

# **Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug**

## **Herausforderungen für die Behindertenhilfe**

**DOKUMENTATION DER FACHTAGUNG  
VOM 6. UND 7. DEZEMBER 2012  
IN BERLIN**



**DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (HRSG.)**

**MENSCHEN  
MIT GEISTIGER BEHINDERUNG  
IM MASSREGELVOLLZUG**

**HERAUSFORDERUNGEN  
FÜR DIE BEHINDERTENHILFE**

**DOKUMENTATION  
DER FACHTAGUNG  
VOM 6. UND 7. DEZEMBER 2012  
IN BERLIN**

**■ IMPRESSUM**

---

HRSG.: DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT E.V. (DHG)  
REDAKTIONELLE BEARBEITUNG: CHRISTIAN BRADL  
EIGENVERLAG DHG  
DRUCK: RURTEC DÜREN  
© DHG 2013, BERLIN / JÜLICH 2013

**DHG-GESCHÄFTSSTELLE:**

AM SCHULZENTRUM 9-11, 52428 JÜLICH  
WWW.DHG-KONTAKT.DE  
[MAIL@DHG-KONTAKT.DE](mailto:MAIL@DHG-KONTAKT.DE)



# Inhalt

|               |   |
|---------------|---|
| Vorwort ..... | 7 |
|---------------|---|

## ■ GRUSSWORTE

|   |    |
|---|----|
| MICHAEL SEIDEL, DGSGGB .....                                  | 9  |
| REINALD PURMANN, Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin ..... | 11 |

## ■ REFERATE

|  |    |
|--|----|
| ERIK WEBER: Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug –<br>Herausforderung für die Behindertenhilfe.....                                 | 13 |
| KNUT HOFFMANN: Delinquenz und geistige Behinderung im Spannungsfeld<br>zwischen Recht und Hilfe .....  | 25 |
| OLIVER KESTEL: Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug –<br>Juristische Aspekte zu Prävention, Vollzug und Nachsorge .....             | 33 |
| BEATE EUSTERSCHULTE: Geistig behinderte Straftäter im Maßregelvollzug -<br>Diagnostik, Behandlung und Entlassung .....                               | 37 |
| ERNST WÜLLENWEBER: Kriminalität und Delinquenz bei Menschen<br>mit geistiger Behinderung - Formen, Rechtslage, Denk- und Handlungsmuster .....       | 44 |
| WOLFGANG BÖMMEL: Nachsorge durch Einrichtungen und Dienste<br>der Behindertenhilfe für Menschen mit geistiger Behinderung nach Maßregelvollzug ..... | 52 |
| ANTJE WELKE: Die Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention<br>auf den Maßregelvollzug bei Menschen mit geistiger Behinderung .....             | 58 |
| GERD HOEHNER: Inklusion – auch für Menschen mit geistiger Behinderung<br>im Maßregelvollzug? .....   | 62 |
| ERIK WEBER: Handlungsbedarfe und Empfehlungen aus der Expertise der DHG .....  | 67 |

## ■ AUS DEN ARBEITSFOREN

|   |     |
|---|-----|
| BEATE EUSTERSCHULTE, WERNER THIELEMANN (Forum 1)<br>Organisationen und Strukturen in der Reintegration intelligenzgeminderter<br>Straftäter: Perspektiven der Kooperation ..... | 77  |
| DIETMAR PFAFF (Forum 2)<br>Emotionale Entwicklung, reflexives Selbst und Deliktprävention .....   | 86  |
| XAVIER MOONEN (Forum 3)<br>Therapeutische Zugänge für Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung<br>in problematischen Lebenslagen .....                                 | 92  |
| JÜRGEN KNAPHEIDE (Forum 4)<br>Förderung soziomoralischer Kompetenz als Voraussetzung<br>psychotherapeutischer Behandlung .....  | 103 |

# Inhalt

|   |     |
|---|-----|
| JOSEF BERG, KATHRIN BÖHLING (Forum 5)<br>Straffällige Menschen mit geistiger Behinderung in der Forensischen<br>Überleitungs- und Nachsorgeambulanz .....   | 127 |
| KLAUS SAWITZKI (Forum 6)<br>Komplementärversorgung forensischer Klientel in stationären Einrichtungen<br>der Behindertenhilfe – Chancen und Grenzen an Beispielen aus der Praxis .....  | 134 |
| MARKUS KELLMANN, INA HENSELL-SCHLOMANN, REGINA LUFT (Forum 7)<br>Wohnperspektiven für beurlaubte oder entlassene Maßregelvollzugpatienten<br>mit psychischer und geistiger Behinderung .....  | 147 |
| ELLEN FRANZ, ACHIM RICHTER (Forum 8)<br>Regina hat Glück gehabt – eine abenteuerliche Reise aus dem Maßregelvollzug<br>in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel .....   | 148 |
| STEPHAN BUSCHKÄMPER, DIETMAR STRUCK, KONRAD PETER (Forum 9)<br>Beurlaubung und Entlassung in ein geschlossenes Betreuungssetting:<br>(K)ein Gewinn an Lebensqualität?! .....  | 165 |
| ERNST WÜLLENWEBER (Forum 10)<br>Delinquenz und Kriminalität in Einrichtungen der Behindertenhilfe -<br>Formen, Ursachen, Herausforderungen, Prävention im Kontext geistige Behinderung .  | 177 |
| TATJANA VOSS (Forum 11)<br>Ambulante Nachsorge von Sexualstraftätern mit einer Intelligenzminderung .....   | 178 |
| USCHI BRANDS, DORIS WANDKE (Forum 12)<br>Tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung aus dem<br>Maßregelvollzug in einer Einrichtung der Behindertenhilfe – Erfahrungen<br>aus dem Paulo-Freire-Haus Viersen ..... | 187 |
| BRUNO REINKE (Forum 13)<br>Forensische Nachsorge aus der Sicht einer komplementären Einrichtung .....   | 188 |
| ANNETTE HELBIG, DORIT MECHLING (Forum 14)<br>Chancen und Grenzen präventiver Maßnahmen in der Unterstützung<br>gewaltbereiter junger Erwachsener am Beispiel eines Berliner Wohnverbundes .....   | 191 |
| JACQUELINE BOULTWOOD (Forum 15)<br>"Ich sage jetzt Bescheid, wenn ich ein Problem habe" - Forensische Nachsorge<br>am Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde. Ein Fallbeispiel .....   | 192 |
| ■ <b>ABSCHLUSS-DISKUSSION</b> .....   | 199 |
| ■ <b>NACHLESE</b> .....   | 210 |

## Vorwort

Im Rahmen der Mitgliederversammlung der DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT 2009 in Heidelberg regten mehrere Teilnehmer an, die Lage der Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug verbandsintern und in der Fachöffentlichkeit zu thematisieren. Es gehe zumeist um Menschen mit eher leichter geistiger Behinderung, im Maßregelvollzug vielfach auch als „intellektuell mindergehabt“ oder „mental beeinträchtigt“ bezeichnet, die sich aufgrund einer Straftat mit dem Status der „Schuldunfähigkeit“ in forensischen Einrichtungen befinden. Es sei ein nicht akzeptabler Missstand, dass gerade diese Menschen mit höchsten Verweildauern, oft lebenslang in forensischen Einrichtungen untergebracht seien. In der Behindertenhilfe gebe es bislang wenig praktische Erfahrungen, fachliche Konzepte und institutionelle Hilfen, außerdem viele Ängste und Abwehrhaltungen. Es gehöre zur guten Tradition der DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT, sich der Interessen von Menschen mit geistiger Behinderung, die keiner haben will, anzunehmen und nach geeigneten multiprofessionellen Hilfenkonzepten bei komplexen psychosozialen Lebenslagen zu fragen.

In der Tat wird das Thema in der Fachöffentlichkeit im Schnittfeld von forensischer Psychiatrie, Justiz und Behindertenhilfe bis heute wenig beachtet. Bei den forensischen Fachtagungen spielte es allenfalls eine marginale Rolle. In der Behindertenhilfe entwickelten sich zwar die fachlichen Konzepte und Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten in den letzten Jahren deutlich weiter; wenig Beachtung erfährt aber der Aspekt Delinquenz und die Konzeption entsprechender Angebote.

Zwei Arbeitstagungen der Deutschen Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) beschäftigten sich in den Jahren 2000 und 2009 mit Delinquenz und geistiger Behinderung<sup>1</sup>. Die 17. Dresdner forensische Frühjahrstagung widmete sich 2012 der „Psychopathologie und forensische Relevanz der geistigen Behinderung“<sup>2</sup>.

Um mit der DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT den fachlichen Diskurs anzustoßen, luden wir im Juni 2010 in Kooperation mit der Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina/Gießen zu einem Fachgespräch „Perspektiven für strafrechtlich verurteilte Menschen mit geistiger Behinderung.“ Hier ging es vor allem um die Fragen: Wie geraten Menschen mit geistiger Behinderung in die Forensik? Mit welchen Biografien und Delikten? Wo versagt die Behindertenhilfe? Was sind die aktuellen Hilfenkonzepte innerhalb der Forensik? Wie steht es um Lebensbedingungen und Wohnsituation, um therapeutische oder heilpädagogische Konzepte, um Arbeit bzw. Tagesstruktur, um Freizeit und soziale Kontakte? Gibt es eine Perspektive der Wiedereingliederung der oft langfristig oder dauerhaft untergebrachten Menschen? Unter welchen Rahmenbedingungen? Mit welcher Unterstützung? Wo gibt es Kooperation mit der Behindertenhilfe?<sup>3</sup>

Weiterhin beauftragten wir im gleichen Jahr Prof. Erik Weber mit einer Expertise, um über Literaturanalyse und Fachgespräche den Personenkreis mit den entsprechenden Hilfenbedarfen und die Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs näher zu beschreiben, um die we-

---

<sup>1</sup> [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)

<sup>2</sup> [www.forensik-dresden.de](http://www.forensik-dresden.de)

<sup>3</sup> Dokumentation: [www.dhg-kontakt.de/tagungen](http://www.dhg-kontakt.de/tagungen)

sentlichen Problemfelder zu benennen sowie Handlungsfelder und Empfehlungen zu formulieren. Die Expertise liegt inzwischen im Rahmen der DHG-Schriftenreihe vor<sup>4</sup>.

Im Dezember 2012 stellten wir schließlich unsere DHG-Jahrestagung in Berlin unter das Thema: Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Zu dieser Fachtagung konnte die DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT über 200 Teilnehmer begrüßen, die sich gemeinsam mit Referenten bei Plenumsvorträgen und in Arbeitsforen über ganz unterschiedliche Erfahrungen und Probleme in diesem Themenfeld austauschten.

Die Dokumentation dieser Fachtagung legen wir Ihnen mit dieser DHG-Schrift nun vor. Wir bedanken uns recht herzlich bei allen Referentinnen und Referenten sowie bei den Moderatorinnen und Moderatoren für ihre Beiträge und Materialien in den 15 Arbeitsforen.

Die große Resonanz auf unsere Bearbeitung der Thematik aus verschiedenen Disziplinen und die menschenrechtliche Brisanz der hohen Verweildauer forensisch untergebrachter Menschen mit geistiger Behinderung<sup>5</sup> ermutigt und drängt uns in der DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT, mit anderen Verbänden und Experten, mit Einrichtungen des Maßregelvollzugs und mit Diensten der Eingliederungshilfe an Reformkonzepten zu arbeiten.

**Juni 2013**  
**Dr. Christian Bradl**  
**DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT**  
**[www.dhg-kontakt.de](http://www.dhg-kontakt.de)**

---

<sup>4</sup> DHG-Schrift Nr. 17 (2012)

---

<sup>5</sup> Vgl. Antje Welke, Rechtsdienst der Lebenshilfe 1/2013

## Grußworte

### **Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)**

**Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld**

Liebe Frau Seifert, sehr geehrte Damen und Herren,

zuerst darf ich mich namens des Vorstandes der DGSGB, der Deutschen Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, herzlich für die freundliche Einladung zu einem Grußwort bedanken. Wir verstehen die Einladung des DHG-Vorstandes als ein freundliches Zeichen der besonderen Verbundenheit unserer beiden Gesellschaften bei mancher Verschiedenheit. Aber auch im Programm Ihrer interessanten Veranstaltung heute und morgen kommt die Verbundenheit zum Ausdruck. Und mit Dr. Knut Hoffmann haben Sie ein Vorstandsmitglied der DGSGB als Referenten gewonnen. Das freut uns sehr.

Die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung sind auf jeden Fall verbunden im Interesse an und im Engagement für Menschen mit besonderem Hilfebedarf. Während für die DGSGB die Fokussierung auf das Thema psychische Gesundheit sozusagen programmatisch ist, hat die DHG ein breiteres Themenspektrum. Ich zitiere aus dem Einführungstext Ihres Falblattes für die heutige Tagung: „Seit jeher thematisiert die DHG Fragen nach geeigneten Hilfskonzepten für Menschen mit geistiger Behinderung mit speziellen Hilfebedarfen, insbesondere auch im Schnittfeld von Psychiatrie und Behindertenhilfe“.

So verwundert es nicht, dass es eine thematische Schnittmenge unserer beider Gesellschaften in der Auseinandersetzung mit dem Thema straffällig gewordener Menschen mit geistiger Behinderung gibt. Ihre diesjährige Fachtagung spricht das Thema in großer Breite und Tiefe an, vor allem auch im Hinblick auf die Anschlussperspektive für die betroffenen Menschen in der Behindertenhilfe.

Unsere eigenen früheren DGSGB-Arbeitstagungen „Delinquentes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung – eine interdisziplinäre Herausforderung“ im Jahre 2000 und „Delinquenz und geistige Behinderung im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe“ – allerdings als Eintagesveranstaltung deutlich kürzer angelegt – sprachen das Thema ebenfalls schon an.

Im Hinblick auf straffällig gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung drängen sich mehrere Fragen oder Fragenkomplexe auf:

- 1) Was können die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Verhinderung von Delinquenz, also zur Prävention von Straffälligkeit, tun? Wie müssen sie darauf im Hinblick z. B. auf Konzepte, Personal und Kooperationsstrukturen ausgestattet sein?
- 2) Was kann und muss unter den Bedingungen des Maßregelvollzuges im Sinne der Behandlung der geistig behinderten Straftäter geleistet werden?
- 3) Worin besteht der Beitrag der Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe hinsichtlich der Unterstützung von Menschen mit geistiger Be-

hinderung nach Ablauf des Aufenthaltes im Maßregelvollzug?

- 4) Wie muss die Zusammenarbeit von Maßregelvollzug und Behindertenhilfe beschaffen sein, um eine möglichst frühe Entlassung oder Beurlaubung von geistig behinderten Straftätern aus dem Maßregelvollzug einerseits, eine erfolgreiche anschließende soziale Reintegration andererseits zu ermöglichen?
- 5) Wie muss die Behindertenhilfe konzeptionell, personell, fachlich auf diese Aufgabe der nachsorgenden Reintegration in die normalen sozialen Bezüge vorbereitet sein?

