

Jahrestagung der DVJJ Landesgruppe Baden-Württemberg
am 6. Mai 1999 in Freiburg zu dem Thema:
Auffällige Kinder und Jugendliche im Spannungsfeld zwischen
Erlebnispädagogik, geschlossener Unterbringung und Therapie

Anmerkung:

Die im Originalbeitrag enthaltenen Schaubilder können in dieser Fassung leider nicht dargestellt werden.

MARTIN H. SCHMIDT

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat., Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psycho-
therapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit, Mannheim

Der Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Hilfe für auffällige Kinder und Jugendliche

1. Ausgangslage

Auffällige Kinder und Jugendliche decken ein, je nach Definition, breites Spektrum in unserer Gesellschaft ab. Um den Begriff nicht zu inflationieren, soll er in diesem Kontext auf delinquente und psychisch auffällige Kinder und Jugendliche beschränkt bleiben. Kinder- oder Jugenddelinquenz wird dabei nicht automatisch mit psychischer Auffälligkeit gleichgesetzt. Psychische Auffälligkeit soll als psychische Störung von Krankheitswert verstanden werden, also von dem Ausmaß, für das in aller Regel die Krankenversicherungsträger aufzukommen haben. Unter psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen nehmen die im Sinne von § 35a des KJHG als psychisch behindert Definierten wegen ihrer langzeitigen Beeinträchtigung eine besondere Stellung ein; ihre Betreuung fällt in den Aufgaben- und Finanzierungsbereich der Jugendhilfen¹.

Fragt man nach den Überschneidungsbereichen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Rechtswesen, dann fällt zunächst auf, dass wenigstens 40% der 18-jährigen Delinquenten an einer psychischen Störung von

¹

Zur Abgrenzung vgl. Fegert, M. J.: Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35 a KJHG. 2. Aufl. Münster 1996.

Krankheitswert leiden oder gelitten haben², ohne dass damit automatisch ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Ereignissen hergestellt ist. Nur ein geringer Teil dieser Population wird oder wurde aber im Rahmen der Krankenversorgung oder Jugendhilfe deswegen behandelt. Das entspricht der Differenz zwischen der Prävalenz psychischer Störungen und der Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Dienste, also der Beurteilung bestimmter Situationen durch Experten und Betroffene bzw. ihre Familien. Die Inanspruchnahme steigt dabei nicht allein mit der Ausprägung der Störungen an, sondern mit der subjektiv empfundenen Belastung der Familien durch diese. Von den später delinquent Gewordenen werden weniger als zehn Prozent begutachtet³. Damit ist nicht die Erstellung einfacher Berichte gemeint, sondern die Anfertigung wissenschaftlich begründeter Gutachten. Es fällt auf, dass zwar bis zu 20% der delinquenten Minderjährigen, gegen die ermittelt wird, weniger als 14 Jahre alt⁴, also Kinder im Sinne des Gesetzes sind, dass Begutachtungen bei diesen aber seltener vorgenommen werden als bei den 14- bis 17-jährigen. Bei letzteren stehen die Gutachten zu Reife, Schuldfähigkeit und möglichen Maßnahmen oft im Zusammenhang mit schweren Delikten oder mit Wiederholungsdelikten. Von den Jugendlichen, bei denen das Gutachten eine psychische Störung ergibt, wird nach der Hauptverhandlung nur ein sehr kleiner Teil behandelt. Behandlung ist häufiger, wenn die festgestellte psychische Störung auf Art und Ausmaß der Sanktion Einfluss hat, und seltener, wenn sie zwar im Zusammenhang mit dem Delikt steht, aber nicht sanktionsrelevant ist. Dazu fällt auf, dass die letztgenannte Gruppe größer ist als die derer mit sanktionsrelevanten psychischen Störungen. Auch unter delinquenten Kindern und Jugendlichen ist die Inanspruchnahme Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienste im Vorfeld nicht so häufig wie bei den nicht delinquent werdenden.

Die Beziehungen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe stellen sich anders dar: Ein hoher Anteil der mittels eingreifender erzieherischer Hilfen Betreuten wird vor Einleitung der Hilfen kinderpsychiatrisch untersucht. Von den Untersuchten wird im übrigen die Mehrheit auch vor eingreifenden erzieherischen Hilfen durch Ärzte, Psychologen oder Psychotherapeuten behandelt, weil sich die Notwendigkeit zu erzieherischen Hilfen oft erst aus dem mangelnden Behandlungserfolg ergibt. Dieser kann in der unzureichenden Fähigkeit von Familie oder Umfeld zur Mitarbeit bei der Behandlung begründet

² Schmidt, M. H.; Ihle, W.; Esser, G.; Lay, B.: Dissozialität - Vorstufe zur Jugendkriminalität? Münchener Medizinische Wochenschrift 144, 16 (1999), S. 31 - 36.

