer stehen, welche die gleiche oder eine vergleichbare Tätigkeit ausüben, bringt […]. Ebenso wird bestraft, wer eine Person unter einundzwanzig Jahren in Sklaverei, Leibeigenschaft oder Schuldknechtschaft oder zur Aufnahme oder Fortsetzung einer in Satz 1 bezeichneten Beschäftigung bringt.“ (§ 233 I StGB)

den Versuch tätigt, die oben genannten Tatbestände zu begehen (vgl. § 233 II StGB).

§ 233a StGB „Förderung des Menschenhandels" hingegen umschließt die Begleiterscheinungen der Straftatbestände der §§ 232, 233 StGB, indem er explizit alle Phasen des Handels benennt. Bestraft wird, wer einen anderen Menschen zum Zwecke des Menschenhandels „anwirbt,

befördert, weitergibt, beherbergt oder aufnimmt“ (§ 233a I StGB). Das Strafmaß für alle Straftatbestände wurde erhöht. Schwerer bestraft werden diejenigen, die die Tat an einem Kind begehen, das Opfer bei der Tat schwer misshandeln oder sich gewerbsmäßig zur Begehung der Tat verbunden haben (§§ 232 III, 233 III, 233a II StGB). Beim Strafmaß wird die vorsätzliche Verwendung von Gewalt, Drohung oder List zur Aufnahme oder Fortsetzung der Prostitution bzw. Arbeitsausbeutung strafverschärfend berücksichtigt. Die juristische Definition trennt klar zwischen wirtschaftlicher und sexueller Ausbeutung. Alle Paragraphen weisen drei wesentliche Merkmale zur Identifikation von Menschenhandel auf:

die Zwangslage, welche durch das Bestehen ernsthafter persönlicher oder wirtschaftlicher Bedrängnisse charakterisiert wird (vgl. SSW-StGB/ Satzger §232 13),

den Aufenthalt in einen fremden Land, als Grund für die Hilflosigkeit, und

die Schutzaltersgrenze von 21 Jahren.

Die Straftatbestände sind exakt definiert, um eine Identifizierung der Straftat und eine umfassende Sanktionierung der Täter zu ermöglichen. Trotzdem weist die Definition Lücken auf. §§ 232, 233 StGB verweisen auf den Tatbestand der Verursachung oder Förderung des Menschenhandels. Sie definieren nicht den eigentlichen Handel. Dies geschieht erst in § 233a StGB. Auch die Schutzaltersgrenze ist missverständlich. Menschenhandel liegt nach deutschem Strafrecht dann vor, wenn eine 18 bis 21-jährige Person in die Prostitution vermittelt wird.

4.1.4 Begriffsauffassungen nationaler und internationaler Organisationen

Die International Labour Organization (ILO) erkennt die Definition des Palermoprotokolls an, modifiziert sie aber. Menschenhandel ist hiernach die

„[…] Anwerbung Beförderung, Annahme, Beherbergung oder Verbringung von Personen in Beschäftigungsverhältnisse, die diese Person nicht freiwillig eingeht oder aufgrund von Drohungen oder Nötigung nicht verlassen kann.“ (Cyrus 2005, 3).

Auch die Frau, die zur Prostitution gezwungen wird, ist Opfer von Zwangsarbeit, da sie einer gleichen Bedrohung ausgesetzt ist wie der wirtschaftliche Zwangsarbeiter, unabhängig davon, ob ihre Arbeit legal, illegal oder wirtschaftlich anerkannt ist (vgl. ILO 2005, 6f.). Zwangsarbeit wird als Folge des Menschenhandels gesehen, und Menschenhandel wird primär als Verletzung der Menschenrechte von Arbeitnehmern betrachtet.

Die International Organization for Migration (IOM) definierte noch 1994 den Menschenhandel mit Wanderbewegungen. Eine Grenze musste illegal übertreten werde, ein Vermittler beteiligt sein, die eigentliche Migrationsbewegung aber freiwillig geschehen (vgl. Laczko/Gozdiak 2005, 10). Die IOM erkennt die Definition des Palermo-Protokolls an, betrachtet Menschenhandel jedoch primär als eine Form von Menschenrechtsverletzung und Ausbeutung von Migranten.

Die Definition des U.S. Department of State (U.S. DOS) ist im Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000 (TVPA) festgeschrieben. Sie stimmt weitestgehend überein mit der juristischen Definition in Deutschland (vgl. TVPA, Sec. 103). Allerdings nimmt die U.S. Regierung zur Prostitution einen außergewöhnlichen Standpunkt ein. So wird im jährlich erscheinenden “Trafficking in Persons Report“ darauf hingewiesen, dass Prostitution an sich eine illegale Tätigkeit ist, die unter keinen Umständen legalisiert werden dürfe. Sie stelle einen gravierenden Faktor für das Ausmaß des Menschenhandels und sei grundsätzlich schädlich und unmenschlich (vgl. U.S. DOS 2007, 27).

Das United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) hingegen versteht die Definition des Palermo Protokolls als Antwort der Vereinten Nationen auf die globale Herausforderung transnationaler organisierter Kriminalität (vgl. UNODC 2006, 49) und fokussiert sich auf die transnationale Strafverfolgung.

Dokumente und Sichtweisen der Organisationen verdeutlichen, dass Menschenhandel immer in einem spezifischen Kontext betrachtet wird. Das Spektrum reicht von Menschenhandel in Verbindung mit

Migrationsbewegungen über die Ausbeutung von Arbeitnehmern, als Teilaspekt der weltweiten Zwangsarbeit, bis hin zur Bekämpfung krimineller Gruppen und die Wiederherstellung verletzter Menschenrechte. Schwerpunkt- und Zielsetzungen sind nicht immer kompatibel, schon gar nicht deckungsgleich.

Strukturen von Migration, organisierter Kriminalität und Arbeitsmärkten verändern sich stetig. Damit unterliegt auch Menschenhandel einem ständigen Wandel. Dieser Wandel erschwert eine korrekte abschließende Definition. Menschenhandel soll möglichst präzise definiert werden, um ihn konkretisieren und aufspüren zu können. Eine eingrenzende Definition ist jedoch problematisch, da sie Veränderungsprozesse und Zusammenhänge unberücksichtigt lässt. Es ist sinnvoller eine Definition unter dem Vorbehalt zu erstellen, dass diese aufgrund der Dynamik des Menschenhandels nicht als endgültig und absolut angesehen werden kann. Als Grundlage für eine im Rahmen dieser Arbeit brauchbarer Begriffsbestimmung dient die Definition des Palermo-Protokolls. Sie eignet sich aufgrund ihrer internationalen Anerkennung und wird durch Anmerkungen aus der Literatur ergänzt.

Menschenhandel ist:

das Handeln im engeren Sinne (Anwerbung, Beförderung, Verbringung) und Handeln im weiteren Sinne (Aufnahme und Ausbeutung am Bestimmungsort).

verbunden mit dem notwendigen Dreiecksverhältnis, dem Mensch als Ware, dem auf seinen Vorteil ausgerichteten Händler oder Ausbeuter und dem Erwerber. Derjenige, der dieses Verhältnis erst ermöglicht, in dem er bereit ist, diese Ware zu erwerben (vgl. Dreixler 1998, 249).

Irrelevant dabei ist, ob Täter Einzelpersonen oder organisierte kriminelle Gruppen sind.

Illegitime Willensbeeinflussung in Form von „Androhung oder Anwendung von Gewalt oder anderen Formen der Nötigung, durch Entführung, Betrug, Täuschung, Missbrauch von Macht oder Ausnutzung besonderer Hilflosigkeit oder durch Gewährung oder Entgegennahme von Zahlungen oder Vorteilen“ (Palermo-Protokoll 2000, Art. 3a) ist dieser Definition immanent. Ebenso beinhaltet sie die Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts und der Bewegungs- und Entscheidungsfreiheit und die Etablierung oder Aufrechterhaltung eines Ab-

hängigkeitsverhältnisses. Ziel ist immer der ausbeuterische Zweck (vgl. Follmar-Otto 2009, 17).

Die Ausbeutung hat das Ziel, eine ständige Einnahmequelle zu generieren oder einen persönlichen Vorteil zu erlangen. Dabei muss ein Gewinn oder eine Bereicherung nicht zwangsläufig materiell sein (vgl. Mentz 2001, 148).

Ein Ortswechsel ist eine relevante Vorraussetzung. Irrelevant ist dabei das Übertreten einer Grenze. Kennzeichnend ist das Herauslösen aus dem originären sozialem Umfeld (vgl. Follmar-Otto 2009, 16)

Zusammenfassend ist Menschenhandel, ein mit einem Ortswechsel verbundener Handel im engeren bzw. weiteren Sinne mit Personen, wobei der Mensch jeweils unter illegitimer Willensbeeinflussung als Ware von einem Händler, mit dem Ziel, einen persönlichen Vorteil oder eine Bereicherung zu erlangen, gehandelt und von einem Käufer erworben wird.

4.2 Abgrenzung von Menschenhandel zu ähnlichen Phänomenen

Menschenhandel ist von den sehr ähnlichen Phänomenen und oftmals synonym verwendeten Begriffen des Sklavenhandels und Menschenschmuggels abzugrenzen.

4.2.1 Sklavenhandel

Im „Übereinkommen über die Sklaverei“ von 1926 wird Sklaverei definiert als ein

„Zustand oder die Stellung einer Person, an der die mit dem Eigentumsrechte verbundenen Befugnisse oder einzelne davon ausgeübt werden“ (vgl. Art.1 I, Übereinkommen über die Sklaverei).

Der Sklave wurde als Eigentum in einem bestehenden Rechtssystem verstanden d.h., über ihn wurde verfügt, wie über die eigene Person. Der Sklave war Objekt der Ausbeutung. Ihm wurden seine Persönlichkeitsrechte abgesprochen. Die Versklavung war dauerhaft. Die Rassenzugehörigkeit der Menschen war ausschlaggebendes Kriterium für die Versklavung (vgl. Bales 2001, 26).

Sklaverei ist seit der Unterzeichnung des Übereinkommens über die Sklaverei verboten. Die Verletzung der Rechtsgüter Selbstbestimmung, Bewegungsfreiheit und die Missachtung der Würde des Menschen waren in der klassischen Sklaverei eindeutig. Die Identifizierung verletzter Rechtsgüter ist beim Menschenhandel weitaus schwieriger. Die betroffene Person willigt meist freiwillig in ihre Verbringung und die Art der Tätigkeit ein. Die Dauer des Ausbeutungsverhältnisses ist zeitlich befristet. Ethnische Unterschiede sind nicht von Bedeutung (vgl. ebd.). Das Menschenhandelsopfer ist aktives Subjekt im Handel, während der klassische Sklave ein Objekt war. Zudem hat sich das Abhängigkeitsverhältnis von einem rechtlich abgesicherten zu einem faktischen verschoben (Dreixler 1998, 20). Menschenhandel zielt auf die Ausbeutung von Teilbereichen des Menschen, Sexualität oder Arbeitskraft, ab. Dagegen wurde der Sklave in seiner Gesamtheit ausgebeutet.

Beides ist ein Handeln mit der Ware Mensch. Trotzdem gibt es signifikante Unterschiede. Beide Begriffe sind deshalb nicht synonym zu verwenden.

4.2.2 Menschenschmuggel

Menschenschmuggel oder Menschenschleusung wird von den Vereinten Nationen im „Zusatzprotokoll gegen die Schleusung von Migranten auf dem Land-, See- oder Luftweg zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität“ (ZP Schleusung VN) definiert. Menschenschmuggel ist,

„die Herbeiführung der unerlaubten Einreise[6] einer Person in einen Vertragsstaat, dessen Staatsangehörige sie nicht ist oder in dem sie keinen ständigen Aufenthalt hat, mit dem Ziel, sich unmittelbar oder mittelbar einen finanziellen oder sonstigen materiellen Vorteil zu verschaffen.“ (ZP Schleusung VN 2000, Art.3a).

Gleichlautende deutsche Strafvorschriften finden sich in den §§ 96, 97 Aufenthaltsgesetz (AufenthG). Der Unterschied zwischen den Straftatbeständen des Menschenhandels und denen des Menschenschmuggels liegt in den zu schützenden Rechtsgütern. § 96 und § 97 AufenthG schützen die Integrität der Staatsgrenzen, während die §§ 232 ff. StGB die persönliche Freiheit des Individuums schützen. Menschenschmuggel impliziert einen Grenzübertritt, Menschenhandel kann auch innerstaatlich stattfinden. Menschenschmuggel ist gekennzeichnet durch eine einvernehmliche Leistung zum Grenzübertritt und endet mit dem Ankommen der Person im Zielland. Menschenhandel zielt primär auf die Ausbeutung der Person im Zielland ab (vgl. Oberloher 2003, 110). Begrifflich sind die Straftatbestände klar abgetrennt. Tatsächlich gibt es oft Überlappungen. Sobald eine Grenze in der Verbringungsphase der Betroffenen illegal übertreten wird, ist Menschenschmuggel ein Teilbereich des Menschenhandels. Menschenschmuggel kann ebenso in Menschenhandel münden. Die zuerst freie Entscheidung zur Schleusung kann auf Täuschung beruhen, oder das Abarbeiten des Schleuserlohns im Zielland mündet in der Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts und führt direkt in den Menschenhandel (vgl. Cyrus 2005, 3).

[6] Eine unerlaubte Einreise ist „das Überschreiten von Grenzen, ohne die erforderlichen Voraussetzungen für die erlaubte Einreise in den Aufnahmestaat zu erfüllen“ (ZP Schleusung VN 2000, Art. 3b)

4.3 Frauenhandel und Zwangsprostitution

4.3.1 Der geschlechtsspezifische Aspekt des Menschenhandels

Die Definitionen und Begriffsbestimmungen von Menschenhandel sind geschlechtsneutral abgefasst (vgl. 4.1). Tatsächlich kann Menschenhandel aber nicht geschlechtsneutral betrachtet werden.

Die erste globale Schätzung der ILO über Zwangsarbeit als Folge von Menschenhandel zeigt, dass Frauen und Mädchen 98% der sexuell Ausgebeuteten ausmachen und 56% der wirtschaftlich Ausgebeuteten (vgl. Belser u. a. 2005, 6). Weltweit sind das 1.988.000 Frauen und Mädchen gegenüber 512.000 Männern und Jungen, die sexuell und wirtschaftlich ausgebeutet werden.[7] Das U.S. DOS beziffert den Anteil der Mädchen und Frauen, die transnational gehandelt werden, auf 80% (vgl. U.S. DOS 2008, 7). In Deutschland sind die ermittelten Opfer von Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung zu 87% weiblich (vgl. BKA 2010, 8). Die im Frühjahr 1997 auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) errichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe Frauenhandel verdeutlicht allein durch ihre Bezeichnung, dass Menschenhandel keinesfalls geschlechtsneutral ist.

Der Begriff Frauenhandel betont den hohen Anteil weiblich gehandelter Personen zum Zwecke der Ausbeutung und ist als geschlechtspezifischer Aspekt des Menschenhandels zu betrachten.

4.3.2 Das Ziel des Frauenhandels - Die Zwangsprostitution

Frauen werden in die verschiedensten Ausbeutungsverhältnisse gehandelt. Unterschieden wird zwischen wirtschaftlicher Ausbeutung und sexueller Ausbeutung. Wirtschaftliche Ausbeutung umfasst alle

[7] Grundlage der Berechnung sind die Angaben der ILO über die Anzahl der Menschen in Zwangsarbeit als Folge von Menschenhandel (vgl. Belser 2005, 5) und die Aufteilung der Zwangsarbeit nach Geschlecht (Belser u. a. 2005, 6).

Bereiche außerhalb der Sexindustrie (vgl. Belser 2005, 3). Frauen werden im Dienstleistungsbereich als private Haushaltshilfe, Pflegepersonal, Reinigungskraft oder als Au-Pair Mädchen ausgebeutet.

Die sexuelle Ausbeutung von Frauen umfasst die Ausbeutung in der Prostitution, der sogenannten Zwangsprostitution, sowie die Ausbeutung in anderen Formen kommerzieller sexueller Aktivitäten wie z.B. Pornographie (vgl. ebd., 3).

Der Begriff Zwangsprostitution ist in der Literatur umstritten. Kritiker behaupten, der Begriff sei irreführend. Betroffene würden oftmals nicht zur Prostitution gezwungen, sondern müssten nur im Rahmen der Prostitution unter menschenunwürdigen Bedingungen arbeiten (vgl. Prasad 2008b, 67). Ausbeutung in der Prostitution stelle nur eine bestimmte Form der Arbeitsausbeutung dar, da sich Zwangarbeitssituationen durch die Art der Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber konstituieren, nicht aber durch die Art der Tätigkeit und deren wirtschaftlicher Anerkennung (vgl. ILO 2005, 6f.). Ausbeutung in der Prostitution wäre demnach gleichzusetzen mit der Ausbeutung im Dienstleistungsbereich und sexuelle Ausbeutung nur eine Form der Arbeitsausbeutung.

Unter dem Aspekt der Rechtsgutverletzung erscheint dies widersprüchlich. Sexuelle Ausbeutung ist mehr als die Ausbeutung der Arbeitskraft. Sie verletzt gezielt das sexuelle Selbstbestimmungsrecht. Sie impliziert einen größeren Eingriff in die persönliche Freiheit sowie in die Individualität und Intimität einer Person.

Der Begriff Zwangsprostitution soll daher bewusst benutzt werden, um die Differenzierungen der Ausbeutungsformen zu erhalten, und um den Ausbeutungsgrad nicht zu nivellieren. Die unterschiedlichen Formen des Zwangs werden nicht untersucht. Der Begriff Zwangsprostitution impliziert, dass Zwang seitens einer weiteren Person ausgeübt und dadurch die Beendigung der Tätigkeit verhindert wird.

Frauen sind als Menschenhandelsopfer deutlich in der Überzahl. Der Handel mit ihnen dient fast ausschließlich der sexuellen Ausbeutung. Ohne die Bedeutung von Männern als Opfer von Menschenhandel zu

verkennen, wird ausschließlich der Frauenhandel in die Zwangsprostitution betrachtet.[8]

5. Der Handel mit der Ware Frau - Ausmaß und Ablauf

5.1 Ausmaß

5.1.1 Globale Dimension

Konkrete Zahlen über das Ausmaß des Menschen und Frauenhandels liegen nicht vor. Dies liegt an der hohen Dunkelziffer und den Schwankungen der Schätzungen aufgrund unterschiedlicher Begriffsauffassungen.

Die ILO schätzt die weltweite Zwangsarbeit in Folge von Menschenhandel mit Hilfe der statistischen Methode „Capture-Recapture“9 und kommt dabei zu einer Mindestschätzung, welche die untere Grenze der Gesamtzahl der weltweiten Menschenhandelsopfer darstellt.[10] Die ILO berücksichtigt nationalen wie internationalen Menschenhandel.

2,5 Millionen Menschen befinden sich zu einem gegebenen Zeitpunkt weltweit in Zwangsarbeit in Folge von Menschenhandel (vgl. Belser 2005, 5). 1,4 Millionen werden sexuell ausgebeutet, weitere 1,1 Millionen wirtschaftlich.[11] Frauen und Mädchen stellen mit je 98% und 56% die größte Gruppe (vgl. Belser u. a. 2005, 6).

Die IOM und das U.S.DOS beziffern die jährliche Zahl transnational gehandelter Menschen auf 800.000 (vgl. U.S. DOS 2008, 7; IOM o. J.,

[8] Da Kinder eines besonderen Schutzes bedürfen beschränkt sich die Ausarbeitung vorrangig auf volljährige Frauen.

[9] „Capture-Recapture“, auch bekannt als doppelte Stichprobenziehung, ist eine anerkannte statistische Methode, die zur Schätzung von schwierig zu bestimmenden Menschenpopulationen verwendet wird.

[10] Die Schätzungen beruhen auf den Angaben weltweiter Organisationen zu tatsächlichen Fällen von Zwangsarbeit und Menschenhandel im Zeitraum von 1995-2004 (vgl. Belser u. a. 2005, 4). Eine ausführliche Darstellung der Methodologie findet sich bei ebd., 13ff.

[11] Wirtschaftliche Ausbeutung umfasst alle Bereiche außerhalb der Sexindustrie. Sexuelle Ausbeutung impliziert Zwangsprostitution und weitere kommerzielle sexuelle Aktivitäten wie z.B. Pornographie (vgl. Belser u. a. 2005, 11).

2). Die unterschiedlichen Zahlen lassen sich auf verschiedene Ansätze zurückführen. Die ILO berücksichtigt innerstaatlichen Menschenhandel, das U.S. DOS und die IOM schätzen lediglich die transnationalen Opfer. Ungeachtet der Differenzen sind die Zahlen groß und verdeutlichen das weltweite Ausmaß.

Der Umfang des Handels wird durch die Zahlen der weltweiten Profite, die sich mit Menschenhandel erwirtschaften lassen, weiter verdeutlicht. 31,6 Milliarden US$ Gewinn werden jährlich erzielt.[12] Dabei entfallen 3,8 Milliarden US$ auf die wirtschaftliche Ausbeutung und 27,8 Milliarden US$ auf die sexuelle Ausbeutung (vgl. Belser 2005, 11,15). Diese Einnahmen sind, neben den auf anderen illegalen Märkten erzielten Gewinnen, eine bedeutende Summe im Wirtschaftskreislauf.

5.1.2 Regionale Dimension

Für eine differenzierte Betrachtung des Ausmaßes auf europäischer und deutscher Ebene liegen keine konkreten Zahlen vor. Sie lassen sich aber anhand der ILO Schätzung erahnen. Die ILO unterteilt die Welt in sechs Subregionen. Die relevanten Subregionen sind die Subregion der „Transformationsländer“ und die der „Industrieländer“. Transformationsländer sind die osteuropäischen Länder und die Länder der Gemeinschaft unabhängiger Staaten, d.h. die Länder der ehemaligen Sowjetunion. Industrieländer sind alle Länder West- und Südeuropas, dazu Australien, Kanada, Japan, Neuseeland und Amerika.[13]

Zu einem gegebenen Zeitpunkt sind 270.000 Menschen in den Industrieländern und 200.000 in den Transformationsländern Opfer von Menschenhandel. Der Menschenhandel in diesen Ländern ist für 75% der Zwangsarbeit verantwortlich (vgl. ILO 2005, 16).

Die Industrieländer und Transformationsländer haben eine besonders exponierte Stellung bei der sexuellen Ausbeutung mit Schwerpunkt

[12] Eine ausführliche Darstellung der Methodologie findet sich bei ILO 2005, 67.
[13] Eine ausführliche Darstellung der Länder findet sich im Anhang 1.

Zwangsprostitution. Nirgendwo sonst ist der Anteil derjenigen, die in die kommerzielle sexuelle Ausbeutung gehandelt werden, prozentual so hoch. Ca. 71% der gehandelten Personen werden in den Industrieländern sexuell ausgebeutet. In den Transformationsstaaten sind es sogar 91% (vgl. ebd., 15). Das sind in den Industriestaaten ca. 187.866 Frauen, die zu einem gegebenen Zeitpunkt sexuell ausgebeutet werden.[14] Der erwirtschaftete Gewinn beläuft sich in den Industrieländern auf 13,3 Millionen US$ und in den Transformationsstaaten auf 3,2 Millionen US$ (vgl. Belser 2005, 15). Folglich wird in den Industriestaaten fast die Hälfte des weltweiten Gewinns durch sexuelle Ausbeutung in Folge von Menschenhandel erwirtschaftet.

Die Industriestaaten und Transformationsstaaten sind somit Spitzenreiter bei der sexuellen Ausbeutung. Der überwiegende Teil der sexuell Ausgebeuteten, die in die Zwangsprostitution gehandelt werden, sind Frauen. Die Industriestaaten nehmen bei der Erzielung der weltweiten Gewinne eine Sonderstellung ein. So erzielen hier ca. 14% der weltweit sexuell ausgebeuteten Frauen fast 50% des weltweiten Gewinns. Nirgendwo sonst werden solch hohe Gewinne mit der Zwangsprostitution erwirtschaftet. Demnach sind die Industriestaaten, inklusive Europa und Deutschland, ein lukrativer, wenn nicht sogar der lukrativste, Markt für den Handel mit der Ware Frau in die Zwangsprostitution.

5.2 Herkunfts- und Zielländer des Handels in Europa

5.2.1 Herkunftsländer

In den 70er und 80er Jahren kamen gehandelte Frauen vorrangig aus Südostasien, Afrika und Lateinamerika.[15] Seit Ende der 80er Jahre mit

[14] Ausgangszahl war die Angabe der ILO, über die Zwangsarbeit in Folge von Menschenhandel in den Industrieländern (vgl. ILO 2005, 16). Von dieser Gesamtzahl werden 71% sexuell ausgebeutet (vgl. ebd., 15), hier von sind 98% Frauen (vgl. Belser u. a. 2005, 6). Diese prozentuale Berechnung ergibt die genannte Gesamtzahl der sexuell ausgebeuteten Frauen in den Industrieländern.

[15] Eine ausführliche Darstellung der unterschiedlichen Herkunftsländer in Deutschland findet sich bei Sieber/Bögel 1993, 200.

Öffnung der Grenzen nach Osteuropa sind Opfer von Frauenhandel vorrangig Frauen aus osteuropäischen Staaten (vgl. BMI/BMJ 2001, 105).

Bestimmte osteuropäische Länder (OEL) und Länder der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) weisen eine signifikante Stellung als Herkunftsländer für den Handel nach West- und Südeuropa auf. Dies ist der anliegenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 1: Beteiligungsgrad osteuropäischer Staaten und der GUS am Frauenhandel in ihrer Funktion als Herkunfts-, Transit- und Zielland; Quelle: Eigene Darstellung.[16]

Staaten	Herkunftsland	Transitland	Zielland
Albanien	SH	SH	M
Bosnien-Herzegowina	M	H	H
Bulgarien	SH	SH	M
Estland	H	SN	M
Kroatien	M	M	M
Lettland	H	N	M
Litauen	SH	N	M
Mazedonien	M	H	M
Moldawien	SH	N	SN
Polen	H	SH	H
Rumänien	SH	H	N
Russische Föderation	SH	M	M
Serbien u. Montenegro	M	H	M

[16] Eigenständig entwickelte Übersicht auf Grundlage der Angaben der UNODC über die Häufigkeit berichteter Fälle, in denen die OEL und GUS-Staaten als Herkunfts-, Transit- und Zielländer fungierten (vgl. UNODC 2006, 18ff.). Die Daten beruhen auf den Angaben weltweiter Organisationen in 161 Ländern zu tatsächlichen Fällen von Menschenhandel im Zeitraum von 1996-2003. Insgesamt wurden 4.950 Fälle von Menschenhandel registriert. Eine ausführliche Darstellung der Methodologie findet sich bei UNODC 2006, 109ff.

Slowakei	H	H	SN
Slowenien	M	N	N
Tschechische Republik	H	H	H
Ukraine	SH	H	M
Weißrussland	M	M	K.A.

Anmerkungen: SH = Sehr Hoch; H= Hoch; M = Mittel; N = Niedrig; SN = Sehr Niedrig; K.A. = Keine Angaben

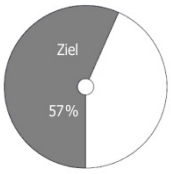
Als signifikante Herkunftsstaaten lassen sich identifizieren:

Albanien, Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Moldawien, Polen, Rumänien, Russland, Slowakei, Tschechische Republik und die Ukraine.

Viele Staaten sind zugleich Herkunfts-, Transit- und Zielland, wie z.B. Polen oder die Tschechische Republik. Eine strikte Trennung zwischen Herkunfts-, Transit- und Zielland ist nur in seltenen Fällen möglich.

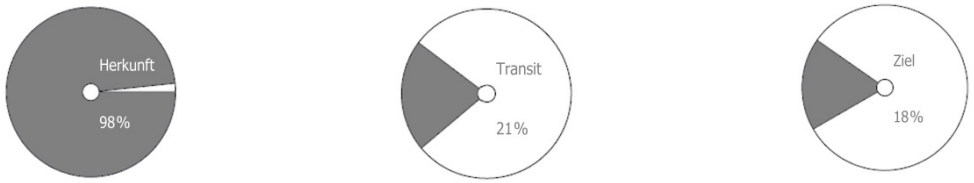
Folgende Graphiken zeigen in welchem Verhältnis die OEL und GUS-Staaten als Herkunft-, Transit und Zielregionen benutzt werden.

Abbildung 1: Prozentualer Anteil für Osteuropa als Herkunfts-, Transit- und Zielregion; Quelle: UNODC 2006, 26.[17]



[17] Die Angaben beziehen sich auf die von 60 Institutionen berichteten Fälle, in denen Osteuropa als Herkunfts-, Transit-, oder Zielregion diente. Die Daten beruhen auf den Angaben weltweiter Organisationen in 161 Ländern zu tatsächlichen Fällen von Menschenhandel im Zeitraum von 1996-2003. Insgesamt wurden 4.950 Fälle von Menschenhandel registriert. Eine ausführliche Darstellung der Methodologie findet sich bei UNODC 2006, 109ff.

Abbildung 2: Prozentualer Anteil für die Gemeinschaft unabhängiger Staaten als Herkunfts-, Transit- und Zielregion; Quelle: UNODC 2006, 28.[18]



Osteuropa ist vorrangig Herkunftsregion aber auch Transit- und Zielregion. Für die Staaten der GUS sind die zentralen OEL sowohl vorrangige Zielregion als auch gleichzeitig Transitland auf dem Weg nach Westeuropa. Die Staaten der ehemaligen Sowjetunion sind vorrangig Herkunftsregion und weniger Transit- oder Zielregion. Darüber hinaus gibt es betroffene Frauen aus afrikanischen, südamerikanischen, karibischen, philippinischen und thailändischen Ländern. Sie spielen aber derzeit eine eher untergeordnete Rolle im Handel nach Europa. Ein identisches Bild für Deutschland zeigt das Lagebild Menschenhandel des deutschen Bundeskriminalamt (BKA) der letzten Jahre.

Tabelle 2: Darstellung der Herkunftsländer von Frauenhandelsopfern in Deutschland; Quelle: Eigenständige Darstellung auf Grundlage des Lagebildes Menschenhandel des BKA der entsprechenden Jahre.

Herkunftsland	2005	2006	2007	2008	2009
EU-Staaten	Anzahl der Opfer				
Rumänien	118	6	66	137	141
Tschechien	K.A.	155	57	K.A.	K.A.
Russland	101	43	38	K.A.	K.A.
Bulgarien	62	41	77	119	137
Polen	36	77	56	37	27
Ukraine	20	K.A.	K.A.	K.A.	K.A.
Litauen	16	K.A.	K.A.	K.A.	K.A.
Slowakei	K.A.	46	K.A.	K.A.	17
Ungarn	K.A.	K.A.	31	36	21

[18] Die Angaben beziehen sich auf die von 61 Institutionen berichteten Fälle, in denen die GUS als Herkunfts-, Transit-, oder Zielregion diente. Die Daten beruhen auf den Angaben weltweiter Organisationen in 161 Ländern zu tatsächlichen Fällen von Menschenhandel im Zeitraum von 1996-2003. Insgesamt wurden 4.950 Fälle von Menschenhandel registriert. Eine ausführliche Darstellung der Methodologie findet sich bei UNODC 2006, 109ff.

