

# Die jungen Wilden:

**Betreuen?  
Behandeln?  
Einschließen?**

Aspekte in der Betreuung von  
jungen Menschen mit grenz-  
verletzenden Verhaltensweisen



**Sozialwerk  
St. Georg e.V.  
Geschäftsbereich  
Westfalen-Süd**

**Dokumentation der Fachtagung  
vom 11. März 2008 in Siegen**

## Sozialwerk St. Georg e.V. Geschäftsbereich Westfalen-Süd

Die jungen Wilden:

Betreuen?  
Behandeln?  
Einschließen?

Aspekte in der Betreuung von jungen Menschen  
mit grenzverletzenden Verhaltensweisen

**Dokumentation der Fachtagung  
vom 11. März 2008 in Siegen**

im



medien- und kulturhaus



# Vorwort

**Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Leserinnen und Leser,**

„Die Jungen Wilden: Betreuen? Behandeln? Einschließen?“ – Aspekte in der Betreuung von jungen Menschen mit grenzverletzenden Verhaltensweisen war der Titel einer Fachtagung, die der Sozialwerk St. Georg e.V., Geschäftsbereich Westfalen-Süd, am 11. März 2008 ausrichtete. Die Dokumentation dieser Veranstaltung liegt Ihnen nun vor.

In der Betreuungsarbeit, aber auch in der medialen Wahrnehmung, ist der Anteil junger Menschen mit Beziehungsstörungen, systemsprengenden oder disozialen Verhaltensweisen deutlich gestiegen. Die Diskussion um den richtigen Umgang mit den sogenannten Münchener „U-Bahn-Schlägern“ und die Einbeziehung dieses Themas in den hessischen Wahlkampf im Vorfeld dieser Tagung hat dies ganz aktuell wieder gezeigt.

Nicht selten stoßen die beteiligten Eltern, Pädagogen und Betreuenden im Umgang mit den betroffenen Jugendlichen an ihre Grenzen. Die Ursachen fehlender Sozialkompetenz sind oft so vielschichtig wie deren Problemlagen. Neben psychischen Komponenten, wie Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen, sind neurobiologische sowie soziale Gründe zu nennen. Es stellt sich daher zunehmend die Frage, wie diesem gesellschaftlichen Problem jenseits von Stammtischparolen begegnet werden kann. Wie lässt sich die Zunahme der Fälle erklären? Welche Betreuungsangebote, pädagogischen Konzepte und Weiterbildungsmaßnahmen sind erforderlich? Sind Erziehungscamps sinnvoll? Welche Perspektiven für ihr künftiges Leben können den „jungen Wilden“ eröffnet werden?

Während der Fachtagung wurden in erster Linie verschiedene Aspekte in der Betreuung von jungen Menschen mit grenzverletzenden Verhaltensweisen dargestellt und diskutiert. Dabei ging es um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsmethoden, aber auch um die erforderliche Grundhaltung in der Betreuungsarbeit. Ein besonderes Augenmerk galt weiterhin den strukturellen Voraussetzungen, die die Betreuung von minderjährigen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen erforderlich machen.

Aufgrund der Aktualität des Themas haben wir im Vorfeld der Tagung zwar mit einer guten Nachfrage gerechnet. Überrascht hat uns dann aber doch die Vielzahl der Anmeldungen, die leider auch dazu geführt hat, dass wir aufgrund der aus Platzgründen erforderlichen Begrenzung auf 250 Teilnehmer/innen nicht alle Interessenten berücksichtigen konnten. Das Interesse an der Tagung hat uns natürlich sehr gefreut. Erfreulich waren auch die vielen positiven Rückmeldungen zur Tagung und vor allem zur Qualität einzelner Beiträge.

Ohne das hohe Engagement der an der Tagungsorganisation beteiligten Mitarbeiter/innen wäre die erfolgreiche Durchführung der Veranstaltung nicht möglich gewesen. Daher danken wir auch an dieser Stelle nochmals ganz herzlich allen Mitwirkenden, die durch ihre tatkräftige Unterstützung zu dieser Tagung beigetragen haben.

Den Referentinnen und Referenten sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fallbesprechung danken wir für ihre engagierten Referate und Beiträge.

Matthias Giffhorn, im Namen des Organisationsteams



# Inhalt

## 2 Vorwort

## 4 Begrüßung

4 Gitta Bernshausen

6 Andrea Dittmann-Dornauf

## 7 Impulsreferat

Helmut Sieker

## 10 Neurobiologie von Verhaltens- auffälligkeiten und die daraus resultierenden Handlungsstrat- egien am Beispiel von ADHS

Dr. h. c. Hans Biegert

## 32 Wegschließen - Lösung oder Hilflosigkeit

Prof. Dr. Michael Lindenberg

## 42 Therapie unter geschlossenen Bedingungen - ein Widerspruch?

Dr. Bernhard Stadler

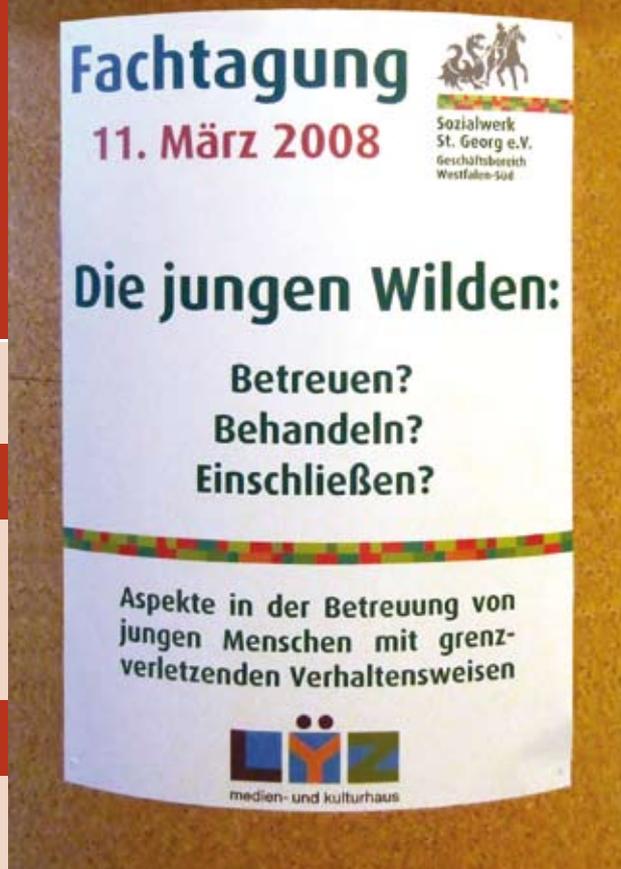
## 58 Fallbesprechung

## 76 Vorschau Fachtagung 2009

## 77 Mitwirkende

## 78 Tagungsprogramm

## 80 Organisatorisches



# Begrüßung

Gitta Bernshausen



Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,

ich begrüße Sie alle im Namen des Sozialwerk St. Georg sehr herzlich zu dieser Fachtagung und freue mich, dass Sie unserer Einladung so überaus zahlreich gefolgt sind.

Wir sind heute zum 4. Mal an diesem Veranstaltungsort. Im Jahr 2005 haben wir uns mit wohnbezogenen Hilfen auch unter der Perspektive des Persönlichen Budgets beschäftigt. 2006 standen die Bedarfe und Anforderungen von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf im Mittelpunkt, unter dem Titel ‚Mit dem Schwierigsten beginnen‘. Das Tagungsthema 2007 war ‚Wohnst Du nur oder arbeitest Du auch‘ und bot Gelegenheit sich intensiv mit verschiedenen neuen, vielleicht auch alternativen Wegen zur Schaffung von Arbeit und Beschäftigung dies- oder jenseits von Werkstätten für behinderte Menschen auseinanderzusetzen. Und 2008 nun ‚die jungen Wilden‘.

Alle genannten Tagungen waren stets sehr gut besucht. Wir konnten nie alle Anmeldungen berücksichtigen, da wir uns aufgrund der Räumlichkeiten hier auf maximal 250 Teilnehmer und Teilnehmerinnen beschränken müssen und auch wollen. Für die heutige Tagung – das war besonders erfreulich – haben wir bereits drei Wochen nach Versand der Einladungen den Zustrom der Interessenten stoppen müssen, nichts ging mehr.

Die Vorbereitung einer solchen Tagung ist sehr langwierig und aufwendig. Deshalb können wir mit Fug und Recht behaupten, dass wir das Thema bereits vor den konservativen hessischen Wahlkämpfern auf der Tagesordnung hatten. Roland Koch hat womöglich bei uns abgeguckt, aber nur unvollständig abgeschrieben. Denn sonst hätte er wissen müssen, dass das Thema zu komplex, zu anspruchsvoll und vielschichtig ist, um plakative und eingängige Wahlkampflogans daraus zu machen. Was hier möglicherweise auch übersehen wurde ist, dass es gar nicht immer die anderen sind, die Fremden, die Zugereisten, die kulturell Andersartigen, sondern dass die jugendlichen Problemfälle, die Straftäter, die Gewaltbereiten, die Selbstverletzer, die, die alle Systeme sprengen, zumeist hier geboren und

aufgewachsen sind. Sie sind etwa genauso häufig Kinder deutscher Eltern wie solcher mit Migrationshintergrund. Sie machen uns aufmerksam auf gesellschaftliche und kulturelle Erosionsprozesse. Sie zeigen eindringlich, dass in dem gesellschaftlichen Kontext von ‚schneller, höher, weiter‘ ganz Entscheidendes auf der Strecke geblieben ist.

Die pädagogische und gesellschaftliche Ratlosigkeit, mit der wir auf solche Phänomene reagieren, macht jedoch auch deutlich, dass wir erst am Anfang stehen. Am Anfang der Herausforderung, am Anfang des Prozesses, Antworten auf Fragen zu finden, die noch gar nicht so präzise gestellt wurden. Antworten finden auf Verhaltensmuster, die rätselhaft und unverständlich für Eltern und Pädagogen, quälend für das soziale Umfeld, bedrohlich für die Öffentlichkeit und für die Politik alarmierend und lästig zugleich sind. In diesen Zeiten ist man vermeintlich gut, wenn man einfache Antworten auf komplizierte Fragen finden kann, z. B. Bootcamps, erlebnispädagogische Highlights, geschlossene Heime als Dauerangebot, Doku-Soaps mit Titeln wie z. B. ‚Teenager außer Kontrolle‘ oder auch – wie die hessischen Wahlkämpfer vorgeschlagen haben – eine Reform des Jugendstrafrechts mit der Zielsetzung, jugendliche Mehrfachtäter zu inhaftieren – Stichwort ‚Warnschussarrest‘ – oder auch solche mit Migrationshintergrund in die Heimat ihrer Eltern und Großeltern abzuschieben.

Es gibt aber gelegentlich auch unter uns Praktikern der Jugend- und Behindertenhilfe – die hier im Saal Anwesenden sind hiervon natürlich ausgenommen – gelegentlich die Strategie, sich jungen Systemsprengern zwar grundsätzlich zu stellen, sich ihrer aber nach den ersten ernsthaften Konfrontationen mit dem Verweis auf die Hausordnung, die Belastung der Mitarbeiter, die Begrenzung der Ressourcen, der Untragbarkeit wieder zu entledigen. Der



Titel der heutigen Veranstaltung ‚Die jungen Wilden – Betreuen? Behandeln? Einschließen?‘ ist hochaktuell, aber auch ein bisschen provozierend. Betreuen? Behandeln? Einschließen? suggeriert eine Abfolge von Strategien und Maßnahmen bzw. ein ‚Entweder – Oder‘. Uns geht es aber um ein ‚sowohl als auch‘. Uns geht es um eine personenzentrierte und individuell angepasste Nutzung aller pädagogischen und medizinischen Instrumentarien, die im Methodenkoffer vorhanden und fachlich anerkannt sind.

Zunächst stimmt uns Herr Helmut Sieker, Einrichtungsleiter des Wohnverbunds Schmallenberg/Arnsberg, mit dem Impulsreferat ‚Die jungen Wilden – eine Klientelbeschreibung‘ auf den Tag ein. Da bin ich persönlich schon sehr gespannt. Anschließend informiert uns Herr Dr. h. c. Hans Biegert von der HEBO Privatschule in Bonn-Bad Godesberg in seinem Vortrag zur Neurobiologie von Verhaltensauffälligkeiten und die daraus resultierenden Handlungsstrategien am Beispiel ADHS über die medizinischen bzw. biologischen Aspekte dieser speziellen System sprengenden Verhaltensweisen und leitet hieraus Empfehlungen für die praktische Arbeit ab. Nach der kurzen Kaffeepause heute Morgen beschäftigt sich Herr Prof. Dr. Michael Lindenberg mit dem Thema ‚Wegschließen – Lösung oder Hilflosigkeit?‘ Hier wird es darum gehen, die massive Restriktion, den gewaltsamen Zwang einer Freiheit entziehenden Maßnahme und deren Auswirkung kritisch zu beleuchten und die Frage nach der ultima ratio im Umgang mit provozierenden und gewaltbereiten jungen Menschen zu stellen. Nach der Mittagspause wird uns Herr Dr. Bernhard Stadler mit den Aufgabenstellungen und langjährigen Erfahrungen des Caritas Mädchenheims Gauting vertraut machen.

Unter dem Titel ‚Therapie unter geschlossenen Bedingungen – ein Widerspruch?‘ werden wir vieles über die Auseinandersetzung mit jungen Menschen erfahren, die es gelernt haben Systeme und Begleiter stets und immer wieder an ihre Grenzen und darüber hinaus zu führen. Im Anschluss an die Kaffeepause am Nachmittag folgt dann die Fallbesprechung ‚Betreuen? Behandeln? Einschließen? Was nun?‘, zu der wir dann auch Herrn Dr. Falk Burchard, Chefarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

am Westfälischen Zentrum für Psychiatrie in Marsberg begrüßen dürfen. Unter Moderation von Frau Andrea Dittmann-Dornauf, Supervisorin und Organisationsberaterin hier in Siegen, diskutieren die Teilnehmer Herr Dr. Burchard, Herr Dr. h. c. Biegert, Herr Dr. Stadler und Herr Helmut Sieker. In solchen Gesprächsrunden kann zumeist sehr konkret, sehr praxisnah, aber gelegentlich auch kontrovers diskutiert werden. Auch das Publikum wird hier natürlich Gelegenheit haben, eigene Aspekte und Erfahrungen einzubringen.

Das Salz in der Suppe einer solchen Tagung sind jedoch Sie, die Tagungsteilnehmerinnen und Tagungsteilnehmer. Sie können durch Ihren Input, Ihre kritischen Fragen an die Referenten und Moderatoren die Veranstaltung lebendig werden lassen. Nutzen Sie aber bitte auch die Gelegenheit, am Rande und in den Pausen Gespräche zu führen, Impulse für die eigene Arbeit aufzunehmen und vielleicht neue Ideen für die schwierige und überaus anspruchsvolle Arbeit mit den jungen System sprengern zu entwickeln. Wir werden uns mit dieser Jugend, auch mit den grenzverletzenden jungen Menschen, auseinandersetzen müssen und wollen; denn wir haben keine anderen. Wir haben keine Alternative. Konfuzius hat einmal gesagt, dass die Erfahrung so etwas sei wie die Laterne im Rücken: Sie beleuchtet nur das Stück des Weges, das wir bereits hinter uns haben. Wir möchten uns heute bemühen, zu bereits vorhandenen Erfahrungen neue Ideen und Impulse für eine gestaltbare Zusammenarbeit mit jenen jungen Menschen zu entwickeln, für die es scheinbar keine Grenzen gibt. Ihnen, den Profis der Jugend- und Behindertenhilfe, möchten wir neben der Laterne der Erfahrung auch noch eine Taschenlampe mitgeben, die auch dieser Arbeit mit extrem schwierigen jungen Menschen Perspektive und Zukunft gibt und den Betroffenen Unterstützung und Verlässlichkeit, emotionalen Halt und Fürsorge, manchmal aber auch Gegnerschaft und Grenzen vermittelt. Ich wünsche Ihnen, ich wünsche uns allen eine interessante Tagung, bedanke mich sehr herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und gebe nun an Frau Dittmann-Dornauf weiter, die uns heute durch den Tag begleiten wird.



## Andrea Dittmann-Dornauf

Auch ich möchte Sie ganz herzlich zu dieser Fachtagung begrüßen, deren Bandbreite wir gerade von Frau Bernshausen schon ausreichend vorgestellt bekommen haben. Ich glaube, es ist jetzt schon deutlich geworden, dass hier spannende Beiträge und Diskussionen zu erwarten sind. Ich möchte zunächst ein paar kurze, organisatorische Details durchgeben, bevor es dann gleich auch schon losgeht. Organisatorisch wichtig zu wissen ist zunächst, dass diese Tagung aufgezeichnet wird und alle Tagungsteilnehmer eine Dokumentation der Tagung zugesandt bekommen. Das macht es Ihnen vielleicht ein wenig leichter, wenn es darum geht, Dinge festhalten und mitschreiben zu müssen. Das ist zunächst ein Detail, das Sie wissen sollten. Ansonsten können wir jetzt gleich beginnen. Ich will nur einen Satz zum Thema sagen: Die jungen Wilden – eher aus der Kunst bekannt – sind aber jetzt hier aufgegriffen worden. Ich finde das erst einmal ein ganz schönes Bild.

Wenn es um die Zahlen geht, wie viele junge Wilde es denn eigentlich gibt, dann gibt es wie immer, wenn es um Statistik geht, unterschiedliche Einschätzungen. Das hat immer sehr viel mit der Perspektive zu tun. Deutlich wird aber schon an ganz vielen Stellen gesagt, dass die Zahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen im Sozialverhalten und mit grenzverletzendem Verhalten steigt. Ich würde denken, die große Resonanz, die hier auf dieser Fachtagung jetzt schon sichtbar wird, spricht auch ihre Sprache, nämlich, dass das Thema sehr viele Fachleute beschäftigt und es entsprechend sicherlich auch eine ansteigende Tendenz zu beobachten gibt. Wer sich hinter diesem Bild der jungen Wilden verbirgt, das wird uns jetzt Herr Sieker genauer erläutern. Herr Sieker ist Einrichtungsleiter im Sozialwerk St. Georg und langjährig im Geschäft – ein alter Hase sozusagen. Er leitet nicht nur Einrichtungen der Eingliederungshilfe, sondern hat auch schon lange immer wieder großes Interesse an der Begleitung und Behandlung jugendlicher Menschen ab 16 Jahren gehabt. Insofern denke ich, wird er uns ein ziemlich realistisches und realitätsnahes Bild zeichnen können. Herr Sieker, bitteschön!



# Impulsreferat

Helmut Sieker



Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen, schön, dass Sie hier sind! ‚Die jungen Wilden – eine Klientelbeschreibung‘ lautet heute das Thema meines Impulsreferates. Vor dem Hintergrund der mir zustehenden 15 Minuten Redezeit komme ich nicht umhin, die Klientelbeschreibung auf eine bestimmte Gruppe zu reduzieren, nämlich der Gruppe der sogenannten Systemsprenger. Diese liegen mir am meisten am Herzen, denn ich glaube, dass diesen Menschen ein Drama innewohnt, das viele, die mit ihnen zu tun haben an ihre persönlichen, menschlichen und fachlichen Grenzen bringt; wie auch sie selbst – davon bin ich fest überzeugt – unter ihrem Verhalten mitunter unsäglich zu leiden scheinen.

Was zeichnet Systemsprenger eigentlich aus? Man findet sie in allen psychiatrierelevanten Personengruppen. Sie können Intelligenz gemindert sein oder an einer psychischen Störung leiden. Sie können eine Sucht zeigen oder einfach nur auffällig sein. Sie können aber auch von all dem Anteile zeigen, so dass es uns schwer fällt, sie eindeutig einer Diagnosegruppe zuzuordnen. Allen gemeinsam ist, dass sie sich definitiv nicht an gesellschaftliche Konventionen und Regeln halten – gleich, in welchem System sie sich aufhalten: Sei es in der Familie, am Arbeitsplatz – wenn sie überhaupt in der Lage sind über längere Zeit einen Arbeitsplatz zu halten – in der psychiatrischen Klinik der Jugendhilfeeinrichtung oder dem psychiatrischen Heim. Sie sind immer und überall auffällig und störend, weil sie stets gegen den Strich bürsten. Regeln sind zum Brechen da. Was für die anderen gilt, gilt garantiert nicht für sie. Sie okkupieren über lange Zeiten die gesamte Aufmerksamkeit der betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die wiederum davon überzeugt sind, dass sie dadurch alle anderen Klienten vernachlässigen.

System sprengendes Verhalten scheint ansteckend zu sein: Fängt ein Klient erst damit an, ziehen nicht selten andere nach oder dekompensieren in eine erneute Psychose. Mitarbeiter können nicht mehr Ziel gerichtet agieren, sondern sind zum Reagieren gezwungen. Ihnen wird hierdurch gezeigt, wie endlich ihre Möglichkeiten trotz ihrer Fachlichkeit und

langjähriger Erfahrung sind. Altbewährte Systeme werden äußerst fragil, bzw. ihre Störanfälligkeit tritt nur allzu deutlich in den Blickpunkt der Mitarbeiter und Klienten - oder schlimmer: der Öffentlichkeit. Ein System sprengender Mensch kann Seiten und Gefühle in uns wecken, von deren Existenz wir bislang nichts wussten oder sie verdrängten, weil sie unserem Menschenbild völlig zuwider laufen. Es ist vermutlich nur eine normale menschliche Reaktion, wenn dann all unser Trachten darauf gerichtet ist, diese Personen, die uns und unser lieb gewordenes System auf ein so niedriges Niveau reduzieren, schnellstmöglich loszuwerden. Schließlich, so sagen wir uns, werden wir ihm – dem schwierigen Menschen – auch nicht mehr gerecht. Hier schließt sich die Frage an: Was macht Systeme so störanfällig? Wieso fällt es uns so schwer, Systemsprengern etwas entgegenzusetzen?

Im Wohnverbund Schmallenberg/Arnsberg des Sozialwerks St. Georg betreuen wir seit 1990 Jugendliche und junge Erwachsene mit Psychosen und insbesondere mit Persönlichkeitsstörungen. Gerade die Gruppe der persönlichkeitsgestörten Klienten gehört zu den Verhaltensauffälligen. Ihre Art mit Menschen und mit sich selbst umzugehen, erfüllt oft die Kriterien der Grenzverletzung und des Systemsprengens; sei es, dass sie sich selbst verletzen – mitunter mit unglaublicher Heftigkeit – sei es, dass sie ihre Impulse nicht steuern können und kaum vorhersehbar andere Menschen angreifen, beleidigen oder sonst wie attackieren. Oft gebrauchen sie Alkohol oder andere Suchtmittel, die sie exzessiv konsumieren – manchmal, bis der Notarzt kommen muss. Sie sind Menschen, die schon viele Einrichtungen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe durchlaufen mussten. Sie waren kaum haltbar in ihren Familien oder die Familien waren zum Halten zu schwach und sie waren später unerträglich in den professionellen Wohnangeboten. Sie missachteten Regeln und agieren





ausschließlich extrem opportunistisch. Sie sind eben Individualisten.

Wir haben viele Erfahrungen mit ihnen sammeln dürfen, positive wie negative. Eines aber ist uns deutlich geworden: Je mehr Regeln und Verhaltensmaßgaben eine Einrichtung pflegt, umso störanfälliger wird sie. Regeln zu erlassen hat seine Berechtigung, schließlich müssen viele Menschen unter einem Dach zusammenleben und das muss geregelt sein. Das Problem stellt sich aber bei der Durchsetzung dieser Regeln. Deshalb mag eine Einrichtung gut beraten sein, wenn sie sich wesentlich mehr Gedanken um die Umsetzung ihrer Regeln macht statt um die Regeln selbst. Ferner ist zu überlegen, ob man es tunlichst vermeiden sollte, Regeln allgemeingültig zu erlassen, mit denen man nur einen kleinen Teil der Klienten erreicht. Wenn Regeln etwas verbieten, was Einzelne ohnehin nicht machen, wird es diesen schwer fallen das Verbot zu akzeptieren, schlimmstenfalls werden sie die Regel missachten.

Ich will es am Beispiel des Alkoholverbots verdeutlichen. Ein pauschales, manchmal therapeutisch auch nicht mehr nachvollziehbares Alkoholverbot wertet Alkohol unnötig auf und gibt ihm eine Bedeutung, die er besser nicht haben sollte. Ein solches Verbot ist für viele junge Menschen geradezu eine Aufforderung, Alkohol zu konsumieren. Was so wichtig ist kann ja nicht falsch sein. Viel besser, weil auch logischer, ist es, Alkoholverbote auf Personen zu reduzieren, die z. B. Sucht bedingt ohnehin abstinent leben müssen. Bei denen reicht aber ein Verbot alleine nicht aus. Sie müssen regelmäßig auf Alkoholkonsum hin kontrolliert werden. Sie müssen zweifelsfrei wissen, dass ein Bruch des Alkoholverbots nicht unentdeckt bleibt. Alle anderen aber sollen lernen, mit Alkohol verantwortlich umzugehen.

Was ist zu tun; was hat sich bewährt? Das Erste, was zu tun ist, ist das Verbot der disziplinarischen Entlassung. Jede Einrichtung, die sich mit Menschen befasst, muss sich selbst darauf überprüfen, wie tragfähig ihre Betreuungsangebote sind – gemessen am schwierigsten Klienten. Das kennen Sie noch von Klaus Dörner. Entlassungen, die nicht der Rehabi-

litation des Klienten dienen, sollten nicht zu den Handlungsmöglichkeiten einer Einrichtung zählen, bzw. sollten nur eine ultima ratio Lösung darstellen. So sind sie gezwungen sich mit dem Systemsprenger soweit auseinanderzusetzen, bis eine Lösung für dieses Problem gefunden wurde. Einrichtungen, die nicht bereit sind, sich mit schwierigen Klienten kontrovers und lösungsorientiert auseinanderzusetzen, vertun die Chance zu lernen. Das Halten von sehr schwierigen Menschen führt oft langfristig gesehen zu tragfähigen Beziehungen auf beiden Seiten. Man ist am Ende sozusagen durch dick und dünn gegangen und das verbindet.

Zweitens sollte jede Einrichtung ihr Regelwerk kritisch überprüfen und Regeln, die individuell anwendbar sind, aus dem allgemeinen Regelwerk streichen. Grundsätzlich plädiere ich für die Aufhebung bzw. Minimierung von Hausordnungen, da diese ohnehin nur den Regelbedarf einzelner oder kleiner Gruppen betreffen. Die Gefahr, dass sich ein Team an der Durchsetzung der Hausordnung abarbeitet, ist viel zu groß. Mit den Klienten individuell ausgehandelte Absprachepläne treffen den Regelbedarf des Einzelnen wesentlich genauer und haben den Vorteil, dass man sie schnell an neue Situationen anpassen kann. Ferner können solche Absprachepläne den gesetzlichen Betreuern und auch den Eltern der Klienten ausgehändigt werden und dadurch bekommen sie eine hohe Verbindlichkeit.

Wir sollten aber darauf achten, dass nur solche Regeln und Absprachen vereinbart werden, die auch durchsetzbar sind. Wir möchten dem Klienten natürlich nicht demonstrieren wie beschränkt unsere Handlungsmöglichkeiten im Grunde genommen sind. Es stellt sich mithin meines Erachtens nicht die Frage nach Regeln versus Laissez-faire, sondern eher die nach Regeln und Laissez-faire. Jede Regel muss auf den Einzelfall bezogen auch seine Ausnahme bestimmen. Menschen mit regelwidrigem Verhalten neigen naturgemäß immer dann zum Brechen von Regeln, wenn diese ihnen im Weg stehen. Wir haben schon viel gewonnen, wenn Klienten anfangen mit uns über Regeln zu streiten. Solange wir mit ihnen darüber streiten können, ist die Gefahr des



Regelbruchs zumindest vermindert. Wenn uns dann und wann der Klient die Ausnahme von der Regel abringen kann, lernt er, dass man durchaus mit Erfolg Regeln diskutieren und auch in Frage stellen kann, statt sie zu brechen.

Das bisher Gesagte beschreibt eher die Struktur einer Einrichtung, die es Systemsprengern schwer machen will, entsprechend zu werten. Aber damit allein ist es nicht getan. Genauso wichtig ist es den Klienten Handlungsalternativen aufzuzeigen. Anti-Gewalt-Training, Soziales Kompetenztraining und tägliche Tages-Reflektionsgespräche unter vier Augen zählen ebenso dazu wie ein tägliches Sportangebot. Bei Klienten mit Lernbehinderung ist es wichtig, ihnen Möglichkeiten der kognitiven Förderung durch Vermittlung z. B. der Kulturtechniken oder ähnliches zu bieten. Hiermit wird im Übrigen auch das große Problem des mangelhaften Selbstwertgefühls behoben oder zumindest angegangen. Perspektivbildung für den Einzelnen; ihn dort abholen wo er gerade steht, mit allen seinen Wünschen und Träumen, ist meiner Meinung nach der Königsweg in der Betreuung schwieriger Menschen.

Wir haben fast immer gute Erfahrungen machen können, wenn wir die wichtigen Bezugspersonen der Klienten in die Betreuungsarbeit mit einbeziehen konnten. Eltern, die an den Betreuungszielen mitarbeiten, sind in der Regel immer noch die besten Co-Therapeuten.

Ferner brauchen Mitarbeiter, die den Kampf mit den Systemsprengern führen, die Unterstützung, die es ihnen ermöglicht jeden Tag aufs Neue diesen Kampf durchzuhalten. Hierfür braucht man ein gutes Betriebsklima und gut aus- und fortgebildete Mitarbeiter.

Vernetzungen mit anderen Einrichtungen, insbesondere mit psychiatrischen Kliniken, sind in der Betreuung von Systemsprengern ein unverzichtbarer Bestandteil. Wichtig hierbei ist, dass es enge Absprachen hinsichtlich der Betreuung und den Behandlungsmaßnahmen gibt. Jeder muss von dem anderen wissen, was er tut.

Ebenso unverzichtbar – und jetzt bin ich schon

am Schluss meines Referates angelangt – ist die Fallsupervision. Nur der Berater, der nicht mit der konkreten Person arbeiten muss, kann einen weitgehend unverstellten Blick auf das Geschehen richten. Das gibt dem Team die Möglichkeit, trotz oder gerade wegen ihrer persönlichen Betroffenheit einen Perspektivwechsel vorzunehmen.

Zum Schluss noch eine Anmerkung, die ich erst gestern Abend drunter geschrieben habe, ganz spontan. Ich habe in meinem Referat hier insgesamt zehn Mal die Begrifflichkeit „Systemsprenger“ oder „System sprengen“ benutzt und sie damit arg strapaziert. Ich habe versucht, deren typisches Verhalten vor dem Hintergrund des jeweiligen Systems zu schildern. Ich komme auch aufgrund meiner beruflichen Erfahrung nicht umhin, festzustellen, dass es oft eine Inkompatibilität zwischen unseren extremen Individualisten und unseren Betreuungssystemen bzw. Betreuungsangeboten gibt. Wenn dem so ist, gehört die selbstkritische Auseinandersetzung mit uns und unseren Angeboten an erste Stelle, bevor wir beginnen, uns über den scheinbar schwierigen Klienten Gedanken zu machen. Dankeschön!

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Vielen Dank, Herr Sieker. Das Impulsreferat zeigt, dass er und sein Arbeiterteam bereits recht deutlich einige Bilder, bezogen auf die jungen Wilden, entwickelt hat und zum Teil auch schon Perspektiven entwickelt hat, wie möglicherweise mit bestimmten Problemen, die von diesen Menschen ausgehen, umgegangen werden kann, bis hin zu dieser selbstkritischen Äußerung, die ich durchaus auch noch sehr bedenkenswert fand.



# Neurobiologie von Verhaltensauffälligkeiten und die daraus resultierenden Handlungsstrategien am Beispiel von ADHS

## Andrea Dittmann-Dornauf

Wir gehen weiter im Programm mit Herrn Dr. Hans Biegert, Gründer der HEBO Privatschule in Bonn – 1978 ist das bereits geschehen. Ich habe ein wenig geschaut, was das Besondere an dieser Schule ist und mir ist aufgefallen, dass ganz zentral im Vordergrund die individuelle Förderung und die persönliche Betreuung der Schülerinnen und Schüler stehen. Das alleine wird aber noch nicht der Grund sein, dass Herr Dr. Biegert jetzt gleich zu uns sprechen wird. Er ist außerdem ADHS-Experte und hat sich seit vielen Jahren damit beschäftigt. Er wird uns nun einen Vortrag mit dem Thema ‚Neurobiologie von Verhaltensauffälligkeiten und die daraus resultierenden Handlungsstrategien am Beispiel von ADHS‘ halten.

## Dr. h.c. Hans Biegert

Guten Morgen,

ich war zunächst ausgesprochen erstaunt, dass ich zum Thema ADHS und Neurobiologie eingeladen wurde.

Ich will Ihnen sagen, warum ich eigentlich neben dem großen Thema ADHS und welche wirksamen und erfolgsorientierten Mittel es im Umgang mit diesen Problemen / Problemkindern in der Schule gibt, mit Neurobiologie durch die Lande ziehe. Es hat sich gezeigt, dass über den Weg der Neurobiologie sehr viele Lehrer einen guten Zugang zu der Problematik bekommen, wie man konstruktiv mit Kindern und Jugendlichen umgehen kann, die problematische Verhaltensweisen in der Praxis zeigen. Man kann sich ja nicht vor Lehrer stellen und wahrscheinlich auch nicht vor Soziologen, Psychologen und Erzieher und sagen: So und so muss es gemacht werden. Sondern man muss die Dinge herleiten, sie müssen ein Fundament haben. Und ich glaube, das liefert in günstiger Weise die Neurobiologie.

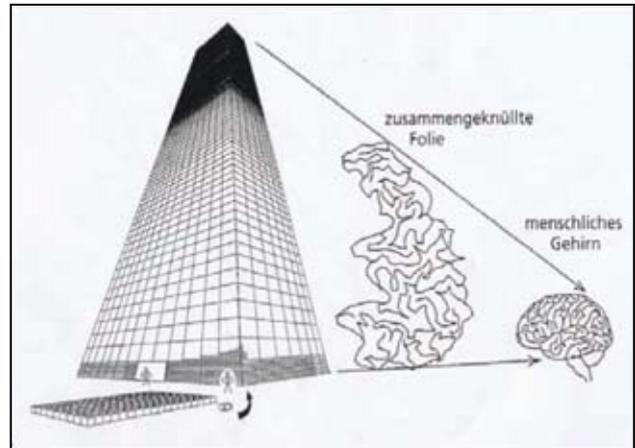
Ich möchte mich in den nächsten 75 Minuten mit folgenden Themen beschäftigen: Die erste Frage ist: Wie repräsentiert das Gehirn Fähigkeiten? Das Zweite ist die besondere Bedeutung des Frontalhirns. Das Dritte ist die Frage, wie eigentlich Lernen, Sozialisation und Erziehung geschehen und das arbeiten wir in fünf Unterpunkten ab: Wie erfolgt der Erwerb von Fähigkeiten? Wie gelingen der Erhalt und die Verbesserung von erworbenen Fähigkeiten? Lernen ohne Angst, ist das sinnvoll, gut, wirksam? Haben wir nicht alle irgendwo die Erfahrung gemacht, dass es genügend Kinder und Jugendliche gibt, „die das Messer an der Kehle“ spüren müssen? Lernturbo Erfolg? Ist das nicht alles ein bisschen zu einfach? Stellen wir nicht alle in der Praxis fest, wenn man jemanden lobt, dass er dann in seine chaotischen Verhaltensweisen zurückfällt? Wie wichtig sind Vorbilder? Was unterscheidet das ADS-Hirn vom Nicht-ADS-Hirn?

Schließlich und letztlich noch ein interessanter Aspekt, weil wir ja nachher auch über Therapien reden wollen: Was hat es mit der Pharmakotherapie auf sich? Wir haben bei uns in der Schule ja auch die Schnittstelle zur Jugendhilfe. Von den 350 Schülern, die wir im Haus haben, haben wir etwa 170 Plätze für Kinder aus dem Bereich der Jugendhilfe. Und





Dr. h.c. Hans Biegert



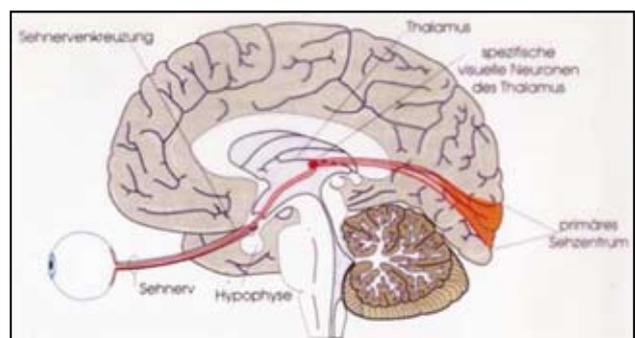
diese Kinder und Jugendlichen sind im Normalfall in Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht, so z. B. das Internat Bad Fredeburg des Sozialwerk St. Georg und andere Einrichtungen.

