

Indikationen für geschlossene Unterbringung in der Praxis von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Hanna Permien

Bei dissozialen Jugendlichen scheinen längerfristige freiheitsentziehende Maßnahmen (FM) nach § 1631 b BGB in Form geschlossener Unterbringung manchmal unausweichlich, doch solche Maßnahmen dürfen nicht willkürlich erfolgen. Anhand der Ergebnisse einer aktuellen Studie wird aufgezeigt, wie »willkürlich« die Indikationen für FM in Jugendhilfe bzw. Jugendpsychiatrie sind und zwangsläufig sein müssen, mit welchen Begründungen Jugendliche in der Jugendhilfe geschlossen untergebracht werden und unter welchen Bedingungen FM für dissoziale Jugendliche in der Jugendpsychiatrie erfolgen.

Schlüsselwörter: § 1631 b BGB, freiheitsentziehende Maßnahme, geschlossene Unterbringung, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Indikation

Detention in Adolescent Mental Health Services

Long-term detention for juveniles with severe antisocial behaviour sometimes seems inevitable, but it is justifiable only within very narrow limits. The article presents and discusses the results of a new study concerning the indications for – or against – detention in residential care or in adolescent inpatient facilities

Key words: Detention, indications, youth welfare, child and adolescent psychiatry

Einführung

Mehr oder weniger hilf- und ratlos reagieren Eltern, aber auch Institutionen auf schwer »dissoziale« Kinder und Jugendliche, die sich und andere gefährden, durch Gewalt und Provokation den Rahmen ihrer Familien, Schulen, offenen Jugendhilfeeinrichtungen sprengen oder sich diesen Sozialisationsinstanzen immer wieder entziehen: Für sie scheint Hilfe oft nur noch dann möglich, wenn für eine gewisse Zeit Freiheitsentziehende Maßnahmen (FM) in Form der geschlossenen Unterbringung nach § 1631 b BGB ergriffen werden, wenn sich also die Türen von Heimen oder Kliniken erst einmal hinter ihnen schließen.

Doch das Recht auf Freiheit der Person ist in Art. 104 des Grundgesetzes verankert und darf nur auf Grundlage von förmlichen Gesetzen eingeschränkt werden. Zudem darf nach Artikel 37 b der von Deutschland ratifizierten Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen »... keinem Kind die Freiheit rechtswidrig oder willkürlich entzogen« werden. »Freiheitsentziehung ... darf bei einem Kind im Einklang mit dem Gesetz nur als letztes Mittel und für die kürzeste angemessene Zeit angewendet werden.«

Neben Freiheitsentzug auf der Basis des Jugendstrafrechts und auf öffentlich-rechtlichem Wege bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung kann eine geschlossene Unterbringung von Minderjährigen in einer Klinik genau wie in Heimen der Jugendhilfe nur auf dem zivilrechtlichen Weg auf Grundlage des § 1631 b BGB erfolgen:

»Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur mit Genehmigung des Familiengerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschieben Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert.«

Die Rechtsvorschriften für FM sind also sehr eng gefasst. Zudem sind längerfristige, über Kriseninterventionen hinausgehen-

de FM, vor allem in der Kinder- und Jugendhilfe¹ (vgl. FEGERT 1998), aber auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie² nach wie vor umstritten. Dabei bezieht sich die Kritik v. a. auf potenzielle Willkür bei der Unterbringung: Zum einen würden die *Verfahrensrechte der Jugendlichen* nach § 70 a–n FGG nicht genügend gewahrt [vgl. die Untersuchung zu Fällen von geschlossener Unterbringung in Brandenburg von PAETZOLD (2001) sowie die Analyse von jugendpsychiatrischen Gutachten zu FM in der Jugendhilfe von RÜTH et al. (2002)]. Diese Verfahrensrechte (v. a. die Anhörung durch das Familiengericht, das über die Genehmigung für einen Freiheitsentzug zu entscheiden hat, die Bestellung einer Verfahrenspflege, die Stellungnahme des Jugendamtes sowie die jugendpsychiatrische Begutachtung) haben auch die Funktion, durch die Einschaltung mehrerer Instanzen Willkürentscheidungen soweit wie möglich zu verhindern. Weiter speist sich der Willkürvorwurf daraus, dass § 1631 b BGB verfassungswidrig sei, weil er – so das Gutachten von SCHLINK und SCHATTFROH (2001) – mangels ausreichender Konkretisierung des Kindeswohlbegriffs nicht Grundlage für die Genehmigung eines Freiheitsentzuges sein könne, der über den Zeitraum einer akuten Gefährdung hinausreiche. Eine Entscheidung des BVerfG hierzu steht noch aus.

Willkürlich erscheinen aber auch die *Indikationsstellungen für freiheitsentziehende Jugendhilfemaßnahmen*. Bereits in früheren Studien zu »geschlossener Unterbringung« in der Jugendhilfe (v. WOLFFERSDORFF et al. 1996, PANKOFER 1997) wurde das Fehlen von trennscharfen Indikationen für offene versus geschlossene Maßnahmen beklagt. Zudem wird in der Praxis immer wieder die Frage nach der Abgrenzung der Indikationsstellungen für FM in Jugendhilfeeinrichtungen vs.

1 Im Folgenden abkürzend als »Jugendhilfe« bezeichnet.

2 Die korrekte Bezeichnung des Fachgebietes lautet »Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie«, im Folgenden abgekürzt als »Jugendpsychiatrie«.

in jugendpsychiatrischen Kliniken aufgeworfen bzw. kritisch hinterfragt, ob nicht Jugendliche³ zu oft in die Jugendpsychiatrie »abgeschoben« würden (DEUTSCHER BUNDESTAG 2002, S. 240). Der folgende Beitrag wendet sich vor allem dem Thema der Indikationsstellungen zu, wobei die dazu vorliegenden Ergebnisse des Projekts »Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie und Justiz«⁴ dargestellt und diskutiert werden.

Fragestellungen und Methoden des Projekts

»Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie und Justiz«

Das Forschungsprojekt ist den genannten Aspekten dieses Willkürvorwurfes nachgegangen. Zentrale Fragestellungen betrafen also

1. die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben bei Verfahren nach § 1631 b BGB sowie
2. die Eindeutigkeit von Indikationen für FM, und zwar sowohl bezüglich geschlossener gegenüber offenen Jugendhilfemaßnahmen als auch bezüglich FM in der Jugendpsychiatrie gegenüber FM in Jugendhilfeeinrichtungen.

