

<b>GLIEDERUNG</b>
-------------------

<b>TEIL</b>	<b>KAPITEL &amp; Abschnitt</b>	<b>SEITE</b>
<b>1.</b>	<b>VORWORT</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
	<b>2.1 PROBLEMSTELLUNG</b>	<b>5</b>
	<b>2.2 VORGEHENSWEISE</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>HEIMPÄDAGOGIK - ENTWICKLUNG, ADRESSATEN UND ARBEITSMETHODEN</b>	<b>7</b>
	<b>3.1 VON DER BESSERUNGSANSTALT ZUM MODERNEN JUGENDHILFEZENTRUM</b>	<b>7</b>
	3.1.1 Die Entwicklung der Heimpädagogik im 20. Jahrhundert	7
	3.1.2 Gesetzliche Grundlagen der heutigen Heimpädagogik	9
	<b>3.2 DIE ADRESSATEN DER HEIMPÄDAGOGIK UND IHRE SPEZ. GEgebenHEITEN</b>	<b>13</b>
	3.2.1 Überforderte Eltern, mißhandelte und vernachlässigte Kinder	13
	3.2.2 Das Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndrom	15
	3.2.3 ICH - Schwäche und resultierende Verhaltensauffälligkeiten	17
	3.2.4 Aktuelle Altersstruktur und Auffälligkeitsniveau der Kinder	22
	<b>3.3 AKTUELLE KONZEPTE UND METHODEN DER HEIMPÄDAGOGIK</b>	<b>23</b>
	3.3.1 Alltagsorientierte Erziehungsziele und Hilfeplan	23
	3.3.2 Gruppenstruktur, Kontakterzieher - Prinzip und Teamarbeit	25
	3.3.3 Klare Grenzsetzungen und Stärkung des Selbstwertgefühls	27
	3.3.4 Elternarbeit und therapeutische Zusatzmaßnahmen	29
<b>4.</b>	<b>ALKOHOLABHÄNGIGKEIT - SYMPTOME, URSACHEN UND FOLGEN</b>	<b>30</b>
	<b>4.1 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT AUS MEDIZINISCHER SICHT</b>	<b>30</b>
	4.1.1 Definition, Symptome und Formen der Alkoholabhängigkeit	30
	4.1.2 Statistische Daten zur Alkoholabhängigkeit in Deutschland	31
	4.1.3 Ursachen, Folgen und Therapie der Alkoholabhängigkeit	33

<b>TEIL</b>	<b>KAPITEL &amp; Abschnitt</b>	<b>SEITE</b>
	<b>4.2 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT IM FAMILIALEN KONTEXT</b>	<b>35</b>
	4.2.1 Das Phänomen der Coabhängigkeit	35
	4.2.2 Die Rolle(n) der Kinder im 'Alkoholismus - System'	37
	4.2.3 Häufige Verhaltensauffälligkeiten betroffener Kinder	39
	4.2.4 Protektive Faktoren und Ressourcen betroffener Kinder	42
	4.2.5 Die Gefahr der Vererbung 'süchtiger' Verhaltensmuster	43
<b>5.</b>	<b>Die HEIMPÄDAGOGISCHE ARBEIT MIT KINDERN ALKOHOLABHÄNGIGER ELTERN</b>	<b>45</b>
	<b>5.1 PÄDAGOGISCHE UND THERAPEUTISCHE ASPEKTE</b>	<b>45</b>
	5.1.1 Lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze	45
	5.1.2 Psychotherapeutische und psychoanalytische Ansätze	49
	5.1.3 Erlebnispädagogische und andere ICH - stärkende Ansätze	52
	5.1.4 Die Bedeutung ICH - starker Arbeit für die 'Suchtprävention'	56
	<b>5.2 SYSTEMISCHE ASPEKTE</b>	<b>60</b>
	5.2.1 Die Heimaufnahme als Krise: Integrationsprobleme betroffener Kinder	60
	5.2.2 Die schwierige Arbeit mit alkoholabhängigen Eltern bzw. Elternteilen	63
	5.2.3 Die notwendige Zusammenarbeit mit anderen sozialen Einrichtungen	68
	<b>5.3 RECHTLICHE ASPEKTE</b>	<b>70</b>
	5.3.1 Verselbständigungsorientierung? - Der Kampf mit dem Jugendamt	70
	5.3.2 Sorgerechtsentzug beantragen? - Der Kampf mit dem Familiengericht	72
<b>6.</b>	<b>FALLBEISPIELE</b>	<b>75</b>
	<b>6.1 DOMINIK</b>	<b>75</b>
	6.1.1 Situation bei Heimaufnahme	75
	6.1.2 Pädagogische Ziele und Methoden	77
	6.1.3 Entwicklung und heutige Situation	78

TEIL	KAPITEL & Abschnitt	SEITE
	<b>6.2 THORSTEN</b>	<b>80</b>
	6.2.1 Situation bei Heimaufnahme	80
	6.2.2 Pädagogische Ziele und Methoden	82
	6.2.3 Entwicklung und heutige Situation	83
<b>7.</b>	<b>ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION UND AUSBLICK</b>	<b>85</b>
<b>8.</b>	<b>KURZ - ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)</b>	<b>88</b>
<b>9.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>89</b>
<b>10.</b>	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>93</b>

Tanja, 8 Jahre

(Interpretation s. Abschnitt 4.2.2)

## 1. VORWORT

Ich habe mein Praxissemester in einem Heim für stark verhaltensauffällige Kinder absolviert. Die dort untergebrachten Jungen und Mädchen stammten fast ausnahmslos aus desolaten Familienverhältnissen, ihre Eltern verfügten oft nicht einmal über einen Schulabschluß, waren arbeitslos, lebten von Sozialhilfe und damit an oder unter der Armutsgrenze. Streitigkeiten und körperliche Auseinandersetzungen waren eher die Regel als die Ausnahme, manche Eltern redeten seit Jahren von Trennung. Und *viele* von ihnen waren alkoholabhängig.

Bereits damals habe ich mich gefragt, was es eigentlich bedeuten muß, in solchen Verhältnissen aufzuwachsen. Haben Kinder alkoholabhängiger Eltern überhaupt eine Chance, *nicht* verhaltensauffällig zu werden? Vor allem aber hat mich die Frage bewegt, was ich als Sozialpädagoge in der stationären Jugendhilfe für diese Kinder eigentlich tun kann: Macht es überhaupt einen Sinn, mit den *Kindern* zu arbeiten, wenn diese doch nur Symptomträger sind und die Ursachen für ihre Verhaltensauffälligkeiten ganz woanders liegen? Muß ich nicht vielmehr mit den *Eltern* arbeiten, damit die Kinder eine Chance bekommen, sobald wie möglich in 'geordnete' Familienverhältnisse zurückzukehren? Andererseits - was ist, wenn die Eltern sich nicht helfen lassen *wollen*? Muß ich dann nicht bestrebt sein, die Kinder aus diesem 'Milieu' herauszuholen, endgültig und notfalls auch gegen den elterlichen Willen? Darf oder muß ich das sogar auch dann tun, wenn die Kinder ihre Eltern trotz allem *lieben*?

Pauschale Antworten auf diese Fragen wird es nicht geben. Jedes Kind, jede Familie und auch jedes Heim ist anders. Die folgende Diplomarbeit kann daher nur die *Möglichkeiten und Grenzen der Heimpädagogik* bei der Arbeit mit Kindern alkoholabhängiger Eltern aufzeigen.

**Hinweis:** Die vorliegende Diplomarbeit wurde auf der Basis der *alten* Rechtschreibung erstellt. Bei allen männlichen Berufsbezeichnungen (z.B. Pädagoge) ist stets die weibliche Form mit gemeint. Wörtliche Zitate erscheinen gerahmt und mit einfachem Zeilenabstand, jedoch *ohne* Anführungszeichen.

## 2. EINLEITUNG

### 2.1 PROBLEMSTELLUNG

Es muß für Kinder eine ungeheure Belastung darstellen, in einer Familie aufzuwachsen, in der sich fast alles um die Alkoholabhängigkeit eines oder beider Elternteile dreht. Viele von ihnen scheinen auf diese Situation zu reagieren, indem sie bestimmte Verhaltensweisen entwickeln, die von der Gesellschaft als 'abweichend' betrachtet werden, als Verhaltensauffälligkeiten oder gar Verhaltensstörungen, die es zu 'korrigieren' gilt. Die Auseinandersetzung mit kindlichem Fehlverhalten ist nun an sich nichts Ungewöhnliches - sie ist integraler Bestandteil des Erziehungsprozesses, der nach Artikel 6 II GG normalerweise von den Eltern gesteuert werden soll:

Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

Können Eltern diese Pflicht also beispielsweise aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit nicht wahrnehmen, so muß der Staat ihnen dabei helfen. Heime sind Institutionen, derer er sich schon seit langem bedient, um dieser Aufgabe in bestimmten Fällen gerecht zu werden. Da sich die Schwierigkeiten und Probleme der Eltern jedoch nach außen oft erst im Verhalten der Kinder dokumentieren, sind diese bei der Heimaufnahme in der Regel schon verhaltensauffällig.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Fragen:

- F1) Unterscheidet sich das Erleben oder Verhalten der in einer Einrichtung der stationären Jugendhilfe lebenden Kinder alkoholabhängiger Eltern von dem anderer 'Heimkinder'?
- F2) Verfügen diese Einrichtungen über Konzepte, die für die pädagogisch - therapeutische Arbeit mit Kindern alkoholabhängiger Eltern geeignet sind und wenn ja, welche sind das ?
- F3) Was ist bei der Arbeit mit alkoholabhängigen Eltern zu beachten und welche Folgen kann dies für die Zielsetzung der pädagogischen Arbeit mit ihren Kindern haben ?
- F4) Kann die Heimpädagogik angesichts der Antworten auf die ersten drei Fragen den Bedürfnissen der Kinder alkoholabhängiger Eltern insgesamt gerecht werden oder nicht ?

## **2.2 VORGEHENSWEISE**

Um die vorgenannten Fragen zu beantworten, muß zunächst das Problem genauer analysiert werden. Der 3. Teil der Arbeit beschäftigt sich deshalb mit dem Thema Heimpädagogik. Er faßt die lange historische Tradition und die gewachsenen Strukturen der auf diesem Gebiet tätigen Institutionen kurz zusammen und beleuchtet dann die heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und das Adressatenfeld der Heimpädagogik ebenso, wie die sich daraus ergebenden aktuellen Probleme und die wichtigsten Lösungsansätze und Arbeitsmethoden. Der 4. Teil der Arbeit ist dem Thema Alkoholabhängigkeit gewidmet, wobei epidemiologische Fragestellungen, Entstehungsbedingungen, Folgen für die Betroffenen und Therapiemöglichkeiten aus Platzgründen nur am Rande gestreift werden können. Schwerpunktmäßig geht es in diesem Teil um die Beziehungen zwischen alkoholabhängigen Menschen und ihren Familienangehörigen, wobei die Rolle der Kinder natürlich besondere Berücksichtigung findet. Gibt es 'typische' Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern alkoholabhängiger Menschen? Haben sie vielleicht sogar besondere Ressourcen, die man im pädagogischen und therapeutischen Umgang mit ihnen nutzen könnte?

Erst im 5. Teil der Arbeit wird dann ausführlich analysiert, inwieweit die Heimpädagogik angesichts dieser Erkenntnisse adäquate Lösungen für die Probleme der betroffenen Kinder be-reithalten kann. Dabei wird vor allem zwischen pädagogisch - therapeutischen Aspekten (Arbeit mit den Kindern selbst), systemischen Aspekten (Elternarbeit, Zusammenarbeit mit anderen sozialen Einrichtungen) und rechtlichen Aspekten (Entzug des elterlichen Sorgerechts) unterschieden. Der 6. Teil bleibt zwei Fallbeispielen vorbehalten, die zeigen sollen, daß die im Haupt-teil der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse keineswegs rein theoretischer Natur sind, sondern einen *sehr* realen praktischen Hintergrund haben. In beiden Fällen geht es um Kinder, die ich im Rahmen meines Praxissemesters kennengelernt und zu denen ich bis heute Kontakt habe.

Um eines vorwegzunehmen: Es geht in dieser Arbeit *nicht* um Fälle, in denen noch die Chance besteht, daß ambulante (und damit weit kostengünstigere) Lösungsansätze greifen könnten.

Heimpädagogik stellt heute sozusagen die Ultima Ratio der Jugendhilfe dar, sie kümmert sich vor allem um mißhandelte, extrem vernachlässigte und stark verhaltensauffällige Kinder.

### 3. HEIMPÄDAGOGIK

#### ENTWICKLUNG, ADRESSATEN UND ARBEITSMETHODEN

### **3.1 VON DER BESSERUNGSANSTALT ZUM MODERNEN JUGENDHILFEZENTRUM**

#### **3.1.1 Die Entwicklung der Heimpädagogik im 20. Jahrhundert**

Ende des 19. Jahrhunderts war die Heimerziehung noch weitgehend autoritär. In oft als Besserungsanstalten bezeichneten, kasernenähnlichen Einrichtungen mit Massenschlafsälen wurden die Kinder mit einem repressiven Erziehungsstil (körperliche Züchtigungen und Essensentzug waren an der Tagesordnung) in eine gesellschaftlich vorgegebene Richtung 'gezogen'. Eine Zusammenarbeit mit den Eltern (so es sich nicht ohnehin um Waisen handelte) war unerwünscht, die Entlassung der 'Zöglinge' in die Gesellschaft geschah vollkommen abrupt und ohne jede Vorbereitung (Eitle 1998). Trotzdem gab es schon lange vor der Jahrhundertwende wichtige Reformansätze. Bereits um 1800 forderte Johann Heinrich Pestalozzi eine ganzheitliche, von Liebe und Vertrauen geprägte Pädagogik, die die individuelle Persönlichkeit eines jeden Kindes respektiert. Anknüpfend an diesen Gedanken, gründete Johann Hinrich Wichern in Hamburg 1833 das familienähnlich strukturierte 'Rauhe Haus', in dem mehrere Gruppen von maximal 12 Jungen oder Mädchen mit jeweils einem Betreuer wohnten. Er erkannte die Notwendigkeit, diese von ihm erstmals 'Erzieher' genannten Erwachsenen auf ihre Aufgabe vorzubereiten und begründete damit einen ganzen Berufsstand. Das 'Rauhe Haus' nahm zudem nicht nur Waisen auf, sondern vor allem auch Kinder, die dem schlechten Einfluß von Eltern und Umwelt entzogen werden sollten: Die Idee der Rettungshauspädagogik war geboren (Post 1997).

Solche Gedanken stießen in der Reformpädagogik auf breite Zustimmung, eine Bewegung, die sich allerdings erst nach dem 1. Weltkrieg gesellschaftlich durchzusetzen begann. Obwohl Maria Montessori bereits 1907 in Rom ihr 'Casa de Bambini' errichtete, eine Zeit, zu der auch Männer wie Friedrich von Bodelschwingh und Lorenz Werthmann (der 1897 die Caritas gründete) ähnliche Anstrengungen unternahmen, wurden körperliche Strafen in vielen Heimen der 'Fürsorge' erst nach der Einführung des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes (RJWG) und des



Jugendgerichtsgesetzes (JGG) im Jahre 1923 abgeschafft. Kurz vorher eröffnete Rudolf Steiner seine erste Waldorfschule und Kurt Hahn begründete als Leiter der Reformschule 'Schloß Salem' die deutsche Erlebnispädagogik. Auch in anderen Ländern gab es ähnliche Bestrebungen, so kümmerte sich Father Flanagan seit 1917 in seiner Einrichtung 'Boys Town' im US-Staat Nebraska um obdachlose und alkoholabhängige Jugendliche. Wenig später gründete der polnische Arzt und Pädagoge Janusz Korczak ein Waisenhaus in Warschau. Seine Arbeit, die auf demokratischer Mitbestimmung und emotionaler Zuwendung ebenso beruhte, wie auf der Tatsache, daß ältere Kinder für jüngere Verantwortung zu übernehmen hatten, beeinflußt die Heimerziehung bis heute. Janusz Korczak wurde 1942 in Treblinka von den Nazis vergast. Obwohl ihm die Gelegenheit geboten wurde, sein Leben zu retten, zog er es vor, zusammen mit 'seinen' 200 zumeist jüdischen Kindern zu sterben.

Die Katastrophe, die 1933 mit Hitler und der NSDAP über Deutschland und die Welt hereinbrach, führte zu Jugendkonzentrationslagern und Bewahranstalten für 'erbkrank' und 'asoziale' Kinder ebenso, wie zu Zwangssterilisationen und Vergasungen von Zigeunerkindern. 'Arische' Kinder, die nicht in ihrer Familie erzogen werden konnten, kamen in staatliche Heimschulen, in denen körperliche Züchtigungen wieder an der Tagesordnung waren. Bevorzugtes Erziehungsmittel in allen Bereichen war der Wettkampf. Ziel war die Heranbildung einer Jugend, die laut Hitler 'zäh wie Leder, flink wie Windhunde und hart wie Kruppstahl' sein sollte. Leitbilder waren der soldatisch - stramme Mann und die gemütvoll - züchtige Hausfrau (Eitle 1998).

Nach dem Zusammenbruch des Hitlerregimes war deshalb trotz der Schwierigkeiten der ersten Nachkriegsjahre (viele Kriegswaisen, Mangel an Heimen und an qualifiziertem Fachpersonal, große Versorgungsengpässe) auch in der Heimerziehung ein völliger Neubeginn erforderlich. Die ersten Pioniere (Andreas Mehringer übernahm 1945 das Waisenhaus in München, Hermann Gmeiner eröffnete 1949 sein erstes SOS - Kinderdorf in Tirol) knüpften vor allem am reformpädagogischen Trend zu immer familienähnlicheren Strukturen an. Dieser Trend führte zu einer Reihe von Merkmalen, die bis heute typisch für die Heimerziehung sind (Günther 2000):

- ◆ Kleinere, altersgemischte (z.T. koedukative) Gruppen in separaten Wohnbereichen

- ◆ Ächtung von autoritären Erziehungsmethoden und Stigmatisierungsmerkmalen
- ◆ Qualifizierte Aus- und Weiterbildung von nach Tarif bezahltem Heimpersonal

Die Studentenbewegung der 60er Jahre, die sich besonders für Randgruppen wie 'Heimkinder' engagierte und die die Heimerziehung 'skandalisierte' (Günder 2000), die ihr in den 70er Jahren folgende Bildungsreform und nicht zuletzt die Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts führten schließlich zu drei weiteren Entwicklungen, die die Heimerziehung bis heute prägen:

- ◆ Selbständiges, kritisches Denken verdrängt (blinden) Gehorsam als Erziehungsziel
- ◆ Es entsteht ein zunehmend differenziertes heimpädagogisches Angebotsspektrum
- ◆ Der immer teurer werdende Heimaufenthalt wird zunehmend zur Übergangslösung

Die beiden zuletzt genannten Punkte werden im folgenden Abschnitt ausführlicher diskutiert.

### **3.1.2 Gesetzliche Grundlagen der heutigen Heimpädagogik**

Mit dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), das das aus dem RJWG hervorgegangene Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) ablöste und 1998 als VIII. Buch in das Sozialgesetzbuch aufgenommen wurde, entstand auf diesem Gebiet 1990 zum ersten Mal in der deutschen Geschichte ein einklagbarer *Rechtsanspruch* auf staatliche Leistungen. Mit der Einführung des KJHG wurden die für die Kinder- und Jugendhilfe zuständigen Jugendämter endgültig zu Dienstleistern, während sie sich zuvor oft noch als 'Polizeibehörde' verstanden (Eitle 1998).

§ 1 KJHG betont, daß jeder junge Mensch ein Recht auf Erziehung und auf Förderung seiner Entwicklung hat (was letztlich aus dem in Artikel 2 GG garantierten Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit abgeleitet wird), sowie die in Artikel 6 GG verankerte besondere Verantwortung der Eltern für ihre Kinder (s. Einleitung). § 27 I KJHG begründet dann den Anspruch der Personensorgeberechtigten (in der Regel sind das die Eltern, zum Thema 'Entzug des Personensorgerechts' s. Abschnitt 5.3.2) auf Hilfe bei der Wahrnehmung dieser Verantwortung:

Ein Personensorgeberechtigter hat bei Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendli-

chen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.

Die §§ 28 - 35 konkretisieren diesen Anspruch dahingehend, daß sie eine Reihe von Hilfemaßnahmen benennen, die die Personensorgeberechtigten nach Maßgabe von § 27 in Anspruch nehmen können, beispielsweise eine Erziehungsberatung, eine sozialpädagogische Familienhilfe, die Erziehung in einer Tagesgruppe oder in einer Pflegefamilie (Vollzeitpflege), die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung oder die Erziehung ihres Kindes in einem Heim (nach § 5 haben sie sogar das Recht, zwischen verschiedenen Einrichtungen und Diensten zu wählen, wobei ihren Wünschen zu entsprechen ist, sofern dadurch keine 'unverhältnismäßigen' Mehrkosten entstehen). Grundlage für die *Heimerziehung* ist § 34 KJHG, wo es heißt:

Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie

1. Eine Rückkehr in die Familie zu erreichen versuchen oder
2. Die Erziehung in einer anderen Familie vorbereiten oder
3. Eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbständiges Leben vorbereiten

Hieraus ergaben sich vor allem zwei Konsequenzen: Erstens entstand ein zunehmend differenziertes heimpädagogisches Angebotsspektrum (1) und zweitens führte die damit verbundene weitere Professionalisierung der Heimpädagogik auch zu weiter steigenden Kosten und damit dazu, daß der Heimaufenthalt zunehmend zur Übergangslösung wurde (2).

#### Ad 1) Ein hochdifferenziertes heimpädagogisches Angebotsspektrum

Der vom Gesetzgeber formulierte Anspruch an die Heimerziehung, mit pädagogischen und therapeutischen Methoden zu arbeiten, die dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen entsprechen, führte einerseits zur rechtlichen Absicherung eines Angebotsspektrums, das sich faktisch bereits seit den 70er Jahren immer weiter differenzierte (Eitle 1998, Gündler 2000). Andererseits gingen von ihm jedoch auch Impulse in Richtung einer weiteren Angebotsdifferenzierung aus. Heute gibt es unter anderem Säuglings- und Kleinstkinderheime, Kinderdörfer, Erziehungsheime, betreute Jugendwohngruppen, psychotherapeutisch oder heilpädagogisch orientierte Heime, sowie Schülerheime und Internate, Lehrlingsheime, Heime

für minderjährige Mütter mit ihren Kindern etc. (Buchka & Knapp 1994).

Neben diesem 'Spezialisierungstrend' setzte jedoch auch eine Entwicklung ein, die man als 'Generalisierungstrend' bezeichnen könnte. Infolge des sich auch auf diesem Gebiet immer weiter verschärfenden Wettbewerbs versuchen die Träger der Jugendhilfe nämlich zunehmend, einen möglichst breiten Bereich dieses Angebotsspektrums abzudecken. Praktisch alle größeren Träger bieten heute neben stationären Gruppen auch betreute Jugendwohngruppen an, vielfach ergänzen teilstationäre Gruppen (sogenannte Tagesgruppen nach § 32 KJHG) das Angebot. Auf diese Weise entstanden in den 90er Jahren regelrechte Jugendhilfezentren.

#### Ad 2) Der Heimaufenthalt als Übergangslösung

Eine weitere Konsequenz dieser Entwicklung waren die ständig steigenden Kosten der Heimunterbringung. Sinkende Gruppenstärken führten schließlich zu einer Betreuungsichte von etwa 1 : 2 (Erzieher : Kinder). Dies und die sich natürlich auch in den Personalkosten widerspiegelnde steigende Qualifikation der die Kinder betreuenden Fachkräfte (viele sind heute eben nicht mehr 'nur' Erzieher, sondern Sozial- oder Heilpädagoge), sowie immer speziellere pädagogisch - therapeutische Zusatzangebote (Erlebnispädagogik, Reiten und Voltigieren, Mal- und Spieltherapie etc.) resultierte in Tagessätzen, die heute zum Teil deutlich über 200 DM liegen. Damit kostet ein 'Heimkind' den Steuerzahler monatlich zwischen 6.000 und 7.500 DM (Günder 2000). Hinzu kommt, daß nach annähernd zwei Jahrzehnten kontinuierlichen Rückgangs die Zahl der 'Heimkinder' seit 1990 wieder deutlich zunimmt, was angesichts der Tatsache, daß eine Heimunterbringung inzwischen die Ultima Ratio der Jugendhilfemaßnahmen darstellt (s.u.), als Indiz für eine steigende Zahl von 'Problemfällen' gewertet werden muß.

Anzahl der in Heimen oder sonstigen betreuten Wohnformen lebenden jungen Menschen			
31.12.1991	31.12.1993	31.12.1995	31.12.1997
64.323	72.685	69.969	78.212

Abb.1: Entwicklung der Zahl der 'Heimkinder' in den 90er Jahren (Günder 2000, S. 30)

Der damit verbundenen Kostenexplosion versuchen die Jugendämter vor allem durch eine Forcierung präventiver Maßnahmen entgegenzuwirken. Hierbei lassen sich primäre, sekundä-

re und tertiäre Maßnahmen unterscheiden (Post 1997).



**Primäre Präventionsmaßnahmen:** Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die die Notwendigkeit *individueller* Hilfen verhindern sollen. Es sind dies vor allem die in den §§ 11 - 17 KJHG beschriebenen Angebote zur Förderung der Jugend(sozial)arbeit, der Familienbildung etc. Da die örtlichen Träger über das Zustandekommen solcher Maßnahmen im Rahmen ihres Haushalts und nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden und es sich dabei nur um allgemeine *Angebote*, nicht jedoch um individuell einklagbare *Rechtsansprüche* handelt, werden sie bis heute aber leider eher vernachlässigt (Post 1997).

**Sekundäre Präventionsmaßnahmen:** Unter sekundären Präventionsmaßnahmen werden die bereits erwähnten, in den §§ 28 - 33 KJHG beschriebenen *individuellen* Hilfen verstanden, die den Verbleib eines Kindes in seiner Ursprungsfamilie oder die Erziehung in einer Pflegefamilie zu erreichen versuchen. Da diese Maßnahmen oft nicht nur pädagogisch sinnvoller, sondern auch sehr viel billiger als eine Heimunterbringung sind, werden sie seit einiger Zeit von den Jugendämtern so stark forciert, daß von der Heimerziehung nur noch als Ultima Ratio Gebrauch gemacht wird. Dieses Vorgehen hat gravierende Konsequenzen für die Heimpädagogik:

Die begrüßenswerte Tatsache, daß in vielen Fällen durch vorbeugende und alternative Maßnahmen Kindern und Jugendlichen ein Heimaufenthalt erspart blieb, weil wirklich angemessenere pädagogische Methoden ergriffen wurden, hat aus der Sicht der Heimerziehung zu einer gewaltigen Erschwerung der täglichen Praxis geführt; denn den Heimen verblieb der schwierige 'Rest', der nicht in Pflegestellen vermittelt werden konnte, der zu alt, zu spät und mit zu massiv auftretenden Problemen aufgenommen wurde (Günder 2000, S. 24)

**Tertiäre Präventionsmaßnahmen:** Hierunter sind Maßnahmen zu verstehen, die auf einen möglichst *kurzen* Heimaufenthalt abzielen. Die Reihenfolge der in § 34 KJHG formulierten Ziele der Heimpädagogik (s. S. 10) ist mit Bedacht so gewählt: Die Rückführung eines Kindes in die Ursprungsfamilie hat oberste Priorität, gefolgt von der Vermittlung in eine Pflegefamilie. Erst wenn beides nicht erreichbar zu sein scheint, kommt die Heimunterbringung als Dauerlösung in Betracht. Auch das hat erhebliche Konsequenzen: Die Rückführungsorientierung der Heimpädagogik erhöht den Stellenwert der Elternarbeit beträchtlich. Auf die oft sehr problematische Arbeit mit *alkoholabhängigen* Eltern oder Elternteilen (und auf die Konsequenzen für die pädagogische Zielsetzung) wird später noch ausführlich eingegangen (s. Abschnitt 5.2.2).



### **3.2 DIE ADRESSATEN DER HEIMPÄDAGOGIK UND IHRE SPEZIFISCHEN GEGEBENHEITEN**

#### **3.2.1 Überforderte Eltern, mißhandelte und vernachlässigte Kinder**

Die Zahl der Kinder, die beide Elternteile durch Krieg, Unfall oder Krankheit verloren haben, ist in den letzten Jahrzehnten beständig gesunken. Außerdem werden Waisen von den Jugendämtern heute bevorzugt bei Verwandten oder in Pflegefamilien untergebracht. Die Heimpädagogik kümmert sich daher nicht (mehr) vorwiegend um die 'Waisenpflege', sondern um Kinder, deren Eltern mit ihrer Erziehung *überfordert* sind, was sich zumeist in der Mißhandlung oder Vernachlässigung (und in der Folge in zum Teil gravierenden Verhaltensauffälligkeiten) dieser Kinder äußert. Die entgegen dem demographischen Trend und trotz des auf den Jugendämtern lastenden Kostendrucks seit Anfang der 90er Jahre wieder deutlich steigende Zahl von 'Heimkindern' (s. Abschnitt 3.1.2) weist daher auf eine zunehmende Zahl von solcherart überforderten Eltern hin.

Unter *Mißhandlung* versteht man Schläge oder andere gewaltsame Handlungen, die zu Verletzungen führen (körperliche Mißhandlung), sowie das ständige Ängstigen, Überfordern oder Erniedrigen von Kindern (psychische Mißhandlung), beispielsweise durch langanhaltenden Liebesentzug, Zuweisen einer Sündenbockrolle, Lächerlichmachen oder Verweigerung von Hilfe (Comer 1995). Eine besonders schwere Form der psychischen Mißhandlung stellt dabei der (Mädchen wie Jungen gleichermaßen betreffende) sexuelle Mißbrauch dar, der in einigen Fällen auch mit Verletzungen und also mit einer körperlichen Mißhandlung verbunden ist. Während die Zahl der von ihren Eltern regelmäßig geschlagenen Kinder kontinuierlich abzunehmen scheint (Engfer 1995), läßt sich dieser Trend bei psychischen Mißhandlungen nicht belegen, obwohl seit 1980 nach § 1631 II BGB *jegliche* Art von entwürdigenden Erziehungsmaßnahmen unzulässig ist. Als Ursachen des Phänomens der Kindesmißhandlung werden heute vor allem auf eigenen Gewalterfahrungen beruhende elterliche Persönlichkeitsprobleme, sowie große Belastungen durch Armut, Arbeitslosigkeit oder Partnerschaftskonflikte gesehen (Engfer 1995). Zu den Folgen körperlicher oder psychischer Mißhandlung zählen ein negatives Selbstbild, langanhaltendes Mißtrauen, schlechte Schulleistungen und eine (besonders bei Jungen) erhöhte Aggressionsbereitschaft. Bei Mädchen treten dagegen verstärkt Schuldgefüh-

le, sozialer Rückzug und Depressivität bis hin zur Suizidneigung auf (Engfer 1995, Comer 1995).

Unter *Vernachlässigung* versteht man dagegen die unzureichende Förderung, Ernährung, Pflege oder gesundheitliche Versorgung von Kindern durch ihre Eltern. Auch die mangelhafte Beaufsichtigung und der damit verbundene fehlende Schutz vor Gefahren wird unter diesem Begriff subsumiert. Die Vernachlässigung von Kindern wird besonders häufig in Familien beobachtet, die als sehr arm oder randständig gelten, jedoch scheinen auch psychische Störungen der Eltern wie Depressionen oder die *Alkoholabhängigkeit* eines Elternteils diesbezüglich prädisponierend zu wirken (Engfer 1995). Die Folgen der Vernachlässigung sind dabei mindestens ebenso gravierend wie die Folgen der Mißhandlung von Kindern, sie umfassen Störungen der sozial - emotionalen Entwicklung (s. Abschnitt 3.2.3) ebenso, wie erhebliche Retardierungen auf dem Gebiet der kognitiven Fähigkeiten (Engfer 1995). Verglichen mit der Zahl der Fälle, in denen Kinder von ihren Eltern körperlich oder psychisch mißhandelt werden, scheint es sich verschiedenen Untersuchungen zufolge bei der Vernachlässigung von Kindern zumindest in Deutschland um das bei weitem größere Problem zu handeln:

Im Klientel deutscher Jugendämter machen Vernachlässigungen ca. drei Viertel aller betreuten Fälle aus. Das hat vermutlich damit zu tun, daß bei schweren Vernachlässigungen therapeutisch - psychologische Interventionsformen, wie sie von Erziehungsberatungsstellen und Kinderschutzzentren angeboten werden, in der Regel wenig ausreichen. Hier sind vor allem praktische und materielle Hilfen oder einschneidende Eingriffe in das elterliche Sorge- und Aufenthaltsbestimmungsrecht nötig, wenn halbverhungerte und / oder verwahrloste Kinder zu ihrem Schutz aus der Familie herausgenommen und in einem Heim oder einer Pflegefamilie untergebracht werden müssen (Engfer 1995, S. 962)

Da in Deutschland zwischen 1% (Engfer 1995) und 3% (Knölker et al. 1997) aller Kinder körperlich schwer mißhandelt werden, kann man also bei der Vernachlässigung von einer Prävalenz zwischen 3% und 9% ausgehen. Hinzu kommt die (noch schwerer abzuschätzende) Zahl der psychisch mißhandelten Kinder. Von 15 Millionen Minderjährigen dürften daher zwischen einer und zwei Millionen von Mißhandlung oder Vernachlässigung betroffen sein!

