

**Zeitschrift:** Fachblatt für schweizerisches Heim- und Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers

**Herausgeber:** Verein für Schweizerisches Heim- und Anstaltswesen

**Band:** 44 (1973)

**Heft:** 11

  

**Artikel:** Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischen Mitarbeit in der Heimerziehung von männlichen Jugendlichen

**Autor:** Furger, R.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-806802>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 04.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischen Mitarbeit in der Heimerziehung von männlichen Jugendlichen

## I.

Im Unterschied zum Vorredner bin ich als Psychiater nicht in gleichem Masse befugt, über Heimerziehung zu sprechen. Sinn und Aufgabe der Heimerziehung sind nicht in erster Linie in der Krankheitslehre der Psychiatrie begründet, sondern im Gedankengut der Pädagogik und der die Gesellschaftsordnung wahren und formenden Rechtswissenschaft. Jugendliche Dissozialität entspringt zumeist mangelhaftem Heranwachsen zur Mitmenschlichkeit in ihrem Bezug zur Gesellschaft und ihren Werten und Normen. Wesentliche pädagogische und rechtswissenschaftliche Dimensionen gehen verloren, wenn das Phänomen der jugendlichen Dissozialität vollständig auf einen psychiatrischen Krankheitsbegriff reduziert wird. Die Stellung der Psychiatrie zur Heimerziehung ist damit klar bestimmt: Sie hat sich als blosser Hilfsdisziplin dem Primat der Pädagogik unterzuordnen.

## II.

Bevor ich mich mit den konkreten Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischen Mithilfe in Fragen der Heimerziehung befasse, möchte ich auf die neueren Tendenzen der psychiatrischen Theoriebildung über die jugendliche Verwahrlosung hinweisen.

In der an sich unlösbaren Frage nach dem jeweiligen Gewicht von anlagemässigen und milieubedingten Faktoren haben sich heute die Akzente wieder etwas verschoben. Lange beherrschte unter dem Einfluss der psychoanalytischen Entwicklungslehre vielerorts eine reine Milieutheorie der jugendlichen Dissozialität das Feld. In jüngerer Zeit wird den anlagemässigen Dispositionen bei dissozialem Verhalten wieder mehr Beachtung geschenkt. Zu erwähnen sind beispielsweise die Beachtung biologisch verankerter und oft vererblicher Reifestörungen oder die Beachtung der relativen Häufigkeit diskreter frühkindlicher Hirnschäden.

Unter dem Einfluss des ichpsychologischen Ausbaues der Tiefenpsychologie zeichnet sich heute auch in der Milieutheorie der Verwahrlosung ein Wandel ab. Lange wurde dissoziales Fehlverhalten vor allem unter dem Gesichtspunkt innerer neurotischer Konflikthaftigkeit gesehen, so, um nur zwei Beispiele zu erwähnen, Delinquenz als unbewusste Selbstbestrafung zufolge eines inneren Konfliktes zwischen Gewissen und destruktiven Impulsen, oder Stehlen als symbolische Realisierung eines Liebesanspruches zufolge des inneren Konfliktes zwischen Liebesbedürfnis und inneren Repräsentanzen negativer Erfahrungen. Heute findet die von der Pädagogik schon lange gesehene Tatsache auch in der Psychiatrie wieder mehr Beachtung, dass ungünstige erzieherische Milieuumstände beim Heranwachsenden nicht nur zu inneren Konflikten, sondern auch zu eigentlichen Defekten im Aufbau der psychischen Struktur führen können. Das dissoziale Fehlverhalten ergibt sich dabei nicht in erster

Linie aus innerer Konfliktspannung heraus, sondern aus dem Nichtvorhandensein oder der Schwäche jener psychischen Strukturelemente, die für einen funktionsfähigen Bezug zur sachlichen und mitmenschlichen Umwelt nötig sind, wie emotionales Grundvertrauen, intakte Realitätsprüfung, Durchhaltevermögen, positive innere Bilder als Träger stabiler Beziehungen, genügende Frustrationstoleranz usw.