Um zu klären, wie sich diese Aspekte von FM aus verschiedenen Blickwinkeln darstellen, wurde ein multiperspektivischer Forschungszugang gewählt, der es erlaubt, bei der Darstellung der Ergebnisse verschiedene Sichtweisen zu kontrastieren. Durchgeführt wurden qualitative, leitfadengestützte Einzel- und Kleingruppeninterviews in 15 Jugendämtern in Bundesländern mit und ohne FM in der Jugendhilfe, in neun Heimen, die FM durchführen, sowie in fünf intensivpädagogischen offenen Jugendhilfeeinrichtungen (hier ging es darum, wie weit sie als möglichen »Alternativen« zu FM in Frage kommen und wie weit sich die Indikationen mit denen für FM überschneiden).

Weiter wurden fast 40 Jugendamtsakten und 125 Heimakten aus den neun besuchten Heimen analysiert, wobei hier vor allem die Indikationen und die Umsetzung der Verfahren erfasst wurden.

Zudem wurden in leitfadengestützten Interviews mit über 30 Jugendlichen, die kurz vor ihrer Entlassung aus teilgeschlossenen Gruppen standen, deren Sichtweisen und Einschätzungen von FM erhoben. Außerdem wurden ihre Betreuer befragt. Die weitere Entwicklung dieser Jugendlichen soll nun über ein Jahr verfolgt werden, um zumindest ansatzweise die Nachhaltigkeit der Wirkungen von FM in der Jugendhilfe zu erfassen, die ja auch etwas dazu aussagt, ob die Indikationsstellung dafür gerechtfertigt war.

Weiter wurden Expertisen eingeholt, in denen u. a. auf der Basis von Interviews mit Familienrichtern und Verfahrenspflegern die rechtlichen Vorgaben für Freiheitsentzug nach § 1631 b BGB und die Rechtspraxis bezüglich dieser Verfahren kritisch gewürdigt wurde.

Zwar hat das Projekt seinen Schwerpunkt im Bereich der Jugendhilfe, doch wurden auch Interviews mit leitenden Ärzten in 16 jugendpsychiatrischen Kliniken in acht Bundesländern geführt, in denen es u. a. um die Differenzierung der Indikationen für FM in Jugendhilfe bzw. Jugendpsychiatrie und um damit verbundene Kooperationen und Konflikte zwischen den Hilfesystemen ging. Diese – leider nur explorative – Erhebung in der Jugendpsychiatrie schien auch deshalb dringend geboten, weil eine große und offenbar wachsende Zahl von »besonders schwierigen« Jugendlichen »Grenzgänger« zwischen beiden Systemen sind (vgl. KALTER & SCHRAPPER 2003).

Ergebnisse zu Indikationsstellungen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Vorauszuschicken ist, dass sich trotz der schon dargestellten gleichen rechtlichen Grundlagen für FM in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie⁵ Bedeutung und Stellenwert von FM in beiden Systemen unterscheiden, was auch Einfluss auf die Indikationsstellungen hat.

Strukturelle Unterschiede zwischen FM in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

In der *Jugendhilfe* kommt es zumindest seit Inkraft-Treten des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) m. W. nur sehr selten zu *kurzfristigem* Freiheitsentzug im Rahmen von *Inobhutnahmen*. Dieser ist in § 42 Abs. 5 und 6 SGB VIII so geregelt:

(5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.

(6) Ist bei der Inobhutnahme die Anwendung unmittelbaren Zwangs erforderlich, so sind die dazu befugten Stellen hinzuzuziehen.

Insofern ist davon auszugehen, dass die Jugendhilfe in Fällen *akuter* Selbst- und Fremdgefährdung vorrangig Polizei und Jugendpsychiatrie einschaltet, die dann die Krisenintervention übernimmt.

Kurzfristiger Freiheitsentzug kommt aber auch in manchen offenen Einrichtungen mit sog. *Time-out-Räumen* vor, über deren Zahl, Nutzungsanlässe und die jeweils angewandten rechtlichen Grundlagen derzeit (zu) wenig bekannt ist.

Längerfristige FM im Rahmen von *Hilfen zur Erziehung* nach § 27 i. V. mit § 34 SGB VIII werden z. T. grundsätzlich abgelehnt, weil Pädagogik nicht mit Zwang vereinbar sei und FM mehr schaden als nützen und rechtlich umstritten seien (PETERS 2005). Soweit sie überhaupt als Erziehungshilfe in Betracht gezogen werden, gelten sie als »Ultima Ratio« bei den Bemühungen der Jugendhilfe, auch Jugendliche mit ausgeprägtem dissozialem Verhalten pädagogisch zu erreichen. Diese FM müssen, so WIESNER (2002) notwendig und pädagogisch geeignet, aber auch »verhältnismäßig« sein, d. h. die zu erwartende Förderung des Kindeswohls muss den Freiheitsentzug rechtfertigen, wobei die Kriterien dafür nicht eindeutig zu bestimmen sind.

3 Im Folgenden werden Minderjährige zwischen 12–18 Jahren abkürzend als »Jugendliche« bezeichnet.

4 Das Projekt »Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie und Justiz – Indikationen, Verfahren und Alternativen« konzentriert sich auf FM auf der Grundlage des § 1631 b BGB (www.dji.de/freiheitsentzug). Es wird am Deutschen Jugendinstitut (DJI) von Sabrina Hoops und Dr. Hanna Permien unter zeitweiser Mitarbeit von Martina Steger von 2003–2007 durchgeführt und vom BMFSFJ und neun Bundesländern gefördert.

5 Selbst wenn FM bei Jugendlichen zunächst auf öffentlich-rechtlichem Wege auf der Basis der Unterbringungsgesetze der Länder erfolgen, werden sie nach Auskunft der befragten Fachärzte inzwischen fast immer in FM nach § 1631 b BGB umgewandelt, und zwar auch dann, wenn die FM nur wenige Tage dauern.

Entsprechend gering ist die *Zahl der Plätze*: Derzeit verfügen u. W. nur die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz über insgesamt etwa 200 Plätze (vgl. HOOPS & PERMIEN 2005) für FM. Dabei handelt es sich zum einen um Maßnahmen mit »individuell abgestufter« oder Teilgeschlossenheit, in denen die Verweildauer im Schnitt etwa bei einem bis anderthalb Jahren liegen dürfte, individuelle Lockerungen des Freiheitsentzugs erfolgen aber meist nach etwa vier Wochen. Zum anderen wurden Plätze mit »fakultativer« Geschlossenheit erfasst, die bei Bedarf nur kurzfristig und für einzelne Jugendliche in prinzipiell offenen Gruppen durchgeführt werden soll. Festzustellen sind allerdings fließende Übergänge zwischen »offen« und »geschlossen«.