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit dem sogenannten Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndrom, das zwar einerseits selbst eine zum Teil massive Auffälligkeitssymptomatik mit sich bringt, andererseits aber wie die Mißhandlung oder Vernachlässigung von Kindern vor allem prädisponierend für sozial - emotionale Verhaltensauffälligkeiten wirkt, deren häufigste im Abschnitt 3.2.3 beschrieben werden.

### **3.2.2 Das Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndrom (ADHS)**

Diese Störung, im Englischen zutreffend 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder' genannt, wird im deutschen Sprachraum irreführenderweise meist als das 'Hyperkinetische Syndrom' (HKS) bezeichnet. Irreführend deshalb, weil dieser Name die motorische *Unruhe* (oder Hyperaktivität) der betroffenen Kinder betont, die jedoch nur eines von mehreren Symptomen darstellt. Meist viel gravierender (weil langfristig folgenreicher), wenn auch oft nicht so auffällig, sind die beiden anderen Symptome, die in einer mehr oder weniger massiven *Beeinträchtigung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit* (oder hohen Ablenkbarkeit) und einer starken *Impulsivität* (oder mangelnden Impulskontrolle) bestehen. Aus diesem Grund wird im folgenden der aus dem Englischen ins Deutsche übertragene Begriff ADHS verwendet.

Das ADHS wurde bereits 1845 vom Frankfurter Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffmann in seinem bekannten Buch 'Der Struwwelpeter' im Kapitel 'Der Zappel-Philipp' treffsicher beschrieben. Es stellt eine der häufigsten kinderpsychiatrischen Störungen dar, neuere Untersuchungen ergaben, daß etwa 3 - 4% aller Kinder im Schulalter das Vollbild dieses Syndroms zeigen, wobei Jungen etwa sechsmal (!!!) so häufig betroffen sind wie Mädchen (Knölker et al. 1997). Die Ursache dieser Störung ist bis heute weitgehend unklar, jedoch geht man mittlerweile von einer multifaktoriellen Genese aus. Danach scheint bei den betroffenen Kindern einerseits ein Ungleichgewicht im Neurotransmittersystem des Gehirns vorzuliegen, andererseits gibt es offensichtlich auch eine genetische Komponente. Besonders ungünstig scheint auch der übermäßige *Alkoholkonsum* der Mutter während der Schwangerschaft zu wirken (s. Abschnitt 4.2.3). Zudem erhöhen bestimmte ungünstige psychosoziale Lebensbedingungen den Schweregrad und die Dauerhaftigkeit der Störung erheblich (Döpfner 1997). Vermutungen, nach denen neurologische Störungen oder Störungen des Immunsystems die Ursache des Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndroms seien, gelten dagegen heute als weitgehend widerlegt.

Als Behandlungsansatz hat sich beim ADHS eine Kombination aus Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie durchgesetzt, wobei sich in der medizinischen Behandlung vor allem zwei Wirkstoffgruppen als wirksam erwiesen haben: Antriebssteigernde Psychopharmaka (Psycho-

stimulantien) und Antidepressiva. Psychostimulantien wie das auf diesem Gebiet weit verbreitete Ritalin wirken bei betroffenen Kindern eher dämpfend, weil sie (in niedrigen Dosierungen)

die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit verbessern (Döpfner 1997). Bei höheren Dosierungen ist diese Wirkung etwas schwächer, jedoch wird zusätzlich der Hang zu impulsivem und aggressivem Verhalten vermindert. Der Effekt stellt sich nach etwa einer halben Stunde ein und hält für ungefähr drei Stunden an, weshalb das Medikament bei schwacher Ausprägung des Syndroms meist einmal täglich (idealerweise vor der ersten Schulstunde), bei stärker gestörten Kindern hingegen oft mehrmals täglich und höher dosiert gegeben wird. Als flankierende verhaltenstherapeutische Maßnahmen haben sich zur Stärkung von Körper- und Impulskontrolle und zur Entspannung vor allem das heilpädagogische Reiten und Voltigieren sowie die Musiktherapie durchgesetzt (Knölker et al. 1997). Auch mit einem speziellen Selbst-instruktionstraining, bei dem das Kind vom Therapeuten lernt, wie man Probleme erkennt, verschiedene Lösungsmöglichkeiten gegeneinander abwägt, sich schließlich für eine davon entscheidet, die Richtigkeit dieser Lösung überprüft und sich gegebenenfalls selbst für seinen Erfolg bestätigt, sind gute Erfolge erzielt worden (Döpfner 1997). Wichtig ist zudem eine konsequente äußere Führung, die einen individuellen Tagesablaufplan als Orientierungshilfe ebenso beinhaltet wie klare, überschaubare Regeln, deren Einhaltung auch überprüft wird (Hölzl 1995).

Das ADHS ist vor allem deshalb so gefährlich, weil es die Entwicklung sekundärer Verhaltensstörungen wie Depressivität, Aggressivität, Dissozialität und Delinquenz massiv begünstigt. Da sich die betroffenen Kinder weder in der Schule noch beim Spielen genügend konzentrieren können, sind sie häufig Tadeln, Restriktionen und Mißerfolgen ausgesetzt und werden von allen wichtigen Bezugspersonen mehr oder weniger offen abgelehnt. Die erwähnten sekundären Verhaltensstörungen stellen, psychoanalytisch betrachtet, lediglich den Versuch der Frustrationsabwehr dar, wodurch sich wie in einem Teufelskreis die Ablehnung durch Eltern, Geschwister, Lehrer und Klassenkameraden immer weiter verstärkt (Knölker et al. 1997).

---



Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß das durch eine massive Aufmerksamkeitsstörung, sowie durch Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnete ADHS (ähnlich wie schwere körperliche und psychische Mißhandlungen oder die Vernachlässigung von Kindern) in besonderer Weise prädisponierend für die Entwicklung von sekundären Verhaltensstörungen wirkt. Von Bedeutung sind dabei in erster Linie die im folgenden Abschnitt beschriebenen sozial - emotionalen Störungen.

### **3.2.3 ICH - Schwäche und resultierende Verhaltensauffälligkeiten**

Es ist offensichtlich, daß Kinder, die von ihren Eltern ständig körperlich oder psychisch mißhandelt, vernachlässigt oder (beispielsweise aufgrund ihres Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndroms) mehr oder weniger offen abgelehnt werden, kein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln können. Vielmehr erleben sie sich meist als ohnmächtig, leiden oft unter dauernden Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstzweifeln und werden zudem häufig von Schuldgefühlen geplagt [Beispiele: Meine Eltern streiten sich immer, weil *ich* ihnen Kummer mache; Papa trinkt, weil *ich* dumm und schlecht in der Schule bin]. Psychoanalytiker sprechen in diesem Zusammenhang auch von Kindern mit einem schwachen ICH (Rauchfleisch 1992).

Da solche Gefühle und Gedanken jedoch auf Dauer unerträglich sind, entwickeln die meisten dieser Kinder dagegen (unbewußte) Abwehrstrategien, die sich in der Regel in Form von Verhaltensweisen äußern, die von anderen Menschen als 'falsch', 'abweichend' oder 'auffällig' wahrgenommen werden. Diese Verhaltensauffälligkeiten stellen für die betroffenen Kinder zunächst eine Entlastung dar, da sie sich (beispielsweise nach einem 'geglückten' Diebstahl oder nach einer 'gewonnenen' körperlichen Auseinandersetzung) kurzfristig groß und mächtig fühlen können. Langfristig wird dadurch jedoch oft die ablehnende Haltung der Eltern (und anderer wichtiger Bezugspersonen) verstärkt, was fatalerweise meist nicht etwa zu einer Veränderung, sondern im Gegenteil zur Verfestigung der vorhandenen Auffälligkeitssymptomatik führt und so eine Art 'Teufelskreis' in Gang setzt (Rauchfleisch 1992).

Obwohl diese Verhaltensauffälligkeiten also nur das Symptom einer nicht geglückten Eltern - Kind - Beziehung sind, stellen sie meist das erste nach außen sichtbare Zeichen dafür dar, daß in einer Familie 'etwas nicht stimmt'. In vielen Fällen wird daher die Notwendigkeit eines Heimaufenthaltes als 'Ultima Ratio' aller möglichen Jugendhilfemaßnahmen mit dem Vorliegen massiver kindlicher Verhaltensstörungen (und nicht etwa mit dem 'falschen' elterlichen Erziehungsverhalten) begründet. Zu den wichtigsten Verhaltensauffälligkeiten, mit denen sich die Heimpädagogik demzufolge heute auseinandersetzen muß, gehören bei den betroffenen Jungen vor allem Störungen des Sozialverhaltens wie *Narzißmus und Aggressivität* (1) oder

*Dissozialität und Delinquenz* (2). Bei Mädchen treten dagegen häufiger emotionale Störungen wie *Angst und Depressivität* (3) oder *Psychosomatische Störungen* (4) auf.

### Ad 1) Narzißmus und Aggressivität

Besonders Jungen entwickeln zur Abwehr von Ohnmachts- und Minderwertigkeitsgefühlen häufig Omnipotenzphantasien oder Allmachtsvorstellungen (Rauchfleisch 1992). Sie stellen sich dann gerne als jemanden dar, der buchstäblich alles kann und alles schon einmal gesehen, gehört und erlebt hat. Kinder mit dieser als Narzißmus bezeichneten Störung neigen zu massiver Selbstüberschätzung und glauben, immer und überall die Schönsten, Besten und Größten zu sein. Sie sind sehr eitel und können oft ungemein charmant auftreten. Dabei sind sie in ihrem Innersten extrem kränkbar und reagieren schnell gereizt und nicht selten aggressiv auf Kritik. Diese meist *spontane, reaktive Aggressivität* zielt jedoch nicht primär auf die Schädigung anderer Menschen ab, sondern wird von narzißtischen Kindern fälschlicherweise als legitimes Mittel betrachtet, um die von ihnen als 'Provokation' oder 'Aggression' fehlgedeutete Kritik abzuwehren. Deshalb sollte sie nicht mit der oft von dissozialen oder delinquenten Kindern eingesetzten *planmäßigen, aktiven Aggressivität* verwechselt werden (s. S. 19).

Narzißtische Kinder sind meist unfähig, zu erkennen, daß alle Menschen gute *und* schlechte Eigenschaften haben. Vielmehr nehmen sie sich selbst als nur 'gut', andere Menschen hingegen oft als nur 'böse' wahr (vor allem dann, wenn diese sie kritisieren). Das macht den pädagogischen Umgang mit ihnen sehr schwer: Kritik, und sei sie noch so berechtigt und behutsam formuliert, lassen sie dadurch erst gar nicht an sich heran. Der Versuch, ihren 'Schutzpanzer' sozusagen gewaltsam zu durchbrechen (beispielsweise indem man ihnen *beweist*, daß sie einen Fehler gemacht haben) ist pädagogisch ebensowenig sinnvoll, da er in der Regel nur zu aggressiven Wutausbrüchen führt. Auch aus psychotherapeutischer Sicht ist dieses Vorgehen nicht ratsam:

So verhängnisvoll sich diese Manifestationen eines pathologischen Größen - Selbst auch auf die sozialen Beziehungen auswirken mögen, so wichtig ist diese Dimension doch mitunter für das Überleben solcher Menschen, weil es ihnen Schutz gegenüber unerträglichen Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht bietet (Rauchfleisch 1992, S. 188).

Das Loben dieser Kinder wirkt hingegen nicht etwa ICH - stärkend, sondern bestätigt sie nur in ihrem Narzißmus. Stattdessen sollten sie immer wieder dazu ermuntert werden, sich selbst zu beurteilen, mit einem sich *langsam* verstärkenden Druck in Richtung 'Realität'. Nur so

können sie lernen, sich selbst und damit auch ihre Umwelt zunehmend differenzierter wahrzunehmen.

## Ad 2) Dissozialität und Delinquenz

Diese häufig in Kombination mit narzißtischen Verhaltensweisen (Rauchfleisch 1992) auftretenden Störungen sind deutlich zu unterscheiden von bloßem oppositionellem Trotzverhalten, das bei 'Heimkindern' ebenfalls sehr häufig vorkommt. Während das Hauptmerkmal des oppositionellen Trotzverhaltens in einem (mindestens sechs Monate lang andauernden) trotzigem, un-gehorsamen und feindlichen Verhalten gegenüber Autoritätspersonen wie Eltern und Lehrern besteht, tritt bei der (sich oft im Anschluß entwickelnden) *Dissozialität* ein Verhaltensmuster in den Vordergrund, das vor allem die Verletzung grundlegender Rechte anderer Menschen und ständige Verstöße gegen bestimmte, altersrelevante Normen umfaßt (Petermann & Scheithauer 1998). Dazu zählen bei Mädchen eher verbale, bei Jungen eher körperliche Gewalt gegenüber anderen Menschen, sowie die vorsätzliche Zerstörung von fremdem Eigentum, Betrügereien, (Laden-) Diebstähle, Einbrüche, Erpressungen und Raubüberfälle auf schwächere Kinder (oft verharmlosend als 'Abziehen' bezeichnet), Tierquälereien, häufiges Schulschwänzen oder Weg-laufen von zu Hause etc. Bezüglich dieser Störung weisen klinische Studien auf eine extrem hohe Komorbiditätsrate von bis zu 90% (!!!) zum ADHS hin (Petermann & Scheithauer 1998).

Von *Delinquenz* spricht man nur dann, wenn eine vom StGB erfaßte Tat vorliegt, die von einem mindestens 14jährigen (strafmündigen) Täter verübt wurde, sie erreicht (quer durch alle Gesellschaften und historischen Perioden) im Alter zwischen 16 und 20 Jahren ihren höchsten Prävalenzwert (Montada 1995). Auffallend ist, daß dieser Wert in den letzten 50 Jahren deutlich angestiegen ist, so daß man schon fast von einem 'Entwicklungsphänomen' sprechen kann:

Aus neueren Dunkelfelderhebungen ist bekannt, daß die weit überwiegende Mehrheit der Jugendlichen wenigstens gelegentlich Straftaten begehen. Delinquenz im Jugendalter ist 'normal' geworden (Montada 1995, S. 1027).

Als mögliche Ursache dieses Anstiegs wird die zunehmende Diskrepanz zwischen der immer früher einsetzenden biologischen und der immer später einsetzenden sozialen Reife der Jugendlichen betrachtet. Delinquenz kann für Jugendliche in dieser 'Reifungslücke' als ein Zugang zu den Privilegien des Erwachsenenalters gesehen werden (Petermann & Scheithauer

1998). Bezüglich des pädagogischen Umgangs mit diesen 'Kindern' sei hier auf den 5. Teil verwiesen.

### Ad 3) Angst und Depressivität

Angst und Trauer stellen 'normale' Reaktionen auf belastende Lebensereignisse dar, wobei Kinder und Jugendliche nicht nur die Trennung der Eltern oder den Verlust eines nahen Verwandten, sondern beispielsweise auch einen Umzug oder Schulwechsel, den Tod eines Haustieres oder die Geburt eines weiteren Kindes so empfinden können. Von einer Störung spricht man deshalb erst dann, wenn die Schwere oder Dauer der Angstreaktion oder der traurigen (depressiven) Verstimmung auch unter Berücksichtigung des Alters in einem diskrepan-ten Verhältnis zum ursächlichen oder angeschuldigten Ereignis steht. Pathologische Angst und Depressivität treten im Kindes- und Jugendalter häufig gemeinsam auf, wobei die Präva-lenz bei Mädchen etwa doppelt so hoch ist wie bei Jungen (Comer 1995).

Während Ängste vor der Trennung von den Eltern (dazu gehört auch die oft mit körperlichen Symptomen wie Bauchschmerzen verbundene Schulphobie), Dunkelängste und Tierphobien bevorzugt bei Klein- und Grundschulkindern auftreten und damit für die Heimpädagogik mehr oder weniger irrelevant sind (s. Abschnitt 3.2.4), dominieren in der aus heimpädagogi-scher Sicht weit bedeutsameren Phase der Adoleszenz die Schulangst (Angst vor Lehrern oder Mitschülern), die sogenannte generalisierte Angststörung (Ständige Sorgen, Grübeleien und Konzentrationsschwierigkeiten) und die besonders häufige Störung mit sozialer Überängst-lichkeit, die durch Schüchternheit, Introvertiertheit und einen Mangel an altersgerechten so-zialen Kontakten gekennzeichnet ist (Lehmkuhl 1995).

Auch die Symptome der Depressivität sind altersabhängig. Während bei Kleinkindern Spie-lunlust, Rückzug von familiären Bezugspersonen und Einschlafstörungen Hinweise auf eine solche Störung sind, treten bei Schulkindern oft ständige Müdigkeit, Minderwertigkeitsgefüh-le und schlechte Schulleistungen, in der späten Adoleszenz dagegen ein häufig mit Suizidge-danken verbundenes, andauerndes Gefühl der Sinnlosigkeit auf. Depressive Menschen sind fast immer sehr sensibel, ihr größter Wunsch ist es, zu lieben, geliebt und gebraucht zu wer-den (Riemann 1961). Kinder *alkoholabhängiger* Eltern, deren Sehnsucht nach Zuwendung oft enttäuscht wird und die sich in ihrem ständigen Bemühen um die 'Rettung' des abhängigen



Elternteils als hilflos erleben müssen, sind daher besonders anfällig für depressive Störungen (s. Abschnitt 4.2.3)

Neben solchen ungünstigen Sozialisationsbedingungen wird heute als Teilursache beider Störungen ein genetischer Faktor vermutet. Bei der Depressivität scheint zudem eine Neurotransmitterstörung vorzuliegen, die sich in vielen Fällen medikamentös behandeln läßt. Bezüglich verhaltens- und psychotherapeutischer Ansätze sei wiederum auf den 5. Teil verwiesen.

#### Ad 4) Psychosomatische Störungen

Neben den eher seltenen Tic-Störungen gibt es bei Kindern und Jugendlichen vor allem vier Gruppen von Störungen mit psychosomatischem Charakter: Schlafstörungen wie Insomnie und Hypersomnie, Sprachstörungen wie das vergleichsweise häufig vorkommende Stottern, Störungen der Ausscheidung und Eßstörungen. Während Enuresis (unwillkürlicher Harnabgang) und Enkopresis (unwillkürlicher Stuhlabgang) vor allem bei jüngeren Kindern zwischen 5 und 10 Jahren auftreten und somit für die Heimpädagogik nur in Ausnahmefällen von Bedeutung sind (im Alter von 18 Jahren liegt die Prävalenz immerhin noch bei 2%, bei einem Geschlechterverhältnis von 5 : 1 'zugunsten' der Jungen), treten Eßstörungen trotz einer steigenden Prävalenz bei Jungen nach wie vor besonders bei adoleszenten Mädchen auf (Knölker et al. 1997).

Anorexia nervosa ('Magersucht') und Bulimia nervosa ('Eß-Brechsucht') sind dabei aus heimpädagogischer Sicht vor allem deshalb besonders interessant, weil die bei weiblichen Jugendlichen insgesamt knapp 1% betragende Prävalenz in besonderen Risikogruppen auf bis zu 20% ansteigt. Zu diesen Risikogruppen zählen vor allem sexuell mißbrauchte Mädchen sowie frühreife Mädchen mit einer extrem konflikthafter Beziehung zur Mutter, die sich, psychoanalytisch betrachtet, unbewußt wieder in die präpubertäre Phase 'zurückhungern' wollen (Knölker et al. 1997). Besonders die 'Magersucht' ist sehr gefährlich, die Sterblichkeitsrate liegt hier bei über 10%, wobei Selbstmord die häufigste Todesursache darstellt (Habermas 1995). Adipositas ('Fettsucht') ist ein sehr viel weiter verbreitetes Phänomen (die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung beträgt etwa 20%), von dem Jungen und Mädchen etwa gleich stark betroffen sind. Die Rate bei Kindern aus sozial schwachen oder 'problematischen' Familien ist jedoch sehr viel höher, in manchen Heimen liegt die Quote der adipösen Kinder bei nahezu 50%. Trotz der bekannten gesundheitlichen Risiken des Übergewichts ist Adipositas aber vor

allen im Gegensatz zur 'Magersucht' nicht unmittelbar lebensbedrohend. Da Heime Kinder alkoholabhängiger Eltern aber meist nicht wegen Eßstörungen aufnehmen, wird ihre Therapie hier nicht erörtert.

### 3.2.4 Aktuelle Altersstruktur und Auffälligkeitsniveau der Kinder

Laut Statistischem Bundesamt wurden 1998 rund 32.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von einer Pflegefamilie oder einem Heim aufgenommen, wobei sich kein signifikantes geschlechtsspezifisches Ungleichgewicht zeigte (55% Jungen, 45% Mädchen). Bis zu einem Alter von 9 Jahren wurden ca.  $\frac{2}{3}$  der Kinder in eine Pflegefamilie vermittelt, während mehr als  $\frac{4}{5}$  der übrigen Kinder in ein Heim kamen (s. Abb.2). Das durchschnittliche Aufnahmealter dieser insgesamt etwa 22.000 'Heimkinder' betrug knapp 13 Jahre. Geht man aufgrund der immer stärker forcierten Rückführungsorientierung der heimpädagogischen Arbeit von einer auf 2 - 4 Jahre gesunkenen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer aus, so ergibt sich, daß sich die Heim-pädagogik heute schwerpunktmäßig mit 12- bis 16jährigen Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen muß. Zu dem in den letzten Jahren stark gestiegenen Auffälligkeitsniveau (s. Abschnitt 3.1.2) kommen daher oft noch die 'üblichen' pubertätbedingten Schwierigkeiten hinzu. Insgesamt ergibt sich dadurch nicht selten eine Problematik, die die zunehmend enger werdende Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend geboten erscheinen läßt.

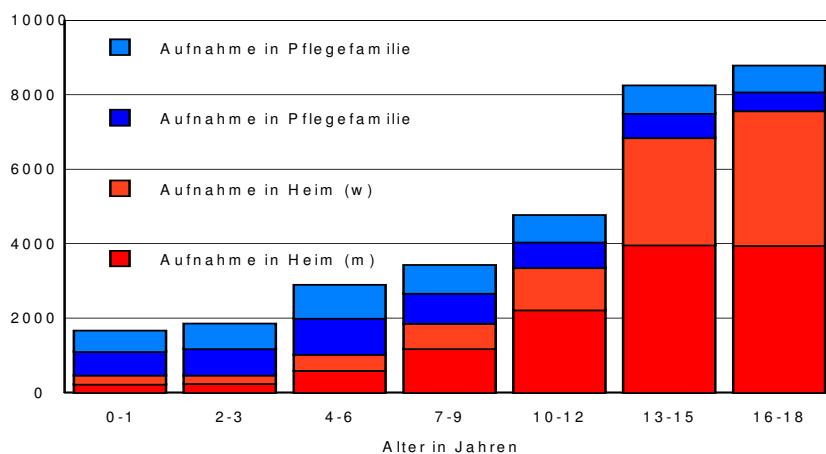


Abb. 2: 1998 begonnene Jugendhilfemaßnahmen mit Fremdunterbringung

Zusammenfassend kann man also sagen, daß sich die Heimpädagogik heute vorwiegend mit 12- bis 16jährigen Kindern und Jugendlichen befaßt, die aufgrund von ständiger Mißhandlung, Ablehnung oder Vernachlässigung durch die Eltern erhebliche aggressive, narzißtische, dissoziale oder depressive Verhaltensstrukturen sowie zum Teil psychosomatische Störungen entwickelt haben. Für die pädagogisch - therapeutische Arbeit mit diesen Kindern gibt es eine

Vielzahl von Konzepten. Die wichtigsten aktuellen Arbeitsmethoden der stationären Jugendhilfe werden im nächsten Kapitel kurz beschrieben.

### **3.3 AKTUELLE KONZEPTE UND METHODEN DER HEIMPÄDAGOGIK**

#### **3.3.1 Alltagsorientierte Erziehungsziele und Hilfeplan**

Der Begriff der Alltags- oder Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit geht ursprünglich auf Hans Thiersch zurück. Eine an der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen orientierte Sozialpädagogik sieht in der Hilfe zur Alltagsbewältigung ihre zentrale Aufgabe. Dabei handelt es sich letztlich um einen sehr individualistischen Ansatz: Es gilt, jedes Kind mit seinen je eigenen Problemen und Defiziten, Wünschen und Vorstellungen, Ressourcen und sozialen Beziehungen anzunehmen. Von einer so verstandenen Sozialpädagogik wird zudem ein hohes Maß an Flexibilität erwartet, sie muß sich den Bedürfnissen und Problemen der Kinder und Jugendlichen, die sich durch Alltagserfahrungen ständig verändern, immer wieder neu anpassen.

Lebensweltorientierung meint den Bezug auf die gegebenen Lebensverhältnisse der Adressaten, in denen Hilfe zur Lebensbewältigung praktiziert wird, meint den Bezug auf individuelle, soziale und politische Ressourcen, meint den Bezug auf soziale Netze und lokale / regionale Strukturen (Thiersch 1992, S. 5).

Alltagsorientierte Erziehungsziele dürfen also nicht nur an den Problemen und Defiziten der Adressaten ausgerichtet werden, sondern müssen die Ressourcen und (antizipierten) Möglichkeiten von Kindern und Jugendlichen, vor allem aber auch ihr soziales Umfeld mit einbeziehen. Eine in diesem Sinne verstandene Sozialpädagogik beinhaltet daher stets auch ein gutes Stück systemischer Arbeit: Es macht beispielsweise nicht unbedingt Sinn, einem Kind ein Höchstmaß an Ordnungssinn zu vermitteln, wenn man es dadurch gleichzeitig seinen Eltern entfremdet, die diesbezüglich ja durchaus völlig andere Vorstellungen haben können.

Sich an der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen zu orientieren bedeutet letztlich das Unterlassen des (ohnehin zum Scheitern verurteilten) Versuchs, eigene Hoffnungen und Vorstellungen von einem 'gelingenden' Leben auf sie zu projizieren. Es bedeutet jedoch *nicht*, sich selbst von diesen Hoffnungen oder Vorstellungen zu befreien. Vor allem aber bedeutet es *nicht*, daß man auf die Vermittlung bestimmter, für das menschliche Zusammenleben *unabdingbarer* Grundsätze verzichten darf: Alltagsorientierung meint *nicht* Wertfreiheit!

Im Rahmen der Heimerziehung und anderer Jugendhilfemaßnahmen (s. Abschnitt 3.1.2) ist die Individualisierung von Erziehungszielen und die Beteiligung der Kinder beziehungsweise Jugendlichen selbst sowie ihrer Eltern (und damit die Einbeziehung ihres sozialen Umfeldes) an der Festlegung dieser Ziele seit der Einführung des KJHG auch gesetzlich vorgeschrieben. In § 36 II KJHG heißt es nämlich unter der Überschrift 'Mitwirkung, Hilfeplan':

Die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart soll, wenn die Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen sie zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält, sie sollen regelmäßig prüfen, ob die gewährte Hilfeart weiterhin geeignet oder notwendig ist. Werden bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig, so sind sie oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen

Die geforderte regelmäßige Überprüfung zeigt, daß der Gesetzgeber die *Hilfeplanung* stets als *kommunikativen Prozeß* verstanden wissen will. Letztlich geht es ihm um eine professionelle, fachlich qualifizierte Jugendhilfe und darum, den Hilfeverlauf zielgerichtet, zeitlich planbar, rationell (also möglichst kostengünstig) und eben überprüfbar zu gestalten. Dadurch werden außerordentlich hohe Erwartungen geweckt, die sich in der Praxis nicht immer realisieren lassen: Abgesehen davon, daß die Frage, ob die angestrebten Erziehungsziele mit der im letzten *Hilfeplangespräch* (HPG) gewählten Maßnahme erreicht werden konnten, schon allein deshalb schwierig zu beantworten ist, weil es eine 'exakte' pädagogische Diagnostik nicht gibt (es läuft immer auf eine subjektiv - hermeneutische Bewertung hinaus), wird mit diesem Gesetz dem alten Dilemma der Jugendhilfe, ob Pädagogen denn nun 'Anwälte des Kindes' oder 'Erfüllungsgehilfen des elterlichen Erziehungsauftrags' sind, keineswegs abgeholfen (Post 1997). Darüberhinaus erweist sich besonders das Bemühen um die Beteiligung *alkoholabhängiger* Eltern an der Hilfeplanung oftmals als vergeblich, wie das Fallbeispiel Dominik zeigt (s. Kapitel 6.1).

In der Praxis hat sich das Instrument des HPGs dennoch bewährt. Einerseits wird dem Kind bzw. Jugendlichen damit bis zum nächsten HPG (das je nach der 'Dynamik' des Falles 3 - 12 Monate später stattfindet) eine sichere Perspektive gegeben, andererseits können die Eltern

und alle am Prozeß beteiligten Institutionen (JA, Heim) damit zu einer genau spezifizierbaren Form der Kooperation verpflichtet werden (wenn auch mit sehr unterschiedlichem Erfolg).



### **3.3.2 Gruppenstruktur, Kontakterzieher - Prinzip und Teamarbeit**

In nahezu allen deutschen Heimen gibt es heute mehrere relativ unabhängige und in separaten Wohneinheiten lebende *Gruppen* mit jeweils etwa sechs bis zwölf Kindern und Jugendlichen, wobei ein Trend zu altersgemischten, koedukativen und mithin möglichst familienähnlichen Strukturen erkennbar ist. Eine solche Gruppe hat in der Regel zwischen drei und sechs Stellen für pädagogische Fachkräfte (Erzieher, Sozialarbeiter, Sozial- oder Heilpädagogen), die meist möglichst paritätisch mit Frauen und Männern besetzt werden. Da mit Ausnahme des Vormittags (den die Kinder hoffentlich in der Schule verbringen) eine 'rund-um-die-Uhr-Betreuung' erforderlich ist, wird im Schichtdienst gearbeitet. Obwohl die Kinder und Jugendlichen also immer nur von den gerade diensthabenden Pädagogen betreut werden, wird jedem von ihnen ein fester Kontakterzieher zugeordnet (bzw. jedem Pädagogen zwei Kontaktkinder).

Der *Kontakterzieher* ist verantwortlich für die Vorbereitung und Durchführung der Hilfeplangespräche (s. Abschnitt 3.3.1), sowie für die Verwaltung des (in der Regel vom Jugendamt überwiesenen) Taschen- und Kleidergeldes. Er erarbeitet einen Erziehungsplan und fertigt Berichte an, in denen Fortschritte (und Rückschläge) im Erziehungsprozeß verzeichnet werden. Der Erziehungsplan baut auf dem Hilfeplan auf, geht aber viel weiter ins Detail und wird öfter aktualisiert. Je nach Alter und Reifegrad werden die Kinder an diesen Prozessen beteiligt. Sofern ein Heim keine Mitarbeiter beschäftigt, die speziell für die Elternarbeit zuständig sind, ist der Kontakterzieher eines Kindes oder Jugendlichen ferner Hauptansprechpartner für dessen Eltern (beziehungsweise für die Personensorgeberechtigten). Diese Aufgabe beinhaltet regelmäßige Telefonate und Hausbesuche ebenso, wie die Durchführung spezieller Elterntrainings in Fällen, in denen rückführungsorientiert gearbeitet wird (s. Abschnitt 3.3.4).

Die Tatsache, daß jeder Pädagoge also in spezieller Weise für zwei Kinder oder Jugendliche verantwortlich ist, und die Besonderheiten, die der Schichtdienst mit sich bringt, macht eine sehr eng abgestimmte *Teamarbeit* dringend erforderlich. Diese Notwendigkeit kann gar nicht genug betont werden angesichts der Tatsache, daß vor allem Kinder mit narzißtischen und dissozialen Verhaltensweisen eine konsequente äußere Führung brauchen (s. Abschnitt 3.3.3), vor allem wenn man berücksichtigt, daß sie in besonderer Weise dazu neigen, Spaltungsvorgänge zu induzieren (Grüttner 1992). Das folgende Beispiel veranschaulicht dies sehr gut:

Der 10jährige Rudi muss sich gut auf seine nächste Mathematikarbeit vorbereiten, weil davon seine Versetzung abhängen kann. Die ErzieherInnen seiner Gruppe beschließen deshalb, dass er in dieser Woche an jedem Nachmittag mindestens eine Stunde Übungsaufgaben bearbeiten soll. Eine Kollegin hat diese Verabredung nicht mitbekommen, weil sie einige Tage frei hatte. Während ihrer Dienstzeit erlaubt sie Rudi, ins Kino zu gehen und an einer Sportveranstaltung teilzunehmen. Die Vorbereitung auf die Mathematikarbeit findet an diesem Tage nicht statt. Rudi hat die Erzieherin gewissermaßen ausgetrickst (Günder 2000, S. 166).

