



INTER- SYSTEMISCHE INTERVENTION BEI SCHWEREN ADOLESZENTEN- STÖRUNGEN

MOGENS NIELSEN
UND DIE MODELLSTATION SOMOSA

INDEX

Einleitung	3
Der Blick des AJB	5
Neuerungen im Gesundheitswesen	9
Der Blick des BJ	11
Jugendforensische Aspekte	17
Kulturen der Jugend	19
Kulturen der Interdisziplinarität	23
Arbeit 4.0.	25
Entwicklungspsychiatrie & Sozialpädagogik	28
Das Hybridmodell	31
Geschichte	34
Cover Jahresbericht	35

Einleitung

Andreas Andrae, Dr. med., Stiftungsratspräsident, und
Oliver Bilke-Hentsch, Dr. med., MBA, Chefarzt
und Stv. Geschäftsleiter

Vor fast 25 Jahren übernahm Mogens Nielsen als ausgebildeter Soziologe und Sozialpädagoge die Geschäftsführung der Modellstation SOMOSA in Winterthur. Gestützt von einem engagierten Stiftungsrat und in einer Zeit der wachsenden gesellschaftspolitischen Verantwortungsübernahme für das Schicksal von mehrfach schwerst auffälligen Jugendlichen entwickelte er mit vielen langjährigen Mitstreitenden und Mitarbeitenden ein schweizweit einzigartiges Konzept an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Die damalige Versorgungslage war durch eine starke Zersplitterung der Angebote und eine definitive Unterversorgung im Bereich adoleszenter junger Männer mit Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet. Die Zeiten der „Platzspitz“-Jugendlichen, der Doppeldiagnosen von Psychose und Sucht, der jugendforen-

sisch zu bewertenden Delinquenz und des Rückgangs stabiler familiärer Strukturen machten ein spezifisches Angebot nötig. Mogens Nielsen entwickelte dieses Angebot für junge Männer zwischen 14 und 18 Jahren, die sich vor allem durch Impulsivität und partiell durch Aggressivität (fremd- wie selbstgerichtet) auszeichneten und zwar verschiedenste Diagnosen, die aber noch von keinem ganzheitlichen Interventionskonzept profitiert hatten. Die Wiederherstellung oder erstmalige Entwicklung einer Lern- und Leistungsfähigkeit sowie einer grundsätzlichen Ausbildungsfähigkeit sind ebenso Bausteine gewesen wie die hochfrequente individualisierte Psychotherapie und die sozialpsychiatrische sowie psychopharmakologische Begleitung. Nach den Anfangsjahren konnte dann im Jahr 2004 ein weitgehend von Mo-

gens Nielsen geplanter Funktionsbau in Winterthur-Hegi in Betrieb gehen.

Mit der Einführung des KESR im Jahr 2013 und der damit verbundenen stärkeren Verantwortungsübernahme bei diesen Klienten durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde verringerte sich der Anteil der jugendanwaltlich untergebrachten Patienten von etwa 20 Prozent auf Einzelfälle. Die erhebliche Reduktion der Jugendkriminalität seit etwa 2010 (nach einer starken Welle zwischen

der Entwicklung der ambulanten Triageangebote für andere Institutionen sowie mit der Weiterentwicklung des Wohntrainings vergrösserte sich die Angebotspalette in zeitgemässer Weise.

Durch die neue Zusammenarbeit mit der Einrichtung Landheim Brüttsellen kann nun im Bereich von Schule und Ausbildung ein nächster Schritt in die Zukunft getan werden.

In dieser kleinen Festschrift melden sich langjährige Weggefährten, Su-



2000 und 2010) veränderte dann auch deutlich das Klientel der Modellstation SOMOSA.

Mogens Nielsen und seine Mitarbeiter gestalteten zunehmend ein Setting, das passiv-aggressive Verweigerungshaltungen, Motivations- und Mutlosigkeit sowie sehr komplexe internalisierende Störungen bei jungen Männern anspricht und Raum für Entwicklung gibt.

Mit der Gründung des Medienlabors, des SOMOSA-Jobassessments und

pervisoren, Mitglieder von Aufsichtsbehörden und Mitarbeitende sowie der Stiftungsrat der Modellstation SOMOSA zu Wort, um den Ende Juni 2018 anstehenden Rückzug von Mogens Nielsen aus dem operativen Leitungsgeschehen der SOMOSA zu würdigen.

Die einzelnen Beiträge spiegeln einen Teil der Komplexität der Arbeit und der Ideen von Mogens Nielsen wider. Den Autoren sei an dieser Stelle herzlich gedankt!

Rund ein Vierteljahrhundert SOMOSA

Daniel Kübler, Leiter Zentralbereich Kinder- und Jugendhilfe, Amt für Jugend und Berufsberatung, Bildungsdirektion

Um es vorwegzunehmen: Die Geschichte der Modellstation SOMOSA ist eine Erfolgsgeschichte. Erfolg per se ist attraktiv und dient im vorliegenden Fall in höchstem Masse der pädagogischen Sache. Mit „pädagogischer Sache“ meine ich hier ganz plakativ die geglückte, gesellschaftliche Integration von Jugendlichen.

Daher ist der Wunsch, ihn – den Erfolg – reproduzierbar zu machen, verständlich.

Sofort ist man deshalb auf der Suche nach möglichen Erfolgsfaktoren in der Geschichte der Modellstation SOMOSA. Dies mache ich jedoch keineswegs in naiver Weise, habe ich doch noch die Worte des Regierungsrates

Dr. Thomas Heiniger anlässlich des 20-Jahre-Jubiläums der SOMOSA in den Ohren: „Und, meine Damen und Herren, es braucht immer auch ein Quäntchen Glück für einen solchen Erfolg. In der Geschichte der SOMOSA war das vielleicht die Gegebenheit, dass just dann, als Geld gebraucht wurde, Geld auftauchte: mit der Boveri-Stiftung, aus der im Jahr 1993 beträchtliche Beiträge beigesteuert werden konnten.“ Neben dem Erfolgsfaktor Glück lassen sich allerdings noch mindestens folgende zwei entscheidende Erfolgsfaktoren identifizieren:

1. Das grundlegende Konzept der SOMOSA: das Hybridmodell an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Pädagogik.
2. Persönlichkeiten, die aus einem inneren Antrieb heraus solch ein Projekt beharrlich verfolgen. Allen voran sei an dieser Stelle Mogens Nielsen, der erste und bis dato einzige Gesamtleiter, genannt.

1. DAS HYBRIDMODELL

Das Hybridmodell SOMOSA versucht gezielt, der Zersplitterung der damaligen Angebotslandschaft und der Leistungen in der Kinder- und Jugendhilfe entgegenzuwirken. Bereits 1989/90 erarbeiteten die Gründerväter der Modellstation – stellvertretend genannt sei hier Dr. Andreas Andreae, der heutige Stiftungsratspräsident – ein Konzept für eine sozialpädagogisch-psychiatrische Sonderabteilung, angegliedert an die damalige stadtzürcherische Jugendstätte Burghof. Schon vor knapp 30 Jahren erkannten sie die Notwendigkeit eines Angebotes, das der Interdisziplinarität verpflichtet ist und eine bedarfsgerechte sowie hochgradig individualisierte Behandlungsplanung im Fokus hat. Das damalige Konzept der SOMOSA nahm damit bereits einen Teil der zentralen Intentionen des neuen

Kinder- und Jugendheimgesetzes im Kanton Zürich vorweg, welches voraussichtlich 2021 in Kraft treten wird: nämlich flexible Hilfe zu ermöglichen. Flexible Hilfe bedeutet die wirkungsorientierte, zielgenaue und intensive Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familiensystemen.

2. PERSÖNLICHKEITEN

Das Konzept der SOMOSA hat trotz seines Alters von knapp 30 Jahren nichts von seiner Aktualität eingebüsst. Dies war und ist in zentralen Elementen der Person von Mogens Nielsen zu verdanken. Auf der Website der SOMOSA findet sich unter dem Link „Geschichte/Über uns“ im Jahr 1994 der folgende unspektakuläre Eintrag: „Herr Nielsen, der pädagogische Leiter, bekommt den Hausschlüssel zur Villa Ninck und geht auf Suche nach Personal. Die ersten drei Mitarbeitenden kann er per April einstellen.“ Heute, knapp 25 Jahre später, übergibt Mogens Nielsen eine ausgezeichnete aufgestellte und entwicklungsorientierte Organisation, die in der Heimlandschaft bestens vernetzt ist. Mogens Nielsen hat die Modellstation SOMOSA von der Stunde



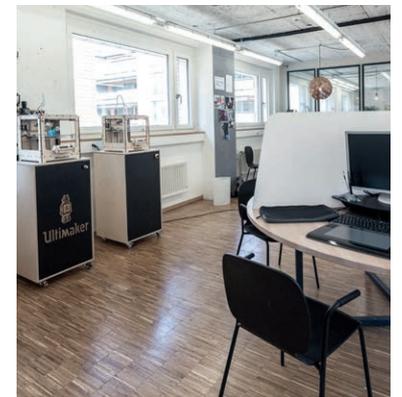
Null an konsequent aufgebaut und mit ihr all die typischen Organisationsentwicklungsphasen nach Glasl bravourös durchlaufen. Was per se schon eine aussergewöhnliche Leis-

tung darstellt, verlangen doch die verschiedenen Phasen sehr unterschiedliche Qualifikationen seitens der zuständigen Leitung:

Die Pionierphase, in der die Organisation wie eine verschworene Gemeinschaft wirkt und in der weniger geplant, sondern häufig improvisiert wird.

