



Beiträge
zur Erziehungshilfe

Band 47

Norbert Beck (Hg.)

Therapeutische Heimerziehung

Grundlagen, Rahmenbedingungen, Methoden


Bundesverband katholischer Einrichtungen
und Dienste der Erziehungshilfen e.V.



LAMBERTUS

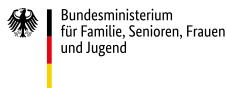
Norbert Beck (Hg.)

Therapeutische Heimerziehung

Grundlagen, Rahmenbedingungen, Methoden

LAMBERTUS

Diese Publikation wurde gefördert durch:



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© 2020, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: Elanders GmbH, Waiblingen

ISBN 978-3-7841-3234-1

ISBN eBook 978-3-7841-3235-8

Inhalt

Einführung.....	7
-----------------	---

GRUNDLAGEN THERAPEUTISCHER HEIMERZIEHUNG

1	Entwicklungslinien, Bezugspunkte und Begriffsbestimmung Therapeutischer Heimerziehung	13
	<i>Norbert Beck</i>	
2	Implementierung evidenzbasierter therapeutischer Ansätze in der Heimerziehung.....	38
	<i>Sigrid James</i>	
3	Zur Kooperation von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Zusammenarbeit gestalten	50
	<i>Astrid Jörns-Presentati, Gunter Groen</i>	
4	Ausgangslagen und Effekte Therapeutischer Heimerziehung	59
	<i>Michael Macsenaere</i>	
5	Sozialrechtliche Rahmung und Steuerungsverantwortung der öffentlichen Jugendhilfe in der Therapeutischen Heimerziehung	67
	<i>Harald Britze</i>	

RAHMENBEDINGUNGEN THERAPEUTISCHER HEIMERZIEHUNG

BETEILIGTE SYSTEME UND SCHNITTSTELLEN

6	Das System Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	83
	<i>Andreas Warnke</i>	
7	Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	98
	<i>Sabine Maur, Kristina Nehls</i>	
8	Therapeutische Heimerziehung und Schule.....	109
	<i>Roland Stein</i>	
9	Berufliche Bildung für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen – Hürden, Wege, Perspektiven	120
	<i>Ramona Eck, Harald Ebert</i>	

ÄTIOLOGIE UND EPIDEMIOLOGIE

10	Das Bio-Psycho-Soziale Modell als übergreifender Ansatz der Erklärung von herausforderndem Verhalten und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen	130
	<i>Klaus Fröhlich-Gildhoff</i>	
11	Epidemiologie psychischer Störungen in der Kindheit und Jugend	151
	<i>Michael Kölch</i>	

DIAGNOSTIK

12	Multiaxiale Diagnostik	158
	<i>Martin Schmidt</i>	
13	Anforderungen an eine Teilhabediagnostik im Kindes- und Jugendalter – Rahmenbedingungen und Instrumente zur Bedarfsermittlung in der Kinder- und Jugendhilfe.....	170
	<i>Johann Hartl, Claudia Dölitzsch, Birgit Möhrle, Jörg M. Fegert, Heinz Kindler, Ute Ziegenhain</i>	
14	Psychometrische Diagnostik und ressourcenorientierte Förderplanung mit dem EQUALS-System	196
	<i>Marc Schmid</i>	

ÜBERBLICK ÜBER WICHTIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE STÖRUNGSBILDER

15	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	211
	<i>Thomas Jans, Timo D. Vloet</i>	
16	Störungen des Sozialverhaltens	227
	<i>Timo D. Vloet</i>	
17	Angststörungen	233
	<i>Siebke Melfsen, Susanne Wälitzka</i>	
18	Depressionen.....	246
	<i>Gunter Groen</i>	
19	Zwangsstörungen	258
	<i>Gunilla Wewetzer, Christoph Wewetzer</i>	
20	Tic-Störungen	269
	<i>Katrin Woitecki, Manfred Döpfner</i>	
21	Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen	274
	<i>Claudia Blezinger</i>	
22	Bindungsstörungen	299
	<i>Alexandra Iwanski, Peter Zimmermann</i>	
23	Umschriebene Entwicklungsstörungen.....	307
	<i>Andreas Warnke</i>	
24	Autismus-Spektrum-Störungen.....	320
	<i>Judith Sinzig</i>	
25	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung/Borderline.....	332
	<i>Arne Bürger</i>	
26	Essstörungen	342
	<i>Claudia Mehler-Wex</i>	
27	Psychosen und schizophrene Erkrankungen	354
	<i>Tobias J. Renner</i>	

28	Reifungskrisen	360
	<i>Claudia Mebler-Wex</i>	

METHODEN IN DER THERAPEUTISCHEN HEIMERZIEHUNG

THERAPEUTISCHE UND PÄDAGOGISCHE BEZUGSANSÄTZE

29	Beziehungsgestaltung in der Heimerziehung: Reflexion über einen zentralen Wirkfaktor	373
	<i>Silke Birgitta Gableitner</i>	
30	Verhaltenstherapeutische Basisansätze	383
	<i>Michael Borg-Laufs</i>	
31	Grundlagen Systemischen Arbeitens und Systemischer Therapie	395
	<i>Reinert Hanswille</i>	
32	Humanistische Basisansätze	407
	<i>Helmut Pauls</i>	
33	Resilienz- und Ressourcenorientierung in der Heimerziehung	419
	<i>Maike Rönnau-Böse, Klaus Fröhlich-Gildhoff</i>	
34	Gruppenpädagogik in der (Therapeutischen) Heimerziehung	433
	<i>Werner Freigang</i>	
35	Traumapädagogik: Grundlagen	446
	<i>Wilma Weiß, Silke Birgitta Gableitner</i>	
36	Neue Autorität, grundlegende Aspekte für Haltung und Handlung im Rahmen therapeutischer Heimerziehung	456
	<i>Bruno Körner, Martin Lemme</i>	
37	Traumapädagogik reloaded: Gemeinsames Verstehen und Partizipation als traumapädagogische Kernaufgabe im Heimalltag	474
	<i>Anja Sauerer, Wilma Weiß</i>	
38	Erlebnistherapie von der Leistungs- zur Prozessorientierung	485
	<i>Walter Fürst</i>	

(BE-)HANDLUNGSANSÄTZE IM GRUPPEN- UND EINZELSETTING

39	Pädagogisches Rahmenkonzept zum Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzenden/selbstschädigenden Verhaltensweisen (NSSV)	506
	<i>Michaela Holler, Arne Bürger</i>	
40	Essstörungen im Alltag – Gestaltung des Therapeutischen Milieus in einer Wohngruppe für Mädchen mit Essstörungen	519
	<i>Elke Schilling, Karl-Heinz Weiß</i>	
41	Das pädagogisch-therapeutische Konzept der LepperMühle: Ein Rehabilitations-programm für junge Menschen mit Psychose	531
	<i>Matthias Martin, Berthold Martin, Katarina Müller, Willigis Werner</i>	

42	Wenn Kinder und Jugendliche die Krise kriegen – hilfreiche Handlungskonzepte bei stressempfindlichen und hoch-reagiblen Kindern	543
	<i>Monique Breithaupt-Peters</i>	
43	Konzept einer Wohngruppe für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS).....	561
	<i>Markus Bauer, Manuela Paulak</i>	
44	Bindungsorientiertes Handlungskonzept für kleine Kinder und Säuglinge in der stationären Jugendhilfe	575
	<i>Stephan Dauer, Ingrid Kneer-Abandowitz</i>	
45	Gruppentraining Sozialer Fertigkeiten.....	587
	<i>Britta Leonhardt, Norbert Beck</i>	
46	Therapeutische Angebote zur Verminderung aggressiven Verhaltens bei Kindern in Jugendhilfe-Maßnahmen	599
	<i>Stefan Rücker, Peter Büttner</i>	
47	START NOW – Ein Skills-Training für stationär platzierte Jugendliche mit Emotionsregulationsschwierigkeiten in Jugendhilfeeinrichtungen	604
	<i>Christina Stadler, Michaela Holler</i>	
48	Veränderungschancen bei aggressivem Verhalten – Coolness-Training im Heimbereich	614
	<i>Stefan Werner²</i>	
49	Sozialtherapie Impulssteuerung – Hinter der Wut arbeiten	622
	<i>Stefan Werner²</i>	

ARBEIT MIT ELTERN

50	Elternarbeit im Kontext des Therapeutischen Heims Sankt Joseph	633
	<i>Kathrin Dietz, Stefan Werner¹</i>	
51	Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Heimerziehung	644
	<i>Andreas Schrappe</i>	

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

52	Medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	654
	<i>Regina Taurines</i>	
	Die Autorinnen und Autoren.....	671

Einführung

„Ich kann von Glück reden, als Jugendlicher ins Sankt Josephs Heim gekommen zu sein. Was aus mir geworden ist, verdanke ich zum größten Teil vier intensiven Jahren der engen Betreuung durch Pädagogen, Psychologen und Betreuern.