Anders ausgedrückt: Der Kontakterzieher ist zwar hauptverantwortlich für die *Festlegung* von Erziehungszielen und für die eingesetzten Mittel und Methoden (in Absprache mit 'seinem' Kind, seinen Kollegen und, je nach Lage der Dinge, auch mit dessen Lehrern und Eltern). Bei der *Durchführung* der festgelegten Maßnahmen ist er jedoch vor allem durch die Besonderheiten, die der Schichtdienst mit sich bringt, auf die Unterstützung der anderen Pädagogen angewiesen. Auch auf die Lehrer und Eltern des Kindes muß er sich verlassen können, sofern die Absprachen den schulischen Bereich oder die Wochenend- bzw. Ferienheimfahrten betreffen. Da besonders Kinder mit narzißtischen und dissozialen Störungen immer wieder Mittel und Wege finden, solche Absprachen zu unterlaufen oder zu umgehen (s. obiges Beispiel), haben sich (neben Einzel- und Gruppengesprächen mit den Kindern selbst) folgende Maßnahmen bewährt:

- ◆ Mindestens einmal wöchentlich stattfindende Team - Besprechungen
- ◆ Mindestens einmal monatlich stattfindende Supervisions - Sitzungen
- ◆ Regelmäßige Gespräche mit den jeweils zuständigen Klassenlehrern
- ◆ Gespräche mit den Eltern (vor allem vor und nach den Heimfahrten)
- ◆ Das regelmäßige und vor allem lückenlose Führen eines Dienstbuches
- ◆ Eine Pinwand mit den jeweils aktuellen Ausgangszeiten, Regelungen bzgl. Taschengeldauszahlungen, Fernsehkonsum etc. für jedes Kind

Auch dadurch lassen sich Spaltungsvorgänge nicht immer vermeiden. Sie erscheinen aber wenigstens halbwegs transparent und können (z.B. im Rahmen einer Fall - Supervision) bearbeitet werden. Schwierig wird es immer dann, wenn es innerhalb des Pädagogen - Teams persönliche Animositäten und gegenseitiges Mißtrauen gibt, wenn Kollegen überheblich auftreten oder ständig deprimiert sind, was leider nicht selten vorkommt (Günder 2000). Solche Probleme können nur mit Hilfe einer Team - Supervision gelöst werden. Besonders schwierig

ist es auch, zuverlässige Absprachen mit *alkoholabhängigen* Elternteilen zu treffen (s. Abschnitt 5.2.2).

### **3.3.3 Klare Grenzsetzungen und Stärkung des Selbstwertgefühls**

Natürlich stellt ein Heim für Kinder und Jugendliche in erster Linie einen Schutz- und Schonraum dar. Sie werden dort einerseits vor gewalttätigen Elternteilen oder sexuellem Mißbrauch, sowie vor den Folgen von Vernachlässigung *geschützt* (indem sie gesund ernährt und vernünftig gekleidet werden, Unterstützung und Hilfe bei schulischen und persönlichen Problemen erhalten, im Krankheitsfall rechtzeitig zu Ärzten geschickt oder dorthin begleitet werden etc.). Andererseits werden sie *geschont*, weil sie Fehler machen und auch einmal 'etwas ausfressen' dürfen, ohne dafür immer in vollem Umfang zur Verantwortung gezogen zu werden. Als Fallbeispiel sei hier auf Thorsten verwiesen, der einmal aus Frustration 20 Fensterscheiben einschlug und dafür zwar empfindlich sanktioniert wurde, den angerichteten Schaden aber natürlich nicht wirklich vollständig bezahlen mußte (s. Kapitel 6.2). Dieser Teil der heimpädagogischen Arbeit beinhaltet eine Vielzahl von organisatorischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Einkaufen, Führen von Kassenbüchern, Erstellen von Monats- und Jahresabrechnungen) ebenso, wie die Kommunikation mit dem Jugendamt, (bestohlenen) Ladenbesitzern, der Polizei, Ärzten, den Eltern und so weiter. Zusammen mit den anderen bereits angesprochenen Tätigkeiten (Schreiben von Berichten zur Vorbereitung von HPGs, Team-Besprechungen, Teilnahme an Supervisionen und Fortbildungsmaßnahmen) dürfte dieser Versorgungs- und Verwaltungsaspekt mindestens  $\frac{1}{3}$  der Arbeitszeit der pädagogischen Fachkräfte ausmachen.

Trotz dieser relativ hohen Belastung mit nicht-pädagogischen Aufgaben steht der erzieherische Aspekt der Arbeit in stationären Jugendhilfeeinrichtungen aber nach wie vor im Vordergrund. Ausgangspunkt aller pädagogischen Bemühungen sind dabei die folgenden Erkenntnisse:

- ◆ Kinder brauchen klare Grenzen, auf deren Einhaltung konsequent geachtet wird
- ◆ Kinder sollten ein gesundes Selbstwertgefühl (bzw. ein starkes ICH) entwickeln

Beide Aspekte sind besonders für Kinder *alkoholabhängiger* Eltern von großer Bedeutung, weshalb sie in Kapitel 5.1 ausführlich diskutiert werden. An dieser Stelle soll daher nur ein

kurzer Überblick über die Methoden gegeben werden, mit denen heute in Heimen versucht wird, diesen beiden grundlegenden Erkenntnissen gerecht zu werden.

**Klare Grenzsetzungen:** In allen Heimen gibt es *Regeln*, die die Kinder und Jugendlichen einzuhalten haben. Diese bestehen meist vor allem in der Pflicht zur Anfertigung der Hausaufgaben und zur Teilnahme an den gemeinsamen Mahlzeiten, sowie in zu erledigenden hauswirtschaftlichen Arbeiten (Einkaufen, Kochen, Abwaschen, Staubsaugen, Müllentsorgung etc.). Auch Dinge wie Ausgangszeiten und der Umfang des Fernsehkonsums sind oft klar geregelt. Jugendliche haben dabei zwar meist mehr Freiheiten, aber auch umfangreichere Pflichten als jüngere Kinder. Zwei weitere Grundregeln in allen Heimen sind das Prinzip der gewaltfreien Konfliktlösung und ein generelles Drogenverbot (wobei Jugendlichen ab einem bestimmten Alter das Rauchen meist erlaubt ist). Besonders für Kinder mit einem ADHS oder mit dissozialen Verhaltensstörungen ist ferner eine klare (individuelle) Tages- und Wochenstruktur wichtig, mit festen Aufsteh- und Zubettgehzeiten, einer klaren Heimfahrtregelung usw. (Hölzl 1995). Das Wichtigste ist jedoch, daß auf die Einhaltung dieser Regeln und Strukturen *konsequent* geachtet wird, mit anerkennender Bestätigung bei regelentsprechendem Verhalten und negativen Konsequenzen bei Regelverletzungen. Mit letzteren sind aber nicht etwa das Kind demütigende *Strafen* gemeint, sondern vielmehr eine sinnvolle *Auseinandersetzung mit dem Fehlverhalten* und die *Anwendung logischer Folgen* (Dreikurs & Grey 1973). Eine solche Konsequenz kann beispielsweise ein Aufsatz mit dem Thema 'Wenn Gewalt erlaubt wäre', der vorübergehende Ausschluß eines 'Störenfriedes' von Gruppenaktivitäten oder die Schadenersatzpflicht für gestohlenes beziehungsweise zerstörtes fremdes Eigentum sein.

**Stärkung des Selbstwertgefühls:** Die durch konsequente Grenzsetzungen erreichbaren Fortschritte betreffen allerdings nur die Verhaltensebene selbst, nicht jedoch die einer Störung zugrunde liegende ICH - Schwäche (s. Abschnitt 3.2.3). Wer nicht nur die Symptome, sondern vor allem die Ursache bekämpfen will, muß daher in erster Linie die Persönlichkeit der Kinder stärken. Zu den wichtigsten Ansätzen auf diesem Gebiet zählt die auf Kurt Hahn zurückgehende Erlebnispädagogik, die auch für die 'Suchtprävention' von großer Bedeutung ist (s. Kapitel 5.1). Grundsätzlich ist es wichtig, Kinder in für sie neuen oder schwierigen Situationen zu *ermutigen* (Dinkmeyer & Dreikurs 1973). Dazu gehören Ansporn und Zuspruch durch Erwachsene ebenso wie das Recht, Fehler machen zu dürfen und eine entsprechende Anerkennung für (Teil-) Erfolge. Bei verhaltensauffälligen Kindern besteht das eigentliche Problem darin, die richtige Balance zwischen (oft zu kurz kommender) *Ermutigung und Freiheit* auf der einen und (häufig übertriebenem) *Druck in Richtung Konformität* auf der anderen Seite zu fin-

den.

### **3.3.4 Elternarbeit und therapeutische Zusatzmaßnahmen**

Mit der (letztlich auf Erkenntnissen der Lerntheorie beruhenden) konsequenten Sanktionierung von Grenzverletzungen einerseits und ICH - stärkender, ermutigender Arbeit andererseits läßt sich oft sehr viel erreichen. Es gibt jedoch auch Kinder, die so stark verhaltensgestört sind, daß sie neben diesen soziotherapeutischen bzw. pädagogischen Interventionen eine professionelle, tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie benötigen. Besonders sexuell mißbrauchte Kinder sind häufig so stark traumatisiert, daß sie über mehrere Jahre hinweg eine Gesprächs-, Mal- oder Spieltherapie brauchen. In manchen Heimen gibt es daher gruppenübergreifend arbeitende Psychotherapeuten oder Psychologen, die nicht nur solche einzeltherapeutischen Maßnahmen anbieten, sondern auch den in den Gruppen arbeitenden Erziehern, Heil- und Sozialpädagogen beratend zur Seite stehen (Grüttner 1992). Da sich die damit verbundene Doppelfunktion jedoch auch als sehr problematisch erweisen kann (s. Abschnitt 5.1.2), arbeiten viele Jugendhilfeeinrichtungen, die sich solche teuren Fachkräfte zudem oft nicht leisten können, in diesen Fällen lieber mit ortsansässigen, selbständigen Psychologen oder Psychotherapeuten zusammen.

Da der Heimaufenthalt vernachlässigter oder mißhandelter Kinder in den letzten Jahren nicht zuletzt aus Kostengründen zunehmend zur Übergangslösung wurde und stationäre Jugendhilfeeinrichtungen infolgedessen immer häufiger rückführungsorientiert arbeiten müssen, gewinnt der Aspekt der Elternarbeit in der Heimpädagogik ständig an Bedeutung (s. Abschnitt 3.1.2). Ziel dieser Arbeit ist es, bislang überforderte Eltern oder Elternteile für die schwierige Aufgabe der Kindererziehung zu 'trainieren'. Die eingesetzten Methoden sind vielfältig, sie reichen von Verhaltensbeobachtungsbögen für Heimfahrtwochenenden (Was hat mein Kind gut gemacht? Was war schlecht? Wie habe ich darauf reagiert?) und schriftlichen Anleitungen zum Thema 'So begrenze ich mein Kind' über geeignete Rollenspiele bis hin zu gemeinsam verbrachten Wochenenden, an denen die Eltern sozusagen 'am Modell' des Erziehers lernen können, wie sie auf die Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes reagieren sollten. Alle diese Maßnahmen haben jedoch nur dann einen Sinn, wenn die betroffenen Eltern tatsächlich (und nicht nur verbal) zur Zusammenarbeit bereit sind. Vielfach haben sie jedoch so große (psychische oder gesundheitliche) Probleme, daß sie zunächst einmal dazu gebracht werden müssen, selbst professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies gilt in besonderem Maße für *alko-*



*holabhängige* Eltern, was die Arbeit mit ihnen in der Regel äußerst schwierig macht (s. Abschnitt 5.2.2).

## 4. ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

### SYMPTOME, URSACHEN UND FOLGEN

#### 4.1 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT AUS MEDIZINISCHER SICHT

##### 4.1.1 Definition, Symptome und Formen der Alkoholabhängigkeit

Seit den 70er Jahren unterscheidet die WHO (World Health Organisation) zwischen Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. *Alkoholmißbrauch* liegt nach der von ihr 1990 herausgegebenen ICD - 10 (International Classification of Diseases, 10. Ausgabe) bereits vor, wenn der Alkoholkonsum zu körperlichen oder psychosozialen Folgeschäden führt. *Alkoholabhängigkeit* besteht danach erst dann, wenn mehrere der folgenden Symptome vorliegen (Feuerlein 1996):

- ◆ Auftreten von Entzugsserscheinungen (z.B. Schwindel, Zittern, Übelkeit, Herzrasen, Schweißneigung, Gedächtnisstörungen, Sinnestäuschungen)
- ◆ Regelmäßiger Alkoholkonsum, um diese Entzugssymptome zu lindern, verbunden mit dem starken Wunsch, ständig Alkohol zu konsumieren
- ◆ Toleranzentwicklung (Es wird immer mehr Alkohol benötigt, um einen vergleichbaren Rauschzustand zu erzielen)
- ◆ Zunehmender Verlust der Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, des Endes und der Menge des Alkoholkonsums
- ◆ Anhaltender Alkoholkonsum trotz des Wissens um seine schädlichen körperlichen und psychosozialen Folgen
- ◆ Zunehmende Vernachlässigung von anderen Interessen

Alkoholabhängige, die alle diese Symptome zeigen, nennt man *Gammatrinker*. Menschen, die ständig einen bestimmten Alkoholspiegel aufrechterhalten müssen, um sich wohl zu fühlen, bezeichnet man hingegen als 'Pegeltrinker' oder *Deltatrinker*. Sie zeigen keinen Verlust der Kontrollfähigkeit und nur eine geringere Toleranzentwicklung. Sehr viel seltener anzutreffen sind die vom Volksmund auch 'Quartalssäufer' genannten *Epsilontrinker*, die sich nur in re-

gelmäßig vorkommenden, oft tagelang andauernden 'Krisen' unkontrolliert betrinken (Trost 1996).

### 4.1.2 Statistische Daten zur Alkoholabhängigkeit in Deutschland

Seit den 80er Jahren hat sich der Alkoholverbrauch in Deutschland nach Jahren des rasanten Anstiegs stabilisiert, allerdings auf einem international sehr hohen Niveau (Feuerlein 1996):

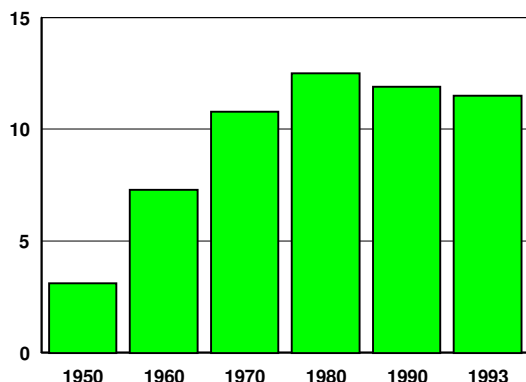


Abb. 3a: Pro-Kopf-Verbrauch an reinem  
Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol  
Alkohol in Deutschland (Liter)

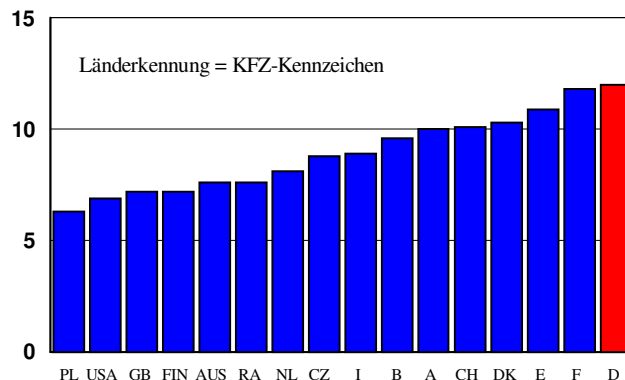


Abb. 3b:  
1992, internationaler Vergleich (Liter)

Dieser vergleichsweise hohe Alkoholkonsum schlägt sich auch in der Zahl alkoholabhängiger Menschen nieder, die bei uns seit dem Ende des zweiten Weltkriegs ebenfalls rapide gestiegen ist. Sie läßt sich wegen der sehr hohen Dunkelziffer nicht exakt ermitteln, jedoch gehen die meisten Autoren heute von etwa 2,5 Millionen Alkoholabhängigen in Deutschland aus (Trost 1996, Feuerlein 1996), darunter etwa 700.000 Frauen (Feuerlein 1996).

Sehr viel schwieriger ist es hingegen, die Zahl der Kinder zu ermitteln, die mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil zusammenleben. Insgesamt dürften in Deutschland etwa zwei Millionen Minderjährige von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen sein (Klein 1998), jedoch leben natürlich nicht alle davon auch mit diesem Elternteil zusammen. Befragungen von Alkoholabhängigen in ambulanten Hilfseinrichtungen ('Suchtberatungsstellen') zufolge leben etwa 32% der betroffenen Männer und 45% der betroffenen Frauen mit Kindern zusammen (Klein & Zobel 2000). In stationären Hilfseinrichtungen ('Suchtkliniken') ergibt sich ein etwas anderes Bild, hier geben etwa 20% der betroffenen Männer und 33% der betrof-

fenen Frauen an, mit Kindern zusammenzuleben (Simon & Palazzetti 1999).

Extrapoliert man nun, indem man den jeweiligen mittleren Prozentwert mit der Gesamtzahl der betroffenen Männer beziehungsweise Frauen multipliziert, so ergibt sich, daß nahezu  $\frac{1}{2}$  Million alkoholabhängiger Männer und mehr als  $\frac{1}{4}$  Million alkoholabhängiger Frauen in Deutschland mit Kindern zusammenleben. Addiert man diese Zahlen (unter Vernachlässigung des Fehlers, der sich durch Familien ergibt, in denen *beide* Elternteile alkoholabhängig sind) und multipliziert das Ergebnis mit dem statistischen Durchschnittswert von 1,5 Kindern pro Familie, so erhält man eine (zugegebenermaßen äußerst grobe) Abschätzung, nach der in Deutschland rund 1,1 Millionen Kinder mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil zusammenleben dürften. Diese Zahl ist enorm, wenn man bedenkt, daß Ende 1997 nur rund 78.000 Kinder in Heimen untergebracht waren (s. Abschnitt 3.1.2), von denen wiederum nur etwa 29% aus Familien mit einer (weit überwiegend auf Alkohol beruhenden) Abhängigkeitsproblematik stammen dürften (Schneider 1996); eine Zahl, die sich übrigens mit meinen eigenen Erfahrungen deckt: In der stationären Gruppe des Heims, in dem ich mein Praxissemester absolviert habe, hatten drei von zehn Kindern einen alkoholabhängigen Elternteil. Demnach wären zwar nur etwa 2% aller betroffenen Kinder (rund 23.000) in der stationären Jugendhilfe zu finden, aus der Sicht der Heimpädagogik ist eine Quote von 29% aber nichtsdestoweniger hochsignifikant.

Interessant ist ferner, in welcher sozialen Schicht alkoholabhängige Menschen vorwiegend zu finden sind, da die nach den neuesten Erkenntnissen der Sozialisationsforschung immer noch eng korrelierten schichtspezifischen Größen Einkommen, Beruf und Bildung der Eltern die kindliche

Sozialisation nach wie vor maßgeblich prägen, trotz des immer größer werdenden Einflusses von anderen Sozialisationsinstanzen wie den Massenmedien oder der

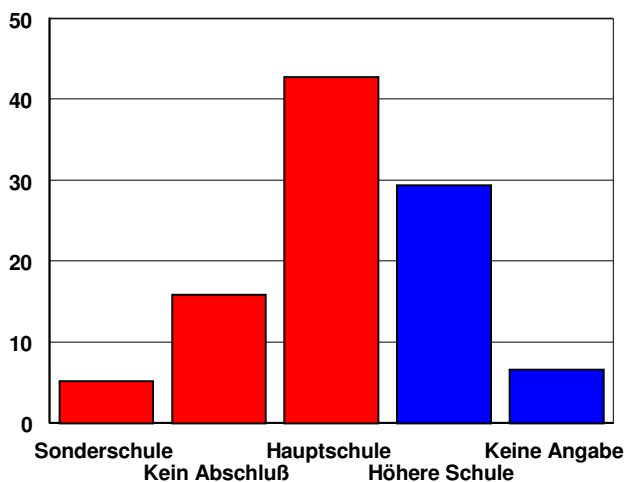


Abb. 4: Schulbildung alkoholabhängiger Menschen in der stationären Entgiftung 1994 (in %)

'Peer Group'. Obwohl sich der Anteil von Alkoholabhängigen mit höherem Schulabschluß zwischen 1984 und 1994 mehr als verdreifacht hat (!!!), besitzen immer noch 64% der Alkoholabhängigen höchstens den Hauptschulabschluß (Oberlaender et al. 2000) und müssen damit der sozialen Unterschicht zugerechnet werden.

### 4.1.3 Ursachen, Folgen und Therapie der Alkoholabhängigkeit

**Ursachen:** Bis weit in unser Jahrhundert hinein galt die 'Trunksucht' als ein Zeichen von Charakterschwäche. Die Verantwortung für Veränderung *und* Entstehung dieses 'Fehlverhaltens' lag bei den Betroffenen: Wer sich nicht 'in den Griff bekam', galt als minderwertiger Mensch. Erst in den 70er Jahren begann man, die Alkoholabhängigkeit als (heilbare) Krankheit zu verstehen. Dieses Konzept entlastete die Betroffenen einerseits von der erwähnten Verantwortung, andererseits übernahmen die Krankenkassen nun die Kosten für Entgiftung und Rehabilitation (s. S. 34). Erst mit dieser Sichtweise kam daher die Frage nach den Entstehungsbedingungen überhaupt auf. Obwohl sie bis heute nicht eindeutig beantwortet werden konnte, ist mittlerweile unumstritten, daß die Alkoholabhängigkeit nicht auf *eine* Ursache allein zurückgeführt werden kann. Vielmehr handelt es sich um ein komplexes Bedingungsgefüge, d.h. es kommen stets mehrere, die Abhängigkeit begünstigende Faktoren zusammen (Trost 1996):

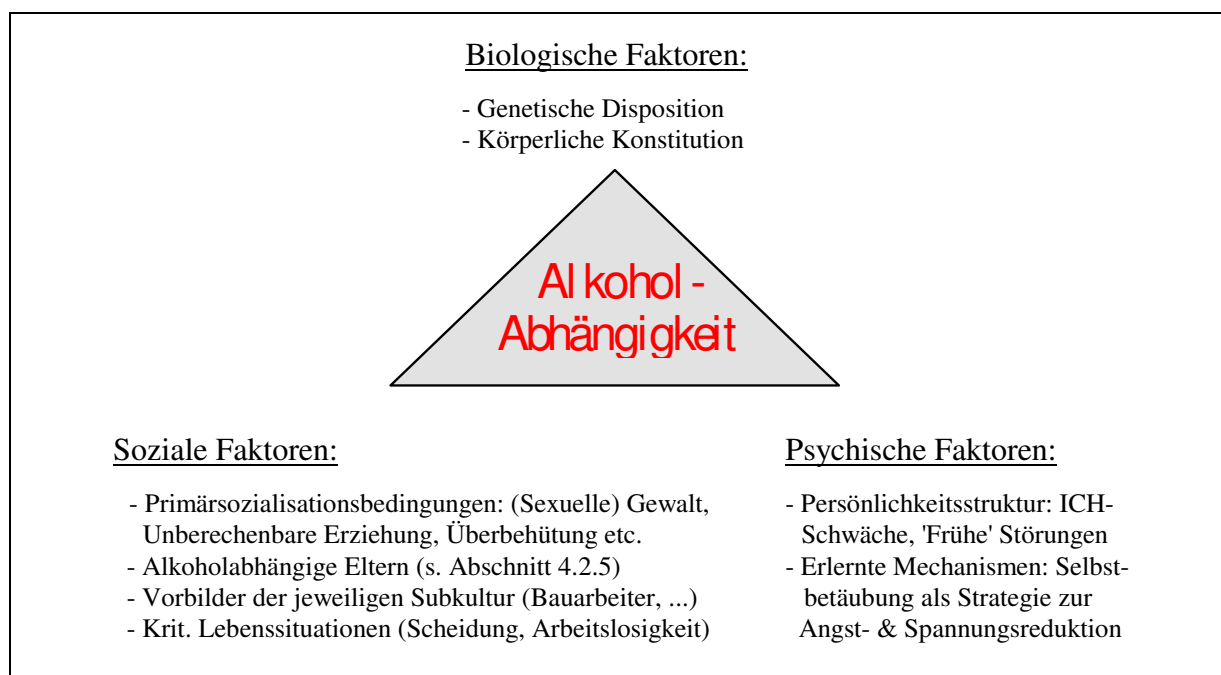


Abb. 5: Das Bio-Psycho-Soziale Entstehungsmodell der Alkoholabhängigkeit

Heute zeichnet sich die Tendenz ab, Alkoholabhängigkeit nicht mehr als *Krankheit*, sondern als *multifaktoriell bedingte Störung* zu bezeichnen. Dadurch sollen die Betroffenen zwar nach wie vor von der Verantwortung für ihre *Entstehung* entlastet, gleichzeitig soll ihre Verantwortung für die *Veränderung* der Situation aber wieder stärker betont werden (s. S. 34).



**Folgen:** Bei den Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit unterscheidet man zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen. Zu ersteren gehören unter anderem Leberschäden (Leberentzündung, Leberzirrhose), chronische Magenschleimhaut- und Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Arteriosklerose (und in der Folge ein erhöhtes Risiko, einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt zu erleiden), sowie Impotenz. Außerdem erkranken Alkoholabhängige mit größerer Wahrscheinlichkeit an bestimmten Krebsarten, als nicht alkoholabhängige Menschen. Zu den psychischen Folgen gehören vor allem Gedächtnisstörungen, organische Psychosen mit andauernden Halluzinationen (Delirium Tremens) und bleibende Hirnschäden in Form der Alkoholdemenz oder des Korsakow - Syndroms, bei dem die Betroffenen ihre ständigen Gedächtnislücken mit dem Erfinden von Geschichten (Konfabulationen) zu überspielen suchen (Trost 1996). Die sozialen Folgen umfassen oft den Verlust des Führerscheins und des Arbeitsplatzes, sowie das Zerbrechen der Partnerschaft. Am Ende einer 'Alkoholkarriere' steht manchmal der völlige finanzielle Ruin, der Verlust der Wohnung und damit die Obdachlosigkeit.

**Therapie:** Alkoholabhängigkeit ist keine unheilbare Krankheit, auch wenn einige der körperlichen Folgeschäden irreversibel sind. Der 'Heilungserfolg' hängt jedoch ganz entscheidend vom Willen der Betroffenen, gesund zu werden und von ihrer Bereitschaft zur Mitarbeit bei einer Therapie ab, die sich in vier Phasen unterteilen läßt (Trost 1996):

Phase	Ziele	Institutionen
Kontakt	Förderung von Krankheitseinsicht und Therapiemotivation, Medizinische Diagnostik (Dauer unterschiedlich)	Selbsthilfegruppen, Fachambulanzen
Entgiftung	Körperlicher Entzug unter ärztlicher Aufsicht (Dauer ca. 2 Wochen)	Psychiatrische Fachkliniken
Entwöhnung	'Psychischer' Entzug: Erlernen neuer Bewältigungsstrategien bei Problemen, Alltagsbewältigung (Dauer ca. 6 Monate)	Psychiatrische Fachkliniken
Rehabilitation	Stabilisierung der erreichten Erfolge, Berufliche und soziale Wiedereingliederung (Dauer unterschiedlich)	BeWo, Geschützte Arbeitsplätze etc.

Abb. 6: Die vier Phasen der Therapie bei alkoholabhängigen Menschen

## **4.2 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT IM FAMILIALEN KONTEXT**

### **4.2.1 Das Phänomen der Coabhängigkeit**

Beschäftigt man sich mit minderjährigen Kindern alkoholabhängiger Menschen, so findet man vor allem drei häufig vorkommende Familienkonstellationen (Klein 1998):

- ◆ Kinder aus 'vollständigen' Familien, in denen nur der Vater alkoholabhängig ist
- ◆ Kinder, die bei einer alleinerziehenden, alkoholabhängigen Mutter aufwachsen
- ◆ Kinder aus 'vollständigen' Familien, in denen beide Eltern alkoholabhängig sind

Die Theorie der Coabhängigkeit besagt, daß es in Familien mit einem abhängigen Menschen sehr oft ein Mitglied gibt, das unter dessen 'Suchtmittelkonsum' in besonderer Weise leidet und darauf mit Verhaltensweisen reagiert, die die Abhängigkeitsentwicklung nicht etwa aufhalten oder gar umkehren, sondern im Gegenteil stabilisieren und fördern (Thomasius 1997). Dieses Phänomen ist nicht auf den Alkohol als 'Suchtmittel' beschränkt (obwohl er hier natürlich die bei weitem bedeutsamste Rolle spielt) und taucht vor allem im Zusammenhang mit der zuerst genannten Konstellation auf, in der meist die Frau die Rolle der Coabhängigen übernimmt. Gleichwohl gibt es auch Kinder, die (weitgehend unabhängig von der Familienkonstellation) coabhängige Verhaltensstrukturen zeigen, besonders wenn sie als Erstgeborene die Rolle des Elternkindes beziehungsweise des Helden übernehmen (s. Abschnitt 4.2.2). Selbst Kollegen und Freunde von abhängigen Menschen neigen manchmal zu coabhängigen Verhaltensmustern:

Coabhängige, in der Regel diejenigen, die den Abhängigen lieben und sich zu ihm hingezogen fühlen, aber auch Kollegen und Freunde, machen sich unbemerkt und unbewußt zu Komplizen der Sucht, denn sie schützen den Trinkenden vor den Konsequenzen seines Verhaltens, indem sie ihn z.B. bei seinem Arbeitgeber wegen Zahnschmerzen entschuldigen, obwohl er in Wirklichkeit aufgrund von Übelkeit nicht aufstehen kann; sie erledigen alle anfallenden Aufgaben im Haushalt, regeln die Finanzen und organisieren das Familienleben oder vertuschen als Kollegen Fehler und Ausfälle (Pflüger 1994, S. 15f)

Viele alkoholabhängige Menschen zeigen mehr oder weniger deutliche Anzeichen dissozialer Verhaltensweisen wie Impulsivität, Reizbarkeit, Unbeherrschtheit und Dominanzstreben, wobei vor allem ein auffallend hoher Prozentsatz der alkoholabhängigen Männer zur Mißachtung

sozialer Normen und zur rücksichtslosen Durchsetzung der eigenen Interessen neigt:

Wie repräsentative epidemiologische Studien zeigen, beträgt die Komorbidität zur durch die obigen Verhaltensweisen charakterisierten *Antisozialen Persönlichkeitsstörung* bei männlichen Alkoholabhängigen 38% (Klein 2000a). Da verwundert es nicht, daß sich deutlich mehr als die Hälfte von ihnen gewalttätig gegenüber der Partnerin verhalten (Klein 2000a) und auch die Kinder alkoholabhängiger Menschen besonders häufig Opfer körperlicher Mißhandlung werden (s. Abschnitt 4.2.3). Das auf den ersten Blick erstaunlich anmutende Phänomen der Coabhängigkeit erscheint daher auf den zweiten Blick vollends unverständlich: Warum schützen Frauen ihre alkoholabhängigen, gewalttätigen Männer, anstatt sie einfach zu verlassen?

Manche Forscher sehen in diesem Verhalten eine durch das geradezu zwanghafte Verlangen nach Anerkennung gekennzeichnete Persönlichkeitsstörung, deren Hauptmerkmal in der pathologischen Abhängigkeit von einer anderen Person (dem alkoholabhängigen Mann) besteht. Nach dieser Theorie versucht die coabhängige Frau ihre ganze Sicherheit, ihr Selbstwertgefühl und damit letztlich ihre Identität aus der Anerkennung zu ziehen, die sie sich von ihrem Mann und von anderen Menschen für ihre 'Aufopferung' erhofft (Klein 2000b). Eine derart krankhafte Sehnsucht müßte jedoch prinzipiell unbefriedigt bleiben (ganz abgesehen davon, daß die Frau von ihrem Mann nicht etwa akzeptiert und anerkannt, sondern im Gegenteil oft erniedrigt und mißhandelt wird), was die tatsächlich beobachtbare ständige Verfestigung und Verstärkung der coabhängigen Verhaltensmuster betroffener Frauen erklären könnte.

In der Praxis erscheint die Gruppe der Angehörigen von Alkoholabhängigen aber so heterogen, daß es bislang nicht gelungen ist, eine eigenständige, wissenschaftlich fundierte und empirisch abgesicherte 'Coabhängigkeitsstörung' zu etablieren. Es scheint jedoch bestimmte Muster von Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen zu geben, die sich mit denen alkoholabhängiger Menschen in 'optimaler' Weise ergänzen (Klein 2000b), so daß man fast von einer Art 'Symbiose' sprechen kann: Während sich alkoholabhängige Menschen oft egoistisch, rücksichtslos und dominierend verhalten, haben coabhängige Menschen meist eine altruistischere Einstellung, sind liebes- und harmoniebedürftig und eher bereit, sich unterzuordnen. Daher scheinen sich vor allem depressiv veranlagte Menschen, die 'süchtig' nach Liebe sind (Riemann 1961), auf eine dauerhafte Partnerschaft mit alkoholabhängigen Menschen einzulassen. Sie arbeiten zudem recht häufig in sozialen Berufen, wo sie aufgrund der geschilderten Eigenschaften besonders anfällig für das bekannte 'Helfersyndrom' sind.

#### **4.2.2 Die Rolle(n) der Kinder im 'Alkoholismus-System'**

Aus systemischer Sicht handelt es sich bei der Alkoholabhängigkeit um eine gravierende Störung des jeweiligen Familiensystems, die auch das Erleben und Verhalten der *nicht* alkoholabhängigen Mitglieder grundlegend prägt (Zobel 1995). Dabei entwickeln die Beteiligten unbewußt so genau aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen, daß schließlich nahezu automatisch ablaufende 'Rituale' entstehen. Jede Person übernimmt sozusagen eine Rolle, wie in einem sich ständig wiederholenden, perfekt inszenierten Drama oder einem endlosen, nicht minder perfekt choreographierten Tanz. So hoffnungslos eine solche Situation erscheinen mag, so hilfreich ist dieses Rollenverständnis aus therapeutischer Sicht, da man mit diesem Modell auch die Möglichkeit des Rollentausches und mithin die Chance der Veränderung assoziiert (Jakob 1991).