Die Differenzierungsphase, in der sich die Organisation zu einem rationalen Apparat entwickelt. Es geht um Transparenz, Zuständigkeit, Logik, Systematik und Steuerbarkeit.

Die Integrationsphase, in welcher der Versuch unternommen wird, die Kraft der Pionierphase mit der Rationalität der Differenzierungsphase zu kombinieren, die Organisation sozusagen



Vorstellungs- und Schaffenskraft erarbeitet – so, dass mir als unwissendem Leser der griechischen Mythologie immer mal wieder der Vergleich mit der Göttin Metis in den Sinn kommt: Metis steht zum einen für klu-

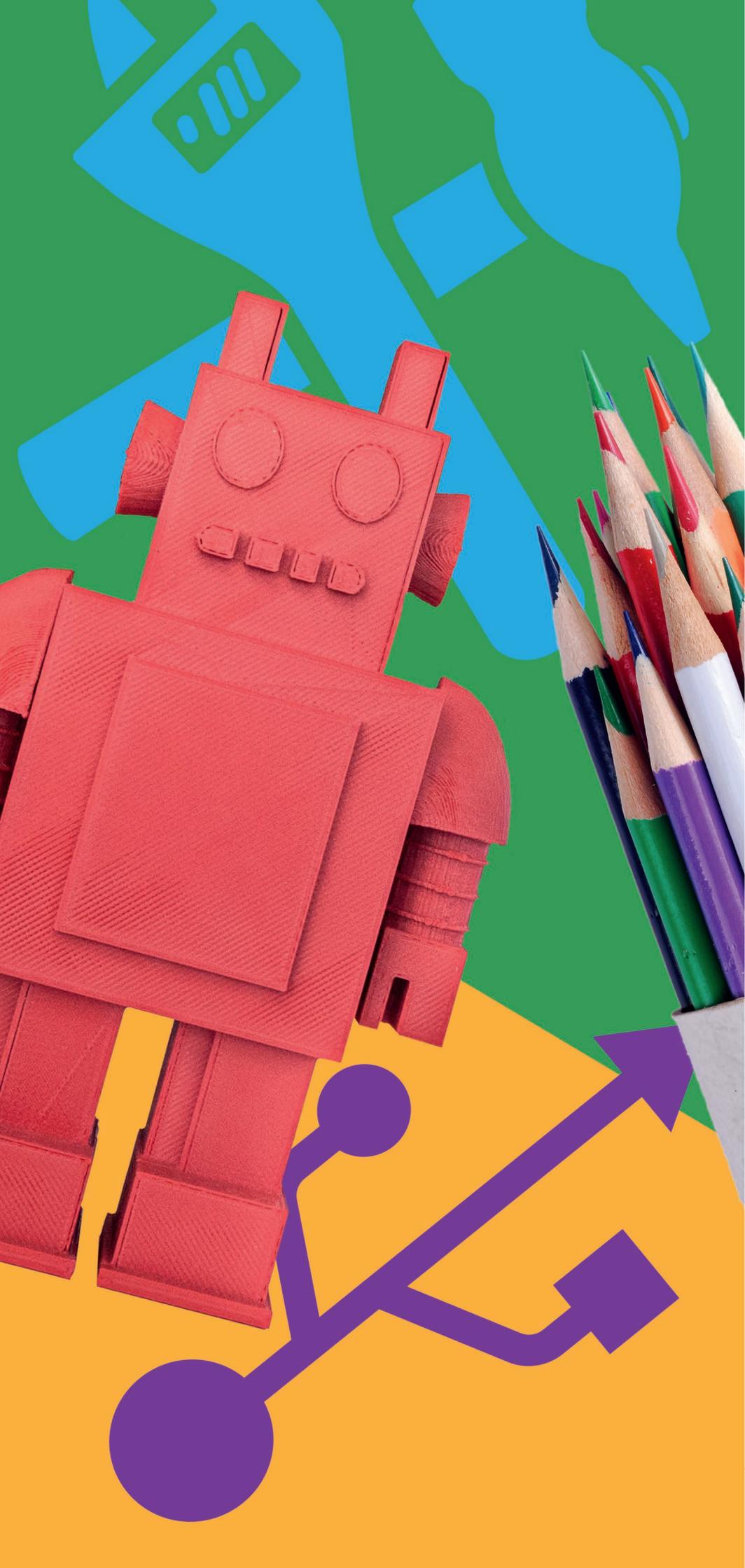
Mogens Nielsen übergibt eine ausgezeichnete aufgestellte und entwicklungsorientierte Organisation

zu einem Organismus heranwachsen zu lassen.

Bis hin zur Assoziationsphase, in der die Organisation intensive Beziehungen mit anderen Organisationen einget, um gemeinsam Strategien zu entwickeln.

Das Management einer Organisation kennt fünf klassische Aufgaben: das Organisieren, Steuern, Führen, Entscheiden und Entwickeln. Um diese zu bewältigen, braucht es Leitideen, Strukturen, Konzepte, Massnahmen und Instrumente. Mogens Nielsen hat all dies mit einer beeindruckenden

ge, weitsichtige Entscheide, die sich durch Flexibilität und Ideenreichtum auszeichnen. Zum anderen steht sie für Scharfsinn, für praktische Intelligenz in der Bewältigung des Alltags. Über beide Fähigkeiten verfügt Mogens Nielsen in aussergewöhnlichem Mass. Er übergibt mit der Modellstation SOMOSA eine Organisation, der es systeminhärent ist, ihr Angebot permanent im regen Austausch mit der relevanten Fachumwelt weiterzuentwickeln. Dafür gebührt ihm Achtung und Dank.



Die Modellstation SOMOSA: „Gut betreut – gestärkt im Leben“

Marita Verbali, lic. phil., ehemalige Leiterin Versorgungsplanung
Psychiatrie, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

„Gut betreut – gestärkt im Leben“ – so lautet die Losung der „Vision Psychiatrie“ des Kantons Zürich. Sie stellt die Leitwerte für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich dar und steht auf vier Pfeilern. Die Psychiatrie im Kanton Zürich ist:

- innovativ, weil Stillstand auch in der Psychiatrie ein Rückschritt ist;

- integrierend, indem psychisch Erkrankte beruflich und sozial bestmöglich eingegliedert werden;
- wirtschaftlich, indem die vorhandenen Mittel effizient und wirkungsvoll eingesetzt werden;
- menschlich, weil das Leiden von Betroffenen möglichst klein und die Heilungschancen möglichst gross sein sollen.

Die „Vision Psychiatrie“ gilt für die gesamte Psychiatrie, auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auf die Besonderheiten für die Ausrichtung und Arbeit in diesem Umfeld wird in den „Strategischen Leitsätzen für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich“ eingegangen. Einer der Leitsätze lautet: Es gibt spezialisierte Angebote für psychisch erkrankte Kinder- und Jugendliche, deren Behandlung besondere Ressourcen und besonderes Fachwissen erfordert. Die Modellstation SOMOSA ist ein solch spezialisiertes Angebot. Seit ihrer Gründung im Jahr 1994 werden hier männliche Jugendliche mit Adoleszenzstörungen und komplexen Verhaltensschwierigkeiten nach einem integrativen und interdisziplinären Konzept aus den Bereichen Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik behandelt und betreut. SOMOSA ist sowohl jugendpsychiatrische Klinik wie auch ein sozialpädagogisches



Heim. Sie ist die einzige Einrichtung im Kanton Zürich – wenn nicht sogar schweizweit – mit diesem Behandlungsangebot. Dieses sogenannte Hybridmodell ist ganz im Sinne der „Vision Psychiatrie“: Die SOMOSA ist nämlich innovativ, integrierend, wirtschaftlich und menschlich zugleich. Sie bietet innovative integrierte sowie integrierende Behandlungsansätze an. Die betroffenen Jugendlichen ha-

ben meist eine lange Odyssee von Institution zu Institution hinter sich und mussten eine Unzahl an Beziehungsabbrüchen erleben. Die Mitarbeitenden der SOMOSA prägen mit ihrer Menschlichkeit den Aufenthalt dieser Jugendlichen und bringen Stabilität und Beziehungskontinuität in deren Leben. Die SOMOSA bietet diesen jungen Menschen Perspektiven für Leben und Beruf. Sie ist aber auch wirtschaftlich, denn durch einen systematischen, koordinierten und ganzheitlichen Ansatz werden unnötige und somit teure Fehlplatzierungen vermieden. „Gut betreut – gestärkt im Leben“: So könnte also auch die Lösung der SOMOSA lauten.

Für ein solches Angebot braucht es Visionäre mit viel Herzblut und Leidenschaft. Es braucht Hartnäckigkeit und einen langen Atem. Es ist wahrlich nicht einfach, den vielen verschiedenen Ansprüchen der Gesundheits-, Bildungs- und Justizdirektion und allen weiteren involvierten Akteuren gerecht zu werden. Es braucht auch gute Vernetzungsfähigkeiten und den Sinn für tragfähige Kooperationspartnerschaften. Visionäre wie Mogens Nielsen, Andreas Andreae und Oliver Bilke-Hentsch besitzen diese Eigenschaften. Sie haben damit wesentlich zum Erfolg der SOMOSA beigetragen und tun es auch heute noch. Aber die SOMOSA wäre nicht die SOMOSA, wenn nicht ganz viele Menschen Tag für Tag mit genauso viel Engagement, Herzblut und Beständigkeit an einem tragfähigen Netz für diese belasteten jungen Männer weben würden.