³ Freisleder, F. J.; Trott, G.-E.: Das psychiatrische Gutachten im Jugendstrafverfahren. In: Warnke, A.; Trott, G.-E.; Renschmidt, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis. 1. Aufl. 1997.

⁴ Weber, V.: Referat. In: Arbeitsstelle Kinder- und Jugend-kriminalitätsprävention am Deutschen Jugendinstitut und Bundesjugendkuratorium (Hrsg.): Der Mythos der Monsterkids. Strafunmündige „Mehrfach- und Intensivtäter“. Ihre Situation – Grenzen und Möglichkeiten der Hilfe. Dokumentation des Hearings des Bundesjugendkuratoriums am 18. Juni 1998 in Bonn, S. 15 ff.

sein oder aus dem Ausprägungsgrad der Störung erwachsen. Chronische oder chronifizierte psychische Störungen entsprechen seelischen Behinderungen, für die die Zuständigkeit der Jugendhilfe nach § 35a KJHG ebenfalls gegeben ist. Diese Bestimmung deckt auch Zustände von drohender Behinderung ab. Bei gegebener wie bei drohender seelischer Behinderung muss aber eine Behandlung der psychischen Störung im Rahmen der Krankenversorgung gescheitert oder allein aussichtslos sein⁵; d. h. umgekehrt, dass praktisch alle Kinder, für die die Jugendhilfe wegen ihrer seelischen Behinderung zuständig ist, vorbehandelt oder wenigstens voruntersucht wurden. Demgegenüber fällt auf, dass die psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen erzieherischer Hilfen nur zu einem geringeren Teil behandelt werden. Es handelt sich dabei überwiegend um Kinder mit manifesten oder drohenden seelischen Behinderungen.

2. Der diagnostische und therapeutische Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie für auffällige Kinder erfolgt in verschiedenen Bereichen, die sich unter diagnostischen, therapeutischen und wissenschaftlichen Tätigkeiten zusammenfassen lassen. Der diagnostische Beitrag besteht in der Erkennung psychischer Störungen und seelischer Behinderungen bzw. drohender seelischer Behinderungen. Das ist eng mit der Prognose psychischer Störungen verbunden. Wenn Krankheitseinheiten dadurch definiert sind, dass sie eine gemeinsame Symptomatik, eine gemeinsame Entstehung, einen gemeinsamen Verlauf und eine nach Möglichkeit gemeinsame Therapie haben, dann ist das Kriterium der gemeinsamen Entstehung bei psychischen Störungen oft relativ schlecht erfüllbar, weil über die Pathogenese vieler psychischer Störungen mehr Vorstellungen als Wissen bestehen. Es gibt aus dem klinischen Bereich viele Beispiele dafür, wie seit den fünfziger Jahren biologische Hintergrundfaktoren für als psychogen betrachtete Störungen erkannt wurden und auch therapeutische Konsequenzen haben, so etwa beim frühkindlichen Autismus, beim hyperkinetischen Syndrom oder bei der Pubertätsmagersucht. Angesichts der Unsicherheit über die Entstehung vieler psychischer Störungen und der begrenzten Therapiemöglichkeiten sind für die Beschreibung nosologischer Einheiten in der Psychiatrie Symptomatologie und Verlauf wichtige Stützen. Aus ihnen und aus der Kenntnis des Umfeldes, in dem der Patient lebt, sowie der Beeinträchtigung, die sich aus der Störung für sein Funktionsniveau (die Fähigkeit zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben) ergibt, bestimmt sich die Prognose, die ausschlaggebend ist für die Wahl erzieherischer Hilfen.

Wenn es gelingt, darüber mit den Instanzen der Jugendhilfe zu gemeinsamen Vorstellungen zu kommen, ist die Motivation zur Inanspruchnahme solcher Hilfen längst noch nicht gegeben. Ein wichtiger Teil der Interventionen kinder- und jugendpsychiatrischer Dienste ist deshalb die Motivation zur Inanspruchnahme oft intensiv in das Leben der Betroffenen eingreifender Hilfeprozesse - ein Auftrag, der durch die Vorgabe des KJHG über die umfassende Beteiligung von Minderjährigen und ihren Eltern noch verstärkt worden ist. Wie weit die Kosten hierfür zu Recht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, ist bisher nicht gründlich untersucht. Der diagnostische Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht weiterhin in der Stellungnahme zu Anträgen auf Übertragung der elterlichen Sorge auf Dritte gemäß § 1666 BGB. Er betrifft auch einige Begutachtungsfragen im Zuge von Trennung und Scheidung psychisch auffällig gewordener Kinder (die meisten diesbezüglichen Auseinandersetzungen betreffen glücklicherweise psychisch nicht Auffällige). In größerem Umfang betrifft der diagnostische Beitrag die Begutachtung möglicherweise unreifer (§§ 3, 105 JGG) oder psychisch gestörter (§§ 20, 21 StGB) jugendlicher Straftäter, zum Teil auch die Begutachtung delinquenten Kinder, die dabei erheblich unterrepräsentiert sind. Angesichts dieses diagnostischen Beitrags haben wir uns zu fragen, inwieweit von Kinder- und Jugendpsychiatern gestellte Diagnosen bei der Erstellung von Hilfeplänen oder Vollzugsplänen Berücksichtigung finden.