Diese Tendenzen der psychiatrischen Theoriebildung sind im Zusammenhang mit unserem Thema deshalb von grosser Bedeutung, weil sie Sinn und Notwendigkeit der Heimerziehung auch von der Psychiatrie her gesehen in neuem Licht erscheinen lassen. Wo innere Konflikthaftigkeit vorherrscht, ist mindestens grundsätzlich Auseinandersetzung, Konfliktverarbeitung und Konfliktbewältigung möglich. Psychotherapeutische Prinzipien können zum Zuge kommen. Völlig anders ist die Situation, wenn anlagemässige oder milieubedingterworbene Mangelerscheinungen und Defekte im Aufbau der psychischen Struktur überwiegen. In diesen sehr viel häufigeren Fällen erhält das Erziehungsheim aus psychodynamischer Sicht eine nicht wegzudenkende Bedeutung: Der solchermassen psychisch defiziente Jugendliche ist durch die Ansprüche und Versuchungen des Alltagslebens dauernd überfordert. Weil ihm innerlich die haltgebenden Strukturen fehlen, bedarf er eines haltgebenden und schützenden äusseren Rahmens, eines Rahmens zudem, der durch Gewährleistung von Stabilität und genügender Dauer die Stärkung und den Aufbau der mangelhaft entwickelten und defekten psychischen Funktionen erst ermöglicht. Gesprächsweise Psychotherapie vermag hier wenig, Schutz vor Ueberforderung und langdauernde nacherzieherische Aufbauarbeit hingegen viel.

## III.

Dem Problem der jugendlichen Dissozialität kann, wie bereits angedeutet, nur im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendstrafrechtspflege, Pädagogik und Psychiatrie angemessen begegnet werden. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit darf nicht mit der Urteilsfindung enden, sondern muss während des ganzen Massnahmenvollzuges andauern, dies vor allem auch deshalb, weil während des Massnahmenvollzuges mit vielen Wendungen zu rechnen ist, wie das naturgemäss dem Entwicklungsgeschehen im Jugendalter entspricht.

Eine fruchtbare interdisziplinäre Zusammenarbeit setzt voraus, dass jede Disziplin weiss, was die andere zu leisten vermag und was nicht. Vorausgenommen seien drei Probleme, die sich aus einer Fehleinschätzung der psychiatrischen Möglichkeiten seitens der Jugendstrafrechtspflege oft ergeben:

— Einmal ist die Psychiatrie der Adoleszenz im Vergleich zur Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie

eine junge und noch kaum spezialisierte Wissenschaft. Insbesondere fehlt ihr eine einheitliche Terminologie. Verschiedene Psychiater verwenden für den genau gleichen psychopathologischen Sachverhalt bei einem jugendlichen Delinquenten verschiedene Ausdrücke, wie beispielsweise neurotische Fehlentwicklung, Verwahrlosungsstruktur oder gar Psychopathie, und meinen damit dasselbe.