Da haben wir mit den Sozialpädagogen häufig eine nicht unkontroverse Auseinandersetzung darüber, was die Pharmakotherapie angeht. Deswegen möchte ich meinen Standpunkt dazu definieren, der auch pädagogische Aspekte in zentraler Weise berücksichtigt. Und dann schließlich, was wir aus der Neuropädagogik im Hinblick auf einen wirksamen Umgang mit Kindern mit Problemverhalten ableiten können.

Ein Beispiel, um die Komplexität vielleicht einmal zu verdeutlichen, was diese Menge bedeutet: Wenn sie sich vorstellen, man würde einen dieser am 11. September 2001 zerstörten Twin Towers vom Erdbo- den bis zum 121. Stockwerk mit PC- oder Fernseh- bildschirmen rundherum „zupflastern“, käme man in der Summe der stecknadelkopfgroßen Pixel dieser Bildschirme auf 100 Milliarden Punkte. Und jeden dieser Punkte müssten Sie statistisch gesehen mit 10.000 bis 15.000 andern Punkten verkabeln, alles geordnet zusammen auf die Größe einer halben Honigmelone bringen und dann haben Sie in etwa das, was bei Ihnen im Kopf an Hardware präsent ist – zumindest wollen wir das mal alle hoffen.



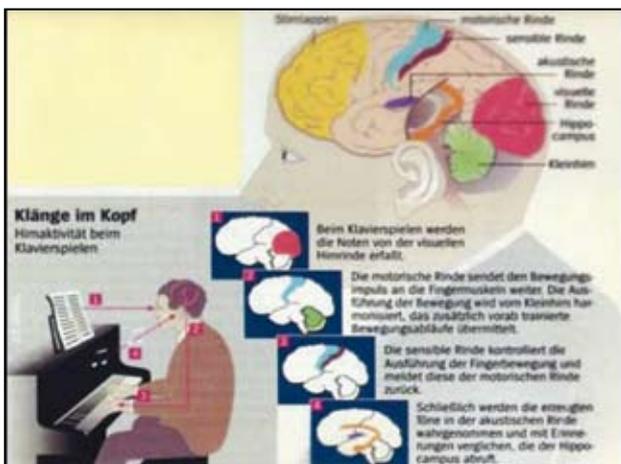
Wir beschäftigen uns also heute mit diesem Körperteil, dem Gehirn: 1,5% des Körpergewichtes, 25% des Energieverbrauchs – daran können Sie bereits ablesen, was im Regelfall im Gehirn „abgeht“. Wir sprechen von 100 Milliarden Nervenzellen.



Wie repräsentiert das Gehirn Fähigkeiten? Die Repräsentation von Fähigkeiten kann man an der Seh- wahrnehmung feststellen. Die fotoelektrischen Impulse gehen bei der Seh- wahrnehmung über das



Auge ein und werden bereits im Augenhintergrund, in der Retina, so verarbeitet, dass sie in bioelektrische Impulse umgewandelt werden. Sie werden dann über den Sehnerv weitergeleitet, der im Thalamus in der Mitte noch einmal eine große Kreuzung hat, und landen am Ende in der sogenannten visuellen Rinde. Die dortige Verarbeitung erzeugt Sehbewusstheit. Das heißt im Klartext, dass das Auge beobachtet und das Gehirn sieht.



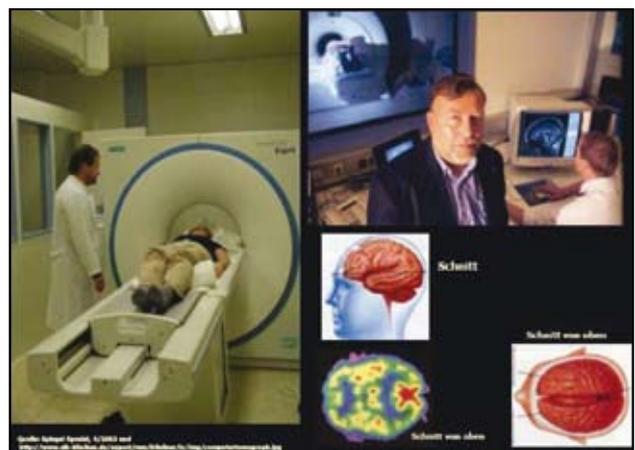
Um noch einmal zu verdeutlichen, dass wir bestimmte Bereiche im Gehirn haben, die für Wahrnehmung, Steuerung und Empfindung zuständig sind: Man kann sich das am Beispiel des Klavierspielers klar machen.

Der Klavierspieler liest als Erstes die Noten vom Blatt. Die fotoelektrischen Impulse werden im Augenhintergrund in bioelektrische Impulse umgewandelt und am Ende in dem roten Bereich, der visuellen Rinde, verarbeitet und die dortige Verarbeitung erzeugt Sehwahrnehmung. Als Nächstes gibt er den Befehl: Drücke die Tasten. Diese motorischen Befehle werden von den Neuronen der motorischen Rinde veranlasst. Dann fühlen die Fingerkuppen, dass die Tasten unten sind und diese sensorischen Empfindungen werden von den Neuronen geleistet, die in der sensorischen Rinde niedergelegt sind.

Parallel dazu gibt das Klavier Töne ab, die wir hören. Dies wird über bestimmte Wahrnehmungszellen im Ohr verarbeitet und weitergeleitet. Das eigentliche Hörwahrnehmen geschieht dann in der auditiven Rinde.

Was ich damit als Beispiel sagen möchte ist, dass es bestimmte Bereiche des Gehirns gibt, die für Wahrnehmung, Steuerung und Empfindung zuständig sind. Dieses Prinzip der neuronalen Karten bedeutet, dass ein bestimmter neuronaler Input – sei es visuell, motorisch, auditiv, empfindungsmäßig – je einem dezidierten Hirnareal zugeordnet wird. Man nennt das dann Karte. Dass das so ist, ist ein „uralter Hut“. Neu daran ist, dass man seit 10 bis 15 Jahren diesem Vorgang, also dem Denken des Gehirns, in Realzeit zusehen kann. Dazu „schiebt“ man eine Person in einen Computertomographen, etwa einen Magnetresonanztomographen oder Positronemissionstomographen.

Hans Markowitsch von der Uni in Bielefeld macht z. B. so Gedächtnisuntersuchungen. Und diese Apparate werfen dann Schnittbilder aus. Das muss man sich so vorstellen, als könne man das Gehirn aufschneiden und von oben hineinsehen. Dort, wo zum Zeitpunkt der Aufnahme rot und gelb ist, ist hohe Funktionsintensität, dort wo blau und grün ist, ist



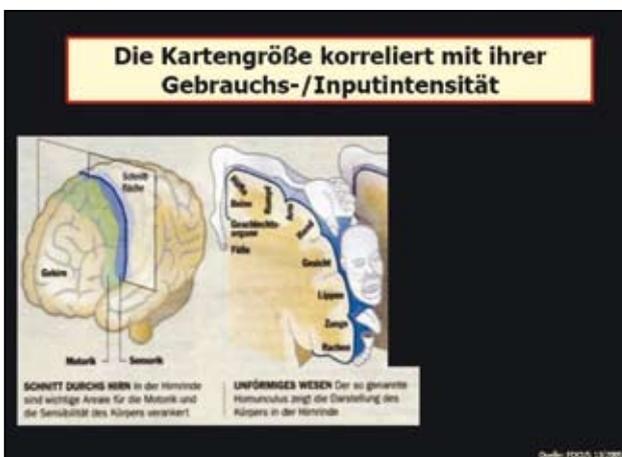
niedrige Funktionsintensität. Jetzt können Sie schon anhand dieses Bildes sagen, was die Person in der



Röhre gemacht hat. Nun, bei dem ist hinten im Gehirn hohe Funktionsintensität: Der hat also gesehen. Zumindest hat er die Augen nicht zu gehabt. Diese Bereiche des Gehirns sind nutzungs-, stimulations- und inputabhängig.

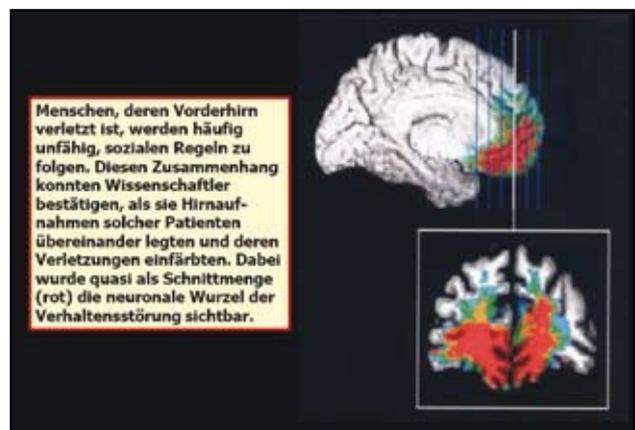
Das sieht man sehr schön, wenn man diese sensorische Rinde einmal quer „aufschneidet“ und guckt, wofür die einzelnen Bereiche zuständig sind. Und Sie stellen fest, dass beispielsweise ein großer Bereich sensorisch für den Kopfbereich zuständig ist und ein großer Bereich für den Handbereich, aber ein vergleichsweise geringer Bereich für den Rumpf. Das ist eigentlich auch logisch und klar, weil die Summe der sensorischen Erfahrungen über die Hand natürlich signifikant höher ist als das, was wir über den Rumpf an Stimulation erfahren. Heißt im Klartext, dass die Kartengröße mit ihrer Gebrauchs- oder Inputintensität korreliert.

Fassen wir zusammen: Die Grundfunktionen des Gehirns sind dadurch gekennzeichnet, dass ein bestimmter neuronaler Input – visuell, taktil, sprachlich, lesend, auditiv, emotional empfindend, motorisch usw. – je einem dezidierten Hirnareal (neuronale Karte) zugeordnet wird. Diese neuronalen Karten sind die Basis für die zugeordneten Fähigkeiten wie Sehen, Spüren und Hören. Die Zerstörung einer Karte führt zumindest vorübergehend zum Verlust einer zugehörigen Fähigkeit. Und die Arealgröße korreliert mit ihrer Nutzungsintensität.



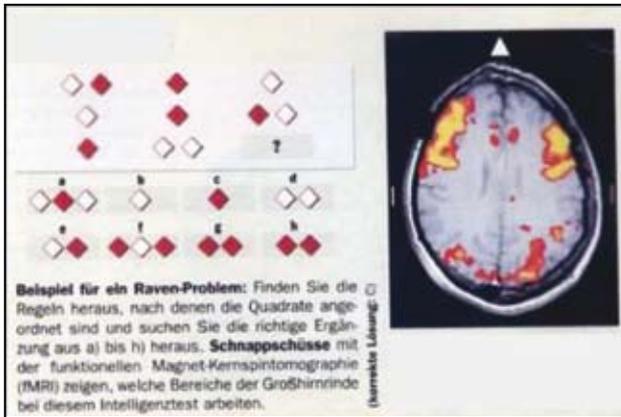
Die besondere Bedeutung des Frontalhirns: Es gibt eine ganze Reihe Untersuchungen dazu, z. B. eine, die junge Kriegsverletzte aus dem Bosnienkrieg und aus dem ersten Irakkrieg untersucht hat. Das waren Kriegsverletzte im Alter zwischen zwölf und 25 Jahren, die Frontalhirnverletzungen haben. Die Größe der Gruppe lag bei ca. 80 bis 85 Probanden.

Wo diese Verletzungen waren, das sehen Sie hier rot eingefärbt. Die rote Fläche ist quasi die Schnittmenge von diesen 80 Verletzungen. Dann hat man in einer Längsschnittuntersuchung beobachtet, zu welchen Konsequenzen das führt. Und das gibt eine Antwort darauf, wofür das Frontalhirn eigentlich zuständig ist.



Ergebnis: Menschen, deren Vorderhirn verletzt ist, werden häufig unfähig, sozialen Regeln zu folgen. Diesen Zusammenhang konnten Wissenschaftler bestätigen, als sie Hirnaufnahmen solcher Patienten übereinanderlegten.





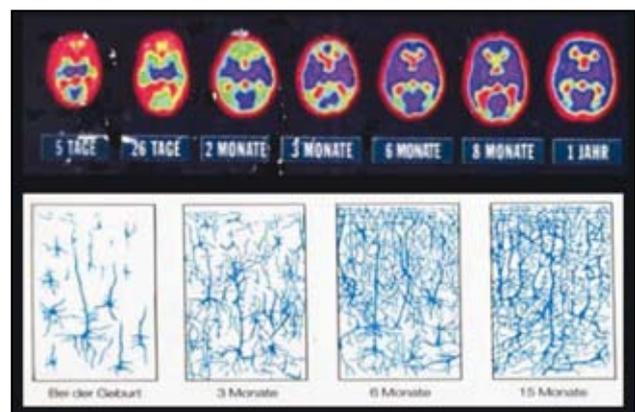
Dass das Frontalhirn mit Regeleinholung zu tun hat, kann man auch an folgendem Beispiel darlegen: Hier ist ein Ausschnitt aus dem sogenannten Raven-Test, der normalerweise Bestandteil eines Intelligenztests ist.

Da wird jemandem zunächst die linke Figurenkonstellation vorgelegt, als Nächstes die mittlere, schließlich die rechte und dann mit der Frage verbunden ‚Welche Lösung würdest Du einsetzen?‘ Und diese ganze Maschinerie läuft ab, während er in dem Computertomographen liegt und dies wird dann aufgezeichnet. Daran kann man evaluieren, welche Bereiche des Gehirns für Entscheidungsfindung, Handlungsplanung, Aufmerksamkeitslenkung – was ja der hier typische Bereich ist – zuständig sind. Und wenn man sich dazu das passende Bild anguckt, sieht man, dass der hintere Bereich natürlich in Funktion ist, weil der Proband ja sieht, aber wir sehen auch sehr schön, dass das Frontalhirn für Prozesse der Entscheidungsfindung, Handlungsplanung, Aufmerksamkeitslenkung zuständig ist.

Fazit: Jemand, der Probleme mit seinem Frontalhirn hat, der Funktionseinschränkungen und Verletzungen hat, erleidet eine Fähigkeitseinschränkung, Entscheidungen zu treffen. Er hat Schwierigkeiten damit, Tatsachen und Gefühle zueinander zu assoziieren. Er hat Probleme damit, mit seinen Emotionen umzugehen, z. B. Wutausbrüche auszubremsen. Die Lenkung der Aufmerksamkeitsintensität gelingt ihm nicht mehr. Gefühle zu unterdrücken oder effektiv

einzusetzen und sein Handeln strukturiert zu planen, gelingt ihm nicht mehr.

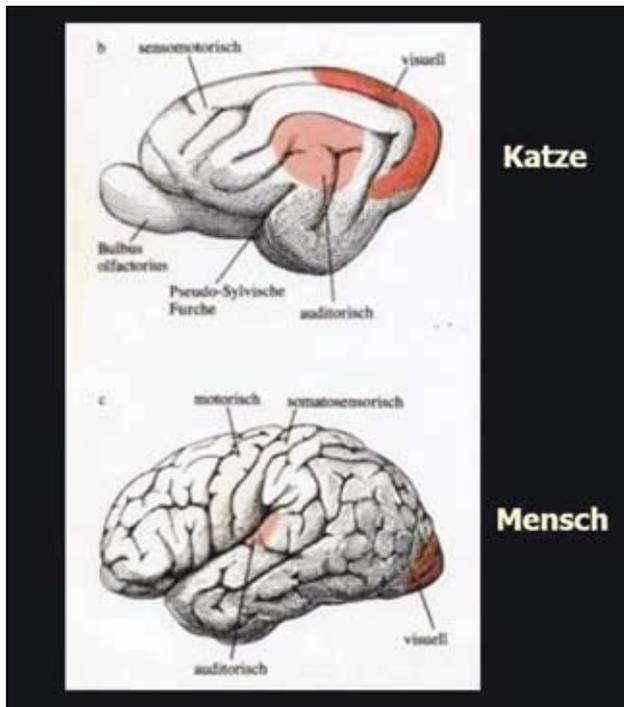
Wenn man das zusammenfasst, ist ein erstes Detailergebnis die besondere Bedeutung des Frontalhirns. Die Funktionen des Frontalhirns stehen maßgeblich für die Bereiche Selbstregulation, Handlungsplanung, Impulskontrolle, Aufmerksamkeitslenkung, Entscheidungsfindung und Emotionsmanagement. Dies sind Fähigkeiten, die im Hinblick auf ADHS von zentraler Bedeutung sind.



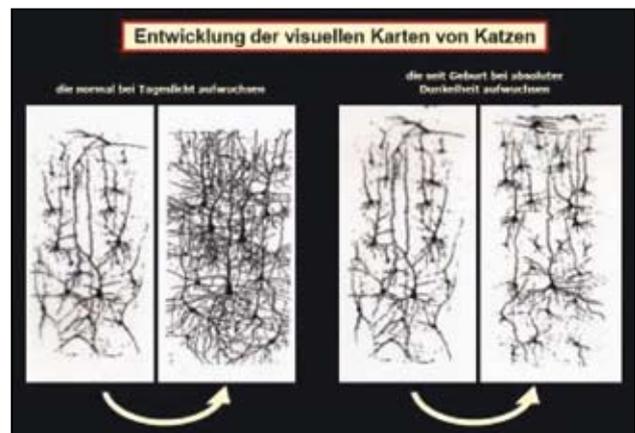
Die nächste Frage lautet: Wie geschieht Lernen? Wie erfolgt denn grundsätzlich der Erwerb von Fähigkeiten? Wenn man eine einzelne Person über einen längeren Zeitraum unter immer gleich bleibenden Bedingungen in vergleichsweise regelmäßigen Abständen in einen Tomographen „schiebt“, dann stellt man in sogenannten Standardsituationen fest, dass die Gehirnentwicklung von einer zunehmenden Funktionsintensität gekennzeichnet ist.

Die Farben sind jetzt bedauerlicherweise genau umgetauscht (das ist ein Bild vom Max-Planck-Institut für Neurologische Forschung in Köln). Blau und violett bedeutet hohe Funktionsintensität, rot und gelb bedeutet geringe Funktionsintensität. Das sich normal entwickelnde Gehirn ist durch eine zunehmende Funktionsintensität gekennzeichnet. Wäre ja auch schade, wenn es nicht so wäre.





des Menschen, so groß wie eine halbe Kokosnuss. Das Interessante ist, dass zumindest bei Wirbel- und Säugetieren die Topographie des Gehirns, also die Gebrauchskartenverteilung, im Wesentlichen identisch ist. Gemeint ist, dass z. B. auch bei der Katze, beim Hund, beim Pferd oder beim Elefanten der Bereich, der z. B. für die visuelle Wahrnehmung zuständig ist, im Hinterhauptsbereich liegt, so wie wir das auch bei dem Klavierspieler gesehen haben.



Schaut man parallel dazu mit dem Elektronenmikroskop ins Gehirn, so stellt man zum Zeitpunkt der Geburt 100 Milliarden Nervenzellen fest. Drei Monate später sind es immer noch 100 Milliarden Nervenzellen. Im sechsten und im fünfzehnten Monat hat sich – und das ist von Bedeutung – nicht die Anzahl der Nervenzellen verändert, sondern die Vernetzung. Welche Rückschlüsse zieht man da raus? Funktionsintensität korreliert mit zunehmender Vernetzungsintensität.

Also ist die entscheidende Frage: Wenn Funktionsintensität mit Fähigkeitserwerb einhergeht, wie kommt es zur Vernetzung? Wenn wir wissen wollen, wie Fähigkeiten in das Gehirn kommen, dann liefert die Beantwortung dieser Frage die Erklärung dafür. Forscher des Max-Planck-Instituts für Neurobiologie in Martinsried haben das schon vor vielen Jahren ermittelt.

Oben sehen Sie das relativ vergrößerte Gehirn einer Katze. Das hat normalerweise die Größe einer halben Mandarine. Unten ist das verkleinerte Gehirn

Was hat man getan? Es ging um die Entwicklung der visuellen Karten von Katzen. Man hat nun in dem Institut in Martinsried Folgendes gemacht: Man hat Katzen genommen und seit der Geburt in absoluter Dunkelheit aufwachsen lassen. Parallel dazu hat man Katzen bei Tageslicht aufwachsen lassen und dann deren Gehirne an genau jener Stelle untersucht, den visuellen Karten (siehe Bild). Ergebnis: Bei jenen Katzen, die bei normalem Tageslicht aufgewachsen sind, entwickelte sich der Bereich, der für die Seh Wahrnehmung zuständig ist, von links nach rechts (siehe linke Bildhälfte). Bei jenen Katzen, die in absoluter Dunkelheit aufgewachsen waren, entwickelte sich der Bereich, der für die Seh Wahrnehmung zuständig ist, aber anders (siehe rechte Bildhälfte).

Das liefert die Antwort auf die Fragen, wann und wodurch es zum Fähigkeitserwerb kommt, zur Manifestation von Fähigkeiten im Gehirn und was



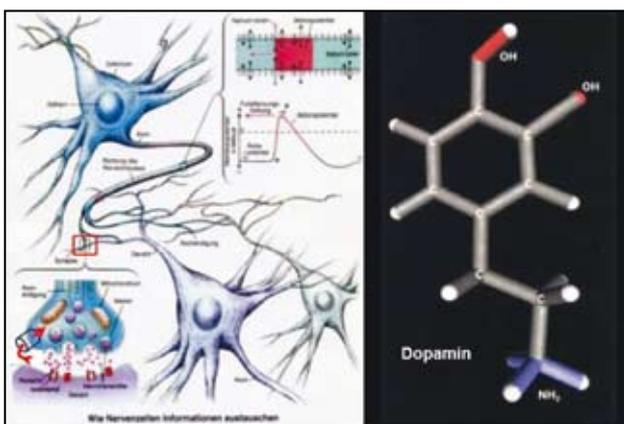


können das bereits. Das Gehirn lernt aus Wenn-dann-Bedingungen.

Der Clou dabei ist, dass dieser Vorgang mit Anstrengung für das Gehirn verbunden war. Genau dieser elaborative Aspekt führt dazu, dass das, was über Elaboration erfahren wurde, besser behalten wird. Auch dies ist hinreichend untersucht worden. Lerntechniken, die das Generieren und Beantworten von Fragen umfassen, z. B. bei der Erfassung eines Textes, führen zu wesentlich besserem Behalten des Textes als nur das Durchlesen. Übrigens auch in der gleichen Zeit.

Wie erfolgt der Erwerb von Fähigkeiten? Immer dann, wenn das Gehirn stimuliert wird, kommt es zum Längenwachstum der Senderdrähte und zum Ausbilden der Andockstellen auf den Empfängerstellen. Die Stimulation führt dazu, dass sich beides aufeinander zu bewegt und es kommt zur Netzwerkbildung. Das heißt, Fähigkeitserwerb und der Erwerb von Kompetenzen hat mit Stimulation zu tun.

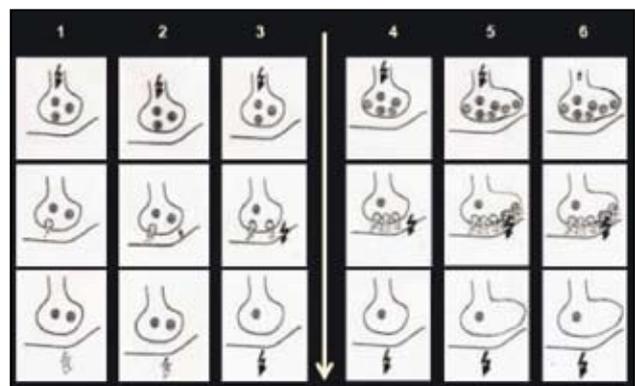
Wie gelingt der Erhalt dieser jetzt gerade erworbenen Fähigkeiten? Da müssen wir noch ein bisschen ans Eingemachte:



Oben sehen Sie das Senderneuron, über dessen Sendedraht der bioelektrische Impuls wandert. Am Ende verzweigt sich dieses und die Enden docken an (übrigens verschiedene) Empfängerneuronen an. Und wenn man sich eine solche Stelle anguckt und

vergrößert, wo der Senderdraht endet und wo er an den Empfängerdraht andockt, dann stellt man fest, dass diese beiden Drähte nicht wie in einem Transistorradio miteinander verlötet sind, sondern auf Abstand stehen. Wie muss man sich vorstellen, wie der Impulsübergang funktioniert? Der Senderimpuls, der über den Senderdraht weiterwandert, führt am Ende des Senderdrahtes dazu, dass Überträgersubstanzen – sogenannte Neurotransmitter – ausgeschüttet werden. Diese Neurotransmitter docken an Rezeptoren an, öffnen durch das Andocken Kanäle, wodurch dann dieser bioelektrische Impuls übergeht. Damit das Gehirn aber nicht ständig für jeden neuen Impuls neue Neurotransmitter produzieren muss, werden diese nach Verwendung wieder aufgenommen, wiederum eingepackt und für den nächsten Impuls stehen sie dann wieder zur Verfügung.

Jetzt zeige ich, wie Lernen funktioniert. Schauen wir uns den Hirnbereich an, der für Sprachverarbeitung zuständig ist:



Beim ersten Durchlesen der Vokabeln – und jetzt gucken wir uns nur das Ende eines Sendedrahtes gegenüberliegend eines Empfängerdrahtes an – verursacht der erste auslösende Impuls ein relativ „mickriges“ Freisetzen von Neurotransmittern und nichts geht herüber. Beim zweiten Durchlesen der Vokabeln ist die Menge der ausgeschütteten Neurotransmitter bereits größer, aber das reicht noch nicht, dass der elektrische Impuls „über die Hürde“ geht. Erst beim dritten Durchlesen der Vokabeln

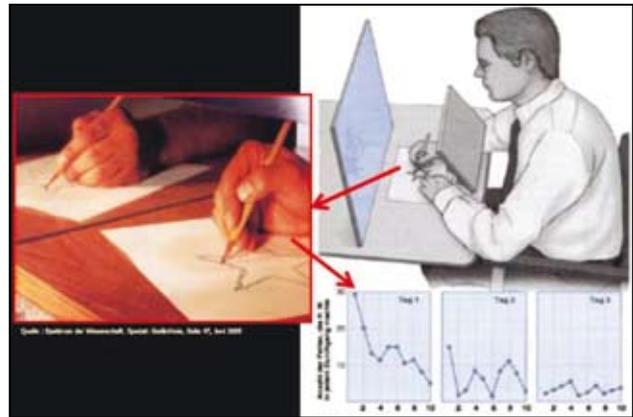


werden so viele Neurotransmitter ausgeschüttet, dass der elektrische Impuls übergehen kann.

Und jetzt erfolgt etwas ganz Interessantes: Wenn das verstärkt erfolgt, dann erhöht sich die Ausschüttungsrate der Neurotransmitter, was zur Folge hat, dass dieser elektrische Impuls leichter herüber geht, weil sich hier die Enden vergrößern. Diese werden tatsächlich breiter. Die Anzahl der ausgeschütteten Neurotransmitter wird so groß, dass am Ende ein geringer auslösender Impuls reicht, um die Reizweiterleitung von einer Nervenzelle zur anderen zu erreichen. Das ist der Punkt, den wir bei unseren Großeltern anstoßen können, indem wir die erste Zeile der ‚Glocke‘ vorsagen, und schon geht die ganze ‚Glocke‘ mit 36 Strophen runter.

Tobias Bonhöffer aus Tübingen sagt: Lernen verändert das Gehirn. Nach dreißig Minuten Vokabellernen sieht das Gehirn des Fünftklässlers anders aus als vorher, weil die Synapsen sich physiologisch verändert haben und die Vernetzung sich intensiviert hat. Übung bedeutet Stärken. Jedes Mal, wenn eine Netzwerkspur benutzt wird, steigt die Leistungsfähigkeit, die Stärke und damit der künftige Zugang mit geringerer Stärke. Die notwendige Aktivationsintensität einer Spur bestimmt also ihre Zugänglichkeit. Die Nutzung einer Spur korreliert mit ihrer Zugänglichkeit, sprich der dann zunehmend weniger erforderlichen Aktivationsintensität zum Herbeiführen der der Nutzung entsprechenden Gedächtnisinhalte.

Dass das so ist, hat vielleicht der eine oder andere von Ihnen noch aus dem Studium in Erinnerung. Das beschreiben die sogenannten Ebbinghaus-Lernkurven. Ebbinghaus hat schon vor 100 Jahren ermittelt, wenn man jemanden, der heute lernt und das morgen abgerufen wird mit einem vergleicht, der heute lernt, morgen wiederholt und das übermorgen abgerufen wird, bei Letzterem die Gedächtniskurve schon etwas höher ist. Das sehen Sie auch an diesem Beispiel:

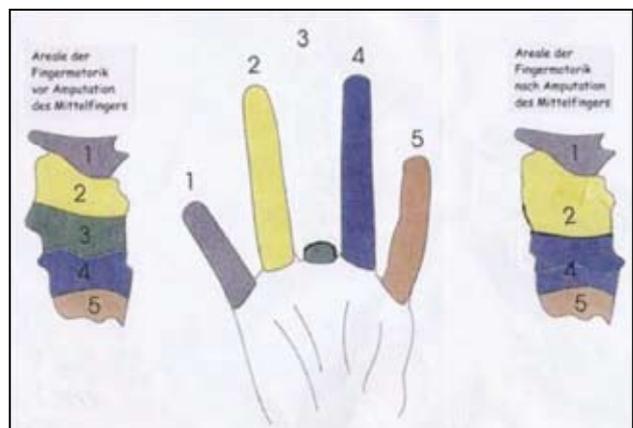
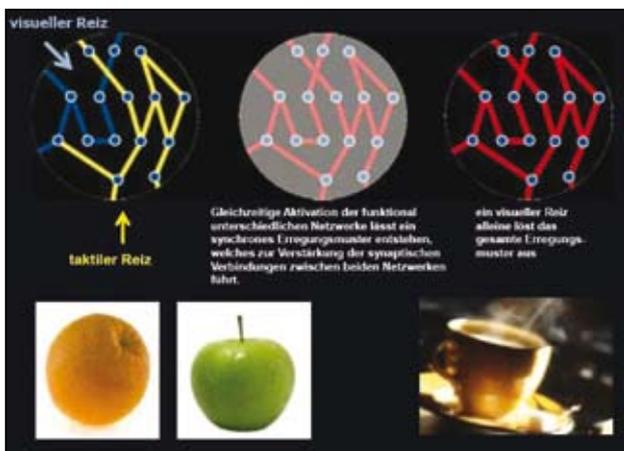


Zwischen zwei ineinander liegenden Sternen muss er eine Linie einbringen, darf aber die Sternlinien nicht berühren. Das Besondere ist, dass er dies nicht machen darf, indem er seine Hand sieht, sondern er sieht seine Hand nur über einen Spiegel. Am ersten Tag macht er 30 Fehler, beim zweiten Durchgang macht er dann 20 Fehler (also berührt die Sternlinie 20 Mal) und Sie sehen, wie am ersten Tag die Fehlerkurve heruntergeht. Am zweiten Tag kann er interessanterweise bereits die erarbeiteten Gedächtnisspuren nutzen, und am dritten Tag sogar noch besser.

Wie gelingen der Erhalt und die Verbesserung von erworbenen Fähigkeiten? Regelmäßiger Input, vermehrte Stimulation eines bestimmten Hirnareals führt sehr schnell und hochgradig zur verbesserten Leitfähigkeit der einzelnen Übergangsstellen, zur Vergrößerung und Vermehrung der Kontaktstellen mit der Folge der Verbesserung, Automatisierung, dauerhaften Stabilisierung der Fähigkeiten, also zum Beherrschen von Erlerntem, zum Langzeitgedächtnis. Die Leitfähigkeit der Netzwerkspuren ist nutzungsabhängig und erfordert für die Zugänglichkeit zu zugehörigen Gedächtnisspuren Aktivationsintensität. Aktivationsintensität stellt die Zugänglichkeit zu Netzwerken sicher, heißt Verfügbarkeit von Gedächtnisinhalten.

Nun ist es aber so, dass wir Wahrnehmung und Impulse nicht nur über einen Kanal ins Gehirn bekommen, das heißt nicht nur durch Sehen, Hören oder Fühlen, sondern in der Regel über mehrere Kanäle.





Beispiel: Wir sehen eine dampfende Kaffeetasse. Das Kleinkind, das noch keine Erfahrung hat, packt diese Kaffeetasse an und stellt fest, es ist eine schmerzhaft Erfahrung. Durch diese Erfahrung vernetzen sich diese beiden Netzwerke. Durch die Synchronisation dieser Erfahrung kommt es zur Gleichschaltung dieser Erregungsmuster mit der Konsequenz, dass künftig bereits der visuelle Reiz – das Sehen des Dampfes an der Kaffeetasse – reicht, um dem Kind zu verdeutlichen: Nicht anfassen, sonst tue ich mir weh!

Denn das taktile Netzwerk wird künftig mit angeschlossen. Gleichzeitiger multikategorialer Input über verschiedene Eingangskanäle stimuliert unterschiedliche Netzwerke und führt zur Integrationsvernetzung.

Was passiert, wenn Areale ausfallen? Was passiert bei einem Schreinermeister, dem der Mittelfinger abhandenkommt?

In dem Bereich des Gehirns, der für die Fingermotorik zuständig ist, sind die Finger vom kleinen Finger bis zum Daumen in diesen Arealen repräsentiert. Wenn man vom motorischen Areal des Schreinermeisters nach dem Verlust seines Mittelfingers Aufnahmen macht, dann stellt man fest, dass der Bereich, der ursprünglich für den Mittelfinger zuständig gewesen ist, von den benachbarten Funktionen übernommen wird. Benachbarte Funktionen nehmen Bereiche ein, die nicht mehr verwendet werden.

Sie erinnern sich vielleicht an die fürchterlichen Aufnahmen am Ende des Ceaușescu-Regimes aus diesen Kinderheimen in Rumänien.





Man hat überlegt, ob die Erfahrungen, die diese Kinder in den Heimen gemacht haben, Auswirkungen auf die neuronalen Netzwerke haben, die für Emotionsmanagement zuständig sind. Und wir haben eben in diesem kurzen Kapitel die Bedeutung des Frontalhirns gesehen. Die Frontalhirnbereiche, besonders die Seitlichen, sind für Emotionsmanagement zuständig.

Wenn man diesen Kindern Videoclips von anderen Kindern gezeigt hat, die geschlagen werden und denen Leid zugefügt wird, und sie mit einer Kontrollgruppe von anderen Kindern gleichen Alters verglichen hat, dann stellt man fest, dass die Netzwerke, die für Emotionsmanagement zuständig sind, bei diesen Kindern überhaupt nicht „anspringen“. Das heißt, das ist genau das Korrelat zu dem, dass diese Kinder nicht in der Lage sind, Emotionsmanagement aufbauen zu können.

Wie gelingen der Erhalt und die Verbesserung von Fähigkeiten? Input- und Stimulationsdeprivation, also ein Mangel, führen zum Abbau synaptischer Kontakte, zum Netzwerkverfall, zur Reduzierung zugeordneter neuronaler Repräsentationsareale, die dann von benachbarten Funktionen eingenommen werden können. Die von einem Netzwerkverfall betroffenen Arealen führen zu einem den Arealen zugehörigen Fähigkeitsverlust.

Ich spreche jetzt über sogenannte „Kerne“ im Ge-

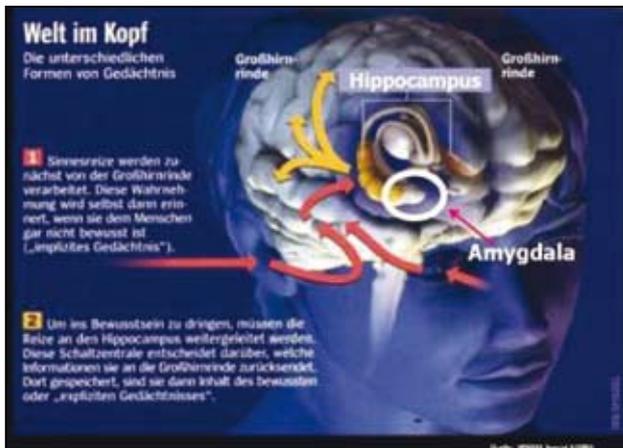
hirn, und zwar über den Nucleus Accumbens, den Hippocampus ganz kurz und das Untere Tegmentum.



Wir werden zunächst einmal über den Lernkiller Angst sprechen. Beim Einspeichern, also bei Lernvorgängen werden immer zwei Bereiche tangiert, und zwar nimmt das, was „reinkommt“, bevor es in der Großhirnrinde letztendlich abgespeichert wird, immer den Weg über den sogenannten Hippocampus und über die Amygdala. Das sind zwei Bereiche, worüber hereinkommende Erfahrungsimpulse immer gehen.