Der therapeutische Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie betrifft die Behandlung von psychischen Störungen und seelischen Behinderungen; für Letztere gilt das nur begrenzt, denn der größte Teil seelisch Behinderter, also chronisch psychisch gestörter Minderjähriger, kann im Rahmen erzieherischer Hilfen unter Zuziehung kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenz ausreichend versorgt werden; die Behandlung psychisch gestörter jugendlicher Straftäter, die sich als schuldig oder nur als vermindert schuldig erwiesen haben, ist ein häufig an den Kinder- und Jugendpsychiater gerichtetes Anliegen, insbesondere bei Delikten mit Wiederholungstendenz und erheblicher Benachteiligung Dritter, wie beispielsweise bei sexuell motivierten Straftaten oder Gewalttaten. Glücklicherweise entwickelt die Jugendhilfe hier zur Zeit einzelne Angebote, die die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken entlasten (denn solche Behandlungen müssen häufig unter stationären Bedingungen stattfinden und nehmen lange Zeit in Anspruch, in der Regel ein Mehrfaches der üblichen Verweildauern an solchen Kliniken von etwa 50 Tagen). Für die Behandlung nicht schuldiger jugendlicher Straftäter stehen geeignete Institutionen kaum zur Verfügung, so dass diese in der Regel in forensisch-psychiatrischen Kliniken für Erwachsene untergebracht werden, wo entsprechende Behandlungserfahrungen meist fehlen. Auch wenn die therapeutischen Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschränkt sind, sofern sie mit chronischen Störungen zu tun hat – sie befindet sich damit in keiner schlechteren Lage als etwa die Innere Medizin – werden also die therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe und des

Rechtswesens keineswegs ausgeschöpft, so dass auch hier nach dem Stellenwert kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im Rahmen von Hilfen zur Erziehung oder gerichtlicher Sanktionen zu fragen ist.

Was kinder- und jugendpsychiatrische Institutionen, insbesondere Kliniken, nicht sein wollen, ergibt sich aus dem Gesagten, auch wenn strukturelle Mängel in anderen Bereichen oft zu diesen Erwartungen führen: Wartezeiten jenseits der notwendigen Zeiten für die Motivation zur Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen entstehen leicht. Für die größeren Kliniken erreichen die dadurch verursachten Krankenhauspflegetage erhebliche Ausmaße, ein Phänomen, dem nur bei frühzeitiger Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgebeugt werden kann. Nötigenfalls muss solche Kooperation auch bereits eingeleitet werden, wenn noch nicht klar ist, ob erzieherische Hilfen am Ende notwendig sein werden. Außer in den Ausnahmefällen komplizierter seelischer Behinderungen verstehen sich die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken auch nicht als Behandlungsort für seelisch Behinderte, schon weil das den Auftrag des Gesetzgebers an die Jugendhilfe überschreitet, nicht was einzelne ärztliche Aufgaben, aber was die umfassende pädagogisch-therapeutische Betreuung und – falls nötig – Vollzeitpflege betrifft. Aus verschiedenen Gründen können die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken auch nicht Ersatz für forensisch-psychiatrische Behandlungen sein; Sicherheitsansprüche, Haftungsprobleme, Verweildauern und die Schwierigkeiten der Mischung solcher Patienten mit dem üblichen Patientengut sprechen dagegen. Gelegentlich wird auch erwartet, dass sich Kinder- und Jugendpsychiater für die stationäre Aufnahme delinquent gewordener Jugendlicher bereithalten, denen sonst die Untersuchungshaft oder eine anderweitige außerfamiliäre Unterbringung gemäß §§ 72, 73 JGG droht. Auch als Ersatz für fehlende Möglichkeiten der – zugegebenermaßen umstrittenen – geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Alternative, selbst wenn sie über geschlossene Stationen verfügt. Wo nötig, muss die Jugendhilfe die dafür notwendigen Institutionen vorhalten. Schließlich entstehen nicht selten Wartezeiten in unterschiedlichen Behandlungsformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie dadurch, dass es Zuständigkeitsdifferenzen über die Finanzierung angestrebter Hilfen gibt, die sich oft lange hinziehen und die Kapazitäten der Kliniken belasten.