Türkei	K.A.	K.A.	K.A.	18	27
Bosnien-Herzegowina	K.A.	K.A.	K.A.	18	K.A.
Deutschland	115	181	184	192	176
Sonstige	84	102	105	52	63
Nicht EU-Staaten					
Afrika	32	14	29	36	48
Asien	17	15	18	9	16
Amerika	30	11	11	8	10
Sonstige	11	4	17	14	27
Gesamt	642	731	689	676	710

Anmerkungen: K.A. = Keine Angaben

Der Anteil der tatsächlich identifizierten osteuropäischen Frauenhandelsopfer betrug in den letzten Jahren durchschnittlich ca. 50%. Der starke Anstieg bulgarischer und rumänischer Opfer im Jahre 2008 ist auf die vereinfachten Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen durch den EU-Beitritt 2007 zurückzuführen.

Auffallend im Lagebild des BKA ist der hohe Anteil deutscher Frauenhandelsopfer in Deutschland. Dies ist größtenteils auf die juristische Definition des Straftatbestandes zurückzuführen. So besteht der Verdacht des Menschenhandels schon, sobald eine 18 bis 21-jährige Person in die Prostitution vermittelt wird. Die Polizei ist Kraft ihres Amtes verpflichtet, bei Verdacht einer Straftat Ermittlungen aufzunehmen, selbst wenn die Frau völlig freiwillig in der Prostitution tätig ist.

5.2.2 Zielländer

Vorrangige Zielländer des Frauenhandels in Süd- und Westeuropa ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Tabelle 3: Beteiligungsgrad süd- und westeuropäischer Länder am Frauenhandel in ihrer Funktion als Herkunfts-, Transit- und Zielland; Quelle: Eigene Darstellung.[19]

Staaten	Herkunftsland	Transitland	Zielland
Belgien	K.A.	H	SH
Deutschland	K.A.	H	SH
Dänemark	K.A.	K.A.	H
England	K.A.	M	H
Finnland	K.A.	SN	M
Frankreich	K.A.	H	H
Griechenland	K.A.	H	SH
Irland	K.A.	SN	N
Italien	K.A.	SH	SH
Niederlande	SN	M	SH
Norwegen	K.A.	SN	M
Österreich	K.A.	N	H
Portugal	K.A.	K.A.	M
Schweden	K.A.	SN	M
Schweiz	K.A.	N	H
Spanien	K.A.	N	H

Anmerkungen: SH = sehr hoch; H= hoch; M = mittel; N = niedrig; SN = sehr niedrig; K.A. = keine Angaben

Als signifikante Zielländer lassen sich identifizieren:

[19] Eigenständig entwickelte Übersicht auf Grundlage der Angaben der UNODC über die Häufigkeit berichteter Fälle, in denen die Länder Süd- und Westeuropas als Herkunfts-, Transit- und Zielländer fungierten (vgl. UNODC 2006, 18ff.). Die Daten beruhen auf den Angaben weltweiter Organisationen in 161 Ländern zu tatsächlichen Fällen von Menschenhandel im Zeitraum von 1996-2003. Insgesamt wurden 4.950 Fälle von Menschenhandel registriert. Eine ausführliche Darstellung der Methodologie findet sich bei UNODC 2006, 109ff.

Belgien, Dänemark, Deutschland, England, Griechenland, Italien, Niederlande, Österreich und die Schweiz.

Folgende Graphiken zeigen in welchem Verhältnis Süd- und Westeuropa als Herkunft-, Transit und Zielregion benutzt werden.

Abbildung 3: Prozentualer Anteil für Süd- und Westeuropa als Herkunfts-, Transit- und Zielregion; Quelle: UNODC 2006, 27.[20]

Süd- und Westeuropa sind als Herkunftsregionen unbedeutend. Die Regionen sind primär Ziel-, aber auch Transitregionen. Für Deutschland weist das Bundesministerium des Inneren darauf hin, dass

„Deutschland […] aufgrund seiner geographischen Lage in der Mitte Europas, seiner Stabilität und seines Wohlstandes sowie seiner ausgezeichneten Infrastruktur in besonderem Maße Zielland unerlaubter Einreisen und ein lukratives Operationsfeld für Schleuserorganisationen [ist]“ (BMI 2003, 13)

Es darf daher angenommen werden, dass vor allem der hohe Wohlstand Deutschland zu einem lukrativen Ort für die sexuelle Ausbeutung von Frauen macht.

Der Frauenhandel in Europa verläuft von Ost nach Ost bzw. Ost nach West. Osteuropa ist Ziel- und Transitland für die GUS Staaten. Gleichzeitig sind sie selbst Herkunftsland für den Handel nach Westeuropa. Es gibt kein europäisches Land, welches nicht als Herkunfts-, Transit-, oder Zielland fungiert.

[20] Die Angaben beziehen sich auf die von 80 Institutionen berichteten Fälle, in denen West- und Südeuropa als Herkunfts-, Transit-, oder Zielregion diente. Die Daten beruhen auf den Angaben weltweiter Organisationen in 161 Ländern zu tatsächlichen Fällen von Menschenhandel im Zeitraum von 1996-2003. Insgesamt wurden 4.950 Fälle von Menschenhandel registriert. Eine ausführliche Darstellung der Methodologie findet sich bei UNODC 2006, 109ff.

5.3 Anwerbungsphase

5.3.1 Anwerbungsformen

Ausgang für den Handel ist die Anwerbung im Herkunftsland. Die Anwendung von Gewalt ist vorerst unbedeutend, da die Frauen generell bereit sind zu migrieren (vgl. Herz 2005, 152; Hofmann 2002, 98).

Es wird zwischen der „offenen“ und „verdeckten“ Anwerbung unterschieden (vgl. Sieber/Bögel 1993, 209).

Bei der offenen Anwerbung ist die Absicht des Täters den Opfern bekannt, d.h. den Frauen wird das Angebot eröffnet, im Zielland als Prostituierte zu arbeiten. Getäuscht werden sie über die Arbeits- und Lebensbedingungen, die sie im Zielland erwarten. Sie werden über Verdienstmöglichkeiten, Arbeitsumfang und die Zahl zu bedienender Freier getäuscht. Die Frauen sind zwar einverstanden, als Prostituierte zu arbeiten, ihnen werden aber falsche Versprechungen über die Umstände gemacht. Insoweit ist zwischen der Einwilligung in die Tätigkeit als Prostituierte und der Einwilligung in die Lebens- und Arbeitsbedingungen zu unterschieden (vgl. Herz 2005, 146).

Verdeckte Anwerbung impliziert das Täuschen über die Art der Tätigkeit der Frauen im Zielland. Den Frauen wird z.B. eine Tätigkeit als Bardame in der Gastronomie oder als Haushaltshilfe in einem privaten Haushalt versprochen. Im Zielland angekommen werden sie umgehend der Prostitution zugeführt.

Unabhängig von der Anwerbeform garantieren die Täter den Frauen in fast allen Fällen Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung. Im Zielland angekommen gibt es diese mehrheitlich nicht. Verschwiegen wird zudem, dass für den Transport, die Beschaffung von Einreisevisa oder gefälschten Pässen und die Unterbringung im Zielland Kosten anfallen. Diese sind dann im Herkunftsland “abzuarbeiten“ (vgl. BKA 2010, 10).

Eine besonders verwerfliche Art der Anwerbung, aber eine nicht weniger erfolgreiche, ist das Anwerben durch Vortäuschen einer Liebesbeziehung. Dabei knüpft der Täter scheinbar zufällig Kontakt mit dem Opfer im Herkunftsland. Ziel ist es, Vertrauen aufzubauen und dem Opfer eine Liebesbeziehung vorzuspielen (Hofmann 2002, 100). Mit der Hoffnung im Herkunftsland des scheinbaren Freundes eine dauer-

hafte Beziehung einzugehen, folgen die Frauen dem Täter freiwillig ins Zielland. Im Zielland angekommen werden sie aufgefordert, sich zur finanziellen Unterstützung des Partners zu prostituieren.

Für alle Formen der Anwerbung ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses wichtige Vorraussetzung. Dies wird häufig durch private Kontaktpersonen, die den Frauen vorher schon bekannt waren, oder durch das Einbeziehen von Frauen als Rekrutierer erreicht (vgl. Herz/Minthe 2006, 319; UNODC 2008, 12).21 Auf Grund von Kenntnissen über die Gegebenheiten des Landes und des Sprachverständnisses sind es vor allem Landsleute, die die Opfer im Herkunftsland rekrutieren. Dabei findet die Anwerbung gezielt in sozialen Problemvierteln statt (vgl. Oberloher 2003, 142). Opfer, die sich selbstständig an Anwerber wenden, sind die Ausnahme (vgl. Herz/Minthe 2006, 320). Auch Vermittlungsagenturen, Heiratsinstitute und Reiseveranstalter sind an der Rekrutierung von Opfern beteiligt. Anwerbeformen sind Inserate vermeintlich seriöser Tätigkeiten in Zeitungen und Zeitschriften.

Fast die Hälfte aller Frauen sind laut BKA bei der Anwerbung mit der Prostitutionsausübung einverstanden, lediglich 23% werden über die Art der Tätigkeit getäuscht und weitere 15% werden über Agenturen angeworben (vgl. BKA 2010, 10).

5.3.2 Profil der Täter und ihre Verbindung zur Organisierten Kriminalität

Ein Täterprofil lässt sich wegen der Illegalität des Frauenhandels nur mit Hilfe des kriminologischen Hellfeldes erstellen.

Die Täter des Frauenhandels sind größtenteils Männer mittleren Alters (vgl. Herz/Minthe 2006, 328). In der Rekrutierungsphase treten aber auch Frauen auf. Sie stehen im Verdacht, vormals selbst Gehandelte gewesen zu sein, die sich durch die Rekrutierung weiterer Opfer einen persönlichen Vorteil bei den Tätern erhoffen (vgl. Oberloher 2003, 94;

[21] Laut UNODC waren die Rekrutierer zu 52% männlich und zu 48% weiblich. Insgesamt kannten 46% der Frauen ihre Rekrutierer vorher persönlich (vgl. UNODC 2008, 12).

UNODC 2009, 6). In Deutschland sind 35 % der Täter deutscher Nationalität, gefolgt von Bulgaren, Rumänen und Türken (vgl. BKA 2010, 7). Die Erfassung ausländischer Täter ist schwieriger, da sie sich oftmals nur vorübergehend in Deutschland aufhalten und über keinen inländischen Wohnsitz verfügen (vgl. Herz/Minthe 2006, 331). Die Taten werden einzeln oder in organisierten kriminellen Gruppen begangen. Taten Einzelner und zufälliger Gruppierungen sind die Ausnahme. Frauenhandel wird überwiegend durch strukturierte kriminelle Gruppierungen begangen (vgl. ebd., 330). Menschen- bzw. Frauenhandel ist der Organisierten Kriminalität (OK) zuzurechnen.

„Organisierte Kriminalität ist die von Gewinn- und Machtstreben bestimmte planmäßige Begehung von Straftaten, die einzeln oder in ihrer Gesamtheit von erheblicher Bedeutung sind, wenn mehr als zwei Beteiligte auf längere oder unbestimmte Dauer arbeitsteilig:

a) unter Verwendung gewerblicher oder geschäftsähnlicher Strukturen,

b) unter Anwendung von Gewalt oder anderer zur Einschüchterung geeigneter Mittel oder

c) unter Einflussnahme auf Politik, Medien, öffentliche Verwaltung, Justiz oder Wirtschaft zusammenwirken.“ (BMI/BMJ 2006, 447)

OK ist ein vermeintlich junges Phänomen in Deutschland. So gab es bis in die frühen 70er Jahren keine Anzeichen für das Vorhandensein struktureller krimineller Gruppierungen (vgl. ebd. 2001, 242.). Ob die Wahrnehmung der Ermittlungsorgane den tatsächlich herrschenden Kriminalitätsphänomenen entsprach, muss hier ungeprüft bleiben.

Entwicklungsstand und Organisationsgrad heutiger OK-Gruppen oder Vereinigungen sind ausgesprochen professionell. Jeder Mittäter hat eine festgelegte Aufgabe im Rahmen der Anwerbungs-, Verbringungs- und Ausbeutungsphase. Anwerber im Herkunftsland, Schlepper für den Transport, Dokumentenfälscher, Kuriere und Transporteure für einfache Vermittlungstätigkeiten und Abnehmer im Zielland werden eingesetzt (vgl. Sieber/Bögel 1993, 204ff.). Die meisten OK-Gruppen sind transnationaler und multi-ethnischer Zusammensetzung (Europol 2008, 28; BKA 2009b, 6). Früher waren sie meist auf die Beschaffung eines illegalen Gutes spezialisiert. Gegenwärtig ist das Spektrum der illegalen Tätigkeiten groß. Frauenhandel, Waffen-

schmuggel und Drogenhandel sind eng miteinander verflochten. Erzielte Gewinne aus Frauenhandel werden in andere Deliktbereiche reinvestiert. Zur Rekrutierung und Ausbeutung einer Frau werden kaum finanzielle Mittel benötigt. Zur Beschaffung von Drogen und Waffen ist erst einmal Geld notwendig. Insoweit wird ein Großteil weiterer OK-Delikte erst durch reinvestierte Gewinne aus dem Frauenhandel möglich.

OK hat in den letzten Jahren ein überdimensionales Ausmaß angenommen. Der Zusammenschluss Europas, die Öffnung der Grenzen, die Globalisierung und Technisierung machen die Begehung transnationaler Straftaten einfacher (vgl. Hofmann 2002, 134). OK-Gruppen besitzen ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit. Sie reagieren schnell auf neue Gegebenheiten innerhalb der Gesellschaft. Veränderungen von Gesetzgebungen, neue Möglichkeiten des einfacheren oder billigeren Transports der Opfer und neue, die Tat begünstigende, Grenzübergänge werden schnell registriert und bei Bedarf missbraucht (vgl. Europol 2009a, 3). Erfassung und Verurteilung von OK-Gruppen sind schwierig. Die Beweislage reicht oftmals trotz mehrerer Verdächtiger nur zur Anklage von nicht mehr als zwei Beschuldigten. Damit entfällt eine Subsumtion unter die Organisierte Kriminalität. Nachweise über gewerbliche Strukturen und den auf Dauer angelegten Tatbegehungszeitraum als gesetzliche Grundlage für eine Verurteilung sind ebenfalls schwierig zu erbringen (vgl. BMI/BMJ 2006, 445). So erklärt sich, dass im Jahre 2008 in Deutschland lediglich 18 OK-Verfahren im Zusammenhang mit Menschenhandel zur sexuellen Ausbeutung geführt wurden (vgl. BKA 2009b, 23). Diese OK-Verfahren stellen nur die Spitze des Eisberges der durch organisierte kriminelle Gruppen begangenen Straftaten gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht dar.

5.4 Verbringungsphase

5.4.1 Einreise

Bei der direkten Einreise sind Herkunfts- und Zielland miteinander verbunden. Bei der indirekten Einreise werden ein oder mehrere Tran-

sitländer durchquert. See-, Luft- oder Landweg werden genutzt. PKW oder LKW sind die gebräuchlichsten Mittel, um Opfer aus Osteuropa nach Westeuropa zu bringen (vgl. Romani 2008, 54).

Unterschieden werden legale und illegale Einreise. Angehörige der EU haben nach § 2 Freizügigkeitsgesetz (FreizügG) ein Recht auf Einreise und Aufenthalt. Bei illegaler Einreise unterscheidet das Bundesministerium des Inneren (BMI) zwischen Missbrauch des Touristenprivilegs, Einreise mit gefälschten Dokumenten, Einreise mit erschlichenen Visa und Einreise ohne Dokumente (vgl. BMI/BMJ 2001, 332f.).

Missbrauch des Touristenprivilegs: Staatsangehörige bestimmter Staaten benötigen kein Visum, um für touristische Zwecke einzureisen.[22] Der Aufenthalt ist dabei auf 3 Monate beschränkt. Ein darüber hinaus gehender Aufenthalt ist illegal.

Einreise mit gefälschten Dokumenten: Dokumente von aufenthaltsberechtigten Personen werden mit einem Foto der zu schleusenden Person versehen. Ferner werden gefälschte Visumaufkleber benutzt.

Einreise mit erschlichenen Visa: Durch gefälschte Einladungsschreiben oder Verpflichtungserklärungen werden Anträge bei deutschen Auslandsvertretungen gestellt.

Einreise ohne Dokumente: Die Einreise ohne Dokumente ist grundsätzlich illegal. Die Grenze wird dabei abseits von Kontrollen passiert oder Grenzbeamte werden bestochen.

Einreisemöglichkeiten sind die durch Täuschung und/oder Missbrauch erworbene offizielle Einreise sowie die illegale Einreise. Ein vorerst scheinbar rechtmäßiger Aufenthalt kann sich in einen unrechtmäßigen verwandeln, wenn z.B. die 3-Monats-Aufenthaltsfrist überschritten wird.

Das Verhältnis zwischen legaler und illegaler Einreise hat sich in den letzten Jahren verändert. In den Jahren 2002 und 2003 wurde die

[22] Eine Darstellung der Staaten findet sich in der *Staatenliste zur Visumspflicht bei Einreise in die Bundesrepublik Deutschland* unter [Format, PDF, Zeit: 08.07.2010, Adresse: http://www.auswaertigesamt.de/diplo/de/WillkommeninD/EinreiseUndAufenthalt/StaatenlisteVisumpflicht.html].

Grenze von Frauenhandelsopfern zu ca. 40% illegal passiert. Im Jahre 2004 erfolgte die Einreise nur noch zu 28% illegal (vgl. BKA 2003, 14; BKA 2004, 12; BKA 2005, 15).23 Der Aufenthaltsstatus der Opfer in 2009 zeigt, dass sich nur noch ca. 7,5 % der Opfer zum Zeitpunkt der polizeilichen Erfassung illegal aufhielten (vgl. BKA 2010, 9). Der EU-Beitritt der osteuropäischen Staaten im Jahre 2004 und die EU-Osterweiterung 2007 haben sich somit begünstigend auf Einreise und Aufenthalt von Frauenhandelsopfern ausgewirkt.

Eine Identifikation von Frauenhandelsopfern wird aufgrund des legalen Aufenthaltstatus erschwert. Ein illegaler Aufenthalt ermöglichte der Polizei die Frauen auf die Wache mitzunehmen. Die Frauen fassten dann oftmals Vertrauen zur Polizei und bestätigten die Annahme, Opfer von Frauenhandel zu sein. Seitdem die Frauen größtenteils einen legalen Aufenthaltsstatus besitzen entfällt diese Möglichkeit der Identifizierung,

5.4.2 Handelsrouten aus Osteuropa

Der europäische Frauenhandel verläuft von Ost nach Ost bzw. Ost nach West (vgl. 5.2). Die Routen von Drogen- und Waffenschmuggel verlaufen identisch mit den Routen illegaler Migration und anderer illegaler Güter (vgl. Oberloher 2003, 125). Im Laufe der Zeit sind favorisierte Haupthandelsrouten identifiziert worden (vgl. BMI/BMJ 2001, 332.; Romani 2008, 57ff.):

Balkan-Route: Die Opfer werden aus den Balkanstaaten über Slowenien und Ungarn nach Westeuropa oder direkt nach Griechenland gehandelt.

Ost-Route: Betroffene stammen hauptsächlich aus Russland. Ursprünge reichen aber auch bis Ost- und Südostasien. Von Russland über Weißrussland-Polen geht es direkt nach Westdeutschland. Alternativ

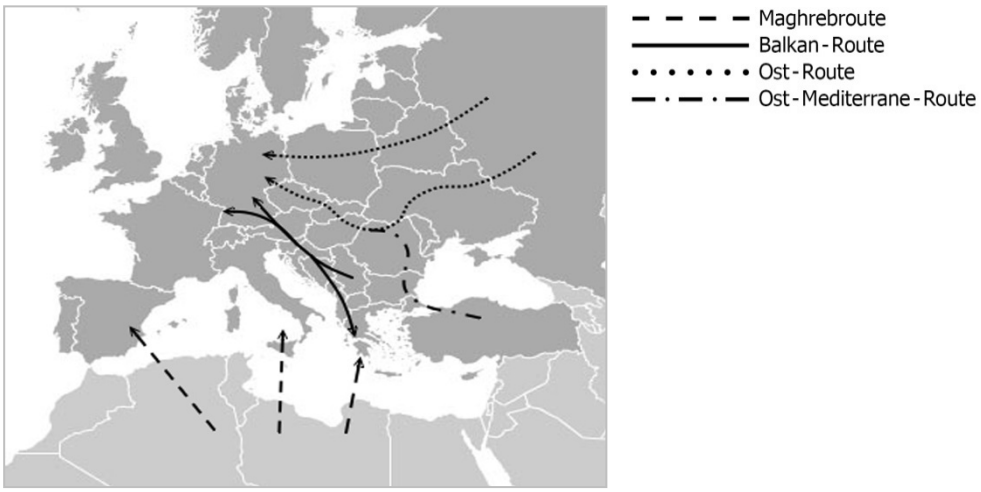
[23] Die Lagebilder Menschenhandel des BKA 2005 bis 2008 enthalten keine Aussagen über den rechtlichen Status zum Zeitpunkt des Grenzübertritts, daher ist ein direkter Vergleich nicht möglich.

geht es über die Ukraine-Rumänien-Ungarn-Slowakei-Tschechien nach Westeuropa.

Ost-Mediterrane-Route: Über bzw. direkt aus der Türkei werden die Frauen über Bulgarien, Rumänien und dann weiter über die Ost-Route nach Westdeutschland gehandelt.

Maghrebroute: Die Maghrebroute ist die Hauptroute für den Frauenhandel von Afrika nach Westeuropa. Dabei geht es per Boot direkt von Afrika nach Spanien, Italien oder Griechenland.

Abbildung 4: Haupthandelsrouten für den Handel nach Westeuropa; Quelle: Eigenständige Darstellung.



Die Routenwahl ist abhängig von der Entfernung zwischen den Länder, den politischen und wirtschaftlichen Bedingungen (z.B. Krieg), der Art der Grenzkontrollen und der Durchlässigkeit der Grenzen oder dem Vorhandensein von Menschenhandelsgesetzen und deren Umsetzungskonsequenz.[24]

5.5 Ausbeutungsphase

Im Zielland angekommen werden die Frauen umgehend der Zwangsprostitution zugeführt. Die Lebenssituation der Frauen, die Etablie-

[24] Eine ausführliche Darstellung über die verschiedenen Kriterien der Routenwahl findet sich bei Romani 2008, 52ff.; Holmes 2008, 69.

rung und Aufrechterhaltung des Zwangsverhältnisses ist erheblich von Gewalt geprägt.

5.5.1 Lebenssituation der Frauenhandelsopfer

Ziel der Frauenhändler ist es, möglichst schnell nach der Ankunft im Zielland ein Abhängigkeitsverhältnis zu schaffen. Dafür werden den Frauen häufig die Pässe abgenommen (vgl. Hofmann 2002, 103). Sie verhalten sich damit rechtswidrig, da sie nach § 3 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) bzw. § 8 FreizügG keinen gültigen Pass besitzen, und sie sich nicht ausweisen können. Die Frauen haben ihre Schleuser- und Transportschulden abzuarbeiten. Die übliche Höhe beträgt 1.500-2.500 € (vgl. Koelges 2003, 39). Die Täter verhalten sich freundlich, sie wollen lediglich ihre Tätigkeit bezahlt bekommen. Die Frauen glauben, dass sie nach Abarbeiten der Schulden frei sind und selbstständig einer Tätigkeit nachgehen können. Überhöhte Preise für Unterkunft und Essen und das fehlende Wissen über die tatsächlichen Preise einer Prostituierten in Deutschland führen zur Verhinderung des Schuldenabbaus und zur Ausweitung des Abhängigkeitsverhältnisses (vgl. Mentz 2001, 70). Die Frauen verfügen weder über Geld und Sprachkenntnisse noch über soziale Kontakte. Ihre Arbeits- und Lebensbedingungen sind miserabel. Sie werden oftmals gezwungen, an ihrem Arbeitsplatz zu wohnen damit sie leichter zu kontrollieren sind (vgl. Hofmann 2002, 104). Sie bedienen bis zu zehn Freier täglich und bekommen kein oder nur gelegentlich Geld (vgl. Belser 2005, 14). Sie dürfen weder über die Verwendung von Kondomen entscheiden, noch dürfen sie Sexualpraktiken und perverse Wünsche der Kunden ablehnen (vgl. Prasad/Rohner 2006, 20).

Ihre soziale Isolation wird durch die Täter verstärkt. Hierarchische Strukturen innerhalb des Bordells werden eingeführt. Alte Opfer werden dafür belohnt, neue Opfer zu bewachen (vgl. Herz 2005, 158). Ein übliches Phänomen des Prostitutionsmilieus wird genutzt, um die soziale Isolation und die Orientierungslosigkeit zu erhöhen: die Rotation. Rotation ist der regelmäßige Standortwechsel von Prostituierten. Durch Rotation soll Freiern ein wechselndes Angebot gemacht und die erhöhte Nachfrage an bestimmten Orten, z.B. Messen, abgedeckt werden (vgl. Sieber/Bögel 1993, 148).

5.5.2 Anwendung von Gewalt

Wegen der hohen Dunkelziffer gibt es keine repräsentativen Statistiken zur Anwendung von Gewalt während der Ausbeutungsphase.

Um Aussagen über die Häufigkeit und Formen der Gewalt treffen zu können kann hier lediglich die Studie „Stolen Smiles“ über physische und psychische Gesundheitsfolgen von gehandelten Frauen in Europa der London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) herangezogen werden.[25]. Gewalt ist

„[…] der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht […] gegenüber einer anderen Person […], die entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (WHO 2003, 6).

Das LSHTM kommt zu dem Ergebnis, dass 76% der befragten Frauen während ihrer Ausbeutungsphase physische Gewalt und 90% sexuelle Gewalt erlebt haben (vgl. LSHTM 2006, 10). Zwang und Abhängigkeit werden zudem durch subtilere psychische Formen der Gewaltanwendung aufrechterhalten (vgl. Cyrus 2005, 18; Herz 2005, 272; BMI/BMJ 2006, 443). Frauen werden durch Alkohol und Drogen gefügig und abhängig gemacht (vgl. Europol 2009b, 7). Drohungen sind eine weitere gängige Methode. So erlebten 89% der Opfer Drohungen, die sich gegen die eigene Person oder Familienangehörige richteten (vgl. LSHTM 2006, 10). Die Opfer werden auf ihren illegalen Status und die Abschiebungsgefahr hingewiesen. Sie werden eingeschüchtert, beleidigt, angeschrien und mit nicht geladenen Waffen bedroht. Den Frauen wird gedroht, ihre Familienangehörigen zu verletzen oder diesen mitzuteilen, welcher Art Tätigkeit sie in Wirklichkeit nachgehen. Diese Drohungen sind sehr wirkungsvoll. Prostitutionstätigkeit wird in den meisten Herkunftsländern verachtet und würde zum sozialen Ausschluss aus der Familie führen (vgl. Dreixler 1998, 208f.). Fast alle Frauen (82%) verweisen auf die konsequente Umsetzung der Drohungen bei nonkonformen Verhalten (vgl. LSHTM 2006, 10). Fluchtversuche werden unter den Augen anderer geahndet. Auch er-

[25] Die Studie wurde in den Jahren 2003 bis 2004 mit 207 Frauenhandelsopfern im Alter von 15 bis 45 durchgeführt.

zwungene Anwesenheit bei Vergewaltigungen und gewalttätigen Übergriffen auf andere Frauen machen die Frauen letzten Endes gefügig (vgl. Mentz 2001, 71). Nicht selten sind die Frauen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt. So durften sich 87% der betroffenen Frauen „nie“ oder „selten“ frei bewegen (vgl. LSHTM 2006, 11).

Welche Zwangs- und Gewalteinwirkungen nötig sind, um eine Frau in der Zwangsprostitution zu halten, ist unterschiedlich. Typischerweise arrangieren sich die Frauen vorläufig mit den Gegebenheiten. Sie haben sich ja bewusst für eine Ausreise und die Aufnahme der Prostitutionstätigkeit entschieden.

Die Frauen realisieren ihre eigene Viktimisierung häufig erst im Verlauf der Ausbeutungsphase (vgl.Herz/Minthe 2006, 320f.). In dieser Phase ist ihre Lebenssituation von sozialer Isolation, schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen und multiplen Formen der Gewalt geprägt.

5.5.3 Exkurs: Folgen von Gewalt

Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt bei Frauenhandelsopfern sind deckungsgleich mit den Folgen von Gewalt anderer marginalisierter Gruppierungen wie Migrantinnen, Prostituierten und Frauen, die häusliche Gewalt erlebten (vgl. LSHTM 2003, 3).[26]

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946, Präambel)

In diesem Sinne beeinträchtigt Gewalt den Menschen in seiner Gesamtheit und wirkt sich auf alle Lebensbereiche aus. Physische Gewalt führt zu direkten körperlichen Verletzungen und funktionellen Beeinträchtigungen. Mehr als die Hälfte der von Frauenhandel Betroffenen berichtete, dass die erlebte Gewalt zu andauernden Verletzungen führ-

[26] Da es wenig aussagekräftige Literatur über die gesundheitlichen Folgen von Gewalt bei Frauenhandelsopfern gibt, wurden weiterführende Studien über die gesundheitlichen Folgen von Gewalt anderer marginalisierter Gruppierungen herangezogen.

te, die Probleme und Schmerzen verursachten (vgl. LSHTM 2006, 10).

Psychosomatische Beschwerden treten ebenfalls häufig auf. So leiden betroffene Frauen öfter unter Kopferschmerzen, Migräne, Magen-darmbeschwerden, Erbrechen, Unterleibs- und Herzkreislaufbeschwerden (vgl. ebd., 18; GIG-net 2008, 55).

Psychisch weisen sie hauptsächlich depressive Symptomatiken, Angstzustände, Panikattacken, Nervosität, Ess- und Schlafstörungen und ein vermindertes Selbstwertgefühl auf. Bei vorrangig erlebter sexueller Gewalt sind Scham- und Schuldgefühle dominierend (vgl. ebd., 57f.).

Stetig ausgeübte Gewalt gefährdet aber vor allem die reproduktive Gesundheit. Fast die Hälfte der Frauen war von Geschlechtskrankheiten betroffen und 17% erlebten im Laufe ihrer Ausbeutungsphase eine Abtreibung (vgl. LSHTM 2006, 16). Von Gewalt Betroffene klagen häufiger über gynäkologische Beschwerden wie Unterleibsschmerzen und Menstruationsstörungen. Sie erleben häufiger Komplikationen in der Schwangerschaft und haben öfter Fehl- und Frühgeburten (vgl. GIG-net. 2008, 59f.).

Medikamente und andere Substanzen werden von Gewalt Betroffenen eingenommen, um die erlebte Gewalt zu kompensieren. Sie konsumieren mehr Alkohol, rauchen häufiger und mehr und nehmen öfter Beruhigungs- und Schlafmittel ein als der Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung (vgl. ebd., 60).

Das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) stellt fest, dass auch die freiwillige Tätigkeit als Prostituierte ein erhöhtes Risiko birgt, Gewalt zu erleben. Dabei ist es neben der Gewalt in Nahbeziehungen vor allem der Ort der Tätigkeit, an dem die Gewalt erlebt wird. Dementsprechend weisen auch die Frauen, die freiwillig in der Prostitution tätig sind, einen hoch problematischen Gesundheitszustand auf (vgl. Schröttle/Müller 2004, 85ff.).

Gewalterfahrungen beeinträchtigen nicht nur das individuelle Wohlbefinden. Depressionen führen zu verringertem Selbstwertgefühl und fehlendem Vertrauen. Sexuelle Gewalt führt häufig zu Problemen mit der eigenen und der Sexualität anderer. Gewalterfahrungen führen

somit unweigerlich zu Problemen beim Aufbau und bei der Pflege sozialer Beziehungen.

