



**Internationale
Gesellschaft für
erzieherische Hilfen**

Kooperation ja, aber nicht so!

Erklärung der Internationalen Gesellschaft für erzieherischen Hilfen

zur „Gemeinsamen Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJP, BKJPP¹: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfeeinrichtungen – Empfehlungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Verfahren nach § 1631 BGB und die Gestaltung der Maßnahmen“

Die Kommission für Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG KJPP, BKJPP) hat mit dem oben benannten Papier im Oktober 2014 zum Thema freiheitentziehender Maßnahmen in der Jugendhilfe Stellung genommen. Die Notwendigkeit zur Stellungnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie-Verbände ergebe sich so die Autor_innen „aus den unmittelbaren Schnittstellen der Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und der Kinder- und Jugendhilfe: Kinder- und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe weisen zu einem hohen Grad behandlungsbedürftige psychische Störungen auf (...), andererseits werden Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig von der Jugendhilfe weiterversorgt“. Der mitgliederstärkste Fachverband der Erziehungshilfen, die Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH), tritt mit der folgenden Erklärung den in der Psychiatrie-Stellungnahme impliziten Annahmen zur Aufgabestellung der Kinder- und Jugendhilfe entgegen.

1. Erziehung und Sozialpädagogik als „angewandte Psychiatrie“?

Nachdem auch die Rolle der Psychiatrie bzw. einzelner Psychiater_innen im Kontext der Haasenburg-Affaire und dem Thema „geschlossener Unterbringung“ (GU) bzw. „freiheitsentziehender Maßnahmen“ in der Kinder- und Jugendhilfe ob ihrer Anteile am Skandal „GU“ in die Kritik geraten ist, gehen die psychiatrischen Fachverbände mit der o.g. gemeinsamen Stellungnahme in die Offensive. Dies, für sich genommen, ist unter Professionsgesichtspunkten verständlich und stellt auch kein Problem dar. Problematisch ist aber, wenn, wie in diesem Papier, gleichsam eine „feindliche Übernahme“ der Kinder- und Jugendhilfe angezeigt wird. Feindliche Übernahmen kennt man nicht nur aus der Volkswirtschaft, sondern generell aus dem Prozessieren gesellschaftlicher Teilsysteme, wenn ein Teilsystem durch das „Aufdrängen“ von Programmen oder Codes (i.w.S. ihrer Regeln, Rationalitätsfiktionen resp. ihrem „akzeptierten Wissen“) eine „mehr oder weniger weitreichende Usurpation der

¹ BAGKJP = Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.; BKJPP = Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.; DGKJP = Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Stellungnahme unter: <http://www.dgkjp.de/aktuelles/246-stn-freiheitsentziehende-massnahme>

Deutungshoheit über das Geschehen in einem anderen Teilsystem“ (Schimank 2006:79) anstrebt. Unterstützt und befördert werden kann ein solcher Prozess auch durch aktive „Einverleibung“ fremder Codes durch Akteur_innen des infragestehenden Teilsystems (vgl. ebda.: 79ff.) – hier durch Akteur_innen aus der Kinder- und Jugendhilfe selbst².

Um feindliche Übernahmen handelt es sich also, wenn z.B. – durchaus unter Mitwirkung oder Duldung des politischen Systems – Wissenschaft, Bildung oder gar die Politik selbst so begriffen werden, als handele es sich eigentlich um Wirtschaft oder – wie im vorliegenden Fall – wenn Erziehung/Sozialpädagogik so begriffen und beschrieben wird als handele es sich eigentlich um „angewandte Psychiatrie“. **Wenn Psychiatrie-Fachverbände den Anspruch erheben, grundsätzliche Aussagen zu Klientel, Aufgaben, Methoden und Verfahren der Sozialpädagogik formulieren zu können, um dortige „Maßnahmen für schwierige Jugendliche“ inhaltlich in bestimmter Weise zu fordern – und ihrem Erkenntnismodell entsprechend – zu gestalten bzw. sogar zu „qualifizieren“, überschreiten sie ihre Grenzen.** Dies ist genauso der Fall, wenn Kinder- und Jugendpsychiater_innen, weil Heimkinder vorgeblich häufiger psychische Auffälligkeiten zeitigen als andere Kinder, „eine regelmäßige Diagnostik und Behandlung von allen Kindern und Jugendlichen in Heimen fordern“ (MOZ vom 08.07.2014).³