Demgegenüber hat die *Jugendpsychiatrie* einen flächendeckenden Versorgungsauftrag. Danach muss jede Klinik in der Lage sein, Kriseninterventionen und Behandlungen notfalls auch unter Freiheitsentzug durchzuführen. Die *Zahl* der dafür zur Verfügung stehenden »geschlossenen« *Betten* konnten wir nicht ermitteln, denn es gibt keine bundesweiten Statistiken dazu. Eine Zählung dürfte zusätzlich dadurch erschwert werden, dass es, wie sich aus den Aussagen der befragten Klinikleitungen ergab, keine einheitliche Definition von »Geschlossenheit« gibt, und dass früher »geschlossene« Stationen zunehmend »fakultativ geschlossen« geführt werden. So konnten wir lediglich feststellen, dass der Versorgungsgrad mit Klinikbetten insgesamt in den einzelnen Bundesländern 2002 sehr unterschiedlich war: Er reichte von knapp drei Betten pro 100 000 Einwohner in Bayern bis hin zu gut elf Betten in Sachsen-Anhalt (vgl. STEGER 2005).

Mit Sicherheit aber kommt es in der Jugendpsychiatrie mit 2000 bis 3000 Fällen pro Jahr (diese Zahl nannte J. JUNGMANN uns 2003 in einem Gespräch) sehr viel häufiger zu FM als in der Jugendhilfe. Doch sind die FM hier im Schnitt sehr viel kürzer (oft nur wenige Tage oder Wochen) als in Einrichtungen der Jugendhilfe.

FM in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie unterscheiden sich weiter in den *Anlässen, Zielen und Bewertungen von FM*: Die Jugendhilfe kann ihren *Erziehungsauftrag* nur langfristig erfüllen. Freiheitsentzug macht dabei – wie auch die befragten Jugendlichen bestätigten – paradoxerweise nur dann Sinn, wenn die Jugendlichen (unter dem Einfluss einer guten pädagogischen Konzeption und verlässlichen Beziehungsangeboten!) diesen Zwang von einer »Strafe« zu einer »Chance« umdeuten und an ihrer Erziehung *freiwillig* mitwirken.

In jugendpsychiatrischen Kliniken dagegen stehen bei sog. dissozialen Jugendlichen *Krisenintervention, Diagnostik, und ggf. Begutachtung bezüglich der Notwendigkeit und Eignung von FM in der Jugendhilfe* im Vordergrund, weniger langfristige Behandlungen. Freiheitsentzug ist dabei nach unseren Ergebnissen viel weniger »ideologisch umstritten« als in der Jugendhilfe, er soll zwar möglichst vermieden werden, wird aber überwiegend pragmatisch als manchmal notwendiger integraler Bestandteil der Behandlung gewertet.

FM in der Jugendhilfe: Eingrenzbare Kriterien statt eindeutiger Indikationen

Der eingangs erwähnte Vorwurf, dass die Indikationen für FM in der Jugendhilfe unklar und daher willkürlich seien, scheint einerseits berechtigt, andererseits unsinnig. Denn – das bestätigen die Befragten aus Jugendämtern, Heimen wie der KJPP – diese Indikationen können gar nicht eindeutig sein. Vielmehr werden Indikationen für FM erst hergestellt, und zwar in einem Pro-

zess, in dem wiederholt von allen Beteiligten (Sorgeberechtigte, Jugendamt, Familiengericht, psychiatrischer Gutachter, Heim) einvernehmliche Entscheidungen getroffen werden müssen, damit eine FM überhaupt beginnen und ggf. bei erneut zu überprüfendem Bedarf fortgeführt werden kann.

Indikationsstellungen für FM entstehen also erst in – oft konflikthaften – »*Ko-Konstruktionsprozessen*«. Dies zeigt sich z. B. daran, wie unterschiedlich Eltern und Fachkräfte die Problemlagen von Jugendlichen wahrnehmen und bewerten. Zudem sehen die Befragten in den Jugendämtern keine eindeutige Koppelung von Problemkonstellationen mit einer einzigen geeigneten Interventionsform. Zwar könne FM einer Fachkraft gelegentlich als die »am besten geeignete« Maßnahme erscheinen, es komme aber auch immer wieder zu Dissens darüber, ob eine bestimmte Problematik durch eine FM gelöst oder zumindest gemildert werden könne, und ob es nicht noch Alternativen gäbe. Dies ist nicht weiter verwunderlich, denn »beurteilt werden müssen in der Regel mehrdeutige und ungewisse soziale, materielle und psychische Situationen und Prozesse« (ADER & SCHRAPPER 2002: 43). So ist auch zu erklären, dass längst nicht alle Anträge auf FM in der Jugendhilfe mit einer Unterbringung enden. Ob FM erwogen und vollzogen werden, hängt zudem nicht nur von der Problematik des Einzelfalls ab, sondern ebenso oder gar noch mehr von einer Reihe äußerer Faktoren, von denen die Fachkräfte folgende als die wichtigsten benannten:

- Fachliche Einstellungen und Erfahrungen mit FM in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie,
- Unterstützung der Maßnahmen durch die Eltern,
- Verfügbarkeit guter Alternativen im Vorfeld,
- Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit von FM-Plätzen im eigenen Bundesland,
- Belastung und Engagement der Fachkräfte im Jugendamt,
- öffentlicher und politischer Druck.

Die angesichts der Komplexität dieser Faktoren und Prozesse unvermeidbare Uneindeutigkeit der Indikationen kann, so ein Beispiel aus einem Jugendamt, dazu führen, dass eine Mutter aus einer süddeutschen Stadt, für deren Sohn eine FM in einem Heim vorgesehen war, nach ihrem Umzug nach Norddeutschland erfuhr, dass das nun zuständige Jugendamt diese Maßnahme nicht bezahlen würde, weil hier grundsätzlich keine FM durchgeführt würden. Dies mag Mutter und Sohn vermutlich völlig willkürlich vorgekommen sein!

Doch wird der Willkürvorwurf bezüglich der Indikation für FM dadurch entschärft, dass die befragten Experten aus allen Gruppen *eingrenzbare Kriterien* dafür benannten, über die – bei Differenzen in Details – ein erstaunlich hohes Maß an Übereinstimmung herrschte. So müssten immer zwei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sein, ehe FM überhaupt in Erwägung gezogen (aber nicht unbedingt vollzogen!!) werden, nämlich »*die Jugendlichen erscheinen massiv gefährdet*« und »*mit anderen Maßnahmen für Eltern, Schule, Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie nicht mehr erreichbar oder tragbar*«.