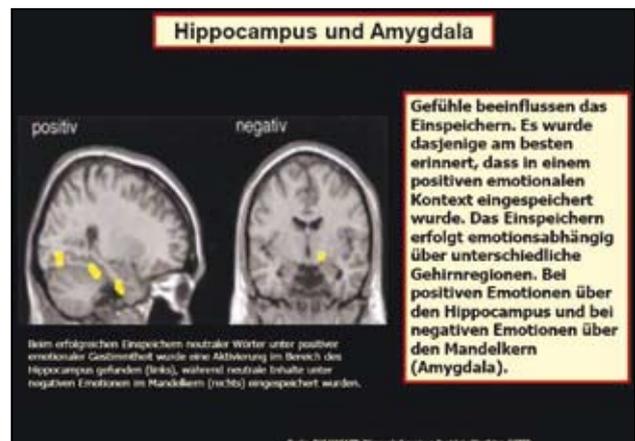
Man stellt fest, wenn man mit Versuchspersonen Gedächtnisspiele macht, z. B. das Lernen von Zahlenreihen oder von Wortlisten, und das unter positiven emotionalen Rahmenbedingungen erfolgen lässt und dies aufnimmt, dass der Hippocampus dabei immer aktiv ist. Gefühle beeinflussen das Einspeichern. Es wird dasjenige am besten erinnert, was in einem positiven emotionalen Kontext gespeichert wurde.





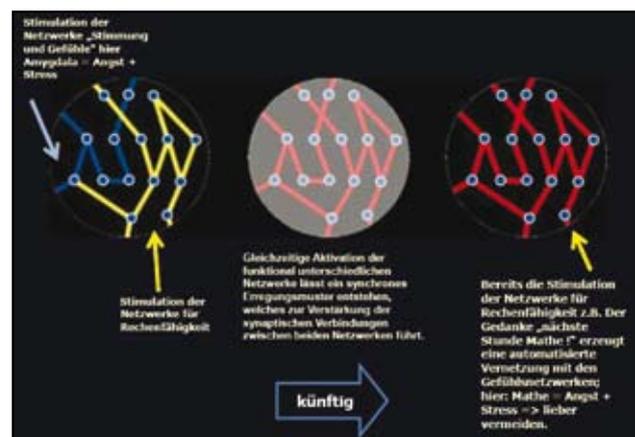
Mathematikunterricht präsent bin, der bei mir die Amygdala anspeist, dann wird alles andere gefördert, nur nicht ein kreativer Denkstil.

Das Einspeichern erfolgt emotionsabhängig. Und bei positiven Emotionen geht es über den Hippocampus.



Nun muss man ja wissen, dass Einspeichern negativer Emotionen durchaus eine Berechtigung hat. Jener Neandertaler, dem genau dieses Teil abhandengekommen war, um das es gleich geht, der hatte eine geringe Überlebenschance, weil Einspeicherungsprozesse, Wahrnehmungsprozesse, die sozusagen über die Amygdala laufen, eine Kaskade auslösen. Sie führen zu einer Erhöhung der Blutfrequenzen, des Blutdrucks, des Muskeltonus. Das heißt, sie verbessern Angst-, Flucht- und Vermeidungsreaktionsbereitschaft. Die Funktion des Mandelkerns: Er enthält assoziative Verknüpfungen zu anderen Bereichen des Körpers, die zum Ausschütten von Wirkstoffen führen, die zur Folge haben, dass der Blutdruck erhöht und der Muskeltonus angespannt wird. Die Konsequenzen der Amygdalaaktivierung stellen uns optimal auf Kampf- und Fluchtsituationen ein. Wenn diese Erfahrung allerdings im Mathematikunterricht gemacht wird, führt das klassischerweise zu einem besonderen kognitiven Denkstil. Denn der Neandertaler ist ja nicht gut damit bedient gewesen, wenn er den Löwen von links sieht, erst einmal kreative Gedankenspiele abspulen zu lassen, anstatt reflexiv nach rechts zu laufen. Das heißt, die Inanspruchnahme der Amygdala erzeugt sozusagen auf Routinen und auf kurze, knappe, reflektionsartige Reaktionen ausgerichtete Denkstile. Wenn ich aber als Schüler in einem

Fassen wir das noch einmal zusammen: Einspeicherung über den Hippocampus: positive Emotionen; Einspeicherung über den Mandelkern: negative Emotionen, die durchaus ihre Berechtigung haben.



Und jetzt wieder: Mathematikunterricht stimuliert die Netzwerke für Rechenfähigkeit. Wenn das aber sozusagen simultan und synchronisiert abläuft, darüber, dass die von der Amygdala gesteuerten Netzwerke „angeworfen“ werden – das heißt näm-



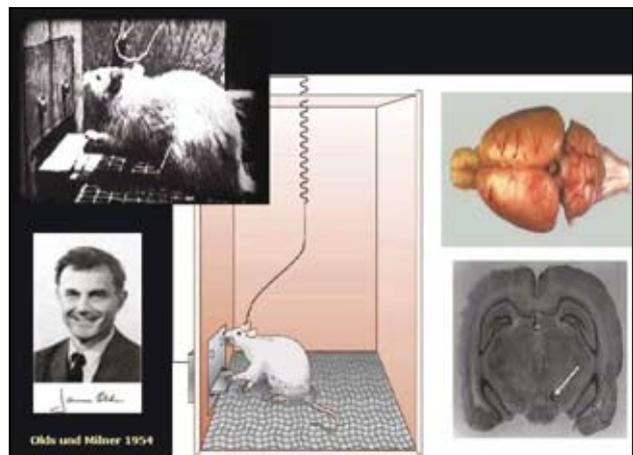
lich die Erzeugung von Angst- und Stresssituationen – wenn diese beiden Netzwerke sozusagen erlernt synchronisiert werden, dann verknüpfen sich zwischen diesen beiden Netzwerken die Synapsen und das heißt künftig, bereits die Stimulation des Mathenetzes – bereits der Gedanke an die nächste Mathestunde – erzeugt das parallel synchronisierte Amygdala-Netzwerk mit der Folge von Angst, Stress und Vermeidung.

Erfahrungen und Lerninhalte werden emotionsabhängig lokal unterschiedlich im Gehirn abgespeichert. Unter positiven Emotionen erfolgt die Abspeicherung über den Hippocampus. Das so Erlernte ist künftig problemlos abrufbar. Unter negativen Emotionen (Angst) erfolgt die Abspeicherung über die Amygdala, die für die Konditionierung auf Angst-, Stress- und Furchtsituationen zuständig ist. Mit anderen Worten: So Erlerntes reaktiviert bei Abruf automatisch die erlebte Angst-, Stress- und Furchtsituation und programmiert dadurch unweigerlich Vermeidungshaltung. Im schlimmsten Fall – bei dauerhaftem Stress – wird das für Normal-Gedächtnisbildung unverzichtbare System Hippocampus substanziiell zerstört – es kommt zum Verlust von bereits Erlerntem.

Was ich Ihnen für den heutigen Vortrag wegen der Kürze der Zeit herausgenommen habe: Es ist sogar so, dass – jetzt müsste man eigentlich das Anfangsbild noch einmal zeigen – das Stresshormon Kortison mit den Neuronen im Hippocampus in Verbindung gebracht dazu führt, dass die Neuronen im Hippocampus – also das, was für die positive Einspeicherung erforderlich ist – regelrecht aufgelöst werden. Und das ist der Übergang zur dauerhaften Angststörung und zur Depression.

Lernturbo Erfolg: James Olds und Peter Milner haben sich schon vor 50 Jahren gefragt, ob es im Gehirn ein Suchtzentrum gibt. Olds hatte die Idee, dass es das Suchtzentrum ist, was sich immer wieder selbst „ankurbeln“ möchte. Was haben beide gemacht? Sie haben feine Elektroden ins Hirn einer Ratte geschoben, wie man das heute in operativen Vorbereitungen z. B. bei Epilepsie auch macht, um herauszufinden, welche Funktion der Hirnbereich hat, in den

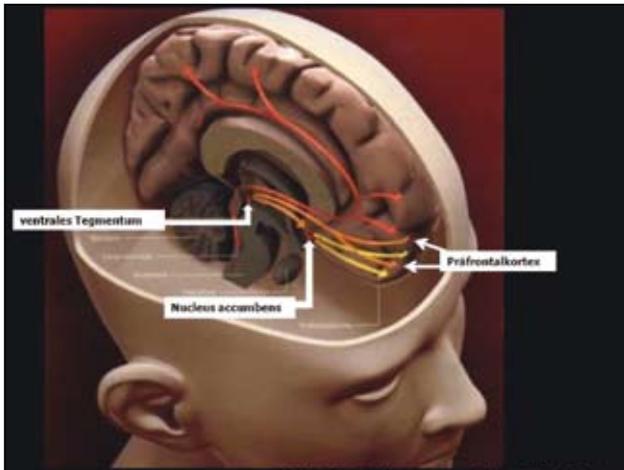
die Elektrode hineingesteckt wird. Wenn man den Bereich mit feinen elektrischen Impulsen stimuliert und etwa die Hand sich bewegt, dann weiß man, dass der Bereich, in den hineingestochen wurde, für die Motorik der Hand zuständig ist.



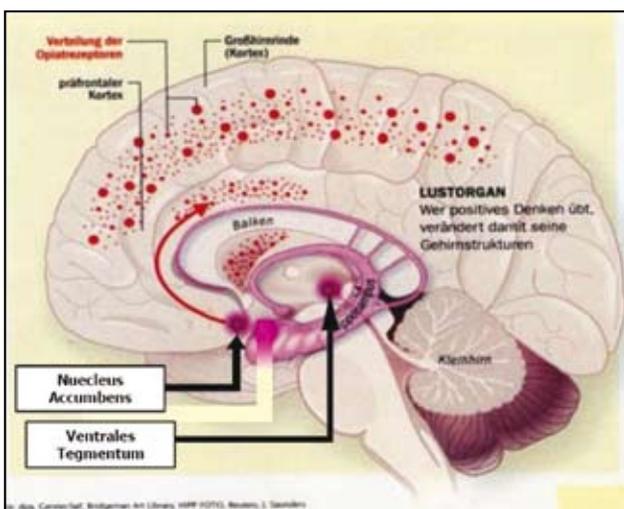
Olds und Milner haben schließlich Folgendes gemacht: Sie haben Elektroden in das Gehirn einer Ratte geschoben und über einen elektrischen Draht verbunden, den die Ratte selbst stimulieren konnte. Und sie haben dabei eine Stelle herausgefunden, bei dem die Ratte nicht mehr nachließ, sich selbst zu stimulieren, solange dort die Elektrode war. Die Ratte hat nicht mehr geschlafen, sie hat nicht mehr gegessen, sie hatte keinen Sex mit Geschlechtspartnern und so weiter. Sie stimulierte sich nur noch selbst.

Ergebnis: Dies ist das Suchtzentrum, das Belohnungszentrum des Gehirns. Und diese Stelle, an der sie hineingestochen haben, das ist der sogenannte Nucleus Accumbens.





Wenn sich jemand anstrengt, fährt die Aktivität der Neuronen im ventralen Tegmentum, wo eine intensivere Ansammlung von Neuronen, also Nervenzellen sind, hoch und produziert Dopamin. Diese Überträgersubstanz wird einerseits über Senderkabel vorne ins Frontalhirn übertragen. Wenn Dopamin ins Frontalhirn übertragen wird, dann werden die Funktionen des Frontalhirns „angeworfen“: eine verbesserte Aufmerksamkeitslenkung, eine verbesserte Handlungsplanung, eine verbesserte Emotionsregulation et cetera.



Ferner haben wir außerdem von diesen Neuronen

des Ventralen Tegmentums Ausläufer, die an den Nucleus Accumbens gelangen. Sie stoßen also die Neuronen des Nucleus Accumbens mit dem Dopamin an und die wiederum veranlassen das Ausschütten hirneigener Opiate, sogenannte Endorphine, die an den Opiatrezeptoren am gesamten Kortex, also in der gesamten Großhirnrinde andocken, aber nur unter einer Bedingung: Wenn in der Situation, wo das Dopamin hier ausgeschüttet wird, etwas passiert, was besser ist, als erwartet. Der Neandertaler schleicht durch die rheinische Tiefebene, hat Hunger und ist auf Walderdbeeren programmiert. Weil er Hunger hat, strengt er sich an und sucht sie. Mit anderen Worten: Sein Ventrales Tegmentum fährt die Produktion von Dopamin hoch. Das führt dazu, dass sein Frontalhirn mit Dopamin versorgt wird. Heißt, er ist aufmerksam, kann sich besser konzentrieren und guckt genauer hin, wo die Walderdbeeren sind. Ferner verbessert das seine Handlungsregulation, weil das Frontalhirn für dies zuständig ist. Das bedeutet, er sucht dort nach, wo er sie vormals gefunden hat. Schließlich wird auch der Nucleus Accumbens mit Dopamin angesteuert. Jetzt hat er die Stelle gefunden und greift diesmal zufällig nicht wie bisher die grünen Walderdbeeren sondern erstmalig die Roten. Und dies ist besser erwartet. Das ist der Kick, da werden die Endorphine ausgeschüttet. Mit welcher Folge künftig?: „Nur noch rote Walderdbeeren.“

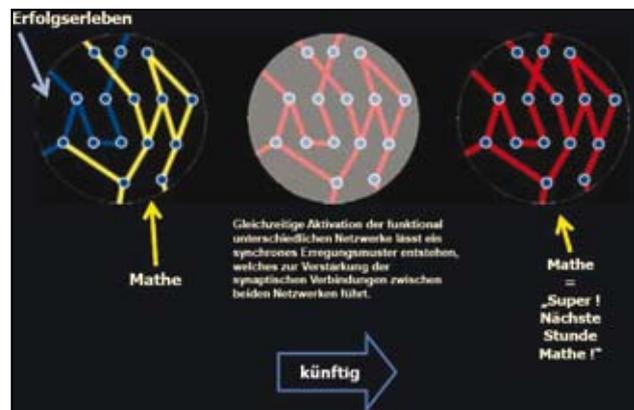
Anderes Beispiel: Lisa ist in Mathe nicht sonderlich gut. Der Mathelehrer sagt immer: ‚Lisa, vergiss das mit der Mathematik, Du schaffst das nie!‘ Die Mutter sagt ihr: ‚Streng dich an! Gib dir Mühe!‘ Das heißt, das Ventrale Tegmentum fährt hoch, aber in der Mathestunde klappt es nicht, weil der Mathelehrer sagt, dass sie es nie schafft. Es ist eben nicht besser als erwartet. Jetzt wechselt Lisa die Klasse und hat einen neuen Mathematiklehrer. Die Mutter sagt: ‚Lisa, das ist deine Chance! Streng dich an!‘ Lisa strengt sich an, das Ventrale Tegmentum schüttet Dopamin aus und versorgt das Frontalhirn. Das heißt, sie kann sich besser auf die Aufgabenstellung konzentrieren, hat besser den Rechenablauf im Kopf und der Nucleus Accumbens wird angesteuert. Und jetzt kommt der neue Mathelehrer und sagt: ‚Lisa, das ist ja toll, was du schon geschafft hast! Das



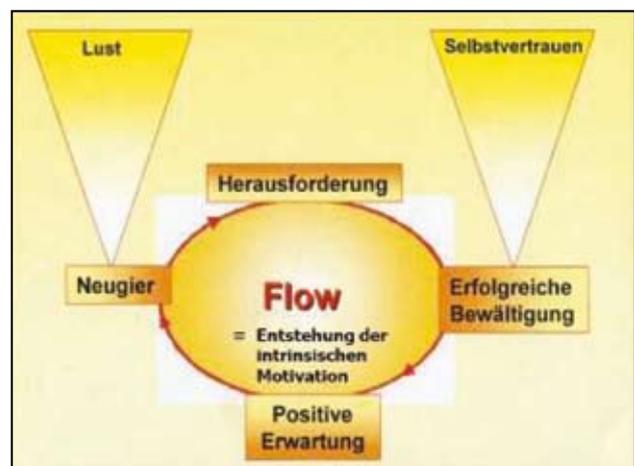
kriegen wir beide doch hin!' Ergebnis: „Besser als erwartet.“ Und das ist der Kick.

Herausfordernde – nicht über- oder unterfordernde – Problemstellungen aktivieren die Neuronen im Ventralen Tegmentum. Eltern, die ihren Kindern alles glätten und abnehmen, alle Probleme aus dem Wege räumen, erzeugen „Suchtstrukturen“. Und zwar nicht nach Problembewältigung, sondern nach anderen Dingen. Bei Kindern, denen die Eltern alle Probleme planieren, kann das Ventrale Tegmentum ja nicht „hochgehen“, und dann bleibt auch die weitere Kaskade aus. In der Folge überfluten die Axone dieser Neuronen das Frontalhirn mit Dopamin. Konsequenz: Aktivierung der Frontalhirnfunktionen, verbesserte Steuerung der Selbstregulations-, Instruktions-, Organisations- sowie Aufmerksamkeitslenkung und des Emotionsmanagements. Das heißt, in Lernsituationen eine konstruktive Überwindung von Problemphasen ohne auszuflippen und ohne auszubrechen. Parallel dazu überfluten die Axone des Ventralen Tegmentums den Nucleus Accumbens mit Dopamin.

Das alles geht aber nur, wenn Anstrengung vorausgegangen ist. Wenn nunmehr nach erfolgreicher Überwindung von Schwierigkeiten sich der Erfolg in dem Problemlösungsprozess einstellt, verursacht dies, dass der Nucleus Accumbens mit Dopamin überflutet wird. Wenn sich also nach Überwindung über Schwierigkeiten der Erfolg der Problemlösung einstellt, verursacht über die Projektion des Nucleus Accumbens Neurone, die Produktion und das Ausschütten kortikaler endogener Opiate, Endorphine. Das ist der Kick. Das ist der Aha-Effekt, das ist das Erfolgserlebnis. Dies hat eine Verstärkung. Das ist der Kreislauf, der intrinsischen Motivation: local of success inside. Das ist die Feststellung: Ich bekomme es „gebacken“. Übrigens haben Schumi, Ackermann, Boris Becker local of success inside. Sie beziehen Erfolge und positive Erlebnisse auf sich.



Was ist das Besondere für Lisa? Mathematik: Erfolgserleben. Und die Synchronisation dieser beiden Netzwerke führt zu einer Verstärkung der Synapsen zwischen diesen beiden Netzwerken und das bedeutet, wenn Lisa jetzt im Stundenplan Mathe sieht, freut sie sich auf Mathe. Und das ist genau die Entstehung der intrinsischen Motivation.



Aber – das haben Sie ja an dieser Lernkurve schon gesehen – da brauchen wir dann eben die Kollegen mit der Pädagogik des langen Atems, die, wenn sie ein fehlerhaftes Programm zurückfahren wollen, durch Stimulationsdeprivation diese Kontakte ja erst einmal lösen müssen. Das heißt, wenn im Kollegium noch einer ist, der dann dem Mädchen vermittelt: ‚Du kannst das doch nicht‘, obwohl sie als Lehrer



eher sagen sollte: ‚Du schaffst das. Wir kriegen das hin‘. Also, lernen durch Antrieb, Aufbau intrinsischer Motivation immer dann, wenn Handeln und Verhalten von innerem Antrieb geleitet ist.

Letzter Punkt, und dann fassen wir das zusammen: Wie wichtig sind Vorbilder? Universität Parma, 1997. Vittorio Gallese untersuchte Makaken und hat ihnen Sonden ins Gehirn eingesteckt. Er will herausfinden, wo im Gehirn die Greifbewegungen sind, und zwar sehr genau. Wo finden Greifbewegungen statt?



Gallese mit einer Makake. Diese mögen gerne Paranüsse. Gallese reicht ihm einen Teller mit Paranüssen. Der Makake greift. Ergebnis: Im Hirn funkt es. Zweitens: Der Makake macht nichts. Gallese macht auch nichts. Nichts funkt. Drittens: Da ist der Tisch mit den Paranüssen. Der Makake macht nichts, der Gallese macht auch nichts. Nichts funkt. Dann war Laborpause. Gallese hat aber vergessen das Aufzeichnungsgerät abzuschalten und Gallese isst selbst gerne eine Paranuss. Und siehe da, der Affe funkt. Darf ja gar nicht sein, oder? Und weil das nicht sein dürfe, geht Gallese hin und sagt: Wenn das so ist, dann stelle ich jetzt einen Sichtschutz davor. Gallese greift auch dann in die Paranüsse: Der Affe funkt. Schließlich und endlich schiebt er dann den Tisch weg und greift hinter den Sichtschutz: Der Affe funkt nicht. Was lernen wir daraus? Das Hirn erzeugt in einer bestimmten Gegend nicht nur dann Aktivität,

wenn diese Gegend durch „Selbermachen“ aktiviert wird, sondern: Bereits Wahrnehmung und Beobachtung aktiviert in unserem Gehirn die zugeordneten kortikalen Bereiche. Das sind die zugehörigen Spiegelneuronen.

Wenn wir über das Einführen von Regeln sprechen, dann ist das nicht ein Problem der Kinder, sondern ein Problem der erwachsenen Bezugspersonen, das Umfeld des Kindes so zu gestalten, dass das Hirn des Kindes so stimuliert wird, dass die Stimulation passend zu dem ist, was ich vom Kind über die Regel eigentlich erwarte. Dass das übrigens so ist, dass weiß jeder von Ihnen. Jeder der ein Kind hat, und schon einmal ein Kind gefüttert hat weiß, dass man das so macht. Was wollen Sie denn einem Zweijährigen auch erklären? Oder einem Einjährigen? Einem Halbjährigen? „Mach den Mund auf!“ Das Konzept der Aktivierung von Spiegelneuronen ist genetisch disponiert. Sie reichen den Löffel und öffnen dabei den eigenen Mund!



Stanley Greenspan aus San Francisco macht das mit Vorliebe für Kinder, die gerade drei bis vier Tage alt sind. Und die machen irgendwelche Faxen nach. Also auch Vorbilder erzeugen genau das, was wir gesehen haben. Ein Mangel an Vorbild / Input führt dann eben nicht zu Vernetzungsintensivierung. Und intensive Vorbilder – bereits Wahrnehmung und Beobachtung von Fremdvorgängen – aktivieren



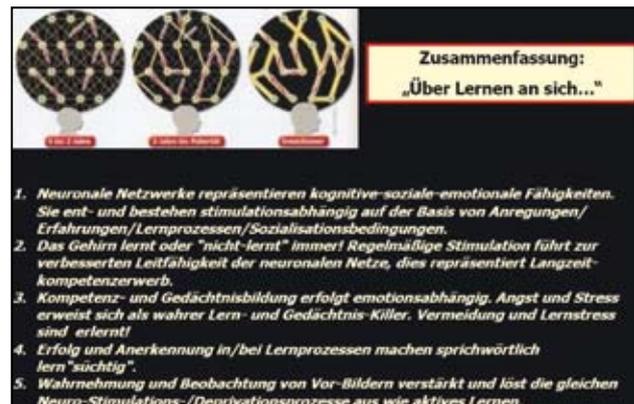
in unserem Gehirn die diesem Vorgang zugeordneten corticalen Bereiche und tragen in der Folge zu Netzwerkbildung und Netzwerkverstärkung und verbesserter synaptischer Leitfähigkeit bei. Fehlende Vorbilder verhindern genau dies.



Interessant: Wenn man einem Baby etwas vorliest, dann ist das Besondere, dass bei dem Baby nicht nur der Bereich aufflackert, der für die Hörwahrnehmung zuständig ist, sondern dass auch der Bereich, der für die Sprachwahrnehmung und Sprachproduktion zuständig ist, aufflackert. Vorlesen führt zum Erwerb des Sprechen-Könnens. Das kann man nicht deutlich genug sagen.

Wenn Kleinkinder einen Mangel an Vorlesen erfahren, dann hat das auch etwas mit Sprachproduktions-Entwicklungsstörung zu tun. In der Kürze der Zeit kann ich Ihnen nicht alle Folien zeigen, aber es gibt Möglichkeiten, die Anzahl der Synapsen, das heißt also der Anzahl der Kontaktstellen zu messen. Das kann man bereits im Mutterleib. Und dann stellen Sie fest, dass diese Kurve vom Zeitpunkt der Empfängnis bis zum Zeitpunkt der Geburt bereits relativ hoch ist. Das heißt also fünfzig Prozent aller synaptischen Verbindungen sind vorgeburtlich. Dies bedeutet, dass diese synaptischen Verbindungen natürlich auch Interaktionserfahrungen zwischen der Mutter und dem Ungeborenen speichern; natürlich auch Eigene. Jedes Mal, wenn sich das Baby bewegt

und dreht, führt das zu einer verbesserten synaptischen Verstärkung in der motorischen Rinde.



Zusammengefasst: Neuronale Netzwerke repräsentieren kognitive, soziale und emotionale Fähigkeiten. Sie entstehen und bestehen stimulationsabhängig auf der Basis von Anstrengung, Erfahrung, Lernprozessen, Sozialisationsbedingungen. Das Gehirn lernt oder lernt nicht immer. Man kann ein Gehirn nicht wegschalten. Das gilt übrigens auch für Komapatienten. Man kann Aufnahmen von Komapatienten machen, die zeigen, dass sie wahrnehmen, wenn man mit ihnen redet, ob jemand danebensitzt oder nicht danebensitzt. Kompetenz- und Gedächtnisbildung erfolgt emotionsabhängig. Angst und Stress erweisen sich als wahre Lern- und Gedächtniskiller. Erfolg und Anstrengung bei Lernprozessen machen sprichwörtlich lernsüchtig und dann auch noch das Lernen am Vorbild.

Was unterscheidet das ADS-Gehirn vom Nicht-ADS-Gehirn? Wir erinnern uns, dass das Frontalhirn zuständig für Selbstregulation, Handlungsplanung, Impulskontrolle et cetera war. Wir hatten gesagt, dass man dem Hirn beim Denken zusehen kann. Und das hat Alan Zametkin aus New York sich bereits Mitte der Neunziger Jahre zu Nutze gemacht. Zametkin hat eine Gruppe mit fünfunddreißig Fünfzehnjährigen mit ADS und fünfunddreißig Fünfzehnjährigen ohne ADS untersucht. Alle hatten das gleiche Alter, gleiche soziometrische Daten, den gleichen IQ et

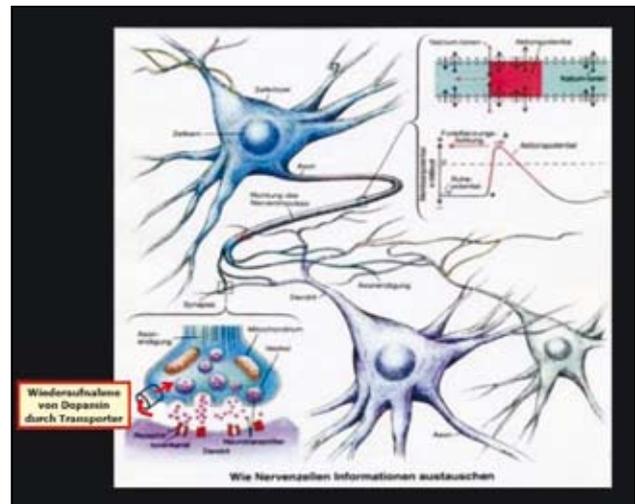


cetera. Der einzige Unterschied war, dass die eine Gruppe ADSler waren, und die andere Nicht-ADSler. Zametkin hat mit ihnen in der CT-Röhre Tests gemacht. Darin hat er eine raffinierte Spiegeloptik eingebaut.

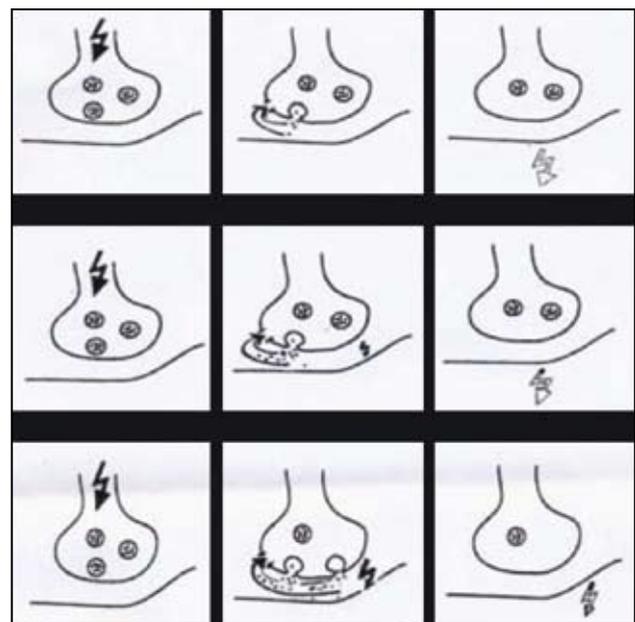


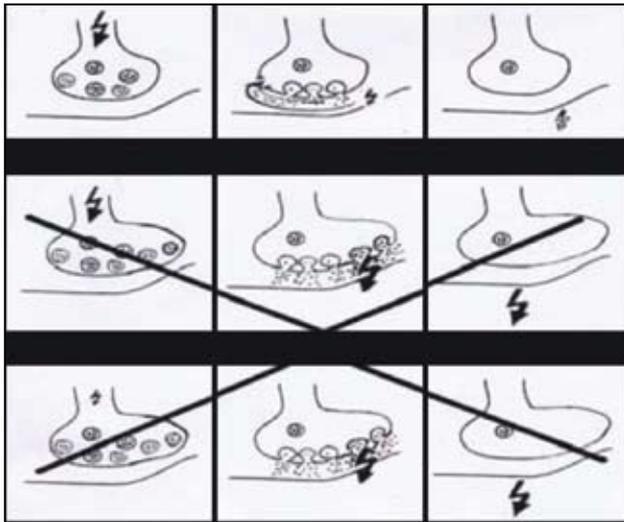
Hier ein Ausschnitt aus dem Dortmunder Aufmerksamkeitstest, der einprojiziert wird. Wer von den Sechsen ist mit dem oben identisch? Dies gehört z. B. in den Diagnoseprozess von ADHS. Zametkin machte nun mit der Gruppe der ADSler und der Nicht-ADSler diese Tests und dabei im CT die Hirnaufnahmen. Und dann stellt man fest, dass die typische Aufnahme des Frontalhirns der Nicht-ADSler wie unten aussieht und die typische Aufnahme des Frontalhirns der ADSler wie oben aussieht. Wie zu sehen, haben wir einen signifikanten Mangel an Funktionsintensität im Frontalhirn in der ADS-Gruppe, heißt, in den Bereichen, die für Aufmerksamkeitslenkung, Handlungsplanung, Emotionsmanagement und Selbstregulation zuständig sind. ADS ist folglich nichts anderes als ein Mangel an Funktionsintensität in genau dem Bereich des Gehirns, der für Aufmerksamkeitslenkung, Handlungsplanung, Impulskontrolle etc., kurz dem Frontalhirn zuständig ist.

Was steckt dahinter? Warum haben wir einen Mangel an Funktionsintensität?



Da ist oben die Senderzelle, unten die Empfängerzelle. Der Impulsübergang geht über den synaptischen Spalt durch die Ausschüttung der Neurotransmitter, die wieder aufgenommen werden. Und im ADS-Gehirn ist (nur) der Bereich, der mit Dopamin gesteuert wird, gestört. Welche Störung liegt da vor?





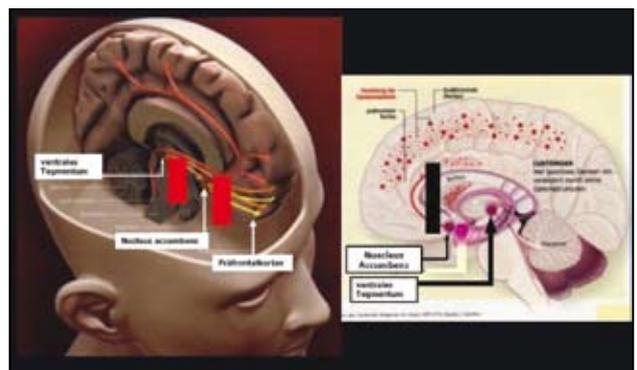
Viertes Beispiel: Hier sehen Sie es noch einmal deutlich: Obwohl mehr ausgeschüttet werden, führt es nicht zur Reizweiterleitung. Und wenn es nicht zur Reizweiterleitung führt, dann kann sich auch nicht die Vergrößerung der Synapsen herausbilden.

Mit anderen Worten: Die Benutzung von Netzwerkspuren führt bei ADHS in den dopaminwirksamen Kortextbereichen, z. B. dem Frontalhirn, nicht zu einer adäquaten Verbesserung der Leitfähigkeit. Deshalb nicht, weil der Dopamin-„Staubsauger“ die Transmitter vorher wieder aufnimmt. Und jetzt kann man sich schnell erklären, warum alles andere, was dopamingesteuert ist, bei den ADSlern auch „aus den Fugen“ gerät. Erstens: Angst als Lernkiller. Da muss man feststellen, dass eine häufige Unterrichtssituation bei ADS genau diese Stress geprägte Situation ist, und die führt zu ständigem Stress, angstbesetztem Lernen und in der Folge zu emotional negativ besetzter, im schlimmsten Fall Verhinderung von Gedächtnisbildung und Vermeidungshaltung. Wer eben trotz Lernens seine Dinge nicht ins Hirn kriegt; wo Ergebnislosigkeit persistiert, der hat in der Folge ganz häufig mit Stresssituationen zu tun. Und. Normalerweise sprechen wir von 8,5 Prozent im Bevölkerungsschnitt, die mit Angststörungen belegt sind. Unter den ADSlern haben wir einen

Prozentsatz von zwanzig Prozent.

Auch das Profitieren von Erfolgszyklen ist für Kinder mit ADHS kaum möglich, weil diese Prozesse vom Ventralen Tegmentum zum Nucleus Accumbens und vom Ventralen Tegmentum zum Frontalhirn und schließlich vom Nucleus Accumbens zur Opiatausschüttung stets dopamingesteuert sind. Also klappt eben auch das Ausschütten der Endorphine nicht. Die dysfunktionale Dopaminverfügbarkeit im Ventralen Tegmentum kennzeichnet die enormen Anpassungsprobleme im Umgang mit nicht hundertprozentig adaptiven kognitiven und/oder methodischen Anforderungen.

Wenn wir als Lehrer von Anpassungsproblemen sprechen, meinen wir, dass er oder sie nicht so lernt wie das Gros der Klasse. Das kann der ADHSler auch nicht, weil die Vernetzungsmaschinerie bei ihm oder ihr eingeschränkt ist. Es fehlt eine funktionswirksame Dopaminversorgung des Frontalhirns. Ferner wird auch der Nucleus Accumbens nicht „hochgefahren“ und am Ende kommt es eben nicht zu den förderlichen Erfolgsprozessen. Und wir haben eine Entstehung intrinsischer Motivationsblockaden bei ADS, also Vermeidung.

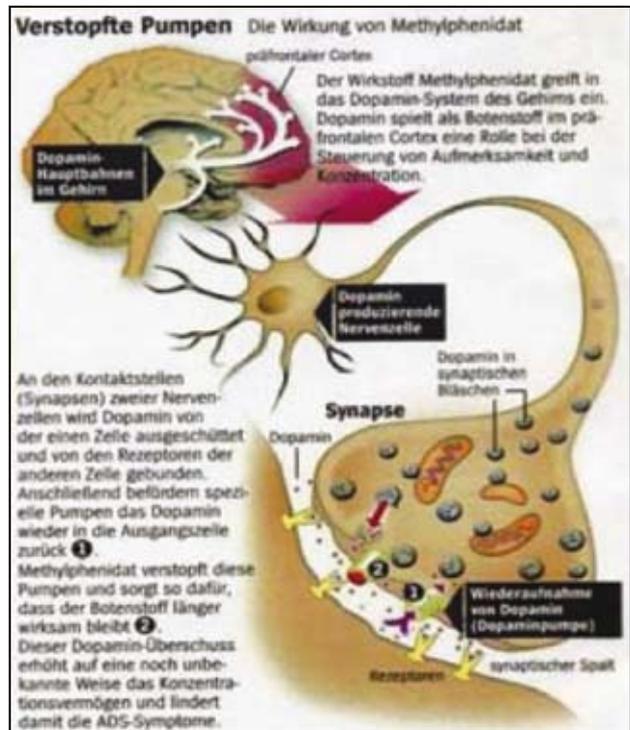


Wir haben ferner einen Mangel des Lernens aus Vorbildern und zwar in jenen Bereichen, die dopamingesteuert sind. Vorbilder, die darauf ausgerichtet sind, Aufmerksamkeitslenkung oder Selbstinstruktion zu fördern, sind in ihrer Wirksamkeit eingeschränkt.