Lassen Sie mich bitte noch einen konkreten fachlichen Aspekt herausheben:

Menschen mit schwereren geistigen Behinderungen haben nicht nur verminderte kognitive Voraussetzungen, vielmehr liegen bei ihnen in der Regel erhebliche Rückstände der sozio-emotionalen Reifung vor. Die angesprochenen Reifungsdefizite so gut wie möglich zu vermindern oder – um es anders auszudrücken – eine emotionale Nachreifung zu fördern so weit es irgend geht, verlangt eine Reihe von Voraussetzungen. Es geht um eine interdisziplinär realisierte Diagnostik des sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus, ihrer entwicklungsbezogenen Bedürfnisse, um das umfassende Assessment der Defizite und Kompetenzen der Person, um ein darauf aufbauendes interdisziplinäres Interventionsprogramm mit einer differenzierten Hierarchie von Zielen und Maßnahmen usw. Dabei kommt der Gestaltung einer entwicklungsförderlichen sozialen und physischen Umwelt eine zentrale Bedeutung zu. Gerade im Hinblick auf Menschen mit schweren geistigen Behinderungen und deren Bedarf, in ihrer emotionalen Entwicklung und sozialen Kompetenz gefördert zu werden, stellen sich kritische Fragen an die derzeitigen Bedingungen im Maßregelvollzug. Anders ausgedrückt: Ist denn überhaupt der Maßregelvollzug

der geeignete Ort für straffällig gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung? Könnten Teile des Auftrages des Maßregelvollzuges, nämlich Besserung und Sicherung, im Rahmen der Behindertenhilfe besser geleistet werden? Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten, hat sie doch eine Reihe rechtlicher Implikationen. Bislang sieht das Gesetz, nämlich der einschlägige § 63 StGB, eine Unterbringung in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht vor.

Gemäß dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz könnte auf eine Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB durchaus auch verzichtet werden, wenn anderweit sichergestellt werden könnte, dass der Gefahr wiederholter Straftaten wirkungsvoll begegnet werden kann. Dann müssten aber die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe mit weitreichenden Befugnissen ausgestattet und mit oft noch sehr ungewohnten Aufgaben beauftragt werden.

Es ist nicht zu erwarten, dass sich Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe um solche Aufgaben reißen werden, wenn man der Tatsache ins Auge sieht, dass manche Einrichtungen sogar umstandslos – und meines Erachtens rechtswidrig – Heimverträge kündigen, wenn Menschen mit Behinderung durch ihr Verhalten in der Einrichtung oder den notwendigen Aufwand ihrer Begleitung „den Rahmen sprengen“. Auf die Frage, welche Aufgabe hier die Leistungsträger sowohl inhaltlich als auch finanziell zu übernehmen hätten, will ich gar nicht erst eingehen.

So gibt es wohl im Augenblick nur die Möglichkeit, innerhalb des Maßregelvollzuges die fachliche Spezialisierung für geistig behinderte Straftäter zu entwickeln bzw. schon vorhandene Ansätze weiterzuentwickeln. Diese Aussage möchte ich nicht im Widerspruch zu der Forderung sehen, dass sich die Behindertenhilfe für eine möglichst frühe Nachsorge in Anspruch nehmen lassen muss.

Das Programm Ihrer Fachtagung legt auf dieses Gebiet ihren Schwerpunkt. Ihr Programm belegt auch die Erkenntnis, dass die dringend notwendigen Entwicklungen nur im Austausch und in der systematischen Kooperation mit der forensischen Psychiatrie voranzubringen sein wird. Vom Austausch und von der Kooperation profitieren beide Seiten, die Behindertenhilfe und die Psychiatrie – vor allem aber die straffällig gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung.

Darum wünsche ich Ihrer Fachtagung und vor allem denen, die sich mit neuen oder gefestigten Erkenntnissen auf den Weg machen wollen, viel Erfolg.

Vielen Dank.

- **Prof. Dr. Michael Seidel**  
**Vorsitzender DGSGB**  
**Bielefeld**  
**[www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)**

## **Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin**

**Reinald Purmann, Berlin**

Sehr geehrte Vorstände der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft,  
Sehr verehrte Frau Dr. Seifert, sehr geehrte Damen und Herren,

Im Namen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin möchte ich mich bei der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft dafür bedanken, dass sie sich eines sehr schwierigen und konfliktträchtigen, fast tabuisierten Themas offensiv annehmen.

Im Zeitalter der Menschenrechts-Diskussion, ausgelöst durch die UN-Behindertenrechtskonvention ist es vielleicht naheliegend, an Georg Wilhelm Friedrich Hegels „Philosophie des Rechtes“ anzuknüpfen. Das ist der Text, in dessen Vorwort das „Wahre“ zum „Wirklichen“ und dieses zum „Vernünftigen“ erklärt wird.

In seiner Philosophie des Rechts bemerkt Hegel, dass *„der Verbrecher ein Recht auf seine Strafe hat, denn darin (in der Strafe) wird der Verbrecher als vernünftiges Wesen geehrt.“* (Philosophie des Rechtes, § 100). Die Freiheit des Einzelnen liegt darin, anzuerkennen, dass die Gesetze als Ausdruck des allgemeinen Willens die Voraussetzung der eigenen Freiheit sind. Die Strafe hat das positive Ziel, dem Gesetzesbrecher die Möglichkeit zu geben, seinen individuellen Willen in freier Einsicht im Allgemeinen, d. h. in Gesetzen niedergelegten Willen aufgehen zu lassen. D. h. der Gesetzesbrecher ist Mitglied der Gesellschaft, der durch die Strafe zur allgemeinen Einsicht gelangen soll.

Hegel kam dann zu der Unterscheidung, dass es Personen gibt, die in diesem Sinne nicht oder noch nicht schuldig sind, da die notwendige Einsichtsmöglichkeit nicht gegeben ist, die nur ihrer

unmittelbaren Natürlichkeit folgen, d. h. Personen die vom (Zitat Hegel) „*ewig-währenden Prozess aus Moralität und Sittlichkeit*“ ausgeschlossen sind und die damit aus der Teilhabe an der Gesellschaft ausgegrenzt werden, zu der sie als Rechtssubjekte nicht mehr gehören. Zitat Hegel: „*Der natürliche Wille ist ... Gewalt gegen die ... Idee der Freiheit, welche gegen solchen ungebildeten Willen in Schutz zu nehmen und in ihm zur Geltung zu bringen ist.*“

Hegel spricht dann von einem „*pädagogischen Zwang*“, den man wohl auch heute durch subtilere therapeutische Maßnahmen ergänzen könnte. (Philosophie des Rechts § 93) - Daraus differenziert sich dann die Unterscheidung von „*natürlichem*“ und „*freiem*“ Willen, eine Diskussion, die uns heute bei den z. T. bedrückenden Diskussionen im Rahmen des Betreuungsgesetzes wieder begegnet.

Wenn eine Person kein Rechtssubjekt mehr ist, dem die Buße den Weg zurück eröffnet, ist sie als Patient in einer asymmetrischen Situation als Objekt von Behandlungen.

Für diese Personen, die im Sinne Hegels nur „*natürliche*“, nicht gesellschaftliche Subjekte sind, hat der Gesetzgeber die §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch geschaffen, in denen der Umgang mit der Personengruppe, - ihre Besserung und zugleich Sicherung - die als „*schuldunfähig*“ - zeitweise oder vollständig - angesehen werden, geregelt wird.

In einer der bedeutendsten Zeitungen der Republik wurde dieser „63er“-Paragraph kürzlich als der „*dunkle Ort des Rechtes*“ bezeichnet und geschrieben, dass es keinen zweiten Bereich in der Justiz gibt, in dem dermaßen viel „*im Argen*“ liegt.

Die Anzahl derer, die in die Psychiatrie geschickt werden, hat sich binnen der letzten 20 Jahre mehr als verdoppelt, mehr als 10.000 Menschen sitzen heute

in der Psychiatrie oder in einer Entziehungsanstalt, jeder Zehnte von ihnen lebenslang, viele aufgrund zweifelhafter Gutachten.

Dies hat zu tun mit den gestiegenen, z. T. medial inszenierten und aufgeladenen Sicherheitserwartungen der Gesellschaft. - Auf den Gutachtern lastet ein erheblicher Druck, im Zweifelsfall gegen den Menschen und dessen Freiheitsanspruch zu entscheiden. Dieser Druck ist sicher bei den Menschen, um die es in dieser Fachtagung heute und morgen geht, besonders groß.

Der rechtliche Auftrag der Besserung und Sicherung dieses Personenkreises bedarf eines vertieften Kommentars aus der Sicht der Fachprofession, gerade im Hinblick auf die Gruppe von Menschen mit Behinderungen, so dass wir auf die Ergebnisse Ihrer Tagung sehr gespannt sind.

Wir wünschen Ihrer Tagung einen guten Verlauf!

■ **Reinald Purmann**  
**Deutscher Paritätischer**  
**Wohlfahrtsverband,**  
**Landesverband Berlin**  
**[www.paritaet-berlin.de](http://www.paritaet-berlin.de)**

## **Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug – Herausforderung für die Behindertenhilfe**

**Prof. Dr. Erik Weber, Ev. Hochschule Darmstadt**

Ich möchte mich bei den Mitgliedern der DHG und meinen Kolleginnen und Kollegen aus dem Vorstand der DHG an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich dafür bedanken, dass ich vor mehr als einem Jahr den Auftrag erhalten habe, mich mit dem Thema „Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug“ intensiver auseinander zu setzen.<sup>1</sup>

Während des Verfassens der von mir erstellten und nun vorliegenden Expertise zum Thema (vgl. DHG 2012), haben mich die Kolleginnen und Kollegen des Vorstands - einschließen möchte ich hier insbesondere im Gedenken unsere verstorbene Vorstandskollegin Almut Gödecke-Schmidt - immer konstruktiv begleitet, und ich bin sehr froh darüber, dass wir die Inhalte der Expertise und darüber hinaus gehende Aspekte hier nun endlich in einem breiten, interdisziplinären Rahmen diskutieren können.

Dass der Impuls für das Thema ursprünglich aus den Reihen der Mitglieder der DHG kam, zeigt, dass die DHG weiterhin als kritisch denkender und handelnder Fachverband imstande ist, wichtige Impulse aus dem Themenspektrum „Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf“ auf den Weg zu bringen.

Es sei noch kurz erwähnt, dass ich mit der Arbeit an der Expertise zunächst im Rahmen meiner Forschungstätigkeit als Juniorprofessor am Institut für Sonder-

---

<sup>1</sup> Der Vortrag basiert im Wesentlichen auf der Expertise „Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug“, die der Autor im Auftrag der Deutschen Heilpädagogische Gesellschaft erstellt hat (vgl. DHG 2012). Zum differenzierten Verständnis des hier Wiedergegebenen empfiehlt es sich, die Expertise heranzuziehen.

pädagogik der Universität Koblenz-Landau am Campus Landau begonnen, und durch meinen Wechsel an die Evangelische Hochschule Darmstadt zum Oktober 2011 die Expertise dann im dortigen Studiengang Integrative Heilpädagogik/Inclusive Education fertig gestellt habe.

### **Zu Beginn: Lebensgeschichtliche Annäherung<sup>2</sup>: Herr K.**

#### **Einweisungsdiagnosen:**

Leichte Intelligenzminderung ohne oder mit geringfügiger Verhaltensstörung (ICD-10: F70.0)

#### **Entlassungsdiagnosen:**

Leichte Intelligenzminderung ohne oder mit geringfügiger Verhaltensstörung (ICD-10:F70.0)

#### **Rechtliche Grundlagen:**

Urteil des LG XY, wegen sexuellem Missbrauch von Kindern sowie Brandstiftung, begangen im Zustand der Schuldunfähigkeit (§20 StGB) freige-

---

<sup>2</sup> Das Fallbeispiel, das auch in der Expertise (vgl. DHG 2012) herangezogen wird, wurde dem Autor aus den Reihen der Personen, mit denen er im Kontext der Erstellung der Expertise Fachgespräche geführt hat, zur Verfügung gestellt und wurde komplett anonymisiert. Der Autor hat sich für die Formulierung „lebensgeschichtliche Annäherung“ bei der Darstellung dieser biographischen Skizzen entschieden, um zu verhindern, dass die Person, die hinter dieser Geschichte steht, nicht wiederum reduziert als „ein Fall von ...“ wahrgenommen wird. Es sei darauf hingewiesen, dass der Duktus dieser lebensgeschichtlichen Annäherungen dem Duktus von Gutachten oder Patientenakten entspricht, aber vom Autor nicht wesentlich bearbeitet wurde.

sprochen. Die Unterbringung gemäß §63 StGB wurde angeordnet.

**Anlassdelikte:**

Herr K. wurde rechtskräftig verurteilt wegen sexuellem Missbrauch von Kindern in vier Fällen sowie Sachbeschädigung in drei Fällen. Er hatte sich in verschiedenen Situationen 6 bis 8jährigen Mädchen genähert, um sie sexuell zu berühren. Diese Versuche waren sowohl skurril als auch dreist. So hatte Herr K. sich unter anderem mit einem Schlafanzug bekleidet, als er im Krankenhaus war, im Nachbarzimmer, in das Bett eines 8jährigen Mädchens gelegt und beischlafähnliche Bewegungen gemacht. Nach recht kurzer Zeit stand er wieder auf und verließ das Zimmer.

**Soziale und biographische Rahmendaten:**

Herr K. wurde in X. geboren. Er wuchs als einziges Kind bei seiner heute 64jährigen Mutter, die als N.N. arbeitet, und seines heute 69jährigen Vaters, von Beruf N.N., der bereits berentet ist, auf.

**Diagnostik und Therapieverlauf:**

Erst im Alter von 17 Monaten lernte er laufen. Auch die Sprachentwicklung soll verzögert gewesen sein. Nachdem er zuerst in die Grundschule in L. eingeschult worden war, musste er schon bald wegen erheblicher Lernschwierigkeiten auf eine Sonderschule für Lernbehinderte wechseln.