Angesichts dieser Kriterien würden FM in der Praxis der Jugendhilfe tatsächlich nur als »*Ultima Ratio*« eingesetzt. Sie seien seitens der fallzuständigen Fachkräfte gegenüber den anderen beteiligten Personen und Institutionen auch gar nicht begründbar und durchsetzbar, wenn nicht alle anderen – zugänglichen – *Alternativen* schon »ausgereizt« seien. Ausgeblendet blieb dabei aber weitgehend der mögliche Anteil der Jugendhilfe selbst am Scheitern bisheriger Maßnahmen.

Allerdings würden einzelne Fachkräfte FM gerne manchmal nicht nur *als »letztes Mittel*«, sondern schon früher einsetzen,

wenn nämlich schon absehbar sei, dass offene Maßnahmen keine Chance mehr hätten. Dagegen bestreiten andere Jugendamtsfachkräfte eine Indikation für FM gelegentlich auch dann, wenn die beiden genannten Bedingungen für FM zutreffen. Dabei wurden mögliche Erfolge von FM entweder generell oder im Einzelfall angezweifelt und stattdessen Problemverschärfungen befürchtet: »Das ist zwar nicht gut, wie sie jetzt unterwegs ist, aber in GU würde sie kaputtgehen«. Einzelne Jugendämter hielten auch – im Gegensatz zur Mehrheit – eine FM bei Prostitutionsgefährdung von Mädchen weder für erforderlich noch für Erfolg versprechend, sondern setzten stattdessen auf niedrighschwellige Anlaufstellen. Auch schwere Delinquenz als ein Kriterium für FM wird manchmal abgelehnt: »Wir schicken niemand zur Strafe in GU!«

Doch seitens der Jugendhilfe sind nicht nur die Jugendämter, sondern auch die *Leitungen der Heime*, die FM anbieten, maßgeblich an der Indikationsstellung beteiligt. Sie können und müssen unter der Vielzahl der von den Jugendämtern angefragten Jugendlichen eine Auswahl treffen. Dabei achten sie oft mehr als die Jugendämter darauf, dass die FM nicht nur notwendig, sondern auch Erfolg versprechend erscheinen.

Die im Folgenden dargestellten *Problembelastungen von schließlich in teilgeschlossene Heimgruppen aufgenommenen Jugendlichen* ergaben sich aus der Auswertung der 125 Heimakten. Das Ausmaß der Belastungen scheint die Aussage der Interviews zu bestätigen, dass FM in der Jugendhilfe als Ultima Ratio fungieren: So haben die Jugendlichen meist lange und wechselvolle *Hilfekarrieren* hinter sich: Mehr als die Hälfte der 125 Jugendlichen hatte bereits vier und mehr ambulante oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen. Für knapp 20 % (24 % der Jungen und 15 % der Mädchen) ließ sich ein Beginn der Hilfen schon vor dem achten Lebensjahr feststellen. Zudem hatten mindestens 77 % der Jugendlichen Erfahrungen mit ambulanter oder stationärer Jugendpsychiatrie im Vorfeld der teilgeschlossenen Heimunterbringung, mindestens 54 % wechselten ein- oder mehrmals direkt zwischen Jugendhilfe- und KJPP-Maßnahmen (»Grenzgängerkarrieren«) hin und her, bei weiteren 19 % war dies aus den Akten nicht zu entnehmen.

Wie die Heimakten weiter zeigten, ließ auch der *Familienhintergrund* der meisten Jugendlichen auf starke Belastungen schließen: 62 % kamen aus Eineltern- oder Stieffamilien oder hatten schon mehrere Wechsel der Familienform erlebt, 16 % wurden früh und lange fremdplatziert. Bei 33 % war das Sorgerecht der Eltern eingeschränkt, bei weiteren 31 % hatten die Eltern(teile) einen Migrationshintergrund, beides fand sich bei Jungen häufiger als bei Mädchen.

Das aus den 125 Akten erschlossene *Aufnahmealter in FM* von durchschnittlich 13,8 Jahren (unterschieden wurde nur nach ganzen Jahren) erscheint allerdings recht niedrig für eine Maßnahme, die als »Ultima Ratio« gilt. Dies kann u. a. damit erklärt werden, dass Heimleitungen die FM eben nicht nur als »letzte«, sondern u. U. auch als »beste« Chance ansehen, wenn sie so »rechtzeitig« beginnen, dass gute Erfolgsaussichten bestehen (s. auch STADLER 2005: 58) und noch genügend Zeit für Anschlussmaßnahmen zur weiteren Stabilisierung der Jugendlichen bleibt.

Erstaunlich ist allerdings, dass das Aufnahmealter in FM bei den Mädchen mit 14,2 Jahren signifikant höher ist als das der Jungen mit 13,3 Jahren. Die Gründe dafür sind zum einen in unterschiedlichen Aufnahmepraktiken der Heime zu vermuten – so werden in manchen Heimen fast nur Jungen unter 14 Jahren aufgenommen. Doch wenn man unterstellt, dass die

Heime sich am »Bedarf« orientieren, so dürften die Gründe vor allem in den *geschlechtstypisch unterschiedlich verteilten bzw. beurteilten Problemlagen* (s. Tab. 1) liegen: Vor allem die bei Jungen konstatierte größere Fremdgefährdung erzeugt offenbar früher und stärker als bei Mädchen Druck seitens Polizei, Justiz, Schule und u. U. auch Medien in Richtung FM. Für die Mädchen in FM dürfte – wie für Mädchen allgemein – gelten, dass sie nicht weniger Probleme haben als die Jungen, sondern dass ihre Probleme zunächst, z. B. in der Schule, weniger auffallen. Deshalb werden ihnen, wie die allgemeine Jugendhilfestatistik nachweist, auch erst später als Jungen offene Jugendhilfeangebote gemacht, und sie bleiben dort länger »tragbar« und »erreichbar«: Sie erreichen also erst später als Jungen das eine der beiden zentralen Kriterien für FM, nämlich das »Scheitern aller offenen Angebote«.