Vielleicht ist hier folgender Punkt wichtig: Die medikamentöse Therapie gibt Voraussetzungen dafür (nicht mehr und nicht weniger!), dass das ADS-Gehirn so arbeiten kann, wie ein Nicht-ADS-Gehirn. Das heißt, dass auch das Methylphenidat im Hirn nicht den Hebel umlegt. Sondern es eröffnet ein Fenster, ab wann das ADS-Gehirn normal lernen kann. Wenn in diesen Phasen eben kein Input und keine Stimulation erfolgt, die zur Verbesserung von Aufmerksamkeitslenkung und Handlungsregulation beitragen, dann nützt auch das „Abfüllen“ mit Ritalin etc. nichts. Um das noch einmal ganz deutlich zu sagen: Methylphenidat ermöglicht die Voraussetzungen, dass etwas passiert, löst aber als solches überhaupt nichts.



Sondern genau dann sind wir als Psychologen und Pädagogen gefordert. Um Emotionsmanagement zu fördern, brauchen wir Beziehung, Beziehung und noch einmal Beziehung. Der frontale Teil des Gehirns ist zuständig für Selbstregulation. Also braucht es einen Input an Struktur und Klarheit: Regeln und Rituale. Und dabei sind wir als erwachsene Bezugspersonen extrem wichtig.

Wie kann man das vermitteln? Ich sage auf Elternvorträgen: Z. B. über Gesellschaftsspiele, über das Erlernen eines Instrumentes, weil das Instrument Regeln und Rituale und Aufmerksamkeitslenkung vermittelt und für Erfolgserlebnisse und Emotionsmanagement sorgt. Oder über Sport. Unsere Schüler machen genau dies hier:





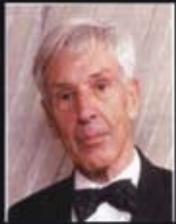
Das sind Aufnahmen, wo unsere Schüler am Kletterturm arbeiten. Das heißt auch, dass dort jene Kinder einmal brillieren, die eben einen Mangel an Impulskontrolle haben.

Das Gehirn lernt in Wenn-dann-Regeln:



Wenn das Kind morgens durch diesen Eingang geht, lernt das Kind: Wenn ich zur Schule komme, beginnt die Sauerei. Hartmut von Hentig spricht von dem Heimlichen Lehrplan.

**Pädagogik als Leben**



Hartmut von Hentig spricht vom „heimlichen Lehrplan in den Schulen“

- Lehrer, die ihren Unterricht gehäuft unpünktlich beginnen, vermitteln: *Zeitliche Vereinbarungen sind unwichtig.*
- Lehrer, die bisweilen unvorbereitet in den Unterricht gehen, vermitteln: *Unterricht ist unwichtig.*
- Lehrer, die Hausaufgaben nur zu 50% nachsehen, vermitteln: *Hausaufgaben sind unwichtig.*
- Ein Kind, das ständig kritisiert wird, erlernt *Unfähigkeit.*
- Ein Kind, das von Lehrern vor der Klasse beschämt wird, erlernt *Minderwertigkeit.*
- Ein Kind, das ermutigt wird, erlernt *Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten.*
- Ein Kind, dem mit Toleranz begegnet wird, erlernt *Geduld und Ertragen von Frustrationen.*
- Ein Kind, das gelobt wird, erlernt *Selbstwirksamkeit.*
- Ein Kind, das Ehrlichkeit erlebt, erlernt *Gerechtigkeit.*
- Ein Kind, das Anwesenheit und Rückhalt erfährt, erlernt *Zutrauen.*

Gemeint ist, dass Kinder in der Schule mehr als die Binomischen Formeln, Zeitenbildung in der Indirekten Rede etc. lernen. Sie lernen auch über die Spiegelneuronen, nämlich: Über Lehrer, die ihren Unterricht gehäuft unpünktlich beginnen: Zeitliche Vereinbarungen sind sekundär! Über Lehrer, die bisweilen unvorbereitet in den Unterricht gehen: Unterricht ist unwichtig! Über Lehrer, die Hausaufgaben nicht nachsehen (und das passiert laut PISA-Studie in Deutschland zu 49%): Hausaufgaben sind obsolet! Ein Kind, das ständig kritisiert wird, erlernt Unfähigkeit. Stress und Vermeidung im Mathematikunterricht sind erlernt. Kein Kind braucht Stress und Vermeidung in irgendeinem Unterrichtsfeld. Diese sind oft erlernt. Die Systematik der Amygdala im Schulunterricht ist erlernt. Ein Kind, das von Lehrern in der Klasse beschämt wird, erlernt Minderwertigkeit. Ein Kind, das ermutigt wird, erlernt Zutrauen. Ein Kind, welchem mit Toleranz begegnet wird, erlernt Geduld und das Ertragen von Frustrationen. Ein Kind, das gelobt wird, erlernt Selbstwirksamkeit und so weiter.

Das heißt, im Hinblick auf die Frontalhirn-Dysfunktionen ist damit klar, wie Lernen für ADSler zu laufen hat: Regelmäßige, immer wiederkehrende, verlässliche, strukturierte Handlungsabläufe; positive, stabile, zuverlässige, berechenbare, Gefühls- und Emotionserfahrungen, weil das Emotionsmanagement hier liegt; kontinuierliche, regelmäßige Rahmenbedingungen der Aufmerksamkeitsförderung



und Förderung des Durchhaltevermögens.



Wenn dies alles so ist, dann stimmt genau dieser Satz, den die Leiterin der Finnischen PISA-Studie, Pirjo Linnakylä, gesagt hat: „Man muss seinen Unterricht so ändern, dass er zu den Fähigkeiten und Interessen der Kinder passt.“ Und das heißt im Ergebnis, dass nicht das ADS das Problem ist, sondern sehr entscheidend ist, wie wir damit umgehen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Vielen herzlichen Dank, Herr Dr. Biegert! Sie haben das Hirn des Auditoriums beansprucht, aber wie Sie merken, sind alle sehr aufmerksam gewesen und ich glaube, dass auch gerade der Applaus zeigt, wie interessant Ihre Ausführungen waren. Wir werden heute Nachmittag sicherlich in der Podiumsrunde auch noch das eine oder andere hören, was es letztendlich in der Konsequenz für den pädagogischen Alltag bedeutet, denn das ist ja auch eine zentrale Frage des Tages.



# Wegschließen - Lösung oder Hilflosigkeit

## Andrea Dittmann-Dornauf

Ich begrüße jetzt ganz herzlich Herrn Prof. Dr. Michael Lindenberg von der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit und Diakonie – vielen sicher auch unter dem Stichwort ‚Raues Haus‘ bekannt. Er ist dort Rektor, kommt ursprünglich aus der Sozialen Arbeit, wo er als Bewährungshelfer tätig gewesen ist, hat dann später Kriminologie studiert und lehrt nun schon lange im Bereich Soziologie, Kriminologie und Organisationsformen Sozialer Arbeit. Wir werden etwas zum Thema ‚Wegschließen – Lösung oder Hilflosigkeit‘ hören, das heißt, wir werden jetzt stärker als davor auf die Handlungsebene kommen.

## Prof. Dr. Michael Lindenberg

Vielen Dank für die freundliche Begrüßung! Sie haben vermutlich auf der Homepage geschaut, wer ich bin, nicht? Gut gemacht, denn es ist auch so, wie Sie sagen. Ich kann auf jetzt 30 Jahre in der Sozialen Arbeit zurückblicken. Ein Drittel davon in der praktischen Sozialen Arbeit am Fall – so wie viele von Ihnen ja auch – dann ein weiteres Drittel in der Wissenschaft und auch in der Leitung in einem Ministerium mit der Steuerung der sogenannten Hilfen zur Erziehung und schließlich seit etwa zehn Jahren als Hochschullehrer.

Und nach 30 Jahren sollte ich ja so langsam wissen, was meine Frage eigentlich ist. Ich glaube, meine Frage in all diesen Jahren und Arbeitsfeldern ist immer gewesen: Wie stark darf eigentlich der Staat, wie stark dürfen wir in das Leben von Menschen eingreifen? Denn das tun wir ja alle, die wir hier sitzen. Ich blicke auf Sie und Sie sind alle Eingreifpersonen. In der einen oder anderen Weise neh-

men wir Einfluss auf das Leben anderer Menschen. Und Sie sind auch alle dazu legitimiert. Sie alle tun das und auch ich tue das. Ich beurteile zwar keine Klienten mehr, aber ich stelle z. B. den Studierenden Noten aus. Unser Leben ist davon geprägt, andere zu beurteilen. Das ist die eine Vorbemerkung. Die andere Vorbemerkung ist, dass es ein bisschen, aber auch nicht ganz, überrascht, dass bei dieser Tagung so viele Leute gekommen sind. 250 Personen sollen hier im Raum sein. Ich habe das vorhin schon erzählt, soweit wir wissen, sind in den erzieherischen Jugendhilfen nach §66 BGB ungefähr 200 Menschen bundesweit eingesperrt. Ich werde gleich begründen, warum ich das ‚eingesperrt‘ nenne. Und wir sind mehr. Trotzdem hat dieses Thema so eine große Brisanz und alle interessiert dieses Thema. Es steckt also mehr hinter diesem Thema, als nur die Frage, ob das sachgerecht ist oder nicht. Es geht irgendwie auch um die ethische Haltung dabei. Darüber möchte ich heute auch mit Ihnen sprechen.

Für mich sind 45 Minuten eingeplant. Ich werde eine halbe Stunde lang sprechen und zwar nur auditiv. Ich weiß nicht, wo das dann im Gehirn ankommt, aber ich werde das nicht durch visuelle Reize verstärken, von denen ich ja weiß, wo sie landen. Das mute ich Ihnen zu: Ich habe nur Worte für Sie mitgebracht. ‚Wegschließen – Lösung oder Hilflosigkeit?‘ heißt mein Thema, zu dem ich zur Einführung eine kleine Geschichte erzählen möchte.

Herodot erzählt sie und ich trage sie weiter. Der Perserkönig Darius der Erste rief die Griechen seines Herrschaftsgebietes zu sich, in der Absicht, ihrem Hochmut eine Lektion zu erteilen. Bekanntlich verbrannten die Griechen ihre Toten, und so fragte er sie: „Wie viel muss ich Euch dafür bezahlen, dass Ihr Eure verstorbenen Väter aufesst?“ Die Griechen reagierten erwartungsgemäß empört: Um nichts in der Welt würden sie das tun, und sie verbotenen diese scheußliche Frage. Da rief Darius die Vertreter eines anderen Stammes herein, die in einem Nebenglass gewartet hatten, und die dafür bekannt waren, dass sie ihre toten Väter verspeisten. Und er fragte sie vor den Augen der Griechen und durch die Ohren eines anwesenden Übersetzers: „Wie viel muss ich Euch dafür bezahlen, dass Ihr Eure verstorbenen





Väter verbrennt?“ Auch sie reagierten empört und verbateten sich dieses furchtbare Ansinnen.

Ich beginne mit dieser Geschichte, weil es in unserem Fach, der Sozialen Arbeit und der Jugendhilfe, auch nicht anders ist als in anderen Fachgebieten. Oft genug gibt nur ein Entweder – Oder – und damit eine Schließung der Positionen und eine Empörung gegenüber den anders Handelnden. Das halte ich jedoch für wenig hilfreich. So ist nach meiner Überzeugung das Einschließen von Kindern und Jugendlichen weder die Lösung, noch nur Hilflosigkeit. Menschen, die die Einschließung von Kindern und Jugendlichen einleiten (Jugendämter), beschließen (Familienrichter) und durchführen (Heimmitarbeiter) sind Menschen mit fachlichen Haltungen. Wenn sie gute Arbeit leisten und reflektiert und nachdenklich sind, werden sie im Einschließen niemals die Lösung sehen, und bestimmt sind sie ganz oft hilflos. Nur leider ist Hilflosigkeit keine fachliche Qualität und kann daher in der Regel nicht eingestanden werden. Schließlich starrt die Öffentlichkeit gerade auf die Schwierigen und erwartet Lösungen. Unter diesem Druck stehen wir, unter diesem Druck stehen Sie.

Und Menschen wie ich, die sich gegen das organisierte Einschließen in speziell dafür vorgesehenen Heimen aussprechen, sind keine verantwortungslosen Gutmenschen, die keine Lösung anbieten und Hilflosigkeit gar nicht erst aufkommen lassen, weil sie sicherheitshalber auf das Eingreifen und das Handeln verzichten.

Ich will mit diesen einleitenden Sätzen nicht sagen, dass ich ein Relativist bin, also ein Mensch, für den alle Standpunkte gleich gültig sind, weil er davon ausgeht, dass die Dinge vom jeweiligen Standpunkt abhängig sind und im Auge des Betrachters entstehen. Ich bin mir schon darüber im Klaren, dass das auch so ist; ich weiß, dass jemand, der in einem geschlossenen Heim arbeitet, dies nicht ohne Begründungen tun kann, und diese Gründe in der Regel als gute, also gültige Gründe anführt.

Und natürlich prägt auch mich der Umstand, dass ich nun Hochschullehrer bin und nicht mehr Entscheidungen darüber treffen muss, was mit diesem Jugendlichen oder jenem Kind zu geschehen hat – ich

betrachte dies heute vor dem Hintergrund meiner vieljährigen Entscheidungspraxis mit Abstand, und dieser Abstand prägt mein Denken und prägt meine Worte.

Mein zweiter Punkt: meine Position. Wenn Sie mich fragen, ob ich meinen verstorbenen Vater lieber essen oder verbrennen möchte, so ist meine Antwort klar, und Ihre Antwort auch. Ich bin in meinem Herzen kein Relativist, für den alles gleich gültig ist, sondern ich habe eine Position: Zunächst will ich sagen, wogegen ich bin, und dann, was ich akzeptieren kann. Ich bin dagegen, Kinder und Jugendliche im Rahmen der Erzieherischen Hilfen in dafür gesondert vorgehaltenen Heimen organisiert einzusperren. Ich bin jedoch der Überzeugung, dass es zielloses Wunschdenken ist, generell und niemals und absolut und in keiner Situation einzusperren. Das kann erforderlich werden, wie ja überhaupt Erziehung niemals frei von Zwang sein kann und sogar sein darf. Damit komme ich zu dem, was ich gut akzeptieren kann: Ich kann gut akzeptieren, in bestimmten Situationen den Zwang in der Erziehung auch zur Einsperrung zu nutzen. Dazu bedarf es aber keiner besonderen Einrichtungen. Allerdings bin ich einschränkend der Ansicht, dass diese aus der Erziehung entsprungene Einsperrung nicht mehr Erziehung ist, sondern eine aus der Erziehungssituation heraus notwendig gewordene Abrichtung. Ich werde darauf noch eingehen.

Ich habe mir ein paar Notizen zu meinem Klasse Vorredner gemacht und das passt ja so ein bisschen auch zu dem, was Sie gesagt haben: Die Neuronen überfluten da etwas und Dopamin wird ausgeschüttet, so habe ich es verstanden. Es ist auch



interessant, dass ich es nicht genau wiedergeben kann, weil wir uns offensichtlich in den letzten ca. 15 Jahren nach anderen Wissenschaften umsehen und an anderen Stellen aktiv werden und sagen: Moment mal, ihr Neurobiologen, könnt ihr uns auch helfen?

Vermeintlich sehe ich in Zeitschriften der Sozialen Arbeit Aufsätze, die das sagen, was Sie sagen. Vor zehn oder 15 Jahren wären die da gar nicht aufgetreten. Heute treten sie auf und es ist nicht so, dass ich diese Sprache verstehe. Ich vermute, Sie im Publikum auch nicht. Aber wir haben verstanden, worüber Sie reden, weil Sie es toll gemacht haben. Die Begriffe sind noch nicht unsere Begriffe. Sie werden es aber möglicherweise, mal schauen was da passiert. Und das ist auch soziologisch gesehen ein interessantes Experiment, was wir hier gerade erleben, dass Sie hier sind und danach eben ich spreche, also jemand, der davon gar keine Ahnung hat und sagt: Soziales kann nur durch Soziales erklärt werden.

Ich komme zurück: Ich möchte jedoch nicht, dass diesem seltenen Zwangserfordernis dadurch Vorschub geleistet wird, dass dafür gesonderte Einrichtungen vorgehalten werden, die dann auch belegt werden müssen. Ich möchte nicht, dass der Zwang der Einsperrung systematisch als Erziehungsmittel genutzt und die Begründungen für das fachliche Handeln darauf aufgebaut werden. Denn so ist das nun einmal in einer organisierten Welt: Was wir haben, wird auch benutzt. Und was wir benutzen, das begründen wir auch, dem geben wir einen Sinn mit unseren Begründungen. Sonst wäre es ja sinnlos.

Und was in diesen gesonderten Einrichtungen oder in bestimmten Abteilungen dieser Einrichtungen oder zu bestimmten Zeiten in diesen Einrichtungen oder mit bestimmten Kindern und Jugendlichen passiert, nenne ich auch Einsperren, und nicht verbindliche Unterbringung, oder „offen mit Freiheitsbeschränkung“, oder „geographisch geschlossen“, oder „zu bestimmten Tageszeiten geschlossen“, oder „fakultativ geschlossen.“ Diese Bezeichnungen enthalten selbstverständlich ein Körnchen Wahrheit, sonst könnten sie nicht benutzt werden.

Jedoch halte ich weiter an dem klaren Begriff der Einsperrung fest, weil Geschlossene Unterbringung in ihren Konzepten zwar stets Freigänge, Ausgänge und Lockerungen und schließlich auch offenen Vollzug vorsieht (Sie merken ich bin Kriminologe und habe lange Jahre im Knast gearbeitet, daher habe ich das Vokabular darauf übertragen), sofern die Unterbrachten bestimmten Verhaltenserwartungen entsprechen. In den Geschlossenen Unterbringungen wird durchgängig ein Stufensystem angewandt, das dem Gefängnis abgelauscht ist. Doch niemand würde wegen dieser Lockerungsmöglichkeiten ein Gefängnis nicht mehr als Gefängnis bezeichnen. Völlig richtig so, denn der Dreh- und Angelpunkt des Gefängnisses ist der Einschluss – mit mehr oder weniger Lockerungen geht es immer wieder darauf zurück. Der Einschluss steht immer als konkretes Zwangsmittel im Hintergrund. Das trifft auf die Einrichtungen der Geschlossenen Unterbringung der Jugendhilfe ebenfalls zu, wenn auch mit Abstufungen und nicht so ausgeprägt wie beispielsweise bei uns in Hamburg. Wer da einmal die Bilder gesehen hat, der wird gesehen haben, dass das wirklich wie ein Knast aussieht. Das ist bei Herrn Stadler anders.

Die Fachleute in den geschlossenen Unterbringungen betrachten ihre Heime jedoch nicht vom Einschluss her, sondern stets von den pädagogisch motivierten Lockerungen. Und diese Haltung führt zu einer besonderen sprachlichen Milde gegenüber dem Einschluss, während die Jugendlichen übrigens, wie die Studie von Hoops und Permien (2006) gezeigt hat, weiter Knastbegriffe benutzen.

Meine Position ist damit abgeschlossen und es folgt mein – mit der Einleitung – dritter Punkt: Unabgeschlossene Dilemmata. Alle Menschen, die ich jetzt hier vor mir sitzen sehe – ich würde gerne jeden Einzelnen anschauen, aber das kann ich nicht – sind Menschen, die stets und ständig mit unabgeschlossenen Dilemmata in ihrer Arbeit zu tun haben und, wenn sie sich einmal ganz ernst nehmen – in aller Regel von sich sagen müssen: ‚Ich weiß auch nicht, ob es richtig war; ich habe es versucht, aber ich weiß auch nicht, ob es richtig war. Ich versuche es wieder und ich weiß es immer noch nicht. Ich versuche es wieder.‘ Das ist eine Grundhaltung, die



ich habe, und darum spreche ich von unabgeschlossenen Dilemmata. Und am Ende dieses Abschnittes werde ich nicht sagen können, wie es läuft. Ich möchte das aber mit Ihnen diskutieren. Auch meine Position ist natürlich nicht abgeschlossen.

Um das einmal kurz zu skizzieren, will ich im Folgenden eine Diskussion zitieren, die ich mit einer der Verfasserinnen der von mir eben schon zitierten verdienstvollen Studie von Hoops und Permien geführt habe. Verdienstvoll, weil wir seit der Veröffentlichung ihrer Studie wieder besser Bescheid wissen. Endlich einmal nach vielen Jahren haben wir wieder empirisches Material. Die Studie versucht nach der bislang immer noch als aktuell zitierten Untersuchung von Wolffersdorff, Sprau, Kuhlen und Kersten (zuletzt 1996) erneut, eine empirische Sicht auf die Geschlossene Unterbringung zu gewinnen.

Die Verfasser haben unter anderem herausgefunden:

1. Am Ausmaß der Geschlossenen Unterbringung hat sich in den vergangenen zehn Jahren wenig geändert. Die Verfasserinnen haben 14 Heime entdeckt, in denen eine Unterbringung nach § 1361 b BGB praktiziert wird. Dabei verteilen sich 196 Plätze auf 104 Mädchen und 92 Jungen (Stand: Juni 2006).
2. Die Kinder werden in der Regel sehr jung aufgenommen – Mädchen im Schnitt als 14-jährige, Jungen bereits als 13-jährige. Das ist auffällig bei einer Maßnahme, die als letzte Möglichkeit gilt.
3. Die Länder mit eigenen Plätzen für Geschlossene Unterbringung sind mit „sehr viel höheren Prozentanteilen mit Belegungen vertreten als Länder ohne diese Möglichkeit.“
4. Die Unterbringungen nach § 1361 b BGB in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie überschreiten die Unterbringungen in Einrichtungen der Jugendhilfe bei Weitem: 2002 waren 2.340 Kinder und Jugendlichen in der Psychiatrie

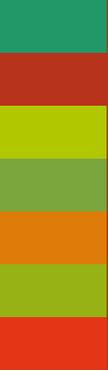


untergebracht, also ca. zehnmals so viel wie in Einrichtungen der erzieherischen Jugendhilfe.

5. Von Geschlossener Unterbringung sprechen die Praktiker und Praktikerinnen nicht. Sie benutzen Begriffe die einem „Kontinuum von Maßnahmen“ entsprechen, an dessen Ende - oder Beginn, je nachdem – die Einschließung steht. „offen mit Freiheitsbeschränkung“, „geographisch geschlossen“, „zu bestimmten Tageszeiten geschlossen“, „fakultativ geschlossen“ insgesamt habe ich in der Studie 13 derartige Bezeichnungen gefunden.
6. Diese Bezeichnungen kommen allerdings bei den Jugendlichen, Permien und Hoops zufolge, nicht an. „Anstelle von ‚therapeutischen Milieu‘, von ‚individueller Teilgeschlossenheit‘, von ‚engmaschiger Betreuung‘ und von ‚Time-Out‘ oder ‚Chill-Out-Räumen‘ zu sprechen, ist bei den Jugendlichen überwiegend die Rede von ‚Zwang‘, von ‚Knast‘, von ‚Wegschließen‘ und von ‚Iso-Zellen‘.

Ich habe es natürlich kritisiert, was sie geschrieben haben, denn das ist mein Job. Ich habe gesagt: Hoops und Permien haben in ihrer Arbeit der Ansicht Ausdruck verliehen, dass – und da zitiere ich sie – es ohne einer mit zeitweiligem Freiheitsentzug verbundenen Hilfe für manche der Jugendlichen, deren Akten wir analysierten oder mit denen wir sprechen konnten, kaum alternative Erfolgshoffnung geben dürfte. Klar ist für die Verfasserinnen, dass diese Hoffnungsperspektive ohne Garantie und daher mit ungewissem Ausgang einen hohen Preis hat, nämlich die Außerkraftsetzung des Willens der





Jugendlichen, also genau jenem, was sonst als Basis für den Erfolg einer Hilfe gilt: Ihre Mitwirkungsbereitschaft und ihre Partizipation an der Entscheidung über Art, Ort und Dauer der Hilfe. Diese Mitwirkungsbereitschaft darf nach Ansicht der Autorinnen dann außer Kraft gesetzt werden, wenn die Hilfe so gut wie möglich eingeleitet, begleitet und reflektiert wird. Das ist ihre Idee, wie die Zukunft der Geschlossenen Unterbringung weiter zu entwickeln ist.

Ich hatte dazu entgegnet: Bei dieser ehrenwerten Reformideologie der Verfasserinnen sehe ich jedoch ein mir als Gegner der Geschlossenen Heimunterbringung unerwünschtes Risiko und eine unerwünschte Nebenwirkung: Dass das Ringen um Alternativen unter Berufung auf die Reformideologie der Verfasserinnen erlahmt. Denn ihre Botschaft ist klar: ‚Es klappt noch nicht alles besonders gut. Aber das ist nur eine Frage der Zeit. Lasst uns diesen Weg der Geschlossenen Unterbringung weiter einschlagen und sie verbessern.‘ Daher haben auch sie eine wertorientierte Entscheidung getroffen und unterscheiden sich darin weder von jenen, die die Geschlossene Unterbringung gänzlich ablehnen, noch von jenen, die sie fraglos befürworten. Und sie stehen der Geschlossenen Unterbringung nicht ausschließlich versachlichend, informierend und anleitend gegenüber, wie sie uns glauben machen wollen, sondern sie stehen mitten im Handgemenge. Wie wir alle.

Wir können also diese ganze Diskussion, diese ganze Perspektive, wie viele von uns das machen und gewohnt sind und wie es auch im Wissenschaftssystem positiv sanktioniert wird, nicht nur auf Zahlen, Umfragen usw. aufbauen: Wenn das passiert, dann passiert das; Surveys bilden, Kohorten bilden usw., sondern wir haben immer Werte, die dahinter stehen. Und über diese Werte müssen wir Rechenschaft ablegen, wenn wir gute Pädagogen sein wollen. Und das sind wir, glaube ich. Also standen auch Hoops und Permien nach meiner Meinung der geschlossenen Unterbringung nicht ausschließlich versachlichend, informierend gegenüber, sondern sie standen noch mitten im Handgemenge.

Hannah Permien hat mir auf diesen Aufsatz, aus

dem ich eben zitiert habe, einen Brief geschrieben, den ich zitieren darf – sie hat gesagt, ich darf das tun. Sie

sagt: „Uns ging es vor allem darum, eine ‚Wirklichkeit‘ zu beschreiben, die diese klare Unterscheidung zwischen ‚offen‘ (=gut) und ‚geschlossen‘ (=schlecht) nicht mehr zulässt. Und wir wollten, dass all diese Grauzonen von Teilgeschlossenheit endlich thematisiert und Vor- und Nachteile offener wie geschlossener ‚Intensivmaßnahmen‘ offen diskutiert werden, statt sie weiter zu tabuisieren“.

Gerade der Punkt, dass die Unterscheidung zwischen offen und geschlossen verschwinden soll, hat viel für sich. Dieser Punkt hat mir und ich denke auch einigen anderen die Augen dafür geöffnet, dass viele Fachleute es jetzt stärker noch als vor fünf, zehn oder auch fünfzehn Jahren als Teil ihres fachlichen Handelns ansehen, als einen Baustein unter anderen. Obwohl es die geschlossene Unterbringung ja schon immer gegeben hat, das wissen wir ja alle. Wir haben es nur viele Jahrzehnte lang nicht thematisiert. Wir thematisieren sie jetzt neu. Und dieser Bausteinblick drückt meiner Ansicht nach das neue fachliche Selbstbild im Umgang mit der Geschlossenen Unterbringung aus und ist in den vergangenen zwei Jahren Gegenstand von Evaluation und Forschung geworden. Der Kollege Schwabe aus Berlin hat sich da sehr verdient gemacht. Er hat sich angeguckt, was da passiert – Grauzone.

Im Weiteren schilderte Hannah Permien in ihrem Brief dann einige der fachlichen Dilemmata (etwa Jugendliche, die vor Ort in offenen Einrichtungen nicht ‚zu halten‘ sind – was macht man? Oder Jugendliche, die demnächst 14 Jahre alt sind und sowieso in den Knast gehen – was macht man?). Sie schreibt: „Vor solchen Fragen standen die von uns befragten Fachkräfte in den Jugendämtern und mussten mit ihren beschränkten Mitteln oft unbefriedigende Antworten finden. Ich denke inzwischen tatsächlich, dass solche Antworten nicht ganz ohne





Paradoxien auskommen und (es) bei intensiven Problemlagen (die die Jugendhilfe vielleicht sogar ‚mitverschul-

det‘ hat) kaum ‚offene‘ Alternativen gibt, die nicht auch Nachteile haben oder gar ganz ohne Zwang ‚funktionieren‘ – andererseits hat die Geschlossene Unterbringung auch höchstens dann eine Berechtigung und einen Sinn, wenn die Jugendlichen die dort angebotenen Möglichkeiten irgendwann ‚freiwillig‘ nutzen.“ Offene Dilemmata – mein dritter Punkt.

Mein vierter Punkt: Zwang und Einschließung. Meine Aussage lautet: Auf Zwang kann in der Erziehung nicht verzichtet werden, weil auf Erziehung nicht verzichtet werden kann. Wir können etwas, wozu wir selbst gezwungen sind, nicht frei von Zwang halten. Auf die organisierte Einsperrung können wir jedoch verzichten, weil wir uns frei für sie entschieden haben. Und wenn wir uns dafür entschieden haben, das zu tun, können wir uns auch dafür entscheiden, es nicht zu tun. Zwang in der Erziehung, organisierte Einsperrung – ich will es einmal so salopp sagen – hat man als Möglichkeit, aber auch als Nicht-Möglichkeit. Ich will diese Unterscheidung begründen.

Ich gehe davon aus (und folge dabei im weiteren Dewey), dass auf Erziehung nicht verzichtet werden kann, weil sie eine Lebensnotwendigkeit ist, denn sie erneuert das Leben durch Weitergabe. Sie ist eine Funktion der Gesellschaft und auch eine Bedingung des persönlichen Wachstums der Einzelnen. Durch diesen Doppelbezug bewahrt und sichert Erziehung zugleich den Fortschritt. Erziehung kann also nicht zwanglos sein, denn sie ist notwendig, wir sind nicht frei von ihr, wir können nicht auf sie verzichten.

Jedoch damit Erziehung „Erziehung“ genannt werden kann – da schließe ich mit anderen Worten eins zu eins an meinen Vorredner an – muss sie zum verständigen Handeln anleiten. Dazu braucht Erziehung

Ziele.

Ein Ziel haben, sagt der US-amerikanische Pragmatiker Dewey, heißt sinnvoll handeln, nicht wie ein Automat, heißt etwas beabsichtigen und den Sinn der Dinge im Lichte dieser Absicht erfassen. Erziehung ist daher Anleitung zum verständigen Handeln. Dewey schreibt: ‚Man kann ein Kind durch Druck auf seine Nackenmuskeln dazu bringen, sich jedes Mal zu verbeugen, wenn ihm eine gewisse Person begegnet. Die Verbeugung würde schließlich automatisch werden. Sie wäre jedoch so lange kein Akt des Respekts vor dieser Person, bis es sie im Hinblick auf einen gewissen Zweck ausführte, bis es eine Bedeutung für es gewonnen hätte. Und nicht ehe das Kind erfahren hat, um was es sich dabei handelt und die Verbeugung um ihrer Bedeutung willen ausführt, kann man sagen, dass es dazu erzogen worden ist, in einer bestimmten Weise zu handeln.‘ Erziehung leitet an zum Handeln, weil im Handeln dessen Sinn erkannt wurde und zu dieser Erziehung besteht freilich ein Zwang, oder besser: eine Notwendigkeit.

Davon zu unterscheiden ist Abrichtung, die auch notwendig sein kann, das ist gar keine Frage. Es kann notwendig sein, ein Kind mit Heftigkeit vom Feuer wegzuziehen, damit es sich nicht verbrennt. Ein Kind kann in einer Verfassung sein, die es erforderlich macht, es zu seinem eigenen Schutz einzusperrern. Das kann passieren. Doch folgt meiner Ansicht nach daraus kein erzieherischer Effekt, keine Verbesserung seiner Einsichtsfähigkeit. Daher ist in diesen beiden Beispielen Erziehung nicht enthalten. Denn Erziehung ist nur Erziehung, wenn sie zu verständigem Handeln führt, zu einem Handeln, das um seiner Bedeutung wegen willentlich vollzogen wird. Daher ist Erziehung nicht beherrschen, sondern Leiten zum verständigen, sinnvollem Handeln. Erziehung ist das Herausbilden einer psychischen Disposition. Damit ist gemeint, dass der Erziehungsvorgang Kompetenzen hervorruft, und nicht bloße Reaktionen. Wenn jemand bei seinem täglichen Gang zur Arbeit immer einen großen Schritt tut, um über einen auf seinem Weg liegenden Stein hinwegzukommen, und schließlich sich dieses Schrittes nicht mehr bewusst ist, so ist das kein sinnvolles Handeln, sondern schließlich unbeabsichtigtes Tun. Sinnvolles



Handeln ist, wenn er dieses Hindernis wahrnimmt, es erkennt und beiseite räumt. Dies kann nur mit Hilfe einer entsprechenden Disposition geschehen. Er tut das bewusst, er setzt seinen eigenen Sinn durch, er verfolgt nicht fremde Zwecke.

Ich bezweifle oder bin unsicher, ob Erziehung mit dem Zwang der Einschließung im Hintergrund möglich ist. Ich bin total unsicher und glaube, eher nicht. Natürlich bleibt für uns als Pädagogen immer die Frage: Darf nun Zwang eingesetzt werden, um diese an Bedeutung orientierte Einstellung hervorzurufen? Dürfen wir das? Ich habe einen Antwortversuch von einem Autor namens Micha Brumlik. Er sagt in etwa in meinen Worten: Eingriffe in das Leben von Menschen - oftmals ohne ihr Wissen oder sogar gegen ihren Willen - unter Berufung auf ihr eigenes Interesse und Wohlergehen müssen begründet und gerechtfertigt werden. Pädagogik ist eine normative Wissenschaft, Erziehung ist ein normativ zu betreibendes Unternehmen, das ohne wertende Begriffe und Ziele nicht auskommt. Darum bedarf Erziehung stets der kritischen Prüfung und der rationalen Begründung dieser normativ orientierten Eingriffe. Und das ist zugegebenermaßen ‚Ethik kompliziert‘ und überhaupt keine Antwort auf irgendeines ihrer Probleme.

Fünftens und abschließend – dann hätten wir vielleicht noch zehn Minuten zum Reden – will ich diesen abschließenden Abschnitt mit einem Sozialarbeiterwitz beginnen. Was ist der Unterschied zwischen einem Internisten, einem Chirurgen und einem Sozialarbeiter? Ein Internist weiß alles, kann aber nichts. Ein Chirurg kann alles, weiß aber nichts. Ein Sozialarbeiter kann nichts, weiß nichts, hat aber für alles Verständnis. Für einen Soziologen sind Witze gut, weil sie immer etwas erklären. Was könnte dieser Witz erklären? Mit diesem Witz versuche ich dem besonderen Mut auf den Grund zu gehen, dessen wir bedürfen, um auf die Einsperung zu verzichten. Was will ich deutlich machen? Zunächst will ich auf unser Selbstbild hinweisen, wonach wir eigentlich keine eigene Fachlichkeit haben und vielleicht sogar nur das tun, was alle tun sollten: zuhören und Verständnis haben. Nun einmal ganz abgesehen davon, dass niemand von uns besonders

viele Menschen kennt, die gut zuhören können, und einmal ganz abgesehen davon, dass wir alle stets nach Verständnis suchen und es selten genug bekommen, einmal ganz abgesehen davon, dass wir also über eine hohe und selten erreichte Kunst reden, die Kunst des Zuhörens und des Verstehens – eine Kunst, die in der Pädagogik so bedeutsam ist – davon einmal ganz abgesehen möchte ich darauf hinweisen, dass die Geschlossene Unterbringung mit ihren Stufenprogrammen in Verbindung mit klaren Interventionsschritten diesen von uns selbst gesehenen Mangel an Fachlichkeit wett zu machen in der Lage zu sein scheint.

Denn das ist ja ein Novum des Berufsstandes der Sozialen Arbeit / Sozialpädagogik. Seit mehr als 50 Jahren haben wir immer irgendwelche Bezugswissenschaften, an denen wir uns orientieren. Das fing einmal mit der Kirche an. In den Wohlfahrtsschulen in den 20er-Jahren war es die Volkswirtschaft, von der Alice Salomo gesagt hatte, dass sie zentral ist. Dann war es die Sozialhygiene. Dann kamen die US-Amerikaner. Da war es die Soziologie, vor allem die Dyade und die Gruppenarbeit. Dann war es die Therapie, dann kamen die Betriebswirte. Jetzt kommen die Neurobiologen. Und das könnte einer der Gründe dafür sein, dass wir sagen: Verdammt nochmal, wir wollen auch einmal klar angeben, was wir in welcher Zeit mit welchen Mitteln tun. Qualitätsmanagement, Beziehungsmanagement, geschlossene Unterbringung: 1. Stufe, 2. Stufe, 3. Stufe. Das hat etwas. Nach meiner eigenen These benutzen wir also die Geschlossene Unterbringung auch, um den anderen zu zeigen, dass wir es richtig machen und eine eigene Fachlichkeit besitzen.