3. Der wissenschaftliche Beitrag der kinder- und jugendpsychiatrischen Verlaufsforschung

Der wissenschaftliche Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie speist sich aus unterschiedlichen Forschungsrichtungen, nämlich aus Ergebnissen zur Klassifikation, zur Pathogenese, zum Verlauf, zur Behandlung, zur

Qualitätssicherung der Behandlung und zur Prävention psychischer Störungen. Von diesen Bereichen scheinen die Verlaufs- und Präventionsforschung von besonderem Interesse, weil sie bezüglich der Langzeitentwicklung psychischer Störungen oder seelischer Behinderungen und der Möglichkeiten, ihnen vorzubeugen, sich mit zentralen Aufgaben der Jugendhilfe überschneiden, während die Verlaufsforschung in der Sozialpädagogik weniger etabliert ist. Einschlägige Forschung geschieht in der Regel durch prospektive Längsschnittuntersuchungen. Im individuellen Therapieprozess kann ein von Patient, Klient oder Proband und Therapeut gleichermaßen akzeptiertes Entstehungsmodell einer psychischen Störung, falls es therapeutisch hilfreich ist, hingenommen werden, auch wenn es "objektiv" womöglich nicht zutrifft. Wegen dieser Unsicherheit wird die Verwendung retrospektiv gewonnener Daten in der Verlaufsforschung in der Regel kaum akzeptiert.

Die nachstehend mitgeteilten Ergebnisse entstammen einer prospektiven Längsschnittstudie der Mannheimer kinderpsychiatrischen Forschungsgruppe, vor allem aus der längsschnittlichen Verfolgung einer Kohorte von 400 Achtjährigen bis zum Alter von 25 Jahren, teilweise parallel zu einer analogen Studie in Rostock⁶. Die Mannheimer Studie ergab unter anderem, dass von den Achtjährigen, die psychische Auffälligkeiten von Krankheitswert zeigten, im Alter von 13 Jahren bei noch 50 % solche Störungen festgestellt wurden. Die Störungen der anderen hatten sich zurückgebildet, es waren aber ähnlich viel neue entstanden. Von den besagten 50 % war am Ende des Jugendalters, also im Alter von 18 Jahren, weiterhin die Hälfte auffällig, also ein Viertel der anfangs aufgefallenen Gruppe. Nach weiteren sieben Jahren fanden sich von den ursprünglich 64 Auffälligen noch ein Achtel, die während der Gesamtbeobachtungszeit von 17 Jahren jeweils als psychisch auffällig eingeordnet worden waren (Abbildung 1). Stabile Auffälligkeiten dieser Art gingen weitgehend von Kindern mit hyperkinetischen oder dissozialen Störungen im frühen Grundschulalter aus. Sie enden bei den 25jährigen häufig in dissozialem Verhalten, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und Delinquenz oder in Kombination solcher Störungen.

Betrachtet man als Delinquenzrate die Rate der gerichtlich sanktionierten Mitglieder der Stichprobe und der Gruppe derer, die in der Dunkelfeldbefragung angegeben hatten, im Alter von 14 bis 18 bzw. 19 bis 25 Jahren mehr als drei Delikte unterschiedlicher Art begangen zu haben, zeigt sich, dass diese Rate zwischen dem Alter von 18 und 25 Jahren noch steigt, und zwar um gut 50% (vgl. Abbildung 2). Die Berechtigung zur Einbeziehung der Dunkelfelddelinquenz

6

Esser, G. u. a.: Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kinder- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8 - 18 Jahren. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 20 (1999), S. 232 - 242; Ihle, W.; Esser, G.; Blanz, B.; Schmidt, M. H.: Dichte und Struktur von Lebensereignissen in Rostock und Mannheim in der Nachwendezeit 1989 - 1995. In: Ettrich, K. U.; Fries, M. (Hrsg.): Lebenslange Entwicklung in sich wandelnden Zeiten. Landau 1996.

in diese Überlegungen ergibt sich aus den stabilen Beziehungen zwischen beiden Raten⁷ und aus der Zunahme der Dunkelfelddelinquenz parallel zur sanktionierten Delinquenz in unserer Stichprobe⁸. Bei weitem nicht alle gerichtlich sanktionierten Jugendlichen und/oder solche mit hoher Dunkelfelddelinquenz wiesen psychische Störungen von Krankheitswert auf, sondern nur gut 40%. Diesbezüglich ergab sich kein Unterschied zwischen den niemals, im Alter von 14 bis 18 bzw. im Alter von 18 bis 25 Jahren oder in beiden Zeiträumen delinquent Gewesenen. In der Vorgeschichte (mit 8 bzw. mit 13 Jahren) der stabil Delinquenten (Hell- und Dunkelfelddelinquenz zwischen 14 bis 18 und zwischen 18 bis 25 Jahren) fanden sich bei psychischen Störungen aber fast ausnahmslos hyperkinetische und dissoziale Syndrome, also expansive Störungen, ein Befund der auf die prognostische Bedeutung solcher Störungen im Schulalter für die spätere Entwicklung von Delinquenz hinweist.