Hier nun die Begründungen für FM in den 112 Stellungnahmen der Jugendämter, die uns bei der Auswertung der 125 Heimakten zugänglich waren:

Tab. 1: Indikationsstellungen aus 112 JA-Stellungnahmen (mit Mehrfachnennungen)

Probleme	Mädchen (N=57)	Jungen (N=55)	Gesamt (N=112)
	% Rangplatz	% Rangplatz	% Rangplatz
Delinquenz*	72 % (3)	86 % (1)	79 % (1)
Schulprobleme, Schulabsenz	77 % (2)	67 % (3)	72 % (2)
Weglaufen*	79 % (1)	56 % (4)	68 % (3)
Aggressivität*	49 % (8)	74 % (2)	65 % (4)
Belastete Familiensituation, Erziehungsprobleme*	70 % (4)	51 % (6)	60 % (5)
Fehlen/Verweigern anderer Maßnahmen	65 % (5)	54 % (5)	59 % (6)
Alkohol- und Drogengefährdung	56 % (7)	39 % (7)	48 % (7)
Prostitutionsgefährdung*, sexualisiertes Verhalten	61 % (6)	7 % (11)	35 % (8)
gefährdendes Umfeld	44 % (9)	20 % (8)	32 % (9)
Selbstverletzung, Suizidneigung	21 % (10)	11 % (9)	16 % (10)
sonstige Gründe, ohne RP	38 %	44 %	41 %

* = Signifikante Unterschiede in den %-Werten von Mädchen und Jungen

Wie die Tabelle zeigt, werden für beide Geschlechter immer mehrere Kriterien für FM genannt (für die Mädchen im Schnitt noch mehr als für die Jungen, was den Vergleich etwas erschwert!). Insgesamt am häufigsten werden Delinquenz, Schulprobleme (meist langfristige Schulabsenz) und Weglaufen genannt.

Auffällig sind die schon erwähnten, teilweise signifikanten *geschlechtstypischen Unterschiede* in den Indikationsstellungen: Vor allem Prostitutionsgefährdung und sexualisiertes Verhalten sowie Weglaufen, aber auch Suchtgefahr, Selbstverletzung und Suizidneigung und gefährdendes Umfeld, also Faktoren der »Selbstgefährdung« werden bei den Mädchen sehr viel häufiger genannt als bei Jungen, bei denen »Fremdgefährdung« im Vordergrund steht. Denn sie liegen bei »Aggressivität« und Delinquenz« deutlich vor den Mädchen, wobei Jungen signifikant öfter auch wiederholte und schwere Straf- und Gewalttaten angelastet werden. FM scheinen also nach wie vor eher dem Schutz von Mädchen *vor* ihrem Umfeld zu dienen, bei Jungen aber eher dem Schutz des Umfeldes *vor* Jungen.

Nicht erkennbar war aus den Akten, ob Mädchen in den genannten Bereichen tatsächlich so viel stärker gefährdet sind als Jungen oder ob die Fachkräfte diese Gefährdungen bei Mädchen schlicht für größer halten. Für Letzteres sprechen die Interviews in den Jugendämtern. Vielleicht werden diese Gefährdungen bei Mädchen aber auch häufiger ins Feld geführt, um das Gericht auch dann von der Notwendigkeit von FM zu überzeugen, wenn es – für Mädchen nicht untypisch – an »harten Fakten« wie gravierenden Straftatvorwürfen, aktenkundiger körperlicher Gewalt oder erwiesener Prostitution fehlt, dafür aber z. B. die Konflikte in der Familie umso zerstörerischer erscheinen (vgl. dazu v. WOLFFERSDORFF et al. 1996 sowie PANKOFER 1997).

Für die Mädchen zeigt sich, dass die in den 125 Akten am häufigsten gefundenen Kriterien für FM sich nicht so sehr von der »Trias« der häufigsten Begründungen unterscheiden, die STADLER (2005) in 100 Akten von Mädchen feststellte, die zwischen 1991 und 2000 geschlossen im Mädchenheim Gauting untergebracht waren, nämlich Trebegang (Weglaufen), massive Schulschwierigkeiten und Suchtgefährdung. Delinquenz wurde von Stadler anders erfasst als von uns, so dass diese Werte nicht direkt vergleichbar sind.

Gerne hätten wir auch die in den Akten vorgefundenen *jugendpsychiatrischen Gutachten* noch systematischer bezüglich der Indikationsstellungen ausgewertet. Dies war aber nicht möglich, da die Gutachten in manchen Akten fehlten und auf ihre Existenz sowie ihre Diagnosen und Empfehlungen in den Gerichtsbeschlüssen lediglich hingewiesen wurde. In anderen Fällen zeigten die gestellten Diagnosen keinen direkten Bezug zum Multiaxialen Klassifikationssystem und zur ICD-10. Summarisch festzuhalten ist, dass den Jugendlichen ganz überwiegend »Störungen des Sozialverhaltens« sowie – seltener – »kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen« und – noch seltener – »beginnende Persönlichkeitsstörungen« bescheinigt wurden, oft in Verbindung mit Hyperaktivität, Teilleistungs- und anderen Störungen, sowie höchstens durchschnittliche Intelligenz.

Wir konnten aber in einem Jungenheim 15 Gutachten genauer auswerten, von denen zwölf vor der Heimeinweisung erstellt worden waren (siehe Tab. 2). Die hier analysierten Gutachten bestätigen und ergänzen aus unserer Sicht die in den Jugendamtsstellungnahmen benannten Problemlagen – sonst wäre es sicher auch nicht zu einer FM gekommen! Eine Empfehlung für die Dauer der FM liegt in sechs Gutachten vor und reicht von sechs Monaten bis zu zwei Jahren, in neun Fällen gab es keine Empfehlung zur Dauer.

Allerdings zeigten die Interviews, dass die Einschätzungen der Jugendämter von der Jugendpsychiatrie nicht immer geteilt werden: So berichteten in unserer Studie Jugendamtsfachkräfte von Einzelfällen, in denen die Jugendpsychiatrie FM entweder verweigerte, oder aber Druck bezüglich FM in der Jugendhilfe ausübte, die diese nicht realisieren wollte oder konnte.