Und eine letzte Geschichte: Ein Journalist besuchte Picasso. Der Journalist brachte seine Besorgnis gegenüber Picassos Malstil zum Ausdruck: „Warum malen Sie immer so abstrakt? Warum malen Sie nicht richtige Sachen, warum bilden Sie nicht die Realität ab?“ – „Ich bin nicht sicher, ob ich verstehe, was Sie meinen“, antwortete Picasso. Also holte der Journalist seine Briefftasche heraus und zeigte Picasso ein Bild: „Das ist meine Frau. Das ist ein reales und objektives Bild von ihr.“ – Picasso zögerte. Schließlich bemerkte er: „Sie ist ein wenig klein,





oder? Und sie erscheint mir auch reichlich flach.“

Die Botschaft ist klar: Wir können eine Lebensstatsache so oder so betrachten und ihr dabei nahe kommen. Was wir nicht können ist, eine Sache für alle Menschen gleich gültig zu beschreiben. Es wird immer Streit darum geben, wie es „wirklich“ ist, ein Zanken um die „Wahrheit“. Damit bin ich nun nicht unversehens doch ein Relativist oder ein Konstruktivist geworden. Ich will nur abschließend hinweisen auf eine zentrale Schaltstelle, die unsere Wahrnehmung leitet. Sie befindet sich dort, wo wir uns die Frage stellen: Muss ich in dieser Sache eine Entscheidung treffen, oder muss ich nicht? So gibt es Fachleute wie mich, die in der Jugendhilfe aber keine wirklichen Fälle zu entscheiden haben. Ich mag daher in den Augen jener, die sich meinen aus der Entscheidungsarmut gewonnenen Standpunkt nicht unbedingt leisten können, leicht wie ein moralischer Imperialist erscheinen.

Doch, finde ich, hat auch meine Positionen eine Berechtigung, genauso wie die der konkret Entscheidenden. Ich will nicht die eine gegen die andere ausspielen. Der in meiner wissenschaftlich-entscheidungsarmen Welt berühmte Soziologe Robert Merton hat darauf hingewiesen, dass Wissenschaft organisierter Skeptizismus zu sein hat. Skeptizismus kann am besten organisiert werden, wenn keine Entscheidungen zu treffen sind. Und andererseits können Entscheidungen nur getroffen werden, wenn der Skeptizismus nicht überhandnimmt. Das steckt hinter der Kritik der Praktiker an den Wissenschaftlern. Im Gegensatz zu uns (also Sie) müsst ihr (also ich) keine Entscheidungen treffen. Und das steckt hinter der Kritik der Wissenschaftler (mir) gegenüber den Praktikern (Ihnen): Vor lauter Entscheidungen habt Ihr im Gegensatz zu uns vergessen, was Ihr eigentlich tut. Daher sieht ein jeder in erster Linie, was ihm seine Aufgabe vorgibt. Mein Job besteht

darin, die Zeit zu verlangsamen und zum Nach-Denken einzuladen. Dabei weiß ich nicht, ob ich Recht habe. Ich gebe mir aber Mühe, oder ich habe mir Mühe gegeben, das in meinen Augen Richtige in Ruhe zu sagen und nun danke ich für Ihre Aufmerksamkeit. Wir haben noch ein bisschen Zeit zum Reden. Vielen Dank!

### Andrea Dittmann-Dornauf

Vielen herzlichen Dank erst einmal! Ich glaube, Sie haben uns mit Ihren Ausführungen nachdenklich gestimmt und das Stichwort ‚die offenen Dilemmata‘ wird mich zumindest auch in der Mittagspause noch begleiten. Jetzt haben wir aber auch noch die Chance, die eine oder andere Frage oder vielleicht auch Kritik aus dem Publikum zu hören und entsprechend bitte ich um Handzeichen, wenn der eine oder andere gerne etwas loswerden möchte. Zumal ich noch dazu sagen muss, dass Herr Prof. Dr. Lindenberg leider bei der Podiumsdiskussion nicht mehr zur Verfügung stehen kann. Hier gibt es das Mikrophon.

### Tagungsgast

Was ist der Unterschied zwischen einem Pit Bull und einem Sozialarbeiter?



### **Prof. Dr. Michael Lindenberg**

Der Pit Bull lässt sein Opfer wieder los. Ich sammle Witze über Sozialarbeiter.

#### **Tagungsgast**

Mich würde interessieren, wie viele Leute in NRW eingeschlossen sind.

### **Prof. Dr. Michael Lindenberg**

In NRW weiß ich es nicht, aber ich habe die Zahl ja vorhin schon einmal genannt: Bundesweit – das entnehme ich aus der Studie von Hoops und Permien – gehen wir von 200 aus, wobei das wie ich finde auch keine saubere Zahl ist, weil Hoops und Permien eben auch diese Teilgeschlossenheit mit drin haben, also Einrichtungen, die gar keine geschlossene Unterbringung sind, sondern einzelne Abteilungen haben oder das zeitweilig machen usw. Wir gehen von 200 aus. Das sind sehr wenige, weniger als hier im Raum sind, aber in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es 2.000. Das dürfen wir auch nicht vergessen, dass auch dort Vergleichbares auf der Grundlage vergleichbarer Rechtsbeschlüsse stattfindet, aber zehnmal mehr als in der erzieherischen Jugendhilfe. 2.200 wäre die Antwort.

#### **Tagungsgast**

Ich bin Leiter einer Wohneinrichtung, die unter anderem auch eine fakultativ geschlossene Wohngruppe hat, die wir aber noch nie benutzt haben. Dieses Mittel der geschlossenen Unterbringung haben wir noch nie benutzt, weil wir einen anderen Ansatz haben, nämlich zunächst einmal eine Menge Hirnschmalz hineinlegen, um eine geschlossene Unterbringung zu vermeiden und bisher ist uns das immer gelungen. Technisch haben wir die Möglichkeit, die Tür auch abzuschließen. Wir werden sicherlich dann an unsere Grenzen kommen, wenn wir kein Argument mehr für eine offene Betreuung finden.

Und da, denke ich, ist eine fakultativ geschlossene, zeitlich begrenzte geschlossene Unterbringung – da gehe ich mit Ihnen nicht konform – ein pädagogisches Mittel, nämlich, dass Sie überhaupt die Chance haben, gerade bei sehr flüchtigen und bei sehr umtriebigen Personen überhaupt einmal die Chance bekommen, eine therapeutische, persönliche oder wie auch immer geartete Beziehung aufzubauen – dass wir da einmal die Tür für drei Monate abschließen, um überhaupt einmal einen Ansatzpunkt zu finden.

### **Prof. Dr. Michael Lindenberg**

Zwei Sachen dazu: Das Erste will ich einmal mit dem Ding deutlich machen. Das hier ist jetzt mal ein Trichter. Da sind die Menschen drin, die Kinder und Jugendlichen. Und wenn man den Trichter hier oben aufmacht, und man schüttelt etwas, dann fällt schon irgendwann einmal jemand raus und ist in der geschlossenen Unterbringung. Deswegen ist es ja in der erzieherischen Jugendhilfe über Jahrzehnte ein Argument gewesen, zu sagen: Damit das gar nicht erst passiert, machen wir von vornherein dicht und keine geschlossene Unterbringung. Das zwingt uns, genau das zu tun, was Sie ja eingangs ausgeführt haben: Dranbleiben, arbeiten, gucken, was los ist, es erneut versuchen, aufstehen, die ganze erzieherische Sisyphusarbeit zu machen. Haben wir das erst einmal geöffnet, dann wird das irgendwann durchsickern. Das ist ja der Klassiker der Kritiker und dagegen haben Sie sozusagen den Klassiker der Befürworter gebracht. Man kann das ja auch in einem klaren Satz sagen: Ich muss sie erst einmal haben, damit ich mit ihnen arbeiten kann. Damit ist das verkürzt wiedergegeben, was wir häufig viel wortreicher in der Diskussion haben. Ich weiß nicht, ob Sie da mit mir konform gehen oder nicht: Ich glaube – das habe ich ja mit einigen Beispielen deutlich zu machen versucht – wir haben niemanden, wenn wir ihn einsperren. Es kann aber sein, dass es Situationen gibt, in denen wir ihn zeitweilig – und deshalb sage ich abrichten – da hinpacken müssen, sozusagen die Pädagogik unterbrechen müssen, damit er



nicht von der Rolle geht und dann wieder mit ihm arbeiten. Man muss es klar voneinander trennen. Ich weiß aber nicht, ob das so funktioniert. Wogegen ich nur wäre, von einem Kontinuum der Einsperrung und der Pädagogik zu sprechen und das miteinander zu verknüpfen, wie es jetzt passiert. Ich glaube, das ist nicht richtig.

### **Tagungsgast**

Es stellt sich dann natürlich die Frage der Rolle der Psychiatrie. Wenn die Jugendhilfe sozusagen programmatisch immer offen ist, welche Rolle kommt dann der Psychiatrie zu? Die kommt dann nämlich auch in die pädagogische Rolle. Dann werden nämlich die Klienten oder die Bewohner von Jugendhilfeeinrichtungen in die Psychiatrie gebracht, was dann zu Kontaktabbrüchen und zu Beziehungsabbrüchen führt oder führen kann, und dann wird das Problem eigentlich nur verschoben. Das ist dann nämlich auch ein offenes Dilemma.

### **Prof. Dr. Michael Lindenberg**

Da kann ich nichts hinzufügen. Es ist ein offenes Dilemma. Großer Mist, aber so ist es.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Dann schließen wir das hier an dieser Stelle ab und zwar, wie ich glaube, mit einer Stimmung der Nachdenklichkeit. Ich denke, das ist auch eine angemessene Reaktion auf das, was wir gehört haben. Vielen herzlichen Dank noch einmal dafür.



# Therapie unter geschlossenen Bedingungen - ein Widerspruch?

## Andrea Dittmann-Dornauf

Ich bin nun gespannt auf den folgenden Vortrag von Herrn Dr. Bernhard Stadler unter dem Thema „Therapie unter geschlossenen Bedingungen – ein Widerspruch?“ So lautet auch seine Dissertation, die er an der Humboldt-Universität in Berlin eingereicht hat. Herr Stadler ist Leiter des Caritas Mädchenheims in Gauting. Das ist – ich habe es selbst recherchieren müssen – in Oberbayern. Wir werden sicherlich einiges darüber hören. Interessant ist zunächst einmal, dass es eine konzeptionelle Besonderheit gibt. Es geht hier um eine intensiv-therapeutische geschlossene Gruppe. Wir befassen uns jetzt mit dieser Form der Betreuung. Spannend fand ich eine Aussage auf der Homepage, dass es um den Umgang mit Polaritäten geht und die zentrale Polarität ‚Konfrontieren versus Beschützen‘ lautet. Das hat mich sehr neugierig gemacht. Herr Dr. Stadler, ich bitte Sie nun um Ihren Vortrag.

## Dr. Bernhard Stadler

Zunächst allseits ein herzliches, bayrisches Grüß Gott! Vielen Dank für die Einladung! Ich möchte Ihnen in der nächsten Dreiviertelstunde – wir haben zehn Minuten Zeit für Diskussion – ein paar Ergebnisse aus meiner Doktorarbeit berichten, aber auch über die pädagogische Arbeit im Mädchenheim Gauting. Da stellt sich zunächst die Frage, welches Motiv ein Einrichtungsleiter hat – er hat meist mehr als eine 38,5-Stundenwoche – nebenberuflich eine Dissertation anzufangen. Da fallen mir eigentlich nur zwei wenig schmeichelhafte Motive ein: Das Eine ist krankhafter Ehrgeiz, das Zweite wäre Masochismus. Ich hoffe, dass beides nicht stimmt. Es war einfach Folgendes: Ich bin seit sieben Jahren in der Gesamtleitung und deswegen für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig und jedes Mal, wenn Politiker, Studentengruppen oder andere Einrichtungen uns besucht haben, kam natürlich die Kardinalfrage, wie effektiv unsere Arbeit ist. Da musste ich immer aus dem Bauch heraus irgendetwas stammeln.



## „Therapie unter geschlossenen Bedingungen – ein Widerspruch ? „

Eine Forschungsstudie  
einer Intensivtherapeutischen individuell-  
geschlossenen Heimunterbringung  
dissozialer Mädchen am Beispiel des  
Mädchenheims Gauting





**Dr. Bernhard Stadler**

heim Gauting angefertigt habe und der Frage nachgegangen bin, wie wirksam denn eigentlich die geschlossene Heimerziehung ist.

#### Untersuchungsgegenstand

- Bestandsaufnahme, Probleme, Indikationsstellungen und Behandlungsverläufe der Mädchen im Mädchenheim Gauting
- Die Wirksamkeit von pädagogisch-therapeutischen Hilfen in der geschlossenen Heimerziehung

#### Erfassungsbereich

Vier geschlossen geführte Gruppen des Mädchenheims Gauting (§ 34 KJHG in Verbindung mit § 27 KJHG, § 35a KJHG; ohne Ausnahme mit familienrichterlichem Beschluss nach § 1631 b BGB)

Alle Mädchen, die in den Jahren 1991 bis 2001 in den oben genannten vier individuell-geschlossenen Gruppen aufgenommen und sozialpädagogisch-therapeutisch betreut wurden.

Ich konnte vielleicht auch sagen, dass wir einmal im Jahr einen Ehemaligen-Treff haben, immer am letzten Samstag im Juni. Teilweise kommen da bis zu 100 Ehemalige, aber das ist einfach nicht repräsentativ. Es kommen die, denen es gut geht, und nicht unbedingt die, denen es nicht gut geht. Es war für mich ärgerlich, dass ich das nicht mit Daten und Fakten belegen kann und deshalb habe ich diese Dissertation vor fünf Jahren angefertigt. Ich berichte Ihnen von einigen Ergebnissen – unsystematisch, unvollständig. Wie gesagt, im Anschluss gibt es die Möglichkeit zur Diskussion. Ich werde Sie nur ganz kurz mit Methoden und Statistik langweilen – maximal zwei Minuten. Es ist so, dass ich eine Bestandsaufnahme über die Probleme, Indikationsstellungen, Behandlungsverläufe von Mädchen im Mädchen-

#### 1999-2001

Aus dem Gesamtpool von 260 Mädchen nahmen im Sinne einer Teilstichprobe 59 an einer persönlichen Eigeneinschätzung der (Lern)Erfahrungen bzgl. der geschlossenen Unterbringung im Zeitrahmen von 1999 bis 2001 teil. Bedingungen hierfür waren zweierlei: Freiwilligkeit und Mindestaufenthalt von einem halben Jahr.

Die Fremdeinschätzung von Seiten Schule und Heim (gleicher Zeitraum 1999-2001) ist eine Verlaufsstudie und ergab eine Teilstichprobe von je n = 64 zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten.

Ebenfalls zwischen 1999 und 2001 partizipierten als Teilstichprobe von n = 260 56 Mädchen am Testverfahren 1 (HPSQ) und 26 am Testverfahren 2 (MPT-J). Testwiederholung in der Entlassphase.

#### EVAS-Ergebnisse

##### Einzelfallstudie

Zu diesem Zweck habe ich vier geschlossene Gruppen des Mädchenheims Gauting untersucht. Von den insgesamt sechs Gruppen habe ich nur vier untersucht, weil diese tatsächlich zehn Jahre permanent geschlossen geführt wurden und alle Mädchen, die in den Jahren 1991 bis 2001 in diesen vier Gruppen aufgenommen und betreut wurden, innerhalb dieser Stichprobe waren. Das waren in dem Zehnjahres-Zeitraum 260 Mädchen, von denen ich eine Teilstichprobe von 59 mit persönlicher Eigeneinschätzung der Lernerfahrungen in einem Dreijahres-Zeitraum erhoben habe. Ich habe sie innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Aufnahme einen Fragebogen ausfüllen lassen und einen in der letzten Woche vor der Entlassung. Bedingung hierfür war, dass sie mindestens ein halbes Jahr im geschlossenen Bereich waren, da es sonst keinen Sinn gemacht hätte, das auszuwerten. Die Untersuchung war freiwillig, ich habe kein Mädchen gezwungen, diesen Fragebogen auszufüllen. Das Gleiche habe ich die Lehrer unserer heiminternen Schule gebeten auszufüllen. Das ist eine staatlich anerkannte Schule. Die Lehrer haben Items wie schulischer Erfolg, mündliche Mitarbeit im Unterricht, Unterrichtsstörungen und viele Items



mehr ausgefüllt. Das Gleiche bat ich auch die Betreuer zu tun.

Die Betreuer habe ich anfangs, wenn die Mädchen gekommen sind

### Fragebogen für Mädchen



War für dich der Aufenthalt in der geschlossenen Gruppe in Gauting hilfreich?

- stimmt gar nicht
- stimmt ein wenig
- stimmt teils-teils
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

Was hat dir in der Geschlossenheit geholfen?

a) der baulich-geschlossene Rahmen, der es dir erschwert hat zu entweichen

- stimmt gar nicht
- stimmt ein wenig
- stimmt teils-teils
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

b) das Gruppengespräch (Tagesplanung, Tagesgespräch)

- stimmt gar nicht
- stimmt ein wenig
- stimmt teils-teils
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

c) das Einzelgespräch mit den Betreuern

- stimmt gar nicht
- stimmt ein wenig
- stimmt teils-teils
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

d) die Mädchengruppe, bzw. ein einzelnes Mädchen aus der Gruppe, mit der du zusammengelebt hast

- stimmt gar nicht
- stimmt ein wenig
- stimmt teils-teils
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

e) der geregelte Tagesablauf im Heim

- stimmt gar nicht
- stimmt ein wenig
- stimmt teils-teils
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

f) die Heimschule

- stimmt gar nicht
- stimmt ein wenig
- stimmt teils-teils
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

g) die Freizeitangebote im Heim

- stimmt gar nicht
- stimmt ein wenig
- stimmt teils-teils
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

h) sonst noch etwas, was dir geholfen hat, bzw. für dich wichtig war?

Die Mädchen selber habe ich gefragt, ob der Aufenthalt in der geschlossenen Gruppe hilfreich war und wenn ja, was geholfen hat: Eher der baulich geschlossene Raum, das Gruppengespräch, das Einzelgespräch mit den Betreuern, die Mädchengruppe selber, die Unterstützung und Hilfe gegeben hat, ob der geregelte Tagesablauf im Heim geholfen hat, ob die Heimschule hilfreich war, die Freizeitangebote.

### Fragebogen für Betreuer/-innen



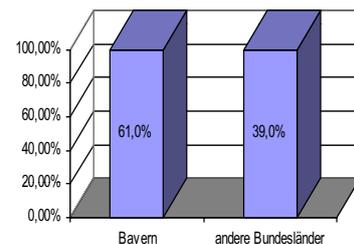
Beurteilen Sie anhand der folgenden Skalen das o.g. Mädchen zum derzeitigen Zeitpunkt ein. Stichpunkte, die für die Jugendliche nicht zutreffen, unbeantwortet lassen.

Gar nicht	3	2	1	0	1	2	3	Sehr hoch
-----------	---	---	---	---	---	---	---	-----------

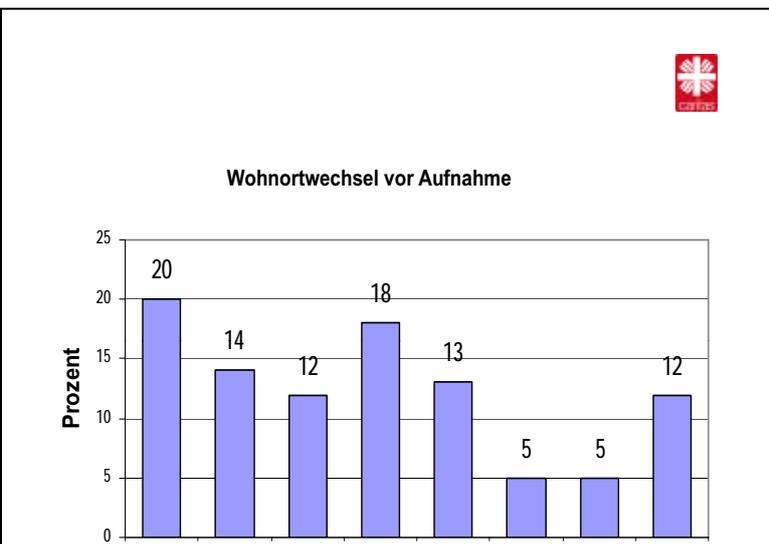
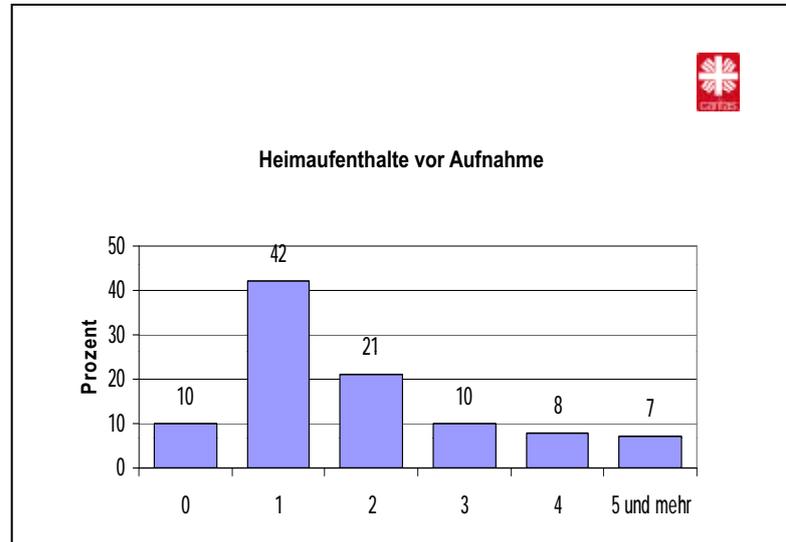
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Aggressives Verhalten</li> <li>&gt;Autoaggression</li> <li>&gt;Depressive Gedanken</li> <li>&gt;Selbstmordgedanken</li> <li>&gt;Ängstliches Verhalten</li> <li>&gt;Distanzloses Verhalten</li> <li>&gt;Sexuelle Auffälligkeiten</li> <li>&gt;Alkohol-/Drogenkonsum</li> <li>&gt;Körperliche und bzw. psychosomatische Beschwerden</li> <li>&gt;Impulsivität</li> <li>&gt;Entweichgedanken</li> <li>&gt;Eigentumsdelikte</li> <li>&gt;Lebenszufriedenheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Emotionale Stabilität (Ich-Stärke)</li> <li>&gt;Über-Ich-Stärke (Achten von Normen, soziales Denken und Handeln)</li> <li>&gt;Selbständigkeit</li> <li>&gt;Selbst- und Willenskontrolle</li> <li>&gt;Selbstbewusstsein</li> <li>&gt;Gesundheitsbewusstsein</li> <li>&gt;Verarbeitung des sexuellen Missbrauchs</li> <li>&gt;Qualitative und quantitative Verbesserung des Freizeitverhaltens</li> <li>&gt;Realistische Entwicklung von Zukunftsperspektiven</li> <li>&gt;Kontakte zu Eltern</li> <li>&gt;Zimmerordnung</li> <li>&gt;Hygiene</li> </ul>
--	---

und auch bei der Entlassung befragt. Die Beurteilung war also nicht im Nachhinein oder im Vorhinein, sondern anfänglich in den ersten zwei Wochen und am Ende des Heimaufenthalts. Das waren dann so Items wie Aggression, Autoaggression, depressive Gedanken, ängstliches, distanzloses Verhalten, sexuelle Auffälligkeiten, Alkohol- / Drogenkonsum, psychosomatische Beschwerden, Impulsivität und vieles mehr.

### Herkunft nach Bundesland

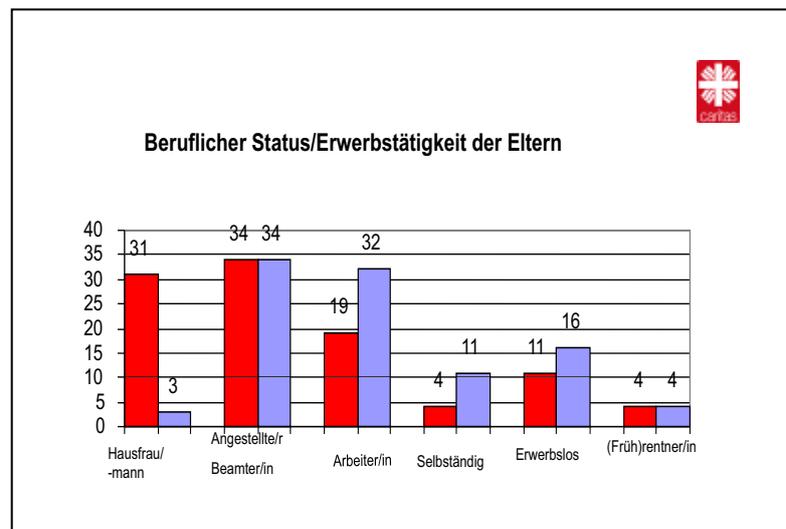


Soweit zur Statistik. Ich komme jetzt zu einzelnen Ergebnissen. In dem Zehnjahres-Zeitraum haben wir zu 61% Mädchen aus Bayern aufgenommen und zu 39% aus anderen Bundesländern. Jetzt könnte man meinen, dass die bayrischen Mädchen schlimmer oder böser seien als die anderen. Das ist nicht der Fall. Es ist einfach so, dass wir lieber aus Bayern aufnehmen, weil da die Hilfeplangespräche für die Jugendämter und die Heimfahrten für die Kinder näher sind. Aber wie gesagt: 39% kommen aus allen anderen Bundesländern, wirklich aus allen Bundesländern. Es war keines, das uns nicht belegt hat. Auch Bundesländer, die dezidiert gegen geschlossene Heimunterbringung sind, haben den eleganten Weg gewählt, dass sie dann über die Jugendpsychiatrie bei uns angefragt haben, sodass die Jugendhilfe sozusagen eine weiße Weste gehabt hat.



Die Mädchen haben in aller Regel Wohnortwechsel vor der Aufnahme, nur jedes fünfte Mädchen hat keinen. Manche haben bis zu acht oder noch mehr Wohnortwechsel und damit natürlich auch Schulwechsel hinter sich, sodass sie nie so etwas wie eine Konstanz oder Kontinuität in ihr kindliches Leben hineingebracht haben.

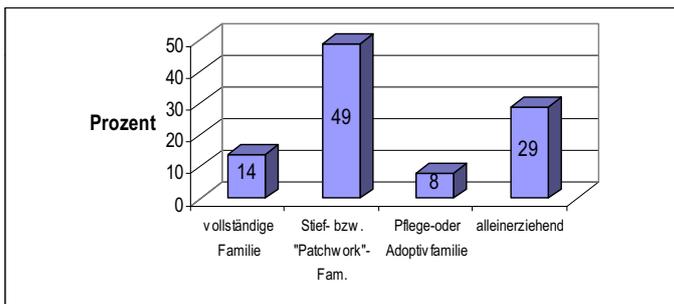
Auch war nur jedes zehnte Mädchen, bevor es bei uns angefragt war, nicht in einem offenen Heim. Viele haben auch hier Heimerfahrung und schlimm ist es, wenn knapp 17-jährige mit vielen offenen Heimunterbringungen dann bei uns angefragt werden. Wir haben Fälle mit 13 offenen Heimunterbringungen und die sind natürlich völlig schul- und heimmüde. Da hofft man dann, dass in letzter Minute bei uns noch irgendetwas zu retten ist.



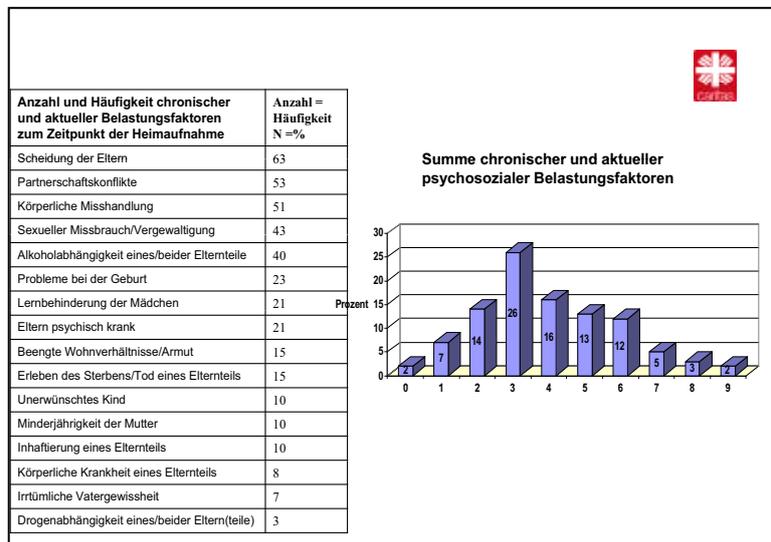
Der berufliche Status Erwerbstätigkeit der Eltern: Es mag vielleicht überraschen, dass nicht die meisten aus Arbeiterfamilien kommen, sondern aus Angestellten- / Beamtenfamilien. Das heißt, es gibt keinen Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und geschlossener Heimunterbringung. Warum der Anteil der Angestellten / Beamten etwas höher ist, kann daran liegen, dass sie beim Jugendamt etwas eher ihre Rechte einzuklagen wissen als die Arbeiterfamilien. Das war zumindest auffällig. Auch der berufliche Status war so, dass wir wirklich nicht nur Unterschichtkinder haben, sondern dass wirklich aus allen Schichten Mädchen bei uns angefragt werden. Aus der aller obersten Schicht vielleicht weniger, da gibt es verschwegene Bergdörfer in der Schweiz mit entsprechenden Internaten, wo man die Zöglinge unterbringen kann, aber wir haben auch durchaus Kinder, wo die Eltern beide Ärzte oder was auch immer sind.

Auch überraschend viele sind aus Pflege- / Adoptivfamilien. Mädchen, die bis zur Pubertät völlig brav waren und dann außer Rand und Band geraten sind, dass sie selbst in offenen Einrichtungen nicht mehr zu halten waren. Sei es, dass sie erfahren haben, dass sie ein Leben lang belogen worden sind und dass ihre Eltern gar nicht ihre leiblichen Eltern sind oder ähnliche Schicksale.

Familienform vor Aufnahme (n=100)



Familienform vor der Aufnahme: Vielleicht mag das überraschen und man denkt, dass die meisten von allein erziehenden Eltern kommen. Dem ist nicht so, sondern das meiste sind Patchwork-Familien, was auch den relativ häufigen sexuellen Missbrauch erklären könnte, der bei unseren geschlossen unterbrachten Mädchen vorliegt.



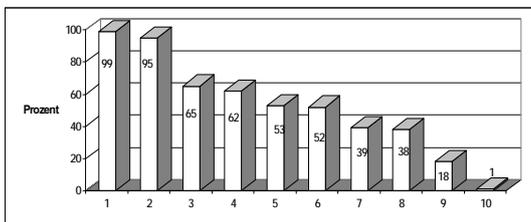
Ich bin dann der Frage nachgegangen, welche chronischen und aktuellen psychosomatischen Belastungsfaktoren denn vorliegen müssen, damit überhaupt die geschlossene Unterbringung angefragt wird. Scheidung der Eltern ist ja heute eher etwas Normales als Unnormales. Körperliche Misshandlung liegt bei 51% aller Mädchen vor, sexueller Missbrauch / Vergewaltigung bei mindestens vier von zehn Mädchen. Bei vier von zehn Mädchen ist eines der Elternteile alkoholabhängig. Bei jedem fünften Mädchen gab es Probleme bei der Geburt (Zangengeburt oder ähnliches). Jedes fünfte unserer Mädchen ist lernbehindert und auch bei jedem fünften Mädchen ist ein Elternteil psychisch so krank, dass er mindestens einmal psychiatrisch stationär untergebracht war. Mindestens jedes zehnte Kind ist unerwünscht, ich glaube, dass die Dunkelziffer deut-



lich höher liegen dürfte. Bei jedem zehnten unserer Mädchen war die Mutter selbst unter 18 Jahren alt, als das Mädchen auf die Welt kam. Und Sie sehen an der rechten Seite, dass mindestens drei bis fünf dieser Belastungsfaktoren zusammen kommen müssen, bevor überhaupt bei uns angefragt wird.

Intensivstraftäterinnen gibt es bei uns in Gauting noch nicht so. In Rummelsberg bei Nürnberg sind es deutlich mehr. Es ist nach wie vor so, dass Mädchen eher durch Kleinkriminalität auffallen, also Kaufhausdiebstähle, Mercedessterne in einer Gang abrechen oder so. Vielleicht haben Handtaschenraube bei alten Omas ein bisschen zugenommen, aber so wirklich kriminell oder delinquent sind sie nicht. Das muss ich sagen.

Indikationsfaktoren für geschlossene Unterbringung

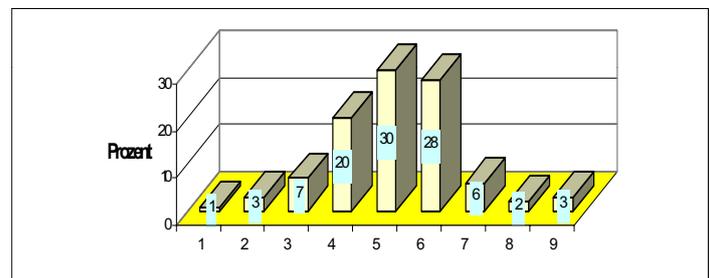


- 1 = Treibgang (meist in Verbindung mit Aufenthalt an jugendgefährdenden Orten)
- 2= massive Schulschwierigkeiten (Schule schwänzen, Schulausschluss wegen oppositionellem Verhalten )
- 3= Alkohol-, Drogen- und Tablettenmissbrauch (alleine und in peergroups)
- 4= Lügen/Diebstähle (zu Hause bzw. in Heimgruppen; in Läden und Geschäften)
- 5= Aggressionen/Schlägereien (meist gegenüber Eltern und Schulkameraden; häufig innerhalb einer Bande bzw. Clique
- 6 = Suizidäußerungen/-versuche (in Folge zumeist ein oder mehrere Psychiatrieaufenthalte)
- 7 = sexualisiertes/promiskuitives Verhalten (in der Regel ungeschützter Geschlechtsverkehr)
- 8 = Delinquenz (mit mindestens einer Anzeige bzw. Gerichtsverhandlung)
- 9 = Prostitution
- 10 = Gefängnis

Ich komme nahtlos zu den Indikationsfaktoren: 99% aller Mädchen in diesem Zehnjahres-Zeitraum fallen auf Treibgang an, das heißt permanentes Weglaufen vor sich selbst und vor seinen Problemen. Das ist einer der Gründe, warum sie in offenen Heimen nicht tragbar waren. Das Zweithäufigste sind massive Schulschwierigkeiten, sei es Schule schwänzen oder Schulausschluss wegen oppositionellen Verhaltens wie Dealen von Drogen auf dem Schulhof oder solchen Sachen. Und das Dritthäufigste ist Alkohol- / Drogen- / Tablettenmissbrauch. Bei Mädchen gibt es deutlich mehr Tablettenmissbrauch als bei Jungen. Ich würde sagen, das ist so diese typische Trias von Mädchen, die bei uns geschlossen untergebracht sind: Dieser Treibgang, die Schulschwierigkeiten und der Drogenmissbrauch.

Es kommen dann die Lügereien zuhause dazu, Stehlen und so weiter. Wobei es dabei wirklich geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Diese

Summe einzelner Indikationsfaktoren pro Mädchen



Was noch dazu kommt und auch geschlechtsspezifisch ist, sind Suizidäußerungen und -versuche, sexualisiertes, promiskuitives Verhalten und dann schon deutlich weniger Delinquenz. Wobei man dazu sagen muss, dass genau 50% der Mädchen strafauffällig geworden sind, bevor sie zu uns kommen und dann meist noch irgendein Verfahren am Laufen haben. Die wenigsten kommen direkt statt U-Haft aus dem Gefängnis nach §71, 72. Das haben wir in Einzelfällen auch, aber das wird nicht so rege nachgefragt.

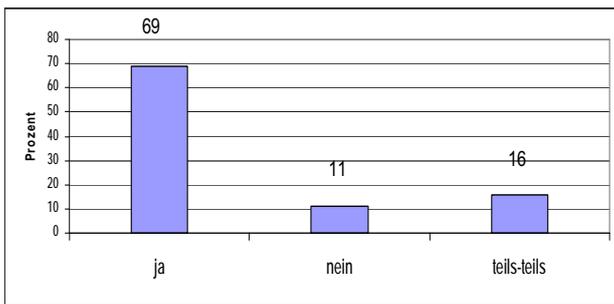
Und auch hier bei diesen Indikationsfaktoren sieht man, dass in der Regel vier bis sechs von diesen Indikationen zusammenkommen müssen, damit überhaupt bei uns angefragt wird. Wir sind auch



nicht billig. Unser Tagessatz liegt bei 240 € und da werden doch einige Jugendämter, vor allem die Politiker, die mehr geschlossene Unterbringung fordern, dann sehr schnell kleinlaut. Die haben sich so etwas anders vorgestellt.