- Zweitens wird vom Psychiater oft eine Prognose erwartet, so, als sei eine zukünftige lebensgeschichtliche Entwicklung in naturwissenschaftlicher Art und Weise vorausberechenbar. Ganz abgesehen davon, dass bei uns langfristige Verläufe bei jugendlichen Delinquenten noch kaum erforscht wurden, haftet den meisten Prognosen in der Psychiatrie eine nicht unbedenkliche Fragwürdigkeit an. Die menschliche Persönlichkeit ist geschichtlicher Natur. Bekanntlich vermögen nur Propheten Geschichte vor auszusehen. Der weitere Verlauf bei einem jugendlichen Delinquenten hängt nicht nur von seiner inneren seelischen Verfassung ab, sondern ebenso sehr von völlig unvorhersehbaren Umständen, wie beispielsweise der je einmaligen Konstellation der emotionellen Beziehungen zu Betreuern, Gleichaltrigen usw.
- Drittens schliesslich ist der Psychiater fachlich kaum imstande, neben seiner bereits komplexen Materie auch noch das Metier der Berufsberatung zu beherrschen. Berufs- und Ausbildungsprobleme nehmen nun aber in der Nacherziehung bei dissozialen Jugendlichen eine zentrale Stellung ein, und zwar nicht nur in sozialer, sondern auch in psychodynamischer Hinsicht. Eine geeignete Berufswahl vermag in hohem Masse ungenützte und deshalb destruktive seelische Kräfte zu integrieren, die inneren Steuerungsfunktionen zu stärken und Selbstwertprobleme zu lösen. Eine richtige Berufswahl übertrifft an heilender und reifungsfördernder Wirkung oft bei weitem irgendwelche psychotherapeutischen Bemühungen.

#### IV.

Wie kann nun also der Psychiater konkret und im einzelnen bei der Bewältigung jugendstrafrechtlicher Fragestellung mithelfen?

##### A.

Häufig wird der Psychiater zugezogen, wenn es um die Abklärung der zu treffenden Massnahmen, insbesondere um die Frage einer Heimeinweisung geht. Ich denke hier nicht an die Abklärung in einer Beobachtungsstation, sondern an die Abklärung draussen, wenn sich der delinquente Jugendliche auf freiem Fuss oder in der Untersuchungshaft befindet.

Aus zwei Gründen ist eine psychiatrische Untersuchung vor jeder Heimeinweisung erwünscht:

- Erstens geht es um den Ausschluss eindeutiger Kontraindikationen für eine Heimeinweisung. Zwar nicht sehr häufig, aber auch nicht ganz selten sind Delinquenz und Verwahrlosungserscheinungen Ausdruck einer seelischen Krankheit, die nicht eine Heimeinweisung, sondern andere, allenfalls rein ärztliche Massnahmen erfordert. Ich denke dabei etwa an die im Jugendalter oft schwer erkennbaren

beginnenden Schizophrenien, manischdepressiven Erkrankungen und bis dahin nicht diagnostizierten Epilepsien, ferner an akute delinquente Reaktionen auf akute Konfliktsituationen und vorübergehend stürmische Pubertätsverläufe bei psychisch im Grunde gut strukturierten Jugendlichen und schliesslich an Delinquenz als Symptom einer schwer neurotischen Konflikthaftigkeit im Unterschied zu der sehr viel häufigeren eigentlichen Verwahrlosungsstruktur mit Defizienzerscheinungen im Aufbau der Persönlichkeit.

- Zweitens ist der Psychiater aufgrund seiner Ausbildung und seiner Stellung als Arzt oft am ehesten imstande, dem inneren Zusammenhang der lebensgeschichtlichen Entwicklung unter Einbezug der Persönlichkeitsverfassung der Eltern und der Familiendynamik nachzuspüren und in einem Bericht festzuhalten. Ein solches schriftlich niedergelegtes Persönlichkeits- und Familienbild wird im Falle eines Heimeintrittes dem Erzieher eine wertvolle Hilfe bedeuten und den Aufbau der inneren Beziehung des Erziehers zum Zögling fördern.

Niemals aber darf die positive Indikationsstellung für eine Heimeinweisung dem Psychiater allein überlassen werden. Ob es zur Heimeinweisung kommen soll oder nicht, hängt nicht nur von der psychopathologischen Beschaffenheit des delinquenten Jugendlichen ab, sondern ebenso sehr von der Art der zur Verfügung stehenden Heime, von den Berufsausbildungsmöglichkeiten, vom Vorhandensein alternativer, pädagogisch qualifizierter Unterbringungsmöglichkeiten und von dem, was ich pädagogische Ansprechbarkeit nennen möchte.