Eine erste jugendpsychiatrische Behandlung wegen einer frühkindlichen Hirnschädigung in Verbindung mit einer Minderbegabung fand von Oktober 19xx bis Januar 19xx in Y statt. Ein weiterer Psychiatrieaufenthalt erfolgte von Juni bis Oktober 19xx im Gemeinschafts Krankenhaus X. Zwischenzeitlich lebte Herr K. in einem Heim in W.. Ab August 19xx befand er sich bis zum xx.xx.19xx im Heim in H.. In diesem Heim kam es zu ersten sexuellen – allerdings meist gewaltfreien – Übergriffen auf etliche Heimmitbewohner. Weil Herr K. aufgrund dieser Vorfälle für das genannte Heim nicht mehr „tragbar“ war, wurde er am xxx in die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Z verlegt, wo er bis zum xx.xx.19xx blieb. Anschließend wechselte er in die Einrichtung

xxx in H., wo er bis zum xx.xx.19xx lebte. Seit dem xx.xx.19xx lebte er im H. in H.. Aufgrund der Brandvorfälle, die dem jetzigen Gerichtsverfahren zugrunde liegen, wurde er am xxxx in das X in H. verbracht. Von dort wurde er dann am xxxx aufgrund des Unterbringungsbefehls vom xxxx, der am xxxx erweitert wurde, der hiesigen Einrichtung zugeführt, wo er auch zur Zeit noch untergebracht ist.

Herr K. hat keine Berufsausbildung erhalten. Während der Unterbringung in den Einrichtungen war er jedoch als Druckergehilfe in einer von der XY betriebenen Druckerei, die als Behindertenwerkstatt eingerichtet worden war, beschäftigt.

Diagnostik und Therapieverlauf: Im Rahmen des hiesigen stationären Aufenthaltes und der differenziellen Diagnostik und Therapieplanung stellten wir bei Herrn K. eine Intelligenzminderung fest. Offensichtlich bedingt durch einen frühkindlichen Hirnschaden, die Mutter redet von einer sehr schwierigen Geburt, bei der Herr K. offensichtlich eine längere Zeit eine Sauerstoffminderversorgung hatte, sind bei ihm Teilleistungsstörungen offensichtlich. Herr K. hat offensichtlich überhaupt kein mathematisches Verständnis, er ist aber dazu in der Lage, ein Kreuzworträtsel in sehr kurzer Zeit auszufüllen.

**Therapeutische Berichte zum Therapieverlauf:**

Eine Psychotherapie im Sinne einer reflexiven Bearbeitung der Delikte und einer Arbeit an den Persönlichkeitsstrukturen des Patienten fand im Berichtszeitraum nicht statt. Die intellektuellen Voraussetzungen und der sozio-moralische Entwicklungsstand des Patienten lassen eine reflexive Arbeit zurzeit nicht zu.

**Behandlungsplan vom xxxx:**

Zur Förderung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme sollte Herr K. an einer entsprechenden Trainingsgruppe teilnehmen. Er lehnt die Teilnahme nicht offen ab, erscheint nur aber nach Lust und Laune, was für die anderen Teilnehmer nicht erträglich war. Vor die Alternative gestellt, regelmäßig zu kommen oder ganz fernzubleiben, entschied er sich für Letzteres. Die ange-

botenen regelmäßigen Einzelgespräche nahm Herr K. ebenfalls sehr unregelmäßig wahr. Er nutzte sie ausschließlich, um konkrete Dinge seines Lebens zu klären. Es war insgesamt bei Herrn K. im Berichtszeitraum eine deutliche Abnahme der Motivation zu einer Behandlung erkennbar. Die für ihn wesentlichen Lebensbedürfnisse sind im Rahmen der Unterbringung ausreichend befriedigt. In den für ihn überschaubaren klaren Strukturen kann er sich weitestgehend angstfrei und sicher bewegen. Die Versorgung ist in keiner Weise in Frage gestellt und vor allem ist er in die Patientengemeinschaft gut integriert. Ein Leben außerhalb des Maßregelvollzuges kann Herr K. sich kaum noch vorstellen. Die Heime, in denen er einen großen Teil seines Lebens verbracht hat, boten ihm keine wesentlich andere Perspektive als er sie hier vorfindet. Es ist ihm klar geworden, dass eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug nur dann möglich wäre, wenn er sich mit den von ihm begangenen Delikten intensiv auseinandersetzt und er einiges an Kompetenzen hinzu gewinnt. Diese für ihn sehr anstrengende Arbeit versucht er zu vermeiden. Da in seinem Denken eine zeitliche Perspektive kaum vorhanden ist, erschreckt es ihn nicht zu hören, dass die Unterbringung über Jahre fortgesetzt werden wird, wenn er bei dieser Haltung bleibt.

**Behandlungsplan vom xxxx:**

Im letzten halben Jahr bot Herr K. ein sehr gespaltenes Bild. Es war deutlich, dass er an sozialer Kompetenz gewonnen hatte. In der Gruppe zur Förderung der sozialen Fähigkeiten gehört er mittlerweile zu den kompetentesten Patienten. Es macht ihm recht wenige Schwierigkeiten, sich in andere hineinzuversetzen und die Welt bzw. bestimmte Ereignisse und deren Perspektive zu sehen. Gleichzeitig wird deutlich, dass er ein sehr stabiles Normengefüge hat, das es ihm ermöglicht, selbst moralische Entscheidungen zu treffen. Im Alltag wird deutlich, dass er zu solchen Entscheidungen in der Lage ist, man merkt aber, dass er bestimmte Entscheidungen vor sich selbst nur schwer rechtfertigen kann und ein "schlechtes Gewissen" hat, aber auch, dass der in den Gruppendiskussionen

eine sehr konstante Art der Bewertung moralischer Probleme hat. Diese Entwicklung hat deutliche Auswirkungen auf das Verhalten des Patienten. Er ist bei weitem nicht mehr so bedürfnisorientiert wie es in der Vergangenheit oft war. Über die „Geschäfte“, die er aus dieser Haltung heraus gemacht hat, kann Herr K. heute selbst nur noch schmunzeln.

Es wird gleichzeitig deutlich, dass Herr K. wenig Interesse daran hat, den Maßregelvollzug zu verlassen. Seine Bedürfnisse werden hier befriedigt. Zusätzlich ist er vor seinen eigenen sexuellen Impulsen und den daraus resultierenden evtl. Übergriffen gut geschützt. Er hat Probleme, sich eine Welt außerhalb des Maßregelvollzuges vorzustellen, in der er leben könnte und wollte. Mehr Freiheit zu haben, ist für ihn kein besonders attraktives Ziel, da er diesen Zustand überhaupt nicht kennt. Er wüsste auch mit seiner Zeit wenig anzufangen und würde versuchen, ganz schnell wieder eine Struktur zu finden, die wahrscheinlich sehr an den Maßregelvollzug erinnern würde. Bei den Eltern zu leben, würde bedeuten, noch weniger Freiheit zu haben als er sie hier hat. Die Eltern hätten jede Menge Aufgaben für ihn, die ihm überhaupt keine Zeit für Freiheit mehr lassen würden. Ein Wohnheim, wie er es in der Vergangenheit kennen gelernt hat, hat ähnliche Bedingungen, wie er sie im Maßregelvollzug vorfindet. Der Gewinn an Lebensqualität, der aus einer Langzeitbeurlaubung bzw. Entlassen resultieren könnte, wäre also für Herrn K. recht gering. Entsprechend dieser Lebensperspektive ist nicht die Aussicht auf eine Entlassung zur Behandlung motivierend, sondern nur der Verlust von Privilegien, die er sich hier erarbeitet hat.

Die Tatsache, dass sich Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden (und für die sich, zumindest im heil- und sonderpädagogischen Bereich trotz aller Kritik seitens der Selbsthilfe noch keine andere Bezeichnung durchgesetzt hat), wie alle anderen Menschen auch, delinquent und/oder kriminell verhalten können und dies dazu führen kann, dass

daraus eine Straftat wird, die entsprechend geahndet wird, ist zwar beim genauen Hinsehen ein Allgemeinplatz, jedoch scheint dieser Aspekt nur am äußersten Rand der Auseinandersetzung mit dem Phänomen ‚geistige Behinderung‘ zu stehen – auch und insbesondere im Rahmen der Diskussion um Teilhabe und Inklusion.

Dennoch ist das Thema ‚geistige Behinderung‘ im Kontext von Delinquenz und/oder Kriminalität von nicht zu unterschätzender Bedeutung, denn es stellt die Akteure innerhalb eines solchen Problemfeldes - auch und gerade innerhalb der Behindertenhilfe - vor erhebliche Schwierigkeiten.

- Wie ist damit umzugehen?
- Was geschieht, wenn es wirklich zu strafrechtlich relevanten Taten kommt?
- Wer beurteilt dies?
- Was geschieht dann u.U. danach?

Das deutsche Strafrecht sieht, im Falle einer verminderten oder gänzlich attestierten Schuldunfähigkeit, die Sicherung und Behandlung im so genannten Maßregelvollzug vor. Da Menschen mit geistiger Behinderung nach begangener Straftat oft als vermindert schuldfähig oder schuldunfähig betrachtet werden, führt in Folge auch ihr Weg in den Maßregelvollzug, den sie oftmals über Jahrzehnte hinweg nicht mehr verlassen können. Über die Situation der Menschen mit geistiger Behinderung dort ist immer noch nicht viel bekannt.

Meine folgenden Ausführungen beruhen auf der erwähnten Expertise, die das Ergebnis eines mehrmonatigen Rechercheprozesses ist. Ausgehend von einem Fachgespräch, das die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft im Juni 2010 in Kooperation mit der Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina in Gießen veranstaltet hat, bin ich den dort angesprochenen Fragestellungen weiter

nachgegangen. Neben einer Analyse einschlägiger Literatur zum Thema, habe ich u.a. auch elf so genannte Fachgespräche mit unterschiedlichen Akteuren in diesem Themenfeld geführt, deren Ergebnisse und Erkenntnisse in diese Expertise eingeflossen sind. Diese Expertinnen und Experten sind heute mehrheitlich anwesend, und ich möchte mich an dieser Stelle auch bei Ihnen noch einmal ganz herzlich für Ihre Bereitschaft danken, an diesem Thema aktiv mitzuwirken.

Menschen mit geistiger Behinderung können also, wie bereits erwähnt, im Laufe ihres Lebens Straftaten begehen. Wie bei allen anderen Menschen auch, können diese Straftaten so gravierend sein, dass sie juristische Konsequenzen nach sich ziehen.

Über die Ursachen, warum Menschen, die zu o.g. Personengruppe gezählt werden, strafbare Handlungen begehen, gibt es zwar viele Annahmen und Forschungsarbeiten (vgl. bspw. Day 2001, Barron et al. 2004, Lindsay et al. 2004, Taylor et al. 2012), die jedoch fast gänzlich aus dem angelsächsischen Sprachraum stammen und von denen man mit Paul & Wüllenweber (2004, 183) annehmen kann, dass die beforschten Personengruppen weiter gefasst sind, als die Gruppe der Menschen, die in Deutschland als ‚geistig behindert‘ bezeichnet werden. Diese Annahme ist aber nicht gänzlich nachweisbar, zumal in der angelsächsischen Literatur seit einigen Jahren eine ähnliche Begriffsvielfalt für den gemeinten Personenkreis vorzufinden ist, wie in der noch zu diskutierenden deutschen Fachliteratur. Das hat zum einen tatsächlich mit der Bezeichnung verschiedener Personengruppen zu tun, zum anderen aber auch mit der Tatsache, dass international beispielsweise der als veraltet geltende Begriff der „*mental retardation*“ zunehmend durch den Begriff der „*intellectual and/or developmental disability*“ abgelöst wird.

Der juristische Hintergrund, der für geistig behinderte Menschen zu einer Unter-

bringung in einer Klink des Maßregelvollzugs führen kann, ist (aus gesetzgeberischer Sicht) relativ klar und nachvollziehbar beschrieben. Weniger klar und in der Öffentlichkeit diskutiert sind die Lebenssituation von Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden *im* Maßregelvollzug und das Aufzeigen von Perspektiven, wie ein Leben *außerhalb* des Maßregelvollzugs vorstellbar wäre und inwieweit die Behindertenhilfe hier mit einbezogen werden kann und muss. Wenn das Thema in öffentlichen Printmedien Eingang findet, dann leider doch nur in recht undifferenzierten Sichtweisen, die zwar punktuell Öffentlichkeit herstellen, deren nachhaltige Wirkung aber hinterfragt werden muss (vgl. Rückert 2008).

Mit der Thematik Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug wird - zumindest im heil- und sonderpädagogischen Feld - gewissermaßen eine *terra incognita* betreten, die sich in einem inter- und transdisziplinären Kontext befindet. Dieser inter- und transdisziplinäre Kontext ist nicht frei von Spannungen, da hier Disziplinen miteinander kooperieren müssen, die es sich oft nicht leicht untereinander gemacht haben und die wissenschaftshistorisch und epistemologisch unterschiedliche Entwicklungen durchlaufen haben: Die Psychiatrie, die Pädagogik und die Rechtswissenschaft.

Das zeigt sich insbesondere in der Problematik, wie der uns hier interessierende Personenkreis begrifflich zu fassen ist. Es sei angemerkt, dass im Kontext des hier diskutierten Themas eine Vielzahl von Bezeichnungen für diesen Personenkreis kursiert, die an dieser Stelle nur genannt werden. Als Merkmale für den Personenkreis werden in unterschiedlichsten Kontexten verschiedenster wissenschaftlicher und außerwissenschaftlicher Provenienzen folgende Aspekte aufgeführt:

- Intelligenzminderung;
- Schwachsinn;
- Minderbegabung;
- Mentale Beeinträchtigung;
- Intellektuelle Behinderung;

- Geistige Behinderung;
- Lernschwierigkeiten.

In der Expertise und in meinem heutigen Vortrag habe ich die Entscheidung getroffen, den hier im Fokus stehenden Personenkreis als *Menschen mit geistiger Behinderung* zu bezeichnen. Diese Entscheidung ist der Tatsache geschuldet, dass diese Expertise im Kontext eines in heilpädagogischer Tradition stehenden Fachverbandes geschrieben ist und die Bezeichnung *Menschen mit geistiger Behinderung* im heil- und sonderpädagogischen Bereich (immer noch) die am weitesten verbreitete ist. Dies geschieht jedoch im Bewusstsein um die Forderung der Selbsthilfe nach einem veränderten Begriff und nicht in einer ignorierenden Haltung dieser Forderung gegenüber. Jedoch würde die Nutzung des Begriffes Menschen mit Lernschwierigkeiten im Kontext des hier Diskutierten die Begriffsverwirrungen bzw. -unschärfen nur noch verstärken.

Es geht hier aber m.E. nicht um bloße Begriffsdiskussionen, sondern um Auffassungen, Vorannahmen, bisweilen auch Vorurteile und vor allem um *Bilder* der hinter diesen Begriffen existierenden Menschen.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass es im Kontext des hier dargestellten Themas immer auch Opfer gibt, wenn Straftaten von Menschen mit geistiger Behinderung begangen werden. Oftmals handelt es sich hier um Delikte, die die Opfer stark und nachhaltig traumatisieren. Was genau sie dann über die Hintergründe der Tat und über die Täter erfahren, entzieht sich meiner Kenntnis. Betont werden soll hier aber, dass mit dem Fokus auf die Perspektiven von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug - also einer Tätergruppe - die Situation möglicher Opfer nicht verharmlost, banalisiert oder ignoriert werden soll.