#### Geschlossene Unterbringung: eine richtige Entscheidung für dich ?



Am Ende des Heimaufenthalts habe ich die Mädchen gefragt, ob das eine richtige Entscheidung von Seiten des Jugendamts, der Eltern, der Sorgeberechtigten oder von wem auch immer war. Und das Ergebnis ist dann schon ein bisschen überraschend, denn immerhin 69% sagen dazu: ‚Ja, das war wohl die richtige Entscheidung zum richtigen Zeitpunkt, sonst wäre ich richtig abgeglitten.‘ Aber immerhin sagen auch 11%: ‚Nein, das war wirklich die falsche Lösung zum falschen Zeitpunkt, ich habe überhaupt nicht davon profitiert.‘ Und 16% sind ambivalent.



#### Was hast Du hier im geschlossenen Heim gelernt ?

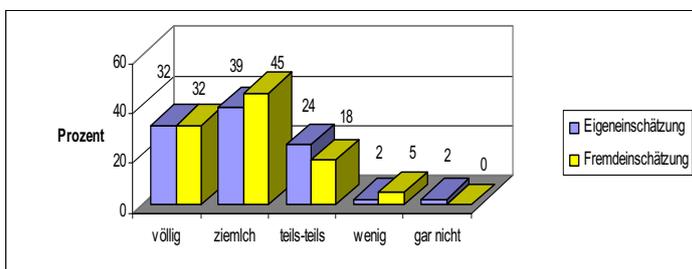
- Konfliktfähigkeit
- Nicht mehr vor Problemen wegzulaufen
- Die Bedeutung der Schule
- Offenheit
- Kontrolle über Aggressionen
- Regeln einhalten zu können
- Mit Ängsten, Problemen und Komplexen adäquat umgehen zu können

Wenn man die Mädchen fragt, was sie denn im geschlossenen Heim gelernt haben, dann kommt als häufigste Antwort Konfliktfähigkeit. Das ist klar, wenn man mit sieben Mädchen in einer Gruppe so eng zusammen lebt und tagtäglich so viele Gespräche führt, dass es ein großes Lernfeld ist. Das Zweithäufigste war, nicht mehr vor Problemen wegzulaufen. Viele Mädchen gehen ganz gerne in die Schule. Offenheit ist genannt worden, Kontrolle über Aggressionen, Regeln einhalten zu können, und als Siebthäufigstes mit Ängsten, Problemen und Komplexen adäquat umgehen zu können. Und die Einschätzungen von den Mädchen unterscheiden sich nicht sehr stark von denen der Betreuer (das Blaue ist die Eigeneinschätzung und das Gelbe ist die Fremdeinschätzung).



### Vergleichsstudie Eigen – vs. Fremdeinschätzung durch die Heimpädagogen

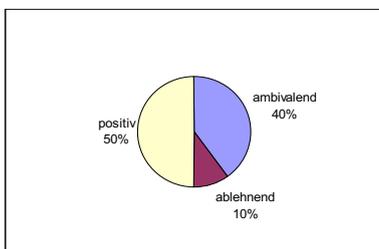
War der Aufenthalt in der geschlossenen Gruppe hilfreich ?



Es gibt eine Doktorarbeit von einer Mitarbeiterin, die gar nicht einmal so sehr Befürworterin der geschlossenen Einrichtungen ist, die drei Jahre in unserer Einrichtung war. Sie hat eine Längsschnittuntersuchung gemacht, allerdings ist die Fallzahl sehr niedrig: n=20. Aber sie hat Mädchen am Ende des Heimaufenthalts, nach einem Jahr und nach drei Jahren interviewt. Sie musste dafür zum Teil durch ganz Deutschland fahren.

### Erfolgsquote

Subjektive Bewertung der eigenen geschlossenen Unterbringung – retrospektive – Längsschnittuntersuchung (nach Pankofer Sabine, „Freiheit hinter Mauern“, Juventa 1997)



Etwa zwei Drittel unseres schwer dissozialen Klientels reüssieren nach den Erfolgskriterien  
 Legalität  
 Soziale Integration  
 Beschäftigungsverhältnis  
 (Eigenschätzung)

Sie hat festgestellt, dass zumindest 50% der Mädchen sagen: ‚Ja, das war wirklich eine positive Entscheidung, das hat mir etwas gebracht.‘ 40% sind ambivalent im Sinne von: ‚Es war eine ziemlich harte Zeit, aber zumindest habe ich einiges in Richtung Konfliktfähigkeit oder was auch immer gelernt.‘ Und 10% - das identifiziert sich mit den vorherigen Zahlen – stehen dem sehr ablehnend gegenüber. Ich meine schon, wenn man die Erfolgsliste nicht zu hoch hängt, dass zwei Drittel nach drei Erfolgskriterien reüssieren: Das eine ist Legalität, also dass sie hinterher nicht mehr straffällig werden. Das andere ist Integration, also dass sie ein Dach über dem Kopf und einen halbwegs vernünftigen Freundeskreis haben. Und das Dritte ist das Beschäftigungsverhältnis oder der weitere Schulbesuch. Vielleicht, dass sie den Job auch schon einmal oder zweimal gewechselt haben, aber im Großen und Ganzen dranbleiben. Nach diesen drei Kriterien bin ich mir relativ sicher, dass die Erfolgsquote bei zwei Drittel liegt.

Ältere Mädchen erzielten mit zunehmender Aufenthaltsdauer vergleichsweise größere Fortschritte im Abbau von

- > Depressivität
- > Suizidgedanken
- > Sexuellen Auffälligkeiten

Jüngere Mädchen profitierten dagegen bei einer längeren Unterbringung mehr in den Bereichen

- > Abbau von Eigentumsdelikten
- > Emotionale Stabilisierung
- > Verbesserung der Angehörigenkontakte

Ältere Mädchen erwiesen sich insgesamt als

- > Ängstlicher
- > Weniger selbstbewusst
- > Willensschwächer
- > Ideenloser bzgl. ihres Freizeitverhaltens als jüngere Mädchen – sowohl bei Eintritt wie in der Entlassphase

Eines möchte ich noch erwähnen, was bei der Doktorarbeit herauskommt, ohne dass ich das näher dokumentiere: Ältere bei uns angefragte Mädchen erzielen vergleichsweise größere Fortschritte im Abbau von Depressivität, Suizidgedanken und sexual-



len Auffälligkeiten. Und jüngere Mädchen profitieren mehr in den Bereichen Abbau von Eigentumsdelikten, emotionale Stabilisierung und Verbesserung der Angehörigenkontakte.

Ich habe dann zusätzlich noch zwei Persönlichkeitstests bei den Mädchen gemacht. Ich weiß nicht, ob Ihnen PSQ und NPT etwas sagt. Das ist vielleicht zu speziell. Aber das sind Persönlichkeitstests für 12- bis 18-Jährige. Das Ergebnis war, dass keine signifikanten negativen und keine signifikanten positiven Persönlichkeitsveränderungen innerhalb eines knappen Jahres stattgefunden haben. Das ist wahrscheinlich so zu erklären, dass ein Jahr einfach zu kurz ist, um die Persönlichkeitsmerkmale zu verändern.

Unsere Arbeit in Gauting zielt eher auf Veränderungen auf der Verhaltensebene ab. Und da haben wir deutlich mehr Erfolge. Aber immerhin können wir sagen, dass das Argument von Gegnern der geschlossenen Unterbringung, dass geschlossene Knast- oder Heimunterbringung Persönlichkeit deformiert, wirklich nicht nachgewiesen worden ist.

stabilisieren. Und Eltern glauben dann vorzeitig: Aha, es ist jetzt wieder alles gut. Und nachdem sie oft das volle Sorgerecht haben, nehmen sie die Mädchen einfach wieder heraus. 21% werden aber auch vom Jugendamt abgebrochen. So kann es sein, dass wenn ein Mädchen einmal entweicht – was ja in geschlossenen Bereichen nie ein Entlassungsgrund wäre – und das Mädchen länger untertaucht, das Jugendamt noch 80% Freihaltegebühr bezahlen muss, was denen einfach zu teuer ist und sie das Mädchen abmelden. Das Heim selbst bricht 12% ab. Das sind dann Mädchen, bei denen sich herausstellt, dass es doch in Richtung längerfristige Psychiatrie geht. Oder die dann doch in die Drogenszene hineinrutschen, das ist soweit die Beendigung der geschlossenen Unterbringung.



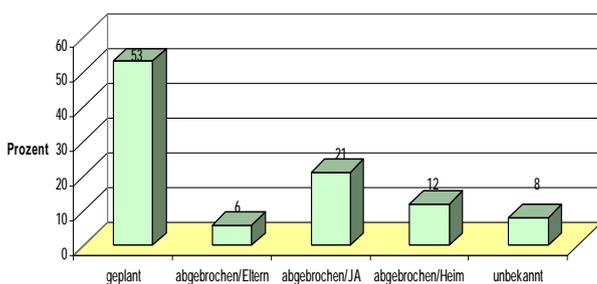
#### Zukünftige Forschung:

- Wichtig erscheint die Analyse an erfolglosen und abgebrochenen Hilfeprozessen, für die die Möglichkeiten quantitativer Analyse bisher nicht erschöpft sind (Schmidt 2001; 44)
- Wie lange müssen Hilfeprozesse fortgesetzt werden, um den optimalen Schnittpunkt von Aufwand und (längerfristigen) Effekten nicht zu überschreiten ?
- Ein zentrales Anliegen (allerdings auch zeitaufwändig und sehr teuer) sind prospektive Untersuchungen, die Aufschluss darüber geben können, ob die mit den weitgehenden Eingriffen verbundenen Erwartungen sich tatsächlich erfüllen und wie sich die weiteren Verläufe und Lebenswege der betroffenen jungen Menschen gestalten.

Ich möchte mit dem ersten Punkt zum Ende kommen. Was mir zukünftig wichtig erscheint und was meine Arbeit leider nicht leisten konnte, ist die Analyse an erfolglosen und abgebrochenen Hilfeprozessen, für die die Möglichkeiten quantitativer Analyse bisher einfach noch nicht erschöpft sind. Ich glaube, daraus kann man sehr viel lernen. Gerade an solchen Fällen noch mehr, als an Fällen, bei denen es sehr positiv verlaufen ist. Und in Zeiten, in denen es fast nur noch auf die Kosten ankommt, ist auch die zweite Frage wichtig: Wie lange müssen



Art der Beendigung der geschlossenen Unterbringung



Die Art der Beendigung der geschlossenen Unterbringung: 53% waren geplant, 6% wurden von Seiten der Eltern abgebrochen, was bedauerlich ist. Es ist oft so, dass sich die Mädchen in diesem geschlossenen oder strengen Setting relativ schnell



Hilfeprozesse fortgesetzt werden, um den optimalen Schnittpunkt von Aufwand und längerfristigen Effekten nicht zu überschreiten? Auch das wäre es einmal wert, in einer Doktorarbeit überdacht oder bearbeitet zu werden. Und ein zentrales Anliegen, wenn auch ein sehr zeitaufwändiges und teures, sind die prospektiven Untersuchungen. Es ist schön, dass sich das Deutsche Jugendinstitut diesem Thema annimmt und auch bei Mädchen nach ein, drei, fünf Jahren untersuchen wird, was ihnen dieser Heimaufenthalt gebracht hat. Dann wissen wir sicherlich mehr, zumal das Deutsche Jugendinstitut ein unabhängiges Institut ist.

Ich komme jetzt zum zweiten Teil, wofür ich noch eine Viertelstunde habe. Ich berichte Ihnen nun etwas über die Konzeption unseres Hauses. Derzeit gibt es 15 geschlossene Heime. Die von Herrn Lindenberg genannten 200 Plätze stimmen nicht mehr ganz, es sind mittlerweile 250 Plätze. Vertreter der 15 geschlossenen Heime treffen sich einmal jährlich für drei Tage. Sie überprüfen sich selbst, ihre Standards gegenseitig. Es gibt eine eigene Homepage. Das ist [www.geschlossene-heime.de](http://www.geschlossene-heime.de), die immer auf dem neuesten Stand ist. Und wir haben bisher zwei geschlossene Heime nicht aufgenommen, weil wir glauben, dass diese die ethischen Standards, die wir für diese Arbeit vorgeben, nicht erfüllen. Ich will keine Namen nennen. Sie sehen, dass im Süden die meisten geschlossenen Heime sind. Für Jungs und Mädchen sind die Platzzahlen ungefähr gleich groß und mit 42 Plätzen, sechs Gruppen à sieben Mädchen ist das Mädchenheim Gauting das Größte in Deutschland.

Es gibt mittlerweile einen Wildwuchs an halb offenen, halb geschlossenen Heimen. Das stimmt mich ein bisschen bedenklich. Diese 15 geschlossenen Heime arbeiten strikt nach individueller Geschlossenheit mit §1631b, aber wir kriegen mehr und mehr mit, dass im ländlichen Bereich so vereinzelte Gruppen aufgemacht werden, die sich um Familienrichter und andere Geschichten einfach drücken. Wir haben also sechs geschlossene Gruppen à



sieben Mädchen. Wir haben eine intensiv-therapeutisch offene Gruppe, auch mit sieben Mädchen, und es besteht auch dort eine eins-zu-eins Betreuung und eine therapeutisch offene Gruppe. Da sind dann acht Mädchen auf fünf Mitarbeiter. Auf dem Heimgelände haben wir noch eine Lehrlingswohngruppe, die eine sozialpädagogisch betreute Wohngruppe ist, und im Raum München Einzelappartements – das wäre dann das letzte Glied der Betreuungskette.

Ganz wichtig ist unsere Schule, die staatlich anerkannt ist. Es geht los mit Klasse 6-9, für die intelligenteren Mädchen den qualifizierenden Hauptschulabschluss. Und wichtig sind zwei Klassen Berufsvorbereitungsjahr in Verkauf und Hauswirtschaft. Wenn ein Mädchen diese Klasse absolviert hat, dann ist sie berufsschulfrei, kann irgendeiner anderen Tätigkeit nachgehen und muss eine Schule nicht mehr von innen besichtigen. Und es stimmt einfach nicht: Die Mädchen sind nicht schulmüde, wie es immer heißt. Die gehen relativ gerne in unsere Schule rüber, die auch im geschlossenen Bereich ist und kommen oft strahlend – mit der Note 2 – rüber zu ihrer Gruppe. Ich möchte es oft gar nicht glauben.

Wir nehmen Mädchen ab zwölf Jahren auf. Mittlerweile haben wir Anfragen von Elfjährigen. Wir weigern uns noch. Aber wenn die Tendenzen so weiter gehen, dann weiß ich nicht. Siebzehnjährige nehmen wir in der Regel nicht mehr auf, denn die sitzen die restliche Zeit bis zum 18. Lebensjahr auf ihrer linken Pobacke ab. Da haben wir keine guten Erfolge. Sie müssen halt noch beschulbar sein. Ohne familienrichterlichen Beschluss nach §1631b geht



gar nichts. Und ein Vorstellungsgespräch ist sinnvoll, weil die Mädchen dann oft sehen, dass das gar nicht Knast-mäßig ist. Wir haben z. B. überhaupt keine Gitter. Klar, die Gläser sind fester; so leicht haut man die nicht durch. Wir haben Innenhöfe, wo sie jederzeit rausgehen können, sowie Freizeitmöglichkeiten. Im offenen Bereich ist natürlich ein Vorstellungsgespräch notwendig. Auch da nehmen wir ab dem zwölften Lebensjahr auf.

Ausschlusskriterien sind akute psychiatrische Erkrankungen. Das können wir nicht leisten. Auch akute Suizidgefahr nicht. Wir haben zwar Frauenärztinnen und einen Psychiater, der konsiliarisch vierwöchentlich zu uns in die Einrichtung kommt. Aber da arbeiten wir eng mit der Heckscher Klinik zusammen, das ist die Jugendpsychiatrie in München. Und es kann immer wieder einmal vorkommen, dass zur Krisenintervention ein Mädchen dort hinkommt. Die nehmen aber nur Mädchen mit Rückgabegarantie von uns auf. Wir nehmen keine Mädchen mit schwerer geistiger oder körperlicher Behinderung auf. Das liegt daran, dass die viele Mädchen sehr dissozial und sehr grausam sein können und keine Gnade mit solchen Probanden kennen. Drogengefährdet sind bei uns 90% aller Mädchen. Die haben auch schon eine Menge Drogen durchprobiert, vielleicht sogar einmal eine Heroinspritze gesetzt, sind aber noch im Probierstadium. Wenn jemand die Drogenszene absolut verherrlicht und ideologisch drin ist, wäre das ein Ausschlusskriterium. Das können wir nicht leisten. Ich glaube, das ist schlechthin die Marktlücke in Deutschland. Ich kenne nichts für Minderjährige, die keine Krankheitseinsicht haben. Aber der Bedarf wäre da.

Wir haben also vom Störungsbild her die dissoziale Persönlichkeitsstörung, dort den impulsiven Typus und die Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Ja, das muss ich noch erzählen: Wir haben vor zweieinhalb Jahren europaweit die erste geschlossene Borderline-Gruppe aufgemacht. Das lag daran, dass immer mehr Anfragen von Borderline-Mädchen kamen – also ich muss vorsichtig sein, in dem Alter darf man eigentlich noch nicht von Borderline sprechen. Die Psychiater drücken das vorsichtiger aus: Emotional instabil mit Verdacht auf beginnende Borderline-

Störung. Und das war immer der größte Graus für unsere Einrichtung. Wenn ein solcher Borderliner bei uns in der Gruppe war, hat er es geschafft, den Rest der Gruppe in der Entwicklung zu blockieren und hat es im Team geschafft, dass die Einen absolut pro und die anderen absolut gegen das Mädchen waren. Also Spaltungstendenzen hoch zehn. Jetzt haben wir amerikanische Studien gelesen, dass Borderliner sich gegenseitig neutralisieren. Die sind intelligent und erkennen ihr Störungsbild. Und daraufhin haben wir den Mut gefasst, die erste eigene Borderline-Gruppe im geschlossenen Bereich aufzumachen. Nach zweieinhalb Jahren kann ich die Studie nicht ganz so bestätigen. Aber wir haben ein eigenes Konzept nach Linehan, und zwar DBT, das heißt Dialektisch-Behaviorale Therapie, die sich bei Borderlinern eigentlich am besten bewährt hat. Wir haben für dieses Team eine sehr teure Indoor-Schulung gemacht. Die arbeiten konzeptionell ein bisschen anders als die anderen. Die haben eine eigene Vollzeit-Psychotherapeutin zusätzlich in der Gruppe. Das ist dann die absolut teuerste Gruppe mit 280 €. Aber nach zweieinhalb Jahren muss ich sagen: Im Großen und Ganzen hat es sich tatsächlich bewährt.

Wir haben sehr viele posttraumatische Belastungsstörungen. Die sind übrigens teilweise freiwillig da. Die erleben die Geschlossenheit als Schutz und Schonraum. Sie können endlich einmal durchatmen, weil der Peiniger oder Vergewaltiger sie nicht greifen kann. Sie können erstmals ruhig schlafen. Klar kann man da fragen, warum man nicht besser den Vergewaltiger einsperrt. Warum ist das Mädchen geschlossen untergebracht? Aber das führt in eine gesellschaftliche Diskussion. Eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion haben fast alle Mädchen. Und über das andere habe ich bereits gesprochen. Es ist übrigens auffällig, dass 89% unserer Mädchen deutsch sind. Das ist nicht unbedingt repräsentativ für Heimunterbringung. Ich weiß nicht, woran es liegt, ich kann es nicht sagen.

Im Schnitt sind die Mädchen elf Monate im geschlossenen Bereich. Es kann aber auch sein, dass der Richter verlängert. Die meisten Mädchen kommen aus anderen offenen Heimen. Am zweithäufigsten von Pflege- und Adoptiveltern, am dritthäufigsten



aus Kinder- und Jugendpsychiatrien und am seltensten aus offenen Gruppen unserer Einrichtung in den geschlossenen Bereich. Vom geschlossenen Bereich gehen sie, nachdem sie sich stabilisiert haben, oft wieder heimatnah in andere offene Heime. Teilweise bleiben sie auch in unserer offenen Betreuungsgruppe und gehen seltener zu den Eltern bzw. Adoptiveltern zurück. Unser Ziel ist eher die Verselbständigung, nicht die Rückführung ins Elternhaus, weil das Elternhaus eben in der Regel zwischenzeitlich wenig gelernt oder selbst Therapie durchgeführt hat und wir befürchten müssen, dass nach ein paar Wochen alles wieder beim Alten ist. In seltenen Fällen findet auch im Anschluss noch ein Erlebnispädagogisches Projekt oder ähnliches statt.

Was heißt jetzt geschlossene Unterbringung? Mittlerweile arbeiten alle 15 Heime nunmehr nach dem Prinzip der individuellen Geschlossenheit, d. h. die ersten vier Wochen sind die härteste Zeit, von der grenzenlosen Freiheit auf der Straße zu uns, wo der Tag von früh bis abends strukturiert ist. Mit Pflichten und Diensten. Ich möchte nicht in der Haut von so einem Mädchen stecken. Jedes Mädchen hat einen eigenen Kontaktbetreuer. Der geht nach den vier Wochen feierlich mit dem Mädchen zum Essen. Die Mädchen können sich im Ort aussuchen, ob zum Chinesen, Italiener oder sonst wohin. Das ist dann der Eingang in die Ausgangsphase, wenn das gut läuft, mehrere Mädchen plus Betreuer am Wochenende. Frühestens nach drei Monaten der erste Alleinausgang, anfangs kurz und zweckgebunden, zum Arzt, Einkauf für die Gruppe. Aber theoretisch können die nach sechs Monaten so viel Ausgang haben wie in unseren offenen Gruppen. Ich muss halt die Tür da vorne nach der Hausaufgabenzeit oder nach dem Abendessen aufsperrn. Sie werden mich jetzt fragen, warum wir die nicht rechtzeitig rüber auf die Offenen tun. Das war unser Anfangskonzept



vor 25 Jahren. Da war ich noch nicht dort. Aber das ist ziemlich in die Hose gegangen. Da haben wir die nach drei Monaten automatisch in die offene verlegt. Und genau in der Zeit, wo sie Bindungen zu den Betreuern, also der Mädchengruppe, aufgebaut haben, gibt es jetzt wieder völlig neue Bindungen. Es ging einfach schief. Deswegen haben wir gesagt: Lieber in dieser Gruppe bleiben und immer mehr Ausgang und Öffnung nach außen.

Wenn es dann nach einem Jahr so weit ist, dass wir sagen: So, jetzt steht etwas Freiheitlicheres an, dann passiert es oft, dass die Mädchen gar nicht mehr raus wollen aus diesem sogenannten Schutz- oder Schonraum. Es kann passieren, dass sie bewusst entweichen, um uns zu signalisieren, dass sie noch nicht raus wollen. Sie haben hier zum ersten Mal Erwachsene erlebt, die sie nicht anlügen. Sie haben zum ersten Mal Erwachsene erlebt, die Interesse an ihrem Werdegang zeigen. Sehr wichtig ist die Phase der Loslösung, die behutsam und rechtzeitig eingeleitet wird. Denn ich merke immer wieder, dass sie sich in diesem geschlossenen Setting schon relativ schnell stabilisieren. Aber wenn dieser Ablöseprozess nicht gut genug funktioniert, kann es sein, dass die tatsächlich schnell wieder abrutschen.

Unser Konzept: Wir sprechen von Milieuthherapie. Ich bin nicht ganz glücklich über den Begriff ‚intensiv-therapeutisch‘. Das impliziert, man hätte Psychoanalytiker angestellt und die Mädchen kommen nachmittags auf die Couch und werden nach Strich und Faden therapiert. Das geht gar nicht. Die sind ja gar nicht therapiefähig im engeren Sinne. Die sagen: ‚Das Leben auf der Straße ist geil und schuld daran,



dass ich hier bin, sind das Jugendamt und die Eltern.' Aufdeckende Psychotherapie über ihren sexuellen Missbrauch können die vielleicht ein paar Jahre später machen, nicht bei uns. Wir sprechen von Therapie des Alltags, und das sind so Sachen wie z. B. den Tag wieder zum Tag zu machen und die Nacht wieder zur Nacht. Das sind Grundfähigkeiten, dass man im Gruppengespräch den anderen ausreden lässt und solche Sachen. Sehr viel Anleitung im hauswirtschaftlichen, lebenspraktischen Bereich. Da erzählen die Mädchen oft sehr viel mehr, als wenn der Psychologe montags von 14-15 Uhr mit dem Mädchen Therapiestunde hat und ihm face to face gegenüber sitzt.

Wir haben also sehr viel Einzelbetreuung, sehr viel Gruppenarbeit, sehr viel Freizeitgestaltung. Wir sind ausgerüstet wie ein Hilton Hotel, mit Schwimmbad, Sauna, Fitnessraum, Tennisplatz, Heimband, Töpferwerkstätten und viele Sachen mehr. Es geht halt darum, dass man die Mädchen zu etwas Sinnvollem bringt. Die haben ja oft eine Null-Bock-Haltung, und die Lieblingsbeschäftigung von den Mädchen ist zweierlei: Video schauen und Rauchen. Und das kann es ja nicht sein. Deswegen sagen wir uns, dass jeder Betreuer das anbieten soll, was er selbst sehr gerne macht. Denen ist dann schon langweilig und sie setzen sich dann zum Basteln dazu. Oder was auch immer. Erlebnisorientierte Maßnahmen sind auch wichtig für Dissoziale. Wir haben in Österreich eine eigene Berghütte angemietet. Oder Nachtwanderungen oder Mutproben und so weiter: Nachts allein über einen Friedhof gehen. Das kommt bei Dissozialen sehr stark an, da schwärmen sie Monate später noch.

Ich möchte damit zum Ende kommen. Meine These lautet: Es gibt einen ganz, ganz kleinen Personenkreis im Spannungsfeld zwischen Psychiatrie, Justiz und Jugendhilfe. Das sind also 250 Plätze. Und bundesweit sind es vielleicht 750 Anfragen, bei denen ich meine, dass eine befristet geschlossene Unterbringung sinnvoll sein kann. Und da möchte ich mich meinem Vorredner anschließen: Geschlossene Unterbringung kann aber nur sinnvoll sein, wenn es einigermaßen ‚freiwillig‘ ist. Ich möchte es anders formulieren: Es soll keine Bestrafung sein,

sondern eine letzte Chance. Und das merken wir immer wieder. Wenn Mädchen zu uns kommen, die das als letzte Chance sehen, haben wir deutlich mehr Erfolge, als wenn in offenen Heimen gedroht wird: ‚Noch einmal, dann drohe ich dir mit dem geschlossenen Heim!‘, oder sonst wie, das Mädchen das als Bestrafung erlebt. Da kommen wir deutlich schlechter heran. In diesem Sinn vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Vielen Dank zunächst einmal für diese interessanten Ausführungen. Zweigeteilt: einmal Forschungsergebnisse, einmal das Konzept. Nun haben Sie im Publikum die Gelegenheit zu Rückmeldungen. Auf Handzeichen kommt jemand vorbei und gibt Ihnen ein Mikrofon. Da ist der erste Beitrag.

### **Tagungsgast**

Ich möchte eigentlich nur wissen, wie lange die Wartezeit bei einer freiwilligen Aufnahme ist oder auch bei einer Aufnahme durch Gerichtsbeschluss. Bei der Anzahl der Anfragen wird das sicherlich sehr lange dauern.

### **Dr. Bernhard Stadler**

Also, freiwillig oder Gerichtsbeschluss gibt es nicht. Es muss immer eine gerichtliche Genehmigung vorliegen. Das ist kein Gerichtsbeschluss, der umgesetzt werden muss. Wir können die Mädchen aussuchen. Wir kriegen die Akten und wir schauen sehr darauf, dass nicht sieben Aggressive in einer Gruppe und sieben Depressive in der anderen Gruppe sind,





sondern dass die Mischung einigermaßen stimmt. Im Sommer ist die Wartezeit gleich Null, weil wir in Bayern zum Schuljahresende die Hälfte aller Mädchen gleichzeitig entlassen. Das ergibt sich einfach so. Mitte Juli bis Oktober haben Sie immer Chancen, und sonst ist es Glückssache.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Das war eine klare, offene Antwort. Weitere Fragen an Herrn Dr. Stadler?

### **Tagungsgast**

Sie haben eben von Kriterien gesprochen, die Sie an geschlossene Einrichtungen stellen. Können Sie darauf noch näher im Detail eingehen, welche Kriterien das sind? Da ging es darum, dass Sie bestimmte andere Einrichtungen ausschließen, mit denen Sie zusammenarbeiten oder sich austauschen.

### **Dr. Bernhard Stadler**

Da sind wir jetzt gerade dran, diese Standards zu erarbeiten. Ich denke, dass wir Ende des Jahres fertig werden. Elternarbeit zum Beispiel ist eine solche Geschichte, ohne dass es unabdingbare Voraussetzung ist. Und da gibt es so einige Kriterien. Ich möchte

nur ganz kurz zur Elternarbeit etwas sagen: Das ist natürlich ein Stiefkind im geschlossenen Bereich. Einzugsgebiet ist ganz Deutschland. Ich kann nicht verlangen, dass die alle 14 Tage freiwillig kommen. Wir haben billige Apartments, wo die wirklich preisgünstig übernachten können. Aber ich sage es Ihnen: Die Eltern sind oft schlimmer als die Kinder selbst. Manchmal denke ich, dass die eigentlich eingesperrt werden müssten, nicht die Kinder. Manchmal bin ich froh, wenn sie die raushalten können. Aber oft ist das Kind im Spannungsfeld zwischen Sorgeberechtigten, denen das Aufenthaltsbestimmungsrecht weggenommen worden ist und die dagegen prozessieren und uns. Und eigentlich können sie sich gar nicht richtig auf das Setting einlassen. Wir haben am wenigsten Erfolg bei denen. Aber oft heißt es auch: Aus den Augen, aus dem Sinn. Wenn die Mädchen erst einmal bei uns sind, rühren sich die Eltern überhaupt nicht, worunter die Mädchen sehr leiden. Das wäre ein erstes Kriterium, wenn das Mädchen das nicht als Bestrafung erlebt. Und das zweite Kriterium ist, wenn Eltern auch nur abstrakt der Maßnahme zustimmen oder kooperativ sind – ganz abstrakt. Diese zwei Bedingungen sind Gold wert. Sie kriegen die Standards Ende des Jahres. Ich darf das noch nicht so offiziell einzeln erzählen.

### **Tagungsgast**

Mich würde noch einmal die Tagesstruktur genauer interessieren – das ist halt sehr stark strukturiert – und wie sich das so abspielt.

### **Dr. Bernhard Stadler**

Es sieht so aus, dass die um halb sieben aufstehen müssen. Sie haben selbst einen Wecker. Wenn jemand um halb acht nicht beim Frühstückstisch ist oder zwei Minuten zu spät ist, muss sie einfach abends um acht aufs Zimmer, weil es da schon mit Pünktlichkeit losgeht. Dann gemeinsames Frühstück der sieben Mädchen mit dem Betreuer. Anschließend die Dienste, also Spülen und solche Sachen. Dann werden die Mädchen in die Schule begleitet.



Dort herrscht intensiver Austausch zwischen Schule und Betreuer, damit keine Ausspielversuche möglich sind. Die kommen dann um 12:15 Uhr wieder rüber. Es gibt dann von der Zentralküche Mittagessen. Dann stehen wieder Dienste und Pflichten an. Von 14-15 Uhr ist Hausaufgabenzeit, da geht jedes Mädchen auf ihr Zimmer. Das habe ich noch gar nicht gesagt: Die Mädchen haben alle Einzelzimmer mit eigener Dusche und Toilette, was relativ luxuriös ist. Aber wenn man im geschlossenen Bereich so eng aufeinander ist, braucht man das. Und es gibt auch Mädchen, die später in ein anderes, offenes Heim sollen, in dem sie mit anderen drei das Zimmer teilen sollen, und dazu sagen: ‚Nein! Da bleibe ich lieber hier. Hier habe ich mein Einzelzimmer.‘ Nach dieser Hausaufgabenzeit gibt es Planung. Da wird geplant, was heute ansteht. Das ist gleichzeitig Einübung von Frustrationstoleranz. Wenn zum Beispiel Einkaufen leider nicht möglich ist, weil wir heute Doppeldienst haben. Und dann ist Freizeitpädagogik angesagt. Um sechs Uhr ist Abendessen. Da kochen die Mädchen selbst. Eine kauft ein, die andere kocht. Um sieben Uhr ist dann Tagesreflektion. Da sitzen wieder alle zusammen und reflektieren den Tag: Was war heute gut, was war heute weniger gut? Wie hätten wir das Problem XY anders lösen können? Vielleicht sogar ein kleines Rollenspiel. So eine Tagesreflektion dauert oft eine halbe Stunde. Und abends gibt es dann Brettspiele, Fernsehen. Es gibt auch fernsehfreie Tage; das haben wir extra eingeführt, was gar nicht schadet. Um 22:30 Uhr müssen die Mädchen auf den Zimmern sein, können aber noch lesen oder leise Musik hören. Das wäre so ein typischer Tagesablauf.

## Tagungsgast

Können Sie noch einmal etwas zur Mitarbeiterqualifikation sagen, zu Fortbildung, Begleitung der Mitarbeiter und zum Thema, wie es bei den Mitarbeitern mit Fluktuation aussieht. Haben Sie auch eine lange Verweildauer bei den Mitarbeitern in Ihren Gruppen?

## Dr. Bernhard Stadler

Gott sei Dank ist die Fluktuation in den letzten Jahren zurückgegangen. Aber das liegt, glaube ich, auch am Arbeitsmarkt. Wir kriegen fast nur Berufsanfänger, es ist wirklich so. Wer macht schon Schichtdienst? Wer macht schon Wochenenddienst? Wer arbeitet schon mit Klienten, die einen dreimal täglich als ‚Arschloch‘ oder sonst was bezeichnen? Aber das macht nichts. Wir schauen auf die Persönlichkeit. Wenn jemand in seinen Aussagen sehr klar ist, sehr konsequent, wenn er eine Portion Humor mitbringt – das entschärft so manche aggressive Situation – und wenn er das Klientel mag, was die spüren und wofür die einen siebten Sinn haben, das ist schon die halbe Miete. Der kann sich dann als Berufsanfänger auspowern und da haben wir sehr viele Indoor-Schulungen, was auch wichtig ist. Es ist also nicht unbedingt notwendig, dass man in so einem hochtherapeutischen Setting zehn Jahre Berufserfahrung und sieben Zusatzausbildungen hat. Nicht unbedingt, nein.





### Tagungsgast

Gab es irgendwelche Zwischenfälle? Übergriffe auf Mitarbeiter?

#### Dr. Bernhard Stadler

Ja, das gibt es. Gott sei Dank haben wir so etwas meist im Vorfeld durch Petzen oder sonstige Sachen aufgedeckt. Aber wir haben da Sicherheitsmaßnahmen, zum Beispiel einen Piepser: Wenn man den drückt, ist innerhalb kürzester Zeit von allen Gruppen, wo jemand Dienst hat, bei dieser Gruppe jemand da, auch nachts. Das ist baulich so eingerichtet, dass zwei Gruppen so zusammengebaut sind, dass die Betreuerbüros Zugang zueinander haben, ohne dass sie über die Flure der Mädchen müssen. Wenn ein Mädchen nachts klopft, dann geht man zu zweit raus und fragt nach dem Anliegen. Und es gibt einfach so ein paar Einführungs-Sicherheitsvorschriften bei uns. Es kommt schon einmal vor, Erzieherangriffe. Aber auch das wäre nicht unbedingt ein Entlassungsgrund.

#### Andrea Dittmann-Dornauf

Mir scheint, dass beim Auditorium der Impuls nachzufragen zunächst befriedigt ist. Dann bleibt uns, glaube ich, Ihnen ganz herzlich für Ihre Ausführungen zu danken; auch für Ihre Antworten auf die konkreten Fragen und an die Gesamtheit: Wir treten jetzt noch einmal in eine kurze Kaffeepause ein und um 14:40 Uhr machen wir weiter mit der Fallbesprechung, und auch hier gibt es ein Podium und auf jeden Fall noch einmal für Sie die Möglichkeit, sich einzuklinken und ein kleines Experiment. Ich bin gespannt, wie es gelingen wird.