Ich habe in dieser Zeit Ferien und Freizeitaktivitäten genossen, die im alltäglichen Leben nicht von einer Familie gestemmt werden können und das Leben von seiner schönen Seite gezeigt bekommen.

Im Gegensatz zu anderen Einrichtungen, die ich kennenlernen durfte, konzentriert sich das Heim besonders auf die Zusammenarbeit mit den Eltern und eine positive Wiedereingliederung in die Familie. Darüber hinaus hatte ich heilpädagogische und therapeutische Unterstützung in der Einrichtung.

Rückblickend habe ich nicht nur gelernt mit meinen Problemen umzugehen und mein Leben zu ordnen, sondern auch eine familiäre Erziehung erleben zu dürfen.“

Férdéric, 23 Jahre, Schreinermeister

In der BRD liegt der Begleitung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien mit dem SGB VIII eine Rechtssystematik zugrunde, die neben der allgemeinen Förderung von Kindern, Jugendlichen und Familien mit den Hilfen zur Erziehung (HZE) und der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder einen differenzierten Katalog von beratenden, ambulanten, teilstationären und stationären Hilfesettings für junge Menschen mit besonderen Hilfebedarfen vorhält und mit einem Rechtsanspruch versieht. Dieser sozialrechtliche Rahmen stellt dabei kein statisches Konstrukt dar, sondern hat sich immer auf der Folie gesellschaftlicher Anforderungen und auf dem Hintergrund veränderter Bedarfe weiterentwickelt. In einer historischen Perspektive bildet sich dies in den großen Novellierungen vom Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt (RJWG, 1922) über das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG, 1961) zum Kinder- und Jugendhilfegesetz, Sozialgesetzbuch VIII (1990/91), ab. Über diese Meilensteine der gesetzgeberischen Entwicklung hinaus gab es weitere Anpassungsprozesse durch Änderungsgesetze. Alleine für das SGB VIII, 1990/91 in Kraft gesetzt, zählt das DJI bis 2013 40 Änderungsgesetze (Rauschenbach, 2013).

Die sozialrechtlichen Anpassungen sind oft begleitet oder ausgelöst durch die Veränderung der Bedarfe. Dies drückt sich zum einen quantitativ aus. Die Gesamtzahl der gewährten Hilfen in allen Angeboten der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfen ist in den Jahren 1993 bis 2018 von ca. 350.000 Fällen pro Jahr auf über 1 Mio. gestiegen: dies entspricht einer Steigerungsrate von über 300 %. Die Verteilung auf die einzelnen Hilfeformen unterliegt dabei temporären Schwankungen. Über eine längerfristige

Betrachtung lässt sich aber vereinfacht festhalten, dass es sich bei ca. 40–45 % der Hilfen um Erziehungsberatung, bei 30–35 % um ambulante Hilfen einschließlich Tagesgruppen und bei gut 20 % um Fremdunterbringungen handelt. Hier wiederum macht die Heimerziehung den größten Anteil aus. Von den gut 236.000 Fremdunterbringungen in Jahr 2016 (am Ende des Jahres andauernde und während des Jahres beendete Hilfen) handelte es sich bei knapp 150.000 um stationäre Hilfen in Form einer Heimerziehung (AKJ, 2018). Hinzu kommen gut 20.000 Eingliederungshilfen in stationärer Form.

Neben den quantitativen Veränderungen ist – insbesondere in den stationären Formen der Erziehungs- bzw. Eingliederungshilfe – eine qualitative Veränderung zu konstatieren. Der Ausbau der ambulanten Hilfen in der Folge der Einführung des SGB VIII und die hohe Belastung mit psychosozialen Risikofaktoren einer Gruppe von jungen Menschen wie Traumatisierung, Vernachlässigung, Armut, Beziehungsabbrüchen, psychischer Erkrankung eines Elternteils oder körperliche und sexuelle Gewalt, hat dazu geführt, dass junge Menschen in den stationären Hilfen zu den psychosozial am stärksten belasteten Gruppen in der westlichen Welt zählen (Tarren-Sweeny, 2008) und ihr Versorgungsbedarf entsprechend hoch und komplex ist.

Verbunden mit der besonderen Häufung von Risikofaktoren ist die hohe Prävalenz psychischer Störungen in dieser Gruppe. Bei Kindern und Jugendlichen in den stationären Settings der Jugendhilfe ist das Vorliegen psychischer Störungen eher die Regel denn die Ausnahme. Untersuchungen weisen eine Prävalenzrate psychischer Störungen in dieser Gruppe von ca. 60 bis 75 % aus (Schmid, 2007; Whittaker, Del Valle & Holmes, 2014).

Weitere relevante Faktoren für eine Intensivierung in den stationären Hilfen sind in der gesamten Entwicklung der psychosozialen Versorgung von hochbelasteten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen zu sehen. Ähnlich wie die Bedarfsentwicklung in der Jugendhilfe verzeichnete die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen rapiden Anstieg der Fallzahlen. Trotz eines rückläufigen Anteils von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung hat sich die Fallzahl der stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten jungen Menschen unter 18 Jahren im Zeitraum von 2000 bis 2017 von 30.700 Fällen auf 61.400 Fälle im Jahr verdoppelt. Gepaart mit einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern in den Kliniken – im gleichen Zeitraum ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 47 auf 34 Tage gesunken (Gesundheitsberichterstattung des Bundes GBE, 2018) – verdichtet sich der Versorgungsdruck im stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und wächst die Anforderung an die Versorgungssysteme in der Nachfolge der klinischen Behandlung – in vielen Fällen die stationäre Jugendhilfe.

Die Anforderung an die Betreuung und Behandlung der jungen Menschen in diesem Versorgungsfeld haben sich auf dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen verändert. Die hochbelastete Klientelgruppe

erfordert zunehmend komplexe und qualifizierte Handlungsansätze in einem multiprofessionellen Zusammenspiel heil- und sozialpädagogischer, psychotherapeutischer, kinder- und jugendpsychiatrischer und sonderpädagogischer Expertise. Dies findet auch seinen Ausdruck in der Forderung des 13. Kinder- und Jugendberichtes (BT-Drs. 16/12860, 2009), in dem ein stärkeres Zusammenwirken von Jugend- und Gesundheitshilfe gefordert wird.

Es hat in den vergangenen Jahren diesbezüglich eine Qualifizierung und auch Spezialisierung stationärer Settings der Jugendhilfe gegeben. Dieser Prozess erfolgt nicht immer ohne Kritik der pädagogischen Fachwelt. Häufig, so die Argumentation, werden die mit einer Spezialisierung verbundenen Erwartungen an die Professionalisierung enttäuscht, Spezialisierungsschübe folgten den je aktuell gültigen gesellschaftlichen Leitmotiven. Als Negativeffekt einer starken klinischen Ausrichtung und einer engen Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Sinne einer Psychiatrisierung bzw. Therapeutisierung die Vernachlässigung der pädagogischen Identität erlebt (Behnisch, 2013; Peters, 2016).

Ungeachtet dieser kritischen Haltung spricht die Bedarfslage eine andere Sprache. Psychisch hochbelastete junge Menschen in stationären Settings der Jugendhilfe fordern alle beteiligten psychosozialen Versorgungssysteme zu einer fachlich-methodisch fundierten, sich aus den Expertisen unterschiedlicher Disziplinen speisenden, kooperativen Arbeit heraus. Wir nennen es Therapeutische Heimerziehung.

In diesem Autorenband versucht der Herausgeber, system- und disziplinenübergreifend einen Überblick zu geben über die heilpädagogisch-therapeutischen Handlungsmöglichkeiten im Setting intensiver stationärer Jugendhilfe. Die multidisziplinäre und systemübergreifende Perspektive drückt sich in der Sammlung fachkundiger Autoren aus, denen der Herausgeber für die Bereitschaft, an diesem Band mitzuarbeiten, zu aufrichtigem Dank verpflichtet ist. Vertreten sind Sonder-, Sozial- und Heilpädagogen, Diplompädagogen, Psychologen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater.