Folglich ist nicht nur die Anwerbung, Verbringung und Ausbeutung für die Frauen eine leidvolle Erfahrung. Auch nach der Beendigung der Ausbeutung sind die Folgen der Gewaltanwendung gravierend und haben weitreichende Auswirkungen auf die psychische, psychische und soziale Gesundheit der Frauen.

5.5.4 Opfer - ein Identifikationsversuch

Ein Profil der Opfer lässt sich wegen des hohen Dunkelfeldes lediglich mit Hilfe bekannter und registrierter Fälle erstellen.
Es sind eher jüngere Frauen, die Opfer von Frauenhandel werden. Die meisten Opfer sind zwischen 18 und 25 Jahren. Der Großteil ist ledig (vgl. Herz/Minthe 2006, 319; UNODC 2008, 17). Die Opfer kommen aus wirtschaftlich, sozial und gesellschaftlich schwachen oder benachteiligten Gruppen ihrer Herkunftsländer (vgl. Oberloher 2003, 99). Auffällig ist, dass ein Großteil erfolgreich die Schule absolvierte oder einen Beruf erlernte und nur ein relativ geringer Anteil zum Zeitpunkt der Migration arbeitslos war (vgl. Herz 2005, 142).
Frauen aus sozial schwächeren Schichten werden häufig aufgrund ihrer wirtschaftlichen Misslage zur Migration motiviert. Frauen aus mittleren sozialen Schichten hingegen haben andere Migrationsgründe. So sind sie häufig auf der Suche nach mehr Freiheit, Selbstständigkeit und Selbstverwirklichung. Ein Schulabschluss und eine erlernte Fremdsprache können die Migrationsentscheidung erleichtern, da sie Sicherheit suggerieren. Zwar sind eher jüngere Frauen aus schwächeren sozialen Schichten Opfer des Frauenhandels, die Opfer sind aber keine geschlossene homogene Gruppe.

6. Ursachen

6.1 Globalisierung

„Globalisierung ist die „zunehmende Entgrenzung der nationalen Ökonomie, die Vermehrung und Verdichtung transnationaler Interaktionen und Interdependenzen sowie die […] forcierte Öffnung der Grenzen für Güter, Kapital, Dienstleistungen und Kommunikationsmedien“ (Nuschler 2004, 36).
Der Beginn der Globalisierung lässt sich nicht eindeutig festlegen. Die Globalisierung hat jedoch in den letzten drei bis vier Jahrzehnten eine „bis dahin nicht erreichte Dynamik, Intensität und neue Ausmaße“ (Westermann 2009, 22) angenommen.
Seit 1990 wird von der dritten Phase der Globalisierung gesprochen. Sie dauert bis heute an und ist durch folgende Phänomene gekennzeichnet (vgl. Fässler 2007, 158ff.):
der Zusammenbruch der Sowjetunion 1989, der bis dahin den weltweiten Aktionsraum begrenzte,
die Entstehung regionaler Wirtschaftsräume und Freihandelzonen in Europa (Europäische Union), Ostasien (Asian-Pacific-Economic-Cooperation) und Nord- und Mittelamerika (North American Free Trade Agreement),
die Beschleunigung des technischen Fortschrittes,
die mediale Netzwerkbildung,
die Revolutionierung des Transportwesens.
Die Phänomene der dritten Globalisierungsphase beeinflussen die internationale Marktwirtschaft. Durch beschleunigende Bedingungen und die Entstehung neuer Strukturen begünstigen sie aber auch weltweite Migrationsbewegungen und die weitere Ausformung der Armut im Osten.

6.2 Zunahme der Migration

„Der Terminus Migration erfasst räumliche Bewegungen von Individuen, die mit dem Ziel einhergehen, den Lebensmittelpunkt befristet oder dauerhaft in eine andere Umgebung zu verlagern“ (Angenendt 1997, zitiert in Westermann 2009, 25)

Migration stammt vom lateinischen Wort „migrare“ und bedeutet „wandern bzw. wegziehen“. Die aktuelle Zahl der internationalen Migranten beläuft sich auf 214 Millionen Menschen weltweit (vgl. DGVN 2009, 27). Migrationsbewegungen steigen seit Jahrzehnten überproportional im Verhältnis zur Weltbevölkerung.
Der Zusammenbruch der Sowjetunion 1989 lässt die Ausweitung der Globalisierung zu. Die Gründung der europäischen Union und die EU-Osterweiterung erhöhen die Mobilität von EU-Bürgern. Die zunehmende Entgrenzung führt zur Reduzierung des globalen und nationalen Raums. Einreise-, Aufenthalts-, und Arbeitsbedingungen werden vereinfacht. Die menschliche Freiheit, selbstbestimmt über die eigene Mobilität zu entscheiden, nimmt zu.
Optimierung des Transportwesens und Reduzierung der Transportkosten wirken sich positiv auf die Mobilität der Weltbevölkerung aus (vgl. Han 2005, 3). Menschen können sich schnell und kostengünstig bewegen. Selbst finanzielle Grenzen lassen den Migrationswunsch aufgrund verbilligter Transportkosten realistischer erscheinen.
Mediale Netzwerke heben globale Interaktionsbarrieren auf. Zwischen den Nationen entstehen soziale Netzwerke. Menschen können relativ einfach untereinander nützliche Informationen über Grenzen hinweg austauschen. Das Internet ermöglicht, zu jeder Zeit an jedem Ort Erfahrungen auszutauschen und wichtige Informationen abzurufen. Das Gefühl einer fremden Welt verliert sich und wird durch die Annahme eines „globalen“ Dorfes ersetzt (vgl. ebd., 77). Mit diesem technologischen Fortschritt erhöht sich die Informationsdichte über die Lebensbedingungen in anderen Ländern. Es entstehen neue Bedürfnisse. Der durch die Medien vermittelte westliche Lebensstandard sowie das durch die Medien verdeutlichte Wohlstandsgefälle zwischen den Nationen führen zu dem verstärkten Wunsch, das eigene Lebensniveau zu verbessern. „Je schlechter die Lebensbedingungen, desto größer ist die Sogwirkung solcher Bilder […]“ (Nuschler 2004, 37).

6.3 Feminisierung der Migration

„Unter dem Begriff der Feminisierung der Migration [wird] eine globale Entwicklung verstanden, in der der Anteil der Frauen, die sowohl abhängig als auch unabhängig die Migration antreten, insgesamt so

kontinuierlich steigt, dass er sich dem Anteil der Männer allmählich angleicht bzw. diesen sogar übersteigt.“ (Han 2003, 61)
Bis zum Beginn der 80er Jahre wurde angenommen, dass vorwiegend Männer migrieren (vgl. ebd., 57). Die traditionelle Migrationsform der Frauen war die abhängige Migration, Migration im Rahmen des Familiennachzugs. Die zunehmend selbstständige Migration von Frauen in den letzten Jahrzehnten führte zu einem zwangsläufigen Umdenken in der analytischen und theoretischen Sichtweise von Migrationsbewegungen, in der Frauen auch als primär handelnde Migrantinnen wahrgenommen werden müssen.
Die Migrationsentscheidung von Frauen ist, ähnlich wie bei Männern, von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Migrationsentscheidungen sind komplex und selten monokausal zu erklären (vgl. Han 2005, 21). Dennoch ist
„[…] die Migration der Frauen von keinen anderen Faktoren […] so grundlegend und so tiefgreifend determiniert wie von dem Faktor des Geschlechts. Die anderen Faktoren entfalten erst in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Merkmal des Geschlechts ihre negativ verstärkende Wirkung“ (ebd. 2003, 12).
So steht die wirtschaftliche und soziale Lebenssituation der Frauen im Herkunftsland immer in Zusammenhang mit dem Geschlecht. Lohndiskriminierung, Armut, Segregation am Arbeitsmarkt, häusliche Gewalt und Bildungszugang als Motivationsgründe sind nicht geschlechtsneutral. Sie betreffen in erhöhtem Maße Frauen. Unausweichlich sind damit immer auch Migrationsmotive durch das Geschlecht bestimmt.

6.4 Feminisierung der Armut

Die vorherrschende Armut in den Herkunftsländern wird immer wieder als Hauptursache des Frauenhandels genannt. Wirtschaftliche Missverhältnisse scheinen ein generelles Hauptmotiv für Migrationsbewegungen zu sein. So suchen sich 75% der internationalen Migranten ein Zielland, dessen Lebensstandard höher ist als der des eigenen Herkunftslandes (vgl. DGVN 2009, 29ff.).

Durch den Zusammenbruch der Wirtschaft in Osteuropa und der GUS 1989 fiel das Bruttoinlandsprodukt (BIP)[27] pro Kopf durchschnittlich um 33% in Osteuropa und um 50% in der GUS. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre stieg es in weiten Teilen wieder an, blieb aber zu 13% in Osteuropa und zu 45% in der GUS unter dem Level von 1989 (vgl. Klugman u.a. 2002, 8). Die Wirtschaft erholte sich lediglich in den erfolgreichen postsozialistischen Reformländern im mittleren Osteuropa, den heutigen osteuropäischen EU-Ländern. Die Diskrepanz zwischen arm und reich wurde größer.
Während der Gini-Koeffizient[28] 1989 noch 0.25 in Osteuropa und 0.26 in der GUS betrug, stieg er in den späten 1990er Jahren auf 0.30 bzw. 0.43 an (vgl. ebd.). 1998 waren 100 Millionen Menschen in Osteuropa und der GUS absolut arm[29] (vgl. Alam u. a. 2005, 2). Bis 2003 reduzierte sich die Zahl der absolut Armen. Dennoch waren weiterhin 60 Millionen Menschen in dieser Region absolut arm und weitere 150 Millionen ökonomisch vulnerabel.[30] Selbst wenn die als ökonomisch vulnerabel deklarierten Haushalte nicht unter die absolute Armutsgrenze fielen, so lag und liegt der Lebensstandard weit unter dem der Europäischen Union (vgl. ebd., 5).
Die arme Bevölkerung in Osteuropa und der GUS besteht überwiegend aus Erwerbstätigen mit Kindern (vgl. ebd., 13). Diese Form der Armut wird auch als „the working poor“ bezeichnet. Grund für die Armut sind vor allem die schlecht bezahlten Arbeitsplätze. Während in Westeuropa oftmals ein Hauptverdiener ausreicht, um die Familie zu ernähren und das Risiko der Armut zu minimieren, so ist das in Osteuropa und der GUS nicht der Fall (vgl. Klugman 2002, 7; 13).
Auch wenn sich die Veränderungen auf die gesamte Bevölkerung auswirkten, so werden Frauen im Besonderen als „Verliererinnen des ökonomischen Transformationsprozesses“ beschrieben (vgl. Auth 2009, 38). Dies ist vor allem der sozialistischen Familien- und Arbeitsmarktpolitik zuzuschreiben. Noch im Jahre 1989 lag die Er-

[27] Das BIP dient als Indikator um den Wohlstand eines Landes zu messen.
[28] Der Gini-Koeffizient ist ein statistisches Maß zur Darstellung von Ungleichverteilung. Desto näher er an die 1 rückt desto ungleicher ist das Vermögen eines Staates auf seine Bewohner verteilt.
[29] Absolute Armut liegt laut der Weltbank (TWB) dann vor, wenn Menschen weniger als 2,15 US$ pro Kopf am Tag besitzen (vgl. Alam u.a. 2005, 3).
[30] Ökonomische Vulnerabilität liegt laut TWB dann vor, wenn Menschen mehr als 2,15 US$ aber weniger als 4,30 US$ pro Kopf am Tag besitzen (vgl. ebd.).

werbsbeteiligung von Frauen bei 80 bis 90% (vgl. ebd., 43). Die Frauen waren größtenteils vollzeitbeschäftigt. Zwar segregierte der Sozialismus die Frauen vertikal und horizontal am Arbeitsmarkt, in dem Frauen unterrepräsentativ in leitenden Positionen und überrepräsentativ in bestimmten Arbeitssektoren vertreten waren, doch bot das beschäftigungsabhängige Sicherungssystem den Frauen umfassende Möglichkeiten, am Arbeitsmarkt zu partizipieren. Es gab die Garantie, nach der Elternzeit an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Größere Unternehmen besaßen eigene Kindergärten, um eine angemessene Betreuung der Kinder während der Arbeitszeit zu gewährleisten. Die familienpolitischen Leistungen hatten ein hohes Niveau und trugen maßgeblich zur wirtschaftlichen Absicherung des Familienhaushalts bei (vgl. Auth 2009, 47).

Mit Beginn des Transformationsprozesses änderten sich sowohl die Situation auf dem Arbeitsmarkt als auch die Familien unterstützenden staatlichen Leistungen.

1997 gab es 26 Millionen weniger Arbeitsplätze als 1989. Mehr als jeder zweite verlorene Arbeitsplatz war von einer Frau besetzt. In einigen Ländern war die absolute Quote weitaus höher. So verloren sieben Millionen Frauen in Russland zwischen 1990 und 1995 ihren Arbeitsplatz, während die Männer nur ein bis zwei Millionen Arbeitsplätze verloren (vgl. UNICEF 1999, 6). Die Beschäftigungsmuster änderten sich. Der Strukturwechsel von der Planwirtschaft zur Marktwirtschaft spaltete die Wirtschaft in den öffentlichen und privaten Sektor. Der öffentliche Sektor (Verwaltung, soziale Dienste, Bildungsbereich) ist gegenwärtig mit 75% Frauen durchsetzt (vgl. Auth 2009, 44). Der neue private Sektor beschäftigt hingegen überproportional Männer. Die Arbeitsplätze des öffentlichen Sektors sind schlecht bezahlt, weniger anerkannt und bieten seltener Aufstiegsmöglichkeiten. Die mit der Marktwirtschaft einhergehende Kostendämmung und Effizienzorientierung führten zum Anstieg prekärer Beschäftigungsverhältnisse, in denen Frauen überproportional häufig vertreten sind (vgl. ebd.). Höhere Stellen in der Politik, im öffentlichen Bereich und im Management sind fast doppelt so häufig von Männern wie von Frauen besetzt. Frauen werden bei Einstellungsverfahren und beim Bezug betrieblicher Leistungen diskriminiert. Sie verdienen 10-30% weniger als Männer und ihr gewerkschaftlicher Organisationsgrad ist sehr gering (vgl. Auth 2009, 45).

Auch die familienpolitischen Leistungen des Staates veränderten sich. Das Leistungsniveau ist durch mehrere Reformen gesenkt und der Bezugsrahmen verändert worden. Einige Leistungen sind an die Höhe des Einkommens gekoppelt. Andere wiederum unterliegen einer Bedürftigkeitsprüfung. Die Diskrepanz zwischen Leistung und Mindestlohn ist häufig so gering, dass kein Anreiz für Mütter besteht, eine Arbeit aufzunehmen. Kinderbetreuung ist heute weitestgehend privatisiert und führt letztlich zur sozialen Segregation zwischen denjenigen, die ihren Kindern eine bessere private Betreuung bezahlen können, und denjenigen, die weiter die schlechteren öffentlichen Einrichtungen nutzen müssen (vgl. ebd., 49). Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Reduzierung der Armut sind weitestgehend geschlechtsneutral abgefasst und entfalten daher nur unzulänglich Wirkung (vgl. ebd., 46).
Ferner veränderten sich die Familienstrukturen. Scheidungsraten und außereheliche Geburten stiegen im Laufe des Transformationsprozesses. So gibt es gegenwärtig immer mehr Haushalte mit alleinerziehenden Müttern, die allein die Familie versorgen.
Die Armut Osteuropas und der GUS steigt durch den Transformationsprozess drastisch. Vor 1989 war die Familienversorgung in fast allen Fällen staatlich geregelt. Nach 1989 wurde sie mehr und mehr auf die private Ebene verlagert. Die Frauen befinden sich gegenwärtig in einer Situation von mangelnder Absicherung, schlecht bezahlter Arbeit und steigender familiärer Verantwortung.

6.5 Restriktive Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen

Seit 1970 wurde Migration politisch und legislativ verschärfend reguliert (vgl. Han 2003, 176). 1973 gab es einen generellen Anwerbestopp für Gastarbeiter. Mit ihnen waren von 1955 bis 1968 kontinuierlich Arbeitsverträge geschlossen worden. Dieser Anwerbestopp führte jedoch nicht zu weniger Ausländern im Inland. Durch Familienzusammenführungen wuchs die Zahl der Ausländer in Deutschland weiter. Der Versuch der Regierung, Migranten mit Zahlungen zur Rückkehr zu bewegen, schlug fehl (vgl. Han 2003, 190). 1950 waren lediglich 1,1 % der Bevölkerung ausländischer Herkunft. Bis 1992/1993 stieg der Anteil auf 8,5%.

Wegen dieses starken Anstieges und der Befürchtung, insbesondere durch den Fall der Mauer mit weiteren Einwanderungen konfrontiert zu werden, wurden 1993 erstmalig die Einreisebestimmungen restriktiver gestaltet, indem das Grundrecht auf Asyl gemäß Art. 16a des Grundgesetzes (GG) geändert wurde.
Der ursprüngliche Artikel des 16a GG stand allen Menschen, die erklärten politisch verfolgt oder Menschenrechts verletzend behandelt zu werden, Asyl zu. Mit Abgabe dieser Erklärung standen sie unter dem besonderen Schutzes des Staates, und ihnen wurde vorläufig Asyl und Aufenthalt gewährt. Der Verfassung stiftende Sinn dieses Artikels ergab sich aus der nationalsozialistischen Vergangenheit.
1993 wurde das Asylrecht modifiziert und erschwert seitdem die Stellung von Asylanträgen. Asylbewerber, die aus sogenannten sicheren Drittstaaten[31] einreisen, können sofort wieder dorthin abgeschoben werden. Bundestag und Bundesrat bestimmen zudem gesetzlich sichere Herkunftsstaaten.[32] Asylgesuche von Angehörigen dieser Staaten werden grundsätzlich abgelehnt. Der Nachweis einer Verfolgung obliegt den Asylsuchenden.
„Allgemeine Notsituationen, wie - Armut, Bürgerkriege, Naturkatastrophen oder Perspektivlosigkeit- […] sind als Gründe für Asylanträge ausgeschlossen“ (BMI 2008, 141).
Die bestehenden restriktiven Einreisebestimmungen wurden am 1. Januar 2005 durch das Zuwanderungsgesetz (ZuwandG) und dessen Reform in 2007 erneut verstärkt. Das ZuwandG enthält in Art.1 das Aufenthaltsgesetz (AufenthG) und in Art. 2 das Freizügigkeitsgesetz (FreizügG) europäischer Unionsbürger. Das AufenthG
„[…] ermöglicht und gestaltet Zuwanderung unter Berücksichtigung der Aufnahme- und Integrationsfähigkeit sowie der wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Interessen der Bundesrepublik Deutschland“ (§1 AufenthG).
Ausländer benötigen zum Aufenthalt grundsätzlich eine Aufenthaltserlaubnis. Sie wird erteilt, wenn der Ausländer seinen Lebensunterhalt bestreiten kann (vgl. BMI 2008, 79f.).[33] Das FreizügG regelt den Auf-

[31] Sichere Drittstaaten sind Staaten, in denen ein vergleichbares Asylverfahren für Flüchtlinge sichergestellt und die Menschenrechtskonvention angewendet wird (vgl. §16a II GG).
[32] Sichere Herkunftsländer sind Staaten in denen „weder politische Verfolgung noch unmenschliche oder erniedrigende Bestrafung oder Behandlung stattfindet“ (§16a III GG).
[33] Der Lebensunterhalt ist gesichert, wenn eine Krankenversicherung vorliegt und der Ausländer keine öffentlichen Mittel in Anspruch nehmen muss (vgl. BMI 2008, 79).

enthalt und die Einreise von Unionsbürgen. Diese haben grundsätzlich ein Recht auf Einreise und Aufenthalt (vgl. §2 FreizügG).
Die Änderung des Asylrechts von 1993 beschränkt die Möglichkeit, Asylanträge zu stellen. Es besteht lediglich die Möglichkeit, direkt nach Deutschland einzureisen und den Nachweis zu erbringen, einer politischen Verfolgung im eigenen Land ausgesetzt zu sein. Dies ist außerordentlich schwierig. Die Regelungen im AufenthG sind sehr komplex und für Ausländer nur schwer durchschaubar. Der vorab zu erwirkende Aufenthaltstitel wirkt sich restriktiv aus, da er an das Erfordernis geknüpft ist, dass der Ausländer seinen Lebensunterhalt selbst sichert. Dieser Nachweis dürfte für viele Einreise- und Einwanderungswillige schwer zu erbringen sein.
Die restriktiven Einreise- und Aufenthaltsbedingungen führen zum Anstieg der illegalen Migration (vgl. Mentz 2001, 80). Denn je geringer die Chancen der legalen Einreise, desto größer die Wahrscheinlichkeit der Zunahme illegaler Migration. Migrationswillige sind für eine illegale Einreise auf die Hilfe anderer angewiesen. Vor allem dann, wenn sie keinen Zugang zu Finanz- und Sozialkapital besitzen, was bei den meisten Frauenhandelsopfern der Fall ist (vgl. ILO 2005, 67).[34]

6.6 Nachfrage

Nachfrage bestimmt das Angebot. Zahlen über Nachfrager nach käuflichem Sex in Deutschland schwanken stark. Kleiber und Velten diskutieren in ihrer Studie über Prostitutionskunden[35] verschiedene Schätzungen und kommen zu dem Ergebnis, dass 18% der männlichen Bevölkerung ab 15 Jahren Freier sind.[36] Sie suchen im Durchschnitt 15,03-mal im Jahr eine Prostituierte auf (vgl. Kleiber/Velten 1994, 19; 126). Allein das Land NRW hat mit Stand 31.12.2008 einen Bevölke-

[34] Sozialkapital impliziert den Zugang zu Informationen über Migration, Arbeitsmarkt und vorhandene soziale Netzwerke im Zielland (vgl. ILO 2005, 67).
[35] Die Studie wurde in den Jahren 1990 bis 1991 mit 598 Freiern im Alter von 17 bis über 70 durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung der Methodologie findet sich bei Kleiber/Velten 1994, 40ff.
[36] Eine Darstellung der unterschiedlichen Schätzungen von Freierzahlen in Deutschland findet sich bei ebd., 16ff.

rungsanteil dieser Altersgruppe von 7.437.023 d.h. 1.338.664 Männer wären allein in NRW Prostitutionskunden mit 20.120.122 Prostitutionsbesuchen im Jahr.
Der Umsatz der Prostitution liegt in der Bundesrepublik bei geschätzten 14,5 Milliarden Euro jährlich (vgl. Mitrović 2007, 21).
Die Gründe für die Nachfrage, speziell nach ausländischen Prostituierten, sind vielschichtig. Ausländischen Frauen werden allein wegen ihrer Staatsangehörigkeit spezifische Eigenschaften zugeschrieben. Sie können exotischer oder zäher, aber auch genügsamer oder einfühlsamer als deutsche Frauen sein (vgl. Dreixler 1998, 210). Osteuropäerinnen wird das Klischee der warmen und geduldigen Frau zugeschrieben. Aus Sicht der Freier sind ausländische Prostituierte billiger und kompromissbereiter als einheimische Prostituierte (vgl. Bridget/O'Connell Davidson, 2003, 20f.).
Die Nachfrage ist groß. Das Angebot wird an das Konsumverhalten angepasst. Jeder Freier schafft mit seiner Nachfrage den Markt für Frauenhandel und Zwangsprostitution. Dieser Verantwortung ist er sich in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht bewusst.

6.7 Geringes Täterrisiko

„Bei Menschenhandel ist nach allen Praxiserfahrungen und theoretischen Einsichten die Anzeigebereitschaft von Betroffenen und ihrem Umfeld als sehr gering einzuschätzen. Das Delikt wird also ohne polizeiliche Aktivitäten in der Regel nicht offiziell bekannt. Somit gehört Menschenhandel zur kriminologischen Kategorie der Kontrolldelikte“ (BMI/BMJ 2006, 463)
Das geringe Täterrisiko ist auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen. Betroffene sind in der Regel der Landessprache nicht mächtig. Aufgrund der Korruptionsanfälligkeit der Polizei in ihren Herkunftsländern fehlt ihnen das Vertrauen in die deutsche Polizei. Mangelndes Wissen über vorhandene Hilfsangebote und die strafrechtliche Gesetzgebung sind ein weiteres Hemmnis, sich der deutschen Polizei anzuvertrauen (vgl. Holmes 2008, 66). Die Lebenssituation der Frauen ist von Zwang geprägt. Gewalt und Drohungen schüchtern sie ein (vgl. 5.5.2.).

Die Rotation der Prostituierten und die zunehmende Zahl, der sich legal aufhaltenden Prostituierten, erschwert polizeiliche Milieukontrollen und die Identifikation von Opfern (vgl. Oberloher 2003, 93f.). Das Prostitutionsgesetz, das die Strafbewehrung der Förderung der Prostitution abschaffte, lässt eine Kriminalisierung der Täter mit diesem Straftatbestand nicht mehr zu.
Sind Opfer zur Aussage bereit, führt dies in den seltensten Fällen zu Verurteilungen. 2004 gab es 877 Tatverdächtige. Davon wurden lediglich 189 schuldig gesprochen, von denen wiederum nur 134 Tatverdächtige zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden (vgl. BMI/BMJ 2006, 468).[37] Strafverfolgungsbehörden können oftmals nur einfach zu handhabende Straftatbestände nachweisen. Der strafrechtliche Nachweis des Deliktes Menschenhandel ist an den Personalbeweis geknüpft, d.h. die Aussage der Betroffenen im Prozess ist entscheidend und ausschlaggebend (vgl. Herz/Minthe 2006, 127). Der Personalbeweis ist schwierig, weil die Frauen aufgrund der stetigen Rotation im Prostitutionsmilieu oftmals keinen konkreten und für die Justiz objektiv nachvollziehbaren Aussagen machen können. Der Glaubwürdigkeitsgrad der Opferaussagen wird aufgrund der Einwilligung in die Prostitution und des Ausländerstatus herabgesetzt. Die Strafverfolgung scheitert oft an grenzübergreifenden bürokratischen Hindernissen (vgl. Mentz 2001, 79). Die grenzüberschreitende Strafverfolgung macht Ermittlungen aufwändig und arbeitsintensiv. Arbeitsintensive Ermittlungen binden polizeiliche Arbeitskräfte. Die Aussicht, die Aufklärungsquote zu erhöhen, ist daher gering. Die Öffnung der EU Grenzen und die Minderung der Grenzkontrollen verringern das Risiko, entdeckt zu werden zusätzlich (vgl. Europol 2009b, 2). Der Handel mit der Ware Mensch ist nicht nur, wie in Kapitel 5.1. beschrieben, ein höchst lukratives und profitables Geschäft sondern auch ein sehr risikoarmes.

[37] Die Zahlen beziehen sich auf die alten Straftatbestände § 180 „Menschenhandel“ und § 181 „Schwerer Menschenhandel“ vor dem 37. Strafänderungsgesetz vom 11.02.2005. Aktuelle Zahlen sind aufgrund langjähriger Ermittlungs- und Verurteilungsverfahren nicht verfügbar.

7. Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit im Aufgaben- und Problemfeld Frauenhandel

7.1 Entstehung der Sozialen Arbeit im Tätigkeitsfeld Frauenhandel – von der Mitternachtsmission zum KOK

Um die Entstehung der Sozialen Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld aufzuzeigen, ist es unerlässlich, einen kurzen Einblick in die Entwicklung der Sozialen Arbeit als Frauenberuf zu geben.

7.1.1 Exkurs: Soziale Arbeit als Frauenberuf

Gesellschaftliche Umwälzungen des 19. Jahrhunderts legten den Grundstein zum Berufsfeld der Sozialen Arbeit. Die Demokratisierung im Rahmen der französischen Revolution führte zur Einführung der Gewerbefreiheit, Aufhebung der Zünfte, Standesschranken und des feudalen Bauernschutzes. Die Mobilität der Bürger nahm zu. Die Bevölkerungszahl stieg aufgrund besserer Ernährung und besserer medizinischer Versorgung an. Von 1800 bis 1870 verdoppelte sich die Zahl der Menschen in Deutschland (vgl. Hering/Münchmeier 2007, 23).
Gleichzeitig stiegen die Lebensrisiken, Missernten führten zur Landflucht, die Gewerbefreiheit zu Konkurrenzdruck und Rationalisierung. Die Großstädte wuchsen wegen der Landflucht und des Bevölkerungswachstums drastisch. Mit dem Überangebot an Arbeitskräften sanken die Löhne. Ein Einkommen in der Familie reichte nicht mehr. Alle Familienmitglieder, Frauen wie Kinder, mussten zum Haushaltseinkommen beitragen. Die Arbeitsbedingungen waren schlecht, die Wohnverhältnisse miserabel. Eine soziale Absicherung für das Alter oder bei Krankheit gab es nicht. Traditionelle Familienverbände, die das soziale Sicherungssystem ersetzten, gab es nicht mehr (vgl. ebd., 23ff.). Punktuelle Armut entwickelte sich zur Massenarmut und stellte den Staat vor das dringliche Problem, die „Soziale Frage“ des 19. Jahrhunderts lösen zu müssen. Das bereits seit 1853 ehrenamtlich täti-

ge Elberfelder System[38] reichte nicht aus, um der Massenarmut zu begegnen. Es stieß im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts an seine Grenzen. Eine qualifizierte Fürsorge war mehr denn je erforderlich.[39]
Parallel zur Dringlichkeit einer qualifizierten Fürsorge kämpfte die alte Frauenbewegung[40] um die Erschließung neuer Berufs- und Bildungsmöglichkeiten für Frauen. Ziel der Frauenbewegung war, die Frau in die Gesellschaft zu integrieren und ihre Teilhabe zu fördern. Es wurde angenommen, dass die Gesellschaft von der Integration der Frauen nur profitieren könne (vgl. Wagner/Wenzel 2009, 22).
1898 wurden Berufsberatungsstellen eröffnet, in denen Ausbildungsmöglichkeiten und Berufszweige dargestellt und Diskussionen über die beruflichen Möglichkeiten der Frau geführt wurden (vgl. Schaser 2006, 62f.). Durch die Artikulation des Bedürfnisses nach Bildungschancen und Berufsmöglichkeiten für Frauen entstand auch eine veränderte gesellschaftliche Auffassung über die Frau,
„dass die Frau mehr sei als das „schöne Eigentum“ des Mannes, dass sie nicht nur das Recht sondern auch die Pflicht habe, sich öffentlich einzumischen. Nur allzu offensichtlich ist es, dass die Beschränkung auf Haus und Familie nicht ausreicht, um ein vollwertiges Leben zu führen […].“ (Hering/Münchmeier 2007, 49)
Diese parallel verlaufenden Ansätze führten zur „geniale(n) Verknüpfung der Lösung von Frauenfrage und sozialer Frage in einem Streich“ (ebd., 52) und etablierten die Soziale Arbeit als Frauenberuf, in der
„die Frauen [nicht] in die vorher männlich besetzen Felder einrücken, sondern […] eine weitreichende Ausweitung und Umstrukturierung des gesamten Sektors mit vorantreiben bzw. selbst initiieren.“ (ebd., 50)
Das zeitliche Zusammentreffen einer emanzipatorischen Frauenbewegung mit ihrer Suche nach Tätigkeitsfeldern und die Ausweitung der sozialen Probleme der Industrialisierung begünstigte die Entwicklung der Sozialen Arbeit als Frauenberuf. So war z.B. Alice Salomon eine

[38] Das Elberfelder-System war eine gemeindezentrierte Armenfürsorge. Die Städte wurden in Quartiere unterteilt und von einem ortsansässigen ehrenamtlichen Armenpfleger betreut. Eine ausführliche Darstellung des Elberfelder System findet sich bei Hering/Münchmeier 2007, 30ff.
[39] Eine ausführliche Darstellung der gesellschaftlichen Umwälzungen des 19. Jahrhunderts findet sich bei Hering/Münchmeier 2007, 19ff.
[40] Unter der „alten“ Frauenbewegung wird die Zeit von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Machtergreifung der Nationalsozialisten verstanden.

der führenden Personen der Frauenbewegung jener Zeit, die maßgeblich die Entwicklung der Sozialen Arbeit prägte. Sie war es, die 1908 die erste akademische Ausbildungsstätte in Berlin eröffnete. Der Beruf des Armenpflegers wurde zu einer weiblichen Domäne und begann, sich rasant über ganz Deutschland auszubreiten. Seit 1917 ist Soziale Arbeit ein anerkannter und bezahlter Beruf.
Der 1. Weltkrieg verschlechterte die soziale Lage der Bevölkerung weiter. Die Hälfte der Männer fiel als Ernährer und Familienoberhaupt aus. Der hohe Bedarf an Hilfeleistung (Invalidität, Witwen, Waisen,) ließ die Nachfrage nach ausgebildetem Personal sprunghaft steigen und beschleunigte die Professionalisierung. Es fanden immer mehr Frauen Einzug in die Profession.
In der Weimarer Republik (1918-1933) etablierte sich die soziale Arbeit. Aus der Not heraus entstand ein System von Sozialgesetzen (z.B. Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, Jugendgerichtsgesetz, Reichsfürsorgepflichtverordnung). Fürsorge- bzw. Wohlfahrtsämter wurden eingerichtet. Die Betrachtung rückte weg von der äußeren Not (Nahrung, Kleidung, Wohnung) zur inneren Not (Erleben der Armut). Die Inflation 1923 und die Weltwirtschaftskrise 1929 führten zur Ausdifferenzierung von Problem- und Handlungsfeldern, was die Professionalisierung weiter voran trieb (vgl. Hering/Münchmeier 2007, 116).
Der Nationalsozialismus bewirkte vorübergehend ein Ende der sozialen Bewegungen und führte dazu, dass alle Reformen aufgehoben und der Ideologie der Zeit unterworfen wurden. Die nationalsozialistischen Ziele standen im Vordergrund. Soziale Arbeit wurde zur „Volkspflege“ umdefiniert und instrumentalisiert. Sie diente der Kontrolle.
Mit der Kapitulation 1945 gab es für die Soziale Arbeit einen Neubeginn. Die Westalliierten setzten dort an, wo die Entwicklung vor dem Nationalsozialismus aufgehört hatte. Sie forcierten einen Wiederaufbau nach dem Muster des Sozialwesens in England und der USA. Nach dem Krieg bewegte sich die Soziale Arbeit eher im Rahmen einer Nothilfe und Notversorgung. Sie etablierte sich aber relativ schnell wieder zu einem anerkannten Beruf. So differenzierten und weiteten sich seit Beginn der 60er Jahre die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit enorm aus. Mehr als zwei Drittel der Stellen entstanden erst in den letzten Jahrzehnten (vgl. ebd., 189). In dieser Zeit veränderte sich auch ihr Selbstverständnis, indem sie sich nicht mehr nur als Nothilfe sondern als umfassende Fürsorge verstand.