Hier geht es dann nicht mehr nur darum, dass die sich ausdifferenzierende Medizin „über den Umweg über die Körper“ (Foucault) und deren Funktionsfähigkeit ihre Normierungsmacht durchsetzt, sondern als Folge einer psychiatrischen „Diagnose“ auch den Erziehungsalltag normativ neu strukturieren will. „Die standardisierten, normalistisch begründeten Behandlungsangebote erzeugen eine Dynamik, im Zuge derer neue Routinen und Muster von Reaktion und Verhalten etabliert werden, die auf Wiederholung, Intensivierung oder auch Veränderung von Denkweisen, Normen und Verhaltenspraxen aller Beteiligten drängen“ (Liebsch u.a. 2013: 171) *sollen* – und im Fall der Erziehungshilfen auch dazu genutzt werden, immer speziellere und zumeist behavioristisch unterlegte Settings zu legitimieren. Diese z.T. standardisierten Settings und die generelle „Einbeziehung von Veränderungsmessung, Diagnostikinstrumenten etc.“ (Gemeinsame Stellungnahme ...: 9) sowie eine verstärkte Medikamentalisierung (vgl. ebda. sowie M. Schmid 2012, zit. nach Struck 2014: 581) rücken dann in den Vordergrund.

2. Unterschiedliche Zugangsweise auf soziale Phänomene und individuelle Verhaltensweisen

Gegen das Vergessen und gegen das zeitgeistige Verschwimmen der Unterscheidung von „Erziehung“ und „Medizin“/„Psychiatrie“, das sich als zunehmend selbstverständlich etabliert, sei deshalb auf die *disziplinär* unterschiedlichen Zugangsweisen auf soziale Phänomene wie (individuelle) „Verhaltensauffälligkeiten“ seitens Medizin/ Psychiatrie und Sozialpädagogik erinnert, auf die in aller Deutlichkeit bereits Mollenhauer/Uhlendorff (1992) am Beispiel des Diagnose-Verständnisses hingewiesen hatten: Zentrales Merkmal der Medizin/Psychiatrie sei ein szientifisches (an den Naturwissenschaften und deren Erkenntnismodell angelehntes rationalistisch-positivistisches) Wissenschaftsverständnis, während für die Sozialpädagogik

² vgl. dazu exempl. die Veröffentlichung des Landes Brandenburg zum Fachtag „Macht und Machtmissbrauch in der Heimerziehung? Zum Umgang mit schwierigen Jugendlichen und zur Rolle der Heimaufsicht als besondere Herausforderung“ am 07./08.07.2014, einsehbar unter: www.mbj.s.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.379885.de

³ Märkische Oderzeitung: www.moz.de/artikel-ansicht/dg/0/1/1299783 - Zugriff am 3.2.2015

ein hermeneutisches (Sinn verstehendes und „ideologiekritisches“) Vorgehen als konstitutiv angesehen wird. „Der szientifische Weg, der Versuch also, über die Produktion von Regelwissen zu zuverlässigen Symptomatalogien, zu möglichst eindeutigen und generalisierten Zuordnungen von beobachtetem Verhalten und dessen Verursachung, so auch zu zuverlässigen Diagnosen zu kommen, daß (sic!) sie zur Prognose taugen, nutzt die Möglichkeit eines subsumptionslogischen Verfahrens: der einzelne Fall, das zunächst ganz individuell Erscheinende ... wird dadurch dem Verständnis nähergebracht ..., daß (sic!) dieser Einzelfall einem verallgemeinerten Wissen zugeordnet wird; dies Wissen ist in Begriffen aufgehoben, die als zuverlässig gelten“ (Mollenhauer/ Uhlendorff – a.a.O.: 26). **Die Konstruktion allgemeingültiger Typologien von Störungen und Abweichungen ist Voraussetzung, um den Einzelfall einer der Störungstypen zuzuordnen und als Fall von ADHS oder endogener Psychose etc. zu definieren. Aus dieser Zuordnung ergibt sich ein eingeschränktes Spektrum von Interventionsstrategien:** Im Fall von ADHS ist so zu verfahren, endogene Psychosen sind so zu behandeln usw. ...