Eine dieser Rollen wurde bereits im letzten Abschnitt erwähnt: In 'vollständigen' Familien, in denen der Vater alkoholabhängig ist, übernimmt die Mutter in der Regel die Rolle der Coabhängigen, die den Abhängigen schützt, den Haushalt und das Familienleben organisiert etc. Sie kann sich deshalb meist nicht auch noch in ausreichender Weise um die Kinder kümmern, weshalb diese ihrerseits ein bestimmtes Rollenverhalten entwickeln; dies gilt natürlich erst recht für Familienkonstellationen, in denen es keinen nicht alkoholabhängigen Elternteil gibt (s. Abschnitt 4.2.1). Welche Rolle die Kinder im 'Alkoholismus-System' übernehmen, ist unter anderem von dieser Familienkonstellations und von ihrem Alter abhängig. Die fünf wichtigsten Kinderrollen (nach Jakob 1991 und Zobel 1995) werden im folgenden kurz beschrieben:

**Das Elternkind** (Synonyme: Der Macher, Der Held) ist die Rolle, die am häufigsten von Einzelkindern oder Erstgeborenen übernommen wird, sie ist für die betroffenen Familien oft geradezu lebensnotwendig. Elternkinder machen auf Außenstehende einen sehr 'vernünftigen' und 'reifen' Eindruck, auf den ersten Blick sind bei ihnen keine Verhaltensauffälligkeiten (im negativen Sinne) zu beobachten. Sie übernehmen sehr früh Verantwortung, beispielsweise für den Haushalt und für jüngere Geschwister, 'trösten' und 'beraten' den nicht alkoholabhängigen Elternteil und haben innerhalb der Familie weit mehr Entscheidungsbefugnisse und Einflußmöglichkeiten als ihre Altersgenossen. Auch versuchen Elternkinder häufig, andere Famili-

enmitglieder vor gewalttätigen Übergriffen des alkoholabhängigen Elternteils zu schützen. Das Bild der 8jährigen Tanja (s. S. 3) illustriert diese Rolle geradezu mustergültig:

Da die Mutter betrunken ist (symbolisiert durch die vielen Flaschen unter dem Bett) und sich deshalb nicht um die Familie kümmern kann, organisiert Tanja den Haushalt und 'bedient' ihren Vater sowie die jüngere (kleinere) Schwester (symbolisiert durch das Tablett in ihrer Hand).

**Das Nesthäkchen** (Synonym: Das Familienmaskottchen) ist meist das jüngste Kind. Nesthäkchen sind immer lieb und brav, weshalb die Familie von Außenstehenden oft als intakt wahrgenommen wird. Sie bekommen aufgrund ihres Alters kaum Informationen über das eigentliche Problem, spüren aber, daß etwas nicht in Ordnung ist. Nesthäkchen wirken sehr charmant und vermeiden so, zur Zielscheibe von Aggressionen zu werden. Sie haben oft ein relativ gutes Verhältnis zum alkoholabhängigen Elternteil und versuchen, dessen innerfamiliäre Isolation zu vermindern, wodurch sie mitunter Gefahr laufen, Opfer sexuellen Mißbrauchs zu werden.

**Das unsichtbare Kind** ist unauffällig und leistet keinerlei Widerstand. Es bekommt nur selten Aufmerksamkeit oder Zuwendung von den Eltern, ist andererseits aber auch vor gewalttätigen Übergriffen weitgehend sicher; frei nach dem Motto: Wer nicht gesehen wird, wird auch nicht geschlagen. In die Gruppe dieser Kinder fallen auch die sogenannten *Chamäleons*, die gegen sie gerichtete Aggressionen dadurch zu vermeiden trachten, daß sie ungern Position beziehen und immer versuchen, den Vermittler zu spielen. Unsichtbare Kinder und Chamäleons sind meist kontaktscheu und wirken hilflos, gehemmt und unsicher.

**Das schwarze Schaf** (Synonym: Der Sündenbock) ist das auffällige Kind, sein unangepaßtes Verhalten ist nicht zu übersehen. Schwarze Schafe prügeln sich mit anderen Kindern, betrügen, lügen, stehlen und sind oft schon im Jugendalter selbst alkohol- oder drogenabhängig. Durch ihr deviantes Verhalten eignen sie sich als Ventil für Aggressionen und werden oft sogar für den elterlichen Alkoholkonsum verantwortlich gemacht. Schwarze Schafe bestärken Elternkinder in ihrer Rolle und umgekehrt, vielfach tragen diese beiden Kinder die elterlichen Konflikte sozusagen stellvertretend aus. Als Fallbeispiel sei hier auf Thorsten verwiesen (s. Kapitel 6.2).

**Das Partnerersatzkind** kompensiert den Mangel an partnerschaftlicher Intimität beim coabhängigen Elternteil durch intensive emotionale Zuwendung und ständige physische Nähe.



Auch zwischen alleinerziehenden, alkoholabhängigen Müttern und ihren Söhnen gibt es Beziehungen dieser Art. Als Fallbeispiel sei hier auf Dominik verwiesen (s. Kapitel 6.1).

### **4.2.3 Häufige Verhaltensauffälligkeiten betroffener Kinder**

Kinder alkoholabhängiger Eltern stellen eine besondere Risikogruppe bezüglich der Entwicklung bestimmter psychiatrischer Störungen dar. Die bis zu körperlichen Mißbildungen und erheblichen Intelligenzdefiziten reichenden Folgen einer schweren Alkoholembryopathie sollen an dieser Stelle der Vollständigkeit halber zwar erwähnt, aus Platzgründen jedoch nicht näher erläutert werden; interessant ist jedoch, daß auch Kinder mit wesentlich schwächeren, auf den Alkoholmißbrauch der Mutter zurückzuführenden pränatalen Schäden ungewöhnlich häufig am ADHS leiden (Steinhausen 1984). Die postnatalen Schäden umfassen vor allem Störungen des Sozialverhaltens, depressive und andere emotionale Störungen, sowie Lern- und Leistungsschwächen (Knölker et al. 1997). Insofern unterscheiden sich die Kinder 'süchtiger' Eltern jedoch nicht wesentlich von mißhandelten oder vernachlässigten Kindern (s. Abschnitt 3.2.3).

Dies ist auch nicht weiter verwunderlich: Laut Elpers und Lenz (1994) ist die Wahrscheinlichkeit, nach der Kinder alkoholabhängiger Eltern zuhause körperlich mißhandelt werden, sechsmal höher als bei Kindern nicht abhängiger Eltern, während sich bezüglich der Vernachlässigung ('Unzureichende elterliche Aufsicht' und 'Unzureichende Erfahrung vermittelnde Erziehung') ein viermal höheres Risiko ergibt. Die Gründe dafür sind zweifellos einerseits in der durch die Alkoholproblematik bedingten Überforderung der Eltern zu sehen, andererseits dürfte bezüglich des körperlichen Mißbrauchs auch die hohe Komorbiditätsrate von Alkoholabhängigkeit und (oft mit Gewalttätigkeit verbundener) Antisozialer Persönlichkeitsstörung eine gewichtige Rolle spielen (Klein 2000a). Interessanterweise werden Kinder alkoholabhängiger Eltern *nicht* signifikant häufiger Opfer sexuellen Mißbrauchs als andere Kinder (Elpers & Lenz 1994).

Anscheinend ist der entscheidende Faktor für die Entwicklung bestimmter psychiatrischer Störungen bei Kindern alkoholabhängiger Eltern *nicht* der elterliche Alkoholkonsum, sondern die Mißhandlung beziehungsweise Vernachlässigung der Kinder (eine diesbezügliche Ausnahme stellt die in Abschnitt 4.2.5 ausführlicher diskutierte Gefahr der Vererbung 'süchtiger' Verhaltensmuster dar). Interessant ist jedoch, daß sich deutliche geschlechtsspezifische Ausprägungen zeigen, so ist die Art der psychiatrischen Störung nicht nur in gewisser Weise vom

Geschlecht des Kindes abhängig, sondern auch davon, ob es sich bei dem alkoholabhängigen Elternteil um den Vater oder um die Mutter (oder um beide) handelt.

Während sich nach einer Untersuchung von Elpers und Lenz (1994) besonders bei den *Söhnen alkoholabhängiger Männer* dissoziale Störungen mit narzißtischen und aggressiven Verhaltensmustern zeigen, scheinen sich danach bei den *Töchtern alkoholabhängiger Frauen* bevorzugt emotionale Störungen (Angststörungen, Depressivität) und Eßstörungen (Anorexia nervosa) zu entwickeln. Allerdings treten emotionale Störungen offenbar auch bei den Söhnen alkohol-abhängiger Frauen auf, besonders, wenn es sich dabei um alleinerziehende Mütter handelt. Als Fallbeispiel sei hier auf Dominik verwiesen (s. Kapitel 6.1). Dabei sind Jungen zwar offenbar *häufiger* gestört, Mädchen erscheinen jedoch insgesamt *stärker* von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen. Diese Ergebnisse bestätigen im wesentlichen eine Untersuchung von Steinhausen (1984), der jedoch auch bei einigen Töchtern alkoholabhängiger Männer dissoziale Störungen fand und betont, daß die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung dissozialer *und* emotionaler Störungen bei Kindern mit zwei alkoholabhängigen Elternteilen besonders hoch ist.

Interessanterweise fanden sich in der Untersuchung von Elpers und Lenz (1994) keinerlei Hinweise darauf, daß Kinder alkoholabhängiger Eltern mit größerer Wahrscheinlichkeit am Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndrom leiden als andere Kinder. Dies läßt sich als ein weiterer Hinweis darauf interpretieren, daß Kinder alkoholabhängiger Mütter das ADHS im wesentlichen intrauterinär erwerben (Kinder mit einem fetalen Alkoholembryopathiesyndrom wurden nämlich bei der Untersuchung von Elpers und Lenz explizit ausgeschlossen).

Kinder alkoholabhängiger Eltern sind also als eine besondere Risikogruppe bezüglich der Entwicklung bestimmter psychiatrischer Störungen zu betrachten. Dabei zeigen die Söhne alkoholabhängiger Männer oft ein zum Teil massiv gestörtes Sozialverhalten, während vor allem die Töchter alkoholabhängiger Frauen verstärkt zu Depressivität, übertriebener Ängstlichkeit und Eßstörungen (Anorexia nervosa) neigen. Zudem leiden besonders die Söhne alkoholabhängiger Frauen, vermutlich bedingt durch übermäßigen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, häufig am Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndrom, welches seinerseits prädisponierend für die Entwicklung dissozialer Verhaltensstrukturen, sowie für die Entstehung von Lern- und Leistungsstörungen wirkt.

### EXKURS: Die Atmosphäre in Familien mit einem Alkoholproblem und ihre Folgen

Familien mit einem Alkoholproblem schotten sich fast immer nach außen ab und leben nach ganz bestimmten Regeln, die ein gestörtes Sozialverhalten der Kinder (Ständiges Lügen, Kontaktschwierigkeiten, Distanzprobleme) geradezu 'vorprogrammieren'. Zu diesen Regeln zählen:

Rede nicht! Zeige keine Gefühle! Vertraue niemandem! (Klein 1998, S. 20)

Hinzu kommt, daß in den meisten dieser Familien ständig eine 'vergiftete' Atmosphäre herrscht: Streitigkeiten zwischen den Eltern sind an der Tagesordnung, das Thema 'Trennung' ist oft ein 'Dauerbrenner'. Auch wenn die Zahl der tatsächlich vollzogenen Trennungen in diesen Fällen in jüngster Zeit zu steigen scheint, bringen nach wie vor viele coabhängige Frauen die Kraft dazu letztlich doch nicht auf; als Fallbeispiel sei hier auf Thorsten verwiesen (s. Kapitel 6.2). Unter einer solchen Situation leiden Kinder in ganz besonderer Weise: Klein- und Grundschulkinder reagieren auf die damit verbundenen Verlassensängste in der Regel mit regressiven Verhaltensmustern (also mit zuvor bereits überwundenen Verhaltensweisen wie Einnässen, Klammern, Daumenlutschen etc.) und offen gezeigter Trauer (Wallerstein 1984). Es ist leicht einzusehen, daß eine über längere Zeit bestehende Situation dieser Art (auch wenn sie letztlich nicht zur Trennung führt) bei den betroffenen Kindern daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zumindest zu einer leichten Entwicklungsverzögerung (Retardierung) beiträgt. Noch härter scheint diese Situation jedoch Jugendliche zu treffen, bei denen sie neben Konzentrationsschwierigkeiten, nachlassenden schulischen Leistungen und eigenen partnerschaftlichen beziehungsweise sexuellen Versagensängsten oft Schuldgefühle auslöst, vor allem dann, wenn die Eltern sie in ihrem täglichen 'Kleinkrieg' dazu benutzen, sich gegenseitig zu verletzen:

Diese Kinder schrieben oft einem Elternteil die Rolle des Guten und dem anderen die Rolle des Bösen zu. Sie waren besonders empfänglich für Schmeicheleien des einen oder anderen Elternteils, der weiterhin im Kampf mit dem anderen lag, und sie wurden als Mitstreiter bei der Entwicklung komplexer Strategien hinzugezogen, die nur dazu dienten, den anderen Elternteil zu quälen und herabzusetzen (Wallerstein 1984, S. 116).

Das sich vor diesem familiären Hintergrund (Bist Du *für* oder *gegen* mich?!) bildende schwarz- weiße Weltbild der Kinder dürfte maßgeblich zur Entwicklung einer narzißtischen Störungskomponente oder einer Verhaltensstörung vom Typ 'Borderline' beitragen.

#### **4.2.4 Protektive Faktoren und Ressourcen betroffener Kinder**

Obwohl Kinder, die bei alkoholabhängigen Eltern (oder Elternteilen) aufwachsen, also als eine Risikogruppe bezüglich der Entwicklung vielfältiger psychischer Störungen (s. Abschnitt 4.2.3) sowie einer eigenen Abhängigkeitsproblematik (s. Abschnitt 4.2.5) zu betrachten sind, werden keineswegs *alle* diese Kinder verhaltensauffällig oder selbst alkoholabhängig. Besonders die Erstgeborenen erweisen sich diesbezüglich oft als erstaunlich 'resistent'. Wie kommt das?

Seit einiger Zeit wird neben der *Pathogenese* (der Lehre von der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten) auch der *Salutogenese* einige Beachtung geschenkt, die der Frage nachgeht, was Menschen *gesund* macht oder erhält. Antonovsky geht davon aus, daß dafür im wesentlichen eine bestimmte Grundhaltung (er spricht auch von Weltanschauung) verantwortlich ist, die er als *Kohärenzgefühl* bezeichnet. Menschen mit dieser Grundhaltung leben sozusagen im Einklang mit der Umwelt: Sie haben nicht nur das Gefühl, die Welt verstehen und Schwierigkeiten bewältigen zu können, sondern sehen in den dafür notwendigen Anstrengungen auch einen Sinn (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998). Dieses *Kohärenzgefühl* können Kinder alkoholabhängiger Eltern unter bestimmten Voraussetzungen durchaus entwickeln. Notwendig sind dafür neben einer gewissen Intelligenz und ausreichenden kommunikativen Fähigkeiten vor allem ein bestimmtes Maß an Verantwortungsbewußtsein und Ehrgeiz, sowie der Glaube an sich selbst (positives Selbstwertgefühl) und die Überzeugung, die (durchaus als problematisch empfundene) Situation im Griff zu haben (internale Kontrollüberzeugung). Diese Eigenschaften und Fähigkeiten werden auch als *Protektive Faktoren* bezeichnet (Klein 1998).

Es liegt auf der Hand, daß Elternkinder (s. Abschnitt 4.2.2) diese Fähigkeiten am ehesten entwickeln können, während Schwarze Schafe und Unsichtbare Kinder dies ebenso offensichtlich nicht können. Das bedeutet allerdings nicht, daß Elternkinder *nie* psychische Störungen haben: Aus dem ständigen Versuch, soziale Situationen kontrollieren zu wollen, kann später durchaus eine Zwangsneurose entstehen, auch die Entwicklung einer depressiven Störung für den Fall des Verlustes der internalen Kontrollüberzeugung (beispielsweise durch zusätzlich auftretende Belastungen wie die Geburt eines weiteren Kindes) ist denkbar. Es ist aber eine

brauchbare Erklärung dafür, warum es sich bei den *auffälligsten* Kindern von Alkoholabhängigen (um die es in der Heimpädagogik in erster Linie geht) oft um die *mittleren* oder *jüngsten* Kinder handelt.



#### **4.2.5 Die Gefahr der Vererbung 'süchtiger' Verhaltensmuster**

Die von Kindern alkoholabhängiger Eltern häufig gezeigten Verhaltensauffälligkeiten (s. Abschnitt 4.2.3) unterscheiden sich nicht wesentlich von den bei anderen vernachlässigten oder mißhandelten Kindern beobachtbaren Auffälligkeiten (s. Abschnitt 3.2.3). Die Heimpädagogik ist also diesbezüglich gut auf sie vorbereitet, da der Umgang mit solcherart auffälligen Kindern sozusagen ihr 'tägliches Brot' darstellt (s. Abschnitt 3.2.4). Dennoch gibt es einen entscheidenden Unterschied: Die Wahrscheinlichkeit, daß Kinder aus 'suchtbelasteten' Familien eine eigene Abhängigkeitsproblematik entwickeln, ist im Vergleich zu anderen Kindern bis zu sechsmal (!!!) höher (Klein 1998). Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der *Transmission* der Alkoholabhängigkeit. Das höchste Transmissionsrisiko besteht dabei offenbar in Familien, in denen *beide* Elternteile alkoholabhängig sind; besonders stark gefährdet scheinen auch Kinder zu sein, die bei alleinerziehenden, alkoholabhängigen Elternteilen (in der Regel Mütter, s. Abschnitt 4.2.1) aufwachsen: Es sieht tatsächlich so aus, als würde das Vorhandensein eines nicht abhängigen Elternteils dieser Gefahr in gewisser Weise entgegenwirken (Klein 1998). Unabhängig von der Familienkonstellation ist das Transmissionsrisiko für Kinder mit einem ADHS (s. Abschnitt 3.2.2) besonders hoch (Silbereisen 1995). Verantwortlich für diese Vererbung der Alkoholabhängigkeit sind aus heutiger Sicht vor allem *genetische* und *soziale* Faktoren:

Um einen *genetischen* Faktor nachweisen zu können, wurde eine Vielzahl von Adoptions- und Zwillingsstudien durchgeführt. Obwohl diese Studien insgesamt ein eher heterogenes Bild bieten, finden sich deutliche Anhaltspunkte dafür, daß es so etwas wie eine genetische Vulnerabilität (Anfälligkeit, Verletzbarkeit) zu geben scheint, die nur dann zu einer Alkoholabhängigkeit führt, wenn *gleichzeitig* ungünstige Umweltbedingungen vorliegen (Silbereisen 1995). Einer Studie von Cloninger zufolge entwickelt sich diese 'milieubedingte' Form der Abhängigkeit bei adoptierten Kindern alkoholabhängiger Eltern nur dann, wenn die Entwicklungsbedingungen in der Adoptivfamilie ungünstig sind (Zobel 2000). Außerdem findet man Hinweise dafür, daß es eine weitere Form der Abhängigkeit gibt, die sich *unabhängig* von den Umweltbedingungen vererbt, allerdings nur von Vätern auf ihre Söhne, weshalb man diese Form auch als 'männliche' Alkoholabhängigkeit bezeichnen könnte (Zobel 2000). Analog dazu scheint es eine (seltener vorkommende) 'weibliche' Form der Alkoholabhängigkeit zu ge-

ben, die sich nur von Müttern auf ihre Töchter überträgt (Klein 1998).

Bezüglich des *sozialen* Faktors lautet die gängigste These, daß Kinder normalerweise nicht nur den ersten Kontakt mit Alkohol im Rahmen ihrer Familie haben, sondern im weiteren Verlauf ihres Lebens sogar das Trinkverhalten der Eltern weitgehend imitieren, ganz im Sinne der Theorie des sozialen Lernens von Alfred Bandura (Zobel 2000).

Im Sinne einer komplexen Modellernkultur bildet sich für die Kinder - insbesondere wenn es keine schützenden suchtfreien Familienrituale gibt - eine Familienidentität heraus, die süchtiges Trinken zur Normalität der Konfliktlösung oder gar des Alltags werden läßt (Klein 1998, S. 19).

Zu diesen 'schützenden suchtfreien Familienritualen' dürften vor allem diejenigen Konfliktlösungsstrategien zählen, die die betroffenen Kinder von dem *nicht* alkoholabhängigen Elternteil lernen können, was die erwähnte Abhängigkeit des Transmissionsrisikos von der Familienkonstellation zumindest teilweise erklären würde. Vertritt der nicht abhängige Elternteil allerdings eine rigide, noch dazu emotional hoch besetzte Position der Abstinenz (was angesichts der sehr konfliktträchtigen Atmosphäre in 'suchtbelasteten' Familien nicht selten vorkommt), so wirkt dies im Sinne der 'Suchtprävention' eher kontraproduktiv, weil es eine Rebellion der Kinder gegen diese starre Position geradezu herausfordert (Zobel 2000). Auch die chronisch angespannten innerfamiliären Beziehungen und die 'Ketten widriger Ereignisse', die Kinder aus diesen Familien gehäuft widerfahren, wirken langfristig 'suchtbegünstigend' (Klein 1998).

Die Antwort auf die erste Frage (s. Einleitung) könnte man daher wie folgt zusammenfassen:

A1) Kinder alkoholabhängiger Eltern zeigen häufig Störungen des Sozialverhaltens (vor allem Jungen), sowie psychosomatische und emotionale Störungen (vor allem Mädchen). *Insofern* unterscheiden sie sich jedoch *nicht* signifikant von 'Heimkindern', die aufgrund von Vernachlässigung oder Mißhandlung durch nicht - trinkende Eltern verhaltensauffällig wurden. Allerdings neigen sie verstärkt zur Entwicklung einer

eigenen Abhängigkeitsproblematik, was erhebliche Anstrengungen auf dem Gebiet der 'Suchtprävention' erforderlich machen und angesichts des hohen Prozentsatzes betroffener Kinder in der stationären Jugendhilfe auch große Auswirkungen auf das im nächsten Kapitel ausführlich diskutierte heimpädagogische Konzept haben dürfte.

## 5. Die HEIMPÄDAGOGISCHE ARBEIT MIT KINDERN ALKOHOLABHÄNGIGER ELTERN

### MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN

#### 5.1 PÄDAGOGISCHE UND THERAPEUTISCHE ASPEKTE

##### 5.1.1 Lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze

**Kinder brauchen Grenzen:** Dieser in der modernen Pädagogik oft zitierte Titel eines Filmes von Jirina Prekop beruht auf der Erkenntnis, daß ein Kind lernen muß, sich mit Grenzen auseinanderzusetzen, weil es sonst auch als Erwachsener Grenzen, die ihm beispielsweise durch Gesetze auferlegt werden, nicht oder nur schwer akzeptieren kann. Dabei war lange Zeit umstritten, ob für diesen Lernprozeß Eingriffe von außen (durch Eltern oder Pädagogen) notwendig sind. Vor allem Verfechter des besonders in den 70er Jahren recht populären Laissez-Faire-Erziehungsstils glaubten damals, daß kindliches Fehlverhalten in der Regel *automatisch* so unangenehme Konsequenzen nach sich zieht, daß sich das Kind in Zukunft anders verhalten wird. Vielfach stimmt das auch: Ein 6jähriges Mädchen, das vor lauter Wut mit der Faust gegen die Wand schlägt und sie sich dabei verstaucht, wird dies in Zukunft wahrscheinlich unterlassen. Warum aber sollte ein 12jähriger Junge, der in einem von zehn Fällen beim 'Klauen' erwischt wird, nicht immer wieder stehlen, wenn er aufgrund seiner Strafunmündigkeit nicht gerichtlich belangt werden kann und seine Erzieher ihm zwar ihre Enttäuschung zeigen, ihn jedoch nicht mit (weiteren) unangenehmen Konsequenzen konfrontieren? Diese und ähnliche Überlegungen haben dazu geführt, daß sich auch in der Pädagogik mittlerweile die Erkenntnis durchgesetzt hat, daß Kinder nicht nur 'natürliche' Grenzen erfahren müssen, sondern daß man ihnen auch Grenzen *setzen* muß. Dies beinhaltet die Notwendigkeit, Grenzverletzungen angemessen zu *sanktionieren*. Die Frage ist nur: Wie geht das? Natürlich dürfen Kinder nicht geschlagen, eingesperrt oder auf andere Weise mißhandelt werden. Was also kann man tun?

**Die 'richtige' Intervention:** Sanktionen, die in keinem für das Kind erkennbaren Zusammenhang zum Fehlverhalten stehen [Beispiel: Taschengeldentzug wegen einer körperlichen Auseinandersetzung], bewirken keine auf Einsicht beruhende Verhaltensänderung, weil das Kind

sie als 'willkürliche' Bestrafung empfinden muß. Es mag sich der 'Macht' des Pädagogen

beugen, wird aber immer wieder versuchen, ihn 'auszutricksen'. Es wird ihm nicht vertrauen oder ihn respektieren, sondern ihn fürchten und vielleicht sogar hassen. Sehr viel sinnvoller ist die *Anwendung logischer Folgen*, die auf der simplen Erkenntnis beruht, daß kein Mensch ...

... willentlich etwas tun wird, von dem er glaubt, daß es ihm schadet (Dreikurs & Grey, S. 67).

Folgt man dieser Erkenntnis, so erscheint es nur vernünftig, daß Pädagogen ein wenig 'nachhelfen', wenn sich *mögliche* Folgen eines Fehlverhaltens nicht *automatisch* ergeben. Von dem 12jährigen Ladendieb könnte man (neben dem selbstverständlichen Schadenersatz) beispielsweise verlangen, daß er sich mündlich oder schriftlich bei dem Ladenbesitzer entschuldigt und ihm *zusätzlich* eine Wiedergutmachung für den verursachten Ärger anbietet (er könnte ihm zum Beispiel die Fenster putzen oder den Parkplatz fegen). Im Wiederholungsfall kann es auch bei strafunmündigen Kindern durchaus sinnvoll sein, den Ladenbesitzer dazu zu bewegen, Anzeige zu erstatten, da eine entsprechend streng durchgeführte polizeiliche Vernehmung gerade bei jüngeren Kindern ihre Wirkung oft nicht verfehlt. Außerdem sollte eine *ernsthafte* pädagogische Auseinandersetzung mit dem Fehlverhalten stattfinden. Zur Vorbereitung auf ein solches Gespräch mit seinem Kontakterzieher könnte von dem 12jährigen Ladendieb beispielsweise ein mehrseitiger Aufsatz mit dem Thema 'Warum Stehlen verboten ist' verlangt werden.

Solche Maßnahmen, mit denen die *Löschung unerwünschter Verhaltensweisen* erreicht werden soll, basieren letztlich auf den Erkenntnissen der Lerntheorie, besonders auf den Methoden der *Operanten Konditionierung* nach Burrhus Frederic Skinner und des *Modellerns* nach Alfred Bandura. In beiden Fällen geht es zwar den meisten pädagogischen Lehrbüchern (zum Beispiel Gudjons 1997) zufolge vorwiegend um die *Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen* durch das Eintreten positiver oder das Ausbleiben negativer Konsequenzen. Bei der operanten Konditionierung geschieht dies unmittelbar, beim Modellernen mittelbar (durch die Signalwirkung der Konsequenzen auf *andere* Kinder). Sorgt man für das Eintreten negativer (logischer) Konsequenzen, so kann man mit beiden Methoden aber eben auch versuchen, unerwünschte Verhaltensweisen zu verändern. Allerdings darf man sich davon keine 'Wunder' versprechen: Dissoziales, aggressives Verhalten gehört zu den stabilsten psychischen Merkmalen überhaupt und ist (besonders bei älteren Kindern) leider oft erstaunlich resistent gegen jegliche Form der Intervention (Döpfner & Lehmkuhl 1995)!





**Der 'richtige' Zeitpunkt:** Wichtig ist ferner, den richtigen Zeitpunkt für eine Sanktion zu erkennen. Auch die Anwendung logischer Folgen ist oft sinnlos, wenn sie erst Stunden oder gar Tage nach dem zugrunde liegenden Ereignis erfolgt, weil die betroffenen Kinder dann häufig Schwierigkeiten haben, den Kausalzusammenhang zwischen ihrem Verhalten und der Sanktion zu erkennen (So wird ein 10jähriger Junge, der vorgestern einen Klassenkameraden verprügelt hat, nicht einsehen, warum er heute eine Wiedergutmachung leisten soll, wenn sein 'Opfer' den Vorfall inzwischen längst vergessen hat). Auf der anderen Seite sollte man mit der Anwendung logischer Folgen warten, bis sich die beteiligten Kinder wieder beruhigt haben, weil sie in mit entsprechender Erregung verbundenen Streßsituationen gar nicht zuhören können:

In Konfliktsituationen will und kann das Kind nicht zuhören, und Worte werden zu Waffen im Kampf. Es ist völlig nutzlos, auf ein Kind einzureden, wenn es sich in seinem Ärger verschließt [...] Eine 'Standpauke' ist tatsächlich das schlimmste der möglichen Verfahren, weil wir damit wahrscheinlich genau der Erwartung des Kindes entsprechen (Dreikurs & Cassel 1977, S. 69).

So wichtig es daher ist, Kindern die Gelegenheit zu geben, sich wieder 'abzuregen', bevor man mit ihnen über eine Konfliktsituation sprechen und sie mit den logischen Konsequenzen ihres Verhaltens konfrontieren kann, so notwendig ist es manchmal, zu ihrem Schutz *unmittelbar* in einen Konflikt einzugreifen: Es gibt Situationen, in denen Kinder nicht nur unfähig zur *Kommunikation* sind, sondern auch keine Kontrolle mehr über ihre *Handlungen* haben. Im Zustand höchster Erregung kann man nämlich buchstäblich 'den Verstand verlieren', weil dann vom Thalamus (der 'Signalverarbeitungszentrale' des Gehirns) kommende visuelle oder akustische Reize in der Amygdala (dem für Emotionen 'zuständigen' Teil des sogenannten limbischen Systems im Gehirn) bereits aggressive Reaktionen auslösen, *bevor* sie vom Neokortex (dem 'denkenden' Gehirn) überhaupt verarbeitet worden sind, wie Daniel Goleman 1995 in seinem Buch 'Emotionale Intelligenz' eindrucksvoll beschreibt. Solche Affekthandlungen begehen auch Erwachsene, nicht umsonst gibt es beispielsweise den § 213 StGB (Minder schwerer Fall des Totschlags). Kinder, besonders solche mit einem gestörten Sozialverhalten, geraten jedoch viel häufiger in diese Situationen, weil sie noch nicht gelernt haben, dem Kontrollverlust vorausgehende Warnsignale ihres Körpers wahrzunehmen und entsprechend zu reagieren. Aufgabe der Heimpädagogik ist es daher auch, die Selbstwahrnehmungsfähigkeit betroffener Kinder zu fördern und ihnen Verhaltensweisen zu vermitteln, die geeig-

net sind, die weitere 'Eskalation' solcher Situationen und mithin den drohenden Kontrollverlust zu verhindern.

**Wahrnehmungsfähigkeit und Selbstkontrolle fördern:** Interventionen, die vor allem älteren Kindern und Jugendlichen, die häufig 'ausrasten' und bei denen sich aggressive Verhaltensstrukturen schon verfestigt haben, dabei helfen sollen, sich und andere differenzierter wahrzunehmen und in bestimmten Situationen sozial kompetenter zu agieren, sind eigentlich keine rein verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, da sie auch am *Erleben* der Betroffenen ansetzen. Der Pädagoge ist also darauf angewiesen, daß das Kind ihm seine Gedanken und Gefühle mitteilt, was eine besonders vertrauensvolle Beziehung voraussetzt (s. Abschnitt 5.1.2). Dabei kann man an real erlebten Situationen ansetzen und diese im Gespräch 'aufarbeiten' oder ähnliche Situationen in Rollenspielen nachstellen. Im Kern geht es darum, daß das Kind möglichst früh erkennt, daß es in Wut gerät und erste Handlungsimpulse zunächst stoppen lernt. Dann sollte es lernen, kurz darüber nachzudenken, welche Handlungsmöglichkeiten aktuell bestehen und welche Folgen diese jeweils hätten. Anschließend muß es lernen, sich für eine dieser Optionen zu entscheiden. Schließlich muß es überprüfen können, ob die Entscheidung richtig war und sich gegebenenfalls selbst für den Erfolg bestätigen (Döpfner & Lehmkuhl 1995). Ein Beispiel:

Der motorisch etwas ungeschickte, aber sehr kräftige 12jährige Pascal gerät leicht in Wut und verprügelt dann oft andere Kinder. Er bekommt im Rahmen eines Anti - Aggressions -Trainings die Aufgabe, mit drei Stoffbällen zu jonglieren. Nach kurzer Zeit fallen zwei Bälle zu Boden. Jens (ein anderer Teilnehmer des Trainings) lacht. Pascal packt ihn am Kragen und ...

Pädagoge:	STOP!!! Was ist Dein Problem? Wie fühlst Du Dich jetzt?
Pascal:	Der lacht mich aus. Das macht mich wütend!
Pädagoge:	Woher weißt Du das? Vielleicht lacht er nur, weil es so lustig ausgesehen hat?
Pascal:	Stimmt das?
Jens:	Ja, das war schon komisch ...
Pädagoge:	Was kannst Du jetzt machen, Pascal?
Pascal:	Ich kann ihm eine donnern!
Pädagoge:	Und dann?
Pascal:	Dann krieg' ich Ärger ...
Pädagoge:	Und? Ist es das wert?
Pascal:	Nee!
Pädagoge:	Aber Du ärgerst Dich immer noch, oder?
Pascal:	Ja!
Pädagoge:	Was kannst Du noch machen?
Pascal:	Ich kann ihm sagen, daß er das lassen soll!
Pädagoge:	Dann tu' das mal!
Pascal:	Ich will nicht, daß Du lachst! Sonst fängst Du Dir eine!