### **Inhalte der Expertise und meines weiteren Vortrages**

Ich möchte Ihnen kurz die Inhalte der Expertise nennen, da ich im Rahmen dieses kurzen Beitrages natürlich nicht auf alle dort beschriebenen Aspekte eingehen kann, sondern mich hier zunächst auf die herausgearbeiteten *Problemfelder* fokussieren möchte. Die sich daraus ergebenden Handlungsbedarfe und Empfehlungen werden morgen im Mittelpunkt stehen.

Die Expertise beginnt mit einem Problemaufriss: Menschen mit geistiger Behinderung und delinquentes Verhalten. Der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung und die verschiedenen Ansätze seiner begrifflichen Fassung stehen hier zunächst im Vordergrund, da sich m.E. hinter diesen Begriffen die beteiligten Fachdisziplinen erkennen lassen, aber auch Sichtweisen, Menschenbilder und Handlungsorientierungen, die von fundamentaler Bedeutung für das Thema sind.

Nach dieser Auseinandersetzung habe ich versucht, den Zusammenhang zwischen geistiger Behinderung und delinquentem Verhalten herzustellen und Formen delinquenten Verhaltens zu beschreiben.

Ein folgendes Kapitel führt in Grundlagen des Maßregelvollzugs ein, indem historische Aspekte erörtert, strafrechtliche Grundlagen erklärt und die aktuelle Situation in Deutschland beleuchtet wird. Dies leitet über zu einem Kapitel, in dem die Verbindung zwischen geistiger Behinderung und dem Maßregelvollzug hergestellt wird. Es befasst sich mit den möglichen Delikten, der Verweildauer des Personenkreises und bekannten therapeutischen Zugängen.

In einem weiteren Kapitel werden ausgewählte Problemfelder in den Fokus genommen: Dies sind die langen Verweildauern, eine zu erkennende konzeptionelle Uneinheitlichkeit bei Behandlungsansätzen, das Primat der ‚ärztlichen Gesichtspunkte‘ und schließlich Fragen der sog. Nachsorge.

Aus diesen Problemfeldern heraus ergeben sich Handlungsbedarfe und Empfehlungen bzw. Anregungen für eine Prophylaxe in diesem Feld, die dann morgen zur Diskussion gestellt werden sollen.

Bevor ich mich den Problemfeldern widme, gestatten Sie mir noch einige grundlegende Aussagen zu dem hier im Mittelpunkt stehenden Personenkreis bzw. seiner begrifflichen Fassung.

Insgesamt kann zum Begriff der geistigen Behinderung festgehalten werden, dass der Begriff sich im heil- und sonderpädagogischen Feld lange Zeit etabliert hatte, inzwischen aber in eine Legitimationskrise geraten ist, insbesondere weil Menschen, die von anderen so bezeichnet werden, ihre Stimme erheben und eine Abwendung von diesem Begriff fordern. Dass dies nicht leicht umzusetzen ist, liegt m.E. auch an gewissen „Beharrungstendenzen“, auch und gerade im Feld der Heil- und Sonderpädagogik. Als Argument wird hier immer wieder genannt, der Begriff habe beispielsweise Eingang ins Sozialrecht und damit in Leistungsrechte gefunden und diene derzeit dort als Bezugsgröße und Verständigungsgrundlage.

Dem gegenüber steht aber eine nie zu Ende geführte epistemologische Grundproblematik, wie dieser Begriff einzuordnen und legitimiert werden kann. Jantzen spricht in Bezug auf den Begriff gar von einer rassistischen Dimension (vgl. Jantzen 2000,166), solange der Begriff im Kontext einer Naturalisierung sozialer Tatbestände stehe. Dem stellt er den Isolationsbegriff gegenüber, der einer optimalen psychosozialen Entwicklung von Menschen, die traditionell als geistig behindert bezeichnet werden, entgegenstehe.

Die auch im Rahmen der Auseinandersetzung mit den sog. Disability Studies (vgl. exemplarisch Dederich 2007) aufkommende Denkweise der sozialen Konstruktion von (geistiger) Behinderung versucht herauszustellen, dass das konstrukt geistige Behinderung stets in ei-

nem bio-psycho-sozialen Zusammenhang zu denken ist.

Die in der Expertise wesentlich ausführlicher geführte Diskussion um die Begriffsproblematik wäre noch durch viele Aspekte zu ergänzen. Von Bedeutung an dieser Stelle scheint mir aber, dass insbesondere im Kontext einer inter- und transdisziplinären Verständigung zwischen den hauptbeteiligten Disziplinen bei dem Thema Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug, eine Verständigung über den Personenkreis noch immer erschwert ist. Es ist nicht nur eine Uneinheitlichkeit in Bezug auf Begriffsformulierungen festzustellen, sondern auch bezüglich unterschiedlicher Vorannahmen, Denktraditionen und Menschenbilder.

Wie erwähnt, möchte ich mich im Folgenden *nicht* weiter den Aspekten geistige Behinderung und delinquentes Verhalten, Formen delinquenten Verhaltens bei diesem Personenkreis und dem Themenkomplex Maßregelvollzug bzw. dem Zusammenhang von Menschen mit geistiger im Maßregelvollzug widmen, da wir hierzu heute noch eine Reihe von Informationen erhalten werden.

Vielmehr möchte ich Ihnen nun die in der Expertise heraus gearbeiteten *Problemfelder* skizzieren:

## **Problemfelder**

### **Lange Verweildauer**

„Mit deutlichem Abstand sind nach allen Studien die beiden Gruppen der Patienten mit einer intellektuellen Minderbegabung sowie die Täter, bei denen eine schizophrene Psychose diagnostiziert worden ist, am längsten in den psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht“ (Braasch 2006, 319).

Ein Hauptgrund für die langen Verweildauern von Menschen mit geistiger Behinderung in Kliniken des Maßregelvoll-

zugs, so kann angenommen werden, liegt in der oftmals nicht erreichbaren Voraussetzung einer therapeutischen Intervention, weil therapeutische Modelle sich oft nicht an den Möglichkeiten und Erfordernissen des Personenkreises orientieren oder Entwicklungsstufen, die als notwendig erachtet werden, nicht erreicht werden können. Braasch (a.a.O.) meint hierzu:

„Der Hauptgrund für die mit deutlichem Abstand längsten Unterbringungszahlen bei Patienten mit einer stärkeren intellektuellen Behinderung wird in der wahrscheinlichen Unveränderlichkeit der Grundstörung gesehen, die große Probleme bei der Durchführung der Behandlungsprogramme sowie weitere intramurale Schwierigkeiten verursacht (...)“ (Braasch 2006, 321f.).

Braasch nennt hier als zentrales Problem die (Nicht-)Anwendbarkeit vorhandener therapeutischer Konzeptionen auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung. In der Expertise habe ich jedoch aufzeigen können, dass es an manchen Orten fruchtbare Weiterentwicklungsbestrebungen zu beobachten gibt, die Sie im Rahmen dieser Tagung auch noch kennen lernen werden [vgl. u.a. den Ansatz Knapheides (2002) oder den der LVR-Klinik Bedburg-Hau (Landchaftsverband Rheinland 2009)].

Aus dem Problem einer vermeintlichen (Nicht-)Anwendbarkeit vorhandener therapeutischer Konzeptionen auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung jedoch den Schluss zu ziehen, der Personenkreis könne beispielsweise Kriterien wie Förderung der Selbstständigkeit und des Sozialverhaltens, Aktivierung und Förderung des Selbstmanagements im Freizeitbereich, sowie die Verbesserung der Körperwahrnehmung nicht oder niemals erfüllen, ist wesentlich zu kurz gegriffen. Vielmehr ist anzunehmen, dass Therapeutinnen und Therapeuten in diesem Feld im wahrsten

Sinne des Wortes vielerorts noch nicht die richtige Sprache für diesen Personenkreis gefunden haben.

Es besteht dann die Gefahr, dass die gesetzlich vorgegebene Orientierung des Aufenthaltes im Maßregelvollzug den Aspekt der „Behandlung“ aus den Augen verliert und es bloß beim Sicherheitsaspekt bleibt. Diese Einschätzung kann nicht gesichert verallgemeinert werden, jedoch lässt ein vielerorts nachgewiesenes Fehlen von Behandlungskonzepten für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung dies mehr als vermuten (vgl. Kestel 2010).

Problematisch bleibt aber auch der Bereich einer nicht erreichten Entwicklungsstufe als Voraussetzung für „Therapiefähigkeit“ im Rahmen vorhandener Konzepte, wenn dies dazu führt, dass Verweildauern sehr lange währen und mögliche Entlassperspektiven kaum beschreibbar werden. Hier ist insbesondere auf auftretende Hospitalisierungsschäden der Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug hinzuweisen, da dies therapeutische Interventionen zusätzlich erschweren kann. Ein Entgegenwirken gegen Hospitalisierung scheint aber im Bewusstsein einiger Akteure zu sein (vgl. Eusterschulte 2011, mündl. Mitt.).

### **Konzeptionelle Uneinheitlichkeit**

Der hier so benannte Punkt der „konzeptionellen Uneinheitlichkeit“ bezieht sich noch einmal auf bereits erwähnte Aspekte der als uneinheitlich wahrgenommenen Konzepte im Maßregelvollzug, die sich mit einer Behandlung und Perspektivbildung für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung auseinandersetzen. Es entsteht der Eindruck, dass eine solchermaßen wahrzunehmende Uneinheitlichkeit auch damit zu tun hat, dass die beteiligten Disziplinen der Psychiatrie, der Rechtswissenschaft und der Heilpädagogik keine einheitliche Sprache sprechen. Dies ist bereits auf der Ebene der Diagnostik bzw. begrifflichen Fassung des Personenkreises zu

beobachten und ist auch im Kontext von Behandlungsmaßnahmen bzw. therapeutischen Interventionen in den forensischen Kliniken festzustellen, sofern sie denn überhaupt den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung im Fokus haben. Wenn diese im Fokus sind, und eine Konzeption vorliegt, sind die Auswirkungen positiv, wie z.B. von Kestel (2010) beschrieben:

„Dort, wo spezielle Angebote und Konzeptionen vorgehalten werden, waren die Rückmeldungen zur Frage der Erfahrungen durchweg positiv. Dies reichte von der Möglichkeit, bisher verdeckte Ressourcen offengelegt zu haben, über das Nachlassen von Repressionen und Unruhe innerhalb der Stationen, bis hin zur allgemeinen Steigerung des Wohlbefindens bei Patienten und Betreuern, was wiederum als dem Behandlungsklima sehr dienlich angesehen wurde“ (Kestel 2010, 143).

Wie bereits bezüglich der Problematik der langen Verweildauern angemerkt, ist in Bezug auf das Problemfeld der konzeptionellen Uneinheitlichkeit bei diagnostischen, begrifflichen und therapeutischen Fragen die Notwendigkeit einer tiefergehenden inter- und transdisziplinären Verständigung zu erkennen, die eine Vereinheitlichung bestehender Konzeptionen erleichtern kann. Dies würde in erster Linie und in einem ersten Schritt bedeuten, dass in allen forensischen Kliniken in Deutschland, in denen Menschen mit geistiger Behinderung untergebracht sind, vergleichbare und vereinheitlichte Konzepte der Behandlung entstehen müssten. Dies kann nur in einem regen und zu eröffnenden inhaltlichen Austausch unter den Kliniken geschehen.

Ein interessantes Argument als Antwort auf die Frage, warum besondere Konzeptionen für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug *nicht* vorge-

halten werden, nennt wiederum Kestel (a.a.O.) in der Analyse seiner Befragung:

„So wurde im Wesentlichen angegeben, dass Menschen mit geistiger Behinderung in der forensischen Psychiatrie fehlplatziert seien und vielmehr in Heime integriert werden sollten“ (ebd., 143).

Dass dies in der gegenwärtigen Rechtslage nur schwer umzusetzen ist, wurde heute bereits deutlich, das Argument der Fehlplatzierung hingegen taucht in der Fachdebatte immer wieder auf (vgl. bspw. Häßler 2011, 99). Aber auch aus den Reihen der Behindertenhilfe scheint es Vorbehalte oder zumindest viele unbeantwortete Fragen gegenüber einem Sich-Annehmen dieses Personenkreises zu geben:

- Wie müssten Wohn-, Arbeits- und Lebenssituationen in diesem Kontext gestaltet sein?
- Wie müssten Kolleginnen und Kollegen der Behindertenhilfe ausgebildet sein, um hier erfolgreich unterstützen zu können?
- (Wie) Kann dies alles unter einer sozialräumlichen Perspektive gedacht werden, die sich den Leitlinien Teilhabe und Inklusion annähern will?

### **Das Primat der „ärztlichen Gesichtspunkte“**

In § 136 des StVollzG (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) ist das Primat formuliert, die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus habe sich nach ärztlichen Gesichtspunkten zu richten. Der Patient soll, soweit möglich, geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist (vgl. § 136 des StVollzG). Dass dies in Bezug auf straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug ein problematischer Sachverhalt sein kann, wurde bereits ausgeführt. Der Behandlungsaspekt, ausschließlich unter ärztlichen Gesichtspunkten zu betrachten, birgt zwar einerseits auch die Möglichkeit, spezialisierte therapeutische Konzepte zu erarbeiten, andererseits verhindert dieses Primat oftmals eine adäquate Interventionsstruktur, und zwar dann, wenn vorhandene Behandlungskonzepte nicht an den Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung orientiert sind. Kestel (a.a.O.) führt diesbezüglich aus:

„Die Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung beruht weniger auf psychiatrischen als auf heilpädagogischen Elementen. Diese sind in ihrer konkreten Ausgestaltung abhängig davon, ob eher kognitive, psychosexuelle oder soziomoralische Entwicklungsmodelle zugrunde gelegt werden“ (Kestel 2010, 150).

Und in Bezug auf den erwähnten § 136 des StVollzG stellt er knapp fest:

„In rechtspolitischer Hinsicht besteht die dringende Notwendigkeit, § 136 StVollzG dahin gehend zu reformieren, dass gerade mit Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung die Behandlung des Untergebrachten sich nicht nur nach ärztlichen, sondern auch nach pädagogischen Gesichtspunkten richtet (...)“ (ebd., 151).