Die Logik dieses Bandes folgt dem Dreisprung von Grundlagen, Rahmenbedingungen und Handlungsmethoden. Dies entspringt dem Wunsch, bei einer Schwerpunktsetzung auf strukturierte (Be-)Handlungsansätze auch pädagogische, therapeutische und medizinische Basisansätze, die sozialrechtliche Einordnung und die Grundstrukturen der an der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Systeme mit ihren Möglichkeiten und Grenzen sichtbar zu machen. Dies entspricht aber auch der Vorstellung, dass sich eine psychosoziale Handlungsdisziplin (auch wenn es sich hier um keine eigenständige Disziplin handelt) durch ihre Zielgruppe und ihr Einsatzgebiet, durch Modelle, Grundannahmen und durch ihre Methoden kennzeichnet.

Auf eine geschlechtergerechte Sprache wurde auf Wunsch des Herausgebers zur besseren Lesbarkeit in den meisten Beiträgen verzichtet, grundsätzlich sind immer alle Geschlechterformen gemeint. Dort, wo die Autoren eine geschlechtergerechte Schreibweise in Ihrem Beitrag präferieren, haben wir uns für die Form „In/Innen“ entschieden.

Grundlagen

Therapeutischer Heimerziehung

1

Entwicklungslinien, Bezugspunkte und Begriffsbestimmung Therapeutischer Heimerziehung

Norbert Beck

Therapeutische Heimerziehung ist keine spezifische im SGB VIII Kinder- und Jugendhilfegesetz ausgewiesene Hilfeform, sondern ist zu verstehen als die Ausgestaltung eines Settings der stationären Hilfen für spezifische Bedarfe in einer spezifischen fachlich-qualitativen Form. Somit findet sich der Begriff der Therapeutischen Heimerziehung auch (noch) eher selten, sondern ist impliziert in Konzepten des therapeutischen Milieus und therapeutischer Gruppen (Gahleitner, 2011) oder findet einen Niederschlag z. B. in Empfehlungen wie die des Bayerischen Landesjugendamtes (ZBFS, 2014). Hier werden nach Gruppengröße, Personalbemessung, Fachdienstsdichte und Indikationen sozialpädagogische, heilpädagogische und therapeutische Gruppen unterschieden.

Grundsätzlich bilden strukturelle, konzeptionelle und personelle Aspekte die Rahmung für das Verständnis Therapeutischer Heimerziehung. Diese speisen sich aus unterschiedlichen Ansätzen und Konzeptionen innerhalb des Systems der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch aus Entwicklungen und Einflüssen verschiedener Disziplinen der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen jenseits der Jugendhilfe wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Heilpädagogik, der Sonderpädagogik oder der klinischen Psychologie/Psychotherapie.

Ein Nachspüren der unterschiedlichen Entwicklungen verdeutlicht, dass sich eine Reihe gemeinsamer Bezugspunkte, gemeinsame konzeptionelle Stränge und eine Vielzahl von Schnittstellen finden, die sehr viel mehr Verbindendes der unterschiedlichen Disziplinen in der Betreuung und Behandlung von jungen Menschen mit schwergradigen psychosozialen Belastungen erkennen lassen, als dies heute oft mit dem Anliegen der Profilbildung vermittelt wird. Das Nachzeichnen unterschiedlicher Entwicklungslinien geschieht an dieser Stelle unter der Fokussierung einer spezifischen Klientelgruppe – Kinder und Jugendliche mit schwergradigen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problematiken – und der Konzentration auf ein Setting innerhalb der Jugendhilfe, nämlich den stationären Hilfen im Sinne der Heimerziehung.

1 Die Entwicklung der stationären Hilfen zur Erziehung

1.1 Vom Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) zum Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG)

Das Verständnis Therapeutischer Heimerziehung ist zunächst einzuordnen in die Entwicklungslinien der Hilfen zur Erziehung insgesamt und speziell der Hilfen in Form einer außerhäuslichen Unterbringung.

Als Gründerzeit der professionellen Jugendhilfe bezeichnet Trede (2009) die Zeit von 1878 bis 1922, in der erstmals von einer sich aus der Armen- und Waisenhausbewegung entwickelnden öffentlichen Fürsorgeerziehung zu sprechen ist. Trotz der für die Entwicklungsgeschichte der Heimerziehung maßgeblichen pädagogischen Impulse durch z. B. Pestalozzi (1746–1827) und Wichern (1808–1881) war aber nicht der erzieherische Auftrag, sondern vielmehr die Kontroll-, Wächter- und Disziplinierungsfunktion maßgeblich; Heimerziehung hatte primär Zwangscharakter.

Es ist davon auszugehen, dass unter den Heimzöglingen Kinder und Jugendliche zu finden waren, die nach heutigem Verständnis an einer psychischen Störung litten. Elementare Zielgruppen waren aber verwahrloste, von Verwahrlosung bedrohte oder straffällige Kinder und Jugendliche, die es zu disziplinieren galt bzw. die vor weiterer sittlicher Verrohung oder Gefährdung geschützt werden sollten. Letzteres galt insbesondere für Mädchen und weibliche Jugendliche. Die geschlechtsspezifischen Indikationen für die Anordnung von Fürsorgeerziehung drückt sich in einer ersten Statistik von 1901 bis 1906 aus, nach der bei Jungen Diebstahl, Schuleschwänzen und Arbeitsbummelei, bei Mädchen dagegen mehrheitlich „Umhertreiben“, „sexuelle Auffälligkeiten“ und „unerwünschte sexuelle Beziehungen“ als Hauptgründe für die Anordnung der Fürsorgeerziehung genannt wurden (Kappeler & Hering, 2017).

Kinder und Jugendliche mit schweren emotionalen und psychischen Störungen fanden sich eher in Einrichtungen der Psychopathenversorgung, einer Versorgungsstruktur, die nach heutigem Verständnis als Vorläuferstruktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu sehen ist. Grundsätzlich drückt sich dabei ein Dilemma aus, das in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit sozial-emotionalen Verhaltensstörungen auch in der Folge nie ganz aufgelöst werden konnte. Handelt es sich bei den Verhaltensproblematiken eher um klinische Störungsbilder und in der Folge dann auch um kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbedarf oder eher um das Ergebnis ungunstiger Sozialisationsbedingungen und pädagogische Problematiken? Entsprechend zeichnen Myschker und Stein (2018) auch unterschiedliche historiografische Entwicklungslinien in der Versorgung von Kindern und

Jugendlichen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten nach, u. a. die sozialpädagogische Linie und die pädagogisch-psychiatrische Linie.

Der aufkeimende Erziehungsgedanke fand seinen Niederschlag im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (1922), in dem erstmals ein Anspruch auf Erziehung formuliert wurde (Knab, 2014). Es sollten nicht nur Straffälligkeit und abweichendes Verhalten sanktioniert werden, auch die produktive Bearbeitung der Folgen unzureichender Sozialisation sollte zum pädagogischen Auftrag werden (AFET, 2006).

Trotz dieser gesetzlich verankerten Wende von der Zwangserziehung zum Anspruch auf Erziehung änderte sich in der Praxis wenig. Die stationäre Maßnahmenform blieb die Fürsorgeerziehung (FE), eine ohne Einverständnis der Betroffenen durch das Vormundschaftsgericht angeordnete Unterbringung in einem Fürsorgeheim. Erst 1977 wurde diese Maßnahme um eine andere Form der stationären Hilfe im Rahmen der Neufassung des JWG ergänzt. Aufgenommen wurde die Freiwillige Erziehungshilfe (FEH), die auf Antrag der Eltern erfolgte und der Abwendung der Gefährdung der leiblichen, seelischen und geistigen Entwicklung diente.

Mit dem Nationalsozialismus erfolgte die Trennlinie der „Hilfegewährung“ entlang der Fragestellungen der Erziehbarkeit, der Nützlichkeit für das Volkswohl, Fragen der Erbgesundheit und rassischen Kriterien. Grundlegende Zielsetzung der Fürsorgeerziehung, die auf Weisung des Vormundschaftsgerichtes erfolgte, war die Verhütung oder Beseitigung von Verwahrlosung. Unter die Gesamtgruppe wurden schwer erziehbare, verwahrloste Kinder und Jugendliche sowie junge Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen subsumiert und – je nach Wert, Erziehungsfähig- bzw. Bildbarkeit und Erbgesundheit – den Jugendheimstätten, der Fürsorgeerziehung oder den Jugendschutzlageren zugeordnet bzw. mit der Zielsetzung der Aussonderung unwerten Lebens der Zwangssterilisation oder dem Euthanasieprogramm zugeführt. Von dieser Aussonderung waren insbesondere auch Kinder- und Jugendliche mit psychischen Störungen betroffen. Hier v. a. der „erblich bedingte Schwachsinn“ und andere psychische Störungen, von denen man eine Erblichkeit voraussetzte. Zur Kategorisierung trug auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie bei (Kuhlmann & Schrapper, 2001).