Die SOMOSA webt seit vielen Jahren an einem dichten Netz an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialpädagogik. Damit niemand durch die Maschen fällt, müssen auch dann und wann neue Maschen gewoben werden. Deshalb bleibt zum Schluss noch eine Frage offen: What about the girls? Vielleicht ja bald eine neue Masche im Netz der SOMOSA.

Jugendstrafrecht und die Verhältnismässigkeit zwischen Delikt und Sanktion

Aktuelle Beobachtungen, Hypothesen und weitere Fragen

Beatrice Kalbermatter, Bundesamt für Justiz, Bern

EINFÜHRUNG

Das schweizerische Jugendstrafrecht hat eine lange Tradition. Schon das alte Strafgesetzbuch enthielt seit seinem Inkrafttreten im Jahr 1942 einige Artikel, die nur für Minderjährige galten. Bei den Erwachsenen stand die Schwere der Tat im Mittelpunkt der Strafzumessung (Tatstrafrecht) – bei den Jugendlichen hingegen deren persönliche Situation (Täterstrafrecht).

Diese grundsätzlich unterschiedliche Sicht auf die Straffälligkeit führte dazu, dass im Zuge der Totalrevision des Strafgesetzbuchs das Jugendstrafrecht im Jahr 2003 in einem eigenen Erlass geregelt wurde. Dies rechtefertigte sich gerade auch deshalb, weil im aktuell geltenden Jugendstrafrecht explizit die Zusammenarbeit mit dem Kinderschutz erwähnt

wird und sich die Schutzmassnahmen noch näher am Kinderschutz als am Strafgedanken orientieren (vgl. Basler Kommentar, S. 5f).

Die jugendstrafrechtlichen Platzierungen in der SOMOSA sind in den letzten Jahren drastisch gesunken. Bis im Jahr 2014 entfielen durchschnittlich 15 bis 20 Prozent der Platzierungen auf jugendstrafrechtliche Massnahmen. Seitdem werden in der SOMOSA jedoch keine jugendstrafrechtlichen Einweisungen mehr verzeichnet. Was könnten die Gründe für eine solche Entwicklung sein?

Dieser Beitrag kann diese Frage nicht abschliessend beantworten. Ich werde zuerst einen Blick auf das vorhandene einschlägige Zahlenmaterial werfen, dann kurz Literatur und Rechtsprechung konsultieren, Hypo-

thesen formulieren und weiterführende Fragen aufwerfen.

ZAHLEN FÜR DIE SCHWEIZ

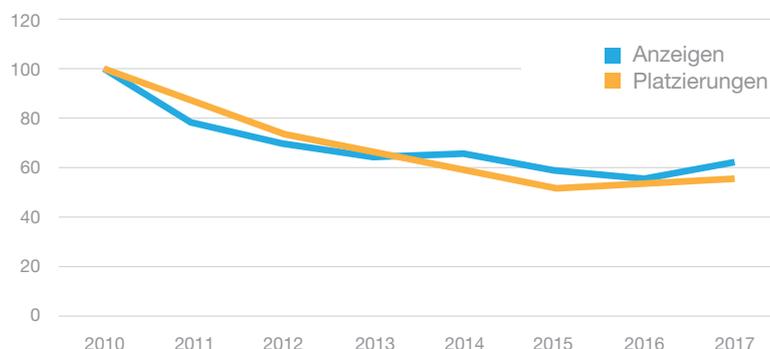
Gesamt-schweizerische statistische Daten zu den jugendstrafrechtlichen Platzierungen von Jugendlichen existieren erst seit 2010. Seit diesem Zeitpunkt erhebt das Bundesamt für Statistik (BFS) jährlich Daten. Auch in Bezug auf die Schutzmassnahmen (offene Unterbringung), wie sie in der SOMOSA vollzogen werden, ist schweizweit ein starker Rückgang zu verzeichnen. So waren im Jahr 2010 am Stichtag 326 Jugendliche unter dem Rechtstitel der offenen Unterbringung platziert – im Jahr 2017 nur noch 180.

Die Betrachtung der Urteile allein greift jedoch zu kurz, da jedem Urteil eine Anzeige vorausgeht. Vergleicht man aber die Anzeigenstatistik mit der Jugendstrafrechts-Urteilsstatistik ergibt sich eine aufschlussreiche Korrelation.

Auch die Anzeigen sind in den letzten sieben Jahren auffallend rückläufig. Wenn man das Jahr 2010 als Referenzjahr nimmt (100 Prozent), sind im Jahr 2017 rund 38 Prozent weniger Anzeigen eingegangen und 44 Prozent weniger Platzierungen vollzogen worden als im Jahr 2010.

Wie die unten stehende Grafik zeigt, entwickeln sich die jugendstrafrechtlichen Platzierungen in Funktion der Anzahl Anzeigen.

Verhältnis Anzeigen zu Platzierungen %



Es gibt diverse Hypothesen, warum die Kriminalitätsrate der Jugendlichen so stark zurückgeht. Die einen gehen von einem veränderten Anzeigeverhalten der Bevölkerung oder einem vorsichtigeren Fahndungsverhalten der Polizei aus, die anderen schreiben den Erfolg den zahlreichen Präventionsprogrammen zu. Schliesslich wird oft die Digitalisierungshypothese genannt, wonach sich die Jugendlichen vom sozialen Nahraum in die Cyberrealität zurückziehen und deshalb weniger Delikte begehen. Allein die Dis-

kussion dieser Hypothesen wäre einen eigenen Beitrag wert. Aber wenden wir uns wieder der Ausgangsfrage und dem Rückgang der Anzahl Schutzmassnahmen zu.

VERHÄLTNISSMÄSSIGKEIT

Eine Hypothese für den Rückgang ist gemäss Rückmeldungen diverser Einrichtungen der Kulturwandel in der Praxis der Jugendanwaltschaften beziehungsweise Jugendgerichte in Bezug auf die Verhältnismässigkeit.



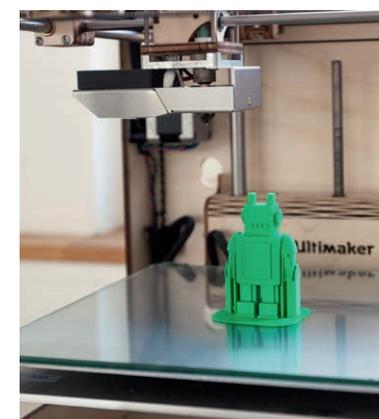
Es geht um die Frage, ob die Anordnung einer Schutzmassnahme bei kleineren Delikten verhältnismässig ist, beziehungsweise im Extremfall um die Frage, ob es in einem Täterstrafrecht überhaupt eine Verhältnismässigkeit zur Tatschwere braucht. In der einschlägigen Literatur fordern die einen, dass der mit der Sanktion verbundene Eingriff verhältnismässig sein und in einem vernünftigen Verhältnis zur Tat stehen soll. Andere vertreten die Auffassung, dass rein die Bedürftigkeit des Jugendlichen ausschlaggebend sein muss. Exemplarisch sei hier der Basler Kommentar (siehe Seite 9) zitiert: „Lehre und Rechtsprechung gehen (...) davon aus, dass nur das Erfordernis der erzieherischen Betreuung oder therapeutischen Behandlung eines Täters massgeblich sei, ohne Rücksicht auf die Schwere der begangenen Tat (...). Diese Auffassung überzeugt, und sie

wichtiger Anknüpfungspunkt für die Strafzumessung.“

Die Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 117 IV 9, S. 13) wiederum stützt die Sichtweise des Basler Kommentars: „Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerinnen setzt die Anordnung einer Erziehungsmassnahme (...) kein Delikt von qualifizierter Schwere voraus. Sie ist vielmehr (...) bei jeder Straftat eines Jugendlichen zulässig, also auch bei einer Übertretung. Eine Einschränkung auf Verbrechen oder Vergehen, wie sie das Erwachsenenstrafrecht kennt (...), besteht nicht. Diese Regelung entspricht der Konzeption des Jugendstrafrechts, welches vom Gedanken der staatlichen Fürsorge getragen ist: Die vom jungen Menschen begangene Straftat wird verstanden nicht in erster Linie als Verletzung des Rechtsfriedens, die nach einer ausgleichenden oder vergeltenden Sank-

vermeiden, erweist sich als unbegründet. Die zivilrechtlichen Kinderschutzmassnahmen nach Art. 307 ff. ZGB und die Erziehungsmassnahmen des Jugendstrafrechts stimmen sowohl hinsichtlich ihrer Voraussetzungen, als auch in ihrer Ausgestaltung in wesentlichen Punkten überein (...).“ Bei der Analyse der Jugendstrafurteile stellt man heute grosse kantonale Divergenzen fest. Offenbar gibt es kulturelle Unterschiede zwischen den Kantonen und Regionen. Aber auch innerhalb der Kantone scheint man sich nicht immer einig zu sein. So gibt es vermehrt Fälle, in denen die Jugendanwaltschaft eine Unterbringung beantragt, das Gericht diese jedoch aus Gründen des geringfügigen Anlassedelikts zurückgewiesen hat. Leider wurden diese Urteile bisher nicht weitergezogen, um hier vom Bundesgericht eine erneute Richtungsweisung zu erhalten.

der Revision des ZGBs und der Neuorganisation der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden professionalisiert. Es stellt sich deshalb die Frage, ob Kinder und Jugendliche mit geringen Anlasstaten heute vermehrt Aufmerksamkeit über ein Kindesschutzverfahren erhalten.