Es kann dem Psychiater nicht zugemutet werden, die Vielfalt der Heime und ihre Möglichkeiten zu kennen, und es fehlt ihm die berufsberaterische Kompetenz. Bei der Indikationsstellung für eine Heimeinweisung hat die Jugendstrafrechtspflege eine grosse Verantwortung mitzutragen, der sie nur gewachsen ist, wenn sie sich die nötigen Kenntnisse dauernd neu erwirbt, und zwar im Rahmen einer permanenten engen Zusammenarbeit mit den sich in ihrem Charakter und ihren Möglichkeiten stets wandelnden Heimen.

Mit dem Begriff der pädagogischen Ansprechbarkeit und Erziehbarkeit will ich mich hier nicht näher befassen. Es geht um die Frage, inwieweit der verwahrloste Jugendliche imstande ist, sich in eine Heimgruppe einigermassen zu integrieren und zu Erziehern innerhalb nützlicher Frist eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Dies hängt ebenso sehr von den im Heim gegebenen Umständen wie vom Jugendlichen selber ab. Gruppenfähigkeit und affektive Ansprechbarkeit dem Erzieher gegenüber, bezogen auf die von Heim zu Heim verschiedenen Bedingungen, lässt sich in der ärztlichen Sprechzimmersituation nur äusserst ungenügend abschätzen, da die hiezu wichtigste Untersuchungsmethode, nämlich die Verhaltensbeobachtung, nicht zur Verfügung steht. Auch Testuntersuchungen können die direkten Verhaltensbeobachtungen niemals ersetzen, sondern lediglich ergänzen.

Selbst im Idealfall einer engen teammässigen Zusammenarbeit zwischen Psychiater, Jugendstrafrechtler und allenfalls einem Berufsberater sind der ambulanten Abklärung der Indikationsfrage für eine

Heimeinweisung Grenzen gesetzt, Grenzen, die es oft nahelegen, die Abklärung unter den sehr viel günstigeren Bedingungen einer stationären pädagogisch-psychiatrischen Beobachtungen durchzuführen.

## B.

Neben dem Abklärungsauftrag stellt die Jugendstrafrechtspflege dem Psychiater oft noch eine völlig andere Frage: Inwiefern kann die Psychiatrie selber eine Alternative zur Heimeinweisung anbieten und in der Betreuung und Behandlung nicht heimeingewiesener dissozialer Jugendlicher mithelfen?

In den seltenen Fällen, wo sich hinter der Delinquenz eine eigentliche seelische Krankheit verbirgt, wie beispielsweise eine beginnende Schizophrenie, ist gelegentlich ein ambulanter psychiatrischer Behandlungsversuch durchaus angezeigt.

Ueberaus häufig erhofft sich nun aber die Jugendstrafrechtspflege viel zuviel von einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung delinquenter Jugendlicher, bei denen eine eigentliche Verwahrlosung mit den entsprechenden psychischen Defizienzerscheinungen vorliegt. Wunschdenken und Wirklichkeit klaffen hier aus einer krassen Ueberschätzung der psychotherapeutischen Möglichkeiten auseinander.

Psychotherapie im strengen eigentlichen Sinne setzt beim Patienten vieles voraus, nämlich genügend gereiftes Reflexionsvermögen, genügend ausgebildete Kräfte des Ichs zur Ermöglichung der Auseinandersetzung mit sich selbst, die Fähigkeit, zum Therapeuten eine genügend stabile Beziehung einzugehen und aufrechtzuerhalten, und schliesslich eine genügend hohe Frustrationstoleranz zum Aushalten der während des therapeutischen Prozesses notwendigerweise auftretenden Ängste und Unlustgefühle. Gerade der milieugeschädigte verwahrloste Jugendliche ist solchen Anforderungen bei weitem nicht gewachsen. Eine gewisse Bedeutung hat das Miteinbeziehen psychotherapeutischer Ansatzpunkte einzig im Heim selber, wo der vorhandene äussere Rahmen die fehlenden inneren Voraussetzungen zur psychotherapeutischen Arbeit teilweise ersetzen kann.