### **Nachsorge bzw. Übergänge in die Behindertenhilfe**

„Die Notwendigkeit für gesonderte Konzepte für Rechtsbrecher mit geistiger Behinderung gilt nicht nur innerhalb des Maßregelvollzuges, sondern auch und vor allem für die Schaffung von Nachsorgeeinrichtungen (...). Denn nach § 67e I 1 StGB besteht u.a. die Möglichkeit, die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen. Die praktische Erfahrung zeigt jedoch, dass dies gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung oftmals von dem Vorhandensein einer geeigneten Nachsorgeeinrichtung abhängt. Die Zahl solcher Nachsorgeeinrichtungen

für diesen Personenkreis ist jedoch noch sehr gering, die Entwicklung der hierfür erforderlichen Versorgungsstrukturen steht erst am Anfang (...)" (Kestel 2010, 150).

Kestel beschreibt hiermit ein weiteres Problemfeld, das im Kontext des hier Diskutierten unbedingt zu beachten ist. Folgt man Kestels Argumentation, so scheint es sich hier in erster Linie um ein quantitatives Problem zu handeln, das es sicher auch ist.

Jedoch ist ebenfalls ein *qualitatives* Problem auszumachen, denn das Fehlen geeigneter Nachsorgeeinrichtungen - bzw. darüber hinaus gehender geeigneter Strukturen, Dienste und Einrichtungen, in denen auch die Behindertenhilfe ihre Rolle spielen könnte - ist nicht nur eine Frage der Anzahl, sondern auch eine Frage der Qualität der dort zum Tragen kommenden inhaltlichen und strukturellen Konzepte.

Umso bedauerlicher ist es beispielsweise, dass ein im Jahr 2005 vielversprechend gestartetes Projekt zur Nachsorge in Nordrhein-Westfalen, das unter dem Namen „Stützpunkt Nachsorge“ fungierte und in Kooperation mit der freien Wohlfahrtspflege konzipiert war (und auch den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung im Fokus hatte!) inzwischen wieder eingestellt bzw. nicht weiter geführt worden ist (vgl. Stützpunkt Nachsorge 2007).

Über eine reine Nachsorgekonzeption hinaus, kann bzw. muss sich m.E. die Behindertenhilfe auch - und in Ergänzung zu den eben bereits kurz aufgeworfenen Aspekten - folgende(n) Fragen stellen - und dort liegen auch die *Herausforderungen*:

- Wie kann im Kontext der Gestaltung inklusiver Strukturen der Umgang mit Gewalt und/oder Straftaten prophylaktisch in eine Konzeption eines Dienstes / einer Einrichtung der Behindertenhilfe Eingang finden?
- Was kann Behindertenhilfe bzw. Heilpädagogik in bestehende therapeuti-

sche Konzepte im Maßregelvollzug einbringen? [Stichworte wären hier sicherlich Unterstützung beim (Wieder-)Erlernen grundlegender alltagspraktischer Kompetenzen wie z.B. Pflege, hauswirtschaftliche und/oder sozial-kommunikative Fähigkeiten]

- Wie können ggf. auch (teil-)geschlossene Unterstützungsstrukturen unter dem Dach der Eingliederungshilfe gestaltet werden?
- Wie kann das Risiko, ehemalige Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs im Wohnheim und dessen Umgebung zu stigmatisieren, verringert werden?
- Wie kann vermieden werden, dass die Anwesenheit eines ehemaligen Straftäters mit geistiger Behinderung in einem Dienst oder einer Einrichtung der Behindertenhilfe dazu führt, dass Vorurteile ihm gegenüber auf andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, beispielsweise einer Wohngruppe, übertragen werden?
- (Wie) können im Zuge eines solchen Prozesses Öffentlichkeit und Gemeinwesen sensibilisiert/informiert werden?
- Welche Wege sind hier gangbar?

Damit sind nur einige, aber vielleicht zentrale Herausforderungen benannt.

Im Rahmen der Analyse seiner Forschungsergebnisse zu delinquentem Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht, stellt Kestel (2010) am Ende seiner Arbeit etwas resignativ und unter Verweis eines programmatischen Aufsatzes von Vollbach (2004) fest, dass

„...es im Grenzgebiet von (forensischer) Psychiatrie und Behindertenpädagogik kaum begehbare Pfade [gibt]; jeder Rehabilitationsfall wird so zu einem individuellen ‚Integrationsprojekt‘ (ebd., 151).

Gerade aber in der Ausgestaltung solcher Pfade liegen die Perspektiven für Men-

schen mit geistiger Behinderung, die straffällig geworden und im Maßregelvollzug sind. Und über eine mögliche Ausgestaltung solcher Pfade möchten wir mit Ihnen in den nächsten beiden Tagen ins Gespräch kommen.

Haupthindernisse scheinen in einem Fehlen oder unzureichenden Vorhandensein von Behandlungsinstrumenten im Maßregelvollzug zu liegen bzw. in einem Mangel an adäquaten Unterstützungsangeboten im Rahmen einer möglichen Beurlaubung oder Entlassung aus dem Maßregelvollzug.

Hier spielen juristische Vorgaben (bspw. der § 136 StVollzG mit seiner Forderung nach ärztlichen Gesichtspunkten bei der Behandlung) und ein nur unzureichendes Vorbereitetsein der Behindertenhilfe für diesen Personenkreis eine Rolle.

Will man dem Personenkreis wirkliche Perspektiven eröffnen, so müssen zunächst die hier skizzierten Problemfelder weitergehend analysiert und diskutiert werden.

Dies wird in den nächsten beiden Tagen im Rahmen dieser Fachtagung hoffentlich auch geschehen.

Neben der eingangs erwähnten und nicht leichtfertig zu vergessenden Perspektive möglicher Opfer von Straftaten, die von Menschen mit einer geistigen Behinderung begangen wurden und werden, soll die Auseinandersetzung mit der hier im Fokus stehenden Thematik zeigen, dass sie immer auch im Kontext verfassungsrechtlicher und menschenrechtlicher Grundlagen zu denken und zu führen ist - eine Erkenntnis, die bisweilen verloren geht, wenn „medienwirksame“ Delikte die öffentliche Aufmerksamkeit erlangen und Täterinnen und Täter mit geistiger Behinderung in längst überkommen geglaubten Stereotypen dargestellt werden. Es gilt aber festzuhalten, dass „Diskriminierungen ‚wegen‘ ihrer Behinderung zudem verfassungs- (Art 3 II 2 GG) und europarechtlich (...) sowie völker-

rechtlich untersagt (Art 1 ff der UN-Behindertenrechtskonvention (...))“ (vgl. Kammeier 2010, Rn J 54) sind.

Wie viel „Diskriminierungspotential“ in den skizzierten Sachverhalten, auszumachen ist, wäre im Einzelnen noch zu analysieren und ist Aufgabe für menschenrechtsrelevante Beurteilungen der in diesem Feld erkennbaren Ungerechtigkeiten.

Für Bourdieu (1998) ist ein Feld der Ort im sozialen Raum (vgl. ebd., 49), in dem die gesellschaftlichen Akteure in einem relationalen Austauschgebilde die Pole „Erhalt und Veränderung“ (ebd.) aushandeln. Er führt aus:

„Dies ist gemeint, wenn ich den gesamten sozialen Raum als Feld beschreibe, das heißt zugleich als ein Kraftfeld, (...), und als ein Feld von Kämpfen, in dem die Akteure mit je nach ihrer Position in der Struktur des Kraftfelds unterschiedlichen Mitteln und Zwecken miteinander rivalisieren und auf diese Weise zu Erhalt oder Veränderung seiner Struktur beitragen“ (Bourdieu 1998, 49f.).

*Erhalt oder Veränderung* in dem Kraft- und Kampffeld „Maßregelvollzug und geistige Behinderung“ ist somit letztlich nicht eine Frage des Zufalls, sondern der aktiven Ausgestaltung in einem manchmal auch kämpferisch zu führenden Diskurs. Dazu möchte ich Sie einladen, diesen Diskurs in den nächsten beiden Tagen und weit darüber hinaus miteinander anzugehen.

### Literaturverzeichnis

- Barron, P.; Hassiotis, A. & Banes, J. (2004). Offenders with intellectual disability: A prospective comparative study. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 48, (69-76).
- Bourdieu, P. (1998). *Praktische Vernunft: Zur Theorie des Handelns*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Braasch, M. (2006). *Untherapierbare Straftäter im Maßregelvollzug: über den Umgang mit einer problematischen Tätergruppe in*

Deutschland und den Niederlanden. Mönchengladbach, Godesberg: Forum-Verlag.

Day, K. (2001). Treatment and care of mentally retarded offenders. In: Došen, A. & Day, K. (Ed.), Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation (359-390). Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Dederich, M. (2007). Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies, Bielefeld: Transkript.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.) (2012). Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Expertise von Erik Weber. Darmstadt/Düren: DHG-Schriften.

Eusterschulte, B. & Neumann, M. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 24.05.2011, Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Außenstelle Gießen.

Häßler, F. (2011). Intelligenzminderung. Eine ärztliche Herausforderung. Berlin: Springer.

Jantzen, W. (2000). Geistige Behinderung ist kein Phantom - Über die soziale Wirklichkeit einer naturalisierten Tatsache. In: Greving, H.; Gröschke, D. (Hg.), Geistige Behinderung - Reflexionen zu einem Phantom. Ein interdisziplinärer Diskurs um einen Problembegriff (166-178). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Kestel, O. (2010). Delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht - Explorative Untersuchung eines Praxisfeldes. Erfurt: Universitätsverlag.

Knapheide, J. (2002). Die Behandlung intelligenzgeminderter Rechtsbrecher im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn. In: Kammeier, H. (Hg.), Forensik in Münster: eine Region in der Verantwortung: Informationen - Standpunkte - Diskussionen (121-138). Münster: Lit-Verlag.

Landschaftsverband Rheinland (LVR) (2009). Konzept in Anlehnung an das Rahmenkonzept Brückenprojekt 1. Abteilung für Forensische Psychiatrie IV. Abteilung für Maßregelvollzugspatienten mit mentaler Beeinträchtigung. Unveröff. Manuskript. Bedburg-Hau.

Lindsay, W.R., Taylor, J.L. & Sturmey, P. (Hg.) (2004). Offenders with developmental disabilities. Chichester: Wiley.

Paul, M. & Wüllenweber, E. (2004). Delinquenz und Kriminalität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, E. (Hg.), Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung (183-200). Stuttgart: Kohlhammer.

Rückert, S. (2008). In der Lebensversicherungsanstalt. In: Die Zeit, Nr. 51 vom 11.12.2008.

Stützpunkt Nachsorge (2007). Stützpunkt Nachsorge. Agentur zur Förderung der qualifizierten komplementären Nachsorge und Eingliederungshilfe für MaßregelvollzugspatientInnen. Landesweite und Spitzenverbandsübergreifende Unterstützung von Trägerorganisationen im freigemeinnützigen Bereich. Unveröffentlichter Flyer zum Projekt; URL: [http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/klinikhph/maregelvollzug/dokumente\\_139/aktueller\\_nachsorgeflyer.pdf](http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/klinikhph/maregelvollzug/dokumente_139/aktueller_nachsorgeflyer.pdf) (Abruf: 05.04.2012).

Taylor, J.L., Lindsay, W.R., Hastings, R.P. & Hatton, C. (Hg.) (2012). Psychological therapies for adults with intellectual disabilities. Chichester: Wiley-Blackwell (in Vorber.).

Vollbach, A. (2004). Behinderte Rehabilitation. Maßregelvollzug bei Behinderten - eine Fallgeschichte. In: Recht & Psychiatrie 4(22), 207-213.

*Der zitierte Auszug aus einem der durchgeführten Fachgespräche wurde dem Gespräch mit folgenden Personen entnommen:*

Frau Dr. Beate Eusterschulte, stv. ärztl. Direktorin, Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Außenstelle Gießen und Herr Dipl. Psych. Martin Neumann, Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Außenstelle Gießen

■ **Prof. Dr. Erik Weber**  
**Ev. Hochschule Darmstadt**  
**[www.eh-darmstadt.de](http://www.eh-darmstadt.de)**

# Delinquenz und geistige Behinderung im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe

Dr. Knut Hoffmann, LWL-Universitätsklinik, Bochum

LWL-Universitätsklinik Bochum

## Delinquenz und geistige Behinderung Im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe

DHG-Fachtagung  
Berlin, 06.12.2012

Dr. Knut Hoffmann

- Historisches
- Statistisches
- Klinisches
- *Vorausblickendes*

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 1

LWL-Universitätsklinik Bochum

## Historisches

Das Römische Recht („Zwölftafelrecht“) ist das einzige antike Recht, was bis heute im Wortlaut weitgehend erhalten ist. Es wurden drei Formen mentaler Beeinträchtigung erwähnt, welche die Verantwortlichkeit vermindern oder aufheben:

- Furiosi (die Rasenden) → Manie, Schizophrenie
- *Mente capti* (die Verblödeten) → IM
- Dementes (die Toren) → Demenz

Begründung für die Strafminderung war, dass die Erkrankung Strafe genug sei (*furiosum fati infelicitas excusat, satis furore ipsi punitur*, Lenckner 1972)

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 3

LWL-Universitätsklinik Bochum

## Historisches

Karl V (1500 – 1558)



1532 wurde durch Karl V das erste universelle Recht im Heiligen Römischen Reich Deutscher Nation eingeführt (Constitutio Criminalis Carolina, kurz: Carolina, CCC) eingeführt

In Artikel 179 wird ein Äquivalent zum heutigen Begriff der Schuldunfähigkeit eingeführt („von übelthättern die jugent oder anderer sachen halb, jre sinn nit haben“)

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 5

LWL-Universitätsklinik Bochum

## Historisches

Paolo Zacchia (1584 – 1659)



In allen wissenschaftlichen Disziplinen seines Zeitalters ausgebildet (Theologie, Philosophie, Medizin, Recht)

Leinartz zwei Päpste (Innozenz X, Alexander VII)

Berater der ROTA ROMANA, der höchsten damaligen kirchenrechtlichen Instanz (welche immer noch existiert)