Moffit⁹ hat bereits 1993 eine Taxonomie dissozialen Verhaltens vorgeschlagen, die zeitlich begrenzt auftretende Dissozialität von früh entstandener persistierender Dissozialität unterscheidet. Als zeitlich begrenzt beschreibt sie dissoziales Verhalten, das an der Schwelle zur Adoleszenz, also zwischen dem 10. und 15. Lebensjahr beginnt, am Ende des Jugendalters einen Höhepunkt aufweist und in der Altersgruppe der 25- bis 30-jährigen weitgehend an Häufigkeit verliert. Dem stellt sie eine kleine Gruppe gegenüber, in der dissoziales Verhalten oft vor der Einschulung, jedenfalls vor dem zehnten Lebensjahr erkennbar wird und bis ins vierte Lebensjahrzehnt persistiert. Die betroffene Gruppe macht zwar nur 10 bis 15% der durch Delinquenz auffallenden Kindern und Jugendlichen aus, bezeichnet aber ein subjektiv schwer betroffenes Kollektiv Minderjähriger, das für Erziehung, Unterricht, Jugendhilfe und Justiz einen hohen Aufwand verursacht, außerdem selbst ausgeprägte Entwicklungsschwierigkeiten bis hin zum Problem der Erziehung eigener Kinder hat. Moffit postuliert für beide Gruppen dissozialen Verhaltens eine unterschiedliche Entstehung, die allerdings für die letztgenannte Gruppe (mit persistenter Dissozialität) wesentlich besser geklärt ist als für die mit dem Schwerpunkt am Ende des Jugendalters. Auch für die erstgenannte Gruppe bestehen pathogenetische Überlegungen¹⁰.

⁷ Kraus, L.: Empirische Untersuchungen krimineller Karrieren anhand von Hell- und Dunkelfelddaten. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 76 (1993), S. 256 - 268; Schwind, H. D.; Ahlborn, W.; Weiß, R.: Dunkelfeldforschung in Bochum 1986/87 - Eine Replikationsstudie. Wiesbaden 1989, S. 269.

⁸ Schmidt, M. H. u. a., o. Fn. 2.

⁹ Moffit, T.: Adolescence-limited and Life-course-persistent Antisocial Behaviour: A Developmental Taxonomy. Psychological Review 100 (1993), S. 674 - 701.

¹⁰ Matt, E.: Episode und „Doppel-Leben“: Zur Delinquenz Jugendlicher. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechts-reform 78 (1995), S. 153 - 163.

Zum Beginn des frühen dissozialen Verhaltens hat Moffit darauf hingewiesen, dass es sich bei den Betroffenen oft um impulsive Kinder – also eine Teilgruppe der hyperkinetischen Kinder – handelt, dass diese selbst häufig aus gestörten Familien kommen und wegen der erzieherischen Schwierigkeiten, die sie bereiten, überwiegend negativ sozialisiert werden, das heißt mehr Sanktionierung als Bestätigung erfahren. Die pädagogischen Schwierigkeiten, die von diesen Kindern ausgehen, führen zu Resignation bei den Eltern. Neben der Impulsivität und dem wenig reflexiven Denkstil besteht eine weitere kognitive Besonderheit dieser Gruppe darin, dass ihre Sprachentwicklung verspätet verläuft und ihre Sprache sich schlecht ausdifferenziert. In Folge dessen wird das Lesen später erlernt, demgemäß auch das Rechtschreiben; das führt zu schlechteren Schulleistungen. Wegen der weniger differenzierten Sprache bleiben aber auch Mängel bei der sprachlichen Differenzierung von Emotionen bestehen, folglich auch bei der Wahrnehmung eigener Gefühle und der Einfühlung in die Situation anderer. Bezüglich ihrer schulischen Schwierigkeiten erhalten solche Kinder wenig Unterstützung von ihren Eltern. Schwache Leistungen und ungünstiges Sozialverhalten führen zur Zurückweisung durch die Altersgleichen. Dieser Kontext begünstigt aggressives Verhalten, das seinerseits die Schulprobleme verstärkt. In der Sekundarstufe vermögen die Betroffenen ihre Minderleistungen nicht mehr zu kompensieren. Sozialer Erfolg bleibt ihnen weitgehend versagt, so dass sie ihn auf anderen Wegen suchen. Ihre Ausgrenzung durch Altersgleiche und ihre mangelnde Beachtung durch die Institution Schule führt dazu, dass sie sich Randgruppen zuwenden. In diesen Gruppen finden sich vor allem Ältere mit ähnlichen Schwierigkeiten, d. h. auch an der Schule gescheiterte Kinder und Jugendliche, bei denen sich dissoziales und delinquentes Verhalten häuft, und die oft auch Kontakt zu Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder Drogen haben.