In den stationären Hilfen im Nachkriegsdeutschland wurden zunächst weder strukturelle noch konzeptionelle Veränderungen umgesetzt. Zielsetzung war weiterhin, meist unter repressiven Erziehungsbedingungen, die Disziplinierung oder die Verhinderung von Verwahrlosung. Die Zielgruppe der verwahrlosten und straffälligen jungen Menschen wurde allerdings erweitert um die Kriegswaisen, die nicht selten traumatisiert waren und an „neurotischen Störungen“ litten. Reformen setzten sich am ehesten in der Berücksichtigung der negativen Folgen der anstaltsförmigen Lebensumstände und in der intensiven Bemühung einer stärker familienorientierten Ausgestaltung

der Heimerziehung durch. Dies geschah z. B. durch Mehringer in der Umgestaltung des Münchner Waisenhauses, der eine sukzessive Verkleinerung der Gruppen und einen Aufbau familienanaloger Struktur verfolgte (Schrapper, 1990).

Darüber hinaus gab es Ansätze zu einer mit den strukturellen Rahmenbedingungen verbundenen inhaltlichen Neuausrichtung. Bereits 1953 wurde in Würzburg im Rahmen des Wiederaufbaus eines im Krieg zerstörten Erziehungsheimes eine „psychotherapeutische-heilpädagogisch-Abteilung“ aufgebaut, in der neben strukturellen und organisatorischen Veränderungen – Verringerung der Gruppengröße, familienähnliche Organisationsform, Entwicklung eines Konferenzsystems – zentrale konzeptionelle Veränderungen in Richtung einer Therapeutischen Heimerziehung angebahnt wurden (Flosdorf, 2003).

Für diese Ansätze standen Konzepte der Behandlung und Betreuung von schwer verhaltens- und emotional gestörten Kindern aus den USA von Fritz Redl, Bruno Bettelheim und Albert Trieschman und das Konzept der Child-Guidance-Clinic Pate (s. Historische Impulsegeber).

Diese Ansätze waren aber zunächst auf einzelne Einrichtungen begrenzt und wirkten noch nicht in die Breite der Heimerziehung. Damit verbunden ist auch, dass diese Entwicklungen im Rahmen der massiven Kritik an der Heimerziehung und der daraus erwachsenden Heimkampagnen der späten 1960er-Jahre kaum Würdigung fanden. Die Kritik der Heimkampagnen richtete sich gegen die Zustände in den Einrichtungen und die repressiven Erziehungspraktiken. Weiter war aber auch die Unzufriedenheit über die mit der Einführung des Jugendwohlfahrtsgesetzes (1961) in Aussicht gestellten Veränderungen hinsichtlich der Hilfeformen sowie die Ablehnung von Einrichtungen wie Heime, Kinder- und Jugendpsychiatrien oder Gefängnisse als „totale Institutionen“, die einer gesamtgesellschaftlichen Emanzipation im Wege standen, Inhalt der Auseinandersetzungen.

Besonders konflikthaft gestaltete sich zu dieser Zeit auch das Verhältnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Auf dem Hintergrund der Entwicklung der jungen Disziplin Kinder- und Jugendpsychiatrie ging es u. a. um die Definitionshoheit von Verhaltens- und Emotionalstörungen als eher pädagogische oder medizinisch-psychiatrische Aufgaben – verbunden mit ätiologischen Modellen und Behandlungsmethoden.

Jenseits dieser Entwicklungen etablierten sich aber – und dies ist im Verständnis der Therapeutischen Heimerziehung an dieser Stelle von zentraler Bedeutung – im Vorfeld der noch näher zu beschreibenden sozialrechtlichen Verankerung Kooperationsmodelle der Disziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe. Dies war z. B. in der Stiftung „Die Gute Hand“ in Kürten-Bisfeld der Fall, in der der langjährige Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Mannheim, Prof. Dr. Martin

Schmitt, bereits 1968 als Leiter der Therapeutischen Abteilung tätig wurde. In der Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationäre Jugendhilfe, in der Regel geprägt durch die entsprechenden Protagonisten, ist hier auch versucht worden, dieses für die Jugendhilfe eher neue Handlungsfeld der Kinder mit psychischen Störungen inhaltlich zu systematisieren, wie dies z. B. in der Veröffentlichung „Psychisch gestörte Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe: Zur Umsetzung von § 35a KJHG“ (Schmidt Holländer & Hölzl, 1995) geschehen ist.

Als weiteres Beispiel kann die Arbeit des Therapeutischen Heims Sankt Joseph (THSJ) in Würzburg gelten. Die Einrichtung führte bereits in den 1970er-Jahren einen kontinuierlichen nervenärztlichen Konsiliardienst ein und betreute schon vor der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes eine Reihe von Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage der Eingliederungshilfe, zu diesem Zeitpunkt noch eine Hilfeform der überörtlichen Sozialhilfe. Mit einer Ausweitung des Fürsorgerechts über die reine Sicherung des Existenzminimums wurde 1962 das Bundessozialhilfegesetz in Kraft gesetzt und neben den *Hilfen zum Lebensunterhalt* mit den *Hilfen in besonderen Lebenslagen* eine neue Anspruchsgrundlage geschaffen. Eine zentrale Zielsetzung der Hilfen in besonderer Lebenslage war die Sicherung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Im § 39 BSHG wurden als Anspruchsberechtigte Personen benannt, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind. Eine retrospektive Datenanalyse des THSJ verdeutlicht, dass für knapp 25 % aller in der Einrichtung betreuten Kinder und Jugendlichen aus den Jahren 1977 bis 1990 der § 39 BSHG, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, die rechtliche Grundlage bildete.

1.2 Das Kinder- und Jugendhilfegesetz – SGB VIII und die Bedeutung für die Therapeutische Heimerziehung

Eine für das Verständnis der Therapeutischen Heimerziehung zentrale sozialrechtliche Rahmung fand mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes und in der Folge mit der Neuverortung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung im SGB VIII statt.

Hintergrund dieser Zuständigkeitsveränderung waren die bereits in den Referentenentwürfen zum KJHG geführten Diskussionen (Wiesner, 2011), alle Kinder und Jugendliche, unabhängig von Hilfebedarfen und Behinderungsformen, in eine sozialrechtliche Zuständigkeit zu überführen. Dieser als „große Lösung“ deklarierte Ansatz scheiterte zur Einführung des KJHG (Fegert, 2012). Allerdings wurden Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung – wegen der meist nicht gegeneinander abzugrenzenden pädagogisch-therapeutischen Bedarfe bei

Verhaltensproblematiken und psychischen Störungen – der Jugendhilfe zugeordnet (sog. „kleine Lösung“), während Kinder und Jugendliche mit Sinnesbehinderungen, körperlichen oder geistigen Behinderungen nach wie vor in der Zuständigkeit der überörtlichen Sozialhilfe verblieben.

Der Anspruch auf eine Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII und damit die Indikationsstellung folgt einem zweigliedrigen Behindertenbegriff. Kinder oder Jugendliche haben demnach Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht (Vorliegen einer psychischen Störung)
- und
2. daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (aus der psychischen Störung resultierende Beeinträchtigung in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben).

Das Vorliegen einer psychischen Störung wird durch eine dem SGB V, der Krankenhilfe, zuzuordnende Personengruppe (Ärzte, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ...) auf der Grundlage des ICD 10 (Dillig, Mombour & Schmidt, 2011) diagnostiziert. In der Regel erfolgt dies über eine gutachterliche Stellungnahme, für die inzwischen eine weitgehend standardisierte Vorgehensweise mit Musterstellungen vorliegt (Fegert, Roosen-Runge, Thoms, Kirsch & Kölch, 2008) und die dem multiaxialen Klassifikationschema für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt, Schmidt, & Pouska, 2012) folgt.

Ob und in welchem Umfang aus der psychischen Störung eine Teilhabebeeinträchtigung resultiert, ist in der Kompetenz und der Verantwortung der öffentlichen Jugendhilfe festzustellen. Die zweigliedrige Prüfung der Leistungstatbestandvoraussetzung und auch die vom Gesetzgeber geforderte Beteiligung der Personen, die die Stellungnahme hinsichtlich des Vorliegens der psychischen Störung gestellt haben, am Hilfeplanverfahren, erfordert damit wie kaum eine andere Rechtsnorm des SGB VIII ein system- und professionsübergreifendes Vorgehen (Wiesner, 1997).

Im SGB VIII werden mit den beschriebenen Rechtsnormierungen *die* zentralen sozialrechtlichen Grundlagen für eine Versorgung von jungen Menschen mit psychischen Störungen im Sinne der Therapeutischen Heimerziehung beschrieben (Beck, 2014).