Solches schafft vordergründig Sicherheit sowohl für die Professionellen und ihre Expertise, die allerdings erkaufte Sicherheit mit der vermehrten Unterordnung unter die Medizin und der Aufgabe eines Verständnisses von Subjektivität (als Einzigartigkeit der Person), und die Unterordnung bezüglich einer zunehmend technologisch formulierten Zielerreichung, die für Kostenträger interessant erscheint. „Wenn ich weiß, was das Problem ist, kann ich auch berechnen, was die Behebung dieses Problems kosten wird. Soziale Problemlagen werden in Fallpauschalen kalkulierbar und können Effizienzkriterien unterworfen werden; Ursachenhäufungen können epidemiologisch untersucht ...“ (Weber 2014: 3) und statistisch zur Konstruktion von (Höchst-) Risiko- oder Problemgruppen jeglicher Art genutzt werden.

Jenseits der - trotz aller Wirkungsorientierung und s.m.a.r.t.(-en)⁴ auf das Individuum bezogenen Hilfeplanung – immer noch strittigen Frage, ob Sozialpädagogik primär *Personen* oder (schwierige Lebens-) *Situationen* bearbeiten sollte, entsteht sozialpädagogisches auf den Einzelfall bezogenes Wissen anders. Neben der grundsätzlichen und nicht nur faktoriellen Berücksichtigung (Achse 5 bzw. 6 im DSM/ICD-10) sozialer Umstände und deren sozialisatorischer Aneignung/Verarbeitung in der je biografischen Besonderheit des in Frage stehenden Falles „können wir ...in hermeneutischer Einstellung die symbolischen Botschaften zu entschlüsseln versuchen, die ein ... Individuum uns übermittelt, und so weniger nach den somatischen Ursachen, sondern eher nach den lebensthematischen Bedeutungen fragen, die uns darin mitgeteilt werden, vornehmlich in der Rede, der Körpergeste, den ästhetischen Ausdrucksformen“ (Mollenhauer/Uhlendorff – a.a.O.: 26). Mit K. Wolf gesprochen: **„Pädagoginnen müssen darauf verzichten, den individuellen Fall schnell unter einen allgemeinen Typus zu subsumieren, weil sie sich damit Erkenntnismöglichkeiten verbauen.** Ihr Interesse richtet sich auf das individuell Gemeinte

⁴ SMART (en) Zielkriterien zielen im Rahmen des Projektmanagements darauf ab, dass die Kriterien, die an ein Ziel zu stellen sind, sich auf fünf wesentliche Kriterien reduzieren lassen. Diese sind:

S Ziele müssen spezifisch, eindeutig und positiv beschrieben sein

M die Zielerreichung sollte messbar sein

A für das Projektteam sollte es attraktiv sein, das Projektziel zu erreichen

R das Ziel muss auf realistischer Weise erreichbar sein

T das Ziel muss terminiert sein

sowie auf die Referenz auf das Allgemeine“ (Wolf 1999: 111), was die Besonderheiten der *sozialpädagogischen Diagnose* z.T. ausmacht (zu anderen Aspekten und generell s. Krause/Peters 2014). Solcherart von Diagnosen eignen sich aber weder als Kontroll- oder Screeninginstrument von „Normalität“/„Abweichung“, weil sie sich gegenüber jeglichem Devianzbegriff sperrig zeigen, noch eignen sie sich als Methode im Kontext sozialstaatlicher Aktivierungs- und Individualisierungsstrategien (vgl. Mücher/Uhlendorff 2015: 65; Dollinger 2015: 9).