7.1.2 Die Mitternachtsmission

Erste Ansätze sozialarbeiterischer Interventionen in diesem Aufgabenfeld lassen sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts erkennen. 1906 wurde die erste Mitternachtsmission in Berlin gegründet. Darauffolgend gründeten sich einige weitere Mitternachtsmissionen, vor allem in den Großstädten Deutschlands.
Die Mitternachtsmissionen waren der Inneren Mission[41] der evangelischen Kirche angegliedert. Ziel war es, durch christliche Liebestätigkeit die individuelle Not zu lindern, und die Betroffenen wieder in die gesellschaftliche Ordnung von Familie, Staat und Kirche zurückzuführen (vgl. Wallmann 2006, 231). Der verloren gegangene Glaube sollte durch unterstützende Maßnahmen wieder erweckt werden.
Die Mitternachtsmissionen waren für die Fürsorge von „Gefährdeten und den Kampf gegen sittliche Volksschäden“ verantwortlich. „Gefallene Mädchen“ (Prostituierte) sollten resozialisiert, die öffentliche Sittlichkeit angehoben und die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten verhindert werden (vgl. Spankeren o.J., 3f.). Die diakonische Fürsorge sprach sich ausdrücklich gegen die Reglementierung der Prostitution und die damit einhergehende Kasernierung der Prostituierten aus.[42] Dies beseitige nicht grundlegend die Prostitution, sondern fördere lediglich ein Abdrängen in die Illegalität. Die diakonische Fürsorge forderte zur Beseitigung der Unsittlichkeit schärfere Gesetze und Umerziehung der Gefährdeten (vgl. ebd., 6).
Die Fürsorge des 20. Jahrhunderts beinhaltete erste Ansätze von Präventionsarbeit und Betreuung. Freiwillige Helfer verteilten Zettel an Prostitutionskunden über die „verheerenden Folgen des Lasters an Leib und Seele“ (ebd., 8). Die Fürsorgerinnen machten Straßendienste, um die Mädchen über Gefährdungen und Hilfsangebote aufzuklären. Prostituierte, die aufgrund ihrer Tätigkeit inhaftiert waren, wur-

[41] Die Innere Mission fasste erstmals Einrichtungen der freien christlichen Wohlfahrtspflege innerhalb der evangelischen Kirche zusammen und führte zu einer Art Netzwerkbildung von Wohlfahrtseinrichtungen in ganz Deutschland. Die Anregung geht auf Johann Hinrich Wichern zurück. Grundgedanke war, dass die gesamte evangelische Kirche ein Bekenntnis des Glaubens durch helfende Taten leisten solle. (vgl. Wallmann 2006, 230f.).
[42] Prostitution war seit 1876 nach § 361 RStGB verboten und durfte nur mit einer polizeilichen Konzession in Bordellen ausgeübt werden (vgl. Kapitel 3).

den im Gefängnis aufgesucht und betreut. Als „sittlich gefährdet“ geltende Mädchen wurden zu Hause besucht. Es wurden Unterbringungsmöglichkeiten für entlassene Inhaftierte und willige Aussteigerinnen angeboten.

7.1.3 Das persönliche Empowerment der neuen Frauenbewegung

Die neue Frauenbewegung der 70er Jahre beeinflusste die Soziale Arbeit maßgeblich.[43] Die kontrollierende und sozialisierende Funktion der Profession wurde durch sie kritisch hinterfragt und abgelehnt, da sie als Teil des Herrschaftsapparates galt.
Ihren Ursprung hatte die Frauenbewegung der 70er Jahre in der Studentenbewegung. Da der Sozialistische Studentenbund (SDS) mehrheitlich durch Männer geführt wurde, waren Frauen waren nur unzulänglich integriert.[44] Deshalb entstand 1967 der feministische „Aktionsrat zur Befreiung der Frau“ (vgl. Lenz 2008, 112). Ab 1970 diskutierten und postulierten Gruppierungen der neuen Frauenbewegung in der ganzen Bundesrepublik Themen wie Mutterschaft, Frauen und Beruf, Lohndiskriminierung und Frauenbildung. Die Gruppen wurden
„als horizontale, individuell machtbildende Organisationen im Sinne des persönlichen Empowerment gesehen […]. Frauen wurden als Expertinnen ihrer Lebenssituation anerkannt […].“ (Lenz 2008, 114)
Diese autonome Selbstorganisation führte zur Bildung vielfältiger Teilbewegungen, wie Lesben-, Mütter- und Migrantinnenbewegungen. In sich geschlossene Bewegungen gab es nicht. Aus den Teilbewegungen entstanden einzelne Gruppierungen, die sich in Schwerpunkt- und Zielsetzung unterschieden. Auch die Themen vervielfältigten sich. Eine Vielzahl alternativer Projekte und Ideen entstand. Die Frauenbewegung und ihre autonomen Projekte weiteten sich aus.
Die neue Frauenbewegung wollte die Frau, im Unterschied zur alten Frauenbewegung, nicht in die vorhandene Gesellschaftsstruktur integ-

[43] Unter der „neuen“ Frauenbewegung wird die Zeit ab 1945 verstanden.
[44] Der SDS war die Trägerorganisation der Studentenbewegung und verantwortlich für die Organisation und Koordination von Protesten.

rieren. Sie wollte durch die Form der Selbstorganisation politisch von außen auf die Gesellschaft einwirken (vgl. Wagner/Wenzel 2009, 22).
Im Zuge der Kampagne „Lohn für Arbeit“ in den 70er Jahren entstanden grundlegende Debatten über Arbeit, Sexualität und Beziehungen. Die Frauenbewegung beschäftigte sich auch intensiv mit dem Thema Prostitution. Es gab unterschiedliche Meinungen. Für einige waren die Prostituierten Opfer und die Prostitution der Inbegriff von Frauenfeindlichkeit. Prostituierte erhielten das Patriarchat, indem sie sich der männlichen Herrschaft unterwarfen und standen im Widerspruch zum Feminismus. Andere entwickelten ein neueres Verständnis. Prostitution sei eine Dienstleistung wie jeder andere Tätigkeit auch.
„Prostituierte sind in dieser Theorie die ersten Frauen, die Lohn für eine Arbeit bekommen, die Frauen sonst umsonst leisten und werden aufgrund ihres subversiven Umgangs mit der Verschränkung von Liebe und Arbeit im Leben der Frau zu einer Art Avantgarde“ (Schmackpfeffer 1989, 113)
Diese Art der Anschauung ermöglichte Prostituiertenprojekte, die die Annahme, Prostituierte müssten „gerettet“ werden, ablehnten. Feministinnen der Frauenbewegung kamen in ihrer sozialarbeiterischen Tätigkeit mit Prostituierten in Kontakt. Es entstanden auch Projekte, die ausschließlich von Prostituierten oder Ex-Prostituierten ins Leben gerufen wurden. Sie artikulierten politische Forderungen. Prostitution solle als Tätigkeit anerkannt und die gesellschaftliche Missbilligung beseitigt werden. Es entstanden Unterstützungsangebote, in denen Prostituierte Raum zum Austausch untereinander fanden. Betreuungs- und Beratungsangebote ermöglichten individuelle Unterstützung bei privaten, rechtlichen oder gesundheitlichen Problemen (vgl. ebd., 105). In Folge dieser Entwicklung entstand 1980 der erste deutsche Prostituiertenverein „Hydra“ in Berlin.
Die Mitternachtsmission widmete sich als erste Einrichtung den spezifischen Problemlagen von Prostituierten. Obwohl die Ideologie der Tätigkeit aus heutiger Sicht fragwürdig ist, lassen sich Interventionsmöglichkeiten erkennen, die nicht unweit von denen heutiger Beratungsstellen liegen. Die neue Frauenbewegung etablierte eine andere Form der Unterstützungsmöglichkeit: Die horizontale Selbstorganisation. Die Pluralisierung von Teilbewegungen und Thematiken führte zur Etablierung von Selbsthilfeprojekten, die sich als konträr zur christlichen und öffentlichen Fürsorge verstanden.

Die Beratungsstellen, die aus der christlichen Fürsorge und der autonomen Frauenbewegung entstandenen sind, kamen Ende der 80er Jahre immer häufiger und enger in Kontakt mit dem Thema Frauenhandel und Frauenhandelsopfer. Es entstanden Diskussionen über Frauenhandel, Prostitution, Migrationswunsch und –recht. Der Wunsch nach kooperativer Vernetzung verstärkte sich. 1986 fand ein erstes Vernetzungstreffen statt. Gleichzeitig entstand ein öffentliches und strafrechtliches Interesse an den Beratungsstellen, sodass diese auch finanziell in ihrer Arbeit unterstützt wurden. Dies ermöglichte 1999 die Gründung des Dachverbandes „Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess“ (KOK) (vgl. Gatzke 2008, 14ff.).

7.2 Nationale Handlungsansätze - Ziele und Arbeit des KOK

Der KOK ist das einzige bundesdeutsche Netzwerk mit dem Schwerpunkt der Bekämpfung des Frauenhandels.
„Frauenhandel [wird] im Kontext von Migration definiert, die häufig durch Armut, Krisen oder politisch-ökonomische Umbruchprozesse, aber auch durch den simplen Wunsch, ein anderes Land kennenzulernen, entsteht.“ (Gatzke 2008, 16)
Der KOK ist ein eingetragener Verein mit derzeit 39 Mitgliedorganisationen aus verschiedenen Arbeitsbereichen: Beratungsstellen für Frauenhandel, Migrantenprojekte, Beratungsstellen für Prostituierte, Frauenhäuser, Menschenrechtsorganisationen und kirchliche Vereine.
Die Ziele des KOK lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. ebd., 17f.):
Bekämpfung des Frauenhandels auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene,
Anerkennung von Frauenhandel als Menschenrechtsverletzung und Gewalt gegen Frauen,
würdevoller Umgang mit Opfern von Frauenhandel,
Abschaffung rassistischer und sexistischer Diskriminierung von Migrantinnen und rechtliche und soziale Gleichstellung von deutschen und ausländischen Frauen,

Verbesserung der Lebensverhältnisse von legalen und illegalen Migrantinnen und Frauenhandelsopfern,
Förderung des Problembewusstseins der Öffentlichkeit für das Thema Frauenhandel.
Der KOK engagiert sich auf internationaler, europäischer und bundesweiter Ebene, um diese Ziele zu verwirklichen. Er betreibt Lobbyarbeit und fördert den Austausch und die Kooperation mit anderen Frauen- und Menschenrechtsorganisationen.
Die Lobbyarbeit auf internationaler und europäischer Ebene zielt darauf ab, das Bewusstsein supranationaler Gremien für diese Form der Menschenrechtsverletzung zu schärfen und ihnen ihre Verantwortung aufzuzeigen. Durch politische Stellungnahmen werden Gesetzgebungs- und Entscheidungsprozesse beeinflusst. So erstellte der KOK im Jahre 2006 in Kooperation mit weiteren Frauenorganisationen einen Alternativbericht zum sechsten Bericht der Bundesregierung zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). Darin wurden die Mängel der Maßnahmen der Bundesregierung zur Beseitigung der Diskriminierung von Frauen aufgezeigt. Zudem erstellte der KOK in Zusammenarbeit mit weiteren internationalen Organisationen Textvorschläge für die Europaratskonvention zur Bekämpfung des Menschenhandels, welche an die EU-Kommission gesandt wurden.[45]
Der KOK ist auf internationaler und europäischer Ebene mit Frauen- und Menschenrechtsorganisationen vernetzt. Er arbeitet eng mit der Global Alliance against Trafficking in Women (GAATW) und La Strada zusammen. GAATW ist das internationale Netzwerk gegen Frauenhandel mit über 90 Nichtregierungsorganisationen (NGOs).[46] Es setzt sich für die Menschenrechte von Frauenhandelsopfern und Migrantinnen ein. La Strada ist das europäische Netzwerk gegen Menschenhandel mit neun Mitgliedern, hauptsächlich aus dem Osten Europas.[47] Schwerpunkte der Arbeit sind präventive Kampagnen und die kooperative Verbesserung der Unterstützung von Rückkehrerinnen.
Auf Bundesebene artikuliert der KOK den Handlungsbedarf zur Bekämpfung des Frauenhandels in politischen Gremien. Er ist Mitglied

[45] Eine ausführliche Darstellung der erreichten Ziele findet sich unter [Format: PDF, Zeit: 15.07.2010, Adresse: http://www.kok-buero.de/index.php?idcat=134&lang=1].
[46] http://www.gaatw.org.
[47] http://www.lastradainternational.org.

in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Frauenhandel (BLAG). Die BLAG wurde 1997 gegründet und ist beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angesiedelt. Seine Mitglieder sind spezialisierte Nichtregierungsorganisationen, Behörden und verschiedene Ministerien auf Bundes- und Landesebene. Ziel ist die Vernetzung der von Frauenhandel betroffenen Stellen. Kooperative Konzepte und politische Empfehlungen auf Bund und Länderebene werden erarbeitet. Eine bedeutende Leistung der BLAG ist ein Kooperationskonzept für Polizei und Fachberatungsstellen. Eine andere ist der ermöglichte Zugang zum Opferentschädigungsgesetz für Betroffene des Frauenhandels.[48] Der KOK beteiligt sich im Forum für Menschenrechte (FMR).[49] Das FMR wurde 1994 gegründet und ist ein Netzwerk von 52 deutschen NGOs. Ziel ist ein bundes- und weltweit verbesserter Menschenrechtsschutz. Die Menschenrechtspolitik soll bundesweit begutachtet, das öffentliche Bewusstsein gefördert und die Vernetzung der NGOs unterstützt werden. Dazu organisiert der KOK Tagungen und Informationsveranstaltungen für die Öffentlichkeit, initialisiert politische Aktionen und betreibt Medienarbeit.

7.3 Lokale Handlungsansätze - Die Beratungsstellen

7.3.1 Trägervielfalt der Beratungsstellen

Der geschichtliche Rückblick zeigte die differenzierte Entstehungsgeschichte der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld Frauenhandel. So differenziert die Beratungsstellen in ihrer Entstehung waren, so vielfältig sind ihre gegenwärtigen Träger. Ihren Ursprung hat ungefähr die Hälfte der Beratungsstellen des KOK in der evangelischen Fürsorgetätigkeit. Sie gehören bis heute dem Diakonischen Werk der evangelischen Kirche an. Arbeiterwohlfahrt (AWO) und Caritas Verband sind nachweislich lediglich drei Beratungsstellen zuzuordnen.[50] Ein Großteil befindet sich in der Trägerschaft freier Vereine. Es sind Vereine, die aus der Prostituierten- und Frauenbewegung entstanden sind. Nur zwei

[48] Eine ausführliche Darstellung der erreichten Ziele der BLAG findet sich unter [Format: PDF, Zeit: 17.07.2010, Adresse: http://www.kok-buero.de/index.php?idcat=131&lang =1].
[49] http://forum-menschenrechte.de
[50] Caritas: NachtFalter (Essen); AWO: Vera (Magdeburg) und Zora (Schwerin)

haben sich nachweislich dem Paritätischen Wohlfahrtsverband angeschlossen.[51] Alle Beratungsstellen finanzieren sich überwiegend aus öffentlichen Mitteln von Bund, Land und/oder Kommune. Unterstützende Eigenmittel, wie Spenden und Mitgliederbeiträge, komplementieren die Finanzierung.

7.3.2 Tätigkeitsfelder

Um die Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit aufzuzeigen ist es unerlässlich das Aufenthaltsrecht der Frauenhandelsopfer zu erläutern.

7.3.2.1 Exkurs: Aufenthaltsrecht

„Das Aufenthaltsgesetz ist im Leben von Migranten der entscheidende Faktor, über den jeglicher Zugang zum Hilfesystem, zu Sozialleistungen etc. definiert wird […], entsprechend unterschiedlich sind auch die […] Interventionsmöglichkeiten.“ (Prasad 2008a, 8)
Opfer oder potenzielle Opfer aus Drittstaaten ohne Aufenthaltstitel erhalten nach § 50 IIa AufenthG eine vierwöchige Bedenkzeit, in der sie sich für oder gegen eine Kooperation mit den Behörden entscheiden können. Entscheiden sie sich gegen eine Kooperation müssen sie nach § 50 II AufenthG unverzüglich ausreisen.
Entscheiden sie sich zur Kooperation, richtet sich die Erteilung eines Aufenthaltstitels nach der „Richtlinie des Rates über die Erteilung eines befristeten Aufenthaltstitels für Opfer von Menschenhandel“ (RL) vom 29. April 2004.[52] Zum Erlangen eines Aufenthaltstitels haben die zuständigen Behörden zu prüfen, ob die Anwesenheit des Opfers für die Strafverfolgung von Nutzen ist (vgl. Art. 8 I RL). Ist dies nicht oder nicht mehr der Fall, so kann den Opfern der Aufenthaltstitel verwehrt oder entzogen werden (vgl. Art.8 III, Art.13 RL). Ist die Anwesenheit der Opfer erforderlich, erhalten sie nach § 60a AufenthG eine Duldung bzw. nach § 25 IVa AufenthG eine vorübergehende Aufenthaltserlaubnis. Eine Duldung wird für vier Wochen, eine vorüberge-

[51] Paritätischer Wohlfahrtsverband: Agisra e.V. (Köln); Hurenselbsthilfe e.V. (Saarbrücken)
[52] vgl. Richtlinie 2004/81/EG des Rates vom 29. April 2004.

hende Aufenthaltserlaubnis für sechs Monate erteilt. Eine Verlängerung obliegt der Staatsanwaltschaft. Nach Beendigung des Strafverfahrens erlischt der Aufenthaltstitel und die Opfer müssen nach § 50 II AufenthG ausreisen. Ein darüber hinaus gehender Aufenthaltsstatus bestimmt sich nach den allgemeinen Vorschriften des Ausländerrechts (vgl. Art. 13 II RL).
Betroffene aus den EU-Ländern haben nach § 2 FreizügG grundsätzlich das Recht auf Einreise und Aufenthalt bis zu drei Monaten. Nach § 5 FreizügG muss nach Ablauf der drei Monate eine Anmeldung erfolgen. Um eine Freizügigkeitsbescheinigung zu erhalten, sind bestimmte Vorraussetzungen zu erfüllen. Eine Freizügigkeitsbescheinigung wird denjenigen erteilt, welche Arbeitnehmer, Selbstständige und nicht Erwerbstätige mit ausreichend Existenzmittel und Krankenversicherungsschutz sind. Ebenfalls erhalten Arbeiternehmerinnen, die arbeitsuchend sind oder sich zur Berufsausbildung in der BRD aufhalten, eine Freizügigkeitsbescheinigung (vgl. Weiß 2005, 6f.).

7.3.2.2 Soziale Beratung und Betreuung

Die Soziale Beratung findet in der Sozialen Arbeit als verbreitete Handlungsmethode Anwendung. Nach Thiersch ist sie,
„ein methodisch ausgewiesenes, zielorientiertes Arbeitskonzept. Es meint in seiner methodischen Struktur den prozesshaften Zusammenhang von Arbeitsstufen: Erkenntnis (Wahrnehmung/Diagnose) von Schwierigkeiten ist die Voraussetzung zur Klärung des Entwurfs von Hilfsmöglichkeiten; sie führt zur Unterstützung und Hilfe in der Erschließung von Ressourcen“ (Thiersch 2009, 130)
Soziale Beratung der von Frauenhandel Betroffenen hat das Ziel, die Opfer zu unterstützen, ihre körperliche und seelische Integrität wieder herzustellen und sie langfristig aufrecht zu erhalten. Die Rückkehr in den Alltag, die Aufarbeitung der Erlebnisse und die Entwicklung einer Zukunftsperspektive wird als wünschenswertes Ziel angesehen. Die Arbeit mit Betroffenen von Menschenhandel erfolgt in einer besonderen Situation. Vorausgegangen sind Gewalt, Erniedrigung und Bedrohung. Die Frauen sind verunsichert und verängstigt. Sie befinden sich in einer Krisen- und Ausnahmesituation, sind physisch und psychisch stark beeinträchtigt und traumatisiert.

Nach dem Erstgespräch gibt es schnellen Handlungsbedarf. Mit der ersten Kontaktaufnahme beginnt ein auf die Person abgestimmter Beratungsprozess der Information, Beratung und Begleitung. Die individuelle Situation steht im Mittelpunkt. Die Beratung hilft, den Alltag neu zu strukturieren. Es soll ein erstrebenswerter Ausweg aus der Situation gefunden werden. Oftmals ist neben der Beratung konkrete und materielle Unterstützung erforderlich. Dieser Beratungs- und Begleitungsprozess wird als zeitintensiv und kraftaufwendig beschrieben. Die Frauen benötigen für diesen Prozess Vertrauen und Zeit. Die Internetseiten der Beratungsstellen benennen nachfolgende Hilfen:
Informationsvermittlung,
Planung von Schutzmaßnahmen (Sichere Unterbringung),
Versorgung mit Kleidung und Lebensmitteln,
Hilfe bei der Alltagsbewältigung,
Persönliche Begleitung bei Amts- und Behördengängen (nach Bedarf zu Ämtern, Polizei, Ärzten),
Psychosoziale Betreuung (Verarbeitung des Erlebten, Entscheidungsfindung, Perspektiventwicklung),
Organisation von Weiterbildungsmaßnahmen, Sprachkursen und Freizeitaktivitäten,
Beratung, Hilfestellung und Begleitung bei ungewollter Schwangerschaft und den damit verbundenen Folgen.

7.3.2.3 Rechtliche Beratung und Betreuung

Die rechtliche Beratung/Betreuung grenzt sich von der sozialen Beratung/Betreuung ab. Sie zielt primär auf die Ermittlung der auf die besondere Situation des Klienten zutreffenden Rechtsvorschriften ab. Rechts- und Lebenssituation sollen geklärt und verbessert werden (vgl. Schilling 2005, 238).
Der Aufenthaltsstatus ist zu klären und über das Ausländerrecht ist aufzuklären. Akute Aufenthalts- oder drohende Abschiebungsprobleme sind zu lösen. Die rechtliche Betreuung erfordert umfassende Kenntnisse über das FreizügG und AufenthG. Manche Beratungsstellen werden von Juristinnen begleitet, die regelmäßig Rechtsseminare für Mitarbeiterinnen abhalten (vgl. Agisra 2009, 19).

Betroffene werden über die Möglichkeit der Erstattung einer Strafanzeige und die damit einhergehenden Regelungen des Aufenthaltsgesetzes aufgeklärt. Inhalte der Beratung sind die Abläufe des Strafverfahrens (Dauer und Risiken), Opferschutz und eventuelle Ermittlungen gegen die eigene Person und die Möglichkeit der Einstellung des Verfahrens.[53] Sind weiterführende juristische Kenntnisse bei den Mitarbeiterinnen vorhanden, werden Betroffene über die Möglichkeit des Zeugenbeistandes, der Kostenübernahme und der Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz aufgeklärt. Gegebenenfalls wird ein Rechtsanwalt hinzugezogen.
Entscheiden sich die Frauen zur Anzeige, begleiten die Mitarbeiterinnen die Frauen im Strafverfahren. Die Opferzeuginnen werden zu den Behördengängen und zur Rechtsanwältin begleitet. Sozialrechtliche und aufenthaltsrechtliche Formalitäten, wie Aufenthaltsstatus, Arbeitserlaubnis und Sozialleistungen werden geregelt. Prozesstage und Zeugenaussagen werden mit dem Rechtsbeistand vorbereitet und unter Begleitung einer Mitarbeiterin durchgeführt. Der Prozess ist belastend und macht die Opferzeuginnen unsicher. Deshalb erhalten die Frauen auch während des Prozesses soziale Betreuung, Unterstützung und Hilfestellung (vgl. 7.3.2.2).

7.3.2.4 Rückkehrunterstützung

Rückkehrhilfe wird sowohl Betroffenen, die sich zur Kooperation mit den Behörden entscheiden, als auch denjenigen, die aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels abgeschoben werden, angeboten. Geholfen wird auch EU-Bürgerinnen mit legalem Aufenthaltstitel, die freiwillig in ihre Heimatländer zurückkehren wollen (vgl. Jadwiga 2008, 17).
Für die Finanzierung der Rückkehr können die Rückreisewilligen einen Antrag bei der Internationalen Organisation für Migration (IOM) stellen. Im Auftrag des Bundesministerium des Inneren und der zuständigen Länderministerien organisiert die IOM seit 1979 das „Reintegration and Emigration Programme for Asylum-Seekers in Germa-

[53] Bei Opfern, die sich illegal in Deutschland aufhalten, können strafrechtliche Ermittlungen aufgrund des Verstoßes gegen das Ausländerrecht eingeleitet werden. § 154c II StPO bietet die Möglichkeit von der Ermittlung, des vom Opfer begangenen Deliktes, abzusehen. (vgl. Kalthegener 2008, 45f.).

ny“ (REAG) und das „Government Assisted Repatriation Programme“ (GARP). Das REAG übernimmt die Reisekosten der freiwilligen Ausreisenden und das GARP finanziert eine Starthilfe zur Reintegration im Herkunftsland. Ziel ist, unterstützende Hilfe zu leisten und „Migrationsbewegungen zu steuern“ (IOM 2009, 1). Doppelförderungen durch die Programme sind ausgeschlossen. Betroffene sind bei erneuertem dauerhaftem Aufenthalt in der Bundesrepublik regresspflichtig (vgl. BMI 2008, 156).
Die Betroffenen stellen mit Hilfe der Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen Anträge und entwickeln einen Rückkehrplan. Der beinhaltet die Vorbereitung der Reise und die Möglichkeiten der Reintegration im Herkunftsland. Passersatz und Durchreisevisa müssen erforderlichenfalls bei den zuständigen Behörden neu beantragt werden. Tickets werden gekauft und die Betroffenen werden zum Flughafen begleitet.
Vernetzung und Kooperation mit NGOs im Herkunftsland helfen die Reintegration zu gewährleisten. Die Beratungsstellen nehmen Kontakt zu ortsansässigen NGOs auf und übermitteln den Hilfebedarf. Damit wird eine ganzheitliche Unterstützung gewährleistet.
Der Verein Solwodi hat seit 1992 ein eigenes bundesweites Rückkehr- und Integrationsprojekt für Frauen. Ziel ist es, „eine Rückkehr in Würde und einen wirtschaftlichen Neuanfang“ (Solwodi 2009, 29) zu ermöglichen. Über Reisekostenzuschüsse hinaus können Fördermittel zur beruflichen Reintegration beantragt werden. Ausbildungsstipendien, Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, Darlehen und Zuschüsse zur Existenzgründung werden finanziert (vgl.Westphal/Behrensen 2006, 322f.).

7.3.2.5 Aufsuchende Soziale Arbeit

Viele Fachberatungsstellen versuchen mehrmals wöchentlich, Kontakt zu Betroffenen durch aufsuchende Soziale Arbeit im Prostitutions-Milieu herzustellen. Ziel ist es, die Szenestrukturen zu analysieren, problematische Entwicklungen zu erkennen und zielgruppenorientierte Hilfsangebote zu erstellen. Prostituierte werden in Appartements, Clubs und Bordellen, aber auch auf der Straße, aufgesucht. Die Fachberatungsstelle Phoenix e.V. in Hannover sucht auch so genannte „Lovemobile“ auf, in denen Prostituierte ihre Tätigkeiten in Wohn-

mobilen an viel befahrenen Straßen und an Autobahnausfahrten anbieten. Sie verfügt zudem über einen Beratungscontainer auf dem Straßenstrich, um den Zugang zur Beratung zu vereinfachen (vgl. Phoenix 2007, 6).
KARO e.V. in Plauen (Baden) hat sich der grenzüberschreitenden Sozialen Arbeit verschrieben. An der tschechischen Grenze gibt es eine starke Fluktuation von tschechischen Prostituierten und deutschen Sextouristen. Aufsuchende Soziale Arbeit dient der Kontaktaufnahme und –pflege sowie der Prävention übertragbarer Krankheiten. Broschüren über die Anlaufstellen und ihre Hilfsangebote werden in verschiedenen Sprachen verteilt. Die Verteilung von Informationsmaterial, kostenlosen Präventionsmaterialien (Kondome, Gleitgel etc.) und die Erläuterung der Anwendung dient der gesundheitlichen Prävention.
Der Arbeitskreis Prostitution in Köln, in dem Agisra e.V. mitwirkt, hat einen umfassenden „Wegweiser für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter in Köln“ erstellt. In diesem Wegweiser sind alle relevanten Beratungsstellen, Gesundheitsdienste, Notfallnummern und Übernachtungsmöglichkeiten aufgelistet. Rechtliche und gesetzliche Bestimmungen, die die Sexarbeit betreffen, werden verständlich erklärt (vgl. Arbeitkreis Prostitution o. J.).
Aufsuchende Arbeit ist auch die Arbeit in der Abschiebungs- oder Untersuchungshaft. Betroffene sitzen häufig aufgrund des illegalen Aufenthaltsstatus oder der illegalen Arbeitsaufnahme in Haft, ohne als Opfer von Frauenhandel identifiziert worden zu sein. Ziel ist die Identifikation von Opfern und die emotionale Betreuung derjenigen, die keinen Aufenthaltstatus besitzen und nicht bereit sind, freiwillig auszureisen (vgl. Jadwiga 2008, 15).