Ich bin überzeugt, dass das geltende Jugendstrafrecht auch in Zukunft Werte vertreten wird, die unsere Gesellschaft stützen. Ich wünsche mir, dass die Entwicklung in der Lehre, Rechtsetzung und Rechtsprechung gegenüber dem Erreichten achtsam ist. Mir ist klar, dass das Jugendstrafrecht kein Wundermittel ist. Aber es ist ein wertvolles Mittel. Und so, wie ich die Arbeit der SOMOSA, das Weiterkommen in kleinen Schritten, immer sehr bewundert habe, so wünsche ich mir, dass auch weiterhin die Anwendung des Jugendstrafrechts die Persönlichkeit des Jugendlichen in den Vordergrund rückt – denn manchmal ist der Unterschied zwischen „nichts“ und „etwas Wenigem“ riesengross.

Quellen:

Peter Aebersold: *Schweizerisches Jugendstrafrecht*, Bern 2017
 Marcel A. Niggli/Hans Wiprächtiger (Hg.): *Basler Kommentar, Strafrecht I*, Basel 2013
Bundesgerichtsentscheid 117 IV 9



entspricht dem Willen des Gesetzgebers, der ja Schutzmassnahmen nicht nur für Taten einer gewissen Schwere vorsieht.“ Aebersold hingegen ist der folgenden Meinung (siehe Aebersold, S. 85): „Die in der Schweiz oft verwendete Bezeichnung ‚Täterstrafrecht‘ ist insoweit zutreffend, als sie eine Tendenz zum Ausdruck bringt. Auch im täterbezogenen Jugendstrafrecht ist die Tat als absolute Voraussetzung für die Sanktionierung und zudem ein

tion ruft, sondern als mögliches Indiz für eine Fehlentwicklung, die es aufzufangen gilt. Zeigt es sich, dass die Entwicklung des Jugendlichen gestört ist, so sind die erforderlichen Erziehungsmassnahmen anzuordnen, unabhängig davon, ob die Anlasstat schwer wiegt oder nicht.“ Weiter wird in demselben Urteil ausgeführt: „Auch der Einwand, eine ‚Vermischung‘ der jugendstrafrechtlichen Sanktionen mit den Kinderschutzmassnahmen des ZGB sei zu

Folgende Fragen bleiben im Moment offen:

- Soll die Zumessung der Sanktion (insbesondere der Schutzmassnahmen) im Verhältnis zur Tat oder zur Bedürftigkeit stehen?
- Wird die Verhältnismässigkeit zur Tat höher gewertet als die Verhältnismässigkeit zur Bedürftigkeit des Täters? Findet generell eine Verschiebung Richtung Erwachsenenrecht statt?
- Ist mit dem Dualismus die Frage der Strafe und damit der Verhältnismässigkeit zur Tat in den Vordergrund gerückt?
- Wer macht die Triage, und wie? Werden die persönlichen Verhältnisse von Jugendlichen mit geringfügigen Delikten von Seiten der Jugendanwaltschaft überhaupt noch abgeklärt? Spielen Finanzen/Budgetfragen eine Rolle?
- Wie eingangs erwähnt, näherte sich das revidierte Jugendstrafrecht dem Kindesschutz an. Der Kindesschutz seinerseits wurde mit



Die Jugendgewalt als besondere Herausforderung

Marcel Riesen-Kupper, Leitender Oberjugendanwalt
des Kantons Zürich

Das Jugendstrafgesetz (JStG), in Kraft seit dem 1. Januar 2007, regelt das materielle Jugendstrafrecht der Schweiz in einem eigenen Gesetz und ist ein ausgesprochenes Erziehungs- und Täterstrafrecht. Es sieht relativ milde Strafen vor (Höchststrafe: vier Jahre Freiheitsentzug) und setzt vor allem auf erzieherisch und therapeutisch wirkende Schutzmassnahmen. Unter das JStG fallen alle Jugendlichen, die zwischen dem vollendeten 10. und 18. Altersjahr eine Straftat begangen haben. Der Grundsatzartikel des JStGs (Art. 2) betont explizit die Spezialprävention: „Wegleitend für

die Anwendung dieses Gesetzes sind der Schutz und die Erziehung des Jugendlichen. Den Lebens- und Familienverhältnissen des Jugendlichen sowie der Entwicklung seiner Persönlichkeit ist besondere Beachtung zu schenken.“

GEWALTDELIKTE IN DER SCHWEIZ: ENTWICKLUNG UND MASSNAHMEN

Eine besondere Herausforderung für die Jugendstrafrechtspflege stellen die Gewalttaten von Jugendlichen dar. Sie beschäftigen seit 2007 in

starkem Mass Öffentlichkeit, Politik und Fachwelt. Die Zunahme der Gewaltdelikte führte auch bei den Jugendstrafbehörden zu zahlreichen Massnahmen. So wurden im Kanton Zürich spezielle Vorgehensweisen bei Intensivtätern und Gewaltdelinquenten festgelegt. Zugleich fand eine Professionalisierung der Arbeit der Jugendanwaltschaften – insbesondere auch im Bereich der Sozialen Arbeit – statt. Gemeinsam mit Prof. Dr. Kitty Cassée vom Institut kompetenzhoch3, Zürich, entwickelte die Oberjugendanwaltschaft des Kantons Zürich im Jahr 2011 eine Methodik (KORJUS) für die Diagnostik, Intervention und Evaluation in der Jugendstrafrechtspflege. KORJUS (Kompetenz- und Risikoorientierung in der Jugendstrafrechtspflege) orientiert sich an den Schutz- und Risikofaktoren eines Jugendlichen und seiner Umwelt in Bezug auf Entwicklung und Rückfallrisiko. Zentrale theoretische Bausteine sind Lern- und Entwicklungstheorien. Die Kompetenzorien-



tierung ist eine Modellvorstellung, welche in den Niederlanden seit Jahrzehnten für die Entwicklung von Methoden eingesetzt wird. Kompetenz wird dabei als situativ angemessenes Handeln definiert, welches von Umweltbedingungen, Fähigkeiten und Ressourcen abhängig ist. Bei der Risikoorientierung steht die Rückfallgefahr der Jugendlichen bezüglich Ge-

waltdelikten im Fokus; für die Einschätzung wurde ein Instrument aus den USA, der SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth), in das Handlungsmodell integriert. Mittlerweile haben die Jugendanwaltschaften der Kantone St. Gallen, Thurgau, Appenzell-Ausser rhoden, Solothurn, Zug, Luzern, Schwyz, Graubünden und Obwalden KORJUS eingeführt.

Die KORJUS-Methodik ermöglicht den Jugendanwaltschaften, den Jugendlichen ganzheitlich zu erfassen, seine Bedürfnisse, aber auch sein Potenzial zu erkennen und darauf aufbauend individuelle Massnahmen anzuordnen.

HERAUSFORDERUNGEN

Doch trotz einer allgemeinen Professionalisierung und eines deutlichen Rückgangs der schweren Jugendgewalt läuft das täterorientierte, primär auf Schutzmassnahmen bauende schweizerische Jugendstrafrecht immer wieder Gefahr, aufgrund einzelner spektakulärer Straftaten oder bei einer Zunahme der Jugendkriminalität grundsätzlich infrage gestellt zu werden. Dem kann begegnet werden, indem die Jugendstrafbehörden die Öffentlichkeit regelmässig über ihre Arbeit informieren und aktuelle Problemstellungen thematisieren. Gleichzeitig haben sie im Vollzug von Schutzmassnahmen und Strafen den Nachweis zu erbringen, höchsten professionellen Standards zu genügen. Eine besondere Herausforderung bilden dabei Straftäter, die psychiatrische Auffälligkeiten aufweisen und aufgrund ihrer Gefährlichkeit geschlossen untergebracht werden müssen. Hier kommt insbesondere der Jugendforensik eine wichtige Rolle zu. In den nächsten Jahren gilt es, für diese Gruppe von Jugendlichen geeignete stationäre Plätze zu schaffen.

Die Langsamkeit der Erziehung bei beschleunigtem Kulturwandel

Mario Erdheim, Dr. phil., langjähriger Supervisor

Die Vorstellung, dass sich unsere Gesellschaft, Wirtschaft und Technik immer schneller entwickeln, ist ins allgemeine Bewusstsein gedungen. Weniger klar ist jedoch, was sich alles dieser Beschleunigung entzieht und welche Folgen das hat. Eine Anekdote soll dies illustrieren: Vor einigen Jahren las ich, dass in Japan Versu-

che unternommen wurden, Weine mithilfe von Chemie und Physik schneller zum Altern zu bringen. Inert ein paar Wochen sollte der Wein um Jahre älter und damit kostbarer gemacht werden können. Diese Versuche scheiterten, die Reifung des Weines liess sich nicht beschleunigen. Für mich hat dies etwas Modell-

haftes. Was der Zeit bedarf, um sich zu entwickeln, braucht eben diese Zeit, und Beschleunigung ist nicht möglich. Was mit Beziehungen, vor allem mit Vertrauen, zu tun hat, entzieht sich der Beschleunigung und braucht Geduld. Erziehung und Therapie, deren Wirksamkeit von den Beziehungen abhängen, die wir mit Kindern und Jugendlichen eingehen können, sind immun gegen Beschleunigungsversuche und erscheinen deshalb immer als langsame Prozesse. Es können zwar auch Wunder geschehen, wie in der Liebe ja auch, aber man weiss dann nie, wie nachhaltig sie sind. Die Langsamkeit pädagogischer und therapeutischer Prozesse kontrastiert mit der Lebensform, man könnte auch sagen, mit der Kultur der Jugendlichen. Entweder gehören diese zu den Ungeduldigen und Beschleunigten, welche die Erfüllung ihrer Wünsche, koste es, was es wolle, sofort einfordern, oder sie gehören eher zu jenen, die sich an ihre Kindheit klammern und vor jeder Verände-

tung. Und vielleicht ist man schon dran und versucht, die Gene, welche die Pubertät auslösen, so zu manipulieren, dass angepasste Adoleszenzen zur Norm werden oder mit Pubertätsstoppem produziert werden können. Gentechnik und Medikamente statt Erziehung – wäre das für eine Lösung?