Sozialpädagogische Interventionen bestehen entsprechend darin, für die auf diese Weise herausgearbeiteten (komplexen) Themen entsprechend komplexe Orte, Tätigkeiten und Aufgaben zu arrangieren, die bei der Bearbeitung dieser Probleme hilfreich sind. **Dabei sind als pädagogisch nur solche Interventionen legitimiert, die von einem gewollten Spielraum des Kindes ausgehen und nicht nur eine mögliche Reaktion zulassen** – wie dies bei Dressur der Fall wäre –, sondern Möglichkeiten für Entwicklungen eröffnen, die aber weder in Richtung und Geschwindigkeit determiniert sind, sondern das Ergebnis pädagogischer Interaktionen darstellen, in denen sich – im Prinzip und idealiter – alle Beteiligten verändern und lernen (vgl. Wolf – a.a.O.: 113). Erziehung in einem nicht reduktionistischen Verständnis ist eine spezifische Form interaktionsbasierten kommunikativen, verständigungsorientierten Handelns, welches die Anerkennung des Gegenüber als (prinzipiell *gleichberechtigtes*) Subjekt voraussetzt. Geltungsansprüche jeglicher Art, wie auch die Normen des Zusammenlebens, bedürfen der rationalen Begründung und „Aushandlung“ (zur Aushandlung sehr anschaulich: Thiersch 1995) im Kontext verlässlicher Beziehungen.

In pädagogisch strukturierten Settings bzw. Heimen als „lohnenden Lebensorten“ wird die „Freiheit des Subjekts als unverzichtbar angesehen, während etwa die Freiheit des Körpers, auf eine chemische Substanz zu reagieren, sehr viel geringer ist. Pädagogische Interventionen müssen daher offenere, vielschichtigere Intentionen haben als etwa (ggfs. medikamentös gestützte – d.V.) Konditionierungsprogramme, die auf die Verstärkung oder Reduzierung spezifischer Reaktionen gerichtet sind“ (Wolf – a.a.O.: 113), aber zunehmend unter Einfluss und expliziter Bezugnahme auf psychiatrische Diagnostik in sog. „intensiv-pädagogischen, „pädagogisch-therapeutischen“ oder wie auch immer benannten – z.T. geschlossenen – Settings jugendhilfeseitig inszeniert Verbreitung finden. Pädagogisches Handeln dagegen bedeutet das Arrangieren von lernträchtigen, konstruktiven, offenen – wenngleich berechenbaren – Lebensbedingungen und Situationen, in denen die Erziehung eingebettet ist in ein verlässliches Zusammenleben von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen. **Die Folgerungen für die Sozialpädagogik und Erziehungshilfen lauten: Orientierung an der Biografie und am Milieu, am Alltag als Lernfeld und Lerninhalt, Dynamisierung anstelle institutioneller Stabilität, Offenheit für Lebensstile und Pluralität von Normalitätswürfen statt Reduktion auf diagnostizierte und scheinbar eindeutig bearbeitbare oder therapierbare Probleme, eigener Lebensort gegen Gruppenzwang, Reflexion als Ersatz von Regeldurchsetzung und Ablehnung aller insofern „unterkomplexer“ Formen von „geschlossener Unterbringung“, für deren „Qualifizierung“ sich die „Gemeinsame Stellungnahme ...“ der Psychiatrie-Fachverbände ausspricht.**

In der „Stellungnahme...“ der Psychiatrie-Fachverbände wird der ätiologisch begründete Defizitblick („psychische Störungen“) und ein darauf bezogenes technologisches Interventionsverständnis (inkl. Medikalisierung) hegemonial gesetzt, wie auch weitreichende Empfehlungen für die Gestaltung der Jugendhilfe formuliert: Waren es bislang und sind es z.T. auch noch – durchaus laienhafte – Empfehlungen für einem „fest strukturierten Tagesablauf“, „feste Regeln“, „verhaltenstheoretisch unterlegte Programme“ etc., so werden sie nun, dies die „Innovation“, mit dem zunehmend zum Catch-all-Begriff gewordenen Terminus „Traumapädagogik“, die auch zur Anwendung in geschlossenen, ortsnah vorhandenen Einrichtungen gelangen müsse, ergänzt (vgl. Gemeinsame Stellungnahme...: 7f.).