7.3.2.6 Präventionsarbeit am Freier

„Wenn es gelingt, Freier zu erreichen, gelingt es überdies auch unmittelbarer und vertrauensvoller mit den Opfern in Kontakt zu kommen, Wege aus der Zwangslage zu vermitteln und mehr Fälle von Menschenhandel in die Prostitution aufzuklären.“ (FIM 2007, 10)
Mit dieser grundlegenden Idee startete die Fachberatungsstelle „Frauenrecht ist Menschenrecht e.V.“ (FIM) im Jahre 2006 ihre Kampagne

„Stoppt Zwangsprostitution“. Mit 140 beteiligten Organisationen wurden 46 Städte in Deutschland erreicht. Es war die erste große bundesweite Kampagne, die sich die Sensibilisierung von Prostitutionskunden zum Ziel gesetzt hatte.
Anlass war die Fußball-Weltmeisterschaft (WM) 2006 in Deutschland. Sie ermöglichte, viele Männer aus unterschiedlichen Ländern auf die Problematik aufmerksam zu machen und Freier zu sensibilisieren.
Es wurden Poster, Postkarten, Buttons, Streichholzschachteln, Anhänger und Kondome produziert und an ausgewählten Standorten wie WM-Stadien, Flughäfen, Kneipen und in örtlichen Veranstaltungen an Männer verteilt. Die Infomaterialien enthielten auf der Vorderseite einen Appell an die Verantwortung der Männer. Auf der Rückseite wiesen sie auf Indikatoren zur Erkennung von Zwangsprostitution und auf Handlungsmöglichkeiten hin. Parallel wurde eine Internetseite[54] und eine Telefon- Hotline, die 24 Stunden besetzt war, eingerichtet. Die Kampagne war ein voller Erfolg. Die Internetseite wurde bis zum Ende des Jahres 2006 über 70.000-mal angeklickt und FIM erhielt 59 konkrete Hinweise über Frauen in Zwangssituationen. Hinweise durch Freier gab es vorher ein bis zwei Mal jährlich (vgl. FIM 2007, 42).
Auch derzeit arbeiten Fachberatungsstellen präventiv an der Sensibilisierung von Freiern. Die Diakonie Baden hat die Internetplattform „Frauenheld-Sein“[55] geschaltet. Sie vermittelt Kenntnisse über den Umfang des Frauenhandels und zeigt Indikatoren zur Identifizierung Betroffener auf. Anonyme elektronische Meldungen sind möglich. In einem Diskussionsforum werden Fragen direkt beantwortet.
KARO e.V. hat als einzige Fachberatungsstelle ein sehr ausgedehntes Spektrum an Angeboten für Prostitutionskunden. Die Beratungsstelle Plauen berät Freier telefonisch. In der tschechischen Beratungsstelle in Cheb hat sich ein „Stammtisch für Sextouristen“ etabliert (vgl. Karo 2008, 28f.). Im Zeitraum von Anfang 2008 bis Ende 2008 ergaben sich so immerhin 243 Kontakte mit Freiern. KARO versucht, über die Präsenz in so genannten Freierforen anonyme Beratungen für Forenbesucher anzubieten (vgl. ebd., 8). Schwerpunktthemen sind Fragen über sexuell übertragbare Krankheiten, aber auch Frauenhandel und Zwangsprostitution. Ziel ist, eine Verhaltensänderung der Freier zu bewirken. Sensibilisiert werden soll für die gesundheitlichen Folgen

[54] http://www.stoppt-zwangsprostitution.de
[55] http://www.frauenheld-sein.de

von ungeschütztem Geschlechtsverkehr und für einen menschenwürdigen Umgang mit Prostituierten. Ebenfalls sollen durch diese Form der Interaktion Hinweise auf Zwangsprostitution erhalten werden (vgl. Popova o. J., 19).

7.4 Grenzen und Probleme - Ein Blick in die Praxis

7.4.1 Strukturelle Grenzen

Im Kapitel 7.3.2.1 wurde erläutert, dass kooperationsunwillige Opfer aus Drittstaaten ausreisen müssen. In der weiteren Darstellung dieses Kapitels werden deshalb das Arbeitsrecht und die Sozialleistungen für kooperationswillige Opfer aus Drittstaaten (Drittstaaten-Opferzeuginnen) und für EU-Bürgerinnen dargestellt.

7.4.1.1 Arbeitsrecht

Drittstaaten-Opferzeuginnen unterlagen nach § 39 AufenthG bis 2004 einer sogenannten Vorrangprüfung. Das bedeutete, dass anhand bestimmter Kriterien durch die Bundesagentur für Arbeit (BfA) überprüft wurde, ob kein vorrangig berechtigter Arbeitnehmer für den Arbeitsplatz zur Verfügung stand.[56] Seit 2004 entfällt die Vorrangprüfung nach § 6a Beschäftigungsverfahrensverordnung (BeschVerfV) für Drittstaaten-Angehörige, wenn sie Opfer einer Straftat im Bundesgebiet geworden sind und der Aufenthalt aufgrund eines Strafprozesses erforderlich ist. Nach Zustimmung der BfA und des Nachweises einer Arbeitsstelle erhalten Drittstaaten-Opferzeuginnen dann eine Arbeitserlaubnis. Eine Anstellung ist in der Praxis allerdings schwierig, da sich selten ein Arbeitgeber findet, der ein Anstellungsverhältnis mit unsicherer Dauer begründet. Kurzfristige Arbeitsangebote sind mit der erst einzuholenden Arbeitserlaubnis oftmals nicht vereinbar (vgl. Prasad 2008b, 73, Popova o.J., 35).

[56] Vorrang haben deutsche Staatangehörige, EU-Bürger und Ausländer die einen dauerhaften legalen Aufenthaltsstatus besitzen.

Betroffene aus EU-Staaten genießen Arbeitnehmerfreizügigkeit. Sie könne sowohl eine lohnabhängige Arbeit annehmen als auch eine selbstständige Tätigkeit ausüben. Die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit ist an den Nachweis ausreichender finanzieller Mittel geknüpft.
Betroffene der neuen EU-Staaten[57] unterliegen jedoch einer Sonderregelung. Die Bundesregierung machte von dem Recht Gebrauch, den Arbeitsmarktzugang für eine befristete Zeit zu beschränken.[58] Sie müssen für eine lohnabhängige Arbeit gemäß § 284 SGB III eine Arbeitserlaubnis bei der BfA beantragen. Die Genehmigung wird nach § 39 AufenthG erteilt. Auch sie unterliegen einer Vorrangprüfung. Die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit ist mit Nachweis ausreichender Existenzmittel ebenfalls möglich.
Das Arbeitsrecht von Betroffenen aus den neuen EU-Staaten, die sich zur Kooperation mit den Behörden entschließen (EU-Opferzeuginnen), ist weitestgehend ungeklärt. Für Drittstaaten-Opferzeuginnen entfällt nach §6a BeschVerfV die Vorrangprüfung. Da das FreizügG grundsätzlich Vorrang vor dem AufenthG hat und Unionsbürger nicht schlechter gestellt werden dürfen als Drittstaatenangehörige, müsste die Vorrangprüfung auch für EU-Opferzeuginnen entfallen. Für diese deduktive Ableitung fehlt jedoch ein entsprechender Gesetzestext (vgl. Bosse/Schmidt 2008, 9). In der Verwaltungspraxis ergeben sich daraus Unklarheiten, Unsicherheiten und Umsetzungsschwierigkeiten. EU-Operzeuginnen bleibt daher meist ebenfalls der Zugang zum Arbeitsmarkt verwehrt.[59]

7.4.1.2 Sozialleistungen

Drittstaaten-Opferzeuginnen sind nach § 7 I 2 Nr.4 SGB II und § 23 II SGB XII nicht berechtigt, Leistungen der Grundsicherung (SGB II) und der Sozialhilfe (SGB XII) zu beantragen. Sie sind jedoch wegen

[57] „Neue EU-Staaten“ sind die EU-Beitrittsstaaten aus den Jahren 2004 und 2007: Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn.
[58] Für Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien und Ungarn ist der Zugang zum Arbeitsmarkt bis 30.4.2011 beschränkt. Für Bulgarien und Rumänien ist er bis zum 31.12.2013 beschränkt.
[59] Ein Schaubild über das Arbeitsrecht findet sich im Anhang 2.

ihres vorübergehenden Aufenthaltstitels gemäß § 25 IVa AufenthG berechtigt, Leistungen nach § 1 I Nr.3 Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) zu beziehen.
Betroffene aus EU-Staaten, die nicht kooperationswillig sind, unterliegen bei dem Anspruch auf Leistungen des SGB II und XII zahlreichen Ausschlusskriterien. Relevante Ausschlusskriterien des SGB II für Betroffene des Frauenhandels sind:
gemäß § 7 I 1 Nr. 4 SGB II erhalten sie keine Leistungen, wenn sie ihren „gewöhnlichen Aufenthalt“ nicht in der BRD haben. Der gewöhnliche Aufenthalt ist an die Arbeitserlaubnis geknüpft (vgl. Popova o.J., 29),
gemäß § 7 I 2 Nr. 2 SGB II erhalten sie keine Leistungen, wenn sie sich ausschließlich zum Zweck der Arbeitssuche in der BRD aufhalten.
Daher sind kooperationsunwillige EU-Bürgerinnen, die neu eingereist sind, noch nie in der BRD gearbeitet haben und keine Arbeitserlaubnis besitzen, in der Regel von Leistungen des SGB II ausgeschlossen (vgl. Classen 2009, 4).
Ist der Anspruch nach Leistungen des SGB II ausgeschlossen, besteht die Möglichkeit, Leistungen des SGB XII zu beziehen. Jedoch gibt es im Rahmen des SGB XII in gleichem Maße Ausschlusskriterien:
gemäß § 23 III SGB XII erhalten sie keine Leistungen, wenn sie sich ausschließlich zum Zweck der Arbeitssuche in der BRD aufhalten,
gemäß § 23 III SGB XII erhalten sie ebenfalls keine Leistungen, wenn sie ausschließlich zum Zweck des Sozialhilfebezugs eingereist sind.
Der Nachweis, nicht ausschließlich zum Zweck der Arbeitssuche und des Sozialhilfebezugs eingereist zu sein, obliegt dem Antragssteller. Er ist nur schwer zu erbringen. In der Regel erhalten deshalb nicht kooperationswillige EU-Bürgerinnen keine Sozialleistungen.
Die Rahmenbedingungen des Leistungsbezugs von EU-Opferzeuginnen sind weitestgehend unklar (vgl. Popova o. J., 21). Da das FreizügG Vorrang vor dem AufenthG hat, sind EU-Bürgerinnen von Leistungen des AsylbLG grundsätzlich ausgeschlossen. Wie oben dargestellt erhalten EU-Bürgerinnen aber aufgrund der Ausschlusskriterien meist ebenfalls keinen Zugang zu Leistungen des SGB II und XII, obwohl die Annahme besteht, dass Kriterien des Leistungsbezugs nach dem SGB II und XII, aufgrund des Opferstatus im Strafprozess, vorhanden sein müssten (Bosse/Schmidt 2008, 5ff.).

In der Praxis erfolgt die systemwidrige Zuordnung der EU-Opferzeuginnen unter das AsylbLG, um Zuständigkeitsprobleme zu vermeiden und finanzielle Absicherung zu gewährleisten (vgl. Popova o.J., 30).[60]
Für Drittstaaten-Opferzeuginnen gibt es klare Regelungen des Arbeitsrechts und des Sozialleistungsbezuges. Die Möglichkeit einer Arbeitsaufnahme besteht, ist aber infolge des unsicheren Aufenthalts kompliziert. Leistungen erhalten sie nach dem AsylbLG.
Kooperationsunwillige Frauenhandelsopfer der „alten" EU-Staaten besitzen grundsätzlich Arbeitnehmerfreizügigkeit und haben freien Zugang zum Arbeitsmarkt. Sozialleistungen erhalten sie in der Regel nicht.
Kooperationsunwillige Frauenhandelsopfer der „neuen" EU-Staaten haben angesichts der Vorrangprüfung keine Möglichkeit, ein lohnabhängiges Arbeitsverhältnis einzugehen. Einer selbstständigen Arbeit können sie, sofern finanzielle Mittel vorhanden sind, nachgehen. Zum Bezug von Sozialleistungen sind sie meist nicht berechtigt.
EU-Opferzeuginnen der „alten" EU-Staaten besitzen grundsätzlich Arbeitnehmerfreizügigkeit. Sozialleistungen erhalten sie in der Regel systemwidrig nach dem AsylbLG.
EU-Opferzeuginnen der „neuen" EU-Staaten haben angesichts der unklaren Regelung im Bezug auf die Vorrangprüfung meist keine Möglichkeit, eine Arbeit aufzunehmen. Sie erhalten ebenfalls systemwidrig Leistungen nach dem AsylbLG.

7.4.2 Zugang zu Unterstützungsangeboten der Sozialen Arbeit

7.4.2.1 Opfer

Der Zugang zu Unterstützungsangeboten der Sozialen Arbeit für kooperationsunwillige Opfer, seien es Drittstaatenangehörige oder EU-Bürgerinnen, ist begrenzt. Ein fehlender Aufenthaltstitel und/oder fehlende Sozialleistungen und/oder die Verweigerung des Arbeitsmarktszuganges verhindern die finanzielle Existenzsicherung. Eine länger-

[60] Ein Schaubild über die Sozialleistungen findet sich im Anhang 3.

fristige Betreuung durch die Soziale Arbeit mit dem Ziel, eine Zukunftsperspektive zu erarbeiten, ist dadurch nicht möglich. Eine Inanspruchnahme der Hilfe beschränkt sich auf Beratung und Rückkehrunterstützung.

7.4.2.2 Opferzeuginnen

Lediglich Drittstaaten-Opferzeuginnen und EU-Opferzeuginnen erhalten eine längerfristige Betreuung durch die Beratungsstellen. Aufenthalts-, Arbeitsgenehmigung und/oder staatliche Sozialleistungen sind immer an die Bereitschaft zur Kooperation gebunden.

7.4.3 Schwierigkeiten bei der Betreuung von Opferzeuginnen

7.4.3.1 Unzureichende Finanzierung

Die Leistung des AsylbLG beläuft sich auf ca. 190 € im Monat (vgl. § 3 AslybLG).61 Grundbedürfnisse werden primär durch Sachleistungen abgedeckt. Unterbringung, Ernährung, Kleidung, Gesundheitspflege und Gebrauchsgüter werden gestellt oder es werden Wertgutscheine ausgegeben. Die betroffenen Frauen verfügen lediglich über ein Taschengeld in Höhe von 41 € monatlich. In begründeten Einzelfällen, wenn z.B. Betroffene außerhalb von Asylheimen untergebracht werden, kann die Leistung auch komplett in Geldleistung erbracht werden (§ 3 II AsylbLG).
Die Unterbringung der Opfer ist seit Juli 2009 neu geregelt (vgl. BR-Drs. 669/09, 15a.1.5.2). Bis zu diesem Zeitpunkt wurden die Frauen in Asylbewerberheimen und Sammelunterkünften untergebracht. Sammelunterkünfte waren nicht auf frauenspezifische Bedürfnisse von Frauenhandelsopfern ausgerichtet. Sie lagen meist an einem zentralen Ort, sodass sie durch die Täter leicht zu ermitteln waren. Dies barg ein hohes Gefahrenpotenzial. Die Betroffenen besaßen nach § 15

[61] Da die gängige Praxis den EU-Opferzeuginnen Leistungen nach dem AsylbLG gewährt, wird im Folgenden lediglich diese Art der Leistung erläutert.

AsylbLG nicht das Recht zu entscheiden, in welches Bundesland sie verteilt werden. So wurde die sozialarbeiterische Betreuung bis 2009 noch häufig durch Umverteilung in ein anderes Bundesland unterbrochen (vgl. KOK 2005, 1ff.).
Seit Juli 2009 sind die zuständige Strafverfolgungs- und Leistungsbehörde sowie die Beratungsstelle für eine sichere Unterbringung verantwortlich. Da eine milieunahe Unterkunft den Schutz der Frauen gefährden würde, werden sie meist dezentral untergebracht. Medizinische Versorgung erfolgt nur in akuten Notfällen (vgl. § 4 AsylbLG). Eine freie Arztwahl ist ausgeschlossen. Das AsylbLG finanziert keine Integrationsmaßnahmen.
Die Leistungen nach dem AsylbLG sind niedrig. Die Regelleistungen liegen weit unter denen des SGB II und XII. Die Summe reicht nicht aus, den zusätzlichen Kostenaufwand, der sich aus der Viktimisierung ergibt, abzudecken.
Die dezentrale Unterbringung macht zusätzlich Fahrt- und Telefonkosten für Absprachen mit den Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle oder der Rechtsanwältin erforderlich (Popova 2006, 14). Die Frauen benötigen zudem rechtliche Unterstützung bei ausländerrechtlichen Problemen oder bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen. Eine Kostenübernahme ist nur im Rahmen des prozessualen Zeugenrechts möglich (vgl. Kalthegener 2008, 43). Außerhalb des prozessualen Zeugenrechts müssen Kosten für juristische Beistände selbst getragen werden. Dolmetschertätigkeiten werden in der Regel nicht durch das AsylbLG finanziert. (vgl. Popova o. J., 29). Freizeitaktivitäten, Sprachkurse, Weiterbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen sind keine Anspruchsleistungen des AsylbLG.
Die Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen müssen sich oft um andere Finanzierungsmöglichkeiten bemühen. Nicht selten muss dabei auf eigene finanzielle Mittel zurückgegriffen werden, was das geringe Budget der Beratungsstellen zusätzlich belastet.

7.4.3.2 Regionale Unterschiede und Zuständigkeitsprobleme

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (BRD) weist Bund und Ländern unterschiedliche Gesetzgebungs- und Handlungskompe-

tenzen zu. Dies führt zu Unterschieden bei der Umsetzung von Gesetzen und Vorschriften. Unterschiedliche Schwerpunkte und Handlungsweisen der beteiligten Behörden führen zu unterschiedlicher Handhabe des Aufenthaltsgesetzes und der Leistungsansprüche.
Unterschiedliche Entscheidungen führen zu ungleicher Behandlung von Frauenhandelsopfern in der BRD. Dies entspricht nicht dem Verwaltungsrechtsgrundsatz, dass gleiche Fälle gleich und ungleiche Fälle ungleich zu behandeln sind.
Nordrhein Westfalen (NRW) ist Vorreiter bei der Bekämpfung des Frauenhandels und der Betreuung der Opfer. Bereits 1995 wurde das interministerielle Gremium „Runder Tisch Frauenhandel“ eingesetzt. Dessen langjährige Arbeit führte zu zahlreichen Handlungsanweisungen und Hilfen für die zuständigen Behörden. Aufgaben und Pflichten der einzelnen Behörden wurden klar formuliert. Das Verwaltungshandeln wurde vereinheitlicht, bestehende Vorschriften gleich gehandhabt. Die Zahlen des BKA verdeutlichen dies. Ermittlungsverfahren in NRW sind in den vergangenen Jahren im Vergleich zu anderen Bundesländern überproportional angestiegen (vgl. BKA 2010, 5). Das Land NRW finanziert acht Beratungsstellen durch öffentliche Mittel und fördert unbürokratisch geeignete Unterkünfte, Dolmetscher-, Rechtshilfe- und Fahrtkosten (vgl. Käsgen 2005, 9).
Was die Vereinheitlichung von Ermessenvorschriften betrifft weisen die neuen Bundesländer dagegen starken Handlungsbedarf auf. Es gibt wenige oder unzulängliche Kooperationen zwischen beteiligten Ministerien, zuständigen Behörden und den Beratungsstellen. Den Beratungsstellen wird auf ministerieller Ebene keine Bedeutung beigemessen. Lediglich auf kommunaler Ebene sind vereinzelt Kooperationen mit der Polizei entstanden. Die Beratungsstellen haben mit starken finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen, da öffentliche Förderungen selten sind (vgl. Popova o. J., 10).
Zwischen den Bundesländern gibt es auch erhebliche Unterschiede bei der Identifikation potenzieller Opfer. Gute Kooperationskonzepte in NRW und Hamburg zeigen, dass die Polizei Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen hinzuzieht, sobald ein Verdacht von Frauenhandel vorliegt. Bayrische Beratungsstellen werden nur einbezogen, wenn sich ein polizeilicher Nutzen erkennen lässt, sodass Beratungsstellen oftmals nicht in Kontakt mit potenziellen Opfern kommen (vgl. Popova o. J., 16f.).

Auch die vierwöchige Bedenkzeit der Opfer zur Entscheidung über eine Zusammenarbeit mit der Polizei wird ungleich gehandhabt. In Hamburg wird sie relativ unbürokratisch verlängert, wenn das Opfer sich noch nicht zur Kooperation mit den Behörden entschlossen hat. Es muss dazu lediglich eine Bescheinigung des Landeskriminalamts (LKA) vorliegen. In Bayern entscheidet die Staatsanwaltschaft. Eine Verlängerung ist dort nur in Ausnahmefällen möglich (vgl. ebd., 22f.)
Abweichungen bestehen ebenfalls bei der Dauer des Aufenthaltstitels. In Berlin ist der Ermessenspielraum der Ausländerbehörde durch klare Weisungen stark eingegrenzt. Die Behörde hat sich strikt nach der durch die Staatsanwaltschaft vorgegebenen Dauer zu richten. In Hamburg und Bremen ist das LKA maßgebend für die Entscheidung der Ausländerbehörde. Dort gehen die Aufenthaltstitel meist über die Mindestdauer hinaus (vgl. ebd., 23f.).
In den meisten Ländern erhalten Opfer Leistungen nach dem AsylbLG. Bei guter Kooperation mit der ARGE ist für die EU-Opferzeuginnen ein Leistungsbezug nach SGB II und XII möglich. So entscheidet die ARGE Düsseldorf schnell und unbürokratisch über den Leistungsbezug nach dem SGB II und XII (vgl. ebd., 31).
In Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinlandpfalz gibt es Länderfonds. Sie übernehmen unbürokratisch die Kosten, die nicht durch das AsylbLG abgedeckt werden, und gewährleisten eine adäquate Unterstützung. In den anderen Bundesländern gibt es nichts Vergleichbares. Dort werden Opferzeuginnen ausschließlich mit Leistungen nach dem AsylbLG versorgt (vgl. Käsgen 2005, 21ff.).
Infolge unklarer Regelungen gibt es Zuständigkeitsprobleme. Aufgrund der dezentralen Unterbringung gibt es Unstimmigkeiten, welche Kommune für die Leistung zuständig ist. Diese Streitigkeiten führen nicht selten zur Nichterstattung oder verzögerter Erstattung von Unterbringungskosten und Sozialleistungen. Es gibt immer wieder Fälle, in denen EU-Opferzeuginnen der Leistungsbezug aufgrund fehlender Anspruchsberechtigung sowohl nach dem SGB II und XII als auch nach dem AsylbLG verwehrt wird (vgl. Popova o. J., 29ff.). Auch die Zuständigkeit der Staatsanwaltschaft ist bei unterschiedlichen Tatorten unklar, so dass es zur Verzögerung des Strafprozesses kommt.

7.4.3.3 Psychosoziale Stabilisierung

Fast alle Betroffenen haben starke physische und psychische Probleme. Die meisten sind schwer traumatisiert (vgl. Gerschewski/Walsh o. J., 2).

„Ein Trauma ruft Gefühle von absoluter Hilflosigkeit, extremer Angst, eigener Wirkungslosigkeit und Ohnmacht hervor […]. Es ist eine Kluft zwischen dem Leben vor und nach dem Trauma entstanden. Es gilt die paradoxe Situation auszuhalten: Nichts ist mehr so wie es war, und trotzdem geht alles so weiter, als sei nichts geschehen." (Schäfer u. a. 2006, 11)

Wesentlich für die psychosoziale Stabilisierung der Frauen sind die Wiedergewinnung des Selbstbestimmungsrechts und die Förderung der Autonomie. Die Förderung von Eigenaktivität dient der Wiedergewinnung von Kontrolle und Handlungsfähigkeit. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil der Traumabearbeitung (vgl. Gerschewski/Walsh o. J., 5).

Verschlechterung oder Verarbeitung eines Traumas sind jedoch davon abhängig, inwieweit den Betroffenen in ihrer gegenwärtigen Lage eine Möglichkeit zur Bearbeitung gegeben wird.

„Befindet sich eine Person nach einer traumatischen Situation in einer relativ sicheren Lebenssituation, gibt es die Möglichkeit, die schrecklichen Erfahrungen zu bearbeiten. Ist jedoch die Lebenssituation weiterhin durch Unsicherheit und Angst bestimmt, wird auch diese Phase zum Teil des traumatischen Prozesses." (ebd., 2)

Eine psychosoziale Betreuung der Frauen gestaltet sich unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen schwierig. Die Frauen wissen nicht, wie lange sie noch bleiben können bzw. ob ihr Aufenthaltstitel erneuert wird. Sie befinden sich in einer Art Schwebezustand, unwissend wie lange dieser andauert. Eine Psychotherapie erhalten sie in den seltensten Fällen.

Die Förderung der Eigenaktivität zur Wiedergewinnung der Kontrolle über das eigene Leben ist durch die rechtliche Situation begrenzt. Eine Arbeitsaufnahme kann ihnen in den meisten Fällen nicht gestattet werden, obwohl das Gefühl, sich eigenständig versorgen zu können, maßgeblich zur Stabilisierung der Frauen beitragen könnte (vgl. Popova 2006, 29). Weiterbildungsmaßnahmen, Sprachkurse oder anderweitige Beschäftigungsmaßnahmen können nur im Rahmen kostenlo-

ser Angebote wahrgenommen werden. Die gewonnene Freiheit ist durch erneute Einschränkung der Handlungsfähigkeit geprägt. Das Aufzeigen einer Zukunftsperspektive ist unmöglich. Die fortwährende Unsicherheit, die fehlende psychotherapeutische Unterstützung, die Beschneidung der Eigenaktivität und die fehlende Zukunftsperspektive behindern die Aufarbeitung des Traumas oder führen gar zur Verschlimmerung.

7.4.3.4 Strafverfahren

„Ermittlungs- und Strafverfahren wegen Menschenhandel gehören zu den schwierigsten Verfahren, mit denen die Ermittlungsbehörden konfrontiert werden. Sie sind fast vollständig vom Personenbeweis abhängig“ (BMFSFJ 2007, 7)
Die Aussage der Opfer im Strafverfahren ist der Zeugenbeweis, der fast ausschließlich und allein zur Verurteilung führt. Sachbeweise und Tätergeständnisse gibt es in den seltensten Fällen. Verfahren, in denen Opfer aktiv am Strafprozess mitwirken, führen fast doppelt so häufig zu einer Verurteilung des Täters im Vergleich zu Fällen, in denen die Opfer nur teilweise oder gar nicht anwesend sind (vgl. Herz/Minthe 2006, 127f.). Die Nützlichkeit einer Aussage wird im Vorfeld durch die Staatsanwaltschaft geprüft. Abhängig von dieser Entscheidung kann der an den Zeugenstatus gekoppelte Aufenthaltstitel erteilt werden, muss aber nicht.
§ 154c II Strafprozessordnung (StPO) ermöglicht, dass das Ermittlungsverfahren für eine vom Opfer selbst begangene Straftat (illegale Einreise) eingestellt wird, um die Aussagebereitschaft der Opfer zu erhöhen. Die Entscheidung liegt im Ermessen der Staatsanwaltschaft. Es gibt keine Garantie für eine Einstellung. Für das Opfer besteht somit das Risiko, selbst Beschuldigter eines Strafverfahrens zu werden (vgl. Kalthegener 2008, 46)
Eine Verurteilung des Täters ist abhängig von der Fähigkeit des Opfers, glaubwürdige und in sich schlüssige Aussagen zu machen. Dies ist aufgrund der psychischen Instabilität der Opfer schwierig. Traumatisierte Opfer sind in vielen Fällen nicht zu einer lückenlosen und widerspruchsfreien Aussage fähig, was unweigerlich dazu führt, dass ihre Glaubwürdigkeit angezweifelt wird (vgl. Gerschewski/Walsh o. J.,

4). Vielfach erhalten Opfer Drohungen aus Täterkreisen. An den Prozesstagen werden sie regelmäßig wieder mit dem Täter konfrontiert, was das Erlebte aufleben lässt und erneut verunsichert. Die Anwälte der Beschuldigten versuchen, die Glaubwürdigkeit des Opfers zu erschüttern und es in Widersprüche zu verwickeln. Stundenlange Zeugenvernehmungen, wie sie mittlerweile fast in allen Strafverfahren üblich sind, müssen die Frauen über sich ergehen lassen. Diese Geschehnisse, die erneute Konfrontation mit dem Täter und den eigenen Erlebnissen in der Ausbeutungsphase können zur Retraumatisierung führen. Ein Strafverfahren kann bis zu drei Jahre dauern (vgl. Prasad 2008b, 73). Die wiederholte Konfrontation mit dem Erlebten, die fehlende psychologische Betreuung und die schwierig zu bewerkstelligende Alltagsgestaltung verschärfen die Auswirkungen des Traumas und das Gefühl, nutzlos zu sein. Im Ergebnis ist eine psychosoziale Stabilisierung durch die Soziale Arbeit faktisch kaum zu erreichen.
Eine über das Strafverfahren hinaus gehende Aufenthaltserlaubnis unterliegt den allgemeinen Vorraussetzungen des AufenthG. Da die Opfer aufgrund ihrer Aussage im Strafverfahren einer erhöhten Gefahr durch die Täter im Herkunftsland ausgesetzt sind, könnten sie nach § 25 III AufenthG einen „Aufenthalt aus humanitären Gründen“ beantragen.[62]
Diese Gefährdung im Herkunftsland muss durch die Betroffenen oder die Beratungsstelle nachgewiesen werden. Es ist äußerst schwierig, einen Zustand, der die Besorgnis begründet, dass ein schädigendes Ereignis eintreten könnte und dazu in einem anderen Land, durch die Betroffene selbst oder die Beratungsstelle in einem Antragsformular zu beschreiben. Da die Gefahr zudem von Einzelnen ausgeht und nicht vom Staat, ist dieser Nachweis in den wenigsten Fällen zu erbringen (vgl. Prasad 2008b, 74).

[62] In 5.3.1. wurde beschrieben, dass ein Großteil der Frauen ihre Täter und diese wiederum das soziale und familiäre Umfeld kennen, so dass Racheakte realistisch sind.