Bei den frühen Wurzeln dieser ungünstigen Entwicklung interagieren also biologische und psychosoziale Risiken. Ein Beispiel dafür ist das Zusammenwirken von gegebener Selbstregulation des Kindes und Belastungen aus seiner Umwelt. Dass die Selbstregulation der Betroffenen schon im frühen Kindesalter schwach ist, zeigt Abbildung 3. Dort ist die Entwicklung des Temperamentsmerkmals Selbstregulation aus der Beobachtung Zweijähriger bis ins Alter von acht Jahren für Kinder mit geringen und ausgeprägten psychosozialen Risiken fortgeschrieben. Man erkennt, dass die Kinder mit geringer Risikobelastung eine gute Selbstregulation haben, die sich über die Altersspanne noch leicht verbessert, während die Selbstregulation der stark belasteten Kinder über diese Altersspanne noch absinkt. Es besteht also schon während des Vorschulalters kaum eine Chance für ein risikobelastetes Kind aus der Gruppe der schlecht Selbstregulierten, in die Gruppe der gut Selbstregulierten zu wechseln. Weiter entscheidend ist die Qualität der frühen Eltern-Kind-Beziehungen, die Muster aller späteren Beziehungen sind und die

Sozialisation beeinflussen. Henn u. a.¹¹ haben dargelegt, wie der prädiktive Wert aggressiven Verhaltens bei gleichzeitiger Betrachtung der Bindungsqualität steigt: Bindungsschwache aggressive Kinder sind im späteren Alter häufiger an Gewaltdelikten beteiligt als besser sozialisierte.

4. Der wissenschaftliche Beitrag der kinder- und jugendpsychiatrischen Präventionsforschung

Da zwar adoleszenztypische Delinquenz und Dissozialität wesentlich häufiger sind, die persistierende Dissozialität aber für überdauernde Auffälligkeiten verantwortlich ist, muss unser präventives Interesse besonders der letztgenannten Gruppe gelten. Sie verursacht nicht nur für Krankenversorgung, Jugendhilfe und Rechtswesen unverhältnismäßig hohe Kosten, sondern auch enormes persönliches Leid, misslungene Schullaufbahnen und Berufskarrieren sowie misslingende Beziehungen. Prävention durch Veränderung der gesamtgesellschaftlichen Verhältnisse im Sinne so genannter Primärpräventionen ist schwer zu erreichen, wenn sie auch als ideale Form der Prävention gilt. Ihr gegenüber gilt die Sekundärprävention, das heißt das Eingreifen bei bereits entstandenen ungünstigen Veränderungen im Sinne einer Wiederholungsvorbeugung als weniger erstrebenswert. Gordon¹² hat vorgeschlagen, das Modell der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zu verlassen und statt dessen von universaler, selektiver und indizierter Prävention zu sprechen. Er meint mit universaler Prävention, ähnlich der primären, alle allgemeinen, die Gesamtheit der Bevölkerung bzw. alle Familien mit Kindern betreffenden Maßnahmen, mit selektiver Präventionsmaßnahmen für bestimmte Risikogruppen. Als indizierte Prävention schließlich bezeichnet er Strategien, die an einem noch günstigen Zeitpunkt, aber bei bereits manifestierter Störung ansetzen. Er verlagert damit den Blickwinkel der Präventionsstrategien vom Zeitpunkt im Rahmen einer Störungsentwicklung auf Personengruppen unterschiedlichen Umfangs und Interventionsbedarfs, die von den einzelnen Präventionsmaßnahmen erfasst werden.

Bereits im Vorschulalter, erst recht aber im Schulalter bestehen gute Voraussagemöglichkeiten für langfristig fortbestehende expansive Syndrome, d.h. für hyperkinetische und dissoziale Störungen, also unruhiges, impulsives und aggressives Verhalten. Die Voraussage aus dem frühen Vorhandensein solcher Störungen auf ihr späteres Bestehen hat eine höhere Treffsicherheit als die Voraussage anhand distaler Risikofaktoren, wie etwa die erzieherische Kompetenz der Eltern, der sozio-ökonomische Status oder psychosoziale

¹¹ Henn, F.A.; Bardwell, R.; Jenkins, R. L.: Juvenile Delinquents Revisited. Adult Criminal Activity. Arch. Gen. Psychiatry 37 (1980).