Damit, dass wir bei Verwahrlosten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in der Regel für aussichtslos erachten, ist bei weitem nicht gesagt, dass jeder milieugeschädigte verwahrloste Jugendliche in ein Heim gehört. Selbstverständlich kann im Rahmen einer offenen, ambulanten pädagogischen Führung und Betreuung viel geleistet werden. Eine solche ambulante Nacherziehung gehört in die Hände von Sozialarbeitern und Pädagogen und soll nicht dem Psychiater zugeschoben werden, der weder pädagogisch ausgebildet ist noch aus seiner Berufssituation heraus pädagogisch genügend aktiv werden kann.

Bei der offenen Nacherziehung schwieriger Jugendlicher kann der Psychiater hingegen indirekt mithelfen. Dem die nacherzieherische Betreuung führenden Sozialarbeiter oder Pädagogen stellen sich immer wieder Fragen, auf die er sich mit Recht eine Antwort vom tiefenpsychologisch geschulten Psychiater erhofft. Regelmässige Fallbesprechungen mit einem Psychiater können hier eine echte Hilfe bedeuten. Eine andere Möglichkeit der Mithilfe des Psychiaters ist die psychotherapeutische Behandlung der Eltern eines

jugendlichen Verwahrlosten, der weiterhin zu Hause lebt. Dies wäre an sich immer indiziert, ist doch der innerlich labile Verwahrloste in besonderem Masse eine Funktion der Familiendynamik. Zudem ist die neurotische Verfassung der Eltern bzw. deren Ehe oft die eigentliche Ursache der Verwahrlosung ihrer Kinder. Selbstverständlich sind nur wenige solcher Eltern willens und fähig, sich auf eine Ehe-therapie bzw. eine Einzelpsychotherapie einzulassen. Immerhin sollte diese Frage jeweils erwogen werden.

Noch nicht erwähnt haben wir jene kleine Gruppe delinquenter Jugendlicher, bei der nun tatsächlich ein ambulanter ärztlich-psychotherapeutischer Behandlungsversuch angezeigt ist. Wir denken einmal an jene Jugendliche, die aus einer aktuellen äusseren Konfliktsituation oder aus einer Adoleszentenkrise heraus delinquentiert haben, ohne in ihrer Persönlichkeitsstruktur Verwahrlosungszeichen zu haben. Ferner denken wir an Jugendliche, die aus einer rein neurotischen inneren Konflikthaftigkeit delinquentierten, dabei aber ebenfalls über einen gut ausgebildeten inneren Halt und eine profilierte psychische Struktur verfügen.

Eine Alternative zur Heimeinweisung stellt die Hospitalisierung des delinquenten Jugendlichen in einer psychiatrischen Klinik dar. An diese Möglichkeit wird von der Jugendstrafrechtspflege nicht so selten gedacht. Die Hauptbeweggründe hiefür sind Skepsis den institutionellen Erziehungseinrichtungen gegenüber, oft kaum lösbare Plazierungsprobleme in akuten Situationen oder bei Delinquenten, die mindestens für einige Zeit geschlossen untergebracht werden sollten, und schliesslich nicht selten Fehleinschätzungen der klinisch-psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten von verwahrlosten Jugendlichen.

Die Hospitalisierung delinquenter Jugendlicher in einer psychiatrischen Klinik ist grundsätzlich keine gute Lösung. Wie überall gibt es auch hier Ausnahmen von der Regel. Die psychiatrische Klinik vermag praktisch nichts von dem anzubieten, was für einen solchen Jugendlichen bedeutsam ist, nämlich erzieherisches Fordern und Fördern, angemessene Berufsberatung, erzieherisch wirksamer Arbeitseinsatz und die Wirkung der Gruppendynamik im Zusammensein mit Gleichaltrigen. Die klinisch-therapeutischen Aktivitäten sind auf psychisch Schwerkranke zugeschnitten und nicht auf erziehungsbedürftige Jugendliche. Der klinisch-psychiatrischen Behandlung solcher Jugendlicher wohnt ein nicht zu übersehender Verwöhnungseffekt inne, der den Jugendlichen vielleicht vorübergehend traktabler erscheinen lässt, ohne dass dem eine echte Festigung der Persönlichkeit zugrunde liegt.