Über diese rechtliche Verankerung hinaus werden in der Folge die inhaltlich-konzeptionellen Bezugsgrößen skizziert, auf die teilweise schon hingewiesen wurde und die als impuls- und orientierungsgebend für die Therapeutische Heimerziehung gelten können.

2 Historische Impulsgeber für und konzeptionelle Einflüsse auf die Therapeutische Heimerziehung

2.1 Lightner Witmer und die Child Guidance Clinic

Unter *Child Guidance* ist eine in den USA und England entwickelte Methode und unter *Child Guidance Clinic* die entsprechende Institution, ambulant oder stationär, zur Intervention bei kindlichen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen einschließlich Elternberatung (Häcker, 2009), zu verstehen.

Eine erste Klinik, die als Vorbild dieser Form der Einrichtungen gilt, wurde 1896 von dem Psychologen Lightner Witmer (1867–1956) in Pennsylvania als „Psychologische Klinik“ gegründet. Zielsetzung war die Beobachtung und Behandlung von Kindern mit Schul- und Verhaltensproblematiken. Witmer, der als Begründer der klinischen Psychologie gilt, definierte die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Medizin, Psychologie, Pädagogik) in der Beratung und Behandlung, verbunden mit Elternarbeit und Schule, als kennzeichnend für diese Einrichtungsform. Hart (1931) fasst das Konzept der *Child Guidance Clinic* bzgl. Zielgruppe, Handlungsmethoden und ätiologischen Grundannahmen gut zusammen. Er spricht von Kindern, bei denen es auf der Grundlage endogener oder exogener Faktoren bzw. deren Wechselwirkung zu einer Fehlanpassung kommt, die sich in Verhaltensstörungen und emotionalen Problematiken ausdrückt. Zu verstehen sind darunter Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens, mit emotionalen Problemen oder Anpassungs- und Entwicklungsstörungen (Sprachentwicklungsstörungen, Einnässen, Schlafstörungen ...). Hinsichtlich der fachlichen Ausrichtung wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit des (Kinder- und Jugend-)Psychiaters, des Psychologen und des Sozialarbeiters herausgestrichen, jeder mit seiner fachspezifischen Expertise und den daraus resultierenden Handlungsmethoden und Zielsetzungen.

Sowohl die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch im Feld der Hilfen zur Erziehung die Erziehungsberatung und therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen rekurrieren z.T. ihre konzeptionelle Entwicklung auf die *Child Guidance Clinic*. Neben der Multiprofessionalität ist ein multikausales Erklärungsmodell, die wissenschaftliche Orientierung, der Einbezug des erweiterten Umfeldes in die Behandlung und der Einsatz psychologischer und psychotherapeutischer Verfahren, zu dieser Zeit allesamt psychoanalytisch geprägt, kennzeichnend für diesen Ansatz.

Ganz explizit nimmt das Therapeutische Heim Sankt Joseph Würzburg auf diesen Ansatz Bezug. Der erste Leiter der 1953 neu eingerichteten *Therapeutisch-heilpädagogischen Sicht- und Beobachtungsstation für schwererziehbare und neurotische Kinder*, Dr. Walter Schraml, hatte das Konzept auf einer Studienreise in den US kennengelernt und regte die Einrichtung der Station nach diesem Konzept an.

2.2 August Aichhorn und die Psychoanalytische Pädagogik

Die Grundlage der Integration psychotherapeutischer Ansätze in der Jugendhilfe ist sicherlich auf August Aichhorn (1878–1949) zurückzuführen. Aichhorn, zunächst als Lehrer in Wien tätig, erhielt 1918 den Auftrag, eine Erziehungsanstalt für verwahrloste Kinder und Jugendliche einzurichten, die er bis 1923 leitete. In seiner pädagogischen Arbeit, die er in „Verwahrloste Jugend“ (Aichhorn, 2005; im Original 1925), einer Sammlung verschriftlichter Vorträge, darlegte, stellte sich Aichhorn gegen den zu dieser Zeit vorherrschenden Ansatz der strafenden und disziplinierenden Zwangserziehung. Vielmehr sah er Hass und aggressives Verhalten begründet in einem Liebesdefizit und einer daraus resultierenden mangelnden Triebbefriedigung. In der Folge seien verwahrloste Kinder (unter Verwahrlosung subsumierte Aichhorn nicht nur dissoziale, sondern auch neurotisch gestörte und verhaltensauffällige Kinder) nicht in der Lage, ihren Aggressionstrieb zu hemmen. Eine Disziplinierung führe zu einer vorübergehenden Anpassung, längerfristig aber durch den Aufschub der Trieberfüllung zu einer latenten Verwahrlosung. Die psychoanalytischen Ansätze Freuds bildeten somit sowohl ein ätiologisches Modell – Verwahrlosung als nachvollziehbare Reaktion auf eine außergewöhnliche Belastung und mangelnde Triebbefriedigung – als auch ein pädagogisch-therapeutisches Handlungskonzept, bezeichnet als psychoanalytische Pädagogik (Schmelzle, 2019). Aichhorn hat damit die Erkenntnisse der Psychoanalyse in die Fürsorgeerziehung mit verwahrlosten und aggressiven Kindern und Jugendlichen eingeführt.

Nach Aichhorn sollten in den Besserungsanstalten (er stellte diesen Begriff explizit dem offiziellen Begriff der Zwangserziehung entgegen) äußere Bedingungen im Sinne eines Milieus geschaffen werden, die die Behandlung von Verwahrlosungserscheinungen (und nicht die Disziplinierung und Bestrafung) ermöglichen. Er fasst darunter die strukturellen und räumlichen Aspekte, aber auch eine Haltung gegenüber den jungen Menschen. Auch wenn Aichhorns pädagogisches Konzept in der Psychoanalyse wurzelte, machte er die eigentliche Ausbildung zum Analytiker erst nach seiner Tätigkeit im Erziehungsheim, blieb aber dem Arbeitsfeld Jugendhilfe treu, indem er die Einrichtung von Erziehungsberatungsstellen in Wien initiierte.

Die Ansätze Aichhorns waren Bezugsgröße für alle weiteren Konzepte des Therapeutischen Milieus, wie sie sich bei Fritz Redl oder Bruno Bettelheim (s. u.) finden.

2.3 Fritz Redl, das „Pioneer-House“ und das „Therapeutische Milieu“

Fritz Redl (1902–1988) war nach dem Studium der Philosophie, Psychologie, Anglistik und Germanistik zunächst Gymnasiallehrer, absolvierte eine Ausbildung als Psychoanalytiker und baute u. a. mit August Aichhorn in Wien Beratungsstellen für „Lernstörungen und Erziehungsschwierigkeiten“

(Rothballe, 2019) auf. Diese Erfahrungen wurden für Redl prägend für seine spätere Tätigkeit.

Redls Weg führte ihn 1936 auf Einladung des Soziologen Robert Havighurst in die USA, wo er nach der Beteiligung an einem Forschungsprojekt und der Einrichtung eines schulpyschologischen Beratungsdienstes 1944 in dem Kinderheim „The Pioneer-House“ sein pädagogisch-therapeutisches Konzept zusammen mit David Wineman realisieren konnte. So prägend und intensiv (in dieser Zeit wurden fünf schwer aggressive und delinquente Jungen von 10 Erwachsenen betreut) die Arbeit im Pioneer-House war, so kurz war sie auch. Die Arbeit musste nach zwei Jahren aus Geldmangel eingestellt werden. Nach einigen Zwischenstationen mit Lehr- und Forschungsarbeiten erhielt Redl 1953 die Möglichkeit, in einem großen psychiatrischen Krankenhaus eine Kinderstation aufzubauen und zu leiten, wo er sein Konzept des „therapeutischen Milieus“ in einem klinischen Kontext der kinderpsychiatrischen Station weiterentwickelte.

Redls Verständnis des „therapeutischen Milieus“ geht davon aus, dass alle Faktoren der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen einen therapeutischen Einfluss haben und damit der Alltag therapeutisch zu gestalten ist (und nicht alleine die Therapiestunde mit dem Kind). Redl setzt sich intensiv sowohl mit der Begrifflichkeit „therapeutisch“ als auch mit dem Begriff „Milieu“ auseinander und formuliert 12 Eigenschaften dieses Konzeptes (Redl, 1991), wobei er betont, dass diese weder abschließend und erschöpfend seien, nicht alle Aspekte in bestimmten Situationen von gleicher Relevanz seien noch eine dogmatische Anwendung der Aspekte sinnvoll sei.