Jens:	Schon gut, ich lach' ja gar nicht mehr ..
Pädagoge:	Die Drohung hättest Du Dir sparen können, ansonsten war das sehr gut ...

### **5.1.2 Psychotherapeutische und psychoanalytische Ansätze**

Der *Vorteil* der im letzten Abschnitt beschriebenen (zum größten Teil auf Erkenntnissen der Lerntheorie basierenden) verhaltenstherapeutischen Methoden ist, daß man mit ihnen vor allem bei jüngeren Kindern oft schon innerhalb weniger Wochen große Fortschritte erzielen kann. Der *Nachteil* dieser Methoden ist, daß sich mit ihnen nur die *Symptome*, nicht aber die *Ursachen* der besonders bei Kindern alkoholabhängiger Eltern häufig auftretenden Störungen bekämpfen lassen: Die auf diese Weise erreichten Verhaltensverbesserungen sind meist nicht etwa auf eine gereifte Persönlichkeit oder auf geänderte Moralvorstellungen, sondern auf egoistische Motive zurückzuführen (nämlich auf den Versuch, negative Konsequenzen zu vermeiden). Daher haben ausschließlich verhaltenstherapeutisch arbeitende Erzieher oder Sozialpädagogen manchmal das Gefühl, daß sie bei einem Kind nach einigen Monaten nicht mehr 'weiter' kommen. Mit tiefergehenden, letztlich auf Erkenntnissen der Psychoanalyse basierenden Verfahren sind sie ohne entsprechende Ausbildung jedoch vielfach überfordert. Es ist daher sehr hilfreich (und in vielen Heimen mittlerweile üblich), wenn wenigstens ein Mitglied jedes Pädagogen Teams (zumindest aber der verantwortliche Bereichsleiter) eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation besitzt.

Die Schwierigkeit psychotherapeutisch orientierter Ansätze besteht darin, daß sich die betroffenen Kinder auf sie *einlassen* müssen. Während sich verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie die Anwendung logischer Folgen zumindest bei jüngeren Kindern notfalls auch gegen ihren Widerstand durchsetzen lassen, ist der Pädagoge bei psychotherapeutisch orientierten Verfahren darauf angewiesen, daß die Kinder ihm ihre wahren Gedanken und Gefühle mitteilen, was eine besonders enge und vertrauensvolle Beziehung zwischen ihnen voraussetzt. In der stationären Jugendhilfe ist es aber auch für entsprechend qualifizierte Pädagogen schwierig, solche Beziehungen aufzubauen, weil sie die ihnen anvertrauten Dinge für sich behalten müßten, was jedoch mitunter dem Gedanken der Teamarbeit widersprechen und geradezu eine Einladung zur Initiierung von Spaltungsvorgängen darstellen würde (s. Abschnitt 3.3.2). Bei besonders schwer gestörten Kindern spricht daher vieles für einen externen Psychotherapeuten. Trotzdem ist eine solche Zusatzausbildung für Heimpädagogen sehr sinnvoll, weil sie einerseits für die Elternarbeit wichtige Kenntnisse über die Ursachen von Verhaltensstörungen vermittelt, und andererseits Methoden zu ihrer Bekämpfung lehrt, die aus verhaltenstherapeu-

tischer Sicht zumindest unkonventionell zu nennen sind [Beispiel: KONTROLLIERTE GEGENAGGRESSION, s.u.].

Für die heimpädagogische Arbeit mit narzißtischen, aggressiven und dissozialen Kindern sind in diesem Zusammenhang besonders Einfühlungsvermögen, Authentizität und Wertschätzung von Bedeutung. Diese drei Punkte erinnern nicht zufällig an Carl Rogers' personen-zentrierten Ansatz, der die sozialpädagogische Gruppenarbeit zu Recht stark beeinflusst hat (Knapp 1994).

**Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen:** Die pädagogische Arbeit mit diesen Kindern stellt eine Gradwanderung zwischen dem notwendigen Maß an Konfrontation mit der sozialen Realität und dem Respektieren ihrer Angst sowie ihrer niedrigen Spannungs- und Frustrationstoleranz dar. *Einerseits* ist ein gewisses Maß an Konfrontation mit der Realität bei aggressiven oder dissozialen Kindern, die unter einem zum Teil massiv gestörten Realitätsbezug leiden, schon allein deshalb dringend erforderlich, weil die pädagogische Arbeit ohne realitätsgerechte Wahrnehmung der Interventionen des Erziehers natürlich keinen Sinn macht. Zudem hilft diesen Kindern ein solches Vorgehen ganz praktisch bei der Alltagsbewältigung, weil so viele Konflikte erst gar nicht entstehen oder rechtzeitig als 'Scheinkonflikte' entlarvt werden können. Außerdem erzeugt eine starke Verankerung in der Realität häufig schon allein deshalb weniger Ängste als ein traditionelles therapeutisches Setting, weil viele dieser narzißtisch oft schwer gestörten Kinder schon ein offen so bezeichnetes Therapieangebot als unerträgliche Kränkung empfinden. *Andererseits* ist es besonders am Anfang ebenso wichtig, ihre Angst vor der Realität und damit vor der Entlarvung ihrer Abwehrmechanismen zu respektieren. So sollte ein Pädagoge insbesondere die 'Eröffnungsmanöver' dieser Kinder so weit wie möglich akzeptieren (ohne dabei manipulierbar zu wirken), um zu verhindern, daß sie aus der gemeinsamen Arbeit 'aussteigen', bevor sie richtig 'eingestiegen' sind (Rauchfleisch 1992).

**Authentizität und Wertschätzung:** Bei der Arbeit mit narzißtischen, aggressiven und dissozialen Kindern müssen sich Pädagogen immer wieder herausfordern lassen und dabei im entscheidenden Moment als reale Person mit eigenen Emotionen spürbar werden. Das allein stellt noch kein Problem dar, denn diese Kinder lassen niemanden 'kalt' (Grüttner 1992). Dabei dürfen sich Pädagogen aber weder in die Position des mächtigen Aggressors, noch in die des hilflosen Opfers drängen lassen. Zum einen geht es darum, den von ihren Eltern nicht selten vernachlässigten Kindern wahrhaftige Anteilnahme zu vermitteln; sie sollen spüren, daß da jemand ist, dem sie nicht 'egal' sind. Zum anderen müssen sie lernen, daß *alle* Menschen

Gefühle haben. Im Umgang mit diesen Kindern sollte man daher möglichst authentisch bleiben und seine



Empfindungen nicht nur *zeigen*, sondern auch *verbalisieren*, da sie häufig nicht in der Lage sind, die Reaktionen ihrer Umgebung realitätsgerecht wahrzunehmen. In bestimmten Situationen sind dabei KONTROLLIERTE GEGENAGGRESSIONEN durchaus sinnvoll. Die Schwierigkeit besteht darin, daß man weder zu zurückhaltend sein (um nicht den Eindruck der Manipulierbarkeit zu erwecken), noch zu dominant auftreten darf (um bei den Kindern keine Gefühle der Ohnmacht und Unzulänglichkeit zu erzeugen). Der Eindruck, ihr Gegenüber sei manipulierbar, würde nämlich die narzißtische Störungskomponente dieser Kinder weiter verstärken, während ihr ohnehin niedriges Selbstbewußtsein durch Ohnmachts- und Unzulänglichkeitsgefühle weiter geschwächt würde. Viele narzißtische, aggressive und dissoziale Kinder versuchen sich dadurch von diesen Empfindungen zu entlasten, daß sie die sie entwertenden inneren Stimmen (Psychoanalytiker sprechen auch von sadistischen Über - Ich - Kernen) auf andere Menschen (sogenannte Über - Ich - Träger) projizieren, eine Rolle, die Pädagogen keinesfalls annehmen dürfen (Rauchfleisch 1992). Man muß diesen Kindern also immer wieder Grenzen setzen und sie mit seinen eigenen Gefühlen und mit der sozialen Realität (beispielsweise mit den Folgen ihrer *Taten*) konfrontieren, ohne dabei jedoch ihre *Person* zu entwerten.

**Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen:** Bei der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern sollten Pädagogen stets versuchen, sich deren Übertragungsmechanismen und die eigenen Gegenübertragungsgefühle zu verdeutlichen und besonders letztere kritisch analysieren und reflektieren. Viele Kinder versuchen nämlich oft unbewußt, genau die Situation herbeizuführen, die sie am meisten fürchten, eine Situation, die sie in ihrer früheren Kindheit immer wieder erlebt haben (Psychoanalytiker bezeichnen dies als Reinszenierung frühkindlicher Konflikte). Kinder, die sich in der Vergangenheit ihren willkürlich handelnden Eltern ohnmächtig ausgeliefert fühlten, versuchen daher oft, Pädagogen in eine dominierende Position zu drängen, während Kinder, die von ihren Eltern immer wieder entwertet wurden, diese Situation reinszenieren, indem sie sich beispielsweise in der Schule oder bei den Hausaufgaben besonders dumm anstellen. Wenn Pädagogen diese Rollen annehmen und so reagieren, wie die Kinder es erwarten (und befürchten), tragen sie dadurch letztlich nur dazu bei, daß sich das Störungsbild immer weiter verfestigt. In solchen Fällen kann es sehr hilfreich sein, das 'Unerwartete' zu tun: Wenn ein Kind beispielsweise erwartet, entwertet zu werden, so hört es meist sofort auf, das 'Dummerchen' zu spielen, wenn ihm signalisiert wird, daß die gestellte Aufgabe eigentlich weit *unter* seinem Niveau ist. Als Fallbeispiel sei hier auf Dominik ver-

wiesen (s. Kapitel 6.1).

### **5.1.3 Erlebnispädagogische und andere ICH - stärkende Ansätze**

Psychoanalytische und psychotherapeutische Kenntnisse können Heimpädagogen also bei ihrer (letztlich immer verhaltenstherapeutisch geprägten) Arbeit *helfen*. Eine fundierte Psychotherapie können sie jedoch auch mit einer entsprechenden Zusatzausbildung nicht durchführen, weil sie stets an ihrer Doppelrolle scheitern würden: Sie können eben nicht gleichzeitig 'begrenzende' Pädagogen und 'verständnisvolle' Therapeuten sein (deshalb kann auch kein Psychotherapeut seine *eigenen* Kinder therapieren). Dies ist in meinen Augen der wichtigste Grund dafür, warum die Erlebnispädagogik in der stationären Jugendhilfe so populär geworden ist: Auch sie bietet die Möglichkeit, die Persönlichkeit der betroffenen Kinder zu stärken und damit die *Ursache* der meisten Verhaltensstörungen zu bekämpfen. Anders als bei der Psychotherapie geschieht dies zwar nicht *bewußt*, dafür können erlebnispädagogische Maßnahmen von Heimpädagogen aber relativ problemlos angeboten und durchgeführt werden. Damit diesen Maßnahmen stets auch ein intensives Gruppenerlebnis verbunden ist, bieten sie darüber hinaus die Möglichkeit, Kindern auf sehr praxisnahe Art und Weise soziale Kompetenzen zu vermitteln (beispielsweise Solidarität mit Schwächeren), was aus *pädagogischer* Sicht viel zu ihrer Faszination beiträgt.

Kinder sind im wahrsten Sinne des Wortes abenteuerlustig, suchen immer wieder den 'Kick' des Neuen, Unbekannten, Verbotenen. Die Grundidee der Erlebnispädagogik ist es, sie in ihrem natürlichen Drang zur Grenzüberschreitung zu unterstützen und nicht etwa zu hemmen, was sie aus *kindlicher* Sicht so faszinierend macht. Bei erlebnispädagogischen Maßnahmen bestimmen allerdings die verantwortlichen Pädagogen (und nicht etwa die Kinder selbst), *welche* Grenzen überschritten werden sollen. Dabei müssen sie darauf bedacht sein, das Anforderungsniveau so zu wählen, daß es sich mit den Fähigkeiten der beteiligten Kinder im Gleichgewicht befindet. Die Teilnehmer dürfen weder über- noch unterfordert werden, sondern müssen das Gefühl haben, die ihnen gestellte Aufgabe trotz großer Schwierigkeiten vielleicht doch irgendwie bewältigen zu können. Gelingt dies, so stellt sich während und nach der Tätigkeit ein Gefühl ein, daß Kurt Hahn 'Schöpferische Leidenschaft' nannte und das heute oft als Flow bezeichnet wird:

Flow - Erleben ist ein subjektives und situatives Gefühl von Entspanntheit und psychischer Ordnung, das Handelnde begleitet, während sie konzentriert eine Herausforderung meistern. Im Flow sind Gedanken und Gefühle im Einklang mit der Handlung. Dies wird während und nach dem Handeln als Harmonie oder innere Ausgeglichenheit empfunden (Plöhn 1998, S. 3)

Handelnde, die sich im Flow - Zustand befinden, vergessen alles um sich herum, können sich mit Leichtigkeit auf ihre Aufgabe konzentrieren und werden von dem Gefühl beherrscht, den Anforderungen gewachsen zu sein und alles unter Kontrolle zu haben. Denken und Handeln verschmelzen miteinander, die Betroffenen haben zudem oft ein verändertes Zeitempfinden (Plöhn 1998). Wer ein solches Gefühl einmal erlebt hat, der wird es immer wieder haben wollen. Man kann es sowohl in der Freizeit, als auch im Beruf bisweilen erlangen. Wer es jedoch geschafft hat, einen Beruf finden, der ihn so sehr befriedigt, daß er zu seiner *Berufung* wird, der wird in der Regel ein viel glücklicheres und zufriedeneres Leben führen können, als jemand, dem das bislang nicht vergönnt war. Das folgende Zitat verdeutlicht das sehr schön:

Nach einer alten finnischen Legende gab es einmal zwei Steinmetze. Beide arbeiteten an kubi-  
schen Blöcken aus Granit. Im Vorbeigehen fragte sie ein Passant, was sie da tun. "Ich haue  
diesen Granit zu Würfeln zurecht", sagte der eine Steinmetz völlig erschöpft. Der andere hin-  
gegen antwortete mit vor Eifer glühenden Wangen: "Ich arbeite am Bau einer Kathedrale mit"  
(Opaschowski 2000, S. 11).

Damit Kinder im Rahmen erlebnispädagogischer Maßnahmen dieses Gefühl erreichen kön-  
nen, müssen sie eine Aufgabe mit einem *klar erkennbaren Ziel* bekommen. Die *Schwierigkeit  
der Aufgabe* muß genau auf ihre Leistungsfähigkeit abgestimmt sein, gegebenenfalls müssen  
geeignete Hilfestellungen angeboten werden. Die *Art der Aufgabe* kann dabei sehr verschie-  
den sein. Es mag darum gehen, aus bereitgestellten Materialien ein stabiles Floß zusamen-  
zubauen und damit zehn Kilometer einen Fluß hinunterzufahren. Während einer Radtour kann  
die Aufgabe darin bestehen, innerhalb von vier Tagen eine Strecke von 500 km zu bewältigen.  
Oder es geht bei dem Abseilen in eine tiefe Schlucht um das Besiegen der eigenen Angst und  
darum, dem Partner am anderen Ende des Seiles vertrauen zu lernen. In der Regel sind es aber  
Herausforderungen, die nur von einem Team bewältigt werden können: Bei der Radtour gilt  
die gestellte Aufgabe natürlich erst dann als gelöst, wenn *alle* Teilnehmer am Ziel angekom-  
men sind. Wenn das nur zu schaffen ist, indem die stärkeren Kinder den schwächeren das Ge-  
päck tragen oder sie einen steilen Berg hinauf schieben, werden sie dies in der Regel ohne  
Murren tun! In jedem Fall sollen die Kinder sehen, daß man sich den erwünschten 'Kick' (das  
Flow - Gefühl) nicht nur dadurch verschaffen kann, daß man in einem mit Kameras über-  
wachten Geschäft eine CD klaut oder seinen ersten Joint raucht. Deshalb haben erlebnispäda-  
gogische Maßnahmen auch eine sehr große Bedeutung für die 'Suchtprävention' (s. Abschnitt  
5.1.4).

Desweiteren bietet die Erlebnispädagogik eine hervorragende Möglichkeit, Kinder und Jugendliche an Themen wie Umweltschutz und Natur heranzuführen und ihnen zu zeigen, daß es neben Fernsehen, Gameboy, Playstation, Handy und Internet auch noch andere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung gibt, die Spaß machen können. Ähnliche Ziele verfolgt übrigens auch die Theater- und Zirkuspädagogik, die oft vor allem bei jüngeren Kindern großen Anklang findet und (wie die Erlebnispädagogik) auf den Grundsätzen der *Animativen Didaktik* beruht. Ein weiterer Vorteil solcher Ansätze besteht darin, daß durch das Flow - Gefühl oft eine so positive Stimmung in der Gruppe entsteht, daß 'Störenfriede' kaum eine Chance haben, andere im Zuge von gruppendynamischen Prozessen zu 'Dummheiten' zu animieren:

Im großen und ganzen meinen wir, daß das Verhalten, welches der gegenwärtigen Gruppenstimmung am nächsten kommt, mehr Ansteckungsmöglichkeiten enthält als anderes. In einer Atmosphäre gegenseitiger Akzeptierung und unbeschwerter Fröhlichkeit unter allen Mitgliedern, die auch den Leiter einbezieht, können sogar die rebellischen Streiche eines anerkannten 'harten Burschen' ignoriert werden (Redl 1971, S. 139).

Erlebnispädagogische Maßnahmen (besonders längere therapeutische Segeltörns) haben sich in der Vergangenheit trotz aller Kritik in den Medien [Beispiel: Werden kriminelle Jugendliche bei uns jetzt auch noch durch einen kostenlosen Urlaub belohnt?!] vor allem bei Jungen mit einem stark gestörten Sozialverhalten als erstaunlich wirksam erwiesen: Der Erfolg war dabei umso größer, je länger eine solche Maßnahme dauerte und je früher sie zur Anwendung kam (Günder 2000, Plöhn 1998), was klar für eine Integration der Erlebnispädagogik in den Heimaltag spricht. Es stellt sich überhaupt die Frage, ob dieses Konzept in der stationären Jugendhilfe nicht grundsätzlich auch auf Bereiche des täglichen Lebens ausgedehnt werden kann. Man müßte doch eigentlich nur dafür sorgen, daß ein Kind auch in der Schule, bei den Hausaufgaben oder beim Spielen vor Herausforderungen steht, die es einerseits faszinieren und fordern (ohne es zu *überfordern*), so daß es andererseits auch Erfolgserlebnisse hat und somit dem Flow - Gefühl zumindest nahe kommt. Einen in diese *Richtung* gehenden Ansatz stellt die *Ermutigende Pädagogik* dar, deren Leitgedanken neben der Gewährung gewisser Mitspracherechte und der generellen Wertschätzung der Person des Kindes (s. Abschnitt 5.1.2) vor allem in der auf das individuelle Leistungsniveau abgestimmten Zerlegung von Aufgaben in mehrere Teile, der Ermutigung des Kindes [Beispiel: Fehler machen ist erlaubt. Versuch' es mal. Du kannst es schaffen!]) und der entsprechenden Anerkennung für Teilerfolge bestehen (Dinkmeyer

& Dreikurs 1973). Man darf sich aber nicht täuschen: Das wichtigste Element der Erlebnispädagogik (die Faszination von Grenzüberschreitungen) wird man im pädagogischen Alltag nur sehr selten erreichen können. Es ist nun einmal viel spannender, sich in eine dreißig Meter tiefe Schlucht abzuseilen, als Geschirr abzuwaschen oder Rechenaufgaben zu lösen. Trotzdem können durchaus auch aufregende Gesellschafts- oder Computerspiele (bei denen es nicht notwendigerweise um das 'Killen' von Monstern, sondern auch um das Lösen von Denksportaufgaben gehen kann), eine gewisse Faszination auf Kinder und Jugendliche ausüben, die sich oft noch dadurch steigern läßt, daß man sie offen herausfordert [Beispiel: Wenn Du mich in mindestens einem von drei Mühlespielen besiegst, kannst Du Dir eine Pizza bestellen; sonst mußt Du heute abend staubsaugen, einverstanden?]. Diese Taktik habe ich während meines Praxissemesters oft und eigentlich immer mit Erfolg angewandt, sie hat zudem den unschätzbaren Vorteil, daß man den Ausgang eines solchen Wettstreits erforderlichenfalls etwas 'manipulieren' kann.

Auch die von Dinkmeyer und Dreikurs geforderte Gewährung von Mitspracherechten stößt im Alltag an Grenzen: Der heute von vielen Pädagogen favorisierte demokratische Erziehungsstil (der manchmal auch als sozialintegrativ bezeichnet wird) kostet nicht nur sehr viel Kraft und Zeit (die in der stationären Jugendhilfe, wo ein *diensthabender* Pädagoge etwa fünf Kinder zu betreuen hat, meist nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist), er ist bei stark verhaltensauffälligen Kindern zuweilen auch gar nicht angebracht: Diese Kinder brauchen eben in erster Linie Grenzen (s. Abschnitt 5.1.1). Da die Erlebnispädagogik Kindern zwar jeweils ein konkretes *Ziel* vorgibt, ihnen auf dem *Weg* dorthin aber häufig viele Freiheiten läßt, erscheint ihre Integration in den Heimalltag umso dringender geboten. Die Tatsache, daß sie Kindern, die am ADHS leiden, zudem oft eine willkommene Möglichkeit zum Ausagieren ihres starken Bewegungsdranges bietet, unterstreicht diese Notwendigkeit noch. Natürlich lassen sich längere erlebnispädagogische Maßnahmen, zu denen auch die erwähnten Beispiele zählen, nur in den Schulferien oder am Wochenende durchführen. Ein Kanupolospiel auf dem nahegelegenen See, eine kürzere Mountainbiketour oder Steilwandklettern in einer entsprechend ausgestatteten Halle kann man aber auch werktags nachmittags anbieten. Solche *kontinuierlichen* erlebnispädagogischen Aktivitäten erscheinen auch aus Gründen der 'Suchtprävention' ange-

bracht und sind daher besonders für Kinder *alkoholabhängiger* Eltern wichtig (s. Abschnitt 5.1.4).



#### **5.1.4 Die Bedeutung ICH - stärkender Arbeit für die 'Suchtprävention'**

Bereits im 4. Teil dieser Arbeit haben wir gesehen, daß es sich bei der Alkoholabhängigkeit um eine multifaktoriell bedingte Störung handelt. Dies legt den Gedanken zumindest nahe, daß für eine erfolgreiche 'Suchtprävention' auch eine multifaktorielle Strategie erforderlich ist. Dabei ist eigentlich klar, daß die Erlebnispädagogik bei Kindern und Jugendlichen dazu einen wichtigen Beitrag leisten kann: Die Faszination, die Grenzen auf junge Menschen ausüben, wurde bereits im letzten Abschnitt erwähnt und natürlich stellen auch Drogenerfahrungen eine solche Grenze dar. Tatsächlich wurde bereits vor vielen Jahrzehnten erkannt, daß die Abenteuerlust oft eine wichtige Rolle dabei spielt, wenn Jugendliche alkohol- oder drogenabhängig werden:

Eine sachverständige Untersuchung über eine Welle von Rauschgiftsucht unter Jugendlichen New Yorks hat sehr deutlich gemacht, daß es nicht ein 'pathologisches, unwiderstehliches Verlangen' wie beim erwachsenen Süchtigen ist, das diese Jugendlichen trieb, sondern der Wunsch nach einer abenteuerlichen Erregung (Thrill); dazu kommt das für den Jugendlichen charakteristische Imitationsbedürfnis [...] (Mitscherlich 1965, S. 114).

Man könnte also meinen, daß man Kindern und Jugendlichen lediglich einen anders gearteten Thrill bieten muß (beispielsweise eben mit Hilfe von erlebnispädagogischen Maßnahmen), um zu verhindern, daß sie 'süchtig' werden. Ganz so einfach ist die Sache aber leider nicht, da bei der Entstehung von Abhängigkeitsstörungen eben auch noch eine Reihe anderer Faktoren wie das von Alexander Mitscherlich erwähnte Imitationsbedürfnis (hinter dem letztlich der Wunsch nach Anerkennung im Freundeskreis steht) oder das Erlernen und Übernehmen falscher Konfliktbewältigungsstrategien von den Eltern (zum Beispiel das 'Wegtrinken' von Problemen) eine große Rolle spielen können. Will man eine erfolgreiche 'Suchtprävention' betreiben, so müssen Kinder also nicht nur *Ja* zu Grenzerfahrungen sagen dürfen, sondern vor allem lernen, in bestimmten Situationen und zu bestimmten Grenzen *Nein* zu sagen!

Die Erlebnispädagogik ermöglicht Kindern Grenzerfahrungen, sie bietet ihnen die Chance, ihre Angst überwinden zu lernen und verschafft ihnen so nicht nur den ersehnten Thrill, sondern auch das gute Gefühl, etwas zu 'schaffen' (Flow - Gefühl) und damit letztlich ein steigendes Selbstwertgefühl und mehr Selbstbewußtsein. Dabei muß sie allerdings genau darauf achten, daß die Kinder nicht (beispielsweise durch das Entstehen eines zu hohen 'Gruppen-

drucks') zur Überwindung ihrer Angst *gezwungen* werden, sie müssen durchaus *Nein* sagen können. Eine

solche Entscheidung muß von allen Gruppenmitgliedern akzeptiert werden, geringschätzigte Bemerkungen anderer Kinder sollten die verantwortlichen Pädagogen *sofort* unterbinden. Es muß deutlich werden, daß es nicht um das 'Versagen' des betreffenden Kindes geht, sondern daß es für jeden Menschen Grenzen gibt, die andere zu respektieren haben; notfalls müssen einem besonders 'vorlauten' Kind *seine* Grenzen eben gezeigt werden. Geschieht das nicht, so besteht die Gefahr, daß erlebnispädagogische Maßnahmen nicht nur keinen 'suchtpräventiven' Charakter haben, sondern diesbezüglich sogar eher kontraproduktiv wirken: Wer sich durch abfällige Bemerkungen dazu verleiten läßt, mit einem Kanu einen reißenden Bach hinunterzufahren, weil er den Spott seiner 'Freunde' noch schlechter ertragen kann als seine Angst, der wird in einer ähnlichen Situation aus genau denselben Gründen auch seinen ersten Joint rauchen!

Bei der Erlebnispädagogik geht es um eine ganz bestimmte Art von Grenzen, die es zu überschreiten gilt. Meist haben sie etwas mit körperlicher Betätigung zu tun; viele andere Grenzen kommen erst gar nicht in Frage. Die an einer solchen Maßnahme teilnehmenden Kinder werden von den verantwortlichen Pädagogen zudem an diese Grenzen *geführt*. Bezüglich der 'Suchtprävention' stellt dies durchaus ein Problem dar: Man will ja gerade erreichen, daß Kinder und Jugendliche diejenigen Grenzen, die sie nicht überschreiten sollten, *selbst* erkennen und akzeptieren lernen. Dazu brauchen sie eine starke Persönlichkeit, zu deren Entwicklung die Erlebnis-pädagogik durchaus beitragen kann. Trotzdem stellt sich die Frage: Worauf kommt es noch an?

Neben der adäquaten Vermittlung drogenspezifischer Sachinformationen, zu der auch eine entsprechende Aufklärung über die Gefahren der Alkohol- beziehungsweise Drogenabhängigkeit gehört und die als *isolierte* Maßnahme zu Recht in Verruf geraten ist, weil sie Kinder zuweilen erst so richtig neugierig auf bestimmte Erfahrungen macht, ist meiner Meinung nach vor allem die *Stärkung der individuellen Handlungskompetenz* wichtig, zu der drei Elemente gehören:

- ◆ Kognitive Kompetenz (Sachbezogene Denkfähigkeit, Angemessenes Reflexionsvermögen)
- ◆ Psychosoziale Kompetenz (Hier vor allem der adäquate Umgang mit eigenen Emotionen)
- ◆ Moralische Kompetenz (Ziel- bzw. wertorientiertes und die Folgen bedenkendes Handeln)

Diese Kompetenzen befähigen Kinder und Jugendliche dazu, sich *aktiv* mit dem Thema 'Drogen' auseinanderzusetzen, über ihren Gebrauch in *selbständiger, kritischer Reflexion* zu urteilen und dadurch zu *konstruktivem, selbstbestimmtem Handeln* zu gelangen (Hallmann 1996).

Die Summe dieser Kompetenzen erinnert sehr an den pädagogischen Begriff der *Mündigkeit*: Die Fähigkeit der *Reflexivität* (aufgrund derer ein Kind das Thema 'Drogen' auf sich beziehen kann) ist die notwendige Voraussetzung für die Entwicklung von *Selbsthilfefähigkeit* (die es ihm beispielsweise ermöglicht, ein Stimmungstief *ohne* Hilfe von Drogen zu überwinden) und *Verantwortungsfähigkeit* (die es dazu bewegen kann, auch die Folgen seines Drogenkonsums für *andere* Menschen zu bedenken). Zusammen zeichnen sie den mündigen Menschen aus und verschaffen ihm die nötige Handlungskompetenz. Es geht bei der 'Suchtprävention' also eigentlich um die Vermittlung von Mündigkeit und damit um die zentrale Aufgabe der Pädagogik schlechthin (Badry 1994), was auch die Frage nach der 'richtigen' Didaktik aufwirft: Bezüglich der angesprochenen Sachinformationen sollte vor allem der Fehler vermieden werden, Drogen grundsätzlich 'in Bausch und Bogen zu verdammen', weil eine derart radikale Haltung meist nur zu Mißtrauen und Trotzreaktionen führt. Die positiven, kurzfristig auftretenden Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen dürfen daher ebensowenig verschwiegen werden wie die langfristigen gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden ihres Konsums. Zudem sollte man Kindern möglichst viele 'drogenfreie' Wege zeigen, mit Enttäuschungen und Frustrationen umzugehen [Beispiele: Joggen, sich Spaghetti kochen]. Sehr wichtig ist es auch, sie dazu zu bewegen, sich kurz- und langfristige Ziele zu setzen [Beispiele: Sportabzeichen machen, Schlosser werden].

Die 'Suchtprävention' verfolgt also drei Ziele: Erstens müssen Kinder bei der Entwicklung einer starken Persönlichkeit unterstützt werden, damit sie *überhaupt* Nein zu Drogen sagen können. Dieses Ziel läßt sich am ehesten mit einer ermutigenden Pädagogik und besonders mit erlebnis-pädagogischen Angeboten erreichen. Zweitens müssen Kinder wissen, *wozu* sie Nein sagen sollen. Dazu müssen sie vor allem über ausreichende Sachinformationen verfügen, verbunden mit der Fähigkeit, Kausalzusammenhänge zu erkennen und Folgen abzuschätzen. Und drittens müssen sie eine Antwort auf die Frage finden, *warum* sie Nein sagen sollen. Dazu ist es vor allem wichtig, daß sie ein Ziel vor Augen haben und das Gefühl vermittelt bekommen, daß es Menschen gibt, die sie lieben oder denen sie zumindest nicht gleichgültig sind. Man darf allerdings auch von einer solch komplexen Strategie keine 'Wunder' erwarten: So erfolgreich es im Einzelfall sein kann, Kindern auf diese Weise einen verantwortungsvollen Umgang mit 'Suchtmitteln' nahezubringen, so häufig man dadurch besonders bei jüngeren Kindern die Entwicklung einer Abhängigkeitsproblematik verhindern kann, so schwierig ist es

oft, dies bei Heranwachsenden zu erreichen, die 'süchtige' Verhaltensweisen bereits weitgehend verinnerlicht haben.

Die beiden im 6. Teil dieser Arbeit geschilderten Fallbeispiele zeigen dies besonders deutlich: Während Dominik (s. Kapitel 6.1) durch ständige Ermutigung im pädagogischen Alltag und vor allem durch die regelmäßige Teilnahme an diversen erlebnispädagogischen Maßnahmen nicht nur deutlich selbstbewußter wurde, sondern offenbar auch Konfliktbewältigungsstrategien abseits 'süchtiger' Verhaltensweisen erlernen konnte, die zu der Hoffnung berechtigen, daß er es schaffen kann, in Zukunft ein normales Verhältnis zu 'Suchtmitteln' wie Alkohol zu entwickeln, besteht bei Thorsten (s. Kapitel 6.2), der bereits bei der Heimaufnahme ein stark ausgeprägtes 'Suchtverhalten' zeigte, trotz mindestens vergleichbarer pädagogischer Bemühungen diesbezüglich nach wie vor großer Anlaß zur Sorge.

Zusammenfassend läßt sich die zweite der eingangs gestellten Fragen so beantworten:

A2) Die stationäre Jugendhilfe verfügt über eine Vielzahl von Methoden, die in der Summe ein recht erfolgversprechendes Konzept für die pädagogische Arbeit mit Kindern alkoholabhängiger Eltern darstellen. Klare Grenzsetzungen, verbunden mit der konsequenten Anwendung geeigneter verhaltenstherapeutischer Maßnahmen bei Grenzüberschreitungen, stellen die vielleicht wichtigste Säule der heimpädagogischen Arbeit mit diesen häufig an aggressiven und dissozialen Verhaltensauffälligkeiten leidenden Kindern dar. Dabei ist es sehr wichtig, ihnen ganz im Sinne von Carl Rogers mit Empathie, Authentizität und Wertschätzung zu begegnen. Dieses Konzept wird meist durch sport- oder freizeitpädagogische Angebote und im Idealfall durch erlebnispädagogische Maßnahmen ergänzt, die Selbstwertgefühl sowie Selbstbewußtsein und mithin die Persönlichkeit der betroffenen Kinder stärken sollen. In Verbindung mit realistischen Zukunftsplänen und vor dem Hintergrund entsprechender Sachinformationen können diese Maßnahmen bei den diesbezüglich besonders stark gefährdeten Kindern 'süchtiger'

Eltern zudem präventiv hinsichtlich der Entwicklung einer eigenen Abhängigkeitsproblematik wirken. Bei besonders schwer gestörten Kindern ist die Heimpädagogik allerdings oft zusätzlich auf externe Psychotherapeuten angewiesen.