Die Aufnahme eines verwahrlosten Jugendlichen bedeutet zudem eine kaum zu verantwortende Belastung für die Klinik selber. Um solche Jugendliche herum herrscht in der Klinik dauernd ein Wirbel, verursacht durch deren Ansprüchlichkeit und Disziplinlosigkeit. Darunter haben die vorwiegend viel älteren gemüts- und geisteskranken Mitpatienten sehr zu leiden. Unter dem pädagogisch nicht geschulten Pflegepersonal kommt Verbitterung auf, die sich gegen die betreffenden Jugendlichen wendet.

Es kann mit Sicherheit vorausgesehen werden, dass modern geführte psychiatrische Kliniken sich immer häufiger weigern werden, verwahrloste schwierige Ju-

gendliche aufzunehmen. Die Jugendstrafrechtspflege muss deshalb selber dafür besorgt sein, dass Möglichkeiten für die stationäre Abklärung und für den Massnahmenvollzug in geschlossenen Erziehungsinstitutionen geschaffen werden.

C.

Schliesslich möchte ich noch einige Bemerkungen zu den Möglichkeiten der Mitarbeit des Psychiaters im Erziehungsheim selber anbringen.

In unseren deutschschweizerischen Erziehungsheimen ist die volle Integration von psychiatrisch-psychotherapeutischen Diensten nur ganz vereinzelt oder vielleicht überhaupt noch nirgends ganz gelungen. Die äusseren Schwierigkeiten liegen auf der Hand: Einem Erziehungsheim ist wenig gedient, wenn rasch wechselnde Assistenzärzte einer psychiatrischen Klinik oder Poliklinik diesen Dienst versehen. Die teilweise, aber zeitlich genügend bemessene Anstellung eines Psychiaters in frei erwerbstätiger Praxis ist finanziell aufwendig. Ebenso gross sind die innern Schwierigkeiten. Hinter dem Wunsch des Heimleiters und der Erzieher nach einem psychiatrischen Dienst steckt oft eher ein Alibi-bedarf als echte Bereitschaft zur Teambildung, dies teilweise sogar zu Recht, denn noch gibt es keine wirklich brauchbaren Modelle einer sinnvollen Rollenverteilung zwischen Psychiater und Erzieher im Heim.

Mit aller Entschiedenheit gilt es, den auch in Kreisen der Jugendstrafrechtspflege gelegentlich anzutreffenden Vorstellungen entgegenzutreten, Aufgabe des Psychiaters im Erziehungsheim sei es, die Zöglinge einzeln psychotherapeutisch zu behandeln, während die Erzieher vor allem für Ordnung zu sorgen hätten. Sinn und Existenzberechtigung des Erziehungsheimes steht und fällt mit der Qualität der Erzieherpersönlichkeit und seiner Beziehung zum Zögling. Diese Beziehung ist Kernstück jedes echten Erziehungsprozesses. Der direkte therapeutische Einsatz von beigezogenen Spezialisten in der Arbeit mit dem Zögling läuft einer solchen Zielsetzung entgegen und mindert die Beziehungsintensität zwischen Zögling und Erzieher.

Hauptaufgabe des Psychiaters im Heim muss es deshalb sein, die zentrale Stellung des Erziehers zu stärken, sein Wissen und Können zu mehren und seine Selbstreflexion zu vertiefen, und zwar nicht zuletzt mit dem Ziel, dem Heimerzieher zu grösserer beruflicher Befriedigung und zu grösserem Ansehen zu verhelfen.