3. Manuale – Kriterienkataloge und Oberflächensymptome

Die „Gemeinsame Stellungnahme ... der psychiatrischen Fachverbände“ repliziert die bekannten Einschätzungen, die man aus der Psychiatrie kennt: Immer mehr Kinder zeigen „komplexe Hilfebedarfe“, insb. Heimkinder zeigen ein noch ungünstigeres Bild bezüglich psychischer Störungen als der Durchschnitt etc. Ohne in eine detaillierte Auseinandersetzung mit der hier dargestellten Empirie zu gehen, die durchaus nicht so valide wie behauptet ist (vgl. Frances 2013, Köttgen 2014), sei lediglich angemerkt, dass das Mehr an psychischen/psychiatrischen Störungen selbstredend auch der jeweils neuesten Fassungen der entsprechenden Manuale (DSM und ICD) geschuldet ist, die sich dadurch auszeichnen, dass immer mehr Störungen definiert, diese offener, flexibler und weniger differenziert werden und sich so geradezu inflationär vervielfältigen (vgl. Frances 2013, Rapetti 2014).

Was in einer Gesellschaft aber als „normal“ und was als „abweichend“ gilt, ist gesellschaftsspezifisch, historisch und kulturell kontingent und umstritten. Auch gibt es keine brauchbare allgemeine Definition für eine „psychische Störung“. Aber man kann einzelne Auffälligkeiten definieren. Deshalb hatte man sich seit dem DSM-III (1980) folgend und auch dem in Deutschland gebräuchlichem ICD-10 auf einen beschreibenden – und wie es dort heißt – atheoretischen Diagnose-Ansatz verständigt. „Das DSM-III wurde als atheoretisch in Bezug auf die Ätiologie (also die Entstehungsgeschichte von Krankheiten) und als gleichermaßen anwendbar auf die biologischen, psychologischen und sozialtherapeutischen Modelle *angekündigt*. Auf dem Papier war das richtig, in der Praxis nicht. **Richtig war es insofern, als die Kriterienkataloge auf Oberflächensymptomen beruhten und nichts über Ursachen und Therapien sagten. Aber die Beschränkung auf die Oberflächensymptome passte exakt zu einem biologischen, medizinischen Modell von psychischer Störung, das auf diese Weise unangefochten in den Vordergrund gerückt wurde**“ (Frances 2013: 107 – Hervorh. – d.V.). Die von Frances angeführten Oberflächenphänomene bezeichnen die Kriterienkataloge, anhand deren die jeweilige Störung definiert wird, also die für jede Störung auflisten, welche Symptome mit welcher Störung einhergehen und wie viele davon in welchen Zeiträumen als erforderliche `Schwelle` vorliegen müssen, um ein „Krankheitsbild“ festzustellen.

Irritierend ist, dass die Zahl der diagnostizierbaren „psychischen Störungen“ mit jedem Erscheinen der entsprechenden Manuals (DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD (International Classification of Diseases) zugenommen und sich vom DSM-I bis DSM-IV innerhalb von ca. 40 Jahren verdreifacht hat. Da es immer mehr

„Störungen“ gibt, ist es immer leichter solche zu diagnostizieren. Das von der American Psychiatric Assoziation herausgegebene DSM, an das sich auch das von der Weltgesundheitsbehörde (WHO) erstellte und in Deutschland gebräuchliche ICD-10 anlehnt, ist gerade in einer neuen Auflage erschienen (DSM-5) und folgt dieser Tradition, indem es eine Reihe neuer „Störungen“ auflistet. Hatte schon die vorgängige Auflage, das DMS-IV, mit dazu beigetragen, drei neue falsche Epidemien bei Kindern, nämlich Autismus, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und bipolare Störungen, die alle explosionsartig angestiegen sind, zu befördern (vgl. Frances 2013: 13, 162), so enthält auch das DMS-5 „mehrere bombensichere Modediagnosen für die Zukunft“ (ebd.: 253), an deren Spitze sich vermutlich die Diagnose „Disruptive Mood Dysregulation Disorder“ (DMDD) setzen wird, eine Störung, die es bislang gar nicht gab. Kinder, die eine DMDD zeigen, „sind reizbar und aggressiv, neigen zu Wutausbrüchen, stampfen mit den Füßen auf den Boden, können daneben aber auch tieftraurig sein, Selbstzweifel hegen, sich betrübt zurückziehen“ (vgl. ebd.: 254 sowie www.stern.de/gesundheit/neues-standardwerk-der-psychiatrie).