Die Langsamkeit der Erziehung kontrastiert mit der Schnelligkeit der Gentechnik. Gentechnik und Medikamente erzielen sicher schnellere Wirkungen. Vielleicht wäre es möglich, Erziehung und Medikamente so miteinander zu verbinden, dass die Langsamkeit der Erziehung und die adoleszenten Konflikte gewahrt werden können. Denn wir müssen berücksichtigen, dass uns mit dem Verschwinden der Adoleszenz mit all ihren Krisen und Problemen auch ein wichtiges Potenzial des Wandels abhanden käme. Die Gentechnik und Wissenschaft verdanken sich ja ebenso wie die Kunst und all die Tätigkeiten, die mit Leistungssteigerung verbunden sind,

Die Langsamkeit der Erziehung kontrastiert mit der Schnelligkeit der Gentechnik.

rung zurückschrecken. Die einen möchten sich mit ihrer Hyperaktivität und Geschwindigkeit, die anderen mit ihrer Lethargie der Entwicklung und damit auch der Zeit entziehen. Wenn es doch irgendwie gelänge, die Adoleszenz mit ihrem Chaos und ihren Krisen zum Verschwinden zu bringen, sodass aus Kindern ruhige und nette Erwachsene werden könnten – das wäre eine nobelpreiswürdige Leis-

nicht zuletzt den Omnipotenzfantasien, die gerade in der Adoleszenz eine besonders wichtige Rolle übernehmen.

Wesentlich an der Omnipotenz ist, dass ihr die Tendenz innewohnt, zur Realität einen Bezug herzustellen. Im Verhältnis zwischen Idee und Wirklichkeit, zwischen Plan und Ausführung oder zwischen Utopie und Realität taucht die Spannung auf, die dazu

führt, das Vorhandene am Ideal zu messen und zu beurteilen. Die Religion zeigt, in welchem Ausmass die Realität verworfen werden kann; sie

das Allmachtsgefühl der Gedanken zu erleben. Schliesslich ist aber auch Gewalt aufs Engste mit Omnipotenzfantasien verbunden. Es ist, als ob



wird zum Nichts, das einen höchstens davon abhalten kann, selig zu werden. Politische Utopien beinhalten die Gefahr, dass ihre Umsetzung das zerstört, was als ihr eigentlicher Wert erscheint. Im Bereich der Arbeit wird einerseits die Umsetzung omnipotenter Wünsche möglich: Wissenschaft und Technik, die den Alltag völlig verändern, indem sie die Wünsche nach ewigem Leben (Medizin), nach Allgegenwart, Omnipräsenz (Kommunikationsmedien), Gedankenübertragung zu erfüllen versuchen. Andererseits kann Arbeit als Mittel zur Ausbeutung und Entfremdung ungeheure, zerstörerische Potenzen auslösen. Omnipotenz ist aber auch sozusagen billiger zu haben. Von jeher ermöglichen Drogen, Omnipotenz gleichsam ohne Arbeit und die dazugehörigen Ich-Funktionen erwerben zu können. Im Alkoholrausch, unter dem Einfluss von Kokain oder Meskalin werden Erfahrungen gemacht, die das Subjekt über die ihm gesetzten Grenzen führen. Dabei schwimmt die Unterscheidung zwischen Fantasie und Realität, sodass man sich – im Gegensatz zum Arbeitsprozess – nicht um Einzelheiten bemühen muss, um

man sich mittels Gewalt (statt mittels Arbeit) jeden Wunsch erfüllen könnte. Darin liegt ein gutes Stück der Faszination, welche die Gewalt auf die Menschen ausübt.

Die Langsamkeit der Erziehung ergibt sich daraus, dass nur sie es zustande bringt, die Fähigkeiten der Heranwachsenden, das heisst ihre Ich-Leistungen (Denken, Begabungen, Wünsche) mit ihren Omnipotenzfantasien zu verknüpfen. Es ist dies eine Arbeit, die ohne solche Grössenfantasien gar nicht erst versucht werden könnte. Es ist Kleinarbeit an hochkomplexen Entwicklungen. Wer die lästigen Omnipotenzfantasien, die mit den vielfältigen Adoleszenzkrise einhergehen, abschaffen möchte, der versucht, auch etwas ganz Wesentliches zum Verschwinden zu bringen. Das, was mich an der SOMOSA und damit auch an Mogens Nielsen und seinem Team so beeindruckte, war, dass sie so entschieden darum kämpften, die Langsamkeit der Erziehung in einer Zeit zu verteidigen, in der Zeit mit Geld gleichgesetzt wurde. Zeit ist mehr als Geld, sie ist Leben, und ein solcher Kampf lohnt sich.



Was zum Teufel hat die Psychoanalyse in der SOMOSA verloren?

Daniel Strassberg, Dr. med., Dr. phil., langjähriger Supervisor

Da sitzt eine ältere Dame mit aufgefönerter Frisur – es kann auch ein älterer Herr im Gilet sein – im Sessel neben einer Couch und kämpft gegen das Einnicken an, während auf der Couch eine Dame vom Zürichberg jammert, dass sie für ihren SUV wieder mal keinen Parkplatz gefunden hat, worauf sich obige Dame – oder Herr – einen Ruck gibt und mit getragener Stimme verkündet, dass sie, die Dame auf der Couch, seit frühester Kindheit das Gefühl habe, keinen Platz auf der Welt zu haben. Und daran habe die Mutter Schuld. Am Ende hat immer die Mutter Schuld.

So oder ähnlich sieht das Bild der Psychoanalyse in der Öffentlichkeit aus. Eine solche Psychoanalyse hätte in einer Institution, die sich um Jugendliche in den schwierigsten Situationen kümmert, tatsächlich keinen Platz. Was hätte sie zu sagen zu den zum Teil unfassbaren Erfahrungen, die diese Jugendlichen, fast noch Kinder, in ihrem kurzen Leben schon machen mussten? Dass all ihr Leiden nur der Fantasie entspringen? Doch die Psychoanalyse hat mehr zu bieten. Und zugleich weniger. Weniger, weil ihr relativ geschlossenes Menschenbild noch immer von der

intakten Kleinfamilie ausgeht, Mama, Papa, Baby. Das Paradox der Psychoanalyse: Die bürgerliche Kleinfamilie ist zugleich Quelle des Heils wie auch allen Unglücks. Wie gesagt, Mama ist immer schuld.



Tatsächlich sollte sich die Psychoanalyse in Zeiten, in denen diese Kleinfamilie ein Ballenberg-Modell ist, von einem Menschenbild verabschieden, in dem sich alles um Mama und Papa dreht. Zumindest für die Jugendlichen, mit denen wir es zu tun haben.

Was bleibt dann noch? Eine ziemlich präzise Vorstellung davon, wie Menschen ticken, was sie antreibt und was sie hemmt, was ihnen Angst macht und wie sie mit diesen Ängsten umgehen. Ein Verständnis für ihre Wünsche und ihre Sehnsüchte und auch für ihre Abgründe. Natürlich haben auch andere Schulen dafür Theorien, doch mir scheint, dass sich die Psychoanalyse in zwei Aspekten von diesen radikal unterscheidet. Zum einen bleiben die anderen Schulen im Grunde immer noch in einem Reiz-Reaktions-Schema stecken: Menschen reagieren in einer mehr oder weniger determinierten Weise auf Erfahrungen. Noch immer liest man Unfug wie diesen in psychiatrischen Lehrbüchern: Eine Spinnenphobie geht auf

schlimme Erfahrungen mit Spinnen zurück.

Die Psychoanalyse negiert reale Erfahrungen nicht, aber sie schaltet zwischen den realen Erfahrungen und den Handlungen einen intermediären Raum ein: den Raum der Fantasie. Der Mensch, jeder Mensch ist für die Psychoanalyse ein zutiefst kreatives Wesen, das seine Erfahrungen zu einer inneren Welt formt und gestaltet. Einen Menschen verstehen heisst seine Innenwelt verstehen.

Dies führt zum zweiten, in meinen Augen entscheidenden Punkt: Jeder Mensch ist ein singuläres Wesen, mit einer einzigartigen Geschichte und mit einem einzigartigen Umgang mit dieser Geschichte. Es gibt keine Schemata und keine Gattungen („Alle Süchtigen lügen“); man kann keine individuelle Geschichte einer allgemeinen Kategorie zuordnen. Dafür steht die Psychoanalyse, zumindest so, wie ich sie verstehe. Einzig die Mechanismen, die den Menschen zur Gestaltung ihrer Innenwelt zur Verfügung stehen, sind allgemein-menschlich: Verdrängung, Verleugnung, Sublimierung etc.

Nun bleibt noch eine letzte Frage offen: Nützt es den Jugendlichen, wenn wir sie als einzigartige Wesen verstehen? Werden sie schneller gesund, finden sie eher ins Leben zurück, können sie ihre Geschichte besser bewältigen? Ich bin, ehrlich gesagt, nicht sicher. Eine kognitive Therapie, pädagogische oder soziale Massnahmen und bisweilen sogar Medikamente helfen ebenso gut, oft sogar besser. Nein, die Psychoanalyse ist nicht besonders effizient, schon gar nicht bei den Jugendlichen, die in der SOMOSA weilen.