# Fallbesprechung

Matthias Giffhorn



## Andrea Dittmann-Dornauf

Wir steigen zu unserer letzten Runde ein, die hoffentlich nicht weniger spannend wird, als alles das, was wir vorher schon gehört haben. Sie haben vorhin schon gehört, dass dies jetzt ein Experiment ist, nämlich eine Fallbesprechung mit großem Publikum. Herr Giffhorn wird den Fall zunächst kurz skizzieren, damit Sie wissen, worüber die Experten sprechen. Ich begrüße in der Runde noch eine weitere Person. Es handelt sich um Herrn Dr. Burchard, der Chefarzt und leitender Arzt in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie in Marsberg ist und insofern eine wichtige weitere Ergänzung in dieser Runde darstellt. Die anderen Teilnehmer in dieser Podiumsrunde haben Sie bereits mit ihren jeweiligen Vorträgen und Inputs kennengelernt, sodass ich da auf eine weitere Vorstellung verzichte. Wichtig ist noch, dass für Sie nachher die Möglichkeit besteht, sich an der Diskussion zu beteiligen und auch die einzelnen Referenten noch einmal anzusprechen. Ich gebe nun das Wort an Herrn Giffhorn.

## Matthias Giffhorn

Vielen Dank. In der Fallbesprechung geht es um die Lebensgeschichte von Frau M. Sie ist am 11.11.1984 geboren, inzwischen also 23 Jahre alt. Frau M. wurde als dreieiiiger Drilling ca. sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin geboren. Es handelte sich um eine Risikoschwangerschaft. Die Geburt erfolgte per Kaiserschnitt. Die Mutter von Frau M. ist Einzelhandelskauffrau, der Vater Abteilungsleiter in einer Kunststofffirma. Zum Geburtstermin war die Mutter 26, der Vater 27 Jahre alt. Frau M. wurde postnatal ca. sechs Wochen in einem Brutkasten behandelt. Sie wog danach 2.040 Gramm bei einer Körpergröße von 44 cm. Sie wurde nicht von der Mutter gestillt, sondern bekam gespendete Muttermilch. Mit elf Monaten konnte sie laufen. Die Sprachentwicklung begann mit 18 Monaten und die Sauberkeitserziehung war mit zwei Jahren abgeschlossen. An Kinderkrankheiten hatte sie Varizellen und Scharlach. Einmal litt sie an Mundfäule und 1995 ist eine Nabelbruch-OP durchgeführt worden.

Anamnestisch hatte Frau M. mehrere Arm- und Beinfrakturen und sie sei oft umgeknickt.

Vom dritten bis sechsten Lebensjahr besuchte sie den Kindergarten. Hier wurden keine Störungen und Auffälligkeiten beobachtet. Die Einschulung erfolgte mit dem sechsten Lebensjahr. Nach der Grundschule schloss sich die Hauptschule an, die sie mit dem Realschulabschluss 10B beendete. Schulstörungen und Leistungseinbußen sind nicht festgestellt worden. Eine Schwester von Frau M. besuchte das Gymnasium, die andere ebenfalls die Hauptschule. Beide Schwestern sind im Übrigen psychiatrisch absolut unauffällig. Als Frau M. im zweiten Jahr der Grundschule war, wurde sie von einem ca. zwei Jahre älteren Mitschüler sexuell missbraucht. Konkret war es so, dass er sie mit einem Messer drohend zwingen wollte, mit einem anderen Kind den Geschlechtsverkehr auszuüben. Danach war Frau M. verändert. Sie hatte Ängste zur Schule zu gehen, wurde nachts von Ängsten und Alpträumen heimgesucht. Die Eltern suchten Hilfe durch einen kinderpsychologischen Therapeuten. Die Symptome klangen zunehmend ab, sodass die Therapie später eingestellt wurde.

Seit ihrem zehnten Lebensjahr fiel sie durch häufige Verletzungen auf, insbesondere durch Knochenfrakturen der Arme und der Beine. Sie selbst sagt heute, dass sie sich seit dieser Zeit durch Treten und Schlagen vor Wände und Gegenstände Frakturen zugezogen habe. Gegenüber ihren Eltern gab sie stets andere Sachen an, sodass diese sehr lange unwissend waren, was die Selbstverletzungen anging. Nach dem Schulabschluss wollte Frau M. Arzthelferin oder Erzieherin werden. Ansonsten verbrachte sie viel Zeit mit ihrem Hund, ging fast täglich reiten, ging gerne ins Kino oder auf Partys und pflegte viele Kontakte mit ihren Freunden. Insbesondere die Beziehung zu ihrer Mutter wird als sehr eng bezeichnet, wobei die zum Vater ebenfalls gut war und auch noch ist.



Im August 2002 wurde Frau M. im Alter von 17 Jahren erstmals in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marl-Sinsen stationär behandelt. Die Gründe waren somatoforme Störungen und selbstverletzendes Verhalten. Sie hatte sich eine fünf Wochen alte Blinddarm-Narbe eröffnet. Im Verlauf dieser stationären Behandlung wurde zusätzlich eine Bulimia nervosa diagnostiziert. Nach sechs Wochen wurde Frau M. wegen unbefriedigender Therapiefortschritte und unbefriedigender Motivationslage aus der stationären Behandlung entlassen. Seit der Entlassung bildete Frau M. zunehmend anorektische Symptome aus, wobei sie auf ein Gewicht von 41,9 kg bei einer Körpergröße von 172 cm zurückfiel. Das ergab einen Body Mass Index von 14, sie war also extrem untergewichtig.

Eine im August 2001 angefangene Ausbildung zur Arzthelferin brach sie nach dem Klinikaufenthalt krankheitsbedingt ab. Fortan war ihr weiterer Lebensweg durch Klinikaufenthalte geprägt. Zunächst stand die Essstörung, später die zunehmende Intensität ihrer Selbstverletzungen im Vordergrund. In der Zeit von 2001 bis 2005 gab es insgesamt vier stationäre Klinikaufenthalte wegen Essstörungen und / oder wegen selbstverletzendem Verhalten. Ende 2003 erfolgte eine Aufnahme in einer Wohngemeinschaft für essgestörte Frauen und Mädchen in einem Heim im Ruhrgebiet. Dort blieb sie bis 2007. Dann wurde diese Maßnahme wegen Erfolglosigkeit abgebrochen. Während dieser Zeit gab es immer wieder Klinikaufenthalte, auch wegen Anorexie. Sie lag meist bei einem Body Mass Index von 16, also einem Gewicht von ca. 47 kg. An Silvester 2004 auf 2005 kam es während einer Silvesterparty zu einer Vergewaltigung, die auch zur Anzeige gebracht wurde. Das Verfahren gegen den Täter wurde eingestellt, da die Tat nicht zweifelsfrei zu beweisen war.

Im Jahr 2006 begann Frau M. eine Ausbildung zur Kauffrau im Gesundheitswesen. Die Ausbildung ist aktuell unterbrochen. Im Jahr 2007 setzte Frau M. sich weiterhin massive Schnittwunden, unter anderem mit Durchtrennung der Strecksehnen des rechten Unterarms. Während eines Klinikaufenthaltes schnitt sie sich mit einer Glasscherbe die Achillessehne des linken Fußes durch und schluckte

anschließend die verwendete Glasscherbe. Dies führte zu einer Perforation der Speiseröhre und danach zu einer Entzündung des Herzbeutels. Sie musste deshalb intensivmedizinisch behandelt werden. Im Februar 2008 wurde Frau M. in einer neu eröffneten Wohneinrichtung des Sozialwerk St. Georg für Jugendliche und junge Erwachsene in Arnsberg-Neheim aufgenommen. Aufgrund der Erfahrungen mit einem bestehendem Angebot in Schmallingenberg für eine ähnliche Klientel wurde die neue Einrichtung von vornherein mit einem sehr hohen Sicherheitsstandard gebaut. Frau M. bewohnt derzeit ein Zimmer, welches videoüberwacht ist, in einer Wohngruppe, in der sämtlich Küchenschränke und Schubladen abschließbar sind. Zusätzlich gibt es eine Präsenznachtwache, die derzeit nur aufgrund des Bedarfs von Frau M. vorgehalten wird. Damit steht Frau M. tatsächlich 24 Stunden am Tag unter Beobachtung. Dadurch konnten bereits mehrere Male Selbstverletzungen verhindert werden. Auffällig ist, dass Frau M. mit all ihrem Handeln und Trachten danach sucht, Werkzeuge für weitere selbstverletzende Handlungen zu finden. Frau M. geht täglich einer Beschäftigung in einer externen Tagesstätte nach. Nach ihrer Rückkehr aus der Tagesstätte wird sie mit einem Metalldetektor auf Klingen und Schneidewerkzeuge untersucht. Soweit die Fallvorstellung.



### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Vielen Dank, Herr Giffhorn. Ich interpretiere Ihr Schweigen in der Runde hier als gewisse Betroffenheit, die dieser Fall zweifellos auslösen kann. Es ist eine ziemlich bewegende Geschichte, die wir gerade gehört haben. Wenn wir auf das Thema dieser Fachtagung schauen, könnte man diesem Titel ‚Betreuen? Behandeln? Einschließen?‘ in diesem Fall vielleicht noch hinzufügen: ‚Oder rund um die Uhr beobachten?‘ Das erweist sich vielleicht gleich in der Diskussion noch, inwieweit auch das ein wichtiger Schritt ist.

Ich würde gerne zunächst in die Runde fragen wollen, welche ersten Impulse es gibt, nachdem Sie das gehört haben, welche ersten Hypothesen haben Sie sich vielleicht auch schon gebildet? Ich schaue Sie einmal besonders an, Herr Dr. Burchard, denn ich denke, Sie sind hier als Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut und Psychiater sicherlich besonders kompetent, aber natürlich möchte ich auch gleich die anderen dazu hören.

### **Dr. Falk Burchard**

Es scheint ja so zu sein, dass der Bruch in der ganzen Entwicklung – obwohl da schon Risiken erkennbar waren – infolge dieses Psychiatrieaufenthaltes in Marl-Sinsen eingetreten ist. Sie ist in diese Klinik mit psychosomatischen, somatoformen Störungen gekommen (wie auch immer die ausgesehen haben), selbstverletzendem Verhalten – sie berichtet allerdings auch anamnestisch schon über selbstverletzendes Verhalten im Alter von zehn Jahren – die sie nicht zum Ausdruck gebracht hat. Und jetzt im Alter von 17 Jahren hat sie sozusagen in der Klinik erst einmal sehr viel Betreuung erfahren und hat auch sicherlich die Möglichkeit gehabt, diese ganzen belastenden Dinge einmal auszudrücken und auszuleben. Man hat ja schon die Vorstellung, dass wahrscheinlich diese frühe Erfahrung im Alter von acht Jahren doch eine große Rolle spielt. Vermutlich wird sie in der Klinik diese Dinge stärker ausgelebt haben können und – wenn man es einmal ganz laienhaft

ausdrückt – nicht mehr die Bremse gefunden haben. Was macht man in der Klinik, wenn jemand sich selber verletzt oder sich gefährdet? Man schließt ihn ein, schützt ihn, fixiert ihn vielleicht. Ich habe es in der Klinik häufig gesehen – deswegen machen wir in Marsberg Fixierungen extrem ungern – dass Patienten auch sozusagen fixiersüchtig werden können. Die Fixierung ist da sozusagen das Maximale an Maßnahme, geschützt und gehalten zu werden. Das kann auch Sicherheit geben und kann auch immer wieder von Patienten aufgesucht werden. Man sieht das bei manchen Borderline-Patienten gar nicht so selten. Ich denke, dann ist diese ganze katastrophale Entwicklung weitergegangen, ohne dass da noch eine Bremse war. Soviel vielleicht erst einmal dazu.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Das war also die erste Hypothese: Da hat die Bremse nach den Erfahrungen in der Klinik gefehlt. Gibt es von ihnen eine andere Sichtweise oder eine ähnliche, Herr Biegert?

### **Dr. h.c. Hans Biegert**

Eine andere nicht, aber zunächst einmal muss ich sagen, dass mich als Lehrer so etwas total erschlägt. Wir haben nicht einen ähnlichen Fall, aber vor einem Jahr haben wir bei uns in der Schule ein Mädchen gehabt, die ist, nachdem sie auch kurz den Weg über Marsberg gegangen ist, in Lüneburg gelandet und hat sich geritzt. Und zwar immer mehr. Und wir haben keinen Peil gehabt, was wir mit diesem Kind machen sollen. Eine totale Hilflosigkeit also, muss ich sagen und wir in der Schule haben parallel noch gedacht: Was passiert, wenn die mit dieser Ritzerei jetzt auf Dauer in der Klasse ist? Das kann ja zu einer Epidemie bei den anderen Mädels führen. Auch da war die Ratlosigkeit, wie man damit umgeht. Was wir am Ende festgestellt haben, nachdem ich nur über Beziehungen überhaupt einen Therapieplatz für dieses Mädchen bekommen habe – ich bin also in diversen Gremien, u. a. im HDD-Forum, wo sehr





viele Psychiater und auch Klinikleiter sind und wir darüber einen Platz in Lüneburg bekommen haben – dass, wenn man eine Idee für so ein Kind hätte, Kliniken häufig enorme Wartezeiten haben. Es ist also oft gar nicht möglich, hinzugehen und zu sagen: ‚So, jetzt wende dich einmal an die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Köln.‘ Dann sagen die: ‚Kommen Sie mal in neun Monaten wieder, dann können wir miteinander reden.‘ Und alles andere ist bis dahin belegt. Das ist nach unserer Feststellung in dem Fall für alle Beteiligten mit einer irren Odyssee und einer irren Hilflosigkeit verbunden, woran man sich da wenden soll. Eine der Konsequenzen, die wir daraus gezogen haben, uns da etwas mehr zu professionalisieren, war, dass wir Dr. Plener vor 14 Tagen aus Ulm eingeladen haben, der Fortbildungen für unsere Lehrer gemacht hat. Er hat über Ritzen und selbstverletzendes Verhalten promoviert und unseren Lehrern vermittelt: Wie nimmt man es wahr? Wie geht man damit um? Wie handelt man das mit dem Mädchen? Wie handelt man das mit der Gruppe?

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Vielen Dank: Sie sind auch schon bei der Frage, was man denn nun tun kann, also letztendlich der Frage unserer Tagung. Gibt es davor noch weitere Hypothesen oder wichtige Impulse, die in diese erste Runde gehören?

### **Dr. Falk Burchard**

Mir ist gerade noch etwas aufgefallen. Das Mädchen hat immer Versuche gemacht, wieder in das normale Leben zurückzukommen. Die Ausbildung ist jetzt gerade unterbrochen, aber sie hat schon Ziele. Und sie ist trotzdem immer wieder sehr stark beeinflusst von diesen selbstzerstörerischen hochriskanten Verhaltensweisen, zu denen sie sich da gezwungen sieht. Das finde ich einen ganz wichtigen Aspekt: Die zukunftsweisenden, positiven Aspekte sind auch da bei dem Mädchen. Und es würde mich besonders interessieren, wie man die jetzt ansprechen kann. Wenn ich Sie richtig verstehe, wird ja mit der Betreuung versucht, das Mädchen auf der einen Seite zu schützen, aber Sie schicken sie auch in eine Beschäftigung, in eine Tagesstruktur, in irgendetwas Sinnstiftendes. Sie versuchen also gleichzeitig Normalität herzustellen. Also es ist nicht wie in der Klinik, wo man sozusagen aus der Normalität raus ist, sondern man behält auf der einen Seite den Schutz und versucht gleichzeitig Normalität stärker, wichtiger für sie werden zu lassen. Die Hoffnung ist ja wahrscheinlich, dass dann irgendwann der Schutz vielleicht langsam zurückgenommen werden könnte.

### **Helmut Sieker**

Das trifft unsere Strategie ziemlich genau. Üblicherweise gehen wir mit Selbstverletzern so um, dass wir mit allen Mitteln versuchen – insbesondere über Tagesstruktur und Perspektivbildung – diesem selbstverletzenden Verhalten den Lustgewinn zu entaktualisieren. Bei Frau M. sind wir konkret natürlich noch nicht so weit. Erstens ist sie noch gar nicht lange bei uns und zweitens ist es eben auch so, dass sie in der Tat 24 Stunden am Tag darüber nachdenkt, wie sie sich wieder verletzen kann. Ein Mitarbeiter hat das einmal so formuliert: Sie ist wie eine heroinabhängige Person, sie denkt nur noch in selbstverletzenden Kriterien und sucht ausschließlich Möglichkeiten, sich selbst zu verletzen, wobei dies nicht üblicherweise wie bei anderen abläuft, die sich schneiden, sondern sie muss wirklich bis auf den





Knochen herunter schneiden und muss das Gefühl haben, den Knochen anzusägen, um diese innere Befriedigung zu bekommen. Was sie noch von anderen persönlichkeitsgestörten Menschen unterscheidet, ist, dass sie diesen inneren Druck nicht zyklisch hat, wie Borderliner ihn haben, die das ja auf einer Skala von Null bis Hundert auch relativ genau benennen können. Sie ist immer auf Hundert, sieben Tage in der Woche, 365 Tage im Jahr, sagt sie.

### **Dr. Bernhard Stadler**

Trotzdem fällt die Diskrepanz auf, dass sie in einem Beschäftigungsverhältnis ist, wo sie wahrscheinlich nicht so beobachtet wird, wo sehr viel Materialien herumliegen und dann kommt sie in der Wohneinrichtung in eine Rund-um-Bewachung.

### **Helmut Sieker**

Sie wird am Arbeitsplatz genauso beobachtet und kontrolliert und sie wird auch wirklich ‚gefilzt‘.

### **Dr. Bernhard Stadler**

Ich habe noch einmal eine andere Frage. Es gibt einen Fall, der vielleicht auch einigen bekannt ist. Wir hatten ja von Marsberg einen Film einer Patientin Daniela, die ja mit einem ähnlichen Verhalten in der Klinik war. Und da sehe ich so ein bisschen eine grundsätzliche Frage nach der Erfolgsfähigkeit dieses Konzepts. Daniela hat ähnliche Dinge gemacht. Was die Ursachen waren, weiß ich nicht, aber die ‚Endstrecke‘ ist die gleiche gewesen. Die ist auf unserer DBT-Station gewesen und hat die Anforderung gehabt: Ich muss selbst etwas dagegen tun. Hier haben wir es ja noch so, dass Sie die volle Verantwortung übernehmen und sie braucht eigentlich gar nichts zu tun. Für Daniela war es so, dass sie sozusagen eine Perspektive hatte, gesund zu werden und sie musste selbst Motivation aufbringen. Sie hat dann auch noch einmal eine Rasierklinge geschluckt, die entfernt werden musste und die Behandlung wurde

dann beendet. Und nach sechs Wochen durfte sie wieder aufgenommen werden. Gerade dieser Punkt, wo erst einmal das Ende dieser Behandlung, das Ende dieser Chance war, sie es dann aber trotzdem noch einmal versuchen durfte, daraus hat sich eine Motivation gespeist, die sehr wichtig war. Nach meiner Kenntnis geht sie mittlerweile wieder bei ihren Eltern zuhause in die Schule, was ich mir auch nicht hätte vorstellen können. Meine Frage: Wo bekommen Sie eine intrinsische Motivation bei Frau M. her, selbst wieder Verantwortung zu übernehmen? Für mich ist eine ganz entscheidende Frage, wie Sie aus diesem Teufelskreis, wo die externe Verantwortung bei 100% liegt, wieder herauskommen wollen.

### **Helmut Sieker**

Da gebe ich Ihnen natürlich recht: Im Moment übernehmen wir zu 100% die Verantwortung dieser Klientin. Sie ist im Unterschied zu anderen persönlichkeitsgestörten Menschen zu keiner Zeit absprachefähig, das heißt, dass sie sich nicht auf Vereinbarungen mit uns einlassen kann, was ansonsten persönlichkeitsgestörte Menschen in der Regel können und nur in Krisenzeiten oftmals nicht können. Das dreht sich bei ihr eben um. Unsere Hoffnung im Moment ist, dass wir a) über Perspektivbildung und Tagesstruktur überhaupt erst einmal einen Zugang finden und b) gehört diese Klientin natürlich in eine dialektisch-behaviorale Therapie, die sie interessanterweise noch nie bekommen hat. Diese kann man unter stationären wie auch unter ambulanten Bedingungen anbieten. Da gehört sie hin. Nur im Moment ist sie überhaupt nicht so weit. Im Moment ist unsere Aufgabe / Baustelle, jeden Tag aufs Neue ihr Leben zu erhalten, um das einmal so drastisch zu sagen.



### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Wir sind jetzt schon recht schnell auf der konzeptionellen Ebene angekommen. Da stellt sich die Frage: Was denn nun tun? Das ist ja auch eine ganz zentrale Frage und ich denke, das führt die meisten auch hierher. Das treibt auch alle um, ob das Lehrer in der Schule sind, Sozialpädagogen in der Arbeit mit Jugendlichen, die Kollegen und Kolleginnen in den Jugendämtern und so weiter. Jetzt ist schon zweimal das Stichwort DBT gefallen und ich habe eben eine kurze Unruhe wahrgenommen. Ich würde sie einfach bitten, entweder sie Herr Sieker oder Sie, Herr Dr. Burchard, dies kurz zu erläutern, weil hier gesagt wird, dass das ein Erfolg versprechendes Konzept im Umgang mit Klientinnen mit so einer starken Auffälligkeit ist. Insofern ist es denke ich lohnend, darüber ein paar Sätze zu hören.

### **Dr. Falk Burchard**

Ja, aber das muss man wollen. DBT, dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan ist ja ein Verfahren, wo der Mensch lernt, seine Druckgefühle anders als über drastische Selbstverletzungen, vielleicht mit anderen Schmerzzufügungen loszuwerden, die nicht mehr so dramatisch sind und sich sozusagen selbst zu kontrollieren. Und das geht ja nur, wenn er das selbst will. Für mich wäre eine ganz entscheidende Frage bei dieser jungen Frau: Was hat sie für Bilder, wo sind positive Dinge, aus denen sie quasi autonome Eigenmotivation entwickeln kann? Ich habe in Marsberg eine Drogenstation übernommen, die damals nur geschlossen gearbeitet hat. Die kamen also alle mit dem Beschluss sechs Wochen auf die Station und haben sechs Wochen keine Drogen genommen, aber nur, weil wir die Verantwortung dafür übernommen haben. Das hat letztendlich ganz wenig gebracht. Gut, die sechs Wochen hatten sie einen klaren Kopf und konnten ein bisschen reflektieren, aber dann hinterher, als sie von 100 auf Null aus der Verantwortung wieder weg waren: Altes Konzept.

Das ist ja hier genau das Gleiche. Die Jugendlichen müssen zumindest ein bisschen was an Eigenmo-

tivation mitbringen. Das ist immer so, wenn eine Veränderung entstehen soll, muss das eigene Gehirn sich verändern / sich umprogrammieren. Da müssen Sie hinkommen. Die Frage wäre, wo sind Motivatoren? Man kann da ganz platt mit behavioralen verhaltenstherapeutischen Methoden, also sozusagen Belohnungsmethoden arbeiten: Was hat sie gerne? Was könnte sie gewinnen, wenn sie zwei Stunden nichts macht? Oder vielleicht muss man ganz kleinschrittig von ganz unten wieder anfangen, um überhaupt wieder Selbstwirksamkeit entstehen zu lassen. Denn sie hat ja selbst gar keine Verantwortung mehr für sich bzw. sie ist völlig überschwemmt von diesem Wunsch, sich selbst zu verletzen oder kaputt zu machen, was auch immer das jetzt psychodynamisch auch sein mag. Aber irgendwo muss ein Keim von Gegenaktivität in ihr entstehen und nicht nur außerhalb von ihr. Und erst wenn Sie da angekommen sind, können sie Methoden wie DBT einsetzen.

### **Helmut Sieker**

D'accord. Das ist so. Wie gesagt, im Moment sind wir in einer Situation, wo wir erst einmal nur Schadensbegrenzung machen. Für uns ist natürlich auch klar, dass wir ihr die Verantwortung wieder zurückgeben müssen und auch eine Lebensqualität. Es muss sich für sie lohnen, morgens aufzustehen und den Tag anzugehen. Wir haben in der Fallbeschreibung gehört, dass sie früher reiten gegangen ist. Offensichtlich scheint das Thema Reiten zumindest früher ein zentrales Thema gewesen zu sein. Und für mich ist eigentlich schon klar, dass wir ihr sobald wir es können, die Möglichkeit geben werden, wieder zu reiten. Wir werden dann sicherlich auch mit einem Belohnungssystem arbeiten müssen. Das heißt, sie wird sich dieses Reiten dann auch durch Nicht-Verletzung verdienen müssen.

Ein weiterer Ansatzpunkt sind natürlich auch die Eltern. Es gibt, zumindest in einigen Epikrisen beschrieben, symbiotische Beziehungen insbesondere zur Mutter, die allerdings mittlerweile selbst ausgesprochen depressiv ist. Das ist auf den ersten Blick ersichtlich, es wird aber auch gesagt, das wissen



wir über die gesetzliche Betreuerin, dass die Mutter mittlerweile ein Alkoholproblem hat, weil sie mit den Sorgen nicht klar kommt.

Wir können also aufgrund der Qualifikation unserer Mitarbeiter auch systemische Familientherapie anbieten. Und das ist für mich ein weiterer Baustein, dass wir einfach diese Familie, insbesondere auch die beiden Schwestern, mit an einen Tisch holen und versuchen, über systemische Familientherapie Dinge in der Familie, die offensichtlich da, aber nicht wirklich sichtbar sind, aufzuarbeiten. Wenn ich ein bisschen vordreschen darf: Wir haben uns lange Gedanken gemacht, auch mit unserem Fallsupervisor, warum sie so geworden ist. Warum hat sie mit zehn Jahren angefangen, sich die Knochen zu brechen? Anfangs haben wir natürlich gesagt: Klar, wegen des Missbrauchs in der Grundschule. Zunehmend gerieten wir aber davon ab. Denn sie hat danach eine Psychotherapie bekommen und wie die Eltern sagen, auch recht lange und die Ängste gingen zurück. Heute gehen wir eher davon aus, dass wir es mit einer ganz massiven Geschwister-Rivalität zu tun haben und das Thema muss angegangen werden.

#### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Vielen herzlichen Dank! Das ist auch noch einmal eine andere Perspektive, die Sie jetzt gerade einnehmen. Ich würde gerne die nächste Frage an Sie richten, Herr Dr. Stadler. Zum einen haben Sie auch in Ihren geschlossenen Gruppen solche Mädchen gehabt und ich wüsste gerne, ob es aus Ihrer Perspektive auch noch einmal konzeptionelle Ansätze im Umgang mit einer solchen jungen Frau gibt.

#### **Dr. Bernhard Stadler**

Die Lebensgeschichte ist nicht sehr typisch für unsere Gauting-Mädchen. Die Geburtsprobleme sind vielleicht noch eine Gemeinsamkeit, aber dann geht es bei uns schon los, dass sie im Kindergarten erste Schwierigkeiten zeigen, dann deutlich in der Schule, was hier alles nicht der Fall ist. Und sie entwickeln

in dieser Zeit bereits Störungen des Sozialverhaltens und Dissozialität und das sehe ich bei Frau M. jetzt nicht so. Deswegen hätte ich sie, auch wenn sie jünger wäre, nicht aufgenommen. Sie ist für mich kein typischer Fall, auch in dieser neuen DBT-Gruppe nicht. Das ist richtig, dass man das freiwillig machen muss. Und unsere müssen es unter Zwang machen. Also erstens kommen sie schon geschlossen, also unfreiwillig und dann müssen sie noch unfreiwillig diese Fertigkeitentrainings zweimal die Woche machen und dieses Gefühlstagebuch täglich abends. Da arbeiten wir natürlich erst einmal mit Druck. Und das ist zunächst Anpassung, was sie machen, nicht Überzeugung oder Liebe. Aber wir merken doch im Laufe des Jahres, dass sie die Sinnhaftigkeit erkennen und dann tatsächlich fast alle auch freiwillig mitmachen.

#### **Dr. Falk Burchard**

Mit DBT unter Druck haben wir keine Erfahrungen, wobei wir es in der Jugendforensik auch anfangen wollen.

#### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Aha, da dann also auch eventuell unter Druck. Herr Dr. Biegert, an Sie noch eine Frage: Wir haben eben schon mehrere Male gehört, DBT setzt eigentlich eine intrinsische Motivation voraus und jetzt hören wir gerade, dass es aber auch Erfahrungen gibt, mit dieser Maßnahme unter Zwang zu arbeiten. Wenn wir uns noch einmal zurückerinnern an das, was Sie uns heute Morgen über intrinsische Motivation und den Aufbau der Faktoren geschildert haben, wäre meine Frage, was Sie unter diesen Aspekten dazu sagen.

#### **Dr. h. c. Hans Biegert**

Das ist eigentlich genau das, was Sie eben gesagt haben. Der Einstieg wäre möglicherweise das, was hier auch zu lesen ist: Die Liebe zum Reiten. Das hat sie ja einmal gemocht. Obwohl das ja, wenn man





das liest, in den letzten sechs, sieben Jahren nicht mehr so das Thema war. Das ist alles nur noch durch die Selbstverletzung überschwemmt. Genau das wäre ja möglicherweise der Anker, worauf man hinarbeiten könnte, sich das zu verdienen. Das würde ich genau unterstützen. Ich glaube, davon könnte man sich einen Lösungsansatz versprechen.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Gut, da scheint es hier in der Runde ja eine relative Einigkeit zu geben, dass der Weg ein Stück weit über positive Verstärkung, Konditionierung und so weiter gehen würde. Ich würde gerne noch einen anderen Aspekt ansprechen, der sicherlich auch von großer Bedeutung ist. Wir haben eben schon gehört – Sie hatten das so schön gesagt – das Stichwort Hilfflosigkeit im Umgang mit diesen extremen Verhaltensweisen. Das wird ja in diesem Fallbeispiel auch sehr schön deutlich: Sie hat ja durchaus verschiedene Stationen durchlaufen. Ich denke, manche haben eher einen begleitenden Ansatz gehabt, manche eher einen Therapeutischen, im Augenblick ist sie in einem mehr oder minder geschlossenen Setting. Also wir haben in diesem Fall schon verschiedene Settings gehört. Die Frage, die ich noch wichtig finde, ist: Was sind denn eigentlich strukturelle Voraussetzungen, um einer jungen Frau wie dieser ein angemessenes Hilfearrangement anbieten zu können – was muss da eigentlich zwingend gegeben sein, auch mit Blick auf Ressourcen finanzieller Art oder sonstiger sächlicher Art?

### **Helmut Sieker**

Das ist eine ganz schwierige Frage. Was man sicherlich braucht und was eine absolute Voraussetzung ist, sind natürlich Mitarbeiter, die sich mit diesem Thema Persönlichkeitsstörungen und allen Facetten, Borderline, Dissozialität und so weiter auskennen und auch dieses selbstverletzende Verhalten entsprechend zuordnen können. Was wir auch machen, insbesondere auch in Schmallenberg, sind Reflektionen, wenn sich jemand selbst verletzt. Diese Skills,

die man dort lernt, versuchen wir natürlich auch umzusetzen. Was man auch braucht, sind sicherlich finanzielle Ressourcen. Man kann eine Arbeit mit solchen Menschen nicht mit einem Betreuungsschlüssel von 1:4 machen. Das machen wir auch nicht. Wir haben einen Betreuungsschlüssel von 1:2, was für ein Heim der Eingliederungshilfe denke ich ein ganz ordentlicher Betreuungsschlüssel ist. Wir haben jetzt erstmalig in Arnsberg auch ganz einfache technische und räumliche Möglichkeiten umgesetzt, die wir in Schmallenberg so nicht haben. Das heißt also, wir würden Frau M. in Schmallenberg nicht betreuen können, weil wir in Schmallenberg kein videoüberwachtes Bewohnerzimmer haben. Das macht es überhaupt erst einmal möglich. Die Mitarbeiter sind in der Tat in ihr Zimmer gestürmt und konnten sie gerade noch davon abhalten, mit einer Rasierklinge, die sie sich von einem anderen Bewohner besorgt hatte, an sich herumzuschneiden. Und sie konnten das eben gerade noch verhindern, dank Technik, die wir in Schmallenberg so nicht haben. Wir haben bei dieser Frau jetzt noch eine zusätzliche Nachtwache und wenn ich jetzt sagen würde, wir machen diese ganze Geschichte für 124,76€, dann packt sich natürlich jeder an den Kopf und sagt: Da zahlt ihr richtig drauf. Das tun wir auch. Aber das ist nun einmal so.

### **Dr. Falk Burchard**

Ich möchte noch einmal einen anderen Aspekt sagen. Sie haben ja vorhin berichtet, wie viele verschiedene Medikamente das Mädchen aktuell bekommt. Ich glaube, es waren sieben verschiedene Substanzen. Und sie ist völlig auf 100% geregelt. Sie haben gesagt, dass es da keine Unterschiede mehr gibt. Sie ist quasi hoch geregelt und in einer Dauererregung, die sich nur noch in dieser Form von Selbstverletzungswunsch entäußert. Und wenn ich sehe, dass es sieben Medikamente sind, die wahrscheinlich immer so langsam Stückchen für Stückchen dazu gekommen sind, aber nie etwas



wegenommen worden ist, dann wäre es für mich auch die Frage, ob man das Mädchen nicht noch einmal für eine begrenzte Zeit, vielleicht drei, vier Wochen, in eine Klinik nimmt, damit die ganzen Medikamente herunterdosiert werden können. Vielleicht muss das unter erhöhtem Schutz passieren, vielleicht unter Inkaufnahme von Fixierung, wenn es nötig ist, damit man diesen Medikamentenpegel herunter bringt. Denn möglicherweise ist sie gar nicht mehr in der Lage, sich selbst zu steuern, weil jetzt einfach so viele Medikamente da sind. Das wäre für mich so eine Frage, die man vielleicht noch einmal überlegen sollte.

### **Helmut Sieker**

Das kann ich nur bestätigen. Die Erfahrung haben wir auch gemacht, auch bei psychisch Kranken, bei Psychotikern, die wir alle kennen, die nie so richtig aus der Psychose herauskommen. Und wenn man da einfach einmal die Medikamente absetzt und drei, vier Wochen wartet, was passiert und dann ganz neu mediziert, dann bringt das oftmals etwas. Da gebe ich ihnen ganz Recht, Herr Dr. Burchard, das hier ist eine Katastrophe. Sie ist mit dieser Medikation aus der Klinik zu uns gekommen und nimmt jede Menge Benzodiazepime, sodass da eventuell auch noch ein suchterzeugender Effekt dabei ist.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Es gibt eine erste Frage aus dem Publikum und ich glaube, es ist jetzt auch an der Zeit, das Forum zu erweitern.

### **Tagungsgast**

Ich möchte nicht als Schlaumeier auftreten, aber für mich erscheint an diesem Punkt die Frage berechtigt, wo unsere Grenzen liegen. Es handelt sich ja hier um eine 23-jährige Frau, wo auch die Frage ist, ob wir uns eingestehen müssen, dass wir da nichts mehr tun können. Ich hatte zwischendurch den

Impuls: Wie viel Kontrolle denn noch?! In mir hat sich etwas gesperrt, dass sie komplett überwacht wird. Wenn ich überlege, hätte ich mehr Interesse daran, wo man rückblickend vielleicht an Verläufen, die nicht gut gelaufen sind, eher anders einhaken hätte können, um sich vielleicht jetzt auch nicht an diesem ganz dramatischen Beispiel festzubeißen. Da wäre ein Wunsch bei mir, da noch einmal zu schauen.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Das war glaube ich ein Statement und keine Frage? Ja. Da gibt es eine weitere Frage.

### **Tagungsgast**

Mich würde einfach interessieren, was der jungen Dame alternativ zum Ritzen geboten wird. Sie ist ständig unter Beobachtung, man hält sie ständig davon ab, zu ritzen. Was bietet man ihr überhaupt für alternative Entlastungsmöglichkeiten? Man stürzt rein und sieht, dass sie wieder etwas gefunden hat, reißt ihr die Rasierklinge aus der Hand und was passiert dann?

### **Helmut Sieker**

Das ist das, was Herr Dr. Burchard gerade sagte: Die Alternativen, die man ihr bieten kann, sind über diese dialektisch-behaviorale Therapie möglich. Das Skills-Training, was wir üblicherweise bei Selbstverletzern machen: Wir stellen ihnen einen Kühlschrank in ihr Zimmer, sodass sie Zugang zu Eis haben. Wir legen individuelle Notfallkoffer für unsere Klienten an, sodass sie auf das Selbstverletzen verzichten und auf Handlungsalternativen zurückgreifen können. Aber das muss man lernen. Und das eben innerhalb der DBT. Ansonsten hatte ich ja gesagt, sind Perspektivbildung, Tagesstruktur, vielleicht eben auch Reiten, dieses ungelöste Thema familiärer Konflikt usw. natürlich alles einzelne Bausteine.



### Tagungsgast

Ich kenne auch DBT und dass sie das erlernen muss, ist mir klar. Aber es gibt ja auch andere Maßnahmen, zum Beispiel an den Boxsack zu gehen und einfach einmal ein bisschen Aggressionstraining zu machen. Wenn Sie jetzt gerade sehen, dass sie schneidet, zu sagen: Wir gehen jetzt einmal runter, da ist eine Schaumstoffmatratze, wo ein bisschen gegengeklopft wird. Einfach einmal ein bisschen Auspowern, um Entlastung zu schaffen. DBT ist ja irgendetwas für die Zukunft, aber nicht für jetzt. Wir haben natürlich in der Einrichtung Sportangebote und auch einen Trainer, der eigentlich jeden Tag da ist. Sie hat die Möglichkeit, sowohl Boxtraining zu machen als auch Bodybuilding oder Aerobic und so weiter. Diese Möglichkeiten sind da. Ich bin ein bisschen überfragt, ob sie sie nutzt.