In einer an der Heckscher-Klinik in München durchgeführten Analyse von dort erstellten Gutachten zu FM in der Jugendhilfe (RÜTH et al. 2002) zeigte sich sogar ein ganz erheblicher Dissens. So wurde nur in 44 % der 101 Gutachten eine zeitnahe Umsetzung von FM in der Jugendhilfe empfohlen, in weiteren 28 % wurden FM als »optional« eingestuft, wobei anderen Maßnahmen der Vorzug zu geben sei, und bei 29 % sahen die Gutachter keinerlei Voraussetzungen für FM. RÜTH (2001) weist zudem darauf hin, dass im Rahmen einer längeren »Prozessdiagnostik« mit den Jugendlichen in Kooperation mit

Tab. 2: Auswertung von 15 Gutachten von Jungen in einem FM-Heim

MAS-Achse	Art der Diagnose	Zahl d. Nennungen
Achse I	F 90.1 Hyperkinetische SSV:	8
Hauptdiagnose*	F 91 SSV, F 91.1 SSV bei fehlenden, F 91.2 bei vorh. sozialen Bindungen	6
	F 92.8 kombin. Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	4
	F 43.2 Anpassungsstörung	1
	F 60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung	1
Achse I	F 10.1: Alkoholmissbrauch	1
Nebendiagnosen	F 12.1: Missbrauch v. Cannabinoiden	1
Achse II	keine	4
Entwicklungsstörungen	ADHS	3
	F 98.1 nichtorg. Enkopresis	1
	F 81.0 Lese- u. Rechtschreibstörung	1
	keine Angabe/nicht untersucht	6
Achse III	durchschnittlich	5
Intelligenzniveau	unterdurchschnittlich	9
	keine Angabe	1
Achse IV	keine Störung	11
Körperliche Störungen	keine Angabe	4
Achse V	Feststellung mehrerer (schwerer)	13
Psychosoziale Belastung	Belastungen	
	keine Angabe/nicht untersucht	2
Achse VI	Feststellung ernsthafter und durchgängiger sozialer Beeinträchtigung	11
Psychosoziale Anpassung	in mindestens 1–2 Bereichen	
	keine Angabe/nicht untersucht	4

* Mehrfachnennungen

Jugendamt und Eltern des Öfteren noch eine Alternative zu FM erarbeitet werden konnte. Auch wir stießen bei unseren Erhebungen gelegentlich auf ähnliche Fälle.

Dieser (mögliche) Dissens zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie spricht dafür, dass die *Begutachtung möglichst vor einer Heimunterbringung* erfolgen sollte, um den Freiheitsentzug vielleicht noch zu vermeiden. Nach den Ergebnissen unserer Aktenanalyse wurden aber nur knapp 50 % der Jugendlichen vor der Heimeinweisung regulär begutachtet. Zwar ist im Rahmen einer Einstweiligen Anordnung eine Begutachtung erst *nach* Beginn der Unterbringung rechtlich durchaus zulässig. Allerdings ist sie u. E. pädagogisch bedenklich, dürfte sie doch in aller Regel die FM nicht mehr in Frage stellen (solche Fälle wurden uns jedenfalls nicht bekannt!), schon weil ansonsten die Risiken eines erneuten Wechsels der Hilfeform zu bedenken wären. Zudem stellten wir fest, dass sich die Gerichte entgegen den Vorschriften in § 70e FGG nicht selten mit älteren Klinikberichten, Kurzattesten oder Stellungnahmen von Heimpyschologen zufrieden gaben. Gerade angesichts der zwangsläufigen Uneindeutigkeit der Indikationen sollten aber, um Willkür soweit wie möglich zu begrenzen, alle am Verfahren nach § 1631 b BGB beteiligten Instanzen so früh und gründlich wie möglich beteiligt werden!

FM in der KJPP: »Relative« Eindeutigkeit der Indikationen?

Wie unsere Interviews in den jugendpsychiatrischen Kliniken ergaben, ist auch hier die *Eindeutigkeit der Indikationen für FM beschränkt* (vgl. STEGER 2005). Sie gilt nur für Fälle von »akuter« Selbst- und Fremdgefährdung bei Verlust der Selbst-

steuerung, etwa bei akuter Suizidalität, akuten Erregungszuständen, Orientierungsverlust, z. B. durch Drogenkonsum etc. (vgl. RÜTH 2001). Bei diesen sog. »absoluten« Indikationen sind die Jugendpsychiatrien, wie schon erwähnt, zur (geschlossenen) Aufnahme verpflichtet.

Für die hier interessierenden »dissozialen« Jugendlichen aber gibt es nach übereinstimmender Auffassung der befragten Jugendpsychiatern keine eindeutige, sondern nur eine »relative« Indikation für FM in der Jugendpsychiatrie. Denn die Diagnose »Störungen des Sozialverhaltens« hat nur beschreibenden Wert. Ursachen und Zusammenhang mit anderen Störungen müssen im Einzelfall differenzialdiagnostisch überprüft werden. Erst danach können die Fachärzte die Frage beantworten, wieweit das Fehlverhalten eher psychiatrisch oder pädagogisch beeinflussbar erscheint, bzw. ob und wie lange eine Behandlung, ggf. mit Freiheitsentzug, in der Klinik sinnvoll erscheint, bis Jugendliche wieder »jugendhilfefähig« sind. Diese Antwort dient dann als Zuweisungskriterium für Klinik oder Jugendhilfe.

STEGER (2005) konstatiert allerdings, dass – ähnlich wie in der Jugendhilfe – die befragten Ärzte die »Störungen des Sozialverhaltens« als psychiatrische Indikation nicht einheitlich einschätzen: Manche betonen stärker den sozial induzierten Aspekt der Störung, andere eher die psychiatrische Seite bzw. ihr häufiges Einhergehen mit anderen psychiatrischen Problemen. Diese bedürften oft einer stationären psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung, so z. B. die »Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen« oder das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Erhöht wird nach Aussagen der Befragten die Uneindeutigkeit der Indikation für Klinik oder Jugendhilfe dadurch, dass sich psychiatrische und sozial induzierte Störungsbilder umso schlechter unterscheiden lassen, je jünger die betroffenen Minderjährigen sind.

Nicht nur in der Jugendhilfe, sondern auch in der Jugendpsychiatrie konnten wir feststellen, dass neben divergierenden fachlichen Einstellungen auch Außenfaktoren wie der wachsende Belegungs- und Kostendruck von Bedeutung sind dafür, ob und in welcher Institution eine FM erwogen wird. So scheint es durchaus gewisse Spielräume bei der sozialrechtlichen Abklärung zu geben, ob »Störungen des Sozialverhaltens die Mittel eines Krankenhauses überhaupt erfordern und ob sie mit diesen Mitteln gebessert werden können«, und welchen Behandlungsbedarf damit einhergehende Störungen haben.

Nach unseren Ergebnissen jedenfalls scheinen Kliniken, die über spezielle geschlossene, teilweise auf Sozialtherapie ausgegerichtete Stationen verfügen, weitaus eher bereit, solche Störungen – als Indikation für längerfristige FM (meist bis maximal drei Monate) in der Klinik zu definieren (vgl. STEGER 2005, S. 45). Danach nehmen Kliniken mit genügend Kapazitäten für FM »dissoziale« Jugendliche tendenziell auch dann eher auf, wenn die Jugendhilfe in der Region große Probleme hat, für diese Klientel geeignete Plätze zu finden. Die Kliniken zeigten sich also meist bis zu einem gewissen Grad bereit, sich auf die *Möglichkeiten der Jugendhilfe in ihrem Umfeld* einzustellen, vor allem darauf, dass die Plätze für FM in der Jugendhilfe äußerst knapp sind.