Nicht nur die „Wutkrankheit“ hat es geschafft, neu in den Störungskatalog aufgenommen zu werden, sondern auch „starke prämenstruelle Beschwerden“, „Binge Eating“ (übermäßiges Essen ohne anschließendes Erbrechen), „ständiges Hautkratzen oder –puhlen“ (Skin-picking-Störung), „Spielsucht“, das „Messie-Syndrom“, „längere als zweimonatige Trauer“, „leichte kognitive Störungen“ u.a. gelten nun als psychische Störungen, die generell, zwecks vermeintlich verfeinerter Diagnostik, in leicht, mittel und schwer unterteilt werden. Auch bei ADHS gab es eine Ausweitung, insofern nun auch Teenagern diese Diagnose gestellt werden kann, sofern die Symptome sich erstmals vor dem 12. Lebensjahr gezeigt haben, und auch erstmalige ADHS – Diagnosen bei Erwachsenen gelten als möglich.

Obgleich die neuen Kategorien z.T. umstritten sind, werden sie vermutlich ihre Wirksamkeit auch im ICD, dessen Neuauflage als ICD-11 für 2016 avisiert ist, und vor allem aber in der Praxis entfalten. Dies kann sogar für Kategorien gelten, die diskutiert worden, aber dann doch nicht aufgenommen worden sind, wie im DSM-IV die bipolare Störung in der Kindheit, und aktuell das hochproblematische „Psychoserisiko“ bzw. das „attenuierte Psychosesyndrom“ – eine laut Frances obskure, auf die Zukunft bezogene Bedrohung von Teenagern und unleugbares Stigma. In Australien z.B. wurde dazu ein mit einer knappen halben Milliarde Dollar ausgestattetes landesweites Programm zur Früherkennung solcher Art von Schizophrenie ins Leben gerufen (vgl. Frances – a.a.O.: 279ff.).

4. **Gelingende Kooperation ist nur bei Anerkennung der Eigenständigkeit der jeweiligen Professionalität möglich**

Mit diesen Bemerkungen soll weder psychiatrisches Wissen in Gänze abgewertet oder abgelehnt werden, noch soll die bestehende, z.T. gesetzlich vorgeschriebene Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie (SGB VIII, KKG etc.) in Frage gestellt werden, in der Psychiater_innen oftmals eine prononcierte gutachterliche Rolle innehaben. Wie im Umgang mit jugendlichen Straftatverdächtigen und im Jugendstrafrecht aus gutem Grund die Sozialpädagogik hinzugezogen wird, „um neben der strafrechtlichen eine *andere* Rationalität zur Geltung bringen zu können (...) und damit eine systematische Differenz der Zielsetzungen von Sozialer Arbeit und Strafjustiz anerkannt“ (Dollinger/Oellkers 2015: 21f.), so gilt dies gleichermaßen im Verhältnis von

Psychiatrie und den Hilfen zur Erziehung. Die nachhaltig erhobene Forderung nach „verbesselter Kooperation“ oder gar einer „formalisierten Verantwortungsgemeinschaft“ – hier seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie seitens der Politik⁵ – im Umgang mit als „schwierig“ geltenden Kindern und Jugendlichen wird häufig damit begründet, dass die verschiedenen mit ihnen befassten Institutionen und Professionen das gleiche Ziel verfolgten, wenn auch mit verschiedenen Mitteln. Dies ist nicht der Fall. **Sozialpädagogik und Psychiatrie folgen unterschiedlichen Erkenntnis- und Handlungslogiken und insofern muss psychiatrisches Wissen in diesem Sinne relativiert werden.**

Eine adäquate Kooperation kann sich nur dann entwickeln, wenn die Hilfen zur Erziehung im Allgemeinen und die Heimerziehung im Besonderen die Eigenständigkeit ihrer Professionalität und ihrer Methoden gegenüber der Psychiatrie bewahren. Dies gilt nicht nur, aber insbesondere auch bezüglich der Frage „geschlossener Unterbringung“. Die Psychiatrie mag hier anderes Wissen produzieren als die Sozialpädagogik, prinzipiell „höherwertig“ ist es deshalb nicht. Und so besteht auch kein Grund, die angezeigte „feindliche Übernahme“ zu akzeptieren.