Diese Eigenschaften sensu Redl lassen sich verdichtet folgendermaßen zusammenfassen:

Unter „therapeutisch“ versteht Redl ein schutz- und sicherheitsgebendes Handeln und eine Gestaltung des Umfeldes, das an der Befriedigung der Grundbedürfnisse und der Ich-Bedürfnisse (Wissen, Wertschätzung, Anerkennung ...) sowie der Selbstverwirklichung (Rothballe, 2019) der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet ist. Pädagogisch-therapeutisches Handeln ist an den Entwicklungsphasen und den soziokulturellen Hintergründen der jungen Menschen zu orientieren und basiert auf einem Bindungsangebot, das die Aufgabe dysfunktionalen Verhaltens ermöglicht. Das Setting soll alltags-orientiert sein und in den Alltag hineinwirken („Normalisierung“).

Unter „Milieu“ subsumiert Redl transparente und verlässliche soziale Strukturen, Rituale, Verhaltensregeln und Werthaltungen. Große Bedeutung hat die Gruppe als Setting mit seinen gruppenspezifischen Aspekten. Bei der Zusammensetzung der Gruppe ist auf die „Passung“ (Verträglichkeit) einzelner Gruppenmitglieder zu achten, die Individualität des einzelnen Kindes und deren Einfluss auf die Gruppe ist zu berücksichtigen. Als

einer der zentralsten Wirkfaktoren im Sinne des therapeutischen Milieus zählt Redl die Haltung und Einstellungen der Mitarbeiter zu den jungen Menschen und die Reflexionsfähigkeit hinsichtlich der Wirkung der Interaktionen (die Wirkung des Verhaltens von anderen Kindern und Mitarbeitern auf das Verhalten der Kinder). Pädagogisch-therapeutische Interventionen müssen gezielt und bewusst unter Berücksichtigung der aktuellen Gruppensituation und orientiert an den Behandlungszielen der Kinder und Jugendlichen gewählt werden, mitgestaltend sind räumliche Rahmenbedingungen. Das künstliche Milieu muss durchlässig zur Außenwelt sein und mit dieser in Verbindung stehen.

Das ganze Konzept, und dies bezeichnet Redl als therapeutische Elastizität oder Flexibilität, ist offen für Anpassungen und Veränderung im Verlauf pädagogisch-therapeutischer Prozesse zu gestalten. Weiter weist Redl auch auf die Wechselwirkung in dem Sinne hin, dass das therapeutische Milieu nicht nur auf junge Menschen wirkt, sondern umgekehrt das Milieu auch durch diese gestaltet wird.

Redl fordert auch die Datenerhebung im Sinne der Erfassung relevanter Daten, die der Erfüllung der Aufgabe des *Behavioral Managements* dienen. Damit macht Redl einen für die damals sehr analytisch orientierte psychotherapeutische Ausrichtung frühen Zugriff auf die Verhaltenstherapie. Er stellt konkretes beobachtbares Verhalten in den Mittelpunkt, fordert die systematische Verhaltensbeobachtung als diagnostisches Vorgehen ein und rückt psychodynamische Erklärungsmodelle eher in den Hintergrund.

2.4 Der Ansatz der Milieuthherapie nach Bruno Bettelheim

Bruno Bettelheim (1903–1990), ebenfalls Psychoanalytiker, wurde 1944 Leiter der Sonia Shakman Orthogenetic school, verkürzt meist Orthogenetic School genannt, und führte diese bis 1973. Es handelte sich dabei um eine der Universität von Chicago angegliederte Forschungs- und Behandlungseinheit für schwer emotional- und verhaltensgestörte Kinder. Bettelheim entwickelte und initiierte dort die Milieuthherapie, ein Konzept, das wiederum hinsichtlich der therapeutischen Orientierung auf den Arbeiten von Anna Freud und August Aichhorn basiert.

Milieuthherapie fußt im Verständnis Bettelheims auf strukturellen, räumlichen und personellen Aspekten. Er spricht von einem sozialen Organismus, der zum Schutzraum und zum Zuhause wird. Zentrale Berufsgruppe in diesem Konzept sind die Gruppenerzieher (Otto, 1987; Kaufhold, 2019), die dem jungen Menschen ein vorbehaltloses Beziehungsangebot machen (Beziehung ohne „Gegenleistung“). An den Bedürfnissen des jungen Menschen orientiert gilt es zunächst, eine schutz- und vertrauensbildende Basis herzustellen, auf der neue Lernerfahrungen möglich sind. Im therapeutischen Sinn sind problematische Verhaltensweisen dysfunktionale, aber im Verständnis

der Kinder vertraute, schutzbietende und damit wiederholt aktivierte Verhaltensweisen (Bettelheim, 1985).

Als struktur- und haltgebend werden feste Rituale, verlässliche und stabile personelle Bedingungen sowie feste Besprechungs- und Konferenzsysteme beschrieben. Als Schlüsselsituationen, die für die Kinder und Jugendlichen besonders herausfordernd sind und deshalb einer herausragenden Beachtung bzgl. einer milieutherapeutischen Gestaltung bedürfen, identifiziert Bettelheim die Aufnahme- und Eingewöhnungssituation, Spiel- und Lernsituationen sowie Alltagssituationen wie das Aufsehen, die Essenssituationen, das Zubettgehen u. ä. (Bettelheim, 1971). Zentrale Bedeutung hat die Gruppe als Lernfeld, Einzeltherapien werden im Sinne der Milieuthérapie in das Gesamtkonzept integriert, wobei die Therapeuten „mit dem Lebenszusammenhang des Kindes in enger Berührung stehen“ (Otto, 1993).

2.5 Albert E. Trieschman und das „Walker Home“

Das zunächst als Kur- und Erholungshaus dienende Walker Home, benannt nach der Familie Walker, die ihr Landhaus zu diesem Zweck vermachten, wurde 1962 in ein Heim für schwer psychisch gestörte Kinder umgewandelt. Gründer und Direktor war A. E. Trieschman, ein klinischer Psychologe. Sein Konzept der *Therapeutischen Erziehung* oder *Erziehung im therapeutischen Milieu* basiert auf den Ansätzen Bettelheims und Redls. Es beinhaltet hinsichtlich der therapeutischen Orientierung insofern eine Erweiterung und Weiterentwicklung, als dass die zu dieser Zeit noch recht junge verhaltenstherapeutische Disziplin Eingang in den Methodenkanon findet. Durch eine bauliche Erweiterung konnte Trieschman neben der inhaltlichen Ausgestaltung des „Therapeutischen Milieus“ auch den baulich-räumlichen Rahmen entsprechend seines Konzeptes gestalten und den Aspekt der heilpädagogischen räumlichen Gestaltung einer Einrichtung in sein Gesamtkonzept des Therapeutischen Milieus integrieren.

Zielgruppe waren schwer auffällige Kinder (bis zum 10. Lebensjahr), die meist in anderen Einrichtungen nicht mehr führbar waren. Das Walker Home diente nicht nur als Einrichtung der Therapeutischen Erziehung, sondern war auch Ausbildungsinstitut für Studierende der Pädagogik, Sozialarbeit und Psychologie. Das Konzept und die theoretischen Grundlagen verschriftlichte Trieschman zusammen mit seinen Kollegen Whittaker und Brentro erstmals 1969 in dem Band mit dem in der amerikanischen Originalfassung programmatischen Titel „The other 23 hours“ (Trieschman, Whittaker und Brentro, 1990, Erstausgabe 1969). Hier kommt ein Grundparadigma dieses Konzeptes zum Ausdruck: nicht die eine therapeutische Stunde hilft den Kindern, „sondern die therapeutische Atmosphäre der „anderen 23 Stunden“ im Alltag des Heimes“ (Trieschman et al., S. 13). Aus der Bedeutung der „anderen 23 Stunden“ leitet sich auch die Bedeutung unterschiedlicher

Berufsgruppen in der Gestaltung des Therapeutischen Milieus ab. Sowohl für Trieschman als auch für Bettelheim spielen die Gruppenpädagogen eine zentrale Rolle. Als Milieu formuliert Trieschman zunächst jede Situation, in der Menschen zusammen sind. Dieses Zusammensein kann dann als therapeutisches Agens nutzbar gemacht werden, wenn es verändernd wirkt, wenn Kinder in diesem Umfeld neue (Lern-)Erfahrungen machen, dysfunktionale Verhaltensweisen reduzieren und Alternativverhalten entwickeln können. Trieschman stellt grundsätzlich beobachtbares Verhalten und Handlungen in den Mittelpunkt, definiert Verhalten dabei aber weitläufig und subsumiert darunter auch intellektuelle und emotionale Aspekte. Entsprechend der Bedeutung des Verhaltens spielt in diesem Konzept auch die Verhaltensbeobachtung und Verhaltensbeschreibung eine zentrale Rolle zur Entwicklung von Behandlungsansätzen. Dabei handelt es sich nicht um eine Abkehr von psychodynamischen Erklärungen für problematisches Verhalten. Trieschman unterscheidet hier psychodynamische Erklärungsmodelle für das Verständnis und die Bedeutung des Verhaltens von verhaltensorientierten Modellen zur Veränderung von Verhalten (ein ähnlicher Ansatz findet sich schon bei Fritz Redl, s. o.).