## **5.2 SYSTEMISCHE ASPEKTE**

### **5.2.1 Die Heimaufnahme als Krise: Integrationsprobleme betroffener Kinder**

Die Heimaufnahme wird oft selbst von Kindern und Jugendlichen, die aus *nicht* 'alkoholbelasteten' Familien stammen, als ausgesprochen krisenhaft empfunden: Erzieher und Sozialpädagogen, die in der stationären Jugendhilfe arbeiten, haben nämlich häufig das (durchaus berechnete) Gefühl, sie müssten das 'Versagen' der Eltern ihrer 'Schützlinge' sozusagen wiedergutmachen, weshalb sie leicht in Konkurrenz mit ihnen geraten. Die Kinder haben dann oft den Eindruck, daß sie sich für eine Seite entscheiden müssen, was nicht selten dazu führt, daß sie sich gezwungen fühlen, Vater und Mutter (und damit letztlich ihre Wurzeln, ihre Herkunft und ihr Zuhause) abzulehnen. Da sie ihre Eltern aber trotzdem lieben, ergibt sich oft ein zunächst unlösbar erscheinender *Loyalitätskonflikt*, der die Verarbeitung der Trennung vom Elternhaus und die Integration der Kinder in den Heimaltag sehr erschweren kann (Wieland et al. 1992). Für Kinder alkoholabhängiger Eltern ist diese Krise jedoch *besonders* belastend.

Die Kinder dieser Eltern leben nämlich in zwei getrennten Welten; *innerhalb* der Familie, wo das empfindliche Gleichgewicht nur aufrechterhalten werden kann, wenn sie sich ihrer Rolle entsprechend verhalten (s. Abschnitt 4.2.2), und *außerhalb* der Familie, wo völlig andere Anforderungen an sie gestellt werden und sie über die familiäre Situation nicht reden können:

Es gibt für die betroffenen Kinder kaum durchlässige Übergänge zwischen 'Zuhause' und 'Draußen'. Die Abgrenzung wird rigide, und das Kind lernt sozusagen in zwei verschiedenen Welten zu leben. [Eine Möglichkeit, diese radikale Trennung zu bewerkstelligen,] besteht darin, viel zu Hause zu bleiben, alleine zu bleiben und den Peer - Kontakt zu meiden. Kinder und Jugendliche, die sich so verhalten, [...] untergraben damit praktisch ihre eigene Ablösung. Eine andere Möglichkeit ist es, die Familie zu meiden und ständig 'draußen' Kontakt zu suchen (Jakob 1991, S. 53).

Zu den Kindern, die die erste Strategie wählen, gehören naturgemäß vor allem Elternkinder, Nesthäkchen und Partnerersatzkinder, während Schwarze Schafe und Unsichtbare Kinder oft die zweite Strategie bevorzugen (s. Abschnitt 4.2.2). Elternkindern, Nesthäkchen und Partnerersatzkindern fällt daher die Trennung vom Elternhaus häufig besonders schwer. Obwohl dies für Schwarze Schafe in der Regel nicht gilt (viele von ihnen sind schon mehrfach 'ausgerissen' und eher froh, endlich von Zuhause wegzukommen), stellt die Integration in den Heimaltag

gerade für diese Kinder oft ein nahezu unüberwindlich erscheinendes Hindernis dar, da es ihnen aufgrund ihrer Verhaltensstörungen meist sehr schwer fällt, Regeln und Grenzen zu akzeptieren. Auch für die anderen Mitglieder einer 'alkoholbelasteten' Familie ist die Heimaufnahme eines Kindes häufig mit einer krisenhaften Situation verbunden, was die Elternarbeit in der (besonders kritischen) Anfangsphase nicht selten erheblich belastet (s. Abschnitt 5.2.2):

Die Ablösung der Jugendlichen oder jungen Erwachsenen ist eine massive persönliche Krise, noch angstbesetzter als bei vielen anderen Jugendlichen; obendrein bleibt die Angst meist hinter dem fassadenhaften Sozialverhalten verborgen. Umgekehrt bedroht die Ablösung eines Kindes das prekäre Gleichgewicht im Familiensystem: [Es droht nämlich] der Zusammenbruch wichtiger Stützfunktionen, mit denen der oder die Jugendliche die Familie von vielen der immanenten Folgen des Alkoholismus entlastet hat (Jakob 1991, S. 53).

Um diesen Problemen zu begegnen, gibt es in fast allen stationären Jugendhilfeeinrichtungen ein spezielles *Aufnahmeverfahren*. Vor allem größere Heime haben oft eine *Aufnahmegruppe*, in der 'Neuankömmlinge' die ersten Wochen verbringen müssen, bevor sie einen Platz in einer regulären Wohngruppe erhalten. So kann für Kinder, bei denen sich herausstellt, daß ein Aufenthalt in dem betreffenden Heim doch nicht das Richtige ist, mit Hilfe des Jugendamtes eine andere Lösung gesucht werden, ohne die schon länger im Heim lebenden Kinder durch die mit einer solchen Fluktuation verbundenen Probleme in Unruhe zu versetzen. Außerdem lassen sich auf diese Weise spezielle *Aufnahmeregeln* formulieren, durch die sich 'Neuankömmlinge' sonst leicht diskriminiert fühlen könnten (um den Eingewöhnungsprozeß nicht zu gefährden, dürfen sie beispielsweise an den ersten Wochenenden meist nicht nach Hause fahren, sondern nur für jeweils ein paar Stunden von ihren Eltern besucht werden). Heime, die keine Aufnahmegruppe haben, ordnen 'Neuankömmlingen' oft einen *Tutor* zu, der ihnen alles zeigen und erklären soll. Für diese Aufgabe sind gerade besonders aggressive Kinder häufig gut geeignet, sie hat schon aus manchem 'Rabauken' einen verantwortungsbewußt handelnden 'Beschützer' gemacht! Ein weiteres Mittel, mit dem der angesprochenen Problematik begegnet werden soll, ist das sogenannte *Pädagogische Prinzip des Neubeginns* (Günder 2000). Es besagt, daß zum Zeitpunkt der Heimaufnahme die Vergangenheit keine Rolle mehr spielen soll. Das bedeutet, daß einem Kind seine früheren 'Missetaten' (die den Erziehern und Sozialpädagogen meist durch Berichte des Jugendamtes oder anderer Jugendhilfeeinrichtungen sowie aus Gesprächen mit den Eltern bekannt sind) nicht 'angekreidet' und die ihm zugeschriebenen Verhaltensauffälligkeiten anfangs ignoriert werden. So wird beispielsweise auch einem Kind, das durch ständige Diebstähle aufgefallen ist, zunächst mit großem Vertrauen begegnet,

es soll deutlich spüren, daß niemand

'vorverurteilt' wird. Zusammen mit der selbstverständlichen Transparenz der Heimregeln (incl. der Folgen ihrer Übertretung) soll diese Unvoreingenommenheit 'Neuankömmlingen' den Aufbau eines möglichst vertrauensvollen Verhältnisses zu den Pädagogen erleichtern, da sie sich dadurch (nicht selten zum ersten Mal in ihrem Leben) als Teil eines *nachvollziehbaren* und vor allem *berechenbaren* Systems fühlen können. Eine ähnliche Unvoreingenommenheit wäre meines Erachtens nach auch den Eltern gegenüber angebracht: Mißtrauen und Schuldzuweisungen, besonders wenn sie nur unterschwellig fühlbar sind und nicht offen geäußert werden, erschweren die Arbeit mit ihnen ungemein und führen nicht selten dazu, daß eine Jugendhilfemaßnahme vorzeitig wieder beendet wird. Natürlich gibt es Situationen, in denen der Schutz des Kindes Vorrang vor solchen Überlegungen hat [Beispiel: Sexueller Mißbrauch], ansonsten ist jedoch besonders in der Anfangsphase auch gegenüber den Eltern viel Fingerspitzengefühl nötig.

Zuweilen gibt es auch regelrechte *Aufnahmerituale*: Während in manchen Gruppen am Tag einer Neuaufnahme beispielsweise ein besonders gutes Abendessen gekocht wird, stellt das Heim, in dem ich mein Praxissemester absolviert habe, allen Kindern in den ersten Tagen eine aus Rucksack, Gummistiefeln, Regenmantel, Schlafsack und Isomatte bestehende erlebnispädagogische 'Grundausrüstung' zur Verfügung. Solche Rituale sind im übrigen keineswegs neu: Im 1833 von Johann Hinrich Wichern gegründeten 'Rauhen Haus' (s. Abschnitt 3.1.1) gab es für alle 'Neuankömmlinge' nicht nur ein besonders gutes 'Willkommensmahl', sondern auch einige von den im Heim lebenden Mädchen angefertigte Kleidungsstücke (Günder 2000)!

Ziel aller dieser Methoden ist es, den betroffenen Kindern die Eingewöhnung zu erleichtern und sie zu beschleunigen. Im Zuge dieses Prozesses *gewinnen* sie oft auch mehr Abstand zu ihren Eltern. Das ist durchaus wörtlich gemeint: In der Regel stellt dieser größere Abstand tatsächlich einen *Gewinn* für die Kinder dar. Damit ist die (oft nur vorübergehende) Trennung vom Eltern-haus zwar meist noch nicht wirklich verarbeitet, jedoch kann so eine Basis für die notwendige Neubestimmung des Eltern - Kind - Verhältnisses geschaffen werden. Denn in den (immer zahlreicher werdenden) Fällen, in denen die Heimpädagogik rückführungsorientiert arbeiten muß, geht es genau darum: Alle Beteiligten, besonders aber die Eltern, müssen lernen, in Zukunft die ihnen *angemessene* Rolle zu übernehmen. Mit den Problemen, die sich

aus der diesbezüglichen Arbeit mit *alkoholabhängigen* Eltern ergeben können, beschäftigt sich der folgende Abschnitt.

### **5.2.2 Die schwierige Arbeit mit alkoholabhängigen Eltern bzw. Elternteilen**

Nach einigen Wochen haben sich Kinder zwar in der Regel an das Leben im Heim gewöhnt, neue Freunde gefunden und ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Erziehern und Pädagogen entwickelt. Vielleicht beginnen sie sogar damit, das Heim als ihren neuen Lebensmittelpunkt zu begreifen. Der im letzten Abschnitt erwähnte Loyalitätskonflikt ist damit aber nicht etwa beseitigt, er wird nach der Eingewöhnungszeit im Gegenteil erst richtig akut: Während Kinder unmittelbar nach der Heimaufnahme meist dazu neigen, ihre Eltern zu idealisieren, um diesen intrapersonalen Konflikt zu lösen (Wieland et al. 1992), werden ihnen die familiären Defizite angesichts der 'Normalität' des Heimalltags spätestens nach einigen Wochen zunehmend deutlich. Trotzdem werden sie Vater und Mutter nach wie vor *lieben*. Deshalb ist ein 'normales' Elternhaus bald ihr größter Wunsch. Sie *möchten* nicht im Heim leben, sondern betrachten es allenfalls als akzeptable Alternative, verglichen mit einem durch ständige Mißhandlung oder Vernachlässigung gekennzeichneten Leben bei psychisch kranken, drogen- oder alkoholabhängigen Eltern. Ihre Sehnsucht nach 'normalen' Familienverhältnissen ist oft so stark, daß sie zu Eifersucht und Aggressivität gegenüber Kindern führt, die augenscheinlich in solchen Verhältnissen aufwachsen (wobei 'Heimkinder' in der Regel einen erstaunlich guten Blick dafür haben, ob es sich bei der vermeintlichen 'Normalität' nicht auch bloß um eine Fassade handelt).

Heimpädagogen können sich ihren 'Schützlingen' verbunden fühlen, für sie kämpfen, sich mit ihnen freuen und mit ihnen leiden. Sie sollten jedoch *nie* versuchen, sich ihnen als die 'besseren' oder gar 'liebevolleren' Eltern zu präsentieren. Erliegen sie dieser Versuchung, so geraten sie in einen Konkurrenzkampf, den sie nicht gewinnen können: Die Kinder wissen genau, daß auch Pädagogen ein Privatleben haben, eine Familie, die ihnen letztlich wichtiger ist als ihr Beruf. Außerdem führt ein zu starkes emotionales Engagement nach (unvermeidlichen) Mißerfolgen oft zum gefürchteten Burn-Out-Syndrom und damit dazu, daß ein Pädagoge seinen Beruf nicht mehr ausüben kann. Die *einzige* Möglichkeit, den Wunsch der Kinder zu erfüllen, besteht darin, die Eltern dazu zu bringen, ihrer Verantwortung in Zukunft besser gerecht zu werden.

Es stellt sich die Frage, in welchen Konstellationen und in welchen Formen Elternarbeit gut ist [...] Elternarbeit mit kooperationsfähigen, zumindest aber kooperationswilligen Eltern, gewiß - aber auch mit solchen, die sich entziehen, gegensteuern, sabotieren? (Thiersch 1992, S. 106)

Genau das ist die Frage, die sich Heimpädagogen immer wieder stellt: Sind die Eltern eines neu aufgenommenen Kindes kooperationswillig, entziehen sie sich ihrer Verantwortung oder sabotieren sie gar die pädagogische Arbeit? Natürlich ist sie selten eindeutig zu beantworten, da die Grenzen oft fließend sind. Dennoch möchte ich dazu hier klar Stellung beziehen: Bei aller anfänglichen Unvoreingenommenheit gerade auch den Eltern gegenüber (s. Abschnitt 5.2.1) *muß* diese Frage irgendwann beantwortet werden, will man die knappen Ressourcen, die der Heimpädagogik für die Arbeit mit ihnen zur Verfügung stehen, sinnvoll einsetzen. Wirklich erfolgversprechend ist diese Arbeit (und damit eine rückführungsorientierte Pädagogik) in meinen Augen nur, wenn Eltern kooperationswillig *und* kooperationsfähig sind. In den eher seltenen Fällen, in denen sie die pädagogische Arbeit offen sabotieren (beispielsweise indem sie sich weigern, ihre Kinder nach einer Wochenendheimfahrt zurückzubringen oder sie dazu ermutigen, aus dem Heim 'abzuhauen', um sie dann bei sich aufzunehmen und weiterhin zu mißhandeln oder verwahrlosen zu lassen), muß über einen Entzug des Sorgerechts nach §1666 BGB eher nachgedacht werden als über eine Zusammenarbeit (s. Abschnitt 5.3.2). Sehr viel schwieriger scheint die Entscheidung bei Eltern zu sein, denen ihre Kinder offenbar gleichgültig sind und die sich ihrer Verantwortung entziehen. Das folgende Beispiel verdeutlicht das:

Frau K. ist eine schlanke, aparte Frau, selbst wenn ihr Gesicht durch Alkohol und Drogen, gewiß auch durch Kummer gekennzeichnet ist. Sie ist nicht dumm, nur in einer leeren, leblosen Weise desinteressiert an ihren [sieben] Kindern: Sie weiß gar nicht, was Kinder sind. [...] Die beiden ältesten Jungen, Schulabbrecher, kriminell, drogenabhängig, gelten nach einer mustergültigen Jugendhilfekarriere [...] als pädagogisch 'nicht mehr erreichbar'. Die beiden mittleren Töchter, 12 und 10 Jahre alt, sind grotesk übergewichtig, nassen jede Nacht ein - und führen den Haushalt. Die jüngeren Kinder haben Sprachstörungen, sie sind immer übermüdet, aggressiv, auffällig. Frau K. hat die kleinen Kinder, allesamt Frühgeburten, kein einziges Mal in der Klinik besucht. Als der 5jährige von einer Bekannten ins Krankenhaus gebracht werden mußte, war die Mutter tagelang nicht aufzufinden. Dann vergaß sie, das Kind abzuholen. Die kleineren Jungen ließ sie wochenlang von einem als Päderasten bekannten 'Freund' betreuen (Gaschke 2000, S. 6)

Aus der weiteren Schilderung des Falles geht hervor, daß versucht wurde, den beiden ältesten Jungen durch eine Vielzahl von Maßnahmen (Einzelbetreuung, Jugendwohngemeinschaft, Aus-landsprojekt) zu helfen. Immer wurde dabei die Zusammenarbeit mit der Mutter gesucht und rückführungsorientiert gearbeitet - offensichtlich jedoch völlig erfolglos. Tatsächlich fällt es Erziehern und Sozialpädagogen in solchen Fällen (in denen die Eltern ihre Kinder weder mißhandeln noch mißbrauchen und die pädagogische Arbeit auch nicht offen sabotieren) be-



sonders schwer, die Elternarbeit für aussichtslos zu erklären und zu beenden. Warum ist das so?

Es ist so, weil es sehr schwer ist, Kinder mit der Gleichgültigkeit oder Unfähigkeit ihrer Eltern zu konfrontieren und damit ihren Traum von einem 'normalen' Familienleben zu zerstören (bei offensichtlich schwer mißhandelten Kindern fällt einem diese Entscheidung deshalb viel 'leichter', weil die Zerstörung des kindlichen Traums hier auf den ersten Blick als das 'kleinere Übel' zu erkennen ist). Auch zu dieser Problematik möchte ich klar Stellung nehmen: Meines Erachtens nach ist es besser, einem Kind irgendwann zu verdeutlichen, daß es von seinen Eltern absolut nichts zu erwarten hat, als mitansehen zu müssen, wie seine Hoffnungen wieder und wieder enttäuscht werden. Wohlgedenkt: Man darf einem Jungen oder Mädchen *niemals* sagen, es solle seine Eltern nicht lieben; Gefühle lassen sich weder abschalten noch dauerhaft unterdrücken. Aber man kann einem Kind ab einem bestimmten Alter durchaus klar machen, daß es von seiner Mutter und / oder seinem Vater auch in Zukunft keinerlei Hilfe oder Unterstützung erwarten kann. Und man kann ihm dabei helfen, stark, selbständig und unabhängig zu werden. Der noch am ehesten geeignete Zeitpunkt für diesen Schritt (wenn es ihn denn gibt) scheint mir der Beginn der Pubertät zu sein, da Kinder in dieser Entwicklungsphase ohnehin anfangen, sich von den Eltern 'abzunabeln'. Von der Richtigkeit dieser Strategie muß zuvor allerdings das zuständige Jugendamt überzeugt werden, da mit ihr meist eine über das 18. Lebensjahr hinausreichende Hilfestellung verbunden ist, was natürlich zu erheblich höheren Kosten führt als eine kürzere, rückführungsorientierte Jugendhilfemaßnahme (s. Abschnitt 5.3.1).

Obwohl sich etliche alkoholabhängige Väter und Mütter wie Frau K. (s. S. 64) ihrer elterlichen Verantwortung entziehen, obwohl manche von ihnen die heimpädagogische Arbeit sogar offen sabotieren - die *Regel* ist ein solches Verhalten *nicht*. Für die meisten von ihnen, sowie für viele coabhängige Elternteile, ist vor allem die mangelnde *Kooperationsfähigkeit* (trotz zumindest ansatzweise vorhandenem *Kooperationswillen*) kennzeichnend. Dafür ist letztlich die (durch die Heimaufnahme des Kindes häufig sogar noch schlimmer werdende) Überforderung aller Beteiligten verantwortlich, denn sie führt dazu, daß die ohnehin gestörte Familiensituation durch jedes noch so bedeutungslos erscheinende Ereignis aus dem Gleichgewicht geraten kann:

Das Leben der Familienmitglieder ist häufig von Unvorhersehbarem, von Rückfällen in die Sucht oder von anderen krisenhaften Zuspitzungen (z.B. Beziehungskrise) geprägt. Länger-
--

fristige Zukunftsplanungen haben selten Bestand, da sich die Verhältnisse laufend wandeln können (Kähni 2000, S. 112)

Heimpädagogen erleben diese Eltern daher häufig als launisch, wankelmütig, inkonsequent und unzuverlässig, was die Arbeit mit ihnen natürlich sehr erschwert. Hinzu kommt, daß die in fast allen betroffenen 'vollständigen' Familien existierende Beziehungsproblematik nicht selten dazu führt, daß Absprachen mit dem Vater nicht die Unterstützung der Mutter finden und umgekehrt. In diesen Fällen kann die schwierige Arbeit mit dem Ziel, sie bezüglich des 'richtigen' pädagogischen Umgangs mit ihren verhaltensauffälligen Kindern zu 'trainieren', erst angegangen werden, *nachdem* sie behutsam dazu gebracht wurden, sich ihren eigenen Problemen zu stellen und gegebenenfalls professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Möglichkeiten und Grenzen der dazu erforderlichen Zusammenarbeit mit anderen sozialen Einrichtungen ('Sucht'- und Eheberatungsstellen, Anonyme Alkoholiker, Psychotherapeuten etc.) werden im folgenden Abschnitt kurz skizziert. Wichtig scheint mir, daß dazu innerhalb der Familie eine bis zu diesem Zeitpunkt oft noch nicht erfolgte Auseinandersetzung mit dem Thema 'Alkoholabhängigkeit' stattfinden muß. Dieser Prozeß ist für die Beteiligten schmerzhaft und dauert häufig sehr lange. Zuweilen kommt er trotz aller Bemühungen der Heimpädagogen erst gar nicht in Gang, so daß eine weiterführende Elternarbeit sinnlos wird und an eine Rückführung des Kindes nicht mehr zu denken ist. Als Fallbeispiel sei hier auf Dominik verwiesen (s. Kapitel 6.1). Zwar sind auch in diesen Fällen regelmäßige Briefe, Telefonate und Besuche vor allem für die betroffenen Kinder weiterhin wichtig, auf die Durchführung der besagten (bereits in Abschnitt 3.3.4 kurz erwähnten) 'Trainingsmaßnahmen' muß aber meist verzichtet werden.

Es gibt viele Möglichkeiten, kooperationswilligen *und* -fähigen Eltern dabei zu helfen, mit ihren Kindern besser 'klarzukommen'. Dazu gehören Listen mit möglichen Reaktionen auf bestimmte Verhaltensweisen [Beispiel: Was kann ich machen, wenn mein Sohn mir trotz Aufforderung nicht im Haushalt hilft?] und die Wahrnehmungsfähigkeit der Eltern schulende Verhaltensbeobachtungsbögen für Heimfahrtwochenenden, gemeinsame Ausflüge der Familie mit dem zuständigen Kontakterzieher, geeignete Rollenspiele und anderes mehr. Mindestens ebenso wichtig wie die nicht zuletzt vom Bildungsstand der Eltern abhängige Wahl der geeigneten *Methoden* (Analphabeten können nun einmal keine Verhaltensbeobachtungsbögen ausfüllen) ist jedoch die Art und Weise ihrer *Vermittlung*, bestimmte 'Kardinalfehler' sollten dabei unbedingt vermieden werden. So dürfen Eltern *niemals* in Gegenwart ihrer Kinder kritisiert werden, da letztere die mit der Infragestellung der Erziehungskompetenz verbundene

Entwertung ihrer Eltern geradezu als Aufforderung zur Ungehorsamkeit interpretieren könnten (Kähni 2000).

Auch sollten unter Beachtung von Carl Rogers' personenzentriertem Ansatz (s. Abschnitt 5.1.2) *nie* die Eltern als *Person*, sondern immer nur ihr *Erziehungsverhalten* kritisiert werden, und zwar möglichst *konstruktiv*. Dabei ist oft Behutsamkeit angebracht: 'Besserwisserei' trägt nicht zur Stärkung des elterlichen Vertrauens in die Erziehungskompetenz der Heimpädagogen bei, besonders dann nicht, wenn die Pädagogen deutlich jünger sind und zudem keine eigenen Kinder haben. Oft ist es am besten, keine klare Kritik zu äußern, sondern nur Empfehlungen, Vorschläge oder Fragen [Beispiel: Haben Sie schon mal überlegt, daß es kein Abendessen geben kann, wenn das ganze Geschirr schmutzig ist? Es muß wohl vorher jemand abwaschen ...]

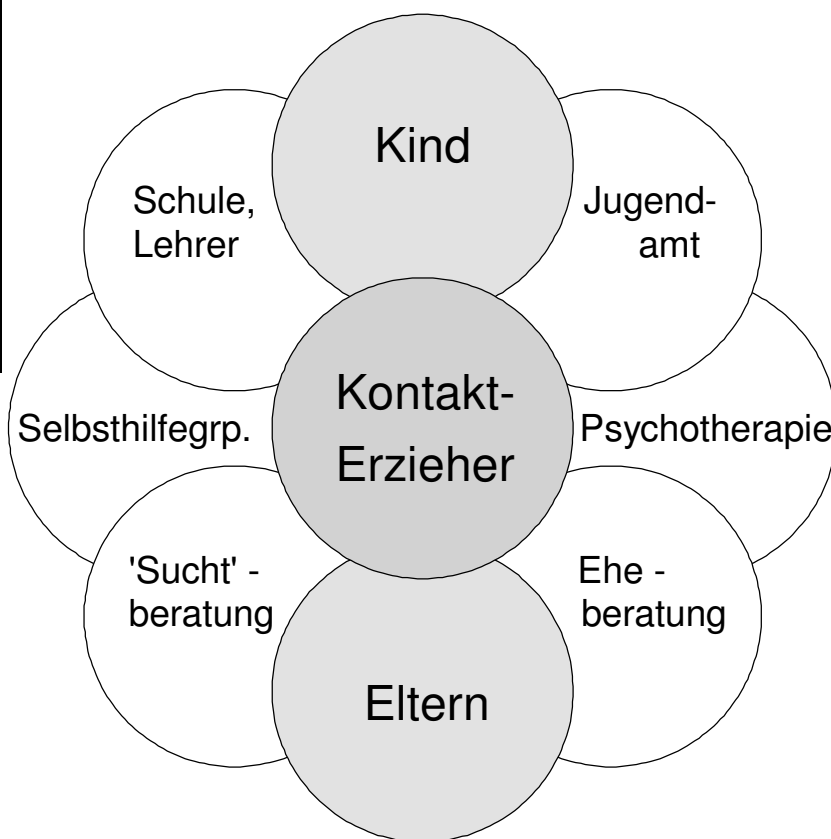
Ein weiteres Problem kann das Thema 'Abgrenzung' darstellen. Es ist schön, wenn Eltern den Pädagogen zunehmend vertrauen. Es darf jedoch nicht geschehen, daß sie sie im Zuge dieses Prozesses immer mehr 'vereinnahmen': Wenn eine Mutter dreimal täglich im Heim anruft, um sich nach ihrem Kind zu erkundigen, so ist dies eindeutig des Guten zuviel. In solchen Fällen müssen klare Vereinbarungen wie beispielsweise feste Telefonsprechzeiten getroffen werden, auf deren Einhaltung bestanden werden sollte. Auch müssen manche Eltern erst lernen, daß die 'Sucht'- oder Eheberatung eben *nicht* zu den Aufgaben der Heimpädagogen gehört. Das Thema 'Abgrenzung' kann aber durchaus auch Dritte betreffen: Besonders die Großeltern der Kinder oder andere Verwandte mischen sich gerne in Erziehungsangelegenheiten ein, die eindeutig nur die Kinder selbst, ihre Eltern und die Heimpädagogen etwas angehen. Zuweilen gibt es auch sich selbst zu Sozialarbeitern ernennende Nachbarn, denen deutliche Grenzen gesetzt werden müssen. Dies fällt den zuständigen Pädagogen naturgemäß leichter als den Eltern, die in dieser Hinsicht daher nicht selten massiv unterstützt werden müssen (Kähni 2000).

---

Elternarbeit hat zwei verschiedene Aspekte. *Kontaktpflege* durch regelmäßige Telefonate, Briefe oder Besuche ist, von Ausnahmefällen abgesehen, bis zu einem gewissen Grad auch bei sich entziehenden oder die pädagogische Arbeit sabotierenden Eltern wichtig, vor allem natürlich im Interesse ihrer Kinder. Die mit einer rückführungsorientierten Pädagogik untrennbar verbundenen *Trainingsmaßnahmen* mit dem Ziel der Verbesserung der Erziehungskompetenz machen jedoch nur Sinn, wenn Eltern kooperationswillig und -fähig sind. Bei alkoholabhängigen Elternteilen setzt dies zunächst die Enttabuisierung der Abhängigkeitsproblematik und damit die Einsicht in die eigene Hilfsbedürftigkeit voraus. Auch die professionelle Bearbeitung der in diesen Fällen häufig

vorliegenden elterlichen Beziehungskrise kann eine wichtige Voraussetzung dafür sein.

### 5.2.3 Die notwendige Zusammenarbeit mit anderen sozialen Einrichtungen



Wie wir gesehen haben, ist

die Situation in 'alkoholbelasteten' Familien meist sehr komplex und vielschichtig. Aus der Sicht der Heimpädagogik erscheint eine an der Rückführung ins Elternhaus orientierte Arbeit mit den Kindern nur dann sinnvoll, wenn die Eltern bereit sind, sich ihren eigenen Problemen zu stellen, was oft die Notwendigkeit beinhaltet, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Mit einer solchen Hilfe sind Heimpädagogen natürlich überfordert, dafür sind sie meist nicht ausreichend qualifiziert. Dennoch könnten sie in meinen Augen eines tun: Sie könnten die Koordinierung der verschiedenen Hilfsmaßnahmen übernehmen. Denn wenn eine Vielzahl von sozialen Einrichtungen (Jugendamt, Heim, 'Sucht'- und Eheberatungsstellen, Psychothe-

rapeuten etc.) involviert sind, kann es ohne ein solches 'Case- Management' schnell zum Chaos kommen, frei nach dem Motto: Viele Köche verderben den Brei (vor allem dann, wenn die linke Hand nicht weiß, was die rechte tut). Während Mitarbeiter einer Beratungsstelle als 'Case-Manager'?

Abb. 7: Der Kontaktzieher als 'Case-Manager'?

(nach Bäuerle 1996, S. 228)

oder des Jugendamtes mit

dieser Aufgabe schon allein deshalb überfordert wären, weil sie in der Regel mehr als 100 solcher Fälle zu betreuen haben, sind Heimpädagogen diesbezüglich in der sehr viel besseren Position: Jeder von ihnen ist im Schnitt für zwei Kontaktkinder und damit für maximal zwei solcher Fälle hauptverantwortlich. Da die Verhaltensauffälligkeiten der betroffenen Kinder oft



das erste nach außen sichtbare Zeichen dafür sind, daß in einer Familie 'etwas nicht stimmt' (s. Abschnitt 3.2.3), werden Heimpädagogen meist auch eher in Kontakt mit den Eltern kommen als beispielsweise Psychotherapeuten. Dadurch sind sie für die Aufgabe des 'Case-Managements' geradezu *prädestiniert*, denn je *eher* die Koordinierung der einzelnen Hilfsmaßnahmen einsetzt, desto *besser* dürften die Chancen dafür sein, einer 'alkoholbelasteten' Familie dauerhaft helfen zu können. Leider verhindern die großen Einzugsgebiete der heutigen Kinder- und Jugendheime den Aufbau eines festen Netzwerks geeigneter sozialer Einrichtungen, auf das die verantwortlichen Pädagogen bei allen in Frage kommenden Fällen zurückgreifen könnten. Daher müßten sie stets mit den Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Psychotherapeuten am Wohnort der betroffenen Eltern zusammenarbeiten, was zu einer sehr großen Zahl häufig wechselnder Kooperationspartner führen und ihren organisatorischen Fähigkeiten einiges abverlangen würde. Da die Bedeutung dieser Fähigkeiten im sozialen Bereich insgesamt zuzunehmen scheint, sollte man sie daher vielleicht auch bei der *Ausbildung* von Pädagogen berücksichtigen ...

Die Antwort auf die dritte der eingangs gestellten Fragen läßt sich also wie folgt formulieren:

- A3) In Familien, bei denen ein Kind aufgrund der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils und der damit ursächlich in Zusammenhang stehenden Vernachlässigung oder Mißhandlung in der stationären Jugendhilfe untergebracht werden muß, besteht meist eine komplexe Problematik, deren erfolversprechende Bearbeitung das Zusammenwirken unterschiedlichster Fachkräfte erfordert. Der Kontakterzieher des Kindes könnte, entsprechende organisatorische Fähigkeiten vorausgesetzt, die einzelnen Hilfsmaßnahmen vor allem deshalb besonders gut koordinieren, weil er in der Regel höchstens zwei Fälle betreuen muß und mit vielen involvierten Personen und Institutionen (Eltern, Kinder, Jugendamt, Schule, hinzu kommen gegebenenfalls Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen, Ärzte, 'Sucht'- und Eheberatungsstellen) relativ früh in Kontakt kommt. Diese Anstrengung erscheint aber nur bei *kooperationswilligen* Eltern sinnvoll, da sonst die für die Stärkung ihrer Erziehungskompetenz erforderliche *Kooperationsfähigkeit* nicht erreicht werden kann, womit eine rückführungsorientierte Arbeit aus fachlicher Sicht meist ausscheidet. Ziel der pädagogischen Bemühungen muß dann vor allem die frühzeitige Verselbständigung des Kindes sein. Dabei kann ihm die Erkenntnis leider nicht erspart werden, daß es von seinen Eltern auch in Zukunft keinerlei Hilfe und Unterstützung zu erwarten hat,

was regelmäßige Kontakte aber natürlich nicht ausschließt.