Die Mehrzahl der befragten Klinikärzte aber stuft »Störungen des Sozialverhaltens« als eher pädagogisch beeinflussbares Problem ein. Sie wehren sich gegen eine »Psychiatisierung sozialer Probleme« und lehnen Behandlungen ab, die über Krisenintervention, Diagnostik oder medikamentöse Einstellung hinausgehen. Dies auch deshalb, weil »mit den Mitteln eines Krankenhauses nur dann erfolgreich eine Störung zu beheben

ist, wenn der Hintergrund stimmt, d. h., die Jugendlichen sollten ein Zuhause haben« – sei es bei ihren Eltern, sei es in einer Jugendhilfeeinrichtung. Lebensmittelpunkt könne jedenfalls langfristig nicht die Klinik sein, darin sind sich die befragten Ärzte mit den Jugendhilfefachkräften grundsätzlich einig.

Doch auch hier wieder dürfte die *regionale Versorgungslage* bezüglich Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe eine Rolle spielen. So zeigt z. B. die Analyse einer geschlossenen Akutstation in München mit sehr hohem Belegungsdruck, dass dissoziale Jugendliche im Schnitt nur neun Tage bleiben und auch nur selten auf offene Stationen der Klinik verlegt werden, sondern eher in (offene oder geschlossene) Jugendhilfeeinrichtungen (vgl. RÜTH et al. 2005). Dazu muss man wissen, dass Bayern mit 80 Plätzen deutschlandweit die meisten FM-Plätze in der Jugendhilfe hat, aber den geringsten Versorgungsgrad mit Jugendpsychiatriebetten.

Die Meinungen der Fachärzte und die Praxis der Kliniken divergieren zudem bezüglich *Sinn und Dauer eines geschlossenen Settings im Falle schwerer Dissozialität*. So halten manche Jugendpsychiatern eine Behandlung in bestimmten Fällen nur unter längerem Freiheitsentzug für möglich, für andere ist dagegen unabdingbares Kriterium für eine stationäre Therapie die eigene Motivation von Jugendlichen und ihren Familien. Dann aber seien FM eher kontraindiziert.

Auch fanden wir in den Kliniken »*unterschiedliche Regelungen für die Überprüfung der weiteren Notwendigkeit von FM*: Während Akutstationen z. B. in täglichen Besprechungen darüber entscheiden und Kliniken mit fakultativ schließbaren Stationen die Absprachefähigkeit der Patienten regelmäßig auf die Probe stellen, um die FM möglichst bald zu beenden, gibt es auch geschlossene Stationen, wo Beschlüsse über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden, auch wenn den Patienten schon Ausgang gewährt werden kann« (STEGER 2005, S. 46 f.). Dies u. a. deshalb, um Patienten nicht auf eine offene Station verlegen zu müssen oder um die Absprachefähigkeit von Jugendlichen zu festigen.

Die Jugendhilfe allerdings sieht sich – z. T. mangels teilgeschlossener Heimplätze und anderer intensivpädagogischer Angebote – manchmal völlig überfordert, wenn Kliniken »besonders schwierige« Jugendliche sehr schnell wieder entlassen: »Dann« so eine Sozialarbeiterin – »bekommt man den Jugendlichen postwendend zurück, obwohl man denkt, da ist doch was Psychiatrisches und da müsste doch die Jugendpsychiatrie mehr tun!«

Zusammenfassung und Diskussion: Wenn keine klaren Indikationsstellungen möglich sind, dann ist gute Kooperation nötig!

Die Projektergebnisse zeigen: Bezüglich schwer dissozialer Jugendlicher ließen sich – außer in Fällen *akuter* Selbst- und Fremdgefährdung – keine eindeutigen Indikationen für FM feststellen. Unter den befragten Jugendhilfefachkräften wie auch unter den Jugendpsychiatern konnten wir (wenn auch weniger krasse) Unterschiede in fachlichen Einstellungen zu FM feststellen. Diese haben – ebenso wie äußere Faktoren (z. B. regional unterschiedliche Versorgung mit Plätzen für FM in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie) – Auswirkungen auf die Einschätzungen und Entscheidungen bezüglich

- *Art* der Hilfsmaßnahmen (offen, teilgeschlossen, fakultativ geschlossen),
- *Ort* (Einrichtung der Jugendhilfe oder jugendpsychiatrische Klinik)

- und *Dauer* (längerfristiger Freiheitsentzug als sozialpädagogische Struktursetzung oder zeitlich eng begrenzte »fakultative Schließung« bei gleichzeitiger größtmöglicher Aktivierung der Selbststeuerungskräfte der Jugendlichen).

Die Indikationsstellungen sind durch eine hohe Komplexität und durch einen interaktiven, prozesshaften Charakter gekennzeichnet, so dass – auch nach Meinung der Befragten – die Forderung nach einer Eindeutigkeit der Indikationen prinzipiell nicht einlösbar ist.

In Bezug auf den eingangs dargestellten Vorwurf, dass die Indikationen für FM unklar und damit »willkürlich« seien, ist allerdings festzuhalten, dass sie keineswegs völlig willkürlich erfolgen. Denn von den Befragten wurden immerhin mit großer Übereinstimmung, wenn auch nicht einstimmig, *eingrenzbare Kriterien für längerfristige FM als Ultima Ratio* zur Sicherung pädagogischer und therapeutischer Ziele genannt. Dazu gehören ein hohes Maß längerfristiger Selbst- und Fremdgefährdung, mangelnde Einsicht der Jugendlichen in ihren Hilfebedarf und das Scheitern bisheriger Hilfsangebote.