Grundlage jeden therapeutischen Handelns ist auch hier die Beziehungsgestaltung. So selbstverständlich dies auch aus der Sicht der Autoren erscheint, so schwierig ist diese therapeutische Variable zu operationalisieren und auch zu realisieren. Zumal Kinder und Jugendliche mit schwergradigen psychischen Problematiken oft von dysfunktionalen Beziehungserfahrungen geprägt sind und sich als „beziehungsresistent“ präsentieren. Indikatoren einer beginnenden oder gelungenen Beziehungsgestaltung sind nach Trieschman et al. (1990) eine vermehrte Kommunikation der Kinder mit den Erwachsenen, das Ansprechen auf soziale Verstärker und die Orientierung am und das Nachahmen von Verhalten der Erwachsenen. Auch in seinem Konzept der Therapeutischen Erziehung im Walker Home misst Trieschman der Gestaltung von Alltagssituationen wie dem Aufstehen und der Morgensituation, den Mahlzeiten allgemein und dem Zubettgehen besondere Bedeutung bei. Darüber hinaus fordert er geplante Gruppen- und Freizeitaktivitäten als Bestandteil der Gesamttherapie im Sinne des Therapeutischen Milieus.

Die skizzierten Einrichtungen und ihre Leiter können als zentrale historische Impulsgeber für das Verständnis therapeutischer Heimerziehung gelten. Gemeinsam ist ihnen die Zielgruppe (Kinder und Jugendliche mit schweren Verhaltensstörungen und psychischen Störungen), die Bedeutung der Beziehungsgestaltung durch pädagogisches Personal, das Grundparadigma des Therapeutischen Milieus als Gestaltungsform, die Integration therapeutischer Ansätze in ein pädagogisches Setting und die Multiprofessionalität. Über diese historische Perspektive soll ein Blick auf die Bedeutung unterschiedlicher Disziplinen für die Therapeutische Heimerziehung aufgespannt werden.

3 Die Bedeutung der Heilpädagogik für die Therapeutische Heimerziehung

Die Anfänge der Heilpädagogik als eigenständige Disziplin werden in der Regel mit der Veröffentlichung des zweibändigen Werks *Die Heilpädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten* von Jan-Daniel Georgens und Heinrich Marianus Deinhardt 1861 bzw. 1863 datiert. Die Heilpädagogik fokussierte als Tätigkeitsfeld und Zielgruppe zunächst Kinder mit geistigen Behinderungen, in der Folge auch Körper- und Sinnesbehinderungen, aber wesentlich definiert im Setting der schulischen Bildung.

Dieser Zweig der schulischen Heilpädagogik korrespondiert, zumindest in der frühen Entwicklung der Disziplin, weitgehend mit der Sonderpädagogik. Gleichzeitig gab es immer einen Zweig, der vor allem ab den 1960er-, 1970er-Jahren sehr viel stärker im Sinne der außerschulischen Heilpädagogik verhaltensauffällige Kinder und Kinder mit psychischen Problematiken fokussierte. Kennzeichnend in allen Entwicklungen ist die Bezugnahme sowohl auf die Pädagogik als auch auf die Medizin und die Psychologie, sodass sich die Heilpädagogik immer als Zwischengebiet von Pädagogik und Medizin definiert. Auch wenn die außerschulische Heilpädagogik wesentlich im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts ausgebaut wurde, gab es zu Beginn des 20. Jahrhunderts bereits Ansätze an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, die die gemeinsamen Wurzeln dieser beiden Versorgungsgebiete signalisieren.

Für das Verständnis Therapeutischer Heimerziehung ist die Heilpädagogik deshalb als Leitdisziplin zu bezeichnen, weil sie das Denkmuster, Therapie und Pädagogik zu trennen, zu Gunsten fließender Übergänge aufgelöst (Möckel, 1988) und einen wesentlich Beitrag dazu geleistet hat, die Psychologie in die Pädagogik einzuführen (Moor, 1965). Besonders eindrücklich wird diese Verflechtung der Disziplinen z. B. bei Hans Asperger (1906–1980) sichtbar. Asperger, ausgebildet als Kinderarzt und Heilpädagoge und langjährig tätig als Leiter der heilpädagogischen Abteilung der Kinderklinik der Universität Wien, spricht von einer *pädagogischen Therapie*. Er versteht darunter die „Behandlung von Schwierigkeiten und abnormen Reaktionsweisen, die aus seelischen Störungen kommen, durch pädagogisches Einwirken“ (Asperger, 1965, S. 299). Im Verständnis Aspergers dienen die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Pädiatrien, die Pädagogik, die Psychologie sowie die Sozialwissenschaften als Referenzdisziplinen für die Heilpädagogik. Als zentrale Prinzipien nennt er die Bedeutung des Endogenen, d. h. konstitutioneller Bedingungen, das Wechselspiel endogener und exogener Faktoren, deskriptives diagnostisches Vorgehen und die zentrale Rolle des Erziehers mit seinen Bildungs- und Bindungsangeboten.

Die bis dahin auf die Schweiz konzentrierte institutionalisierte heilpädagogische Ausbildung begann in der BRD 1963 an der Heckscher Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie in München mit der Gründung des „Heilpädagogischen Ausbildungs- und Forschungsinstitutes“. Die Ausbildung nahm Bezug auf die 1962 durch den AFET (Bundesverband für Erziehungshilfe) erstellten Rahmenbedingungen für die heilpädagogische Zusatzausbildung. Bezeichnenderweise standen verhaltensauffällige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Mittelpunkt, was eine starke Ausrichtung auf das Arbeitsfeld der Jugendhilfe und der Kinder und Jugendpsychiatrie verdeutlicht. Die rasch wachsende Zahl der Ausbildungsstätten schlossen sich 1964 zur Ständigen Konferenz von Ausbildungsstätten für Heilpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland (STK) zusammen. Das integrative Kompetenz- und Handlungsprofil heilpädagogischer Fachkräfte, wie dies für das Verständnis Therapeutischer Heimerziehung wesentlich ist, spiegelt sich in den Richtlinien der STK zur Heilpädagogenausbildung wieder. In diesen Richtlinien werden „...insbesondere die Kenntnis der Bedingungs Zusammenhänge und Wechselwirkungen somatischer, kognitiver und emotionaler Entwicklung und deren Beeinträchtigungen im Kontext der lebensweltlichen Zusammenhänge und der Anforderungen und Erwartungen des Umfeldes“ als Fachkompetenz formuliert (STK, 2006, S. 7). Dies lässt sich überführen in ein Modell eines bio-psycho-sozialen Störungs- und Gesundheitsverständnisses, das körperlich-physiologische, psychologische und sozio-ökonomische Faktoren und deren Wechselwirkungen in einem Verständnis der Entwicklung und Aufrechterhaltung „abweichenden Verhaltens“ und Erkrankungen integriert und entsprechende multidisziplinäre (Be-)Handlungsansätze entwickelt. In einer fachspezifischen Ausdifferenzierung mündet dies in die Klinische Heilpädagogik (Simon, 2011) oder die Klinische Sozialarbeit (Pauls, 2013).

4 Das Zusammenwirken von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

Medizinhistorisch handelt es sich bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie um eine vergleichsweise junge Disziplin, deren Entwicklung lange weitgehend identisch war mit der Entwicklung der Heilpädagogik (Nissen, 1986). Für die Etablierung als eigene Fachdisziplin waren nach Remschmidt (2018) neben anderen Faktoren die Ablösung von der Pädagogik bzw. der Heilpädagogik und die Hinwendung zur Medizin als Kernkompetenz des Kinder- und Jugendpsychiaters maßgeblich.

Eine besondere Verbindung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie bildet sich historisch in der sog. Psychopathenfürsorge und der

Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen ab, die lange Zeit kinder- und jugendpsychiatrisch geprägt waren.

So wurde 1906 in Berlin die erste medico-pädagogische Poliklinik für Kinderforschung, Erziehungsberatung und ärztliche erzieherische Behandlung eingerichtet, die als frühe Form der Erziehungsberatungsstellen, allerdings mit einer medizinischen Schwerpunktsetzung, gleichzeitig aber auch als ein Entwicklungsstrang (neben der Pädiatrie und der Psychiatrie) für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu sehen ist.