### **5.3 RECHTLICHE ASPEKTE**

#### **5.3.1 Verselbständigungsorientierung? - Der Kampf mit dem Jugendamt**

Wie wir gesehen haben, kann man bei der pädagogischen Arbeit in der stationären Jugendhilfe zwei grundsätzlich verschiedene Ziele verfolgen: Man kann auf die Rückführung des Kindes in seine Ursprungsfamilie hinarbeiten oder seine Verselbständigung anstreben (die in § 34 KJHG ebenfalls erwähnte Vorbereitung der Erziehung in einer Pflegefamilie stellt dagegen die absolute Ausnahme dar und bleibt deshalb hier außer Betracht; vgl. Abschnitt 3.2.4). Während neben verhaltenstherapeutischen und persönlichkeitsstärkenden Elementen in der Arbeit mit dem Kind bei einer an der Rückführung ins Elternhaus orientierten Maßnahme vor allem systemische Aspekte wie die Neubestimmung des Eltern - Kind - Verhältnisses und die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz im Vordergrund stehen, zielt eine an der Verselbständigung des Kindes ausgerichtete Pädagogik in besonderer Weise auf das frühzeitige Erlernen bestimmter Fähigkeiten ab: So wird ein Junge, dessen Rückführung in die Familie nicht geplant ist, zwar unter Umständen nach wie vor regelmäßigen Kontakt zu seinen Eltern haben. Er wird aber vor allem lernen müssen, wie man kocht, wäscht und näht. Auch wird ihm die frühe Erkenntnis nicht erspart bleiben können, daß es recht schwierig ist, sich sein (nicht gerade reichlich vorhandenes) Geld einzuteilen und sparsam einzukaufen. Es ist in der Heimpädagogik keineswegs unüblich, daß bereits 15jährige Jugendliche ihr gesamtes Kleider-, Verpflegungs- und Taschengeld in Eigenregie verwalten müssen, mit allen (anfangs oft unangenehmen) Konsequenzen ...

Die Wahl der 'richtigen' Strategie erfolgt oft in den ersten Monaten des Heimaufenthalts. Sie ist verhältnismäßig langfristig ausgerichtet und sollte deshalb nicht alle paar Wochen geändert werden (was natürlich nicht bedeutet, daß die Heimpädagogik diesbezüglich völlig unflexibel sein darf). Sie hat nicht nur für die beteiligten Personen gravierende Konsequenzen, sondern auch für die Jugendämter in ihrer Eigenschaft als Kostenträger: Während eine an der Rückführung ins Elternhaus orientierte Maßnahme im Schnitt nach etwa drei Jahren wieder beendet werden kann, verursacht ein Kind, bei dem verselbständigungsorientiert gearbeitet wird, durchschnittlich sechs Jahre lang Kosten, eine Differenz, die sich auf fast  $\frac{1}{4}$  Million Mark summiert (vgl. Abschnitte 3.1.2 und 3.2.4). Es ist daher verständlich, daß die Jugendämter

angesichts leerer öffentlicher Kassen diese wichtige Weichenstellung zumindest beeinflussen wollen.

Nach § 27 KJHG (s. Abschnitt 3.1.1) haben die Eltern (Personensorgeberechtigten) Anspruch auf Hilfe zur Erziehung, sofern diese Hilfe *geeignet* und *notwendig* ist. Die Frage ist nur: Wer entscheidet, welche Maßnahme im Einzelfall geeignet und notwendig ist? Tatsächlich haben die Jugendämter hier einen recht großen Ermessensspielraum. Dabei kommt es immer häufiger vor, daß sie die Rückführungschancen für ein Kind anders einschätzen als die mit dem Fall betrauten sozialpädagogischen Fachkräfte. In solchen Fällen muß nicht selten langfristige Überzeugungsarbeit geleistet werden: Man kann, vor allem bei jüngeren Kindern, durchaus mit einem rückführungsorientierten Ansatz beginnen, auch wenn man selbst nicht wirklich an einen Erfolg glaubt. Dabei sollte man die in dieser Richtung unternommenen Anstrengungen genauestens dokumentieren, inklusive aller 'Rückschläge' (erneute Mißhandlung oder Vernachlässigung des Kindes während einer Heimfahrt, von den Eltern nicht eingehaltene Absprachen, abgebrochene Therapiemaßnahmen, 'leere' Versprechungen etc.). Oft ist es heute nur mit Hilfe einer solchen Dokumentation möglich, den verantwortlichen Sachbearbeiter des zuständigen Jugendamtes davon zu überzeugen, daß eine Rückführung des betroffenen Kindes nicht sinnvoll ist. Wichtig ist jedoch, daß man stets versucht, *vorurteilsfrei* an die Elternarbeit heranzugehen, wobei regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionen sehr hilfreich sein können. Ansonsten wird das prognostizierte Scheitern dieser Arbeit schnell zur 'self-fulfilling prophecy' und es ist schließlich auch möglich, daß das Jugendamt recht behält und man selbst sich irrt ...

Dennoch: Der Anteil der Fälle, in denen Entscheidungen eben *nicht* nach sozialpädagogischer Fachlichkeit, sondern nach 'Kassenlage' getroffen werden, scheint in jüngster Zeit zu steigen, was mich mit großer Sorge erfüllt. Offenbar wurde auch für die Leistungen nach dem KJHG inzwischen so etwas wie eine inoffizielle Budgetierung eingeführt, wie die folgende Aussage eines mir bekannten Jugendamtsmitarbeiters beweist (sinngemäßes Zitat): "Auch die Schwester des Jungen ist extrem gestört und gehört eigentlich in ein Heim, aber noch eine Hilfsmaßnahme kriege ich für diese Familie nicht durch, mein Budget ist sowieso schon überzogen!"

Zu einer guten und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Jugendämtern gibt es trotz aller Kritik keine Alternative. Auch wenn sie seit einiger Zeit zunehmend auf eine rückführungsorientierte Pädagogik drängen - guten Argumenten, basierend auf einer lückenlosen Dokumentation,

dürfen sie sich nicht verschließen. Dies gilt besonders in Fällen, in denen man einen Sorgerechtsentzug beantragen und damit die Rückführung endgültig ausschließen muß (s. Abschnitt 5.3.2).

### **5.3.2 Sorgerechtsentzug beantragen? - Der Kampf mit dem Familiengericht**

Das auf Art. 6 GG (s. Abschnitt 2.1) zurückzuführende und in § 1626 BGB verankerte Recht der Eltern auf die Erziehung und Pflege ihrer Kinder, das auch als *Elterliches Sorgerecht* bezeichnet wird, ist heute glücklicherweise vor staatlichen Eingriffen weitgehend geschützt. Viele Erzieher und Sozialpädagogen meinen dennoch, der Entzug dieses Rechts sei grundsätzlich immer dann möglich, wenn Eltern ihre Kinder schwer vernachlässigen oder mißhandeln. Diese Ansicht ist jedoch *falsch*. Die einschlägigen Vorschriften des Familienrechts im BGB lauten:

**§1666 I:** Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch mißbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

**§1666a I:** Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von der elterlichen Familie verbunden ist, sind nur zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden kann.

Für den Entzug des Sorgerechts (oder des Aufenthaltsbestimmungsrechts als Teil desselben) durch das Familiengericht (FamG) müssen also zunächst drei Tatbestandsmerkmale erfüllt sein:

- ◆ Das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes (seltener das Vermögen des Kindes) muß erkennbar gefährdet sein       **und**
- ◆ Dies muß durch Mißbrauch, Vernachlässigung oder unverschuldetes Versagen der Eltern (seltener durch einen Dritten) geschehen       **und**
- ◆ Die Eltern müssen unwillig oder unfähig sein, die Gefahr abzuwenden

Da eine deutliche Unterernährung, schwere Blutergüsse oder gar Knochenbrüche in der Regel nicht zu übersehen sind, ist es meist noch vergleichsweise einfach, die Erfüllung des ersten Tatbestandsmerkmals nachzuweisen. Bei psychischen Auffälligkeiten sieht das schon anders aus, weshalb es beispielsweise eine sehr hohe Dunkelziffer von sexuell mißbrauchten Kindern gibt. Noch schwieriger ist oft der Beweis der Behauptung, die Gefährdung sei auf die mißbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge zurückzuführen (zweites Tatbestandsmerkmal), besonders wenn es um Verletzungen geht, die sich ein Kind durchaus auch bei Schläge-

reien in der Schule oder bei einem Sturz zugezogen haben könnte. In solchen Fällen ist man meist auf die Aussage des betroffenen Kindes selbst oder auf Zeugenaussagen von Familienmitgliedern angewiesen.



Um dem Kind die mit einer solchen Aussage verbundene große psychische Belastung zu ersparen, wird vor dem FamG häufig auf das 'Unverschuldete Versagen' der Eltern plädiert, zumal auch andere Zeugenaussagen oft nicht vorliegen: Besonders in 'alkoholbelasteten' Familien stellt das Verbergen von Problemen vor der Außenwelt ja sozusagen die Normalität dar (s. Abschnitt 4.2.3). Diese Strategie zielt auf den Nachweis der elterlichen Unfähigkeit ab, das Kind vor Miß-handlungen (durch wen auch immer) zu *schützen* und wird vor allem bei Müttern angewendet, deren Kinder von ihrem Vater oder Stiefvater körperlich oder sexuell mißbraucht werden.

Die größte 'Hürde' stellt aber meist das dritte Tatbestandsmerkmal dar: Wann genau ist davon auszugehen, daß Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden? Wenn sie einer geeigneten Hilfsmaßnahme wie etwa einem Heimaufenthalt *zustimmen*, kann man ihnen offensichtlich weder die dazu notwendigen Fähigkeiten noch den nötigen Willen absprechen, womit der Entzug des Sorgerechts nicht mehr in Betracht kommt. Außerdem darf ein Kind selbst dann nicht so ohne weiteres gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt werden, wenn *alle* Tatbestandsmerkmale des § 1666 I BGB erfüllt sind: Nach § 1666a I muß nämlich *zusätzlich* nachgewiesen werden, daß der Gefahr nicht mit *anderen* Maßnahmen, zum Beispiel mit einer Erziehungsberatung oder einer sozialpädagogischen Familienhilfe (s. Abschnitt 3.1.2) begegnet werden kann. So verwundert es nicht, daß das Sorgerecht für ein 'Heimkind' meistens bei den Eltern oder bei einem alleinerziehenden Elternteil (seltener bei den Großeltern) liegt: Nur in Vernachlässigungs- oder Mißbrauchsfällen, in denen sie sich *eindeutig* unkooperativ verhalten, kann es ihnen vom FamG entzogen und auf das zuständige Jugendamt übertragen werden, das die betroffenen Kinder dann meist in ein geeignetes Heim einweist. Rechtlich gesehen, werden Heimpädagogen in der Regel also von den Eltern und nur sehr viel seltener vom Jugendamt mit der Erziehung eines Kindes beauftragt (sie sind stets *Erziehungsbeauftragte*, nie *Erziehungsberechtigte*). Diese Rechtslage hat, neben dem prinzipiell begrüßenswerten Schutz der Familie vor staatlichen Eingriffen, leider auch zur Folge, daß über vielen heim-pädagogischen Maßnahmen ein regelrechtes Damoklesschwert schwebt: Es kommt nämlich nicht selten vor, daß Eltern einer solchen Maßnahme zunächst zustimmen (beispielsweise um den drohenden Sorgerechtsentzug abzuwenden), sie nach einiger Zeit jedoch ohne triftigen Grund wieder beenden. In solchen Fällen steigt zwar die Chance, einen Entzug des Sorge- oder Aufenthaltsbestimmungsrechts durchsetzen zu können, weil die Eltern dadurch

ihren Unwillen beziehungsweise ihre Unfähigkeit zur Abwendung der Gefährdung des Kindeswohls

*dokumentieren*, jedoch muß man den Verdacht, daß eine solche Gefährdung nach wie vor besteht, natürlich auch beweisen können. Selbst wenn es gelingt, das FamG davon zu überzeugen, dauert ein solches Verfahren meist einige Wochen, während der die zuvor mühsam erzielten Fortschritte des Kindes nicht selten wieder zunichte gemacht werden (eine sofortige einstweilige Anordnung ist nur dann zu bekommen, wenn das Leben oder die Gesundheit des Kindes gefährdet ist, wovon das FamG in diesen Fällen schon allein deshalb meist nicht ausgehen kann, weil es zuvor fast immer regelmäßige Heimfahrten des Kindes gegeben hat).

Wenn Eltern eine heimpädagogische Maßnahme mehr oder weniger abrupt beenden, haben die ehemals zuständigen Erzieher und Sozialpädagogen eigentlich kein Mandat mehr, sich um das betroffene Kind zu kümmern. Trotzdem kann es sein, daß sie (sofern sich das Jugendamt zu einem Antrag auf Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts entschließt) zur Abgabe einer gutachterlichen Stellungnahme aufgefordert werden, die das FamG für die Entscheidungsfindung in dieser Sache benötigt. Besonders zur Diagnostik des betroffenen Kindes können sie in einem solchen Gutachten entscheidend beitragen (ADHS, Aggressivität, Delinquenz, Depressivität, Lern- und Leistungsschwächen, Eßstörungen), oft aber auch wichtige Hinweise zur Diagnostik der Eltern liefern: Besonders die Dauer der Alkoholabhängigkeit und die Trinkmengen, die Ko-morbidität mit anderen 'Suchtformen' ('Tablettensucht', 'Spielsucht'), die Neigung zu tätlichen oder sexuellen Übergriffen sowie zu Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen, aber auch das Verhalten des nicht alkoholabhängigen Elternteils (Angst- und Zwangsneurosen, Inkonsistentes Erziehungsverhalten, Depressivität) sind hierbei von Bedeutung (Siefen et al. 1996).

Die *Anzeigepflicht* des Jugendamtes bei Gefährdung des Kindeswohls aus dem JWG wurde mit der Einführung des KJHG abgeschafft. Seitdem ist das JA nach § 50 I zwar zur *Mitwirkung* in Verfahren vor dem FamG *verpflichtet*, es kann aber auch nach § 50 III mit der gebotenen sozialpädagogischen Fachlichkeit *entscheiden*, ob die Anrufung des Gerichts *erforderlich* ist, um ein Kind zu schützen (Bauer et al. 1995). Sollten die im Rahmen einer *laufenden* heimpädagogischen Maßnahme für ein Kind verantwortlichen Fachkräfte zu dem Schluß kommen, daß den Eltern aufgrund ihres Verhaltens das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen werden sollte, müssen sie daher zunächst den verantwortlichen Sachbearbeiter des zuständigen Jugendamtes von dieser Notwendigkeit überzeugen, der dann gegebenenfalls einen entsprechen-

den (auf der gutachterlichen Stellungnahme der Heimpädagogen beruhenden) Antrag beim FamG einreichen wird

## 6. FALLBEISPIELE

### **6.1 DOMINIK**

#### **6.1.1 Situation bei Heimaufnahme**

Als ich Dominik<sup>1</sup> im Spätsommer 1999 kennenlernte, war er 14 Jahre alt und lebte bereits seit <sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahren in der Lukasgruppe<sup>1</sup> des Matthäushauses<sup>1</sup> in Düsseldorf<sup>1</sup>. Seine Verhaltensauffälligkeiten, sowie die familiäre und schulische Situation bei der Heimaufnahme habe ich daher zum Teil seiner Akte, vor allem aber Gesprächen mit seiner Kontakterzieherin entnommen.

**Verhaltensauffälligkeiten:** Als Dominik im Alter von 12 Jahren ins Matthäushaus kam, wirkte er auf den ersten Blick sehr klein und kindlich, ansonsten aber eher unauffällig. Er bewegte sich sehr langsam, hielt den Kopf meist gesenkt und vermied es, seine Gesprächspartner anzusehen. Dominik machte einen introvertierten, schüchternen Eindruck und ging anderen Kindern möglichst aus dem Weg. Auf seine Kontakterzieherin und einen männlichen Pädagogen hingegen war er geradezu fixiert. Mit diesen 'Ersatzeltern' verstand er sich von Anfang an sehr gut (er wirkte fast ein wenig verliebt). Es zeigte sich, daß er sich praktisch nichts zutraute und bei Schwierigkeiten sofort 'die Flinte ins Korn warf'. Dabei strahlte er stets eine gewisse Traurigkeit aus, ein Lächeln oder gar Lachen war ihm kaum zu entlocken. Trotzdem wirkte er irgend-wie sympathisch. Auf diese Weise gelang es ihm anfangs, ältere Kinder und auch seine beiden 'Lieblingserzieher' dazu zu bringen, ihm zu helfen, wo sie nur konnten (die dahinter steckenden depressiven Verhaltensstrukturen waren bis zu diesem Zeitpunkt in der Lukasgruppe noch nie aufgetreten und unterschieden sich so stark von den dissozialen Verhaltensweisen der meisten anderen Kinder, daß sie erst im Rahmen einer Fallsupervision aufgedeckt und bearbeitet werden konnten). Nach einigen Monaten schloß Dominik Freundschaft mit Thorsten (s. Kapitel 6.2), mit dem er sich fortan auch ein Zimmer teilte. In Anbetracht von Dominiks anfänglichen Kontaktschwierigkeiten wurde diese Entwicklung von den Pädagogen

---

<sup>1</sup>Namen und Orte wurden aus Gründen der Anonymität verändert

freudig begrüßt, auch wenn sich in der Folge ein neues Problem ergab: Dominik fing nun ebenfalls an zu rauchen.

**Familiäre Situation:** Dominik wuchs als Einzelkind bei seiner Mutter (\*1963) auf, die als Beruf Hausfrau angab und bei seiner Heimaufnahme bereits über 10 Jahre lang schwer alkoholabhängig war. Auch mit härteren Drogen wie Heroin hatte sie laut eigener Aussage einmal 'etwas zu tun'. Sicher ist, daß sie früher als Prostituierte arbeitete. Seinen Vater, bei dem es sich um den ehemaligen 'Beschützer' (Zuhälter) der Mutter handelt, hatte Dominik nie kennengelernt. Auch die Mutter hatte keinen Kontakt mehr zu ihm, der erst durch massiven Druck (Gerichtsurteil, Pfändungen) dazu gebracht werden konnte, Unterhalt für seinen Sohn zu bezahlen. Dominik (der in diesem Zusammenhang nur von seinem 'Erzeuger' sprach) waren diese Sachverhalte genauestens bekannt, offenbar diente er der Mutter diesbezüglich als einziger Gesprächspartner. Mit ihrem neuen 'Freund', der ebenfalls aus dem 'Rotlichtmilieu' kam und sie regelmäßig körperlich schwer mißhandelte, sprach sie jedenfalls nicht darüber. Es verwunderte angesichts dieser Verhältnisse nicht, daß Dominik eine sehr gute, emotional tragfähige Beziehung zu seiner Mutter hatte, ihren neuen 'Freund' hingegen abgrundtief haßte. Als Dominik ins Matthäushaus kam, war er völlig verwahrlost. Die wenigen Spielsachen und Kleidungsstücke, die er besaß, waren kaputt und dreckig, er selbst schien etwas unterernährt zu sein. Auf behutsame Nachfragen antwortete er mit Tränen in den Augen, das käme, weil sie so wenig Geld hätten. Diese familiäre Notsituation stellte sich bald als chronisch heraus: Als er nach der sechswöchigen Eingewöhnungszeit in der Lukasgruppe zum ersten Mal am Wochenende nach Hause fahren durfte (worauf er sich 'wie ein Schneekönig freute'), kam Dominik am Sonntagabend dreckig und völlig ausgehungert wieder zurück. Als er zwei Wochen später am Freitag wieder nach Hause fahren wollte, rief seine Kontakterzieherin Dominiks Mutter auf deren Handy an (der Festnetzanschluß war wegen unbezahlter Rechnungen gesperrt). Sie sagte, sie sei völlig pleite, könne deshalb nichts zu essen kaufen und fragte, ob man ihr nicht etwas Geld leihen könne. Die Erzieherin, die dem Jungen die Enttäuschung ersparen wollte, nicht nach Hause fahren zu können, gab ihm einen verschlossenen Briefumschlag mit 50 DM für die Mutter mit. Trotzdem kehrte Dominik auch diesmal wieder völlig verdreckt und hungrig ins Heim zurück, das (privat) vorgestreckte Geld hat die Erzieherin nie zurückerhalten. Die Kontakte mit der Mutter beschränkten sich in der Folge im wesentlichen auf Telefonate, ein Hausbesuch ist bis zum heutigen Tage stets an ihrem Widerstand gescheitert. Auch an den Hilfeplangesprächen nahm sie nicht immer teil. Ich habe sechs Monate in

der Lukasgruppe gearbeitet, Dominiks Mutter ist die einzige Bezugsperson, die ich nie persönlich kennengelernt habe.



**Schulische Situation:** Vor seiner Heimaufnahme besuchte Dominik die sechste Klasse einer Regelhauptschule. Seine Leistungen waren insgesamt durchschnittlich, in Mathematik allerdings 'mangelhaft', in Englisch sogar 'ungenügend'. Als er im Mai 1998 (unmittelbar vor dem Schuljahreswechsel) in die Lukasgruppe kam, bestand für ihn praktisch keine Möglichkeit mehr, in die siebte Klasse versetzt zu werden. Dominik schien sich auch bereits mit dem 'Sitzenbleiben' abgefunden zu haben: Sprach man ihn darauf an, so meinte er, er sei eben 'zu doof'.

### **6.1.2 Pädagogische Ziele und Methoden**

Dominik schien für seine Mutter nicht nur der einzige Gesprächspartner zu sein, mit dem sie ihre (nicht seine!) Probleme besprechen konnte, er schien ihr auch emotional das zu geben, was sie von Partnern nie bekommen hatte: Liebevolle Zuwendung und ein Gefühl der Geborgenheit. Kurz gesagt: Dominik war ein typisches Partnerersatzkind. Er versuchte seiner Mutter zu helfen und sie zu beschützen, wo er nur konnte. Natürlich war er mit dieser Aufgabe überfordert, was nicht nur erklärte, warum er sich selbst als 'Versager' fühlte, sondern auch, warum er immer so ernst und traurig wirkte: Ein mit anderen Kindern spielender, sorgloser, fröhlich in den Tag hinein lebender Junge hatte er eben bis dato nie sein dürfen! Diese Analyse legte nahe, daß Dominik vor allem lernen mußte, Kind zu sein. Vor diesem Hintergrund sollte sogar der (in der Tat aussichtslos erscheinende) Kampf um die Versetzung in den Hintergrund treten. Es wurden daher folgende Maßnahmen beschlossen:

- ◆ Dominik nimmt an möglichst vielen Maßnahmen der Sport- und Erlebnispädagogik teil (von Montag bis Freitag mindestens eine Aktivität pro Tag)
- ◆ Dominik verbleibt auf der Regelhauptschule, wird jedoch eine Klasse zurückversetzt und erhält ab sofort intensive Nachhilfe in Mathematik und Englisch
- ◆ Dominik fährt nur alle zwei Wochen nach Hause, und auch dann nur, wenn seine (nüchterne) Mutter zuvor angerufen und bestätigt hat, daß alles 'ok' ist

Durch die sport- und erlebnispädagogischen Aktivitäten sollte Dominik vor allem lernen, mit anderen Kindern zusammen zu spielen und Spaß zu haben. Gleichzeitig versprach man sich davon eine deutliche Steigerung seines Selbstbewußtseins. Die (nach der Zurückversetzung

rein formale) Versetzung in die sechste Klasse sollte ihm durchaus als 'Hürde' erscheinen, deren

Meisterung ebenfalls geeignet erschien, zur Stärkung seines Selbstbewußtseins beizutragen. Die dritte Maßnahme war vor allem als Einstieg in die Elternarbeit gedacht, Dominiks Mutter sollte lernen, daß sie Verantwortung für ihren Sohn zu übernehmen hatte (und nicht etwa umgekehrt). Außerdem schien angesichts der geschilderten Verhältnisse ein wenig mehr Abstand zwischen den beiden durchaus angezeigt. Nachdem in der bereits erwähnten Fallsupervision Dominiks 'Masche' aufgedeckt worden war, sich dadurch Sympathie und Zuwendung zu 'erschleichen', daß er sich so oft wie möglich als arm, klein, unschuldig, naiv und vor allem dumm darstellte, wurde der Maßnahmenkatalog noch um einen Punkt erweitert:

- ◆ Bei Problemen, die Dominik alleine lösen können müßte, wird ihm dieses Verhalten ggf. zurückgespiegelt [Beispiel: Ich kann das nicht, ich bin zu doof, Mami hilf mir!]

Der Erfolg war geradezu verblüffend: Dominik konnte viele Probleme (besonders Hausaufgaben) nicht nur plötzlich alleine lösen, er lernte in der Folge auch, über so auftretende Erzieher (und damit über sein eigenes Verhalten) zu *lachen*!

### **6.1.3 Entwicklung und heutige Situation**

**Verhaltensauffälligkeiten:** In den vergangenen zweieinhalb Jahren ist Dominik viel selbstbewußter geworden. Er traut sich wesentlich mehr zu als früher, so ist er beispielsweise mittlerweile Gruppensprecher geworden (sehr zum Ärger von Matthias<sup>2</sup>, einem extrem narzißtischen Jungen, der dieses Amt unbedingt haben wollte). Dominik ist immer noch eher ernst und ruhig, kann aber inzwischen auch manchmal richtig ausgelassen und lustig sein. Er macht nach wie vor sehr viele erlebnispädagogische Maßnahmen mit. Dabei zeichnet er sich oft durch besonders soziales Verhalten aus, indem er schwächeren Kindern hilft, die zum Teil sehr anstrengenden Herausforderungen zu bestehen. Dieses Verhalten hat viel zu seiner Wahl zum Gruppensprecher beigetragen, ein Zusammenhang, der ihm durchaus bewußt ist. Obwohl sich Dominik anfangs vom dissozialen Verhalten anderer Kinder beeindruckt zeigte (um sich zu 'beweisen', hat er auch schon einmal gestohlen und ist nach wie vor 'Gelegenheitsraucher'),

---

<sup>2</sup>Name aus Gründen der Anonymität geändert

haben ihn diese Tendenzen längst nicht so stark beeinflußt, wie ursprünglich befürchtet worden war.

**Familiäre Situation:** Dominiks familiäre Situation ist nach zweieinhalb Jahren praktisch unverändert. Zwar kann man mit seiner Mutter mittlerweile offen über ihre Alkoholabhängigkeit reden. In solchen (nach wie vor regelmäßig stattfindenden) Gesprächen verspricht sie stets, *bald* eine Entgiftung zu machen, findet aber letztlich immer Gründe, weshalb es ihr gerade *jetzt* nicht möglich ist. Positiv ist jedoch, daß Dominik die Situation inzwischen sehr viel realistischer einschätzt und sich bezüglich seiner Mutter keine Illusionen mehr macht. Auch kann er sich viel besser von ihr abgrenzen als früher, so schafft er es mittlerweile, eine von ihm als untragbar empfundene häusliche Situation, beispielsweise während einer Wochenendheimfahrt, vorzeitig zu beenden und gegebenenfalls schon am Samstag ins Matthäushaus zurückzukehren. An die Möglichkeit einer späteren Rückführung Dominiks zu seiner Mutter hat angesichts der geschilderten Umstände übrigens nicht einmal das Jugendamt je ernsthaft geglaubt. Da sich für einen 15jährigen Jungen auch keine Pflegefamilie mehr finden dürfte, zählt Dominik zu den wenigen Kindern, die aller Voraussicht nach mit 18 Jahren aus dem Heim in die Selbständigkeit entlassen werden (hoffentlich mit einem guten Hauptschulabschluß und einem Ausbildungsvertrag in der Tasche). Der Prozeß der Abnabelung von seiner Mutter wird übrigens auch dadurch deutlich, daß sich Dominik seit kurzem auffallend für ein Mädchen aus der Nachbargruppe interessiert. Die sich daraus ergebende neue Problematik (das Mädchen wurde als Kind von ihrem Stiefvater sexuell mißbraucht und hat deshalb besonders Jungen gegenüber massive Distanzprobleme) steht auf einem anderen Blatt ...

**Schulische Situation:** Dominiks schulische Situation hat sich ausgesprochen positiv entwickelt. Nachdem er die Versetzung in die siebte Klasse 1999 nur 'mit Ach und Krach' geschafft hat, ging es relativ steil bergauf. Mittlerweile steht er auch in Mathematik und Englisch auf 'befriedigend', im Sommer 2000 stellte die Versetzung in die achte Klasse kein Problem mehr für ihn dar. Auch seine Stellung innerhalb der Klasse hat sich deutlich verbessert: Während er früher stets gehänselt, verprügelt und 'abgezockt' wurde, wird er mittlerweile praktisch von allen Schülerinnen und Schülern akzeptiert und wurde vor drei Monaten sogar zum Klassensprecher gewählt! Dies ist zum einen auf sein deutlich selbstbewußteres Auftreten zurückzuführen, zum anderen auch darauf, daß er einen ausgeprägten Sinn für Gerechtigkeit besitzt und sich stets für andere Kinder einsetzt. An seiner körperlichen Stärke jedenfalls liegt es *nicht*; Dominik ist immer noch sehr klein und schwächling für sein Alter.

## **6.2 THORSTEN**

### **6.2.1 Situation bei Heimaufnahme**

Als ich Thorsten<sup>1</sup> im Spätsommer 1999 kennenlernte, war er 13 Jahre alt und lebte seit knapp einem Jahr in der Lukasgruppe<sup>3</sup> des Matthäushauses<sup>1</sup> in Düsseldorf<sup>1</sup>. Die folgende Schilderung seines Verhaltens und der familiären und schulischen Situation bei der Heimaufnahme beruht daher zum Teil auf seiner Akte, vor allem aber auf Gesprächen mit seinem Kontakterzieher.

**Verhaltensauffälligkeiten:** Thorsten fing nach eigener (glaubwürdiger!) Aussage bereits im Alter von neun Jahren an zu rauchen. Zum Zeitpunkt der Heimaufnahme kam er auf 10 bis 20 Zigaretten täglich und konnte mit Fug und Recht als 'süchtiger' Raucher bezeichnet werden. Dabei war ihm nahezu jedes Mittel recht, um diese 'Sucht' zu finanzieren: Er stahl seinen Eltern oder anderen Kindern Geld, klaute Zigaretten in Supermärkten und hatte auch schon mehrfach Automaten aufgebrochen. Eine teure Jeans, die er von seinen Großeltern zum 12. Geburtstag geschenkt bekam, tauschte er am nächsten Tag bei einem Freund gegen eine Packung 'Kippen'. Thorsten wirkte extrem unruhig und konnte sich nur sehr schlecht konzentrieren. Das Rauchen helfe ihm, nach einer Zigarette wäre er viel ruhiger, meinte er. Seine Mutter schilderte ihn zudem als sehr impulsiv, ein Eindruck, der sich in den ersten Tagen in der Lukasgruppe bestätigte: Wenn Thorsten sich schlecht oder ungerecht behandelt fühlte, rastete er völlig aus, schlug auf andere Kinder oder Erzieher ein, warf Gläser oder Geschirr gegen die Wand etc. In solchen Situationen war er anfangs nur durch längeres 'Festhalten' wieder zu beruhigen. Für die in der Lukasgruppe arbeitenden Pädagogen war es geradezu offensichtlich, daß Thorsten am ADHS litt. Seine Mutter meinte, der Arzt habe ihm früher einmal 'etwas gegen seine ewige Unruhe' verschrieben, Thorsten habe die Tabletten aber nicht regelmäßig genommen (!!!). In die sechswöchige Eingewöhnungszeit im Matthäushaus (während der die Kinder zwar Besuch erhalten, aber nicht nach Hause fahren dürfen) fällt auch der bereits erwähnte 'Amoklauf' Thorstens, in dem er aus lauter Wut darüber, daß ein Erzieher ihm (zum x-ten Male) eine Packung Zigaretten abnahm (das Rauchen ist in diesem Heim erst ab 16 Jahren

---

<sup>3</sup>Namen und Orte wurden aus Gründen der Anonymität verändert

erlaubt), zur Schule rannte und dort mit einem großen Knüppel 20 Fensterscheiben einschlug (s. Abschnitt 3.3.3).

**Familiäre Situation:** Die sechs Monate vor der Aufnahme im Matthäushaus verbrachte Thorsten in einem anderen Heim, das er jedoch wegen zu massiver Verhaltensauffälligkeiten wieder verlassen mußte. Davor lebten er und seine ältere Schwester (\*1984) bei den Eltern. Der Vater (\*1958) war alkoholabhängig, ein Epsilon-trinker, der sich oft tagelang im Keller des wenige Jahre zuvor gekauften Hauses einschloß und dort bis zur Besinnungslosigkeit betrank. Er war jedoch nach wie vor als Kraftfahrer (!!!) berufstätig: Wenn er fuhr, trank er nie, er war eben nur oft 'krank'. Das Thema 'Alkohol' war in Gesprächen mit ihm völlig tabu, auch innerhalb der Familie wurde nie über dieses Problem gesprochen. Alle Informationen, die Thorstens Erzieher anfangs dazu erhielten, stammten von seiner Mutter (\*1961), die als selbständige Fußpflegerin arbeitete und offensichtlich an einer Zwangsstörung litt (während des etwa einstündigen Gespräches zur Vorbereitung von Thorstens Heimaufnahme wusch sie sich sechsmal die Hände!). Zudem wurde ihr nach eigener Aussage bereits im Jugendalter eine Eßstörung (Anorexia nervosa) attestiert, was angesichts ihres offensichtlichen Untergewichtes völlig glaubhaft erschien. Die Beziehung zwischen den Eltern war sehr schlecht, es war ständig von Scheidung die Rede. Eine Trennung erfolgte nach übereinstimmender Aussage beider Elternteile jedoch letztlich vor allem deshalb nicht, weil die durch den Hauskauf stark verschuldete Familie dadurch finanziell 'ruiniert' worden wäre, ein mit einem relativ großen Verlust verbundener Verkauf der Immobilie wäre bei einer Scheidung unvermeidlich gewesen. Die Beziehung zwischen Thorstens Mutter und seiner Schwester (die offenbar die Rolle des Elternkindes übernommen hatte) war sehr gut, während Thorsten (der die Rolle des Schwarzen Schafes geradezu perfekt ausfüllte) zu beiden ein sehr schlechtes Verhältnis hatte. Seinen (handwerklich geschickten) Vater schien er hingegen eher zu bewundern, auch wenn er ihn nicht als Autorität respektierte.