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 7

|  |  |
|--|--|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span><b>Historisches</b></span> <span><b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></span> </div> <p><u>Zacchia gilt als Gründer der modernen Rechtsmedizin</u><br/>         In seinem Hauptwerk „De Questiones Medico-Legales“ (1621-1651) machte er Aussagen zu vielen auch heute noch aktuellen rechtsmedizinischen Fragestellungen<br/>         Er war der erste, der die Hinzuziehung eines Arztes bei Fragen der Schuldfähigkeit empfahl; allein der Arzt sei in der Lage, die verschiedenen Formen geistiger Störung zu erkennen und zu beurteilen, nicht der Richter oder Geistliche<br/>         Einführung von drei Graden von IM, mit unterschiedlichen Effekt auf die Schuldfähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-obtusus (begriffsstutzig, stumpf)</li> <li>-fatuus (Narr, Idiot)</li> <li>-Stupidus (Sinnlose)</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p style="font-size: 8px;">Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> </div> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">Seite 8</p> | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span><b>Historisches</b></span> <span><b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></span> </div> <p><u>Begriffsstutzig (F 70):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Urteilsfähigkeit wie ein Kind von 14 Jahren</li> <li>•Nicht gänzlich frei von Verantwortung im Falle von Delikten</li> <li>•Heirats-, Erb- und Geschäftsfähig</li> </ul> <p><u>Narr, Idiot (F 71):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•„scheinen unterhalb der Voraussetzungen der menschlichen Natur zu existieren“</li> <li>•können nur zu einfachen Dingen angeleitet werden</li> <li>•Können sprechen, oft aber kindisch</li> <li>•Können nach Entscheidung eines Richters heiraten</li> <li>•Verantwortungsfähigkeit ist im Einzelfalle zu entscheiden</li> </ul> <p><u>Sinnlose (F 72):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Sind von Strafen bei Delinquenz ausgeschlossen</li> <li>•Können nicht heiraten</li> <li>•Sind nicht Geschäftsfähig</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p style="font-size: 8px;">Für Westfalen-Lippe</p> </div> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">Seite 10</p> |
|--|--|

| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span><b>Historisches</b></span> <span><b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></span> </div> |  |                                     |   |  |
|---|--|-------------------------------------|---|--|
| IQ  | ICD-10                                     | Kriterien                           | Zacchia                                 | Kriterien  |
| 50-69   | F 70<br>leichte<br>Intelligenzstörung      | mentales<br>Alter:<br>9-12<br>Jahre | Obtusus<br>(begriffsstutzig,<br>stumpf) | Urteilsfähig wie ein Kind<br>von 14 Jahren<br>Nicht gänzlich frei von<br>Verantwortung<br>Heirats-, Erb- und<br>Geschäftsfähig   |
| 35-49   | F71<br>mittelgradige<br>Intelligenzstörung | 6-9<br>Jahre                        | Fatuus<br>(Narr, Idiot)                 | „scheinen unterhalb der<br>Voraussetzungen der<br>menschlichen natur zu<br>existieren“<br>Können zu einfachen<br>Dingen angeleitet werden<br>Können sprechen, oft<br>nur kindisch<br>Können nach<br>Entscheidung des<br>Richters heiraten<br>Verantwortungsfähigkeit<br>im Einzelfalle zu<br>entscheiden |
| <35   | F72<br>schwere<br>Intelligenzstörung       | 3-6<br>Jahre                        | Stupidus<br>(sinnlos)                   | Schuldunfähig<br>Heiratsunfähig<br>Geschäftsunfähig  |
| <p><b>Paolo Zacchia (1584 – 1659)</b></p>   |  |                                     |   |  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Historisches</b>  <b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• J.S. Fr. Böhmer (1704 – 1772) veröffentlichte das erste deutsche Rechtswerk (Elementa jurisprudentia criminalis, 1732) mit einer differenzierten forensisch-psychiatrischen Krankheitslehre. Dies beinhaltete auch drei Grade von IM (stupiditas)</li> <li>• Dies beeinflusste das Preußische Landrecht (1794)</li> <li>• Die erste explizite legislative Erwähnung findet dann im Preußischen Strafrecht (1850, § 40)</li> <li>• Dieser wurde im ersten Strafrecht des Deutschen Reiches (1871, § 51) weitgehend übernommen</li> <li>• Seitdem gab es nur geringfügige Änderungen</li> </ul> <p style="text-align: right;"><br/>Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> <p style="text-align: center;">Seite 14</p>                       | <p><b>Aktuelle Rechtsvorschriften</b>  <b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></p> <p><u>§§ 20, 21 StGB:</u><br/>Ohne Schuld handelt, wer bei der Begehung der Tat wegen einer Krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln</p> <p><u>§ 63 StGB</u><br/>Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.</p> <p style="text-align: right;"><br/>Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> <p style="text-align: center;">Seite 15</p> |
| <p><b>Aktuelle Rechtsvorschriften</b>  <b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></p> <p><u>§ 64 StGB</u></p> <p>Hat jemand den Hang alkoholische oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.<br/>Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vorneherein aussichtslos erscheint.</p> <p style="text-align: right;"><br/>Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> <p style="text-align: center;">Seite 17</p> | <p><b>Aktuelle Rechtsvorschriften</b>  <b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></p> <p>Die Eingangangstmerkmale im Einzelnen:</p> <p><u>Krankhafte seelische Störung:</u></p> <p>bezeichnet psychische Störungen mit körperlicher Ursache</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• endogene Psychosen</li> <li>• exogene Psychosen</li> <li>• Rauschzustände durch Vergiftungen</li> </ul> <p>Cave: hier sind auch Intelligenzstörungen, deren Ursache bekannt ist<br/>(z. B. genetisches Syndrom) einzuordnen</p> <p style="text-align: right;"><br/>Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> <p style="text-align: center;">Seite 18</p>   |
| <p><b>Aktuelle Rechtsvorschriften</b>  <b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></p> <p><b>Besonderheit:</b><br/>Intelligenzstörungen bekannter Genese (z. B. genetische Syndrome) werden hier eingeordnet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die unterschiedliche Einordnung von Intelligenzminderungen bekannter Ursache als Krankhafte seelische Störung und bei unbekannter Ursache als Schwachsinn birgt potentiell erhebliche methodische Schwierigkeiten</li> <li>• Praktisch dürfte Fall 1. nur sehr selten vorkommen</li> </ul> <p style="text-align: right;"><br/>Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> <p style="text-align: center;">Seite 19</p>   | <p><b>Aktuelle Rechtsvorschriften</b>  <b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></p> <p><u>Tiefgreifende Bewusstseinsstörung:</u></p> <p>in Abgrenzung zu den krankhaften seelischen Störungen nicht (somatisch) krankhafte Störungen, die nicht auf nachweisbaren oder postulierten organischen Defekten beruhen, z. B.:<br/>Erschöpfung, Übermüdung, Schlaftrunkenheit, Hypnose (?) sowie hochgradige Affekte („Affektdelikt“)</p> <p>Tiefgreifend ist die Bewusstseinsstörung, wenn sie das Persönlichkeitsgefüge in vergleichbarer Weise beeinträchtigt wie eine krankhafte seelische Störung</p> <p>(BGH NStZ 1983, 280)</p> <p style="text-align: right;"><br/>Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> <p style="text-align: center;">Seite 20</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Aktuelle Rechtsvorschriften</b>  <b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></p> <p><u>Schwachsinn:</u><br/>angeborene oder auf einer seelischen Fehlentwicklung beruhende Intelligenzschwäche</p> <p><u>Schwere andere seelische Abartigkeit (SASA):</u><br/>Psychopathien (Persönlichkeitsstörungen)<br/>Neurosen (abnorme Erlebnisreaktionen)<br/>sex. Triebstörungen (Paraphilien)</p> <p>Es gilt analog zur tiefgreifenden Bewusstseinsstörung das Gebot der „Schwere“</p> <p style="text-align: right;"><br/>Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Seite 21</p> | <p><b>Statistisches</b>  <b>LWL-Universitätsklinik Bochum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „In Deutschland fehlen bislang methodisch fundierte Studien zur Prävalenz psychischer Störungen im Justizvollzug, die größeres repräsentatives Sample einer Gefangenenpopulation mit standardisierten diagnostischen Instrumenten untersuchen und eine an internationalen Klassifikationssystemen orientierte Diagnose erarbeiten“ (Konrad 2003)</li> <li>• Es gibt keine offizielle Statistik zur Anwendung der unterschiedlichen Exkulpationsmerkmale</li> <li>• Die meisten websites forensischer Kliniken weisen bzw. wiesen große Bereiche für „Schwachsinnige“ aus</li> </ul> <p style="text-align: right;"><br/>Für die Menschen<br/>Für Westfalen-Lippe</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Seite 23</p> |
|---|---|

| Autor                      | Jahr | Stichjahr | Population              | Pat. mit IM |      |      |
|----------------------------|------|-----------|-------------------------|-------------|------|------|
|                            |      |           |                         | n           | von  | %    |
| Leygraf                    | 1988 | 1984      | MRV BRD                 |             | 1973 |      |
|                            |      |           | PST + IM                | 502         |      | 25,4 |
|                            |      |           | IM                      | 120         |      | 6,1  |
|                            |      |           | Summe                   | 622         |      | 31,5 |
| Seifert, Leygraf           | 1997 | 1994      | MRV NRW                 |             | 556  |      |
|                            |      |           | PST + IM                | 124         |      | 22,3 |
|                            |      |           | IM                      | 43          |      | 7,7  |
|                            |      |           | Summe                   | 167         |      | 30   |
| Jöckel, Müller-Isberner    | 1994 | 1993      | MRV<br>Hessen           |             |      | 17,6 |
| Prior                      | 1999 |           | MRV HH                  | 10          | 66   | 15   |
| Steinböck                  | 2000 | 2000      | MRV M-Haar              | 3           | 135  | 2,2  |
| Müller- Isberner           | 2007 | 2007      | MRV Haina               |             | 436  |      |
|                            |      |           | PST + IM                | 38          |      | 11,1 |
|                            |      |           | IM                      | 46          |      | 10,5 |
|                            |      |           | Summe                   | 84          |      | 19,3 |
| Seifert, Schmidt-Quernheim | 2010 | 2009      | MRV-Entlassungen<br>NRW | 30          | 321  | 9,3  |

**Statistisches**  **LWL-Universitätsklinik Bochum**

- Brown, Courtless (1971): 9.5 % ID in britischen Gefängnissen
- MacEachron (1979): 1,5 – 5,6 % Inhaftierte in den USA: developmental Disability
- Coid (1988): 5% aller psychiatrisch begutachteten Straftäter: developmental disability
- Gutjonsson (1993): 8 % eines Samples in Polizeigewahrsam in England hat GB
- Murphy et al (1995): no ID in prison at all (England)
- Lyall et al (1995): Gerichtssample in England: 4.4 % leichte GB, 0.4 % schwere GB, 10 % special education
- Hayes (1996): 14 % aller Menschen in einem Gerichtsbezirk in Australien IQ < 70
- Winter et al (1997): 1 % eines Samples in Polizeigewahrsam hat GB
- Mason (1998): 10 % eines Bewährungssamples in England hat GB
- Staufenberg (2000): screening der 3 forensischen high security units in England mit einem Autismusfragebogen (?): 20 % PDD
- Fazel & Danesh (2002): Metaanalyse von 63 Studien (N=23000), mental health in prisoners: GB kein Thema

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 25

**Statistisches**  **LWL-Universitätsklinik Bochum**

Japanisches Justizministerium (2006): 23 % aller kürzlich verurteilten Strafgefangenen IQ < 69

Søndermaa et al (2008): IQ < 70 bei 10,8 % eines Norwegischen Häftlingssamples

Fazel et al (2008): Metaanalyse von 25 Studien (N=16750) Jugendlichen inhaftierten

Fazel et al (2008): Metaanalyse von 10 Studien (N=11969) GB in Haft: 0,5-1,5% GB (Range 0,0-2,8%)

Scheyett et al (2009): Wie wird GB in Haftanstalten (USA) gescreent? 6 % Formal/Test, 53 % Self-report, Rest Ø

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 27

**Statistisches**  **LWL-Universitätsklinik Bochum**

**Promotion T. Schröder (2005):  
Psychische Erkrankungen bei männlichen Gefangenen im geschlossenen Vollzug (N=76, NRW)**

Hoher methodischer Aufwand (z. B. SKID-I & II, CTQ, SCL-90, GAF), soziodemographische Kontrollgruppe

Sechsmonatsprävalenz Achse-I-Störungen: 81,6 %

Sechsmonatsprävalenz Achse-II-Störungen: 43.2 %

Achse-II besteht ausschließlich aus PS

Intellektuelle, kognitive oder sozioemotionale Funktion wurden nicht berücksichtigt!

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 28

**Statistisches**  **LWL-Universitätsklinik Bochum**

**Promotion O. Kestel (2010):**

Delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht – Explorative Untersuchung eines Praxisfeldes

- Fragebogengestützte Untersuchung
- 71 Kliniken angeschrieben
- Rücklauf 43 (60,56%)
- davon 10 mit Spezialisierung

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 30

**(Para)Klinisches**  **LWL-Universitätsklinik Bochum**

**Kasuistik: Atkinson vs. Virginia**

- Daryl Atkinson wurde 1998 im Alter von 18 Jahren wg. Mordes zum Tode verurteilt.
- IQ-Test: 59 (1998)
  - nach Gesetzen von Virginia: geistig behindert (Grenze: IQ < 70)
- Klage vor dem Obersten Gerichtshof der USA:
  - Todesstrafe für Menschen mit GB verfassungswidrig (20.06.2002)
- 2005 erneute Testung: IQ 74
- Geschworenengjury beschließt: keine GB
- Festsetzung der Hinrichtung für den 02.12.2005
- Aussetzung
- 1/2008 Umwandlung in lebenslange Haft wegen verfälschter Zeugenaussagen

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 32

**Klinisches**  **LWL-Universitätsklinik Bochum**

**Kasuistik:**

- Hr. Z, 24 J., F 71-72 (perinatale Hypoxie möglich)
- schon früh Verhaltensauffälligkeiten, Auto- und Fremdaggression
- mehrere Versuche der Förderung in Einrichtungen scheiterten, immer wieder zu Hause versorgt, umfangreiche ambulante Förderung
- lebt zum Deliktzeitpunkt seit 2 Jahren in Behindertenhilfeeinrichtung, offene Wohngruppe
- mehrfach stationäre Behandlungen in psychiatrischen Spezialbereich wg. aggressiver Verhaltensweisen (schlagen, kratzen, spucken, beißen)
- meist Behandlungsabbruch durch Einrichtung oder Vater
- Delikt: Körperverletzung (Mitbewohnerin Finger abgebissen)
- Einrichtung: Krankenhauseinweisung ohne Mitteilung des Sachverhalts
- Akutversorgung des Opfers in Somatik (keine Reaktion der chir. Kollegen)
- keine Benachrichtigung der gesetzl. Betreuerin des Opfers
- nach einigen Tagen Routinebesuch der Betreuerin mit bemerken des „Schadens“ ➢ Strafanzeige