Als zentrale Meilensteine der Entwicklung der wissenschaftlichen Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gelten die Veröffentlichung eines ersten Fachbuches „Psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters“ durch Hermann Emminghaus 1887 sowie die Einrichtung erster kinder- und jugendpsychiatrischer Abteilungen. Exemplarisch können hier die 1864 durch Heinrich Hoffmann (Verfasser des „Struwwelpeter“) gegründete Kinder- und Jugendabteilung an der „Anstalt für Irre und Epileptiker“ in Frankfurt a. M., die „Heilpädagogische Abteilung“ an der Wiener Kinderklinik 1911, die „Beobachtungsabteilung für Kinder- und Jugendliche“ 1920 in Tübingen oder die von Bonhoefer 1921 eingerichtete „Kinderstation an der Berliner Universitäts-Nervenklinik“ aufgeführt werden (vgl. Nissen, 1986). Insgesamt standen, v.a. im süddeutschen Raum, in Österreich und der Schweiz heilpädagogische Heime Pate bei der Gründung kinderpsychiatrischer Stationen (Du Bois, 2004).

Diese Entwicklung ist eng gekoppelt mit dem sog. „Psychopathenkonzept“. Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen war im Wesentlichen bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts der Erwachsenenpsychiatrie zugeordnet. Die Auseinandersetzung mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen erfolgte allerdings nicht altersspezifisch, vielmehr wurde diese Klientel als kleine Erwachsene betrachtet. So erfolgte eine systematisierte und wissenschaftliche Beschreibung abweichenden Verhaltens – bezeichnet als Kinderfehler – zunächst unter einer pädagogischen Perspektive, der *Pädagogischen Pathologie*. Diesem rein deskriptiven Ansatz folgte das Konzept der Psychopathie, verstanden als angeborene oder erworbene, dauerhafte oder vorübergehende „psychische Abnormität“. Zentral ist die ätiologische Zuordnung von abnormen Verhaltensweisen zu hirnanorganischen Ursachen (Fuchs & Rose, 2017). Johannes Trüber (1855–1921), einer der Mitbegründer der Heilpädagogik, griff das Konzept in der Arbeit mit erziehungsschwierigen Kindern auf und sprach sich für eine enge Zusammenarbeit von Pädagogik und Psychiatrie aus, allerdings unter dem Primat der Pädagogik. Aus dem Psychopathenkonzept entstanden Einrichtungen der Psychopathenfürsorge in Abgrenzung von Einrichtungen der Fürsorgeerziehung für verwaiste und verwahrloste Kinder. Damit entwickelten sich in der Zeit um 1900 bis zum Beginn des NS-Regimes

Versorgungs- und Organisationsstrukturen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problematiken in gemeinsamer Verantwortung von Psychiatrie und Jugendfürsorge. Institutionalisiert wurde dies durch den Psychiater Franz Kramer (1878–1967) und der Fürsorgerin Ruth von der Leyen (1888–1935), die 1918 in Berlin den „Deutschen Verein zur Fürsorge jugendlicher Psychopathen“ gründeten. 1921 folgte die Gründung der Kinderbeobachtungsstation an der Charité im Verständnis einer „gleichberechtigten interdisziplinären Zusammenarbeit von Heilpädagogik und Psychiatrie“ (Fuchs et al., 2017, S. 198). Kramer und von der Leyen lösten sich vom deterministischen Psychopathenkonzept der anlagebedingten Verhaltensdevianz und betonten das Zusammenwirken erblicher Belastungen, hirnorganischer Ursachen und ungünstiger Sozialisationsbedingungen. Diese Auffassung stand zunehmend im Widerspruch zu einer im 3. Reich aufkeimenden Haltung, dass eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit einer anlagebedingten Verhaltensdevianz keinen erzieherischen Maßnahmen zugänglich seien und es folglich zu einer rassenhygienischen Aussonderung in lohnenswerte und nicht-lohnenswerte Erziehungs- und Fürsorgemaßnahmen kam.

Trotz dieses Bruchs und dem Ende der Tätigkeiten von Kramer und von der Leyen findet diese gemeinsame Entwicklung von Heilpädagogik und (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie auch in der Namensgebung der ersten kinder- und jungendpsychiatrischen Fachgesellschaft, der *Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik* 1940 ihren Niederschlag, in der zur Gründungszeit mehr Pädagogen als Mediziner vertreten waren (Scheper, 2015). Ebenfalls die 1950 gegründete *Gesellschaft für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie* führte die Heilpädagogik mit in ihrer Bezeichnung. In einem frühen Lehrbuch zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wird unter dem Kapitel *Psychotherapie* das Verhältnis von Medizin und Pädagogik wie folgt beschrieben: „Bei der Anwendung seiner Methoden wird daher der Arzt „Übergriffe“ ins pädagogische oder erzieherische Gebiet nicht vermeiden können ... Der Kinderpsychiater, der ebenfalls mit dem noch zu erziehenden Menschen zu schaffen hat, wie der Erzieher, kann ganz besonders seine Aufgabe nicht regelmäßig darin als abgeschlossen ansehen, dass ihm die Heilung oder zumindest Besserung der Krankheit, des Leidens oder der Störung gelungen ist. Das weitere Schicksal des Kindes oder Jugendlichen und damit auch seine fernere Entwicklung müssen ihm sehr oft nicht minder ein Anliegen bedeuten, das in den Kreis seiner Verantwortung fällt. In vielen Fällen, in denen er zugezogen wird, kommt er zu dem Schluss, dass die Behandlung eine wesentlich erzieherische sein muss, dann wird er den Auftrag an den Erzieher weitergeben, mit ihm, wenn nötig und möglich in Kontakt bleibend. Die Mitarbeit des Erziehers ist also unerlässlich“ (Tramer, 1943, S. 423).

Dass bis in die 1970er-Jahre die Kinder- und Jugendpsychiatrie fester Bestandteil in der Jugendfürsorge war, lässt sich aus den skizzierten

Entwicklungen und diversen Dokumenten herauslesen. Dies findet aber auch seinen Niederschlag in der Finanzierung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen im Sinn des Halbierungserlasses aus dem Jahr 1942. Der Halbierungserlass besagte, dass die Kosten für eine stationäre Behandlung z.B. im Falle einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung, zur Hälfte vom Träger der gesetzlichen Krankenkasse, zur anderen Hälfte durch die Fürsorge, bei Kindern und Jugendlichen durch die Jugendhilfe, geleistet werden musste. Diese Finanzierungsgrundlage veränderte sich erst mit der Psychiatrie-Enquete 1975 (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland) und ist nach Schepker (2017) nicht nur ein Indiz der Kooperation der beiden Systeme, sondern auch Ausdruck der Diskriminierung psychisch kranker Menschen gegenüber somatisch erkrankten Menschen.

Mit der Psychiatrie-Enquete wurde auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung verhaltensauffälliger und psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher zum Auftrag formuliert und eine Auflösung des hierarchischen Gefälles von Arzt, Psychologe und Sozialarbeiter im Sinne einer „Gleichwertung der Kompetenzen“ eingefordert. Doch gerade in der Folgezeit, nachdem die Interdisziplinarität sozialpolitisches Gewicht gewann, schienen die intensivsten Abgrenzungstendenzen deutlich zu werden. Die Jugendhilfe sah in den Tendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine „Psychiatisierung“, einen inflationären Gebrauch von kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen und die Übernahme der Definitionsmacht über die Hilfebedürftigkeit (Cobus-Schwerter, 1992). Dies führte zu Positionsbestimmungen, die mehr auf Abgrenzung denn auf Kooperation gerichtet waren. Dies schlägt sich z. B. in der Stellungnahme der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 1989 zu den Empfehlungen der Expertenkommission Psychiatrie zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nieder. Hier wurde insbesondere der extensive Begriff der psychischen Erkrankung und damit der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit kritisiert. Es wurde herausgestrichen, dass Erziehungsberatungsstellen – unbeschadet ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen – ihren Ort fachlich in der Jugendhilfe haben. „Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatrien kann im Bereich der Jugendhilfe nicht darin bestehen, dass diese ein Denken im medizinischen Modell anderen Professionen überzustülpen versuchen“ (Stellungnahme der Bundeskonferenz für Erziehungshilfe, 1989, S. 9).

Auch seitens der Kinder- und Jugendpsychiater wird zu diesem Zeitpunkt die Zusammenarbeit nicht nur unproblematisch gesehen. So schreibt Nissen in einem Artikel zur Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern: „Tatsache ist, dass unbewusst oder bewusst von nicht-ärztlichen Therapeuten eine konkurrenzbedingte Diffamierung des Psychiaters und des Kinder- und Jugendpsychiaters in der Praxis und der Klinik betrieben wird, manchmal recht simpel, aber mit einer kämpferischen Attitüde, die