Der Psychiater im Heim wird deshalb in erster Linie Berater der Erzieher sein, wobei diese Beratungstätigkeit am ehesten im Rahmen regelmässiger Teambesprechungen stattfindet. Diese Beratung wird sich vor allem auf 5 Aufgabenbereiche des Erziehers erstrecken, nämlich

- erstens die Aufgabe, die innere Verfassung und die oft unverständlichen Verhaltensweisen der Zöglinge stets neu im Sinne diagnostischen Erkennens ins Auge zu fassen,
- zweitens die Aufgabe, Erziehungspläne aufzustellen und stets neu zu evaluieren,
- drittens die Aufgabe des Erziehers, mit den Zöglingen Einzelgespräche zu führen, die streckenweise psychotherapeutischen Charakter annehmen sollten,

— viertens die Aufgabe des Erziehers zur Einflussnahme auf die Gruppendynamik und zur Leitung von Gruppengesprächen

— und fünftens die Aufgabe des Erziehers, sich selbst und die eigenen Reaktionen auf das Verhalten der Zöglinge und auf Spannungen im Team stets besser kennenzulernen.

Selbstverständlich kann der Psychiater diese Beratungstätigkeit nur dann wirksam erfüllen, wenn er jeden einzelnen Zögling aufgrund einer eingehenden Eintrittsuntersuchung und aufgrund gelegentlicher späterer Gespräche kennt. Der Erzieher wird auch froh sein, wenn sich der Psychiater in einer kritischen Phase eines einzelnen Zöglings aktiv annimmt. Niemals aber sollte die direkte Arbeit des Psychiaters mit dem Zögling im Heim so weit gehen, dass der Zögling Gelegenheit hat, von der ihm unbequemen, weil ihn fordernden Beziehung zum Erzieher auf die Beziehung zum Psychiater auszuweichen.

Ich hoffe, es sei mir in diesem Ueberblick einigermaßen gelungen, die Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischen Mithilfe im Vorfeld der Heimeinweisung und in der Heimerziehung selber aufzuzeigen und ihre Beziehung zur Pädagogik und zur Jugendstrafrechtspflege zu klären.

R. Furger  
(Owald)

## Heimerziehung – Heimplanung

### Bericht über eine Ausstellung in Darmstadt

#### Motto:

1. Konzeption für Heimerziehung erfordert Nachdenken über Gesellschaft und Jugendhilfe
2. Funktionsplanung der Heime fordert Nachdenken über Konzepte der Heimerziehung
3. Heime planen und bauen fordert Nachdenken über Funktion und Organisation der Heime

Kann man über Heimerziehung eine Ausstellung machen? Eignet sich das Thema, finden sich Besucher? In Darmstadt hat man den Versuch gewagt. Veranlasst vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, stellte die Internationale Gesellschaft für Heimerziehung (Sektion Deutschland), in Verbindung mit weiteren Fachverbänden, eine Ausstellung zusammen, mit dem Titel: «Heimerziehung—Heimplanung» (Dauer: 6. bis 19. Oktober 1973). Ueber den Erfolg waren selbst die Veranstalter überrascht: Die Ausstellung konnte täglich fünf- bis sechshundert Besucher verzeichnen (vorwiegend Fachleute).

Die Ausstellung ist in drei Teile gegliedert. Bei zunehmender Intensität des Materials kommt der Besucher von den Problemen der Jugendhilfe (1) über den gesellschaftlichen Zusammenhang der Heimerziehung (2) zum eigentlichen Kern der Ausstellung, der Heimplanung und der räumlichen Bezugssysteme (3).

Der erste Teil beginnt mit der Frage: «Warum sind die Nachkommen der Indianer Indianer?» Die Antwort findet man in den Sozialisationsbedingungen, was so dargestellt wird, dass ein Indianer die gleichen Kultur-normen im Bauch hat (in Form beschriebener Käst-