8. Spannungsfelder der Sozialen Arbeit

8.1 Definition und Auftrag der Sozialen Arbeit

Die International Federation of Social Workers (IFSW) definiert Soziale Arbeit folgendermaßen:
„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. […] Soziale Arbeit [greift] dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.“ (IFSW 2000, zitiert in DBSA 2009, 13)
Die IFSW betont, dass diese Definition keinen Anspruch auf universelle Gültigkeit erheben kann, dass sich Rahmenbedingungen und soziale Wirklichkeit der Sozialen Arbeit stetig ändern, wodurch sich Soziale Arbeit in einem fortschreitenden Entwicklungsprozess befindet (vgl. ebd.).
Der deutsche Berufverband für Soziale Arbeit (DBSA) berücksichtigt darüber hinaus, dass Soziale Arbeit in strukturelle Rahmenbedingungen und staatliche Vorgaben eingebunden ist.
„Berufliche Soziale Arbeit hat einen doppelten Auftrag: einerseits die Stützung bestehender Strukturen und Normen der Gesellschaft oder deren Veränderung, andererseits die Begleitung und Hilfe für diejenigen, denen vorhandene gesellschaftliche Widersprüche eine befriedigende Lebensgestaltung nicht möglich machen. […] Soziale Arbeit kann über die Vermittlung individueller Hilfen hinaus keine materiellen Probleme wie Armut und Arbeitslosigkeit lösen, sie kann aber Selbsthilfe und Empowerment fördern, die (solidarische) Handlungsfähigkeit der angesprochenen Menschen stärken und Gesellschaft und Politik beraten.“ (ebd., 2)
Der DBSA stellt fest, dass Soziale Arbeit nicht grundlegende strukturelle Defizite beeinflussen kann, sondern lediglich auf den Adressaten bezogene Hilfe anbieten kann.
Die Definition der IFSW als auch der Auftrag des DBSA weisen konstituierende Merkmale auf, welche die Profession Soziale Arbeit charakterisieren. Soziale Arbeit agiert zwischen Individuum und Gesellschaft. Sie basiert auf humanitären Werten, den Menschenrechten. Sie

soll Menschen befähigen, ihr Leben möglichst autonom selbst zu gestalten, indem sie Selbsthilfe und Empowerment fördert.

8.2 Das Doppelte Mandat der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit agiert zwischen Individuum und Gesellschaft. Sie ist in einen institutionellen Rahmen eingebunden und daher auch immer Akteurin innerhalb gesellschaftlicher und staatlicher Strukturen. Sie wird dabei angehalten,
„ein stets gefährdetes Gleichgewicht zwischen den Rechtsansprüchen, Bedürfnissen und Interessen der Klienten einerseits und den jeweils verfolgten sozialen Kontrollinteressen seitens öffentlicher Steuerungsagenturen andererseits aufrecht zu erhalten“ (Böhnisch/Lösch 1998, zitiert in Spiegel 2004, 37)
Der DBSA verdeutlicht dies, indem er von einem „doppelten Auftrag“ spricht, nämlich bestehende Strukturen zu stützen und dem Individuum zu helfen. Der Staat hingegen agiert zwischen Sozialer Arbeit und Klient. Er legt als oberste Instanz fest, wer welche Leistungen und Ressourcen erhält. Laufen Interessen des Staates und des Klienten antagonistisch aufeinander zu, befindet sich die Profession in einem Dilemma zwischen Hilfe und Kontrolle. Dieses Dilemma ist ein zentrales Strukturmerkmal der Sozialen Arbeit und wird als ihr immanentes „Doppeltes Mandat“ bezeichnet.

8.3 Spannungsfelder

8.3.1 Menschenrechte versus Strafverfolgung

Aufgrund der schwierigen Beweisführung in Menschenhandelsprozessen ist der Staat auf die Opfer angewiesen. Er benötigt sie als Zeuginnen zur Verurteilung der Täter. Die Staatsanwaltschaft entscheidet, ob die Opfer für den Strafprozess von Nutzen sind. Die Opfer dienen somit als Hilfsmittel zur Abschreckung weiterer Straftaten und sollen einen erfolgreichen Prozessablauf gewährleisten. Die indirekte „Käuflichkeit“ des Zeugenbeweises durch Aufenthaltsduldung dient ausschließlich strafrechtlichen Zwecke und nicht humanitären Zielen.

Frauenhandel wird staatlicherseits eher als Sicherheitsproblem an den Grenzen und als Phänomen der organisierten Kriminalität gesehen. Opfer werden primär als illegale Migranten, als Täter und Prostituierte wahrgenommen und erst zweitrangig als Opfer einer Menschenrechtsverletzung.
Staatliche Interessen stehen somit entgegengesetzt zu den Interessen der Opfer. In Bezug auf die Definition der IFSW sind es aber gerade die Menschenrechte, die die humanitäre Basis des sozialarbeiterischen Handelns bilden. Dies bekräftigt auch der DBSA.
„Soziale Arbeit basiert auf der Achtung vor dem besonderen Wert und der Würde aller Menschen, und aus den Rechten, die sich daraus ergeben. Sozialarbeiter/innen sollen die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität und das Wohlergehen einer jeden Person wahren und verteidigen.“ (DBSA 2009, 8)
Der humanitäre Grundgedanke der Sozialen Arbeit lässt sich im Spannungsverhältnis zwischen dem Anspruch auf Menschenwürde und dem Anspruch des Staates auf Strafverfolgung nur schwerlich verwirklichen.
Der Anspruch auf Achtung vor dem besonderen Wert und der Wahrung von Würde und Recht „einer jeden Person“ kann wegen der Ausreisepflicht und fehlender Sozialleistungen bei nicht vorhandener Kooperationsbereitschaft durch die Soziale Arbeit nicht geleistet werden.
Wahrung und Verteidigung der psychischen und emotionalen Integrität bei der Betreuung von Opferzeuginnen sind nicht zu verwirklichen. Die strukturellen Rahmenbedingungen während der Dauer des Strafprozesses sind defizitär, so dass es nicht möglich ist, die Frauen in dem erforderlichen Maße zu unterstützen.
Eine Betreuung von Opferzeuginnen ist notwendig und im Sinne des ethischen Auftrages Sozialer Arbeit. Der Staat ist auf Soziale Arbeit zur Unterstützung der Opfer angewiesen. Soziale Arbeit fördert damit indirekt die staatliche Strafverfolgung. Dies ist nicht vereinbar mit ihrem ethischen Auftrag. Soziale Arbeit läuft Gefahr, zum Instrument der Strafverfolgung umfunktioniert zu werden.
Inwieweit Soziale Arbeit hilfreich für die Interessen der Klientinnen ist, oder sie eher zur Stabilisierung der Opfer umfunktioniert wird, bleibt ungeklärt. Deutlich wird jedoch, dass das Wertesystem der Sozialen Arbeit im Gegensatz zu staatlichen Interessen steht und dass die humanitäre Basis, wie sie vom IFSW und DBSA beschrieben wird, im

praktischen Alltagshandeln für die Mitarbeiterinnen der Einrichtungen wohl eher eine Utopie als eine reale Option ist.

8.3.2 Rückkehrberatung und -unterstützung

Ein ähnliches Spannungsfeld ergibt sich bei der Betrachtung der Rückkehrberatung und -unterstützung. Rückkehr umfasst die „freiwillige“ und die „zwangsweise“ Rückkehr. Obwohl der Begriff der Rückkehr im deutschen Recht nicht definiert ist, lässt sich die zwangsweise Rückkehr anhand von Gesetzen und Verordnungen, die ihr zugerechnet werden, leicht erklären. Die freiwillige Rückkehr hingegen ist nicht eindeutig definiert und wird mehrfach kritisiert, da der Rückkehr keine freiwillige Entscheidung zugrunde liegt und lediglich die Option der zwangsweisen Rückkehr gegeben ist (vgl. Dünnwald, 7).
Ungeachtet der Definitionsproblematik sind die Möglichkeiten faktisch vorgegeben. Besteht kein Bedürfnis einer freiwilligen Rückkehr, wird zwangsweise Rückkehr angeordnet. Ziel der Rückkehrpolitik ist, Migrationsbewegungen zu regulieren und illegale Aufenthalte zu minimieren (vgl. BMI 2008, 156).
In den letzten Jahren wurden Rückkehrberatung und –unterstützung in Deutschland drastisch ausgebaut (Dünnwald, 22; Westphal/Behrensen 2006, 301). Sie werden sowohl von staatlichen als auch von nicht staatlichen Stellen angeboten. Nicht staatliche Stellen werden weitaus besser angenommen. Bei ihnen ist das Misstrauen potenzieller Rückkehrer nicht so hoch. Es lässt sich leichter Vertrauen aufbauen, da diese Beratungsstellen klientenorientiert und Interessen wahrend arbeiten.
„All dies macht die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände geradezu zu einem Wunschpartner für die Rückkehrberatung“ (Dünnwald 2008, 5)
Rückkehrberatungen gibt es in drei verschiedenen Kategorien. Die integrierte Rückkehrberatung, als ein Teil einer umfassenden Lebensberatung. Die gezielte Rückkehrberatung, die sich ausschließlich darauf fokussiert, die Betroffenen zur Rückkehr zu bewegen und eine Mischform von beiden (vgl. Westphal/Behrensen 2006, 303,). In integrierter Form wird gegenwärtig immer weniger beraten.

„Die Entwicklung der Angebote verlagert sich in Richtung gezielter Rückkehrberatung. […]. Während integrierte Rückkehrberatung und -unterstützung am Selbstverständnis der Flüchtlingssozialarbeit von Wohlfahrtsverbänden und freien Trägern ansetzt, birgt die gezielte Rückkehrberatung und -unterstützung, insbesondere aufgrund der hier stattfindenden Kooperation mit staatlichen Institutionen, die Gefahr, dass die Durchsetzung des Ausländerrechts und Ziele der Kostenersparnis humanitäre Leitbilder in der Praxis verdrängen.“ (ebd., 325)
Die Wohlfahrtsverbände stellen das Recht des Staates, nicht Aufenthaltsberechtigte abzuschieben, grundsätzlich nicht in Frage. Die Interessen der Akteure unterscheiden sich aber. Für den Staat ist Rückkehrberatung eine Frage der Effizienz und Kostenersparnis. Für die Wohlfahrtsverbände ist es eine Frage des Vertrauens und für die potenziellen Rückkehrer eine Frage der Perspektive nach der Rückkehr (vgl. Dünnwald 2008, 14.). Der Staat sieht seine finanzielle Unterstützung zur Reintegration als Anreiz zur Ausreise. Wohlfahrtsverbände betrachten finanzielle Unterstützung eher als notwendige Grundlage zur Reintegration, um eine Rückkehr in Würde zu ermöglichen (vgl. ebd., 17).
Wohlfahrtsverbände und Beratungsstellen agieren als Bindeglied zwischen diesen gegensätzlichen Interessen. Die Beratungsstellen werden mit öffentlichen Geldern finanziert und sind damit vom Staat abhängig. Dies macht den Interessenausgleich für die Wohlfahrtsverbände und Beratungsstellen nicht einfach, weil sie wegen der finanziellen Abhängigkeit den Primat der Migrationspolitik indirekt anerkennen müssen.
Eine Rückkehr in Würde ist notwendig, angemessen und zu fördern. Soziale Arbeit bleibt aber nicht davor bewahrt, dass ihre autonome Stellung, ihre Vertrauensbasis und ihre Kompetenzen instrumentalisiert werden, und sie nichts weiter als „die zweite Säule der Abschiebepolitik“ (Berthold 2005, 57) ist.
„Beratungsstellen [stellen] einen der letzten Fluchtpunkte innerhalb Europas dar – einen Fluchtpunkt von Menschen, die hier leben wollen und hier bleiben wollen. Wird dieser Raum noch stärker der Rückkehrberatung geöffnet, werden die Interessen der Flüchtlinge und Migranten geopfert.“ (ebd., 60).
Dies ist nicht im Sinne der humanitären Basis Sozialer Arbeit. Eine Ausgleichsfunktion, wie sie das doppelte Mandat vorschreibt, kann

nicht geleistet werden, da eine Aushandlung zwischen staatlichen Interessen und denen der Klientinnen nicht möglich ist. Der Staat hat das Recht und die Durchsetzungsmacht, Menschen auszuweisen
Es bleibt ungeklärt, ob Soziale Arbeit hier primär nützliche Ressource oder Instrumentarium zur Regulation von Migration ist. Fakt ist, dass Soziale Arbeit sich im Tätigkeitsfeld der Rückkehrberatung und -unterstützung in einem starken Spannungsfeld zwischen den Interessen des Staates und des Klienten bewegt. Sie läuft Gefahr, in den Verdacht zu geraten, Handlanger des Staates zu sein.

8.3.3 Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit

Der DBSA stellt fest, dass Soziale Arbeit nicht in der Lage ist, strukturelle Defizite zu beseitigen, sondern lediglich die Autonomie der Klienten erhöhen kann, indem Selbsthilfe und Empowerment gefördert werden.
Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe ist, den Klienten zu befähigen, die angebotene Hilfe zur Unterstützung der Selbsthilfe zu nutzen. Hilfe zur Selbsthilfe ist eine wohldosierte unterstützende Hilfe, die den Klienten befähigt, eigene Bewältigungsstrategien auszubauen. Er soll befähigt werden, ein eigenständiges, von fremder Hilfe unabhängiges Leben zu führen. Er soll sich selbst helfen bzw. seine Hilfe selbst organisieren.
Empowerment wird übersetzt mit Selbstbemächtigung des Klienten. Empowerment ist nach Pankofer „die moderne Konzeptualisierung des klassischen Ansatzes der „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Kontext Sozialer Arbeit“ (vgl. Pankofer 2000, 10).
Hilfe zur Selbsthilfe und Empowerment sind konforme Konzepte, die auf Stärkung der Selbsthilfekräfte der Klienten abzielen, indem vorhandene, in der Person angelegte Ressourcen entdeckt und gefördert werden. Hierbei gilt es das Hierarchieverhältnis zwischen Sozialarbeiter und Klient aufzulösen bzw. zu minimieren und angemessene Hilfsangebote zu machen, ohne Hilfe aufzuzwingen.
Im Rahmen der aktivierenden Sozialpolitik erfahren die Begrifflichkeiten des Empowerments und der Hilfe zur Selbsthilfe eine Umdeutung. Die aus dem Sozialwesen stammenden positiv besetzten Begriffe werden „umcodiert“, so dass sie den Anschein erwecken, personal und sozial etwas Gutes zu bezwecken, primär aber auf die Verringe-

rung von Kosten abzielen und weniger auf die Erhöhung der Autonomie der Klienten. Dem Klienten wird indes eine Selbstverantwortung für das eigene Schicksal und die Problemlage zugewiesen (vgl. Seithe 2010, 184).

Dem Empowermentkonzept liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen

„mit der Erfahrung von Wahrnehmung, Interesse, Zutrauen, also: sozialer Anerkennung, und eigenen aktiven Gestaltungsmöglichkeiten ermutigende Prozesse und das Gefühl einer zunehmenden Eigenmacht erleben.“ (Sohns, 77).

In der Praxis zielt dieser Ansatz darauf ab, beim Klienten ein Gefühl entstehen zu lassen, dass er als Subjekt die eigenen Lebensumstände selbst gestalten und eine Veränderung herbei führen kann. Die Kompetenz, aus einer Anzahl verschiedener Lebensoptionen eigenverantwortlich entscheiden zu können und sich in Gemeinschaften zu integrieren, soll gestärkt werden (vgl. ebd., 82f.).

Die inhaltliche Ausgestaltung des Empowerments bezieht sich auf die Stärkung von Ressourcen, da diese die Potenziale zur Alltagsbewältigung sind und sie darüber hinaus Wohlbefinden, Selbstwert, physische und psychische Stabilität fördern (vgl. ebd., 85). Diese gilt es zu aktivieren und zu stabilisieren.

Ressourcen von Menschen lassen sich in strukturelle, personale und soziale Ressourcen einteilen. Eine strukturelle Ressource ist das ökonomische Kapital. Es wird mit Einkommen und durch Partizipation am Arbeitsmarkt erzielt, erzeugt Sicherheit und Anerkennung und ermöglicht Lebensgestaltung. Personale Ressourcen umfassen u. a. Beziehungsfähigkeit und Selbstakzeptanz sowie die eigenen Handlungsstile, aktiv Probleme zu bewältigen und sich flexibel an Lebensumbrüche anzupassen. Soziale Ressourcen implizieren das Eingebunden-Sein in soziale Netzwerke. Durch Kommunikation, Zuwendung und Anerkennung wird emotionale und instrumentelle Unterstützung geleistet. Dies fördert soziale Identität und stärkt das Selbstwertgefühl.

„Alle drei Ressourcen sind zentral für ein Empowerment-Konzept in der sozialen Arbeit. Sie sind - gemäß der Maslow’schen Bedürfnispyramide - hierarchisch gestuft: Grundlage eines Empowerment-Ansatzes ist zunächst die Existenz-Grundlage und damit strukturelle Ressourcen […]. Personale Entwicklung und soziale Teilhabe sind nur

auf dem Fundament eines Mindestmaßes an struktureller Sicherheit möglich.“ (ebd., 87)
Sind alle drei Ressourcen vorhanden dient das durch die soziale Teilhabe geförderte Wohlbefinden dem Aufbau von Bewältigungsstrategien und der Reduktion von Vulnerabilität.
Das Empowermentkonzept muss bezogen auf Opfer und Opferzeuginnen differenziert betrachtet werden. Diejenigen, die nicht Opferzeugin im Strafverfahren sind, besitzen weder Aufenthaltstitel noch Existenzgrundlagen und damit keine strukturellen Ressourcen. Personale und soziale Ressourcen können daher nicht gestärkt werden. Eine auf Empowerment ausgerichtete Soziale Arbeit im Sinne der oben genannten Ziele kann bei kooperationsunwilligen Opfern nicht geleistet werden.
Das Existenzminimum ist bei den Opferzeuginnen gesichert, kann jedoch jederzeit wieder entzogen werden. Da es nicht durch Partizipation am Arbeitsmarkt erzielt wurde, vermittelt es weder Anerkennung noch Sicherheit. Die Förderung sozialer Ressourcen wird bereits rechtlich unmöglich gemacht. Der Aufbau sozialer Netzwerke oder Beziehungen wird durch fehlende finanzielle Mittel und Alltagsbeschäftigungen verhindert. Wille und Bedürfnis nach Partizipation und Integration können nur gefördert werden, wenn eine realistische Chance auf Zugang zur Gemeinschaft besteht.
Ziele des Empowerments, wie autonome Gestaltung der Lebensführung, Herbeiführung von Veränderungen, selbstverantwortliche Wahl vorhandener Lebensoptionen und Integration in die Gemeinschaft lassen sich im Aufgabenfeld Frauenhandel kaum verwirklichen. Der vom DBSA definierte Auftrag mit dem Ziel, Empowerment zu fördern und das der Sozialen Arbeit immanente Doppelte Mandat mit dem Ziel, ein Gleichgewicht zwischen Staat und Individuum herzustellen, lassen sich so nicht durchführen. Handlungen und Hilfen der Sozialen Arbeit laufen unter dem Ansatz des Empowerments und der Hilfe zur Selbsthilfe weitestgehend ins Leere.
Als zentrales Problem für eine angemessene Hilfeleistung wurde die Abhängigkeit von staatlichen Rahmenbedingungen herausgearbeitet. Unter Bezug auf die Definition und das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit wurden Spannungsfelder aufgezeigt, welche verdeutlichen, dass das der sozialen Arbeit immanente doppelte Mandat in ein starkes Ungleichgewicht zwischen den Interessen des Klienten und denen

des Staates gerät, und dass Soziale Arbeit eine Interessenbalance in diesem Problemfeld nicht herstellen kann. Soziale Arbeit gerät dabei in Verdacht, als Instrument staatlicher Interessen zu fungieren, sei es zur Regulation von Migration oder als stützende Funktion im Strafprozess. Zwar wurde aus dem doppelten Auftrag der DBSA von vornhinein deutlich, dass Soziale Arbeit per se keine strukturellen Probleme beseitigen kann, sondern lediglich Hilfe im Sinne des Empowerments und der Hilfe zur Selbsthilfe anbieten kann. Eine genaue Betrachtung dieser Handlungskonzepte veranschaulichten, dass auch sie im Umgang mit Betroffenen nicht oder nur unzulänglich verwirklicht werden können.

9. Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession

Im folgenden Kapitel soll anhand des Konzeptes „Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession“ aufgezeigt werden, wie Soziale Arbeit ihre Abhängigkeit von staatlichen Interessen vermindern und eine geeignete Ressource für die Durchsetzung der Menschenrechte von Betroffenen sein kann.

9.1 Ausgangslage

Das Konzept der „Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession“ entwickelte sich in Anlehnung an die „International Association of School of Social Workers“ (IASSW) und die „International Federation of Social Workers“ (IFSW). Diese beschlossen im Rahmen der weltweiten Kampagne für Menschenrechte der Vereinten Nationen 1992,
„[...] die Frage der Menschenrechte nicht als eines der vielen - auch - wichtigen Themen der Sozialen Arbeit zu betrachten, sondern Soziale Arbeit von ihrem Auftrag her als Human Right Profession - zu definieren.“ (Staub-Bernasconi 1995, 68)
Das von diesen Verbänden erstellte „Manual über Menschenrechte für Ausbildungsstätten Sozialer Arbeit und die Sozialarbeitsprofession" (MR-Manual) geht davon aus, dass neben einem weltweiten Bewusstseinsbildungsprozess über ökologische Probleme auch einer über so-

ziale Probleme entstehen muss, und dass Soziale Arbeit, indem sie einen „eigenbestimmten, selbstdefinierten Auftrag […] zu übernehmen hat (vgl. ebd.), einen Beitrag dazu leisten kann.

9.2 Konzept „Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession“

Dem Konzept liegt die Annahme zugrunde, dass „allen Menschen identifizierbare physische, sensorische, psychische, soziale und kulturelle (codale) Bedürfnisse gemeinsam sind“ (vgl. ebd., 69). Diesem Ansatz folgend gelten bestimmte Bedürfnisse, wie z.B. das Bedürfnis der Unversehrtheit des Körpers, das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung und sozialer Zugehörigkeit, als grundlegend und jedem Menschen immanent.
Die Präferenzanordnung von Bedürfnissen, die Art der Bedürfnisbefriedigung und die Interpretation verletzter Bedürfnisbefriedigung sind individuell. Sie können in unterschiedlichen Gesellschaften unterschiedlich ausfallen, da sie kulturell vermittelt und erlernt werden (vgl. ebd.). Ein unbefriedigtes Bedürfnis hat negative Folgen, sowohl für das Wohlbefinden des Individuums als auch für sein Umfeld (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 171). Die Verhinderung von Bedürfnisbefriedigung führte historisch betrachtet zur Artikulation und rechtlichen Verankerung der Menschenrechte. So sind sie
„historische Antworten auf gefährdete und verweigerte Bedürfnisbefriedigung […] - Antworten, welche die Universalität der verletzten Bedürfnisse bestätigen und anerkennen. So werden sie zu derzeitigen Kriterien, nach welchen internationale wie lokale, subkulturelle Praktiken der Ermöglichung wie Verweigerung von Bedürfniserfüllung beurteilt werden können.“ (Staub-Bernasconi 1995, 70).
Menschenrechte sind auch gegenwärtig ein brauchbarer Maßstab, um verletzte Bedürfnisbefriedigung als Unrechtserfahrung aufzuzeigen. Sie sind laut Staub-Bernasconi aber keine Utopien, die lediglich Hoffnung vermitteln und nicht verwirklicht werden können. Menschenrechte sind Realutopien, da relativ genau bestimmt werden kann, wie sie verwirklicht werden können. Es lässt sich aufzeigen, welche gesellschaftlichen Gegebenheiten und politischen Entscheidungen vorliegen müssten, um Menschenrechtsverletzungen zu beseitigen, zu vermindern oder erneute zu vermeiden. Eine Umsetzung der Realuto-

pien ist zwar nie in Reinform möglich, da die Menschenrechte der einen immer auch mit Anspruchs- oder Eigentumsrechten von anderen kollidieren. Hier sieht das Konzept in der Praxis aber einen unter Gerechtigkeitskriterien differenzierten Aushandlungsprozess zwischen den Interessensgegensätzen vor (vgl. Staub-Bernasconi 2008, 22).[63]
Vertreter dieses Konzeptes bekräftigen den Ansatz mit der traditionellen Nähe der Sozialen Arbeit zu den Menschenrechten, einer sich gegenwärtig in der Entwicklung befindenden Weltgesellschaft und einem fehlenden Selbstverständnis seitens der Sozialarbeiter.
Soziale Arbeit ist aus sozialen Bewegungen entstanden, die sich selbstdefinierten Bedürfnissen, Forderungen und Zielen gewidmet haben. Und zwar nicht
„auf einem hohen nationalen Wohlstandsniveau, gewissermaßen als Luxusblüten, sondern in den großen Krisen- und Notzeiten des Frühkapitalismus […].“ (Staub-Bernasconi 1995, 58)
Eine Rückbesinnung auf die Menschenrechte und die Zuschreibung selbstdefinierter Aufträge wären in diesem Sinne nur eine Fortschreibung der Vergangenheit.
Die Entwicklung einer Weltgesellschaft, in der Probleme nicht mehr nur lokal betrachtet werden können, wurde im Bereich der Ökologie und Ökonomie hinreichend wahrgenommen. Es gibt Diskussionen zur globalen Betrachtungsweise ökologischer und ökonomischer Probleme. Eine vergleichbare Diskussion über soziale Problemlagen wurde bis heute nicht geführt. So wird auch im Kontext der Nachhaltigkeitsdebatte die soziale Nachhaltigkeit als „Stiefkind“ betrachtet. Es ist unerlässlich, eine solche Diskussion zu führen.
„Das Zusammenleben von Menschen - ihre Spannungen, Konflikte, Kooperationsformen und Allianzen, ihre individuellen und kollektiven sozialen Rück- und Fortschritte – [lassen sich] heute nur aufgrund der Verknüpfung der Individuen mit verschiedenen sozialen Systemen und sozialen Niveaus (Mikro-, Meso-, Makroebene) beschreiben und erklären […]. Und diese Verknüpfungen bestehen unabhängig davon, ob dies die Individuen wahrnehmen oder nicht, ob dies die Soziale Arbeit in Rechnung stellt oder nicht“ (Staub-Bernasconi 2003, 2)

[63] Für die praktische Umsetzung eines solchen Aushandlungsprozesses wird die Mediation angeführt. Eine ausführliche Darstellung über Mediation findet sich bei Montada/Kals 2007, 24ff.

Soziale Probleme entstehen nicht nur innerhalb lokaler und nationaler Rahmenbedingungen. Ihre Ursachen, ihr Auftreten und ihre Folgen weisen internationale Dimensionen auf. Die Entwicklung und die Komplexität des Frauenhandels in den letzten Jahrzehnten verdeutlicht dies. Daher benötigen soziale Lösungen, die Nachhaltigkeit beanspruchen, den Einbezug der Makroebene.[64]

Staub-Bernasconi weist ferner auf ein fehlendes Selbstverständnis und eine „fremdverordnete" Bescheidenheit bei den Professionellen der Sozialen Arbeit hin. Sie scheinen,

„*nichts mehr zu fürchten als den Vorwurf der Allmachtfantasien, der diffusen Allzuständigkeit, […] und der Problem- oder Defizitorientierung*." (Staub-Bernasconi 1995, 63)

Dies sei auf die permanente Kritik, die an der Sozialen Arbeit im Rahmen ihrer Entstehungs- und Professionalisierungsgeschichte geübt wurde, zurück zu führen.[65]

Diese Kritik führte zu einer Veränderung der Gegenstandsbestimmung, der Theorien und Handlungsmethoden in Ausbildung und Praxis. So verschob sich die Problem- und Defizitorientierung der Sozialen Arbeit hin zu einer Ressourcenorientierung. Die Artikulation der Parteilichkeit und die Übernahme sozialer Pflichten wichen dem Empowermentansatz zur Förderung der Autonomie des Einzelnen. Soziale Arbeit bezieht sich primär auf die Lebenswelt von Individuen und weniger auf strukturelle Defizite. (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 149f.). 66 Das ist laut Staub-Bernasconi fatal, da der Gegenstand Sozialer Arbeit „soziale Problemlagen" sind. Es ist verhängnisvoll, Armut und Arbeitslosigkeit primär als fehlende Ressourcenaktivität des Individuums zu betrachten. Eine fehlende Artikulation über soziale Probleme, eine Abwendung von der Defizitorientierung und eine Individualisierung von Problemen führt zum Verrat an der Profession.

Handlungsmethoden und Theoriekonzeptionen der Profession beziehen sich infolge der Individualisierung von Problemlagen auf das Individuum und seine Umwelt. Dies führt unweigerlich zur Eingrenzung des Sozial- und Handlungsraums, indem Soziale Arbeit aktiv ist (vgl.

[64] Unter Mikroebene wird das Individuum im direkten Umfeld verstanden. Die Mesoebene impliziert einen größeren Sozialraum, z.B. das lokale Gemeinwesen. Unter Makroebene wird der globale Raum verstanden, in welchem die einzelnen Staaten ein System bilden.

[65] Eine ausführliche Darstellung, der Kritik findet sich bei Staub-Bernasconi 1995, 59ff.

[66] Eine ausführliche Darstellung der Gegenstandsbestimmung Sozialer Arbeit von den Anfängen bis zur Gegenwart findet sich bei Staub-Bernasconi 2007, 133ff.

Staub-Bernasconi 2008, 435). D.h. eine Methode selektiert im Vorhinein wo, mit wem und wie gearbeitet wird. Im Umkehrschluss legt sie somit auch fest, wo und mit wem nicht gearbeitet wird.
Die Ausführungen verdeutlichen, dass eine verletzte Bedürfnisbefriedigung beim Klienten und der begrenzte Handlungsraum, der auf das fehlende Selbstverständnis zurück zu führen ist, nicht in Einklang zu bringen sind mit der Entwicklung einer Weltgesellschaft, in welcher Probleme nicht mehr nur im Nahfeld betrachtet und gelöst werden können. Dabei stellt Staub-Bernasconi folgende Tendenz fest:
„Je größer und globaler, d.h. weltgesellschaftsbezogener die Probleme, mit denen wir es zu tun haben, sind - betreffe dies Armut, Migration, Arbeitslosigkeit, Drogen, Aids, Frauenhandel, Sexismus und Rassismus -, desto bescheidener sind auch die vom "Zeitgeist" vorgeschriebenen theoretischen und praktischen Sichtweisen von Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Jedenfalls ist mit dieser Tendenz dafür gesorgt, daß private Nöte nicht an die Gesellschaft zurückgegeben werden können, sondern privat bleiben oder reprivatisiert werden.“ (Staub-Bernasconi 1995, 65)
Diese Ausführungen lassen den Schluss zu, dass ein Selbstverständnis der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession die Möglichkeit eröffnet, lokale und nationale Grenzen zu überschreiten. Die daraus resultierende Ausweitung des Sozial- und Handlungsraums trägt zur nachhaltigen Problemlösung auf der Grundlage der Menschenrechte bei.

9.3 Aufgaben der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession

Wenn sich Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession versteht, ist sie angehalten und ethisch verpflichtet, zur Entstehung und Etablierung einer Menschenrechtskultur beizutragen. Ihr Aufgabenbereich unterteilt sich in Politik- und Gesellschaftsarbeit sowie Einzelfallarbeit.
Politik- und Gesellschaftsarbeit impliziert sowohl Monitoring und Lobbying aller Einrichtungen, NGOs und Berufsverbände, als auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit.

Durch Monitoring sollen gesellschaftliche und politische Entscheidungsprozesse unter dem Blickwinkel der Menschenrechte beobachtet und Menschenrechtsverletzungen dokumentiert werden. Ansprechpartner für die Verhinderung von Menschenrechtsverletzungen ist dabei nicht nur die Politik oder die Vereinten Nationen, sondern auch Ökonomie, Kirche, Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen. Eine Identifikation von Menschenrechtsverletzungen im Sozialwesen ist schwierig. Wohlfahrtsverbände und Einrichtungen werden als wohltätig und helfend angesehen. Ihre Tätigkeit im Sozialwesen und die Berufung auf humanitäre oder religiöse Werte birgt die Gefahr, unkritisch zu sein. Damit steigt das Risiko der im Sozialwesen Tätigen selbst zum Mitwirkenden an Menschenrechtsverletzungen zu werden. Die Gefahr der Nichtbeachtung von Menschenrechten im Sozialwesen steigt dabei mit zunehmender Abhängigkeit des Klientel (vgl. Kappler 2008, 38). D.h. Träger oder Einrichtungen, die sich auf humanitäre Werte berufen, verfolgen nicht zwangsläufig, ob bewusst oder unbewusst, ein den Menschenrechten angemessenes humanitäres Ziel.