Literatur:

Dollinger, B. (2015): Risikofaktoren als gemeinsame Basis der Arbeit an Jugendkriminalität? Anmerkungen zu einem aktuellen Trend. In: Forum Erziehungshilfen, 21. Jg., Heft 1, S. 4-10.

Dollinger, B./ Oelkers, N. (2015): Zur Einleitung: Sozialpädagogische Perspektiven auf Devianz. In: Dies. (Hrsg.): Sozialpädagogische Perspektiven auf Devianz. Weinheim, Basel, S. 9-32.

Frances, A. (2013): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln.

Köttgen, Ch. (2014): ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen). In: Düring, D. u.a. (Hrsg.): Kritisches Glossar Hilfen zur Erziehung. Frankfurt/M., S. 13-23.

Krause, H.U./ Peters, F. (2014): Exkurs: Diagnosen und Aushandlungsprozesse. In: Dies.: Grundwissen Erzieherische Hilfen. Weinheim, Basel (4. Aufl.), S. 86 -92.

Land Brandenburg / MBSJ (Hg.) (2014): Macht und Machtmissbrauch in der Heimerziehung? Zum Umgang mit schwierigen Jugendlichen und zur Rolle der Heimaufsicht als besondere Herausforderung. Potsdam (www.mbsj.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.379885.de)

Mollenhauer, K./ Uhlendorff, U. (1992): Sozialpädagogische Diagnosen, . Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. Weinheim/München.

Mücher, F. /Uhlendorff, U. (2015): Das fragend-begleitende Gespräch ... In: Dollinger, B./ Oelkers, N. (Hrsg.): Sozialpädagogische Perspektiven auf Devianz. Weinheim, Basel, S. 49-67.

⁵ vgl. die Veröffentlichung des Landes Brandenburg zum Fachtag „Macht und Machtmissbrauch in der Heimerziehung...“ am 07./08.07.2014: 84, 85, 88, 90)

MOZ (Märkische Oderzeitung Onlineausgabe) v. 08.07.2014: „Haasenburg-Skandal: Experten fordern bessere Heimaufsicht (www.moz.de/artikel-ansicht/dg/0/1/1299783), Zugriff am 03.02.2014.

Rapetti, N. (2014): Muss die Normalität gerettet werden? Kritik der diagnostischen Norm im neuen DSM-5. In: Neue Praxis, 44. Jg., Heft. 4, S. 478-493.

Schimank, U. (2006): Teilsystemische Autonomie und politische Gesellschaftssteuerung. Wiesbaden.

Struck, N. (2014): Verstehen und Wissen in den Erziehungshilfen. In: Neue Praxis, 44. Jg., Heft 6, S. 578-588.

Thiersch, H. (1995): Macht und Verhandlung in der Erziehung. In: Ders.: Lebenswelt und Moral. Weinheim, München, S. 74-91.

Weber, J. (2014): Vorwort. In: N. Rapetti: Normalität und Subjektivität. Eine Kritik klinischer Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Aachen, S. 1-6.

Wolf, K. (1999): Sozialpädagogik und Psychiatrie – Kooperation bei unterschiedlichen Zuständigkeiten. In: Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.): Was tun mit den Schwierig(st)en? Dokumentation des FT v. 21./22.06.1999 in Berlin. Berlin, S. 103-115.

www.stern.de/gesundheit/neues-standardwerk-der-psychiatrie

(Erstellt für die IGfH von Prof. Dr. Friedhelm Peters)

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH)
Galvanistraße 30, D-60486 Frankfurt am Main
Telefon: +49-(0)69-633 986-0, Fax: -25
E-Mail: igfh@igfh.de
Web: www.igfh.de

Der Vorstand
Frankfurt am Main, den 23. März 2015