**Schulische Situation:** Vor seiner Aufnahme im Matthäushaus besuchte Thorsten die sechste Klasse einer Regelschule, nachdem er die Versetzung in die siebte Klasse nicht geschafft hatte. Es war bereits die zweite Hauptschule für ihn, die erste hatte er schon nach kurzer Zeit wegen 'untragbaren Verhaltens' wieder verlassen müssen. Auch aktuell war seine Versetzung wieder gefährdet, vor allem, weil er nur noch selten zum Unterricht erschien. Seine Lehrer schien dies indes nicht sehr zu stören, jedenfalls teilten sie Thorstens Eltern zumindest den



Umfang seiner 'Schulschwänzerei' nicht mit. Erst ein längeres Telefonat zwischen Thorstens Kontakterzieher und seinem alten Klassenlehrer brachte diese Tatsache ans Licht!

### **6.2.2 Pädagogische Ziele und Methoden**

Es war offensichtlich, daß Thorstens Eltern sich angesichts der geschilderten Probleme nicht oder kaum um ihre Kinder kümmern konnten. Thorsten, der (wie bereits vermutet) laut eine Woche nach der Heimaufnahme vorliegendem ärztlichen Befund zusätzlich durch ein stark ausgeprägtes ADHS gehandicapt war, schien dadurch völlig überfordert zu sein und konnte so kein gesundes Selbstwertgefühl entwickeln. Die Abwehr der damit verbundenen Versagens- und Schuldgefühle führte bei ihm offenbar einerseits zur Flucht in 'süchtige' Verhaltensmuster, andererseits zu zum Teil erheblichen dissozialen 'Ausbrüchen'. Vor diesem Hintergrund wurde ein Maßnahmenpaket beschlossen, das kurzfristig vor allem dazu geeignet erschien, Thorsten dabei zu helfen, sich selbst besser konzentrieren und sein Verhalten besser kontrollieren zu können. Langfristig versprach man sich davon auch eine deutliche Stärkung seiner Persönlichkeit. Die wesentlichen Elemente dieses Maßnahmenpaketes waren:

- ◆ Bekämpfung der Symptome des Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndroms (durch genau kontrollierte medikamentöse Behandlung mit Ritalin)
- ◆ Verbesserung der schulischen Leistungen (durch den Wechsel auf eine Sonderschule für Erziehungshilfe mit einer Klassengröße von maximal acht Schülern)
- ◆ Striktes, möglichst genau überwachtetes Rauchverbot und konsequente Sanktionierung dissozialen Verhaltens (durch schriftliche Verhaltensreflexionen etc.)
- ◆ Stärkung des Selbstwertgefühls (durch Teilnahme an möglichst vielen erlebnispädagogischen Maßnahmen unter Berücksichtigung von Thorstens Interessen)
- ◆ Intensive Elternarbeit (Thematisierung der Alkoholabhängigkeit von Thorstens Vater mit dem Ziel, ihn von der Notwendigkeit einer Therapie zu überzeugen, Trainingsmaßnahmen bezüglich des 'richtigen' Umgangs mit Thorsten etc.)

Der letzte Punkt lag vor allem der Mutter am Herzen, sie wurde diesbezüglich während des ersten HPGs besonders vom Vertreter des Jugendamtes unterstützt (der Vater nahm an diesem Gespräch nicht teil, weil er 'krank' war). Thorstens Mutter hatte wegen seiner Heimaufnahme offenbar ein schlechtes Gewissen und wollte ihn so bald wie möglich wieder nach Hause holen, während das Jugendamt eine rückführungsorientierte Arbeit schon allein aus Kostengründen unterstützen mußte. Die an dem Gespräch teilnehmenden Pädagogen hatten hier vor allem

deshalb kein gutes Gefühl, weil die Mutter eigene Defizite ganz offensichtlich nicht sah. In ihren Augen lag die Verantwortung für Thorstens dissoziales Verhalten ausschließlich beim Vater, der endlich lernen müsse, 'dem Jungen mal zu zeigen wo es lang geht'. Thorstens Kontakt-erzieher sah daher anfangs nur relativ geringe Chancen für eine erfolgreiche Elternarbeit. Seine Ahnung, die Mutter könne sich diesbezüglich als der 'härtere Brocken' erweisen, bestätigte sich auf eindrucksvolle Weise, wie die im folgenden Abschnitt geschilderte Entwicklung zeigt.

### **6.2.3 Entwicklung und heutige Situation**

**Verhaltensauffälligkeiten:** Es dauerte über zwei Monate, bis die optimale Ritalin - Dosierung und die günstigsten Einnahmezeitpunkte gefunden waren. Während dieser Zeit wurden von den beteiligten Pädagogen und Lehrern und von Thorsten selbst täglich Verhaltensbeobachtungsbögen ausgefüllt. Dem Jungen wurde dabei bewußt das Gefühl vermittelt, er sei für den mit Hilfe dieser Bögen gesteuerten Optimierungsprozeß mit verantwortlich. Nach der medikamentösen Einstellung besserte sich Thorstens Verhalten erheblich. Die Häufigkeit seiner dissozialen 'Ausbrüche' nahm drastisch ab, ohne jedoch zunächst ganz zu verschwinden. Die konsequente Sanktionierung dieser 'Ausbrüche' (zu leistender Schadenersatz, schriftliche Verhaltensreflexionen mit der Auflage, sich ein 'alternatives Ende' auszudenken etc.) und entsprechende Anerkennung in Fällen geglückter Verhaltenskontrolle führten aber schließlich dazu, daß Thorsten sein Verhalten heute selbst dann kontrollieren kann, wenn er extrem provoziert wird (was in einer aus zehn erziehungsschwierigen Kindern bestehenden Gruppe nicht selten vorkommt). Thorsten nimmt mit großer Begeisterung an nahezu allen erlebnispädagogischen Aktivitäten (Steilwandklettern, Mountainbiking, Inlinerkurse, Kanupolo etc.) teil. Auch an entsprechenden Wochenend- oder Ferienmaßnahmen (Radtour nach Spanien!) beteiligt er sich regelmäßig. Anschließend berichtet er nicht selten mit vor Stolz leuchtenden Augen, was er dort geleistet hat; sein Selbstwertgefühl ist mittlerweile als sehr gesund zu bezeichnen. Trotz dieser großen Fortschritte ist Thorstens 'Suchtverhalten' nach wie vor sehr problematisch: Er raucht immer noch und hat mittlerweile sogar erste Erfahrungen mit Haschisch gemacht. Wenn sein Taschengeld (das ihm deshalb nur in 'Minibeträgen' von jeweils 3 DM ausgezahlt wird) zur Finanzierung seiner 'Sucht' nicht ausreicht, verdient er sich oft heimlich etwas hinzu, indem er für andere Kinder Schul- bzw. Hausarbeiten erledigt

oder eigene Sachen wie CDs und Computerspiele verkauft. Beim Stehlen wurde Thorsten hingegen seit über einem Jahr nicht mehr 'erwischt'.

**Familiäre Situation:** Die Situation in Thorstens Familie hat sich, allen Unkenrufen zum Trotz, eher positiv entwickelt. Obwohl sich während des ersten Jahres nach Thorstens Heimaufnahme fast gar nichts tat, gelang es seinem Kontakterzieher schließlich doch noch, dem Vater gegenüber das Thema 'Alkoholabhängigkeit' behutsam anzusprechen und ihn davon zu überzeugen, eine 'Suchtberatungsstelle' aufzusuchen. Seit einem Jahr besucht Thorstens Vater regelmäßig die wöchentlichen Treffen der 'Anonymen Alkoholiker'. Er machte eine Entgiftung, hielt die anschließende Entwöhnungsbehandlung durch und ist nach eigener Aussage seit über einem halben Jahr 'trocken', was auch seine Frau bestätigt. Das Verhältnis zu seinem Sohn ist viel besser geworden, man merkt, daß Thorsten richtig stolz auf seinen Vater ist. Leider hat sich die Beziehung zwischen den Eltern dadurch jedoch nicht etwa verbessert, sondern eher noch verschlechtert: Streit ist nach wie vor an der Tagesordnung, auch hat es inzwischen eine (allerdings nur vorübergehende) Trennung gegeben. Thorstens Verhältnis zu seiner Mutter ist nach wie vor sehr schlecht, da er sie für die angespannte häusliche Situation verantwortlich macht. Er meint, sein Vater habe hart an sich gearbeitet, nun müsse auch seine Mutter erkennen, daß sie ihre Fehler habe. Die Nüchternheit, mit der Thorsten die innerfamiliären Beziehungen erkennt und analysiert, zeugt einerseits von einem geradezu unglaublichen Reifungsprozeß, andererseits aber auch von einer zunehmenden Distanz zu seinen Eltern und damit von einer (für einen knapp 15jährigen Jungen durchaus gesunden) beginnenden Abnabelung. Da er sich in der Lukasgruppe zunehmend wohler fühlt und im Matthäushaus inzwischen auch einige Freunde gefunden hat, wurde die ursprüngliche Absicht, ihn nach Hause zurückzuführen, nach zähem Ringen mit dem zuständigen Jugendamt mittlerweile wieder aufgegeben.

**Schulische Situation:** Auch Thorstens schulische Situation hat sich sehr verbessert. Nachdem er die Versetzung in die siebte Klasse im zweiten Anlauf (neun Monate nach der Heimaufnahme) nur mit Mühe geschafft hatte, erwies sich die Versetzung in die achte Klasse im Sommer 2000 als kein Problem mehr. Mittlerweile fertigt Thorsten seine Hausaufgaben freiwillig, selbständig und in der Regel fehlerfrei an, ist der beste Schüler in seiner Klasse und gilt als ein 'Kandidat' für den qualifizierten Hauptschulabschluß (10b). Da das Leistungsniveau der von ihm nach wie vor besuchten Sonderschule für Erziehungshilfe allerdings deutlich unter dem einer Regelhauptschule liegt und Thorsten sich andererseits auch nicht gerade

durch übertriebenen Ehrgeiz auszeichnet, ist aber noch nicht abzusehen, ob er dieses Ziel erreichen wird.

## 7. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION UND AUSBLICK

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß bei der heimpädagogischen Arbeit mit Kindern alkoholabhängiger Eltern vor allem zwei Dinge besonders zu beachten sind: Erstens werden sie, verglichen mit Kindern nicht - trinkender Eltern, später mit bis zu sechsmal höherer Wahrscheinlichkeit selbst alkohol- oder drogenabhängig, was erheblich verstärkte Anstrengungen auf dem Gebiet der 'Suchtprävention' erfordert. Zweitens ist eine rückführungsorientierte Arbeit in diesen Fällen fast immer sehr schwierig, weil der dazu unabdingbar notwendigen Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz zunächst die Enttabuisierung beziehungsweise Thematisierung der Abhängigkeit (und damit die Einsicht in die eigene Hilfsbedürftigkeit), sowie die erfolgreiche Inanspruchnahme entsprechender Hilfsangebote durch die Eltern vorausgehen muß, was leider nicht immer erreichbar zu sein scheint. Die bei Kindern alkoholabhängiger Väter oder Mütter meist beobachtbaren Verhaltensauffälligkeiten, vor allem narzißtische, aggressive, dissoziale oder depressive Störungen, stellen dagegen keine 'besonderen' Anforderungen an die Heimpädagogik, da sie (in unterschiedlicher Ausprägung) für nahezu alle Kinder 'typisch' zu sein scheinen, bei denen das Jugendamt heute eine stationäre Jugendhilfemaßnahme bewilligt.

Bei der Arbeit mit diesen Kindern ist es nicht nur wichtig, ihre jeweils eigene, unverwechselbare Persönlichkeit zu respektieren. Heimpädagogen brauchen auch sehr viel Einfühlungsvermögen und müssen trotzdem vor allem in Konfliktsituationen als reale Personen mit eigenen Emotionen spürbar werden. Während im täglichen Umgang mit den Kindern klare Regeln und eine durchschaubare Tages- und Wochenstruktur ebenso notwendig sind, wie die Anwendung logischer Folgen bei Grenzüberschreitungen und andere geeignete verhaltenstherapeutische Maßnahmen, bietet sich die Erlebnispädagogik für die 'Suchtprävention' im Rahmen der stationären Jugendhilfe geradezu an: Kinder brauchen neben entsprechenden Sachinformationen und realistischen Zukunftsplänen nämlich vor allem ein starkes ICH, um 'Nein' zu Alkohol und anderen Drogen sagen zu können. Die Erlebnispädagogik bietet ihnen die Möglichkeit, sich zu 'beweisen' und leistet damit einen maßgeblichen Beitrag zur nachhaltigen Stärkung ihrer Persönlichkeit. Kinder können durch die Teilnahme an solchen Maßnahmen zudem ihren natürli-

chen Bewegungsdrang ausleben und ihr Verlangen nach Grenzüberschreitungen auf legale Weise befriedigen.



Auch dieses meiner Meinung nach sehr gut durchdachte Konzept kann die Entstehung einer Abhängigkeitsproblematik bei Kindern aus 'alkoholbelasteten' Familien natürlich nicht mit hundertprozentiger Sicherheit verhindern. Die Chancen dafür stehen aber vor allem dann sehr gut, wenn die Betroffenen bei der Heimaufnahme noch keine 'süchtigen' Verhaltensstrukturen zeigen. Für Jugendliche, die bereits alkohol- oder drogenabhängig sind, gibt es eine Vielzahl von Einrichtungen der 'Suchthilfe', sie haben schon allein aus Gründen des Kinder- und Jugendschutzes in Heimen nichts zu suchen und werden dort in der Regel auch nicht aufgenommen. Das eigentliche Problem stellen Kinder dar, die beispielsweise 'nur' nikotinabhängig sind: Auch wenn sie ein zum Teil bereits sehr stark ausgeprägtes 'Suchtverhalten' zeigen und zu befürchten steht, daß sie dieses später auf den Umgang mit anderen Stoffen ausdehnen werden, sind für sie bislang ausschließlich die Einrichtungen der stationären Jugendhilfe zuständig. Diese können ihnen jedoch häufig selbst mit Hilfe des beschriebenen Konzeptes nicht in ausreichender Weise helfen, wie das Fallbeispiel Thorsten zeigt. Will die Heimpädagogik den Bedürfnissen der betroffenen Kinder besser gerecht werden, so wäre eine engere Kooperation mit bestimmten Einrichtungen der 'Suchthilfe' sicher nicht der schlechteste Weg. Erzieher und Sozialpädagogen könnten von den langjährigen Erfahrungen dieser Institutionen profitieren und vielleicht sogar Teile ihrer Konzepte übernehmen, auch wenn sich aufgrund der strukturellen Gegebenheiten andere Teile wie beispielsweise eine lückenlose 'Abstinenzkontrolle' in offenen Heimen natürlich nicht verwirklichen lassen. Selbst über spezielle Entwöhnungsmaßnahmen für nikotinabhängige Kinder in Einrichtungen der 'Suchthilfe' könnte man zumindest einmal nachdenken ...

Angeichts der Dimension des Problems wäre es ferner von Vorteil, wenn wenigstens ein Mitglied jedes Pädagogenteams in der stationären Jugendhilfe über eine 'suchttherapeutische' Zusatzausbildung verfügen würde, was auch die Arbeit mit dem alkoholabhängigen Elternteil erleichtern könnte. Da aufgrund der sehr komplexen Problematik oft eine Vielzahl von Helfern Kontakt mit einer 'alkoholbelasteten' Familie hat, scheint eine erfolgversprechende Elternarbeit und damit eine rückführungsorientierte Pädagogik jedoch auch dann nur möglich zu sein, wenn alle relevanten Informationen an einer Stelle zusammengeführt und alle Maßnahmen koordiniert werden. Für diese Aufgabe würde sich der 'Kontakterzieher' eines betroffenen Kindes vor allem deshalb gut eignen, weil er meist vergleichsweise früh mit der Familie in Kontakt kommt und zudem höchstens zwei 'Fälle' zu 'managen' hätte. Da ihre Übernahme

jedoch weder eine

deutliche Mehrbelastung des betreffenden Pädagogen noch eine Vernachlässigung der Arbeit mit den Kindern zur Folge haben darf, ist sie letztlich mit einem erhöhten Personalaufwand verbunden und führt deshalb (ebenso wie 'suchttherapeutische' oder psychotherapeutische Zusatzqualifikationen) zu höheren Kosten und damit zu steigenden Tagessätzen. Trotzdem: Nicht *obwohl*, sondern gerade *weil* die öffentlichen Kassen leer sind, müssen stationäre Jugendhilfeeinrichtungen auf die Verwirklichung dieser Ziele hinarbeiten, da man langfristig betrachtet wohl nur Hilfsmaßnahmen als kostengünstig bezeichnen kann, die auch *wirksam* sind! Bei den Tagessatzverhandlungen mit den Jugendämtern müssen die verantwortlichen Heimleiter deshalb immer wieder Mut zu neuen Ansätzen beweisen und viel Überzeugungsarbeit leisten.

Ob die Heimpädagogik Kindern alkoholabhängiger Eltern auch *dauerhaft* helfen kann, hängt nicht zuletzt davon ab, inwiefern Erzieher und Sozialpädagogen die Strategie (Rückführungs- oder Verselbständigungsorientierung, Rhythmus der Wochenendheimfahrten etc.) wählen und wie weitgehend sie gegebenenfalls ihre Vorstellungen bezüglich des 'optimalen' Rückführungszeitpunktes gegenüber Eltern und Jugendamt durchsetzen können.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen würde ich die vierte Frage wie folgt beantworten:

- A4) Die Heimpädagogik kann den Bedürfnissen der Kinder alkoholabhängiger Eltern durchaus gerecht werden, sofern ihr die Entscheidung überlassen bleibt, ob im Einzelfall rückführungsorientiert gearbeitet werden kann oder nicht. Die Hilfe ist dabei in der Regel umso erfolgreicher, je früher sie einsetzt: Mit steigendem Aufnahmealter sinken nicht nur die Chancen einer wirksamen 'Bekämpfung' narzißtischer, aggressiver und dissozialer Verhaltensauffälligkeiten, sondern vor allem auch die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen 'Suchtprävention': In Fällen, in denen ein Kind bereits zu Beginn der Hilfe ausgeprägt 'süchtige' Verhaltensstrukturen zeigt, sind die Aussichten trotz aller Bemühungen leider meist nicht gut. Hier müßten Heimpädagogen enger mit den Einrichtungen der 'Suchthilfe'

zusammenarbeiten und gegebenenfalls Teile ihrer Konzepte übernehmen. Auch die 'suchttherapeutische' Zusatzqualifikation zumindest eines Teammitgliedes könnte sich als sinnvoll erweisen, sie würde wahrscheinlich auch der Arbeit mit den betroffenen Eltern sehr zugute kommen.

## 8. KURZ - ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)

In Deutschland leben vermutlich über eine Million Kinder unter 18 Jahren mit einem alkoholabhängigen Elternteil zusammen. Unverhältnismäßig viele von ihnen werden verhaltensauffällig, weil ihre Eltern sich meist in einer Situation ständiger Überforderung befinden und sie deshalb mehr oder weniger regelmäßig mißhandeln oder vernachlässigen. Besonders betroffene Jungen entwickeln häufig narzißtische, aggressive und dissoziale Verhaltensmuster, während Mädchen eher emotionale oder psychosomatische Störungsbilder zeigen. Die Söhne alkoholabhängiger Mütter leiden zudem oft am sogenannten Aufmerksamkeits - Defizit - Hyperaktivitäts - Syndrom. Außerdem ist die Gefahr, daß Kinder alkoholabhängiger Eltern im Jugend - oder Erwachsenenalter eine eigene Abhängigkeitsproblematik entwickeln, bis zu sechsmal höher als bei anderen Kindern. Nach vorsichtiger Schätzung leben in Deutschland heute etwa 25.000 der diesbezüglich am stärksten betroffenen Kinder in der stationären Jugendhilfe, sprich: In einem Heim.

Der Heimpädagogik stehen eine Vielzahl von Methoden zur Verfügung, die in der Summe ein recht erfolgversprechendes Konzept für die pädagogische Arbeit mit diesen Kindern darstellen. Klare Grenzsetzungen, verbunden mit dem konsequenten Einsatz geeigneter verhaltenstherapeutischer Maßnahmen bei Grenzüberschreitungen unter Berücksichtigung der drei Elemente von Carl Rogers' personenzentriertem Ansatz (Empathie, Authentizität und Wertschätzung) stellen die vielleicht wichtigste Säule dieser Arbeit dar. Sie wird in der Regel durch sport- und freizeitpädagogische Angebote, sowie im Idealfall durch erlebnispädagogische Maßnahmen ergänzt, die Selbstwertgefühl sowie Selbstbewußtsein und mithin die Persönlichkeit der betroffenen Kinder stärken und vor allem 'suchtpräventiv' wirken. Besonders schwer gestörte Kinder sind oft zusätzlich in psychotherapeutischer Behandlung. Ein solcher Platz in der stationären Jugendhilfe kostet heute etwa 80.000 DM pro Jahr, weshalb die Jugendämter seit einiger Zeit verstärkt auf einen möglichst kurzen Heimaufenthalt drängen. Die daraus resultierende rückführungsorientierte Pädagogik erhöht den Stellenwert der Elternarbeit beträchtlich. Bei alkoholabhängigen Eltern erweist sich diese Arbeit leider oft als sehr schwierig: Bevor man mit ihnen über die Probleme ihrer Kinder und über Erziehungsfragen auch nur reden kann, müssen sie nämlich dazu bereit sein, ihr eigenes Problem zu akzeptieren

und die Notwendigkeit erkennen, sich selbst helfen zu lassen; ein Schritt, der viel Kraft kostet und sehr lange dauern kann ...

<b>9. LITERATURVERZEICHNIS</b>
--------------------------------

1.     **Badry, Elisabeth (1994):** Grundlagen und Grundfragen des Pädagogischen. In: Badry / Buchka / Knapp (Hrsg.): Pädagogik. Grundlagen und Arbeitsfelder, 29 - 86. Luchterhand Verlag, 2. Auflage, Neuwied
2.     **Bäuerle, Dietrich (1996):** Zusammenarbeit von Schule, Schulpsychologischem Dienst und Jugendhilfe. In: Knapp (Hrsg.): Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren, 227 - 236. Luchterhand Verlag, 2. Auflage, Neuwied
3.     **Bauer, Jost & Schimke, Hans - Jürgen & Dohmel, Wolfgang (1995):** Recht und Familie, Luchterhand Verlag, Neuwied
4.     **Buchka, Maximilian & Knapp, Rudolf (1994):** Praxisfeld Heimerziehung. In: Badry / Buchka / Knapp (Hrsg.): Pädagogik. Grundlagen und Arbeitsfelder, 295 - 314. Luchterhand Verlag, 2. Auflage, Neuwied
5.     **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998):** Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell zur Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6, Köln
6.     **Comer, R. J. (1995):** Klinische Psychologie. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg
7.     **Dinkmeyer, Don & Dreikurs, Rudolf (1973):** Ermutigung als Lernhilfe. Ernst Klett Verlag, 3. Auflage, Stuttgart
8.     **Döpfner, Manfred & Lehmkuhl, Gerd (1995):** Unterschiedliche Interventionsansätze bei aggressivem Verhalten. In: Schmidt / Holländer / Hölzl (Hrsg): Psychisch gestörte Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe, 75 - 97. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
9.     **Döpfner, Manfred (1997):** Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. In: Praxis der Psychomotorik, 22, 236 - 241
10.    **Dreikurs, Rudolf & Cassel, Pearl (1977):** Disziplin ohne Strafe. Otto Maier Verlag, 2. Auflage, Ravensburg
11.    **Dreikurs, Rudolf & Grey, Loren (1973):** Kinder ziehen Konsequenzen. Elternfibel für einen neuen Erziehungsstil. Verlag Herder KG, Freiburg im Breisgau
12.    **Eitle, Werner (1998):** Vom Zögling zum Kunden. In: Jugendwohl, 11, 520 - 529
13.    **Elpers, M. & Lenz, K. (1994):** Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 22, 107 - 113

14. **Engfer, Anette (1995):** Kindesmißhandlung und Vernachlässigung. In: Oerter / Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, 960 - 966. Psychologie Verlags Union, 3. Aufl. Weinheim
15. **Feuerlein, Wilhelm (1996):** Alkoholismus. Warnsignale, Vorbeugung, Therapie. Verlag C.H. Beck, München
16. **Gaschke, Susanne (2000):** Die innere Armut. In: Die Zeit, 41, 6 - 7
17. **Goleman, Daniel (1995):** Emotionale Intelligenz. Deutscher Taschenbuch Verlag & Co. KG, 3. Auflage, München
18. **Grüttner, Tilo (1992):** Psychoanalyse und Pädagogik im Heim einer Einrichtung für Erziehungshilfe. In: Heinemann / Rauchfleisch / Grüttner: Gewalttätige Kinder. Psychoanalyse & Pädagogik in Schule, Heim und Therapie, 90 - 140. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt
19. **Gudjons, Herbert (1997):** Pädagogisches Grundwissen. Verlag Julius Klinkhardt, 5. Auflage, Bad Heilbrunn
20. **Günder, Richard (2000):** Praxis und Methoden der Heimerziehung. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
21. **Habermas, Tilmann (1995):** Eßstörungen der Adoleszenz. In: Oerter / Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, 1069 - 1075. Psychologie Verlags Union, 3. Auflage, Weinheim
22. **Hallmann, Hans - Jürgen (1996):** Konzepte und Erfahrungen zur Suchtvorbeugung aus der Jugendarbeit. In: Knapp (Hrsg.): Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren, 201 - 225. Luchterhand Verlag, 2. Auflage, Neuwied
23. **Hölzl, Heinrich (1995):** Pädagogischer Umgang mit hyperkinetischen Kindern im Alltag. In: Schmidt / Holländer / Hölzl (Hrsg): Psychisch gestörte Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe, 36 - 49. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
24. **Jakob, Peter (1991):** Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 40, 49 - 55
25. **Kähni, Jürgen (2000):** Arbeit mit Bezugspersonen. In: Ehrenfried / Heinzelmann / Kähni / Mayer: Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker, 105 - 141. Eigenverlag, Hermann - Rommelstr. 22, 72336 Balingen



26. **Klein, Michael (1998):** Kinder suchtkranker Eltern: Fakten, Daten, Zusammenhänge. In: Wenn Mama und Papa high sind - bin ich down. Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Schriftenreihe des Diözesan-Caritas-Verbandes Köln, 43, 8 - 31
27. **Klein, Michael (2000a):** Antisoziales Verhalten, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus. In: Suchttherapie, 1, 21 - 27
28. **Klein, Michael (2000b):** Forschung und Forschungslücken. In: Kruse / Körkel / Schmalz (Hrsg.): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln - Mit literarischen Beispielen, 139 - 158. Psychiatrie Verlag, Bonn
29. **Klein, Michael & Zobel, Martin (2000):** Sucht sucht Beziehung. Partner und Kinder im Umfeld von Abhängigkeitsstörungen. In: Sucht aktuell, 2, 29 - 34
30. **Knapp, Rudolf (1994):** Konstitutive Momente pädagogischer Situationen. In: Badry / Buchka / Knapp (Hrsg.): Pädagogik. Grundlagen und Arbeitsfelder, 87 - 116. Luchterhand Verlag, 2. Auflage, Neuwied
31. **Knölker, Ulrich & Matthejat, Fritz & Schulte - Markwort, Michael (1997):** Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch. UNI-MED Verlag, Bremen
32. **Lehmkuhl, Ulrike (1995):** Angst und Depression als Muster häufig übersehener Störungen. In: Schmidt / Holländer / Hölzl (Hrsg.): Psychisch gestörte Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe, 167 - 181. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
33. **Mitscherlich, Alexander (1965):** Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden. Suhrkamp Verlag, 11. Auflage, Frankfurt am Main
34. **Montada, Leo (1995):** Delinquenz. In: Oerter / Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, 1024 - 1036. Psychologie Verlags Union, 3. Auflage, Weinheim
35. **Oberlaender, Franklin & Mengerling, Fred & Platz, Werner (2000):** Zur Epidemiologie des Alkoholismus bei stationären Entgiftungspatienten. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 4, 242 - 249
36. **Opaschowski, Horst (2000):** Kathedralen des 21. Jh. Germa Press Verlag, Hamburg
37. **Petermann, Franz & Scheithauer, Herbert (1998):** Aggressives und antisoziales Verhalten im Kindes- und Jugendalter. In: Petermann / Kusch / Niebank (Hrsg.): Entwicklungspsychopathologie, 243 - 295. Psychologie Verlags Union, Weinheim
38. **Pflüger, Hans-Georg (1994):** Die interfamiliäre Suchtspirale. In: Sozialmagazin, 3, 14 - 21
39. **Plöhn, Inken (1998):** Flow - Erlebnisse in der Erlebnispädagogik: Ursprung und Konsequenz. In: Zeitschrift für Erlebnispädagogik, 3/4, 3 - 22

40. **Post, Wolfgang (1997):** Erziehung im Heim. Juventa Verlag, Weinheim
41. **Rauchfleisch, Udo (1992):** Psychotherapie mit aggressiven Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In: Heinemann / Rauchfleisch / Grüttner: Gewalttätige Kinder. Psychoanalyse & Päd. in Schule, Heim und Therapie, 141-211. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt
42. **Redl, Fritz (1971):** Erziehung schwieriger Kinder. Beiträge zu einer psychotherapeutisch orientierten Pädagogik. R. Piper & Co. Verlag, 4. Auflage, München
43. **Riemann, Fritz (1961):** Grundformen der Angst. Ernst Reinhardt Verlag, 1995, München
44. **Schneider, Winfried (1996):** Kinder aus Suchtfamilien in der Jugendhilfe (Heimbereich, Tagesgruppen). In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Kinder Suchtkranker. Symposium am 27.02.1996, Mainz
45. **Siefen, Rainer Georg & Boerger, Gisela & Klar, Wolfgang (1996):** Familienrechtliche Begutachtung bei Alkoholerkrankung der Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 45, 343 - 349
46. **Silbereisen, Rainer (1995):** Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: Oerter / Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, 1056 - 1068. Psychologie Verlags Union, 3. Auflage, Weinheim
47. **Simon, Roland & Palazzetti, Manuela (1999):** SEDOS - Bericht 1998. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Sonderheft 2.
48. **Statistisches Bundesamt (2000):** Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Teil I, 4.1
49. **Steinhausen, Hans - Christoph (1984):** Kinder alkoholkranker Eltern. In: Steinhausen (Hrsg.): Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie, 209 - 226. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
50. **Thiersch, Hans (1992):** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Juventa Verlag, Weinheim
51. **Thomasius, Rainer (1997):** Geteiltes Leid. In: Suchtreport, 3, 18 - 21
52. **Trost, Alexander (1996):** Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In: Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialmedizin, 269 - 301. Borgmann Publishing, Dortmund
53. **Wallerstein, Judith (1984):** Die Bedeutung der Scheidung für Kinder. In: Steinhausen (Hrsg.): Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie, 107 - 121. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
54. **Wieland, Norbert & Marquardt, Uschi & Panhorst, Hermann & Schlotmann, Hans - Otto (1992):** Ein Zuhause - Kein Zuhause. Lebenserfahrungen und -entwürfe heimentlassener junger Erwachsener. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau

- 55. **Zobel, Martin (1995):** Kinder aus Suchtfamilien. In: Verhaltensmedizin Heute, 4, 42 - 47
- 56. **Zobel, Martin (2000):** Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Hogrefe Verlag, Göttingen

<b>10. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>
----------------------------------

<b>ADHS</b>	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
<b>BeWo</b>	Betreute Wohngruppen
<b>BGB</b>	Bürgerliches Gesetzbuch
<b>FamG</b>	Familiengericht
<b>GG</b>	Grundgesetz
<b>HKS</b>	Hyperkinetisches Syndrom (Synonym für ADHS)
<b>HPG</b>	Hilfeplangespräch (nach § 36 KJHG = § 36 SGB VIII)
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>JA</b>	Jugendamt
<b>JGG</b>	Jugendgerichtsgesetz
<b>JWG</b>	Jugendwohlfahrtsgesetz
<b>KJHG</b>	Kinder- und Jugendhilfegesetz
<b>RJWG</b>	Reichsjugendwohlfahrtsgesetz
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch (SGB VIII = KJHG)
<b>StGB</b>	Strafgesetzbuch
<b>WHO</b>	World Health Organisation

<b>11. SCHLUSSEKKLÄRUNG</b>
-----------------------------

Ich versichere hiermit, daß ich die vorstehende  
Diplomarbeit selbständig angefertigt, keine  
anderen als die angegebenen Hilfsmittel  
benutzt und wörtlich entlehnte Stellen als  
solche kenntlich gemacht habe.

Köln, den 25.03.2001

---