Dennoch haben diese Menschen das Recht, verstanden zu werden. Manchmal geht es eben nicht um Effizienz, sondern um die Menschenwürde.

Arbeit 4.0

Daniel Baumann, Informatiker und Sozialpädagoge,
Leiter MediaLab / Job-Assessment

Die Modellstation SOMOSA bietet einen intersystemischen, technologischen und psychologischen Ansatz bei schweren internetbezogenen Störungen an.

In diesem neu geschaffenen Angebot, in der Art eines Kompetenzzentrums für Fragen rund um die Behandlung von Internetsüchten, leben wir die „Umnutzung von Verhaltensgewohnheiten“ oder die Harmonisierung der Nutzung von digitalen Medien. Schlagwörter wie „Arbeit 4.0“ oder „Industrie 4.0“ sind omnipräsent.

Die Modellstation SOMOSA hat seit 1994 eine Pionierrolle mit dem Erarbeiten von neuen Behandlungskonzepten und mit der Umsetzung von Visionen. Mogens Nielsen hat mit der

Federführung in der Umstrukturierung der Werkstätten den Puls der Zeit getroffen und den Weg für Innovationen geebnet.

Die Bereiche des Jobassessments sind mit der neusten Infrastruktur ausgestattet. Hardware wie 3D-Drucker und 2D-Laser bieten die idealen Voraussetzungen, um den Klienten die Möglichkeit zu geben, sich in einem modernen und zukunftsorientierten Umfeld zu bewegen.

Kognitives Training, die Ausarbeitung individueller Projekte und Office-Anwendungen sind Teil des Programmes. Grundlagen des Programmierens, angeleitetes Gamen bis hin zu Game-Design und Gfrafic-Design werden in den Alltag implementiert.

Abwechslung im Programm fördert die Motivation und Lernbereitschaft der Klienten. Zu diesem Zweck werden begleitende Angebote in die Wochenpläne integriert.

Bei Jugendlichen gehört die intensive Nutzung elektronischer Medien zum Alltag. Um mit stationärer Klientel zu arbeiten, verfolgt die Modellstation SOMOSA einen multidisziplinären Ansatz. Psychotherapeutische, pharmakologische, sozialpädagogische und arbeitsagogische Herangehensweisen sind bei den Interventionen eng verknüpft. Dabei stehen jene Ressourcen des Klienten im Vordergrund, die es gilt, nutzbar zu machen. Elektronische Medien sind ein wichtiges Instrument, um mit „verschlossenen“ Klienten in Kontakt zu treten. Eine gemeinsame Basis wird dabei oft über Themen wie zum Beispiel Gamen, Videos produzieren, Programmieren und 2D/3D-Design gefunden und kann den Einstieg in einen Tagesablauf erleichtern. Ist ein Erstkontakt erfolgt und zeigt der Klient Interesse am Angebot der Medienwerkstatt, ist ein erster wichtiger Schritt getan. Dabei steht der Klient im Zentrum der Behandlung. Er gibt mit seinen Interessen eine Richtung vor, und die Mitarbeitenden setzen die unterstützenden und motivierenden Rahmenbedingungen. Ein komplexes, teils standardisiertes, teils individualisiertes Tagesprogramm begleitet die Klienten in dem Prozess, zunächst ohne Leistungs- und Produktionsdruck. Das psychotherapeutische und sozialpädagogische (agogische) Herangehen ist hierbei eng verschränkt, denn ohne die genaue Kenntnis von Psychodynamik und störungsspezifischen Faktoren beim Einzelnen lässt sich keine individualisierte Intervention planen.

Die Kooperation mit externen Partnern ist ein weiterer wichtiger Be-

standteil der Behandlung. Wenn immer möglich, werden Realitätschecks in Form von externen Schnuppereinsätzen eingebunden. Auch Daten aus diversen Testungen finden Rücklauf in der Behandlung.

Die Berufsfindung erfolgt individuell, im kleinen Setting. Auch beispielsweise Sport und Kochen sind wichtige Angebote, welche im Gruppensetting und bereichsübergreifend stattfinden. Die Arbeitsschritte und Verhaltensweisen sowie Fortschritte der Klienten werden dokumentiert, im intersystemischen Fallteam besprochen und fließen in den Behandlungsplan ein.

Der Bereich Jobassessment ist am Puls der Zeit. Es werden hier laufend neue Angebote und Projekte imple-



mentiert. Die nahe Zukunft liegt im Bereich Robotik und Virtual Reality. Der aktuellen und zukünftigen Technik sind kaum Grenzen gesetzt, und sie deckt eine vielfältige Bandbreite von spannenden Zukunftsprojekten mit den Klienten ab. Auch der Bereich des Serious Gaming wird noch stärker in die Behandlung integriert, so zum Beispiel mit Drohnen. Damit kann ein direkter Bezug vom Spielerischen bis zur konkreten Umsetzung in der Berufswelt hergestellt werden.



Entwicklungspsychiatrie und Sozialpädagogik

Benjo de Lange, Standortleiter SOMOSA, und
Oliver Bilke-Hentsch, Chefarzt

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Entwicklungspsychiatrie stellte man früh fest, dass aufgrund der jeweiligen Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsunterschiede von Kindern und Jugendlichen rein psychiatrische Diagnosefindungen nicht ausreichen.

Hier besteht eine Schnittstelle zur Prävention und zur Frühintervention. Es ist aber bei aller sinnvollen Fokussierung auf Früherkennung von Erkrankungen auch darauf zu achten, dass nicht nur Risikofaktoren benannt und erkannt werden, sondern auch die Therapie von realen Störungen genügend Aufmerksamkeit erhält, was auch im interdisziplinären Kontext nicht immer leicht ist.

Nicht die simple Addition verschiedener Risikofaktoren führt zwangsläufig zur Problematik. Es ist für den Kliniker und den Sozialpädagogen immer wieder überraschend, wie teils nach Jahren intensiver Forschung bestimmte klar bekannte und zu bekämpfende Risikofaktoren sich als wesentlich weniger bedeutsam für die Entwicklung einer echten Erkrankung herausstellen.

Die internationale Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) wird diesem Faktum gerecht, indem sie langfristige empirische Studien in diversen Ländern als Basis für die Benennung und Abgrenzung von Erkrankungen verlangt.

Für den Bereich der interdisziplinären Ansätze, wie sie in der Modellstation SOMOSA entwickelt wurden, ist dieses Primat der Diagnostik und die kritische Bewertung der Risikofaktoren weiter zu ergänzen durch eine interaktionelle, diskursive Beziehungsdagnostik, die beispielsweise auf mehreren Ebenen auch nonverbal zunächst nicht zu benennende Konfliktthemen oder frühere Traumatisierungen sukzessive aufgreift.

Der Einbezug von pädagogisch beeinflussbaren Risiko- und Schutzfaktoren hat sich in den letzten Jahrzehnten in der interdisziplinären Arbeit zusätzlich zur althergebrachten psychopathologischen Vorgehensweise in der Diagnostik etabliert.

So wurde in den 1970er- und 1980er-Jahren auf dem Boden empirischer und vor allem epidemiologischer Forschungen das multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) entwickelt.

Grundgedanke dieses Schemas ist es, auf sechs Achsen die relevanten und für die Entwicklung des Kindes wichtigen Diagnosen aus unterschiedlichen Lebensbereichen zusammenzufassen.

Auf der ersten Achse geht es um die Findung der jeweils bestehenden psychiatrischen Diagnose im engeren Sinn, wobei in Ergänzung zum Erwachsenenalter auch typische entwicklungsbezogene Störungen (z. B.

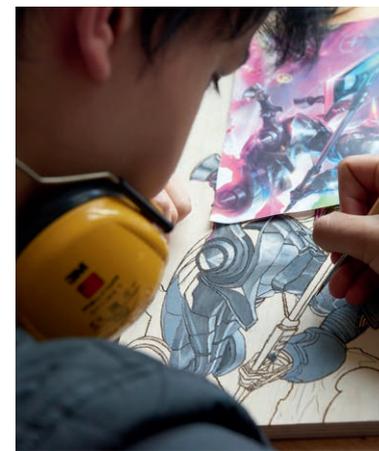
hyperkinetisches Syndrom, Störung des Sozialverhaltens, Einnässen etc.) mit einbezogen werden.

Alle Diagnosen sind nach zeitlichen und phänomenologischen Kriterien operationalisiert, sodass eine hohe Interrater-Reliabilität und eine gewisse Objektivität angestrebt werden.

Zum einen wird festgestellt, ob überhaupt eine psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne vorliegt, sei es eine Persönlichkeitsstörung, sei es ein ADS oder sei es eine Phobie.

Nur die Klassifikation von umschriebenen Störungsbildern und die Berücksichtigung des Komorbiditätsprinzips (paralleles Auftreten von mehreren Störungen) lässt die bei einzelnen Erkrankungen immanente Dynamik, wie sie beispielsweise bei einer Magersucht oder einer bipolaren Störung auftritt, von Anfang an in die Behandlung einfließen.

So sind weder Therapeuten noch ein therapeutisches Team, noch der Patient selbst oder seine Angehörigen



überrascht über bestimmte Verlaufsschwankungen, die weniger aus der psychosozialen Intervention oder vom Willen des Patienten herrühren, sondern in der Störung selbst begründet liegen, was zum Beispiel bei Stimmungsschwankungen im Rahmen einer bipolaren Störung besonders auffällig ist.

Auch ist die Hinwendung zum Krankheitsbegriff in manchen Lebensberei-

chen für den Klienten (und ggf. seine Familie) entlastend, da nicht nur die eigene Willenskraft und die eigene Vorstellung für die Lebenssituation von Bedeutung sind, sondern auch anerkannt wird, dass genetische oder neurobiologische Risiken, die vom Einzelnen in keiner Weise zu verantworten sind, eine Rolle bei Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung spielen.