¹² Gordon, R.: A Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Reports 98 (1982), S. 107 - 109.

Belastungen. Die Voraussagequalität der bereits vorhandenen Störungen nimmt mit dem Alter zu; längere negative Entwicklungsverläufe bedeuten also eine Risikokumulation (vgl. Abbildung 4). Für die Maßnahmen der indizierten Prävention gilt es deshalb, einen optimalen Schnittpunkt zwischen Sicherheit bei der Identifikation ungünstiger Entwicklungsverläufe und der Noch-Wirksamkeit von Interventionen zu finden, denn mit steigender Risikokumulation sinken die Aussichten auf Veränderungen. Bennett u. a.¹³ haben gezeigt, dass das Vorschulalter dazu noch ungeeignet ist. Studien an drei- bis sechsjährigen Kindern haben zwar schon eine relative Treffsicherheit, identifizieren aber zu viele Falschnegative, vor allem unter Mädchen, als dass man anhand solcher Einschätzungen die Teilnahme an Präventionsprogrammen empfehlen könnte. Nach McMahon¹⁴, Lochman¹⁵ und Coie¹⁶ liegt ein günstiger Schnittpunkt zwischen treffsicherer Identifikation und noch wirksamer Intervention im achten oder neunten Lebensjahr, also etwa beim Besuch der zweiten Klasse. Die Voraussagewahrscheinlichkeit für längerfristig dissoziales Verhalten beträgt in diesem Alter etwa 50%. In dieser Altersstufe sind Eltern, auch aus schwierigem Milieu, noch dadurch zur Mitarbeit zu gewinnen, dass ihnen das Risiko einer ungünstigen Schulkarriere ihrer Kinder noch abwendbar erscheint. Die Aussichten für eine Verbesserung der Schulkarriere sind bei entsprechender Intervention auch noch hinreichend hoch. Lehrer sind zum Umgang mit dieser schwierigen Schülergruppe noch besser zu motivieren, als wenn sie im Verlauf der Sekundarstufe resigniert haben. Die Ablehnung durch die Mitschüler ist noch nicht eingetreten bzw. noch nicht verfestigt. Mit wirksamen diagnostischen Filtern, effektiver Schulsozialarbeit, Förderunterricht und der Anwendung effizienter Interventionen sind also in dieser Altersstufe durchaus noch multimodale indizierte Präventionen möglich, die das Risiko ungünstiger Entwicklungen deutlich reduzieren können. Auf diesen Zeitpunkt konzentrieren sich die heutigen Überlegungen für die Prävention dissozialer Störungen und delinquenten Verhaltens bei Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen und Erziehungswissenschaftlern.

-
- ¹³ Bennett, K. J.; Lipman, E. L.; Racine, Y.; Offord, D. R.: Annotation: Do Measures of Externalising Behaviour in Normal Populations Predict Later Outcome? In: Implications for Targeted Interventions to Prevent Conduct Disorder. *J. Child Psychol. Psychiat.* 39, 8 (1998), S. 1059 - 1070.
- ¹⁴ McMahon, R. J.: Diagnosis, Assessment, and Treatment of Externalizing Problems in Children: The Role of Longitudinal Data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (1994), S. 901 - 917.
- ¹⁵ Lochman, J. E. & Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG): Screening of Child Behavior Problems for Prevention Programs at School Entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (1995), S. 549 - 559.
- ¹⁶ Coie, J.: Prevention of Violence and Antisocial Behaviour. In: Peters, R. Dev.; McMahon, R. J. (Hrsg.): *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse and Delinquency*. New York 1996.

5. Konsequenzen für indizierte Prävention

Aus den dargelegten Beiträgen der kinder- und jugendpsychiatrischen und erziehungswissenschaftlichen Forschung lassen sich handlungsrelevante Konsequenzen ableiten, die zugleich auf mögliche Schwachstellen in unserem Erziehungs- und Interventionssystem hinweisen.