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Seite 34

**Statistisches**



**LWL-Universitätsklinik Bochum**

**(Kestel, 2010)**

|                            | Insgesamt verschickte Fragebögen | Rücklauf  | Keine Menschen mit geistiger Behinderung untergebracht | Anzahl forensische Psychiatrien, in denen Menschen mit geistiger Behinderung untergebracht sind | Anzahl der untergebrachten Menschen mit geistiger Behinderung | Besondere Konzeption vorhanden | Keine besondere Konzeption vorhanden | Bedarf für besondere Konzeption | Kein Bedarf für besondere Konzeption |
|----------------------------|----------------------------------|-----------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Baden-Württemberg          | 8                                | 7         | 3  | 4   | 19  | 2                              | 2                                    | 1                               | 1                                    |
| Bayern                     | 14                               | 7         | 1  | 6   | 32  | 0                              | 6                                    | 4                               | 2                                    |
| Berlin/Brandenburg         | 8                                | 5         | 1  | 4   | 80  | 2                              | 2                                    | 2                               | 0                                    |
| Bremen/Niedersachsen       | 11                               | 6         | 3  | 3   | 35  | 0                              | 3                                    | 3                               | 0                                    |
| Hamburg/Schleswig-Holstein | 3                                | 2         | 1  | 1   | 15  | 1                              | 0                                    | 0                               | 0                                    |
| Hessen                     | 1                                | 1         | 0  | 1   | 52  | 1                              | 0                                    | 0                               | 0                                    |
| Mecklenburg-Vorpommern     | 3                                | 1         | 0  | 1   | 3   | 0                              | 1                                    | 0                               | 1                                    |
| Nordrhein-Westfalen        | 10                               | 10        | 2  | 8   | 152   | 3                              | 5                                    | 2                               | 3                                    |
| Rheinland-Pfalz/Saarland   | 5                                | 1         | 0  | 1   | 8   | 1                              | 0                                    | 0                               | 0                                    |
| Sachsen                    | 5                                | 3         | 2  | 1   |   |                                |                                      |                                 |                                      |
| Sachsen-Anhalt             | 1                                | 0         |  |   |   |                                |                                      |                                 |                                      |
| Thüringen                  | 2                                | 0         |  |   |   |                                |                                      |                                 |                                      |
| <b>Summe</b>               | <b>71</b>                        | <b>43</b> | <b>13</b>  | <b>30</b>   | <b>396</b>  | <b>10</b>                      | <b>19</b>                            | <b>12</b>                       | <b>7</b>                             |

**Klinisches**



**LWL-Universitätsklinik Bochum**

| Diagnostic category | clinical | DC-LD | ICD-10 | DSM-IV-TR |
|---------------------|----------|-------|--------|-----------|
| Psychotic dis       | 4.4      | 3.8   | 2.6    | 3.4       |
| Affective dis       | 6.6      | 5.7   | 4.8    | 3.6       |
| Anxiety dis         | 3.8      | 3.1   | 2.8    | 2.4       |
| OCD                 | 0.7      | 0.5   | 0.2    | 0.2       |
| Organic dis         | 2.2      | 2.1   | 1.9    | 1.7       |
| Abuse               | 1.0      | 0.8   | 0.8    | 0.8       |
| Pica                | 2.0      | 2.0   | 0      | 0.9       |
| Sleep dis           | 0.6      | 0.4   | 0.2    | 0.2       |
| ADHD                | 1.5      | 1.2   | 0.5    | 0.4       |
| Autism              | 7.5      | 4.4   | 2.2    | 2.0       |
| PB                  | 22.5     | 18.7  | 0.1    | 0.1       |
| Personality dis     | 1.0      | 0.8   | 0.7    | 0.7       |
| Other               | 1.4      | 0.8   | 0.7    | 0.4       |
| Σ es PB + Autism    | 22.4     | 19.1  | 14.5   | 13.9      |
| Σ ex Autism         | 37.0     | 32.8  | 14.6   | 14        |
| Σ ex PB             | 28.3     | 22.4  | 16.5   | 15.6      |
| Σ                   | 40.9     | 35.2  | 16.6   | 15.7      |

**Klinisches**



**LWL-Universitätsklinik Bochum**



**Forensische Kliniken in Deutschland (2003)**



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

**Klinisches**



**LWL-Universitätsklinik Bochum**

**Forensisch Psychiatrische Literatur**

| Lehrbuch | Jahr | Seiten | davon GB | %    |
|----------|------|--------|----------|------|
| Nedopil  | 1996 | 278    | 7        | 2,5  |
| Rasch    | 2004 | 420    | 4        | 0,99 |
| Venzlaff | 2009 | 918    | 22       | 2,4  |
| Kröber   | 2010 | 2697   | 71       | 2,6  |
| Lindsay  | 2004 | 345    | 345      | 100  |

Seite 37

(Para)Klinisches



LWL-Universitätsklinik Bochum

| Name                      | State | Race | I.Q.              | Execution Date |
|---------------------------|-------|------|-------------------|----------------|
| 1. Arthur F. Gooden, III  | FL    | W    | 60-63             | 04/05/84       |
| 2. Iwan Ray Stanley       | GA    | B    | 62                | 07/12/84       |
| 3. James DeRose Henry     | FL    | B    | low 70s           | 09/20/84       |
| 4. Morris Odell Mason     | VA    | B    | 62-66             | 06/25/85       |
| 5. James Terry Roach      | SC    | W    | 69-70             | 01/10/86       |
| 6. Jerome Berwick         | GA    | B    | 59-65             | 06/24/86       |
| 7. Willie Celestine       | LA    | W    | (68-81) 77        | 07/20/87       |
| 8. John Brigidon          | LA    | W    | mild MR           | 07/30/87       |
| 9. Horace Dunkins         | AL    | B    | 65-69             | 07/14/89       |
| 10. Alton Wayne           | VA    | B    | probable MR       | 08/30/89       |
| 11. Johnny Ray Anderson   | TX    | W    | 70                | 05/17/90       |
| 12. Dalton Prejran        | LA    | B    | 71-76             | 05/18/90       |
| 13. Ricky Ray Rector      | AR    | B    | MR from lobectomy | 01/24/92       |
| 14. Johnny Frank Garrett  | TX    | W    | dual MR/MI        | 02/11/92       |
| 15. Billy Wayne White     | TX    | B    | 66-69             | 04/21/92       |
| 16. Notlie Lee Martin     | FL    | W    | dual MR/MI        | 05/12/92       |
| 17. Ricky Lee Grubbs      | MO    | W    | 72                | 10/21/92       |
| 18. Cornelius Singleton   | AL    | B    | 55-67             | 11/20/92       |
| 19. Robert Wayne Sawyer   | LA    | W    | 65-68             | 03/05/93       |
| 20. William Henry Hance   | GA    | B    | mild MR           | 03/31/94       |
| 21. Mario Marquez         | TX    | L    | 65                | 01/17/95       |
| 22. Willie Clisby         | AL    | B    | mild MR           | 04/28/95       |
| 23. Varnell Weeks         | AL    | B    | mild MR           | 05/12/95       |
| 24. Givens Davis          | IL    | B    | low borderline MR | 05/17/95       |
| 25. Sylvester Adams       | SC    | B    | 65-69             | 08/18/95       |
| 26. Butry Lee Fairchild   | AR    | B    | 60-63 (note)      | 08/31/95       |
| 27. Walter Milton Correll | VA    | W    | 68                | 01/4/96        |
| 28. Luis Mata             | AZ    | L    | 68-70             | 08/22/96       |
| 29. John Earl Bush        | FL    | B    | low borderline MR | 10/21/96       |
| 30. Frank Middleton       | NC    | B    | 68-69             | 11/22/96       |
| 31. Terry Washington      | TX    | B    | 58-69             | 05/06/97       |
| 32. Tony Mackall          | VA    | B    | 64                | 02/20/98       |
| 33. Reginald Powell       | MO    | B    | 65                | 02/23/98       |
| 34. Robert Carter         | TX    | B    | mild MR           | 05/18/98       |
| 35. Dwayne Allen Wright   | VA    | B    | MR/MI             | 10/14/98       |
| 36. Ronald Yentis         | VA    | W    | 70                | 04/29/99       |
| 37. Norman Lee Newsted    | OK    | W    | MR/MI             | 07/08/99       |
| 38. Raymond James Jones   | TX    | B    | MR                | 09/01/99       |
| 39. David R. Leisure      | MO    | W    | 74                | 09/01/99       |
| 40. Charles Anthony Boyd  | TX    | B    | 64                | 08/3/99        |
| 41. Willie Sullivan       | DE    | B    | 38-70             | 09/24/99       |
| 42. Oliver Cruz           | TX    | L    | 64-76             | 08/09/00       |
| 43. Wanda Jean Allen      | OK    | B    | 69                | 01/11/00       |
| 44. Robert Cleyton        | OK    | W    | 68                | 03/01/01       |

Hinrichtungen an Menschen mit GB von 1984 – 2001 in den USA  
(Keyes & Edwards 2002)



Klinisches



LWL-Universitätsklinik Bochum

- Unterbringung nach 126a StPO
- Begutachtung:
  - Schwachsinn i. S. v. §§ 20 StGB
  - V. a. emotional instabile PST, impulsiver Typ ► SASA
  - Problem: wie werden in der GB-Nomenklatur gebräuchliche Begriffe wie challenging/problem behaviour in juristische Sprache übersetzt
- Einsichts- und Steuerungsfähigkeit aufgehoben
- ► § 63 StGB
- aber: Aussetzung nach § 67 b StGB



Vorrausblickendes



LWL-Universitätsklinik Bochum

- Es besteht sowohl im MRV als auch im Regeljustizsystem erheblicher Bedarf an Erkenntnisgewinn
- Davon abgesehen:
  - Was machen wir mit Menschen, die eine sog. Geistige Behinderung haben und nicht in der Lage sind sich an einige basale gesellschaftliche Regelungen zu halten?



- Dr. Knut Hoffmann  
LWL-Universitätsklinik, Bochum  
www.lwl-uk-bochum.de

## **Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug – Juristische Aspekte zu Prävention, Vollzug und Nachsorge**

**Prof. Dr. Oliver Kestel, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim/Holzminden/Göttingen**

### **Abstract**

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Konvention) geht von dem Gedanken umfassender Teilhabe aus, die sich auf alle Lebensbereiche erstreckt, Präambel e) und Art. 3 c).

Auf Grundlage der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes sind nationale Regelungen menschenrechtskonform auszulegen, dies gilt ausdrücklich auch in Bezug auf die UN-Konvention (Beschluss vom 23.03.2011, Az.: 2 BvR 882/09).

Aufgrund des Rechtsstaatsprinzips des Art. 20 Abs.3 GG ist eine entsprechende Rechtspraxis für Verwaltung und Rechtsprechung zwingend.

Diese Vorgaben wirken sich im Hinblick auf Prävention, Vollzug und Nachsorge vor allem auf zwei Rechtsmaterien aus:

#### **1. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen**

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist die zentrale Leistungsgrundlage, auf der Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen finanziert werden. Somit spielt diese Leistungsform auch eine entscheidende Rolle bei der Gewährleistung von präventiven bzw. nachsorgenden Angeboten für Menschen mit geistiger Behinderung, die straffällig zu werden drohen oder straffällig geworden sind. Zu klären ist, ob aufgrund der sozialrechtlichen Vorgaben sich solche Angebote dem Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe zuordnen lassen.

#### **2. § 136 Strafvollzugsgesetz (StVollG)**

Gemäß § 136 StVollG richtet sich die Behandlung des Untergebrachten nach ärztlichen Gesichtspunkten; der Untergebrachte soll geheilt werden. Schon seit geraumer Zeit wird dieses medizinische Konzept in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung in Zweifel gezogen und Reformen angemahnt. Durch die UN-Konvention ergeben sich neue Impulse für diesen Reformanstoß.

#### **1. Das Spannungsfeld zwischen §67b Abs.1 Strafgesetzbuch (StGB) und den §§ 53 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) XII**

Sofern das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus anordnet, eröffnet § 67b Abs. 1 StGB die Möglichkeit, dass die Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wird. Voraussetzung ist, dass besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Zweck der Maßregel auch durch die Aussetzung erreicht werden kann.

Der Zweck der Maßregel nach § 63 StGB ist nicht die Bestrafung des Täters, sondern der Schutz der Allgemeinheit sowie die Heilung und Besserung des Täters, § 136 Strafvollzugsgesetz (StVollG).

Besondere Umstände sind solche in der Tat, in der Person des Täters, seiner gegenwärtigen oder künftigen Lage, die erwarten lassen, dass die von ihm ausgehende Gefahr weiterer Taten abgewendet oder abgeschwächt wird, so dass zunächst ein Verzicht auf den Vollzug der

Maßregel gewagt werden kann<sup>3</sup>. Die Möglichkeit, Weisungen zu erteilen, sowie der Eintritt der Führungsaufsicht (§ 67b Abs.2 StGB) sind für sich alleine keine „besonderen Umstände“. Als solche kommen z.B. in Betracht:

- die Bereitschaft zur psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung in einer offenen oder geschlossenen staatlich anerkannten Einrichtung<sup>4</sup>,
- eine bereits laufende Unterbringung nach den Landesgesetzen, wenn sich die landesrechtliche Maßnahme als günstiger erweist und eine gezielte Krankenhausbehandlung ermöglicht, wobei die Anordnung der landesrechtlichen Unterbringung nicht Gegenstand einer Bewährungsauflage sein kann<sup>5</sup> und
- die Möglichkeit einer Betreuung und der Unterbringung in einem Heim oder Einrichtung des betreuten Wohnens ist ggf. zu erörtern<sup>6</sup>.

Die letztgenannte Kategorie ist vor allem im Hinblick auf Menschen mit geistiger Behinderung von erheblicher Bedeutung, da sich der Maßregelvollzug gemäß § 136 StVollG nach ärztlichen Gesichtspunkten richtet und dies für den genannten Personenkreis nicht ohne weiteres das geeignete Setting ist<sup>7</sup>.

Da jedoch die in den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe finanzierten Personalschlüssel in der Regel nicht die gebotene engmaschige Begleitung abbilden, stellt sich die Frage nach der rechtlichen Argumentation zur Begründung der Kostenübernahme für die Aufwendungen,

<sup>3</sup> Fischer, § 67b, Rn. 3

<sup>4</sup> Fischer, aaO

<sup>5</sup> Fischer, aaO

<sup>6</sup> Bundesgerichtshof, Beschluss vom 20.12.2001, Az.: 4 StR 379/01, Seite 3, zitiert nach:

<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=2001&nr=21379&pos=11&anz=2408>,

letzter Zugriff: 20.02.2013, 12 Uhr

<sup>7</sup> Nilles, Freese, Müller-Isberner, Seite 228 ff.

die mit der Gewährleistung einer solchen Begleitung einhergehen.

Grundlage bildet hierfür die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 53 ff. SGB XII iVm SGB IX. Unterstellt, dass die straffällig gewordene Person mit geistiger Behinderung dem Grunde nach einen Anspruch auf Eingliederungshilfeleistungen hat, da sie die Leistungsvoraussetzungen des § 53 Abs.1 Satz 1 SGB XII erfüllt, hat der Leistungsträger (hier: Träger der Sozialhilfe) bei der Ausführung der Leistung einen Ermessensspielraum, § 17 Abs. 2 SGB XII. Bei der Ausübung dieses Ermessens sind u.a. die rechtlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten, § 39 Abs. 1 SGB I. In diesem Sinne begrenzend wird der Träger der Sozialhilfe in der Regel dann vor allem zwei Positionen abzuwägen haben. Einerseits den Mehrkostenvorbehalt des § 9 Abs.2 Satz 3 SGB XII und den Anspruch des Menschen mit geistiger Behinderung auf individuelle Bedarfsdeckung nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII andererseits. Die Frage der Nachrangigkeit nach § 2 SGB XII dürfte in dem hier diskutierten Zeitpunkt (noch) keine Rolle spielen, da der Vollzug der Maßregel (noch) nicht angeordnet wurde, sondern es um die Aussetzung zur Bewährung geht.