Dieses traditionelle Vorgehen hat weniger mit Stigmatisierung und Festbeschreibung zu tun, sondern vielmehr mit genauer und individueller Interventionsplanung, wo diese möglich ist.

Nach dem Prinzip der Komorbidität sind so viele voneinander abgrenzbare Diagnosen wie sinnvoll zu formulieren, Sammeldiagnosen (z. B. kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen) sind eher zurückhaltend zu verwenden. Durch das Komorbiditätsprinzip kann man der Tatsache Rechnung tragen, dass bei Kindern und Jugendlichen zeitgleich zwei oder mehrere psychiatrische Erkrankungen auftreten können, die aber gegebenenfalls ganz unterschiedlich zu behandeln sind und auch eine unterschiedliche Prognose haben.

So kann etwa ein Jugendlicher mit einer hyperkinetischen Störung/Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ICD10 F90.0) begleitend unter einer sozialen Angststörung leiden.

Die beiden letzteren Störungen sind unter Umständen leichter und direkter zugänglich als das ADS selbst und können nach einer entsprechenden Therapie verschwinden, während die chronifizierte Erkrankung therapiebedürftig bleibt.

Auf der zweiten Achse werden die sogenannten Teilleistungsstörungen oder spezifischen Entwicklungsstörungen klassifiziert, wie beispielsweise die Legasthenie, die Rechenschwäche oder auch kombinierte sensorische und motorische Störungen

gen. Diese Problembereiche sind vor allem für die Ausbildungs- und die soziale Entwicklung des Jugendlichen von Bedeutung.

Legasthenie und Dyskalkulie stellen erhebliche Entwicklungsrisiken dar, ein zu spätes Erkennen führt zu sekundären Schäden wie Selbstwertproblemen, Depressionsneigung, später im Einzelfall zur Suchtentwicklung und insgesamt zu einer schlechten Schulkarriere. Das Ausbleiben einer adäquaten Teilleistungsdiagnostik kann für die gesamte Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen von grösstem Nachteil sein.

Auf der dritten Achse wird das Intelligenzprofil bewertet, dessen unter Umständen diskrepante Ausprägung ebenfalls grosse Bedeutung für das Erklären von Verhaltensproblemen und Symptomkonstellationen, aber auch für die Therapieplanung hat.

Die Überforderung eines Kindes durch inadäquate Therapieanforderungen stellt ebenso wie eine Unterforderung, zum Beispiel im Rahmen der Ausbildung, ein Entwicklungsrisiko dar. Der Zeitpunkt einer Intelligenztestung, die Motivation und Mitarbeitsfähigkeit des Patienten werden daher vom Team in die Interpretation der Befunde mit einbezogen.

Auf der vierten Achse werden die körperlichen Erkrankungen des Jugendlichen kodiert. Hier finden sich akute Phänomene, die gegebenenfalls im Querschnitt wichtig sind, vor allem aber die Erfassung länger dauernder Störungen und Behinderungen, wie zum Beispiel Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Rheumaerkrankungen oder andere chronische körperliche Störungen. Gerade traumatisierte Patienten leiden unter vielfältigen körperlichen Störungen.

Die Verarbeitungsmechanismen körperlicher Erkrankungen, mögliche Langzeitmedikation, Operationsnotwendigkeiten und reale körperliche Einschränkungen (die auch auf einer

anderen Ebene in eine ICF-Diagnostik einfließen) sind hier im Zusammenhang zu erfassen.

Die fünfte Achse (sog. abnorme psychosoziale Umstände) stellt die Möglichkeit dar, die soziale familiäre und kulturelle Situation des Kindes beziehungsweise Jugendlichen ausführlich in ihrer Bedeutung für die Gesamtproblematik darzustellen.

Hier fliesst auch das Konzept der Risikofaktoren mit ein, während Ressourcen hier nicht zu kodieren sind.

Auf der sechsten Achse wird der generelle Schweregrad der psychischen Einschränkung je nach Beschwerden in den unterschiedlichen Lebensbereichen Familie, Schule, Freizeit etc. bewertet.

Diese sechste Achse hat insofern Bedeutung, als es „schwere“ psychiatrische Erkrankungen gibt, die aber im pädagogischen Alltagsleben eher geringe Einschränkungen mit sich bringen (je nach Krankheitsphase), während es scheinbar „leichte“ Störungen gibt, die das Alltagsleben erheblich beeinträchtigen können.

Durch diese multiaxiale MAS-Diagnostik beziehungsweise im eigentlichen Sinne Klassifikation wird bei sorgfältiger Durchführung vermieden, dass gerade bei besonders dramatischen und zu aktuellem Handeln drängenden Fällen weitere zugrunde liegende Störungen im Bereich der Intelligenz, der Teilleistungen und möglicher komorbider Erkrankungen nicht ausreichend beachtet werden. Ebenso ist aus pädagogischer Sicht die Ressourcenlage und die Resilienz zu beachten. Gerade diese Resilienz ist es, die in einem Konzept aus sich gegenseitig beeinflussenden Schutz- und Risikofaktoren das individuelle Schicksal des Jugendlichen bestimmen kann – besonders, wenn sie von achtsamen Pädagogen, Agogen und Therapeuten gemeinsam sinnvoll aktiviert werden kann.

Die SOMOSA und das HYBRIDMODELL

Andreas Andreae, Stiftungsratspräsident SOMOSA

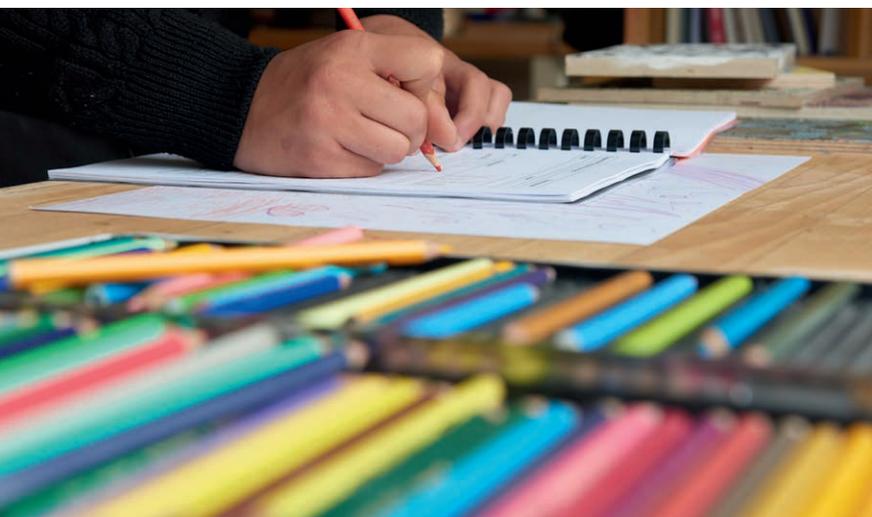
Eine eklatante Versorgungslücke im Kanton Zürich bei multiproblematichen, diagnostisch schwierig zuordenbaren, prognostisch zumeist folgenschweren Adoleszentenstörungen führte in den 1990er-Jahren zur Modellierung, Umsetzung und Erprobung der SOMOSA. Je mehr im Psychiatriefortschritt bei Adoleszenten die Prävention, Frühintervention und Entwicklungsorientierung zur Verhinderung von Chronifizierung, Invalidisierung und Kriminalisierung Fuss zu fassen begannen, desto deutlicher wurde der Bedarf nach einer konzeptionellen Verbindung von Psychiatrie und Sozialpädagogik. Bei den Erhebungen für ein neues jugendpsychiatrisches Versorgungskonzept stiess man bei den schwersten stationären Fällen im Alter von 16 bis 20 Jahren

auf gut 100 Fehlplatzierungen im Jahr, wobei sowohl Kliniken wie Erziehungsheime solche Fälle nicht halten und erfolgreich angehen konnten. So entstand die Idee eines «Hybridmodells» aus integralen, sozialpädagogisch-psychiatrischen, jugendgerechten Behandlungsstrukturen und -prozessen.