Offen bleibt die Frage, ob sich Justiz, Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie mit einem solchen Bündel von – z. T. weiterhin strittigen Kriterien und nicht immer einheitlich angewandten Kriterien für FM – zufrieden geben dürfen und wollen. Immerhin werden, wie unsere Aktenanalyse zeigt, diese Kriterien von den in teilgeschlossenen Heimen untergebrachten Jugendlichen in hohem Maße erfüllt. Dies lässt zumindest für die Jugendhilfe den Schluss zu, dass längerfristige FM hier tatsächlich weitgehend als *Ultima Ratio* eingesetzt werden, wenn *vor Ort* keine Alternativen mehr denkbar oder sinnvoll scheinen. Das schließt aber keineswegs aus, dass es *prinzipiell* noch Alternativen zu FM geben könnte. Zudem müssen solche Alternativen von den Jugendämtern gesucht und genutzt werden, die FM in der Jugendhilfe ablehnen oder kaum Zugang zu den knappen teilgeschlossenen Heimplätzen haben, weil solche Angebote in ihrem Bundesland fehlen. Es ist zu vermuten, dass es hier öfter zu FM in der Jugendpsychiatrie kommt – oder diese zumindest angestrebt werden. Dies heißt nicht nur, dass auch hier die Kriterien für FM in Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie nicht trennscharf sind, sondern dies kann auch zu Konflikten zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie führen. Von den befragten Experten aller Gruppen wird zudem des Öfteren infrage gestellt, ob die zeitlich eng begrenzte Alternative der Unterbringung in der Jugendpsychiatrie wirklich hilfreicher ist als eine pädagogische motivierte längerfristige FM in der Jugendhilfe.

Angesichts der unvermeidbaren Unschärfe der Indikationen und der Tatsache, dass manche Jugendliche als »Grenzgänger« ganz offenbar die Hilfe beider Systeme benötigen, sollte, so unsere wie auch die Meinung der befragten Experten beider Seiten, das Ziel nicht trennscharfe Abgrenzung, sondern ein möglichst gut koordiniertes Miteinander und gegenseitige Unterstützung in diesem Überschneidungsgebiet der Professionen sein: Eine solche Kooperation sollte für besonders belastete Jugendliche möglichst förderliche Settings in beiden Systemen sichern. An die Stelle von »Verschiebungen« der Jugendlichen zwischen den Systemen sollten möglichst wenige und gut begleitete Übergänge treten. Freiheitsentzug soll nach Meinung aller Befragten dabei so weit wie möglich vermieden werden – ist aber aus Sicht der Jugendpsychiatrie auch in der Jugendhilfe so weit wie nötig vorzuhalten.

Nach unseren Ergebnissen ist die Kooperationsbereitschaft in den letzten Jahren auf beiden Seiten gewachsen. An zen-

tralen Schnittstellen – wie Krisenintervention, psychiatrische Diagnostik und Begutachtung sowie gemeinsame Suche nach (offenen) Anschlussmaßnahmen der Jugendhilfe nach FM in der Klinik – hat sich eine fallübergreifende Zusammenarbeit entwickelt, wenn auch unterschiedlich weit (STEGE 2005). Dies Ergebnis lässt zwar hoffen, doch gleichzeitig ist angesichts des allseits beklagten wachsenden Spardrucks zu befürchten, dass diese mancherorts mühsam aufgebaute Kooperation wieder schwieriger wird.

Literatur

- ADER S, SCHRAPPER C (2002) Fallverstehen und Deutungsprozesse in der sozialpädagogischen Praxis der Jugendhilfe: In HENKEL J, SCHNAPKA M, SCHRAPPER C (Hg) Was tun mit schwierigen Kindern? Münster, 34–75
- FEGERT JM (1998) Alle Wahljahre wieder: Die (aufgezwungene) Debatte um die geschlossene Unterbringung in der Jugendhilfe. In: Jugendhilfe, 208–216
- HOOPS S (2006) »Bist Du denn angehört worden?« – Zur Umsetzung der rechtlichen Standards bei FM in der Jugendhilfe. Unveröff. Manuskript, DJI München.
- HOOPS S, PERMIEN H (2005) Kinder und Jugendliche und Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Jugendhilfe: Wie viele, woher, wohin, warum und wie? Erste Ergebnisse eines DJI-Forschungsprojekts. In: ZJJ 16, 41–49
- KALTER B, SCHRAPPER C (2003) Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – Konkurrenz oder Kooperation? In: WEBER M, EGGEMANN-DANN H-W, SCHILLING H (Hg) Beratung bei Konflikten, Weinheim und München, 217–228
- PAETZOLD U (2001) Ergebnisse einer Untersuchung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631 b BGB in Brandenburg. In: FEGERT JM, SPÄTH K, SALGO L (Hg) Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Votum: Münster, 193–204
- PANKOFER S (1997) Freiheit hinter Mauern. Mädchen in geschlossenen Heimen. Weinheim und München
- PETERS F (2005) Geschlossene Unterbringung: Die Position der IGFH. In: Forum Erziehungshilfen 11, 215–219
- RÜTH U (2001) Das jugendpsychiatrische Gutachten zur geschlossenen Unterbringung Minderjähriger in der Psychiatrie und in der Jugendhilfe – Statusermittlung versus Prozessdiagnostik. In: Zentralblatt für Jugendrecht, 88, 372–379
- RÜTH U, NOTERDAEME M, FREISLEDER FJ (2002) Die geschlossene Unterbringung in der Jugendhilfe – derzeitige Datenlage und eigene Untersuchung zu jugendpsychiatrischen Gutachten zur geschlossenen Unterbringung in der Jugendhilfe gem. § 1631 b BGB. In: Zentralblatt für Jugendrecht, 89, 370–375
- RÜTH U, BEER F, FREISLEDER FJ (2005) Ein Patientenjahrgang einer geschlossenen kinder- und jugendpsychiatrischen Akutstation. In: Krankenhauspsychiatrie 2005, 16, 69–74
- SCHLINK B, SCHATTFROH S (2001) Zulässigkeit der geschlossenen Unterbringung in Heimen der öffentlichen Jugendhilfe. In: FEGERT JM, SPÄTH K, SALGO L (Hg): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Votum: Münster, 73–171
- STADLER B (2005) Therapie unter geschlossenen Bedingungen – ein Widerspruch? Dissertation an der Humboldt-Universität, Berlin

STEGER M (2005) Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Jugendpsychiatrie. Zwischenergebnisse zur Befragung in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen des Forschungsprojektes »Freiheitsentziehende Maßnahmen«. PDF-Datei, download bei www.dji.de/Freiheitsentzug

WIESNER R (2002) Freiheitsentziehung in pädagogischer Verantwortung? In: Wenn Pädagogik an Grenzen stößt. EREV-Schriftenreihe, 3, 90–105

WOLFFERSDORFF V Ch, SPRAU-KUHLEN V, KERSTEN J (1996) Geschlossene Unterbringung in Heimen. Kapitulation der Jugendhilfe? Weinheim und München

Anschrift der Verfasserin

*c/o Deutsches Jugendinstitut
Nockherstr. 2
81541 München
permien@dji.de*