„Eine Menschenrechtsorientierung fordert diesbezüglich aber eine schonungslose Diagnose, die keine Rücksicht auf Loyalitätsverpflichtungen nehmen kann“ (Staub Bernasconi 2008, 14)

Unter Lobbying wird eine Einflussnahme der Berufsverbände, NGOs, Wohlfahrtsverbände und der Einrichtungen auf politischer Ebene verstanden. Ohne eine Vertretung der Menschenrechte auf politischer Ebene ist die Etablierung einer Menschenrechtskultur nicht vorstellbar. Hierbei muss die Soziale Arbeit sich vorhandener Möglichkeiten bedienen, die eine Einflussnahme und Durchsetzung ihrer Interessen in der Politik ermöglichen. Über die Medien kann die Öffentlichkeit angesprochen und damit indirekt Druck auf die Entscheidungsträger ausgeübt werden.

Ferner existieren rechtsstaatliche Instrumente, welche genutzt werden können. So besteht auf nationaler Ebene das Recht im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren durch Stellungnahmen und Ausschussanhörungen unmittelbar Einfluss zu nehmen. Auch besteht das Initiativrecht, örtliche Abgeordnete aufzusuchen und mit der Problematik zu konfrontieren. Ist die nationale Ebene ausgeschöpft, besteht auf internationaler Ebene die Möglichkeit für Organisationen, in Form von Alternativberichten Kritik an der fehlenden oder unzulänglichen Umsetzung von Menschenrechten durch die Bundesregierung zu äußern

(vgl. Staub-Bernasconi 2008, 24). Diese können an die zuständigen UN-Komitees gesendet werden.[67] Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Stellungnahmen anzufertigen und an den Menschenrechtsrat der Vereinten Nationen zu senden.[68]
Lobbying und Monitoring unterscheiden sich insofern, als dass Monitoring primär auf die Beobachtung und Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen abzielt, Lobbying hingegen auf die praktische Umsetzung.
Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit durch Kampagnen und Medienarbeit, ist wichtig, da eine Menschenrechtskultur nur mit der gesamten Gesellschaft entstehen kann (vgl., ebd.). Eine breite Öffentlichkeit kann maßgeblich zur Durchsetzung von Menschenrechten im politischen Aushandlungsprozess beitragen, da sie öffentlichen Druck ausübt. Da Menschenrechtsverletzung nicht nur im öffentlichen Bereich stattfinden, kann eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit auch zur Identifikation von Menschenrechtsverletzungen im Nahbereich führen. Wer für Menschenrechte sensibilisiert wurde, kann sein eigenes Handeln überprüfen und danach ausrichten.
Die Einzelfallarbeit umfasst die Etablierung und Verwirklichung der Menschenrechte in der eigenen Theorie und Praxis. Die Menschenrechte müssen als Maßstab an die Reflexion in der Praxis angelegt und als essentielles Selbstverständnis vertreten werden (vgl. Kappler 2008, 37). Arbeitsaufträge, Handlungsformen und –methoden müssen regelmäßig im Gesamtkontext kritisch hinterfragt werden. Der Profession müssen die Instrumente zur Durchsetzung der Menschenrechte bekannt sein, und sie müssen von ihr genutzt werden (vgl. Staub-Bernasconi 2008, 24). So besteht z. B. die Möglichkeit, beim Europäischen Gerichtshof eine Individualbeschwerde einzureichen.[69] Die Durchsetzung der Menschenrechte für das Individuum ermöglicht zum einem eine Verbesserung der Lebenssituation des Individuums.

[67] Der KOK erstellte z.B. 2008 einen Alternativbericht zum Bericht der Bundesregierung zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). Der KOK kritisierte dabei die bestehende Benachteiligung von Frauen und wies auf die unzulängliche Umsetzung des Übereinkommens durch die Bundesregierung hin.
[68] Der KOK erstellte z.B. eine Stellungnahme für den UN-Menschenrechtsrat, indem Kritik an dem Umgang mit der Menschenhandelsthematik und dem Umgang mit Opfern geübt wurde.
[69] Eine Individualbeschwerde ermöglicht natürlichen Personen oder Gruppierungen, eine Rechtsverletzung geltend zu machen. Hierbei müssen die nationalen Möglichkeiten zur Geltendmachung erschöpft sein.

Zum anderen beeinflusst es die Etablierung eines öffentlichen Menschenrechtsbewusstseins. Es sind die vielen kleinen Schritte, die eine flächendeckende Anerkennung der Menschenrechte erzeugen.

9.4 Vom Doppel- zum Trippelmandat

Definiert sich Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, verändert sich ihr Doppel- zu einem Trippelmandat. Das dritte Mandat erhält sie wegen ihres Selbstverständnisses als Menschenrechtsprofession, d.h. sie erhält eine weitere Verpflichtung gegenüber der Profession. Diese Verpflichtung beinhaltet die Einhaltung und Durchsetzung der Menschenrechte. Damit sind die Menschenrechte zugleich eine Legitimationsgrundlage, um sich eigenständig, selbstdefinierte Aufträge zu erteilen, unter kritischer Reflexion Aufträge anzunehmen, sie zu modifizieren oder sie im Ernstfall abzulehnen - unabhängig von den Forderungen des Staates und der Klientel (vgl. Staub-Bernasconi 2008, 22.).

9.5 Implementierung der Menschenrechte in die Ausbildung

Ein solches Konzept lässt sich nicht schnell realisieren und etablieren. Ein Selbstverständnis entsteht nicht von alleine. Dessen sind sich auch die Vertreter dieses Konzeptes bewusst und fordern daher eine weitreichende Implementierung der Menschenrechte in die Ausbildungsstätten Sozialer Arbeit. Nur mit Wissen über Umfang und Inhalt der Menschenrechte können sie in der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit wahrgenommen und vertreten werden.
Nach Staub-Bernasconi sollen sie nicht nur als Teilbereich in das Curriculum der Professionsausbildung übernommen werden. Studierenden soll explizit Menschenrechtsbildung vermittelt werden. Menschenrechte sollen in allen Fachdisziplinen des Studiums als stets begleitendes Kriterium mit bedacht und behandelt werden (vgl. Staub-

Bernasconi 2008, 12).[70] Dazu gehören Kenntnisnahme und Weiterentwicklung der bedürfnistheoretischen Basis Sozialer Arbeit und Vermittlung von Veränderungs- und Handlungswissen.[71] Studierende müssen zur Unterscheidung von Legalität und ethischer Legitimität für Gesetzgebungen sowie Forderungen von Wohlfahrtsverbänden und Zivilgesellschaft sensibilisiert werden. Der Umgang mit Macht und die Frage, ab wann und in wie weit Kritik oder Zivilcourage angemessen ist, muss ebenso Bestandteil des Studiums sein (vgl. Staub-Bernasconi o. J., 4).

Das Konzept der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession ist hilfreich, da ihr Eingebundensein in staatliche Rahmenbedingungen nicht beseitigt werden kann, wohl aber die sich daraus ergebenden Spannungsfelder entschärft werden können. Da alle Frauenhandelsopfer, ob Opferzeugin oder nicht, in eine aussichtlose Zukunft entlassen werden, ist eine ausschließlich nationale Sichtweise in diesem Aufgabenfeld unangebracht und unzulänglich. Die globale Dimension und die globalen Ursachen des Frauenhandels erfordern auch eine globale Ausweitung des Handlungsraums Sozialer Arbeit. Ein Selbstverständnis als Menschenrechtsprofession kann einen Beitrag zur Erweiterung dieses Handlungsraums leisten. Dies würde nachhaltige Lösungen ermöglichen.

Wegen der vermuteten Umfunktionierung der Sozialen Arbeit als stützende Profession im Strafprozess und als Regulationsinstanz von Migrationsbewegungen ist auch eine Reflexion unter dem Aspekt der Menschenrechte erforderlich. Es finden sich kaum kritische Aussagen der Beratungsstellen oder des KOK über die Rückkehrhilfe und die stützende Funktion im Strafprozess. Es werden ausschließlich die strukturellen Bedingungen, unter denen die Soziale Arbeit in diesem Bereich tätig ist, auf Grundlage der Menschenrechte kritisch hinterfragt. Dabei ist es doch der Grad der Abhängigkeit zwischen Sozialarbeiter und Klient, der das Risiko der Menschenrechtsverletzung steigen lässt. Ohne Aufenthaltstitel, finanzielle Mittel, Sprachkenntnisse und soziale Netzwerke ist die Abhängigkeit enorm. Dass Soziale Ar-

[70] Im Frühjahr 2002 entstand der erste Studiengang „Master of Social Work - Soziale Arbeit als (eine) Menschenrechtsprofession in Berlin. Eine kurze Darstellung der Inhalte findet sich bei Staub-Bernasconi o. J., 4ff.

[71] Veränderungs- und Handlungswissen impliziert Wissen über Rechtsinstrumente und ihre Durchsetzungsmöglichkeiten. Ferner Wissen über die Möglichkeiten der Entwicklung einer Menschenrechtskultur (z. B. Ressourcenerschließung, Öffentlichkeitsarbeit).

beit gleichermaßen nützliche Ressource für die Betroffenen sein kann, wird nicht bestritten. Dass die Möglichkeit einer Umfunktionierung besteht, kann aber ebenso wenig bestritten werden.
Wahrnehmung, Dokumentation und Artikulation eines möglichen Missbrauchs der Vertrauensbeziehung zwischen Sozialarbeiter und Klient sowie eine Zweckentfremdung der Sozialen Arbeit sind wichtige Vorraussetzungen, um tatsächliche Menschenrechtsverletzungen aufzudecken. Nur wer unter dem Aspekt der Menschenrechte wahrnimmt, dokumentiert, aber vor allem artikuliert, kann sich selbst und die eigene Praxis reflektieren. Dies schafft Klarheit und festigt den eigenen Standpunkt.
Das Trippelmandat ermöglicht einen Zugewinn an Autonomie gegenüber staatlichen Interessen und Stellungnahmen auf der Grundlage humanitärer Werte. Eine Überprüfung von Aufträgen und Forderungen des Staates und des Klienten anhand der Menschenrechte ermöglicht einen konkreten Standpunkt. Es ermöglicht im Ernstfall die Ablehnung oder Modifizierung von Aufträgen. Menschenrechte als grundlegendes Fundament Sozialer Arbeit geben Sicherheit und sind nicht länger unzulängliche Utopien, wie dies im Rahmen der gegenwärtigen Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit mit Frauenhandelsopfern der Fall ist.
Das Handlungswissen über die praktische Durchsetzung der Menschenrechte ermöglicht eine Umsetzung von der abstrakten in die konkrete Ebene. Damit würde der meist mühseligen praktischen Arbeit mit wenig Aussicht auf Erfolg eine hoffnungsvolle Perspektive eröffnet. Die eigene Arbeit dürfte damit als gestaltbarer wahrgenommen werden.

10. Fazit

Bereits in der Antike gab es erste Handelsverhältnisse, in denen Frauen zur Prostitution gezwungen wurden. Die Nachfrage nach Frauen aus anderen Gebieten und neuen Gesichtern bestimmten von Beginn an den Handel. Bis heute wird Sex und Prostitution als Ware nachgefragt, jedoch von der Gesellschaft ausgegrenzt und geächtet. Obwohl der Menschenhandel seit der Antike existiert, zeigt die Betrachtung

unterschiedlicher zeitgenössischer Dokumente, dass eine allgemein anerkannte Begriffsbestimmung dafür bis heute fehlt.
Differenzierte Betrachtungsweisen des Menschenhandels und unterschiedliche Schwerpunkte führen zu unterschiedlichen Begriffs- und Lösungsansätzen. Das Spektrum reicht dabei von der Bekämpfung der organisierten Kriminalität über Regulation von Migration bis hin zur Beseitigung schlechter Arbeitsmarktbedingungen. Die gegenwärtigen Diskussionen, Entwicklungen und Bemühungen lassen den Schluss zu, dass die Gesellschaft erst in jüngster Zeit dem Phänomen größere Beachtung schenkt und Bedeutung zukommen lässt.
Der europäische Raum im internationalen Handel zeigt, dass Europa eine der lukrativsten Zielregionen im Handel mit der Ware Frau und der Handel omnipräsent ist. Es gibt kein Land, das nicht Herkunft-, Transit- oder Zielland ist. Der Handel verläuft von Ost nach West. Deutschland ist wegen seiner zentralen Lage und des Wohlstandes ein Hauptzielland.
Der Frauenhandel ist professionell und strategisch sowie taktisch gut organisiert. Die Täter nutzen gezielt den freiwilligen Migrationswunsch der Frauen, die Öffnung der Grenzen, die hohen Profite, das geringe Täterrisiko und die Nachfrage nach möglichst billigen sexuellen Dienstleistungen. Die Frauen werden mutwillig sexuell ausgebeutet. Mit wenig Investition, Aufwand und Risiko werden höchst profitable Gewinne erzielt. Die Gewinne sind die Basis für weitere Investitionen in den Drogen- und Waffenhandel.
Die Vielschichtigkeit, die unterschiedlichen Ursachen und das globale Ausmaß des Phänomens zeigen, dass Frauenhandel weder monokausal zu erklären, noch national zu beseitigen ist. Daher erfordert ein erfolgreicher Lösungsansatz die Beteiligung aller Staaten unter besonderer Berücksichtigung ihrer Funktion als Herkunfts-, Transit- und Zielland. Ferner ist die Forderung nach einer globalen thematisch neutralen Betrachtungsweise zu stellen, in der alle den Frauenhandel begünstigenden Faktoren gleichermaßen berücksichtigt werden. Ein Bekämpfungsansatz muss folgende Aspekte beinhalten:

Prävention im Herkunftsland,

Optimierung der internationalen Strafverfolgung,

Stärkung des Arbeitsrechts ausländischer Prostituierten,

Verbesserung des Migrationsschutzes,

Rechte der Opfer im Zielland,

Sensibilisierung von Freiern und Gesellschaft

Die Europaratskonvention ist ein erstes Fundament. Sie basiert auf einem menschenrechtlichen Ansatz zur Bekämpfung des Menschenhandels und vermeidet damit eine einengende Betrachtung des Phänomens. Auf dieser Grundlage ist eine gleichberechtigte Berücksichtigung aller Teilaspekte möglich. National ist die Forderung an die Bundesregierung zu stellen, die Europaratskonvention zu ratifizieren.
Um einen internationalen Orientierungsrahmen zur Bekämpfung des Menschenhandels für alle Staaten zu geben, müsste ein auf den Menschenrechten basierendes Dokument auf internationaler Ebene entstehen. Wünschenswert wäre ein internationales Abkommen der Vereinten Nationen, welches die ratifizierenden Staaten zur Verantwortung zieht, sie zur nationalen Umsetzung von Maßnahmen anhält und ihre Durchführung überprüft.
Eine internationale Konvention alleine reicht nicht aus, um die subjektive Lebenssituation von Menschenhandelsopfern zu verbessern und einen umfassenden Bekämpfungsansatz zu ermöglichen. Sie ist aber eine notwendige Grundlage, um internationale Forderungen in nationales Recht umzusetzen und schafft damit die Möglichkeit, die subjektiven Lebensbedingungen der Opfer in den einzelnen Staaten zu verbessern.
Parallel dazu bedarf es eines gesamtgesellschaftlichen Bewusstseinswandels. Die Gesellschaft ist die Basis aller politischen Entscheidungen und Veränderungen. Stagniert das gesellschaftliche Bewusstsein und die Aufmerksamkeit für diese Form der Ausbeutung, so wird auch die Entwicklung der internationalen und nationalen Politik zur Bekämpfung der Ausbeutung stagnieren.
Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit zeigten, dass sie diesem Phänomen begegnet, indem sie sich auf internationaler und nationaler Ebene engagiert. In Form von Lobbying, Unterstützungsangeboten und kreativer Projektarbeit versucht sie, die Politik zu beeinflussen, praktische Hilfe für die Opfer zu leisten und die Nachfrageseite zu sensibilisieren.
Längerfristige sozialarbeiterische Betreuung und die Wirksamkeit von Unterstützungsmöglichkeiten für die Opfer sind allerdings durch

strukturelle Grenzen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt. Kooperationsunwillige erhalten ausschließlich Beratung und sofortige Rückkehr, Kooperationswillige sind materiell, medizinisch und psychosozial unzureichend abgesichert. Nach Ablauf des Strafprozesses müssen sie ausreisen. Eine realistische Zukunftsperspektive kann einem Großteil der Opfer nicht geboten werden.
Strukturelle Verbesserungen durch den Gesetzgeber müssten sowohl auf Aufenthaltsrecht, Sozialleistungen, Integrationsmöglichkeiten als auch auf medizinische und psychologische Betreuung abzielen. Dies würde die subjektive Lebenssituation der Opfer und die Arbeitsbedingungen der Sozialen Arbeit verbessern. Ein psychosozial umfassend stabilisiertes Opfer ermöglicht zudem die Optimierung der Strafverfolgung, indem es zu schlüssigen und konkreten Aussagen fähig ist.
Nationale Bestrebungen und Strukturveränderungen alleine reichen nicht aus dem globalen Phänomen zu begegnen. Sie sind aber wichtige und notwendige Vorraussetzung, um die Lebensbedingungen der Opfer zu verbessern.
Nur eine umfassende Bearbeitung des Phänomens auf internationaler und nationaler Ebene verspricht eine nachhaltige Problemlösung. Forderungen müssen auf allen Ebenen gestellt werden, um dem Phänomen angemessen zu begegnen. Internationale Bestrebungen und Konventionen bleiben solange unwirksam, wie sie nicht in nationales Recht umgesetzt werden. Nationale Bestrebungen müssen immer in einen internationalen Bekämpfungsansatz eingebettet sein, um dem globalen Phänomen nachhaltig begegnen zu können.
Soziale Arbeit gerät in den Verdacht, staatliche Interessen zur Regulation von Migration oder zur stützenden Funktion im Strafprozess zu ungunsten ihrer humanitären Basis zu verwirklichen.
Feststellen ließ sich nicht, ob die Einzelfallhilfe der Sozialen Arbeit eher das Opfer unterstützt oder eher staatliche Vorgaben und Interessen verfolgt. Es wäre erstrebenswert, die wirtschaftliche Abhängigkeit durch staatliche Finanzierung und die daran gebundenen Vorgaben aufzuhellen. Klärenswert erscheint ebenfalls die Frage, ob innerhalb der Beratungsstellen eine „Grauzonen-Arbeit“ z.B. mit illegalen Frauenhandelsopfern stattfindet. So könnten präzisere Aussagen über die Funktion Sozialer Arbeit im Tätigkeitsfeld Frauenhandel getroffen werden.

Anhand des Konzepts der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession und der abschließenden Betrachtung im Umgang mit Frauenhandelsopfern wurde aufgezeigt, dass ein Selbstverständnis als Menschenrechtsprofession hilfreich ist, die staatliche Eingebundenheit zu minimieren und die Betreuung von Opfern zu maximieren.
Die mit einer Menschenrechtsprofession geschaffene Autonomie führt zur Ausweitung des Handlungsraums und zu nachhaltigen Lösungen. Die praktische Durchsetzung der Menschenrechte und die Etablierung einer Menschenrechtskultur eröffnen die Möglichkeit, strukturelle Rahmenbedingungen zu beeinflussen und sie positiv zu verändern.
Offen bleibt die Frage, inwieweit Soziale Arbeit diese Forderungen im Alltagshandeln zusätzlich leisten kann, oder ob sie als Kontrollinstanz der Menschenrechte ihre Einzelfallarbeit zwangsläufig vernachlässigen muss. Der Fokus darf nicht ausschließlich auf die Soziale Arbeit und ihr Selbstverständnis gerichtet werden. Das Selbstverständnis als Menschenrechtsprofession ist abhängig davon, wie viel Raum und Gehör der Sozialen Arbeit in Politik und Gesellschaft zugestanden wird. Wenn es diesen Raum nicht gibt, sind der Realisierbarkeit dieses Konzeptes enge Grenzen gesetzt.
Ein Selbstverständnis als Menschenrechtsprofession in der Sozialen Arbeit ist aber unbedingt notwendig und zu fordern. Sie bietet Argumentationshilfe, Orientierungs- und Handlungssicherheit. Eine etablierte Professionsidentität als Menschenrechtsprofession erhöht die Anerkennung durch andere Professionen und die Gesellschaft. So wie selbstverständlich ist, dass ein Jurist das Recht und die Pflicht hat, den Menschen rechtlich zu vertreten, ein Mediziner für die Gesundheit des menschlichen Körpers zu sorgen hat, gleichermaßen würde ein Selbstverständnis als Menschenrechtsprofession langfristig dazu führen, dass Soziale Arbeit Rechte und Pflichten besitzt, Menschenrechte benachteiligter Individuen zu schützen. Damit erhält sie ein gesellschaftliches Mandat. Dies würde zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit beitragen.
Sozialarbeiter müssen, um die Menschenrechtsprofession zu internalisieren, für die Menschenrechte und ihre Bedeutung sensibilisiert werden. Ausbildungsstätten der Sozialen Arbeit müssen zukünftig eine konstante Einbindung der Menschenrechte in die Ausbildungsinhalte gewährleisten. Menschenrechtsbildung für alle Akteure der Sozialen Arbeit ist einzufordern.

Es sind aber weder internationale oder nationale Konventionen, noch Arbeitgeber oder Ausbildungsstätte, die der Profession und jedem einzelnen den Auftrag erteilen, Menschenrechtsverletzungen entgegen zu treten. Es ist das Einzelschicksal mit seiner massiven Verletztheit, welches dazu den Auftrag gibt.
Daher ist ein Handeln im Sinne der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession erforderlich, selbst wenn dies nicht immer einfach ist. „So gehört zu einer Menschenrechtspraxis auch der Zweifel an sich selbst, die Verzweiflung an der Welt, wie sie nun mal ist, am ausbleibenden Erfolg, aber auch das Bewusstsein, dass es „trotz alledem" immer wieder Wege und WeggefährtInnen gibt, die einem helfen, das Scheitern zu analysieren und so – trotz aller Widerwärtigkeiten – die Frage nach dem nächsten kleinen Schritt zu stellen." (Staub-Bernasconi 2008, 28).

Literaturverzeichnis

Ackermann, Lea; Bell, Inge, Koelges, Barbara (2005): Verkauft, Versklavt, zum Sex gezwungen. Das große Geschäft mit der Ware Frau. München: Kösel Verlag.

Agisra e.V. (2009): Tätigkeitsbericht 2009 der Informations- und Beratungsstelle für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen. Köln, Zeit: 18.07.2010, [Format: URL, Adresse: http://www.e-migrantinnen.de/].

Alam, Asad; Murthi, Mamta; Yemtsow, Ruslan; Murrugarra, Edmundo; Dudwick, Nora; Hamilton, Ellen; Tiongson, Erwin; The World Bank (Hrsg.) (2005): Growth, Poverty and Inequality. Eastern Europe and the Former Soviet Union. Washington. [Format: PDF, Zeit: 14.07.2010, Adresse: http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-pover ty.pdf].

Anderson, Bridget; O' Connell Davidson, Julia (2003); International Organization for Migration (Hrsg.): Is Trafficking in Human Beings Demand Driven? A Multi-Country Pilot Study. Geneva. [Format: PDF, Zeit: 16.07.2010, Adresse: http://www.compas.ox.ac.uk/fileadmin/files/pdfs/Brid get_Anderson/BA1_Anderson%20IOM%20report.pdf].

Arbeitskreis Prostitution (Hrsg.) (o. J.): Wegweiser für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter in Köln. Köln. [Format: PDF, Zeit: 10.07.2010, Adresse: http:// agisra.org/picture/ pdf/Wegweiser_fuer_Sexarbeiter-innen.pdf].

Auth, Diana (2009): Wohlfahrtsstaaten und Geschlechterverhältnisse in Mittel- und Osteuropa. Forschungsstand und Forschungsperspektiven. In: Klenner, Christina; Leiber, Simone (Hrsg.): Wohlfahrtsstaaten und Geschlechterungleichheit in Mittel- und Osteuropa. Kontinuität und postsozialistische Transformation in den EU-Mitgliedsstaaten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 35-58.

Bales, Kevin (2001): Die neue Sklaverei. München: Antje Kunstmann Verlag.

Belser, Patrick; International Labour Organization (Hrsg.) (2005): Forced Labour and Human Trafficking: Estimating the Profits. Geneva. [Format: PDF, Zeit: 09.07.2010, Adresse: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/--- declaration/documents/publication/wcms_081971.pdf].

Belser, Patrick; Cock, Michaelle de; Mehran, Farhad; International Labour Organization (Hrsg.) (2005): ILO Minimum Estimate of Forced Labour in the World. Geneva. [Format: PDF, Zeit: 14.07.2010, Adresse: http://www.ilo.int/wcmsp5/groups/public/--- ed_norm/---declaration/docume nts/publication/wcms_081913.pdf].

Berthold, Thomas (2005): „Freiwillige Rückkehr". Die zweite Säule der Abschiebepolitik. Der politische Rahmen der „freiwilligen" Rückkehr. In: Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen. Ausgabe 6/04, Heft 104/105, S. 57-61.

Bosse, Rolf; Schmidt, Anette (2008): Leistungen nach SGB II/XII für Angehörige eines EU-8-Mitgliedstaates, Bulgariens oder Rumäniens, bei denen konkrete Hinweise vorliegen, dass sie Opfer von Menschenhandel geworden sind. [Format: PDF, Zeit: 14.07.2010, Adresse: http://www.kok-bue ro.de/data/Medien/Bosse_SchmittKOOFRA-GutachtenSGB-BezugOpferMe nschenhandelEUMai2008EEndversion.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2003): Lagebild Menschenhandel 2002. [Format: PDF, Zeit: 10.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte/mh/20 02/mh2002.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2004): Lagebild Menschenhandel 2003. [Format: PDF, Zeit: 08.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte/mh/20 03/mh2003.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2005): Bundeslagebild Menschenhandel 2004. [Format: PDF, Zeit: 08.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte /mh/2004/mh2004.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2006): Bundeslagebild Menschenhandel 2005. [Format: PDF, Zeit: 09.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte /mh/2005/mh2005.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2007): Bundeslagebild Menschenhandel 2006. [Format: PDF, Zeit: 09.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte /mh/2006/mh2006.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2008): Bundeslagebild Menschenhandel 2007. [Format: PDF, Zeit: 09.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte /mh/2007/bundeslagebild_mh_2007.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2009): Bundeslagebild Menschenhandel 2008. [Format: PDF, Zeit: 09.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte /mh/2008/bundeslagebild_mh_2008.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2009b): Organisierte Kriminalität. Bundeslagebild 2008. Wiesbaden. [Format: PDF, 06.07.2010, Adresse: http://www. bka.de/lageberichte/ok/2008kf/lagebild_ok_2008_kurzlage.pdf].

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2010): Bundeslagebild Menschenhandel 2009. [Format: PDF, Zeit: 07.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte /mh/2009/bundeslagebild_mh_2009.pdf].

Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) (2003): Bundesgrenzschutz - Jahresbericht 2002. Berlin. [Format: PDF, Zeit: 04.07.2010, Adresse: http:// starweb.hessen.de/cache/bund/bundespolizei2002.pdf].

Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) (2008): Migration und Integration. Aufenthaltsrecht, Migrations- und Integrationspolitik in Deutschland. Berlin.

Bundesministerium des Inneren (Hrsg.); Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2001): Erster Periodischer Sicherheitsbericht. Berlin. [Format: PDF, Zeit: 06.07.2010, Adresse: http://www.bka.de/lageberichte/ps/psb_ langfassung.pdf].

Bundesministerium des Inneren; Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2006): Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht. Berlin. [Format: PDF, Zeit: 18.07.2010, Adresse: http://www.bmj.de/files/-/1485/2.%20Periodischer% 20Sicherheitsbericht%20Langfassung.pdf].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2007): Bund-Länder-Arbeitsgruppe Frauenhandel. Arbeitspapier zur Standardisierung der Aus- und Fortbildung im Deliktsbereich Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung. Berlin.

Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (Hrsg.) (2005): Auswirkungen des Aufenthaltsgesetzes auf Betroffene von Menschenhandel. Potsdam. [Format: PDF, Zeit: 16.07.2010, Adresse: http://www.kok-buero.de/data/Medien/ AHG_VersionDIM_13-05-05.pdf].

Classen, Georg (2009): Leistungen für Ausländer nach SGB II, SGB XII und AsylbLG. Berlin. [Format: PDF, Zeit: 01.07.2010, Adresse: http://www. fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Eckpunkte_SGB_II_XII_Auslaender.pdf].

Cyrus, Norbert; International Labour Organization (Hrsg.) (2005): Menschenhandel und Arbeitsausbeutung in Deutschland. Genf. [Format: PDF, Zeit: 27.06.2010, Adresse: http://www.ilo.org/public/german/region/eurpro/ bonn/download/menschenhandelendfassung.pdf].

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (2009): Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen e.V. (Hrsg.) (2009): Bericht über die menschliche Entwicklung 2009. Barrieren überwinden: Migration und menschliche Entwicklung. Bonn: UNO-Verlag.

Dreixler, Markus (1998): Der Mensch als Ware. Erscheinungsformen modernen Menschenhandels unter strafrechtlicher Sicht. Dissertation Universität Dresden. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

Dünnwald, Stephan; Förderverein PRO Asyl (Hrsg.) (2008): Angeordnete Freiwilligkeit. Zur Beratung und Förderung freiwilliger und angeordneter Rückkehr durch Nichtregierungsorganisationen in Deutschland. Frankfurt am Main.

Europol (Hrsg.) (2006): Trafficking of women and children for sexual exploitation in the EU: The involvement of Western Balkans organised crime. [Format: PDF, Zeit: 30.06.2010, Adresse: http://www.europol.europa.eu/ publications/Serious_Crime_Overviews/Western_Balkans_THB_Threat_As sessment.PDF].

Europol (Hrsg.) (2008): OCTA. EU Organised Crime Threat Assessment. [Format: PDF, Zeit: 26.06.2010, Adresse: http://www.europol.europa.eu/ publications/European_Organised_Crime_Threat_Assessment_%28OCTA %29/OCTA2008.pdf].

Europol (Hrsg.) (2009a): Facilitated Illegal Imigration into the European Union. [Format: PDF, Zeit: 27.06.2010, Adresse: http://www.europol.euro pa.eu/publications/Serious_Crime_Overviews/Illegal_Immigration_Fact_Sheet_2009.PDF].

Europol (Hrsg.) (2009b): Trafficking in the European Union: A Europol Perspective. [Format: PDF, Zeit: 28.06.2010, Adresse: http://www.europol. europa.eu/publications/Serious_Crime_Overviews/Trafficking%20in%20Hu man%20Beings%20June%202009.pdf].

Fäßler, Peter (2007): Globalisierung. Köln, Weimar, Wien: Böhlau UTB.

FIM (Hrsg.) (2007): Kampagne Stoppt Zwangsprostitution. Frankfurt am Main. [Format: PDF, Zeit: 01.07.2010, Adresse: http://www.stoppt-zwangs prostitution.de/Files/downloads/FIM%20Kampagnendoku%20%20innen.pd f].