Typische Einzelfälle meiner Assistenzjahre in der Akutpsychiatrie ab 1980 hatten den Weg zur gemeinsamen Idee mit dem Psychiater Ronald Furger und dem Sozialpädagogen Walter Toscan vorgebahnt. Mein erster Fall mit einer vielschichtig schweren Adoleszenzstörung, der den Bedarf eines Hybridmodells illustriert, war ein 17-Jähriger, welcher seit Wochen zunehmend störrisch den Schulunterricht verweigerte, lieber sich im Bett

durch den Tag frass, zwischendurch heimlich die Schuhe seiner Kameraden im Turnunterricht mit Wasser füllte, kaum mehr zugänglich war und zuletzt jegliche Hilfestellungen der Familie vereitelte. Ein gewalttätiger Eklat zu Hause führte zur Klinikeinweisung. Der adipöse Jugendliche entpuppte sich unter anderem als unreif und selbstunsicher, war zu Hause emotional wenig bewahrt, hatte – wie sich zeigte – seinen Platz in der Peergroup verloren und einen kleptomani-schen Sammeltrieb von weiblicher Unterwäsche entwickelt. Niemand in der Klinik wusste mit dem renitenten Normverweigerer etwas anzufangen, es schien weder eine Psychose noch eine Depression vorzuliegen, das therapeutische Arsenal in der Klinik war zweckfremd, die Hausordnung griff nicht. Bald jugendstrafrechtlich in einem Jugendheim platziert, brach umgehend

nose finden liess. Fortan scheiterten Interventionen im Hin und Her zwischen Kliniken und Heimen; zwei Jahre später verstarb er nach einer Opiat-überdosis auf der Gasse. An diesem tragischen unklaren Fall war nur eines klar: Der Junge hätte eine umfassende störungs- und entwicklungsangemessene Behandlung benötigt, mit gleichermaßen intensiv anzusetzenden pädagogischen und psychiatrischen Mitteln und Settings, in einem kombinierten psychiatrisch-pädagogischen diagnostischen Verständnisrahmen und über einen mindestens mehrmonatigen Zeitraum. Ab 1994 setzte Mogens Nielsen als Pädagoge und späterer SOMOSA-Geschäftsführer in Co-Leitung mit psychiatrischen Führungskräften und einem «intersystemischen» Team aus sozialpädagogischen, ärztlichen, psychologischen, pflegefachlichen und therapeutischen Fachleuten für sol-



eine Katastrophe los. Der Jugendliche wollte mächtig den Boss markieren, war überheblich, verweigerte fast alles, spuckte unvermittelt Leute an, äusserte sich wirr, verschmierte eine Zelle mit Kot und versuchte, sich zu erhängen. Blindwütig raste er nachts in einem entwendeten Wagen durch die halbe Schweiz und wurde wieder in der Akutpsychiatrie untergebracht, wo sich abermals keine klare Diag-

che Fälle das Hybridmodell in einem mehrjährigen Modellversuch erfolgreich um. Mit dem Modell sollten Effekte erzielt werden gegen toxischen kostentreibenden „Heavy use“ und langfristige Belastungen im Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Justizsystem. Die SOMOSA wurde Pionierstätte eines einzigartigen Konzeptes, Klinik, Psychotherapiestation sowie Erziehungs- und Bildungsheim in ei-

nem, zu gleichen Teilen aus Gesundheits- und aus Bildungs-/Justizgeldern finanziert, gleichermaßen anerkannt von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich als Listenspital und von der Bildungsdirektion sowie vom Bundesamt für Justiz als Heim.

Ein über die Jahre in Theorie und Praxis weiter ausdifferenziertes und wiederholt evaluiertes Diagnose- und Handlungskonzept hat eine tragfähige Basiskultur des Hybridmodells verankert und inzwischen Hunderten von männlichen Jugendlichen eine stabilere Gesundheits- und Persönlichkeitsentwicklung ermöglicht. Grundthese ist, dass komplexe schwerste Adoleszenzstörungen nur dann förderlich angegangen werden können, wenn es gelingt, an den Schnittstellen zwischen involvierten Fachdisziplinen und Gesetzssystemen Widersprüche auszuräumen respektive eine Synthese zu ermöglichen. Psychiatrie, Psychotherapie und Pädagogik müssen auf Augenhöhe zusammengehen und einen entscheidenden Mehrwert erreichen. Diese Forderung macht auch nicht Halt vor Regierungsdepartementen und Gesetzen.

Auf manche Fachkapazitäten und Nachwuchsbegabungen üben die SOMOSA und das Hybridmodell seither eine grosse Anziehungskraft aus. Was macht das Hybridmodell so interessant? Vielleicht weil man sich dabei mit adoleszenten Entwicklungs- und Störungsphänomenen abgibt, die niemals rein disziplinär aus den Einzelsichtweisen der Psychiatrie, Bildung und Justiz richtig zu verstehen und behandeln sind, sondern nur kombiniert – um dann zu erstaunlichen ganzheitlichen Wirkungen und Lösungen zu gelangen. In der SOMOSA kreuzen sich in jedem Behandlungsfall tief menschliche, gesellschaftliche, medizinische, psychologische, sozial-, bildungs- und naturwissenschaftliche Fragen, Thesen

und Lösungsansätze und bilden sich in aussergewöhnlichsten Schicksalen ab. Psychotherapie und Pädagogik haben sich seit Mitte des letzten Jahrhunderts immer mehr an eine Behandlung der schwersten Störungsformen herangewagt. In der SOMOSA sind die Konzepte und Wege dazu maximiert. Die Modellstation konnte gerade auch deshalb immer wieder beste Fach- und Führungskräfte voller Neugier und Einsatzbereitschaft gewinnen und wurde zur Talentschmiede. Herausragende Fachpersönlichkeiten konnten als jahrelange Supervisoren verpflichtet werden und begleiteten die personenzentrierten integrativen Fallarbeiten, die vielschichtige Milieugestaltung und die hochsynergistischen interdisziplinären und intersystemischen Behandlungsprozesse.

Die SOMOSA deckt den Versorgungsbedarf für männliche Jugendliche mit komplexen Adoleszenzstörungen im Kanton Zürich. Der in etwa gleich grosse Bedarf bei jungen Frauen ist eine Lücke, welche das Versorgungsfeld seit Längerem reklamiert. Eine „SOMOSA-F“ ist deshalb heute angedacht. Die SOMOSA bewegt sich mit ihrem Hybridmodell seit nunmehr 25 Jahren auf einem stets herausforderungsreichen Terrain zwischen Gesundheit und Bildung/Justiz. Sie ist stets darauf angewiesen, von beiden Seiten abgestimmt planerisch berücksichtigt und finanziert zu werden. Das entpuppt sich in Zeiten von finanzpolitischen Verteilungskämpfen und einer zunehmend kompliziert geregelten Gesetzgebung und Staatsverwaltung als grosse Aufgabe für eine kleine Institution. Die SOMOSA sieht aktuell einer Erweiterung durch Zusammenschlüsse entgegen, um dem Versorgungsbedarf, den organisatorischen Anforderungen und der Planungssicherheit durch bessere betrieblich-unternehmerische Abstützung und politische Verankerung zu entsprechen.

Die Geschichte der Modellstation SOMOSA

Januar 1994 Mogens Nielsen bekommt den Hausschlüssel zur Villa Ninck und geht auf Suche nach Personal.

April 1994 Erste Aufnahmen von dissozialen Jugendlichen in die Modellstation SOMOSA.

September 1995 Anerkennung durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich als psychiatrische Privatklinik.

Oktober 1996 Die Anerkennung der Bildungsdirektion des Kantons Zürich führt zur Einbindung in die interkantonale Heimvereinbarung. Neugründung der Stiftung SOMOSA.

April 1999 Abschluss des Modellversuchs und der wissenschaftlichen Begleitforschung, ein Nachweis für den Bedarf einer SOMOSA-Behandlung konnte erbracht werden.

September 2000 Die Modellstation SOMOSA erfüllt die Rahmenbedingungen für die Anerkennung der Institution durch das Bundesamt für Justiz.

Oktober 2000 Kündigung der Liegenschaft Villa Ninck durch Gebrüder Sulzer.

November 2000 Die von Mogens Nielsen erstellte „Kurzbeschreibung des Projekts Neubau Modellstation SOMOSA Winterthur“ wird zusammen mit einem überarbeiteten Raumprogramm beim Bundesamt für Justiz und bei der Bildungsdirektion eingereicht.

Dezember 2001 Mit finanzieller Unterstützung des Kantons Zürich wird eine Landparzelle der Firma Sulzer in Oberwinterthur gekauft.

Dezember 2002 Das Bundesamt für Justiz bewilligt provisorische Baubeiträge in der Höhe von 35 Prozent der beitragsberechtigten Baukosten.

Februar 2003 Der Regierungsrat des Kantons Zürich beschliesst, 55 Prozent der beitragsberechtigten Baukosten zu übernehmen.

August 2003 Beginn der Bauarbeiten.

November 2004 Bezug des Neubaus.

Mai 2005 Eröffnungsfeier Neubau mit Vertretern aus Bund, Kanton und Stadt.

Juni 2006 Die erste öffentliche Tagung zum Thema «Posttraumatische Störung» mit Gastreferent Lutz Besser wird in den neuen Räumlichkeiten veranstaltet.

Sommer 2008 Weiterbildungstag für Mitarbeitende und Gäste zum Thema: „Umgang mit Verhaltensstörungen bei kognitiver Beeinträchtigung und/oder dissozialer Störung“.

Juni 2009 Die Modellstation SOMOSA feiert das 15-Jahre-Jubiläum.

2011 Die zweite Wohnung des externen Wohntrainings wird für weitere zwei Klienten eröffnet.

2012 Nach der Anpassung des Konzepts in Bezug auf die kantonale Psychiatrie-Versorgungsplanung bleibt die Modellstation SOMOSA auf der Spitalliste.

2013 Das Ambulatorium der Modellstation SOMOSA wird im Zentrum von Winterthur eröffnet.

Juni 2014 Jubiläumsfest „20 Jahre Modellstation SOMOSA“ im Schloss Hegi in Winterthur.

2015 Eröffnung der neuen Medienwerkstatt als integraler Bestandteil der Tagesstruktur.

November 2015 Die Modellstation SOMOSA organisiert zusammen mit dem Netzwerk Entresol eine Tagung zum Thema „Jugend als Krankheit? Mediale Inszenierungen und adolescentäre Realitäten“.

März 2017 Internationaler Kongress im Seedamm Plaza, Pfäffikon SZ, veranstaltet von Pluspunkt und der Modellstation SOMOSA zum Thema „ADHS – im Brennpunkt der Aufmerksamkeit“.

April 2018 Tag der offenen Tür in der Modellstation SOMOSA zu den neuen Behandlungsangeboten Medialab und Jobassessment 4.0.

JAHRESBERICHTE

1995 - 2017



MODELLSTATION
SOMOSA

Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur
Tel. 052 244 50 00
www.SOMOSA.ch