- Abwarten ist bei Kindern mit oppositionell-aggressivem Verhalten, erst recht in Kombination mit Steuerungs- und Aufmerksamkeitsproblemen (sogenannte hyperkinetische Kinder) im frühen Kindesalter nicht indiziert, weil sich sonst der Therapie unzugängliche Störungen entwickeln, die das Umfeld zunächst resignieren lassen, aber zum Eingreifen zwingen, wenn die Belange Dritter durch Dissozialität oder Delinquenz massiv berührt werden.
- Ein so frühes Eingreifen ruft zwar Vorbehalte im Sinne von Stigmatisierungsbefürchtungen wach, denn selbst bei optimalem Zeitpunkt der Intervention erstreckt sich diese auf einige falsch negativ identifizierte Kinder. Diese Bedenken sollten aber wegen des zu vermeidenden persönlichen Leids und der ungünstigen Biografien hintangestellt werden. Die Störungen dieser Kinder sind außerdem auch bei günstigerer Prognose behandlungs- und interventionsbedürftig, das heißt die begangenen Irrtümer beziehen sich nicht auf den aktuellen Zustand der identifizierten Kinder, sondern auf ihre künftige Entwicklung.
- Wenn nötig und wenn ausreichende andere Versuche versagt haben, müsse die Möglichkeiten, Interventionen auch für Kinder nicht kooperationsfähiger Eltern zu eröffnen, genutzt werden. Der Gesetzgeber hält dafür mit den Eingriffen gem. §1666 BGB Möglichkeiten offen, die nicht einer Sanktionierung elterlichen Verhaltens dienen sollen, sondern mit dem Kindeswohl begründet sind.
- Die im Verlauf der skizzierten Entwicklung entstehenden Beziehungsprobleme und Bindungsschwierigkeiten hindern viele Kinder daran, wirksame Interventionen anzunehmen, weil sie sich durch diese beschränkt fühlen. Das bedroht ihr Selbstwertgefühl, da sie nicht gewohnt sind, im Rahmen von Beziehungen Erwartungen von ihrer Bezugsperson zu erfüllen. Bevor man resigniert, muss für solche Kinder und Jugendlichen auch die Möglichkeit der Intervention unter Umständen erwogen werden, die ein Weglaufen ausschließen (sogenannte geschlossene Unterbringung). Diese besonders intensive Form der Intervention dient nicht zum Schutz der Gesellschaft, sondern zum Schutz

dieser Kinder oder Jugendlichen vor weitergehenden Fehlentwicklungen. Solche Fehlentwicklungen sind nicht als selbstgewähltes Verhalten anzusehen, sondern als Folge ungünstiger individueller Voraussetzungen und Lebensumstände.

- Für die notwendigen Interventionen bedarf es einer stärkeren Einbeziehung therapeutischer Erkenntnisse aus klinischer Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Jugendhilfe und deren Umsetzung dort, also auch der Bereitstellung der dafür notwendigen Ressourcen. Damit sind zunächst nicht spezielle erzieherische Hilfen im Sinne des § 27 KJHG gemeint, sondern die Informationen im Kindergarten tätiger Fachkräfte über Erkennungs- und Interventionsmöglichkeiten bei gefährdeten Vorschulkindern. Im Weiteren ist damit aber auch angesprochen, dass gefährdeten Kindern mit hyperkinetischem und aggressivem Verhalten die Förderung als seelisch Behinderte gemäß § 35a KJHG zukommen muss, um diese spezifisch gefährdete Gruppe nicht von den Möglichkeiten der Anwendung dieser Vorschrift ausnehmen: Ein hyperaktiver und aggressiver Zweitklässler ist ein Kind mit drohender seelischer Behinderung !
- Wirksame Prävention für die genannte Personengruppe, die über die Schule gut erreichbar ist, ist nur möglich, wenn Schulen dafür ausgestattet sind. Das betrifft zum einen die Information der Lehrer über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Es betrifft weiter notwendige zusätzliche pädagogische Fachkräfte im Sinne der Schulsozialarbeit. Gemeint ist aber auch die Verfügbarkeit von Lehrern als wichtige Bezugsperson für Kinder jenseits ihrer Aufgaben in der Wissensvermittlung. Die strukturellen Voraussetzungen dafür – also ein zeitlich breiteres Schulangebot und die Kooperation zwischen Schulsystem und Jugendhilfe – müssen geschaffen werden und dürfen nicht auf die Kooperationswilligkeit beider Systeme oder einzelner Personen aus diesen Systemen angewiesen sein.
- Die Ergebnisse solcher indizierter Präventionen sind wissenschaftlich zu verfolgen. Das Defizit an Verlaufsforschung in der Jugendhilfe muss durch entsprechende Längsschnittuntersuchungen ausgeglichen werden. Dazu sind Forschungsausbildung in der angewandten Sozialpädagogik und die Bereitstellung von Mitteln für die Jugendhilfeforschung unerlässlich. Es ist nicht vertretbar, dass erzieherische Hilfen, die zwar nur einen Teil der Gesamtausgaben der Jugendhilfe (von im Jahre 1997 34,252 Milliarden DM; Statistisches Bundesamt 1999) ausmachen, trotz ihrer weitreichenden Konsequenzen zu wenig evaluiert werden.