Follmar-Otto, Petra (2009): Ein Menschenrechtsansatz gegen Menschenhandel. Internationale Verpflichtungen und Stand der Umsetzung in Deutschland. In: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): Menschenhandel in Deutschland. Die Menschenrechte der Betroffenen stärken. Berlin. S. 11- 51.

Gatzke, Ulrike (2008): Von illegaler Prostitution zu Menschenhandel: Die Geschichte des Themas Frauenhandel und die Entstehung und Professionalisierung von Fachberatungsstellen in Deutschland. In: Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (Hrsg.): Frauenhandeln in Deutschland. 2. Aufl. Berlin. S. 12-21.

Gerschewski, Ewa; Walsh, Julia (o. J.): Psychosoziale Betreuung und Beratung von Betroffenen des Menschenhandels. [Format: PDF, Zeit: 10.07.2010, Adresse: http://www.ban-ying.de/downloads/Psychosoziale%20 versorgung.pdf].

GiG-net (Hrsg.) (2008): Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Opladen: Budrich.

Han, Petrus (2003): Frauen und Migration. Stuttgart: Lucius&Lucius.

Han, Petrus (2005): Soziologie der Migration. 2. Aufl. Stuttgart: Lucius& Lucius.

Hering, Sabine; Münchmeier, Richard (2007): Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4. Aufl. Weinheim, München: Juventa.

Herz, Annette Louise (2005): Menschenhandel. Eine empirische Untersuchung zur Strafverfolgungspraxis. Berlin: Duncker & Humblot.

Herz, Annette; Minthe, Eric (2006): Straftatbestand Menschenhandel. Verfahrenszahlen und Determinanten der Strafverfolgung. München: Luchterhand.

Holmes, Leslie (2008): Menschenhandel und Korruption in Mittel- und Osteuropa. In: Nautz, Jürgen; Sauer, Birgit (Hrsg.): Frauenhandel. Diskurse und Praktiken. Göttingen: V & R Unipress. S. 65-79.

International Labour Organization (Hrsg.) (2005): Eine Globale Allianz gegen Zwangsarbeit. Gesamtbericht im Rahmen der Folgemaßnahmen zur Erklärung der IAO über grundlegende Prinzipien und Rechte bei der Arbeit. Genf. [Format: PDF, Zeit: 01.07.2010, Adresse:http://www.ilo.org/public /german/region/eurpro/bonn/download/ allianzgegenzwangsarbeit.pdf].

International Organization for Migration (2009): REAG-/GARP-Programm 2010. Programm der Regierungen der Bundesrepublik Deutschland und der Bundesländer für die finanzielle Unterstützung der Beförderung mittelloser Rückkehrer/Weiterwanderer. [Format: PDF, Zeit: 06.07.2010, Adresse: http://www.iom.int/germany/de/downloads/REAG/REAG_GARP_Informationsblatt2010DE.pdf].

International Organization for Migration (o. J.): Bekämpfung von Menschenhandel. Die Arbeit der IOM. Broschüre. [Format: PDF, Zeit: 08.07.2010, Adresse: http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/ shared/shared/mainsite/projects/documents/ct_brochure_de.pdf].

Jadwiga (2008): Jahresbericht 2008. München. [Format: PDF, Zeit: 02.07.2010, Adresse: http://www.jadwiga-online.de/data/jahresbericht2008 .pdf].

Hofmann, Johannes (2002): Menschenhandel. Beziehungen zur organisierten Kriminalität und Versuche der strafrechtlichen Bekämpfung. Dissertation Universität Würzburg. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

Kappler, Manfred (2008): Den Menschenrechtsdiskurs in der Sozialen Arbeit vom Kopf auf die Füße stellen. In: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits und Sozialbereich. Heft 107. S. 33-45.

Käsgen, Christiane; Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (Hrsg.) (2005): Werkvertrag. Länderfonds zur Unterstützung von Opfern von Menschenhandel in Deutschland. [Format: PDF, Zeit: 09.07.2010, Adresse: http://www.kok-buero.de/data/Medien/Landerfonds.pdf].

Kalthegener, Regina (2008): Rechtliche Grundlagen des Phänomens Frauenhandel zur sexuellen Ausbeutung. In: Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (Hrsg.): Frauenhandeln in Deutschland. 2. Aufl. Berlin. S. 35-48.

X Jahresbericht 2008. Plauen. [Format: PDF, Zeit: 05.07.2010, Adresse: http://www.karo-ev.de/images/KARO/pdfs/karo_jahr esbericht_2008.pdf].

Kleiber, Dieter; Velten, Doris (1994): Prostitutionskunden. Eine Untersuchung über soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituierter in Zeiten von AIDS. Baden-Baden: Nomos.

Klugman, Jeni; Micklewright, John; Redmond, Gerry; United Nations Children's Fund (Hrsg.) (2002): Poverty in Transititon: Social Expenditure and the Working- age poor. Innocenti Working Paper No. 91. Format: PDF, Zeit: 04.07.2010, Adresse: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp 91.pdf].

Koelges, Barbara: Menschenhandel und Gewalt gegen Frauen: Täter, Opfer, Helfer. Hintergründe, Strukturen und Systeme der Gewalt. In: Solwodi (Hrsg.): Grenzüberschreitendes Verbrechen – Grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Schutz, Beratung und Betreuung von Gewalt- und Menschenhandelsopfern. Ein Handbuch für die Praxis. Boppard. S. 24- 49.

Koopmann-Aleksin, Kirsten (2008): Überblick über internationales Recht und internationale Instrumente zur Bekämpfung des Menschenhandels. In: Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (Hrsg.) (2008): Frauenhandeln in Deutschland. 2. Aufl. Berlin. S. 131-139.

Laczko, Frank; Gozdziak, Elzbieta; International Organization for Migration (Hrsg.) (2005): Data and Research on Human Trafficking: A Global Survey. Geneva.

Lenz, Ilse (2008): Die neue Frauenbewegung in Deutschland. Abschied vom kleinen Unterschied. Eine Quellensammlung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Malkmus, Katrin (2005): Prostitution in Recht und Gesellschaft. Würzburg: Dissertation Universität Würzburg. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

Mentz, Ulrike (2001): Frauenhandel als migrationsrechtliches Problem. Dissertation Universität Hamburg. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

Mitrović, Emilija; Gerheim, Udo; Koller-Tejeiro, Yolanda (2007): Arbeitsplatz Prostitution. Ein Beruf wie jeder andere? Hamburg: Lit.

Montada; Leo; Kals, Elisabeth (2007): Mediation. Ein Lehrbuch auf psychologischer Grundlage. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag.

Schröttle, Monika; Müller, Ursula (2004); Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Teilpopulation 2 - Prostituierte. [Format: PDF, Zeit: 08.07.2010, Adresse: http://www.bmfsfj.de/Redaktion BMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-frauen-teil-eins,prope rty=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf].

Nuschler, Franz (2004): Internationale Migration. Flucht und Asyl. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Oberloher, Robert F. (2003): Moderne Sklaverei im OK-Netz. Effiziente OK-Konfrontation mittels koordiniert-kooperativer Mehrebenenpolitik. Dissertation Universität Wien. Wien: Facultas WUV Universitätsverlag.

Pankofer, Sabine (2000): Empowerment – eine Einführung. In: Miller, Till; Pankofer, Sabine: Empowerment konkret. Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart: Lucius und Lucius. S. 7-22.

Paul, Christa (2006): Zwangsprostitution von Mädchen und Frauen im Nationalsozialismus. In: Gross, Chung-Noh; Drinck, Barbara (Hrsg.): Erzwungene Prostitution in Kriegs- und Friedenszeiten. Sexuelle Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Bielefeld: Kleine Verlag. S. 91-103.

Phoenix (2007): Jahresbericht 2007. Hannover. [Format: PDF, Zeit: 14.07.2010, Adresse: http://www.phoenix-beratung.de/uploads/media/Jahres bericht_2007.pdf].

Popova, Deliana (2006); Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (Hrsg.): Werkvertrag. Darstellung aller finanziellen Möglichkeiten für die Opfer von Frauenhandel. [Format: PDF, Zeit: 04.07.2010, Adresse: http://www.kok-buero.de/data/Medien/FinanzielleMittelfurOpfer.pdf].

Popova, Deliana (o. J.): Expertise zu den Rahmenbedingungen für die soziale Betreuung von Opfern von Menschenhandel und deren praktischer Umsetzung in Deutschland. [Format: PDF, Zeit: 07.07.2010, Adresse: http://www.equal-asyl.de/fileadmin/dokumente/080128_Expertise_Opfer_ von_Menschenhandel.pdf].

Prasad, Nivedita (2008a): Gewalt gegen Migrantinnen und die Gefahr ihrer Instrumentalisierung im Kontext von Migrationsbeschränkung. Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession mit ethischer Verantwortung. Dissertation. Universität Oldenburg. [Format: PDF, Zeit: 14.07.2010, Adresse: http://www.frauen-gegen-gewalt.de/dokumente/files/2d9c1c59ebb1a920b44 dd32ddd2c6da7.pdf].

Prasad, Nivedita (2008b): Menschenhandel in die sexuelle Ausbeutung. In: Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (Hrsg.): Frauenhandeln in Deutschland. 2. Aufl. Berlin. S. 67-76.

Prasad, Nivedita; Rohner, Babette (2006): Menschenhandel in Deutschland. In: Gross, Chung-Noh; Drinck, Barbara (Hrsg.): Erzwungene Prostitution in Kriegs- und Friedenszeiten. Sexuelle Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Bielefeld: Kleine Verlag. S. 18-27.

Rolf, Ricarda (2005): Die Bekämpfung des Frauenhandels mit Mitteln des Strafrechts, des Öffentlichen Recht und des Zivilrechts. Dissertation. Universität Osnabrück. Göttingen: V&R Unipress.

Romani, Pierpaolo (2008): Die Frauenhandelsströme und -routen aus Osteuropa. In: Nautz, Jürgen; Sauer, Birgit (Hrsg.): Frauenhandel. Diskurse und Praktiken. Göttingen: V & R Unipress. S. 49-63.

Satzger, Helmut (2009): In: Satzger, Helmut; Schmitt, Betram; Widmaier, Gunter: Strafgesetzbuch Kommentar. Köln: Carl Heymanns Verlag.

Schaser, Angelika (2006): Frauenbewegung in Deutschland 1848-1933. Darmstadt: WBG Verlag.

Schilling, Johannes (2005): Soziale Arbeit. Geschichte-Theorie-Profession. 2. Aufl. München: Ernst Reinhard Verlag.

Schmackpfeffer, Petra (1989): Frauenbewegung und Prostitution. Über das Verhältnis der alten und neuen deutschen Frauenbewegung zur Prostitution. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Seithe, Mechthild (2010): Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sieber, Ulrich; Bögel, Marion; Bundeskriminalamt (Hrsg.) (1993): Logistik der Organisierten Kriminalität. Wiesbaden.

Sohns, Armin (2009): Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit. In: Michel-Schwartze, Brigitta (Hrsg.): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 75-102.

SOLWODI (2009): Jahresbericht. Bericht über die Arbeit der SOLWODI-Vereine und der SOLWODI-Stiftung. Boppard-Hirzenach. [Format: PDF, Zeit: 20.07.2010, Adresse: http://www.solwodi.de/fileadmin/_medias/pdf/ Jahresberichte/jahresbericht-2009-de.pdf].

Staub-Bernasconi, Silvia (1995): Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit – Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als „Human Rights Profession". In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Soziale Arbeit im Wandel des Selbstverständnisses. Beruf und Identität. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 57-104.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Bern, Stuttgard, Wien: Haupt UTB.

Staub-Bernasconi (2008): Menschenrechte in ihrer Relevanz für die Soziale Arbeit als Theorie und Praxis, oder: Was haben Menschenrechte überhaupt in der Sozialen Arbeit zu suchen?. In: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits und Sozialbereich. Heft 107. S. 9-32.

Staub-Bernasconi (2003): Soziale Arbeit auf dem Weg zur Weltgesellschaft. Implikationen für die Sozialarbeitswissenschaft. [Format: PDF, Zeit: 20.07.2010, Adresse: http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/stau b_zuerich03.pdf].

Staub-Bernasconi (o. J.): Menschenrechtsbildung in der Sozialen Arbeit. Ein Master of Social Work als Beitrag zur Thematisierung von Sozialrechten. [Format: PDF, Zeit: 21.10.2010, Adresse: http://www.zpsa.de/pdf/Artikel MenschenrechtsbildungvonSt-B.pdf].

Thiersch, Hans (2009): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 7. Aufl. Weinheim, München: Juventa.

London School of Hygiene & Tropical Medicine (Hrsg.) (2003): The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescentes. Findings from a European Study. [Format: PDF, Zeit: 29.06.2010, Adresse: http://genderviolence.lshtm.ac.uk/files/health_risks__consequences_traffick ing.pdf].

London School of Hygiene & Tropical Medicine (Hrsg.) (2006): Stolen smiles: a summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe. London. [Format: PDF, Zeit: 07.07.2010, Adresse: http://www.lshtm.ac.uk/hpu/docs/Stolen Smiles.pdf].

UNICEF (1999): Women in Transition: A Summary. Florenz. [Format: PDF, Zeit: 09.07.2010, Adresse: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/mon ee6sume.pdf].

United Nations Office on Drugs and Crime (2006): Trafficking in Persons. Global Patterns. [Format: PDF, Zeit: 06.07.2010, Adresse: http://www. unodc.org/pdf/traffickinginpersons_report_2006-04.pdf.].

United Nations Office on Drugs and Crime (2008): Human Trafficking: An Overview. Vienna. [Format: PDF, Zeit: 03.07.2010, Adresse: http://www. ungift.org/docs/ungift/pdf/knowledge/ebook.pdf].

United Nations Office on Drugs and Crime (2009): Trafficking in Persons; Analysis on Europe. [Format: PDF, Zeit: 4.07.2010, Adresse: http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/Trafficking_in_Person s_in_Europe_09.pdf].

U.S. Department of State (2007): Trafficking in Persons Report. [Format: PDF, Zeit: 01.07.2010,Adresse: http://www.state.gov/documents/organi zation/82902.pdf.].

U.S. Department of State (2008): Trafficking in Persons Report. [Format: PDF, Zeit: 01.07.2010 Adresse: http://www.state.gov/documents/organi zation/105501.pdf.].

Schäfer, Ulrike; Rüther Eckhardt; Sachsse, Ulrich (2006): Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma. Ein Ratgeber für seelisch schwer belastete Menschen und ihre Angehörigen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Spankern, Rheinhard van (o. J.): Historischer Abriß. Mitternachtsmission: Blick zurück nach vorn. [Format: PDF, Zeit: 05.07.2010, Adresse: http://www.standort-dortmund.de/mitternachtsmission/].

Spiegel, Hiltrud von (2004): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München, Basel: Ernst Rheinhard Verlag.

Wagner, Leonie; Wenzel, Cornelia (2009): Frauenbewegungen und Soziale Arbeit. In: Wagner, Leonie (Hrsg.): Soziale Arbeit und Soziale Bewegungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 21- 72.

Wallmann, Johannes (2006): Kirchengeschichte Deutschlands seit der Reformation. 6. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck UTB Verlag.

Weiß, Michaela (2005); Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (Hrsg.): Werkvertrag EU-Osterweiterung. Potsdam. [Format: PDF, Zeit: 18.07.2010, Adresse: http://www.kok-buero.de/data/Medien/KOK-WV_EU-osterweiterung_ Weis.pdf].

Westermann, Sophie (2009): Irreguläre Migration- ist der Nationalstaat überfordert? Staatliches Regieren auf dem Prüfstand. Marburg: Tectum Verlag.

Westphal, Manuela; Behrensen, Birgit (2006): Rückkehrberatung und Rückkehrunterstützung der pädagogischen Arbeit im Bereich Migration, Asyl und Menschenhandel. Strukturen, Spezifika und Entwicklungen in Deutschland. In: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.): Rückkehr aus Deutschland. Forschungsstudie 2006 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. S. 299- 336.

Weltgesundheitsorganisation (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York. [Format: PDF, Zeit:15.07.2010, Adresse: http://www. admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf].

Weltgesundheitsorganisation (2003): Weltbericht. Gewalt und Gesundheit. [Format: PDF, Zeit: 15.07.2010, Adresse: http://www.who.int/violence_ injury_prevention/violence/world_report/en/ summary_ge.pdf].

Gesetze, Übereinkommen und Drucksachen

Bundesrat (2009): Bundesrat Drucksache 669/09 vom 27. Juli 2009. Allgemeine Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung. Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz. [Format: PDF, Zeit 17.07.2010, Adresse: http://www.bundesrat.de/cln_090/SharedDocs/Drucksachen/2009/06 01-700/669-09,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/669-09.pdf].

Europarat (2004): Richtlinie 2004/81/EG des Rates vom 29. April 2004 über die Erteilung von Aufenthaltstiteln für Drittstaatsangehörige, die Opfer des Menschenhandels sind oder denen Beihilfe zur illegalen Einwanderung geleistet wurde und die mit den zuständigen Behörden kooperieren. [Format: PDF, Zeit: 17.07.2010, Adresse: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/Lex UriServ.do?uri=OJ:L:2004:261:0019:0023:DE:PDF].

Europarat (2005): Übereinkommen des Europarats zur Bekämpfung des Menschenhandels. [Format: PDF, Zeit: 16.07.2010, Adresse: http://conven tions.coe.int/Treaty/GER/Treaties/Html/197.htm].

Vereinte Nationen (1926): Übereinkommen über die Sklaverei: [Format: PDF, Zeit: 13.07.2010, Adresse: http://www.vilp.de/Depdf/d025.pdf].

Vereinte Nationen (2000): Zusatzprotokoll gegen die Schleusung von Migranten auf dem Land-, See- und Luftweg zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität. [Format: PDF, Zeit: 07.07.2010, Adresse: http://www.admin.ch/ch/d/sr/i3/0 .311.541.de.pdf].

Vereinte Nationen (2000): Zusatzprotokoll zur Verhütung, Bekämpfung und Bestrafung des Menschenhandels, insbesondere des Frauen- und Kinderhandels zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität. [Format: PDF, Zeit: 01.07.2010, Adresse: http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar55025anlage2-o ebgbl.pdf].

Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000. [Format: PDF, Adresse: http://www.state.gov/documents/organization/10492.pdf].

Anhang

Anhang 1

Industrieländer

Bedeutende europäische Länder	Bedeutende nicht-europäische Länder
Belgien	Australien
Dänemark	Amerika
Deutschland	Kanada
Finnland	Neuseeland
Frankreich	Japan
Griechenland	
Irland	
Island	
Italien	
Luxemburg	
Niederlande	
Norwegen	
Portugal	
Spanien	
Schweden	
Schweiz	
Türkei	
Österreich	
Vereinigtes Königreich	

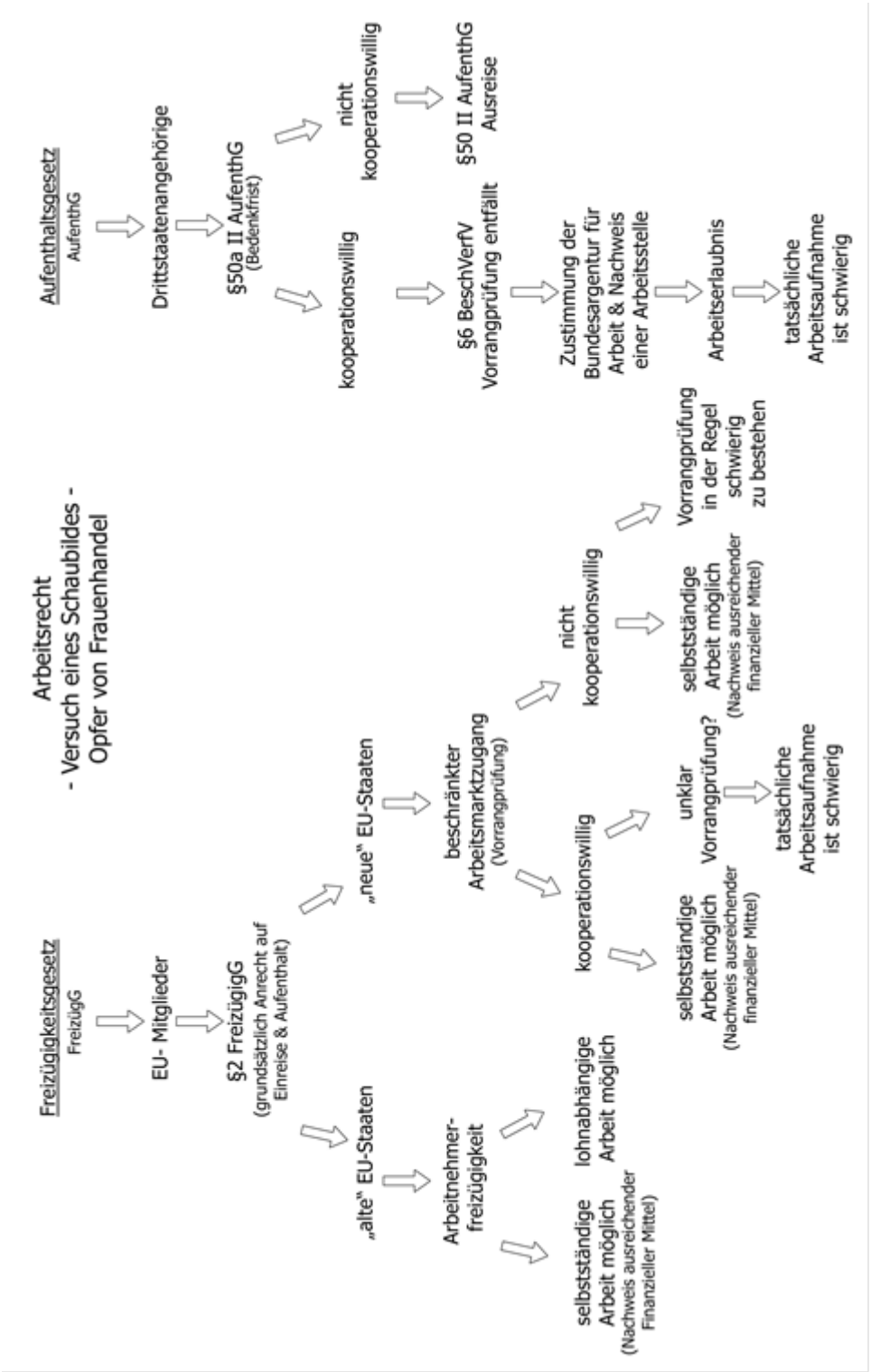
Weitere europäische Länder	**Weitere nicht-europäische Länder**
Andorra	Grönland
Färöer Inseln	St. Pierre and Miquelon
Gibraltar	
Isle of Man	
Liechtenstein	
Malta	
Monaco	
San Marino	
Zypern	

Transformationsländer

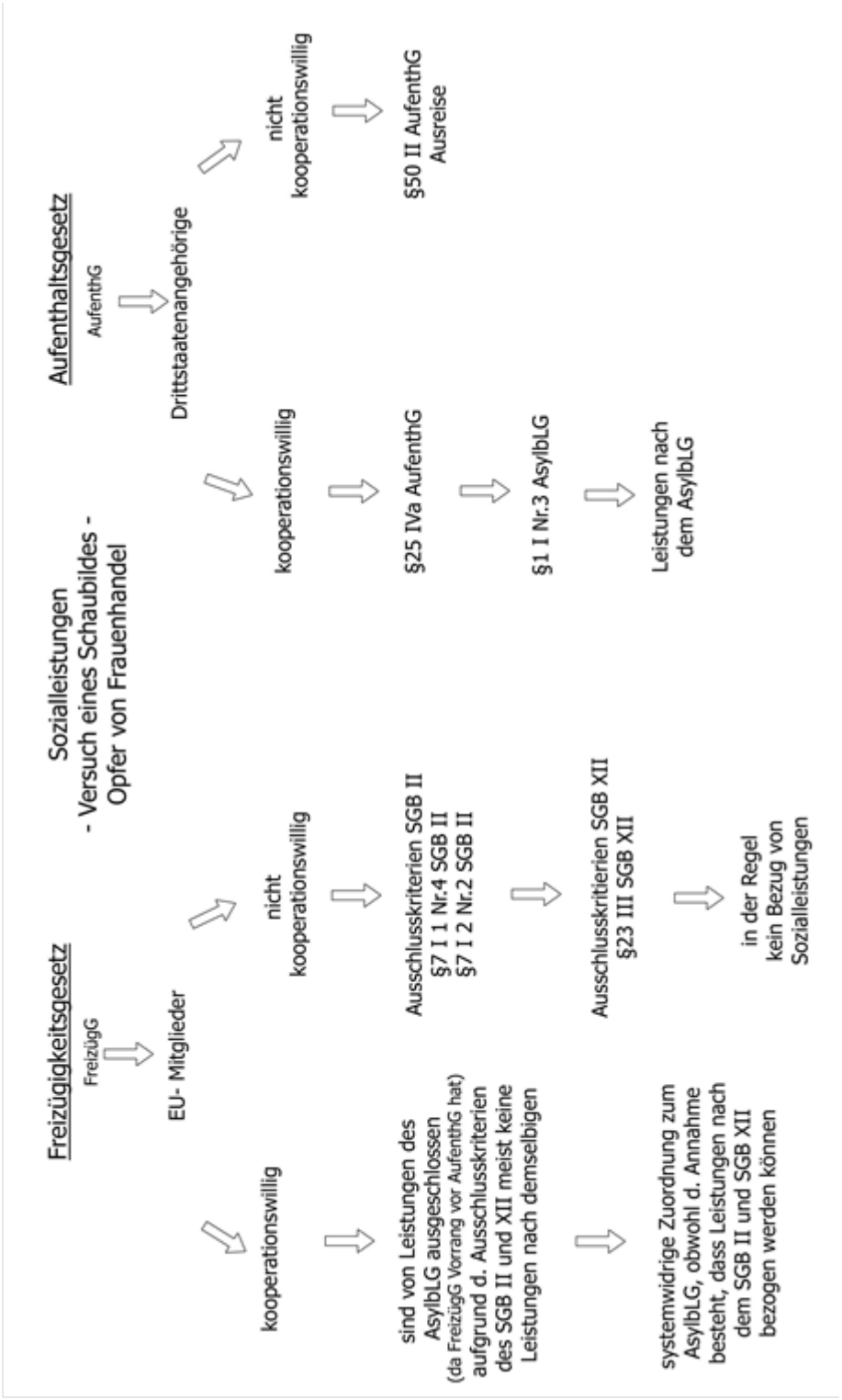
Osteuropa	**Gemeinschaft unabhängiger Staaten**
Albanien	Armenien
Bosnien-Herzegowina	Aserbaidschan
Bulgarien	Belarus (Weißrussland)
Estland	Georgien
Kroatien	Kasachstan
Lettland	Kirgisistan
Litauen	Moldawien
Mazedonien	Russland
Polen	Tadschikistan
Rumänien	Turkmenistan
Serbien Montenegro	Ukraine
Slowakei	Usbekistan
Slowenien	
Tschechien	
Ungarn	
Yugoslavian	

Quelle: Belser u. a. 2005, 38

Anhang 2


Arbeitsrecht
- Versuch eines Schaubildes -
Opfer von Frauenhandel
Freizügigkeitsgesetz
FreizügG
EU- Mitglieder
§2 FreizügigG
(grundsätzlich Anrecht auf Einreise & Aufenthalt)
„alte" EU-Staaten
Arbeitnehmer-freizügigkeit
selbstständige Arbeit möglich
(Nachweis ausreichender Finanzieller Mittel)
lohnabhängige Arbeit möglich
„neue" EU-Staaten
beschränkter Arbeitsmarktzugang
(Vorrangprüfung)
kooperationswillig
selbstständige Arbeit möglich
(Nachweis ausreichender finanzieller Mittel)
unklar Vorrangprüfung?
tatsächliche Arbeitsaufnahme ist schwierig
nicht kooperationswillig
selbstständige Arbeit möglich
(Nachweis ausreichender finanzieller Mittel)
Vorrangprüfung in der Regel schwierig zu bestehen
Arbeitserlaubnis
tatsächliche Arbeitsaufnahme ist schwierig
Aufenthaltsgesetz
AufenthG
Drittstaatenangehörige
§50a II AufenthG
(Bedenkfrist)
kooperationswillig
§6 BeschVerfV
Vorrangprüfung entfällt
Zustimmung der Bundesargentur für Arbeit & Nachweis einer Arbeitsstelle
nicht kooperationswillig
§50 II AufenthG
Ausreise

Anhang 3


Freizügigkeitsgesetz
FreizügG
EU- Mitglieder
kooperationswillig
sind von Leistungen des AsylbLG ausgeschlossen
(da FreizügG Vorrang vor AufenthG hat)
aufgrund d. Ausschlusskriterien des SGB II und XII meist keine Leistungen nach demselbigen
systemwidrige Zuordnung zum AsylbLG, obwohl d. Annahme besteht, dass Leistungen nach dem SGB II und SGB XII bezogen werden können
nicht kooperationswillig
Ausschlusskriterien SGB II
§7 I 1 Nr.4 SGB II
§7 I 2 Nr.2 SGB II
Ausschlusskriterien SGB XII
§23 III SGB XII
in der Regel kein Bezug von Sozialleistungen
Sozialleistungen
- Versuch eines Schaubildes -
Opfer von Frauenhandel
Aufenthaltsgesetz
AufenthG
Drittstaatenangehörige
kooperationswillig
§25 IVa AufenthG
§1 I Nr.3 AsylbLG
Leistungen nach dem AsylbLG
nicht kooperationswillig
§50 II AufenthG
Ausreise

In der Reihe Denken und Handeln, Neue Folge sind bisher erschienen:

Band 1: Bell, Desmond/Maaser, Wolfgang/Schäfer, Gerhard K. (Hrsg.) (2007): Diakonie im Übergang, ISBN 978-3-926013-66-8*

Band 2: Kuhn, Elmar (2008): Digitale Spaltung unter Jugendlichen

Band 3: Kuhn, Thomas K./Schäfer, Gerhard K. (Hg.) (2009): Zwischen Barmherzigkeit und Gerechtigkeit

Band 4: Roeder, Stefanie (2010): Das evangelische Selbstverständnis an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe

Band 5: Zimmermann, Germo (2010): Wenn der K(l)ick zur Sucht wird - Internet-Pornografie als Herausforderung für die Jugendarbeit

Band 6: Burmester, Monika/Krummacher, Michael/von Schnakenburg, Renate/Marenbach, Jürgen/Gerlach, Irene/Kulbach, Roderich/Beuscher, Bernd/Steden, Hans-Peter/Dringenberg, Rainer (2011): Generationswechsel - Antritts- und Abschiedsvorlesungen 2009/2010

Band 7: Balz, Hans-Jürgen/Huster, Ernst-Ulrich/Kuhlmann, Carola (Hrsg.) (2012): Soziale Inklusion: Änderungswissen und Handlungskompetenz im sozialen Feld

Band 8: Greuel, Thomas/Bauer, Andreas/Huster, Ernst-Ulrich/ Herlyn, Okko/Ferchhoff, Wilfried/van Randenborgh, Annette/Skladny, Helene/Schiffer-Nasserie, Arian/Zwingmann, Christian (Hrsg.) (2012): Generationswechsel – Abschieds- und Antrittsvorlesungen 2010/2011

* = vergriffen

Evangelische Fachhochschule
Rheinland-Westfalen-Lippe

Immanuel-Kant-Str. 18-20
44803 Bochum

Telefon: 0234 / 36901 - 0
Telefax: 0234 / 36901 - 100

E-Mail: efh@efh-bochum.de
www.efh-bochum.de

EVANGELISCHE FACHHOCHSCHULE
RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE
University of Applied Sciences