### Tagungsgast

Das ist meine Frage: Kann sie das überhaupt? Oder muss man da sagen: ‚So, wir gehen jetzt!‘ Ist sie wirklich in der Lage, diese Entscheidung zu treffen, ob das gut ist oder nicht, oder muss man da nicht – wenn man sie schon überwacht – da nicht auch die Verantwortung übernehmen und sagen: ‚So, wir machen jetzt einfach!‘

### Helmut Sieker

Ja, aber vergessen Sie bitte nicht, dass sie ja auch vier bis fünf Stunden täglich in die Tagesstätte geht und da natürlich auch ihre Aufgaben, ihre Arbeiten hat. Sie ist natürlich nicht nur im Haus oder gar im Bett. Aber es ist richtig. Ich kann Ihre Frage jetzt nicht beantworten, in welchem Maße sie diese Sportangebote nutzt. Das müssen wir so im Raum stehen lassen.

### Tagungsgast

Sie hatten eben gesagt, dass sie den Eindruck haben, die Frau sei nicht absprachefähig. Jetzt sagen sie, sie geht jeden Tag ein paar Stunden in eine Tagesstruktur. Da erlebe ich jetzt etwas anderes als Sie erzählen. Sie wird ja sicherlich nicht mit den Haaren dahin gezogen. Sie wird ja dahin gehen. Ich sehe da auch eine Ressource, dass sie Interesse daran hat, in eine Beschäftigung oder in eine Arbeit zu kommen. Das sehe ich auch immer wieder in ihrem Lebensverlauf, dass das für sie ein wichtiges und großes Thema ist, um noch einmal auf die Ressourcen zu gucken und nicht nur auf die Katastrophen.

### Helmut Sieker

Ja klar. Sie hat eine ganze Menge Ressourcen. Sie hat ja auch eine Zukunftsplanung, das ist ja auch schon eine ganze Menge und sie geht jeden Tag arbeiten. Aber sie geht eben nicht einfach arbeiten, sondern sie wird schon dahin gefahren und dieses Arbeiten ist nicht so ganz freiwillig. Das ist schon eine ganz klare Maßgabe durch uns, dass sie die Einrichtung verlässt und sich extern betätigen muss. Das macht sie auch und ich kann nicht sagen, dass sie da besonders viel Gegenwehr leistet. Wenn ich absprachefähig sage oder fähig zur Vereinbarung, dann meine ich das immer im Hinblick auf Selbstverletzungen. Wir arbeiten auch mit Verträgen mit einzelnen Bewohnern, in denen wir beispielsweise für bestimmte Zeiträume mit Borderlinern, mit Selbstverletzern vereinbaren, dass sie sich nicht verletzen. Das meine ich mit Absprachefähigkeit / Fähigkeit zur Vereinbarung.

### Tagungsgast

Wo sehen die Beteiligten hier auf dem Podium Chancen, früher sinnvoll einzuheften – auch in Anlehnung an das, was Sie, Herr Dr. Stadler gesagt haben – wo es noch Forschungsinteressen geben könnte, z. B. auch aus den nicht so geglückten Verläufen etwas zu lernen?



### **Dr. Falk Burchard**

Dazu kann ich jetzt erst einmal Stellung aus meiner Erfahrung als Klinikleiter einer jugendpsychiatrischen Klinik nehmen. Wir haben immer wieder Patienten, die zu Hospitalisierungsprozessen neigen. Es gibt ja diesen Ausspruch ‚Das süße Gift der Psychiatrie‘. Wenn man erst einmal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch in der Erwachsenenpsychiatrie ist und die Verantwortung abgegeben und gemerkt hat, wie es ist, dass einem alle alles abnehmen – wenn man wütend wird, dann wird man eben fixiert, man wird geschützt, es kann einem nichts passieren, man kann sozusagen alles rauslassen – dann ist das durchaus etwas positiv Erlebtes. Meine Erfahrung ist – ich kenne auch noch Zeiten, wo die Behandlungsdauern in den Kinder- und Jugendpsychiatrien deutlich länger gewesen sind und wo wir Patienten ein halbes Jahr und länger in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehabt haben – dass solche Prozesse der Hospitalisierung passieren und dass das, was nach einem längeren, möglicherweise auch ersten Klinikaufenthalt gekommen wäre oder kommt, subjektiv für die Patienten an Betreuung, Zuwendung, Sicherheit nicht ausreicht, sodass immer wieder ‚Störverhalten produziert‘ werden muss, um wieder die Sicherheit zu bekommen. Wir sehen das ganz häufig auch am Übergang, wenn jemand mit so einer Problematik länger in der Psychiatrie gewesen ist und es dann auf die Entlassung zugeht, wo er sozusagen Sicherheiten aufgeben muss, die er in der stationären Behandlung hatte, was Angst macht und Angst Rückfälle in frühere Verhaltensweisen hervorruft. Wenn man dann nicht aufpasst, verschiebt sich die Verlegung und so schleicht sich ein Lernvorgang ein, dass man Störverhalten (suizidales Verhalten, selbstverletzendes Verhalten) produzieren muss, um diese hochgedrehte Betreuungsintensität zu erhalten.

Nach meiner Erfahrung ist es ganz wichtig, dass wir hospitalisierungsgefährdete Patienten frühzeitig identifizieren und die stationären Behandlungsdauern nicht so lang werden lassen. Ich glaube, dass das ein ganz wichtiger Punkt ist. Das Mädchen war sechs Monate in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Marl-Sinsen und das war ganz objektiv gesehen der Einstieg in diese ‚Karriere‘. Sie kam mit somatoformen Störungen (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen o. ä.) und einer gewissen Essstörung und ging mit selbstverletzenden Verhaltensweisen. Das ist glaube ich ein ganz wichtiger Punkt.

### **Dr. Bernhard Stadler**

Ich halte es für sinnvoll, dort hinzuschauen, wo der Verlauf nicht mehr ‚normal‘ ist, wo es heißt anamnestisch habe Frau M. mehrere Arm- und Beinfrakturen gehabt und sei oft umgeknickt. Das ist ja normalerweise kein positives Erlebnis. Aber vielleicht war sie dann in der Geschwister-Rivalität endlich einmal die erste oder die Mutter hat sich endlich einmal um sie gekümmert oder ähnliches. Das ist jetzt alles hypothetisch.

### **Dr. h. c. Hans Biegert**

Ich möchte das Allgemeine jetzt von diesem konkreten Fall abrücken und noch etwas verstärken, was Sie gesagt haben. Wir machen da Erfahrungen in der Arbeit mit den ADS-Kindern. Ich habe vor 15 Jahren gedacht, man muss sehr schnell diese Eskalation / den Kreislauf – negative Schullaufbahn, Ausgrenzung auf der sozialen Ebene der Gleichaltrigen, negative Rückmeldungen vom Lehrer usw. – unterbrechen und die Kinder möglichst einer hochgradig professionellen Situation zuführen. Also nicht erst jahrelanges Ausprobieren über ambulante Therapie, sondern möglichst schnell Tagesklinik oder vollstationär. Da muss ich für mich heute feststellen, dass das eine reine Illusion ist. Die Realität zeigt doch, dass die Kinder in der Klinik einen gewissen Kompetenzerwerb haben, aber: Wie transferiere ich den in die Realität? Das ist die *conditio sine qua non*. Und es gibt da wenig gut funktionierende Übergangsmechanismen. Das muss man einfach sagen. Und ganz häufig ist es so – das bestätigen die Profis ja auch – wir entlassen das Kind und nach acht Monaten ist es wieder hier. Dann fangen wir wieder von vorne an. Von daher glaube ich, dass ein Aspekt





ganz wichtig ist, der mit dem konkreten Fall jetzt nichts zu tun hat: Hilfe in der konkreten Lebenssituation. Das ist mit einem unglaublichen Aufwand verbunden. Ich will das vielleicht einmal an einem

Beispiel sagen. Das Verschreiben von Ritalin löst erst einmal keine Probleme, sondern es ist nur dann ziel führend / wirksamkeitsorientiert, wenn man Eltern und Lehrer mit ins Boot bekommt. Das heißt also, derjenige, der Methylphenidat verschreibt, wird nur dann summarisch Wirksamkeit erlangen, wenn er Rückmeldungen von Lehrerinnen und Lehrern im Hinblick auf die Verhaltenswirksamkeit dieses Medikaments bekommt und von den Eltern, wie es nach der Schule zu Hause läuft. Wir haben in der Schule lernen müssen, dass diese Mechanismen, die mit einem enormen Aufwand verbunden sind, aber sozusagen in der Ist-Welt des Kindes stattfinden (anstatt es da herauszunehmen), letztendlich eine viel höhere Wirksamkeit zeigen als die Suche nach – das ist jetzt nicht negativ gemeint – vermeintlichen Profis außerhalb der Institution. Sondern es ist besser, die Profis mit ins Boot zu holen. Ich weiß nicht, ob ich das jetzt so vermitteln kann.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Vielen Dank! Ich glaube, das geht so in die Richtung. Da vorne gibt es noch eine Frage oder eine Wortmeldung.

### **Tagungsgast**

Meine Frage ist eher noch einmal auf das Fallbeispiel bezogen: Die Frau kann ja jetzt nicht weglaufen. Ist irgendwie zu erkennen, ob sie vorher um sich selbst zu verletzen auch dafür erst weggelaufen ist oder ob sie sich Hilfe eingefordert hat? Ich kenne zwei Möglichkeiten: Die Eine ist, zu sagen: Ich habe

mich verletzt, ich brauche jetzt Hilfe (ganz platt gesagt) und die Andere ist der Versuch, dies nicht zu zeigen. Das würde mich auch interessieren, wie das bei dieser Frau erfahrungsgemäß vorher war.

### **Helmut Sieker**

Diese Frau ist nicht geschlossen untergebracht.

### **Tagungsgast**

Nein, aber sie wird 24 Stunden beobachtet.

### **Helmut Sieker**

Wenn sie die Einrichtung verlassen will, z. B. zum Einkaufen, dann wird sie begleitet. In der Vergangenheit – soweit ich das aus den Berichten weiß, die ich gelesen habe – gab es dahin gehend keine Tendenzen, sich also auf den Weg zu begeben, um irgendetwas zu machen. Diese Geschichten, die sie da gemacht, wie z. B. die Achilles-Sehne durchtrennen und so weiter haben interessanterweise alle in Kliniken selbst stattgefunden. Unmittelbar vor der Aufnahme bei uns hat sie noch eine Rasierklinge geschluckt, auch in der Klinik. Sie geht nicht raus, und selbst wenn sie es macht, dann holt sie sich draußen vielleicht noch die Rasierklingen, aber die Verletzungen setzt sie sich dann wieder in vertrauter Umgebung, also auf der Station der Klinik oder so.



### **Tagungsgast**

Man kann es also schon so verstehen, dass sie, wenn sie es gemacht hat, Hilfe bekommt.

### **Helmut Sieker**

Ja, klar. Sie ritualisiert es dann natürlich auch und – da haben Sie völlig Recht – sie macht es nicht (und das traue ich ihr auch nicht zu), irgendwo im Wald, wo sie sich dadurch ernsthaft wirklich in Gefährdung bringen könnte. Diese Geschichte, dass die Speiseröhre schon zweimal perforiert wurde mit Ergüssen in den Herzbeutel, das ist dann ‚dumm gelaufen‘, das ist nicht ihre Absicht gewesen, vermute ich.

### **Tagungsgast**

Wie ist die Video-Überwachung rechtlich abgesichert? Da hat sich mir eben natürlich was zusammengezogen, wenn ich mir vorstelle, ich wäre 24 Stunden bewacht. Wir haben ja auch heute Morgen gehört, was solche Standards angeht, wie das rechtlich zu begründen ist.

### **Helmut Sieker**

Sie lebt im Moment bei uns im Kriseninterventionsraum. Das heißt, sie hat nicht ihr Zimmer in der Wohngruppe selbst bezogen, sondern lebt in einem besonderen Raum. Dieser Raum ist videoüberwacht, ohne toten Winkel dabei. Das wird aber nicht aufgezeichnet. Bei einer Aufzeichnung hätten wir ein rechtliches Problem. Das ist eine Videoüberwachung. Da sitzt ein Mitarbeiter vor dem Monitor und schaut in dieses Zimmer rein. Da haben wir rechtlich eigentlich kein Problem. Sie ist nicht gezwungen, in diesem Zimmer zu leben. Sie hätte auch ihr anderes Zimmer beziehen könne. Aber sie hat es auch nie diskutiert, dass sie sagt, dass sie das nicht möchte. Das ist eine Ambivalenz, ähnlich wie bei der Frage gerade: Warum schneidet sie sich nicht draußen im Wald? Warum macht sie das immer auf klinischen

Stationen? Und warum geht sie nicht aus dem Kriseninterventionszimmer heraus und geht auf Toilette und schneidet sich dort? Das tut sie nicht.

### **Tagungsgast**

Es gibt einen Aspekt, der mir bisher völlig gefehlt hat. Das, was sie jetzt sagen, passt sehr gut zu dem Gefühl, was ich von Anfang an hatte: Das Selbstverletzen hat natürlich einen ganz aktuellen Lustgewinn, wenn ich Mitarbeiter, Sozialarbeiter absolut hilflos mache und richtig ans Röcheln bringe und mir selber sagen kann: ‚Mein Gott, guck dir einmal an, wie hilflos die sind, was geht es mir schlecht! Was habe ich für ein riesengroßes Problem, wenn selbst die ganzen Fachleute hier völlig an den Rand kommen.‘ Ich habe das Gefühl, sie probieren dasselbe, was schon seit Jahren probiert worden ist und halten diese Frau auch gefangen in dieser Geschichte. Ich will Ihnen nicht auf die Füße treten, verstehen Sie mich nicht falsch.

### **Helmut Sieker**

Nennen Sie mir eine Alternative.

### **Tagungsgast**

Ich hatte relativ früh die Phantasie, ihr zu sagen: ‚Hörmal, du bist eine erwachsene Frau von 23 Jahren. Wir können nicht die Verantwortung für dich übernehmen, denn du kannst, wenn du willst, in den Wald hinausgehen und dich ritzen. Und wir werden morgens vielleicht erst einmal zehn Minuten lang oder eine Viertelstunde das Video ausmachen und du tust, was du möchtest. Wenn du es schaffst, gehen wir reiten.‘

### **Helmut Sieker**

Sagen Sie das einmal den Eltern.





### **Dr. Falk Burchard**

Was Sie damit sagen, ist im Prinzip genau das: Man muss an irgendeiner Stelle ein Stück eigene Verantwortung in das Ganze mit einbeziehen. Ich denke, das ist ein ganz entscheidender Punkt. Sie müssen irgendwo diesen Fitzel von Eigenverantwortung darein bringen, sonst kann es auf Dauer zum Stillstand kommen. Allerdings gibt es einen Aspekt, der anders als in der Klinik ist. Sie schützen sie maximal, aber in der Klinik ist es ja immer so, dass man nur solange da ist, wie man krank ist. Man wird entlassen, wenn man nicht mehr krank ist. Und bei Ihnen ist das nicht so. Bei Ihnen bleibt sie ja so lange, wie sie will. Sie muss nicht krank sein und Krankheits-symptome zeigen, um bleiben zu dürfen. Das ist ein anderer Aspekt und wäre vielleicht ein wichtiges Signal für sie. Die Dialektik der Klinik, dass sie etwas produzieren muss, um dort zu bleiben, um die Betreuung behalten zu können, die ist nicht mehr gegeben. Sie kann auch ganz ‚normal‘ sein, dann dürfte sie auch da sein. Von der Denkrichtung her.

### **Helmut Sieker**

Der Kostenträger wird das jetzt anders sehen.

### **Tagungsgast**

Ich würde auch einmal ganz böse nachfragen: Wenn man sagt, dass sie das grundsätzlich nur dann macht, wenn sie in einem total geschützten Rahmen ist, vielleicht kann man versuchen, das mit ihr zu thematisieren, ob man ihr diese ‚Macht‘ nicht einfach einmal ein bisschen abnimmt, indem man sagt: ‚Das können Sie tun. Wir können das nicht verhindern, ob wir es sehen oder nicht, sie tun es.‘ Aber das ist jetzt einfach auch ein bisschen Eigenverantwortung und ich würde dazu tendieren ihr das Krisenzimmer wegzunehmen. Nicht wegnehmen im Sinne von jetzt auf gleich, aber zu reduzieren versuchen. Das ist so mein erstes Gefühl. Damit kann ich auch total falsch liegen.

### **Helmut Sieker**

Ich habe immer gedacht, ich sei straight, aber ich kann hier noch richtig was lernen! Ich möchte darauf ganz kurz vom Grundsatz her antworten. Frau M. ist jetzt zwei Monate bei uns und hat sich in diesen zwei Monate nicht wesentlich verletzt. Bitte vergessen Sie nicht, dass sie noch Eltern hat und sie hat eine letztlich kranke Mutter, die aus Sorge um ihre Tochter depressiv, vielleicht auch alkoholabhängig geworden ist. Wir – und das melden uns die Eltern auch zurück – sind im Moment die einzige Hoffnung für ihre Tochter. Wir können diese Rolle, die wir da freiwillig oder unfreiwillig eingenommen haben, nicht einfach zugunsten eines Konzeptes opfern, von dem wir nicht wissen, wie es wirklich ausgeht. Das ist doch alles auf eine Karte gesetzt. Das heißt doch: Friss oder stirb! Das heißt: Stirb oder überlebe mit diesen zehn Minuten. Das ist mir ein bisschen zu dicke.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Ich glaube, es wird gerade ein Dilemma deutlich und die Spannung, die auch mit solchen Entscheidungen verbunden ist, über die wir hier gerade reden. Es gibt jetzt noch einige Wortmeldungen, die wir auch noch zum Tragen kommen lassen sollten und dann würde ich gerne mit einer abschließenden Statementrunde den Sack zubinden. Aber zunächst sind hier noch zwei Wortmeldungen. Bitte!

### **Tagungsgast**

Ich hätte eine konkrete Frage: Was muss die Klientin tun, damit die Videoüberwachung aufhört?





### **Helmut Sieker**

Sie sollte sich nicht verletzen.

### **Tagungsgast**

Machen Sie da eine Statistik oder etwas Ähnliches? Sie hat sich jetzt die zwei Monate nicht mehr verletzt – wie lange soll das noch dauern?

### **Helmut Sieker**

Ich weiß es ehrlich gesagt nicht. Sie hat sich in der Tat nicht oder kaum verletzt, weil wir bislang schneller waren. Aber was sie schon noch tut, ist, dass sie versucht, an Schneidewerkzeug zu kommen. Was sie uns damit signalisiert ist: ‚Gib du mir nur die Gelegenheit, dann tu ich es sofort wieder – jetzt, hier und auf der Stelle.‘ Und das wäre ein Indikator für einen Wechsel in ihr nicht-überwachtes Zimmer, wenn wir den Eindruck haben, dass sie nicht jede Gelegenheit nutzt, um sich selbst zu verletzen.

### **Dr. Falk Burchard**

Ich glaube, dass Sie da im Moment nur mit dem einen Teil der Ambivalenz im Kontakt sind. Nicht Sie sind der Bändiger des Selbstverletzungs-Tigers. Wo sind Sie eigentlich mit dieser Frau auf der Seite im Kontakt, wo sie etwas verbessern will, ihr Leben wieder in die Reihe bekommen will? Ich glaube, Sie müssen den Kontakt auf beiden Seiten führen.

### **Helmut Sieker**

Das ist richtig. Ganz kurz dazu nur: Ich bin Leiter der Einrichtung, ich bin nicht der Bezugsbetreuer. Der müsste jetzt hier sitzen und darauf antworten. Selbstverständlich – das hatte ich aber schon auch gesagt – gehören zu unserem Betreuungssetting die Tagesstruktur, die Perspektivbildung, die Umset-

zung, die Angehörigenarbeit und alles das. Meine

Sichtweise ist im Moment in der Tat sehr sicherheitsorientiert, sehr defektorientiert oder wie man es auch nennen möchte. Selbstverständlich hat die Betreuung noch eine andere Seite, aber die nimmt natürlich der Bezugsbetreuer wahr und nicht ich.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Eine letzte kurze Frage?

### **Tagungsgast**

Eine Frage ist es eher nicht, sondern ein Statement. Ich würde mich fragen, wo der Krankheitsgewinn bei ihr ist. Das ist ein Punkt, den ich genau erforschen würde, wenn es geht. Der zweite Punkt ist, ich glaube, ich würde sehr sauer reagieren – ich vergleiche das immer so ein bisschen mit suizidalen Geschichten – wenn mir jemand sagt: Wenn du das und das nicht tust, bringe ich mich um. Das kommt mir ein bisschen so vor: Wenn du das und das nicht tust, mache ich das und das. Und das klingt so ein bisschen nach Erpressung und das ist sicherlich auch ein Teil dieser Krankheit. Da würde ich einmal genauer hinschauen.

### **Helmut Sieker**

Das Dumme daran ist: Sie tut es! Sie droht nicht, sie tut es.

### **Tagungsgast**

Aber Sie können es ja nicht verhindern.





### **Helmut Sieker**

Doch, im Moment haben wir es ja verhindert.

### **Tagungsgast**

Wenn ein Mensch nicht leben will, wird er über kurz oder lang das tun, was er möchte.

### **Helmut Sieker**

Ich behaupte ja nicht, dass wir hier den Idealweg gefunden haben. Aber jeden Tag, den sie sich nicht verletzt hat, weil wir es verhindert haben, ist ein guter Tag. (Applaus) Und keine Macht der Welt wird mich da aus der Verantwortung lassen. Ich weiß zwar, dass wir im Moment auf der Stelle treten und uns in einem Hamsterrad bewegen, aber wir haben natürlich Ideen, die wir umzusetzen versuchen. Vielleicht sitzen wir nächstes Jahr wieder hier und arbeiten an diesem Fall. Aber im Moment haben wir nur Schadensbegrenzung.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Ich finde das sehr spannend, was hier gerade läuft, auch natürlich angeregt durch Ihre Fragen und Statements! Ja, bitte!

### **Tagungsgast**

Wir sitzen nebeneinander und ich habe mir das Mikrophon geschnappt. Ich bin ein bisschen erschrocken über die Verantwortung, die Sie bereit sind, zu übernehmen. Ich würde die an diesem Punkt nicht sehen. Die zwei Monate, die sie bei Ihnen ist, sind ja eine Eingewöhnungsphase: Was erwarten Sie an Erfolgen? Ich glaube, das ist ein Spiel, was man

eigentlich nur verlieren kann, wenn man sich darauf einlässt, so eine Verantwortung in so einer Komplexität übernehmen zu wollen. Das ist einfach meine fachliche Meinung dazu. Wenn sie sich schädigen will – es gibt ja Menschen mit ähnlichen Krankheitsbildern – wird sie sich unter der Bettdecke beißen, wenn sie Entlastung braucht. Sie wird immer Wege finden, Sie auszutricksen. Ich glaube, man kann auch leicht daran kaputt gehen, wenn man so dagegen angehen will.

### **Dr. Falk Burchard**

Ich möchte das ganz kurz noch einmal differenzierend sagen: Es geht hier um extremstes selbstverletzendes Verhalten und nicht um Suizidalität. Das hatten wir vorhin ja schon einmal etwas herausgearbeitet, aber ich finde es ganz wichtig, das noch einmal zu benennen: Wenn jemand akut suizidal ist, gehört der geschützt und zwar egal, warum er akut suizidal ist. In Deutschland und der westlichen Zivilisation ist das so. Das mag woanders anders sein, aber bei uns ist das klar, dann übernimmt die Allgemeinheit oder wer immer das dann mitbekommt die Verantwortung dafür. Hier geht es um extremstes selbstverletzendes Verhalten, was sehr stark selbstschädigend ist und was sicherlich Krankheitsgewinn enthält, was erpresserische Aspekte enthält und so weiter. Das sind alles Lernfolgen, die sich im Laufe des Lebens bei dieser jungen Frau eingestellt haben. Das hat sich aber jetzt soweit automatisiert, dass man jetzt nicht mehr auf der Ebene nach dem Motto ‚Ich steige jetzt aus der Erpressung aus‘ daraus kommt. Da kommt keiner mehr raus. Herauskommen müsste die Patientin. Es müssten sich neue Lernwege einschleifen lassen und das geht glaube ich auch wirklich nur, indem sich langsam alternative Welten für diese Patientin öffnen. Insofern glaube ich nicht, dass einfach dieses ‚Ich steig jetzt aus und bleibe mit dir in Kontakt‘ Erfolg versprechend wäre.



### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Dieser Fall hat viel an Diskussionsstoff mit sich gebracht und natürlich auch kontroverse Diskussionen mit sich gezogen. Ich glaube, damit hatten wir auch gerechnet. Was ich so deutlich finde und insofern auch sehr gut zum Thema passend finde – Herr Lindenberg ist nicht mehr da – ist die Sache mit den unabgeschlossenen Dilemmata: Wir haben es hier auch mit dem Dilemma ‚schützen wollen und Verantwortung geben‘ zu tun und dazwischen bewegt sich gerade auch Ihr Konzept und Ihre Einrichtung mit den Bemühungen in diese Richtung. Ich möchte gerne eine letzte Runde mit Ihnen hier auf dem Podium machen, die Frage des Titels dieser Fachtagung noch einmal aufgreifen und ein bisschen weg vom Fall auf die jungen Wilden in ihrer Gesamtheit schauen. Wir haben ja heute Morgen ein kurzes Porträt bekommen. Wir haben auch bei Herrn Dr. Stadler gehört, was denn beispielsweise Indikationen sind, um in diesen geschlossenen Gruppen aufgenommen zu werden. Gehen wir mit unseren Gedanken also noch einmal kurz an die jungen Wilden. Ich möchte abschließend die Frage stellen – auch nach dem heutigen Tag mit den unterschiedlichen Beiträgen: Haben Sie hier auf dem Podium eine andere Antwort gefunden oder überhaupt eine Antwort gefunden? Was ist angesagt: Eher das Betreuen, eher das Behandeln oder eher das Wegschließen?

### **Dr. h. c. Hans Biegert**

Ich komme ja nun aus dem schulischen Part. Das heißt also, wir haben mit Kindern und Jugendlichen zu tun, die ab zehn Jahren bei uns sind. Da würde ich mir viel von versprechen, wenn ein Part auf jeden Fall noch dazu kommt, nämlich Früherkennung. Früherkennen und ganz, ganz früh handeln, lieber im Kindergarten als in der Grundschule und lieber in der Grundschule als in der weiterführenden Schule. Denn wir haben jene Schüler da, die mit 14 vier Schulen hinter sich haben, fünf Therapien, die sie nicht nur schulmüde, sondern therapieresistent gemacht haben. Da geht im Prinzip gar nichts mehr.

Da nützen auch keine aufgesetzten Therapien oder sonst etwas, weil alle im Prinzip am Ende sind. Es ist wirklich so, dass wir Kinder da haben, die seit fünf oder sechs Jahren Methylphenidat bekommen und damit abgefüllt sind. Wobei – das haben Sie ja heute Morgen gesehen – ich überhaupt kein Gegner von medikamentöser Therapie bin. Das ist überhaupt nicht der Fall. Nur wäre mir das Früherkennen ein großes Anliegen, um da die Weichen zu stellen. Also nicht die Gesellschaft ist die Beste, die die meisten Jugendhilfen vorhält, sondern die, die ohne diese auskommt.

### **Andrea Dittmann-Dornauf**

Das ist schon fast Schlusswort-fähig gewesen, aber es geht noch weiter, Herr Dr. Stadler.

### **Dr. Bernhard Stadler**

Es gibt keine klare Indikation für Geschlossenheit oder nicht und die wird es auch nie geben. Es wäre schön – oder vielleicht auch nicht schön – wenn es Patentrezepte in der Richtung gäbe: Viermal entwischen und einmal eine Oma niedergemäht und dreimal Schuleschwänzen bedeutet geschlossene Unterbringung. Das gibt es einfach nicht. Es wird von Fall zu Fall ein multiprofessionelles Team entscheiden müssen und da ist der institutionelle Raum zweitrangig, ob jetzt geschlossen oder offen, was für Fall XY einfach das Beste ist. Und das ist wirklich sehr, sehr individuell.

### **Dr. Falk Burchard**

Ich glaube auch, dass wir sehr kritisch mit jedem Fall von Verantwortungsübernahme von außen umgehen müssen, aber dass wir gezielt im Einzelfall im individuell nötigen Maße, so wenig wie möglich Verantwortung zeitweise übernehmend, bestimmte Entwicklungsprozesse schon fördern können. Aber wir müssen damit extrem kritisch umgehen. Ich habe noch einmal über die Entwicklung ‚Menschen



statt Mauern' in den 70er- und 80er-Jahren nachgedacht. Es gab ja sehr viele geschlossene Heimplätze in den 50er-, 60er- und Anfang der 70er-Jahre. Da ist ja etwas Schlimmes gelaufen, was zurzeit ja auch gesellschaftlich aufgearbeitet wird. Ich glaube, dass diese Gegenentwicklung in der Jugendhilfe, es gar nicht mehr zu machen, also nur noch Menschen statt Mauern, notwendig war, um einen Break dahinein zu bekommen. Wenn wir uns jetzt sehr vorsichtig und sehr verantwortungsvoll damit beschäftigen, uns zu fragen, an welcher Stelle wir im Einzelfall manchem Individuum durch eine Verantwortungsübernahme von außen einmal zu einem Schritt irgendwo hinüber wieder zurück in die Eigenverantwortung zu helfen, dann sehe ich die Fremd-Verantwortungsübernahme – sei es geschlossene Unterbringung oder welche Art von intensiver Betreuung, für angebracht. Denn wenn wir es nicht tun würden, dann würden wir sie laufen lassen und ich möchte nicht zwölfjährige Kinder als Obdachlose irgendwo in Großstädten herumlaufen lassen. Da haben wir auch eine Verantwortung und ich denke, da gibt es auch Tendenzen finanzieller Art – da gibt es auch ganz andere Bereiche; ‚sterben lassen‘ ist genau der gleiche Bereich, wo die Gesellschaft sagt: Das ist ja dann billiger -, wo ich denke, dass wir da schon Verantwortung übernehmen müssen.

### Helmut Sieker

Ich denke, wir sagen hier im Grunde genommen alle dasselbe. Wenn Sie mich jetzt fragen: Betreuen? Behandeln? Einschließen? Ja! Auch einschließen, von allem etwas, aber einschließen natürlich nur als ultima ratio-Lösung. Wir bekommen das Problem wirklich nur dann gestemmt, wenn wir vernetzend arbeiten, das heißt wenn der klinisch stationäre Bereich, der ambulante Bereich und so weiter alle zusammen arbeiten und zusammen ein abgestimmtes Vorgehen formulieren und umsetzen. Und natürlich muss auch die Öffentlichkeit mit hinein, mit darauf



gucken, damit so etwas wie früher in den 60er-Jahren oder wie jetzt in den Zeitungen von den Kinderheimen auf Jersey zu lesen ist, nicht passieren kann. Insofern ist die Falldarstellung auch ein Stück weit Öffentlichkeit, die wir da mit hineingeholt haben. Ich denke, da sind wir schon auf dem richtigen Weg und nur so geht es.

### Andrea Dittmann-Dornauf

Vielen herzlichen Dank auch für die letzten abschließenden Statements! Ich denke, wir haben einen sehr interessanten und facettenreichen Tag miteinander erlebt. Ich persönlich fand auch die Auswahl der verschiedenen Referenten und Vorträge sehr bereichernd und sehr anregend. Auch diese letzte Runde hat noch einmal gezeigt, wo fachliche Positionen sind, nämlich ganz klar mit dem Blick immer wieder auf dem Einzelfall, keine Generalisierungen, keine Ausschlüsse von bestimmten Vorgehensweisen, sondern einer sehr genauen Betrachtungsweise und einem öffentlichen Blick darauf, dass nichts entgleisen kann.

Ich glaube, wir können damit den Tag schließen mit einem herzlichen Dank an Sie alle für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre hohe Konzentration, die ich hier wahrgenommen habe. Der Dank geht sicherlich auch mit an die Veranstalter und alle diejenigen, die im Hintergrund tätig gewesen sind. Mir bleibt dann eigentlich nur noch, Ihnen allen eine gute Heimfahrt zu wünschen!



# Vorschau Fachtagung 2009

Die nächste Fachtagung findet  
am **25. März 2009** statt.

**Sozialwerk St. Georg e.V.  
Geschäftsbereich Westfalen-Süd**

*...denn  
sie wissen nicht,  
was sie tun*

Junge Grenzgänger in der institutionellen Enge  
zwischen Jugendhilfe und Eingliederungshilfe

**in Siegen**

im



medien- und kulturhaus

Einladungen werden im Januar 2009 versendet. Für weiterführende Informationen  
kontaktieren Sie Herrn Giffhorn unter [m.giffhorn@sozialwerk-st-georg.de](mailto:m.giffhorn@sozialwerk-st-georg.de)



# Mitwirkende

## **Gitta Bernshausen**

Geschäftsführerin Sozialwerk St. Georg e.V., Geschäftsbereich Westfalen-Süd

## **Dr. h. c. Hans Biegert**

Leitender Schuldirektor und Träger der HEBO-Privatschule, Bonn-Bad Godesberg

## **Dr. Falk Burchard**

Chefarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Marsberg

## **Andrea Dittmann-Dornauf**

Supervision und Organisationsberatung Siegen

## **Prof. Dr. Michael Lindenberg**

Rektor an der evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie, Hamburg

## **Helmut Sieker**

Einrichtungsleiter Wohnverbund Schmallenberg-Arnsberg, Sozialwerk St. Georg e.V.  
Geschäftsbereich Westfalen-Süd

## **Dr. Bernhard Stadler**

Einrichtungsleiter Caritas Mädchenheim Gauting



# Tagungsprogramm

09:00 Uhr Anmeldung; Stehcafé

09:30 Uhr Begrüßung und Moderation

**Gitta Bernshausen**, Geschäftsführerin Sozialwerk St. Georg e.V.  
Geschäftsbereich Westfalen-Süd

**Andrea Dittmann-Dornauf**,  
Supervision und Organisationsberatung Siegen

09:45 Uhr Impulsreferat „Die jungen Wilden - eine Klientelbeschreibung“

**Helmut Sieker**, Sozialwerk St. Georg e.V. Geschäftsbereich Westfalen-Süd

10:00 Uhr Neurobiologie von Verhaltensauffälligkeiten und die daraus resultierenden Handlungsstrategien am Beispiel von ADHS

**Dr. h. c. Hans Biegert**, HEBO Privatschule Bonn-Bad Godesberg

11:15 Uhr Kaffeepause



11:30 Uhr Wegschließen - Lösung oder Hilflosigkeit

**Prof. Dr. Michael Lindenberg**, Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie

12:15 Uhr Mittagspause

13:15 Uhr Therapie unter geschlossenen Bedingungen - ein Widerspruch?

**Dr. Bernhard Stadler**, Caritas Mädchenheim Gauting

14:15 Uhr Kaffeepause

14:30 Uhr Fallbesprechung „Betreuen? Behandeln? Einschließen? Was nun?“

**Andrea Dittmann-Dornauf, Dr. h. c. Hans Biegert, Dr. Falk Burchard, Helmut Sieker,  
Dr. Bernhard Stadler**

16:00 Uhr Abschluss und Ende der Tagung

**Andrea Dittmann-Dornauf, Helmut Sieker**



# Organisatorisches

## Organisationsteam:

Helmut Sieker  
Michael Stratmann  
Michael Ricken  
Matthias Giffhorn

## Tagungsort:

Medien- und Kulturhaus LYZ  
St.-Johann-Straße 18  
57074 Siegen

## Catering:

Bistro LYZ Berchthold GmbH  
St.-Johann-Straße 18  
57074 Siegen

## Redaktion Tagungsdokumentation:

Daniel Koppen  
Matthias Giffhorn  
Hannelore Achenbach

## Druck:

Mediendesign\_doku-profi.de  
Lahn-Eder-Straße 13a  
57334 Bad Laasphe





## **Sozialwerk St. Georg e.V. Geschäftsbereich Westfalen-Süd**

Breite Wiese 36  
57392 Schmallenberg  
Telefon 0 29 72 / 97 73 - 100  
Telefax 0 29 72 / 97 73 - 111

Turnerstraße 3  
57334 Bad Laasphe  
Telefon 0 27 52 / 50 88 - 0  
Telefax 0 27 52 / 50 88 - 15



Mitglied im  
Caritasverband



[www.sozialwerk-st-georg.de](http://www.sozialwerk-st-georg.de)