Bei der skizzierten Abwägung ist u.a. entscheidend, dass nationale Regelungen menschenrechtskonform auszulegen sind, dies gilt ausdrücklich auch in Bezug auf die UN-Konvention<sup>8</sup>. Daraus folgt, dass die Leistungsträger (hier: Träger der Sozialhilfe) bei der Ausübung ihres Ermessens auch die Bestimmungen der UN-Konvention zu beachten haben, die von dem Gedanken umfassender Teilhabe ausgeht, die sich auf alle Lebensbereiche erstreckt, Präambel e) und Art. 3 c). Aufgrund des Rechtsstaatsprinzips des Art. 20 Abs.3 Grundgesetz ist eine ent-

<sup>8</sup> Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 23.03.2011, Az.: 2 BvR 882/09, zitiert nach: [http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110323\\_2bvr088209.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html) letzter Zugriff: 20.02.2013, 12:55 Uhr

sprechende Rechtspraxis für Verwaltung und Rechtsprechung zwingend.

Sofern im Einzelfall sich aus der Bedarfsbeschreibung einerseits ergibt, dass dem Anspruch auf Teilhabe in einem engmaschigen Betreuungssetting besser Geltung verschafft und hierdurch zugleich der Schutz der Allgemeinheit gewährleistet ist, andererseits die Gegebenheiten nach § 136 StVollG eher kontraproduktiv sind, kann sich ein Anspruch auf Übernahme der Mehrkosten ergeben, da insoweit das Ermessen der Träger der Sozialhilfe determiniert ist, weil dem Anspruch auf Teilhabe im Einzelfall besser außerhalb des Maßregelvollzuges entsprochen werden kann.

## 2. Mögliche Auswirkungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Sicherungsverwahrung<sup>9</sup>

Mit seinem Urteil vom 04.05.2011 setzt sich das Bundesverfassungsgericht mit verschiedenen Aspekten der Verfassungsmäßigkeit der Sicherungsverwahrung auseinander. Insbesondere geht es um die Bewertung der Vorschriften über die Sicherungsverwahrung vor dem Hintergrund der menschenrechtskonformen Auslegung.

Das Urteil seinerseits ist in der Folge des Urteils des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte 13.01.2011 zu Kallweit vs. Germany zu sehen<sup>10</sup>, in dem der

<sup>9</sup> Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 04.05.2011, Az.: 2 BvR 2365/09 u.a., zitiert nach:

[http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110504\\_2bvr236509.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110504_2bvr236509.html)

letzter Zugriff: 20.02.2013, 13:14 Uhr

<sup>10</sup> Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte vom 13.01.2011, Kallweit vs. Germany, Application number 17792/07, zitiert nach:

<http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102799>

Gerichtshof prüfte, inwieweit die Sicherungsverwahrung in Deutschland mit den Vorgaben der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten in Einklang steht.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts bezieht sich zwar auf die Sicherungsverwahrung, aufgrund des menschenrechtlichen und damit universellen Ansatzes<sup>11</sup> lassen sich aber – zumal im Lichte der UN-Konvention – einige generelle Aussagen des Urteils entnehmen, die auch aus dem Blickwinkel von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug von (argumentativer) Bedeutung sein können. So kritisiert das Bundesverfassungsgericht, dass

- nicht in ausreichendem Umfange auf die Aussetzung des Vollzuges zur Bewährung hingearbeitet wird<sup>12</sup>,
- Vollzugslockerungen, die auch der Abschätzung der (weiteren) Gefährlichkeit dienen, restriktiv gehandhabt werden<sup>13</sup> und
- die Hürde für die Entlassung häufig im Mangel an strukturierten Kooperationen mit Nachsorgeeinrichtungen/Therapieangeboten usw. bzw. im Mangel an betreuten Wohnmöglichkeiten besteht<sup>14</sup>.

Ähnliche Unzulänglichkeiten werden auch für die Situation des Personenkreises von

letzter Zugriff: 20.02.2013, 13:24 Uhr

<sup>11</sup> vgl. Vienna Declaration and Programme of Action, as adopted by the World Conference on Human Rights on 25 June 1993, zitiert nach:

<http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/%28Symbol%29/A.CONF.157.23.En>

letzter Zugriff: 20.02., 13.35 Uhr

<sup>12</sup> Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 04.05.2011, Az.: 2 BvR 2365/09 u.a., Rn. 125, aaO

<sup>13</sup> Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 04.05.2011, Az.: 2 BvR 2365/09 u.a., Rn. 126, aaO

<sup>14</sup> Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 04.05.2011, Az.: 2 BvR 2365/09 u.a., Rn. 127, aaO

Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug bemängelt<sup>15</sup>.

Der menschenrechtliche (universelle) Ansatz des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes erlaubt – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der UN-Konvention –, einige Maßgaben des Gerichts für die Sicherungsverwahrung auch auf den Maßregelvollzug nach § 63 StGB wie er sich für Menschen mit geistiger Behinderung darstellt, zu übertragen. Die Frage der Verfassungsmäßigkeit drängt sich auf.

### 3. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lassen sich aus juristischer Perspektive folgende Essenzen benennen:

1. Zur Vermeidung der Unterbringung des Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug ist eine interdisziplinäre und präventive Abstimmung zwischen den Beteiligten (Mensch mit geistiger Behinderung, Fachkräfte, rechtliche Betreuer, Gericht, Verteidigung, Staatsanwaltschaft, Gutachter) dringend geboten, um ggf. eine Aussetzung des Vollzuges nach § 67b StGB zu erreichen.
2. In Bezug auf die Erlangung einer Kostenzusage für ein engmaschiges Betreuungsangebot in einer Einrichtung der Behindertenhilfe zur Vermeidung des Maßregelvollzuges besteht rechtlicher Argumentationsspielraum, der sich in Zukunft seinen sozialverwaltungsrechtlichen und (sozial-)gerichtlichen Weg wird ebnen müssen.
3. Verstärktes Hinarbeiten auf die Aussetzung des Vollzuges zur Bewährung durch strukturierte flächendeckende Kooperationen mit Nachsorgeeinrichtungen, was eine erweiterte Angebotslandschaft in der Behindertenhilfe

erforderlich macht. Die hierfür erforderlichen rechtlichen Argumente in dem Diskurs mit den Leistungsträgern können aus dem im Lichte der UN-Konvention auszulegenden Sozialleistungsrecht abgeleitet werden.

4. Auch die menschenrechtskonforme Auslegung des deutschen Verfassungsrechtes verlangt die Beseitigung des normativen Defizits des § 136 StVollG.

### Literatur

Fischer, Thomas „Strafgesetzbuch und Nebengesetze“, 60. Auflage, München 2012

Kestel, Oliver „Delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht – Explorative Untersuchung eines Praxisfeldes“, Erfurt 2010

Nilles, Mechthilde; Freese, Roland; Müller-Isberner, Rüdiger „Geistig behinderte Rechtsbrecher im psychiatrischen Maßregelvollzug“ in ZfStrVo 1995, Seite 228 ff.

Vienna Declaration and Programme of Action, as adopted by the World Conference on Human Rights on 25 June 1993

- **Prof. Dr. Oliver Kestel**  
**Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim/Holzminde/Göttingen**  
**[www.hawk-hhg.de](http://www.hawk-hhg.de)**

<sup>15</sup> Kestel, Seite 140 f., 142 ff.

## **Geistig behinderte Straftäter im Maßregelvollzug - Diagnostik, Behandlung und Entlassung**

**Dr. Beate Eusterschulte, Vitos-Klinik Gießen**

Die Behandlung von geistig behinderten Menschen im Maßregelvollzug setzt nicht nur das Vorhandensein allgemeiner Kenntnisse über diese Störungsgruppe voraus, sondern insbesondere auch das Vorhandensein spezieller Kenntnisse über die allgemeinen Ursachen von Kriminalität, über die spezifischen Charakteristika geistig behinderter Straftäter sowie über die kriminalpräventive Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsmethoden. Deswegen soll im Folgenden, bevor detaillierter auf Diagnostik, Behandlung und Entlassung von geistig behinderten Maßregelvollzugspatienten eingegangen wird, ein kurzer Überblick über wichtige Gesichtspunkte der Kriminalitätsentstehung gegeben werden.

### **Psychische Erkrankung und Delinquenz**

Delinquentes Verhalten tritt in den meisten Fällen nicht „aus dem nichts heraus“ auf, sondern ist die Endstrecke einer meistens langjährigen Entwicklung, die bereits mit genetischen Faktoren sowie prä-, peri- und postnatalen ungünstigen Einflüssen beginnt (z.B. Alkoholkonsum während Schwangerschaft, Sauerstoffmangel unter der Geburt, Umweltgifte). In der Kindheit beobachtet man problematische Persönlichkeitszüge mit Impulsivität, „Risk-taking“, Gefühlskälte in Verbindung mit unterdurchschnittlichen verbalen Fertigkeiten. Treffen auf diese problematischen Persönlichkeitszüge inadäquate Erziehungsmethoden, Ablehnung durch die Peer-Group, antisoziale Kontakte oder Substanzmissbrauch (Gen-Umwelt-Interaktion), so besteht ein hohes Risiko für die Entwicklung an-

tisozialen und delinquenten Verhaltens (Müller-Isberner & Eucker 2012).

Während in einer Studie von Häfner und Böker aus den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts ein Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Delinquenz ganz allgemein verneint wurde (Böker & Häfner 1973), konnte in zahlreichen Folgestudien ein deutlicher Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Gewaltdelinquenz belegt werden (Hodgins, 1992; Hodgins et al., 1996; Corrigan & Watson, 2005). So ist das Gewaltrisiko bei geistig behinderten Männern gegenüber der Durchschnittsbevölkerung um den Faktor 5 erhöht, bei geistig behinderten Frauen um den Faktor 25 (Crocker & Hodgins, 1997). Im Vergleich dazu beobachtet man bei Schizophrenen ein 2-3-fach erhöhtes Gewaltrisiko oder bei Menschen mit Alkohol- und Drogenmissbrauch ein je nach Studie 9-15-fach (Männer) sowie 15-55-fach (Frauen) erhöhtes Gewaltrisiko gegenüber der Durchschnittsbevölkerung.

Die Problematik psychisch kranker Straftäter im Maßregelvollzug liegt nicht nur in der psychischen Störung selber, sondern in dem meist gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Störungen (Komorbidität). Dabei bildet das Risiko jeder einzelnen dieser Störungen das Gesamtrisiko nicht realistisch ab. Besondere Bedeutung kommt insbesondere antisozialen Persönlichkeitsmerkmalen und Substanzkonsum zu. Da wie oben bereits dargelegt, die problematische Entwicklung in vielen Fällen frühzeitig einsetzt, haben wir es oft mit chronischen Krankheitsverläufen zu tun, bei denen vorangegangene Behandlungsversuche in vielen Fällen nicht erfolgreich waren. Das bedeutet in Hinblick auf die Behandlung

aber auch, dass es nicht ausreicht, die jeweiligen Delinquenzfaktoren (Faktoren, die ursächlich zur Begehung des Delikts beigetragen haben) zu identifizieren, einen Deliktzyklus herauszuarbeiten und alternative Handlungsstrategien zu erarbeiten, sondern es müssen auch die chronischen Risikofaktoren, die zu einem instabilen Lebensstil beigetragen haben, wie schlechte Copingstrategien, mangelnde lebenspraktische Fertigkeiten, problematische äußere Lebensumstände, problematische Persönlichkeitsmerkmale in den Fokus der Behandlung gerückt werden.

### **Geistige Behinderung und Kriminalität**

Die Datenlage zu intelligenzgeminderten Straftätern ist sehr uneinheitlich. Es gibt national und international große Unterschiede in den Studiensettings sowie Unterschiede in den Methoden zur Erfassung der Intelligenzminderung. In manchen Studien werden Grenzgebante berücksichtigt, in anderen nicht. Darüber hinaus beeinflussen z.B. auch politische Entscheidungen die Häufigkeit von Straftaten bei Intelligenzgeminderten. So hatte die Deinstitutionalisierung Geistig Behinderter nicht nur die Möglichkeit zu mehr Teilhabe, sondern auch den Zugang zum Strafrechtssystem zur Folge. (Lindsay et al., 2007)

Zahlreiche Untersuchungen in verschiedenen Ländern ergaben, dass die häufigsten Straftaten bei Intelligenzgeminderten Sexualdelikte, Brandstiftung und Körperverletzung sind. Eine Untersuchung von Leygraf (1988) ergab folgende Deliktverteilung: Tötungsdelikte: 12,4%, Körperverletzung: 5,0%, Sexualdelikte: 50,4%, Eigentumsdelikten: 18,2%, Brandstiftung: 13,2%, sonstige Delikte: 0,8%. Häufige psychische Störungen bei intelligenzgeminderten Straftätern sind gemäß einer Untersuchung von Hobson und Rose (2008) Schizophrenie/Psychose (19,3-44,2%), affekti-

ve Störungen (1,6-14,3%), Angststörungen (3,1-13,2%) sowie autistische Symptome (13,1%). Darüber hinaus liegt entsprechend einer Studie von Männynsalo et al. (2009) bei 25% aller intelligenzgeminderten Straftäter eine antisoziale Persönlichkeitsstörung vor. Aufgrund dieser hohen Prävalenz von komorbiden Störungen erscheinen psychiatrische Behandlungsmaßnahmen angezeigt und erfolgversprechend. In einer Untersuchung von Linhorst et al. (2003) konnte gezeigt werden, dass die Rückfallraten innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung einer ambulanten Behandlung bei 25% lagen, während sie in den ersten 6 Monaten nach Abbruch einer ambulanten Behandlung bei 43% lagen. Entscheidend in Hinblick auf eine erfolgreiche Behandlung ist allerdings die präzise Analyse der Delinquenzfaktoren.

In verschiedenen Untersuchungen konnten bei geistig Behinderten in Hinblick auf bestimmte Delikttypen deliktspezifische Variablen herausgearbeitet werden. In Hinblick auf aggressives Verhalten zeigen sich signifikant mehr Fehler in der Beurteilung interpersonaler Situationen und eine geringere Genauigkeit in der Identifizierung der Absichten des Gegenübers (Basquill et al., 2004). Bei intelligenzgeminderten Brandstiftern sind Ärger und Verstimmungen aber auch Anerkennung durch Peers entscheidende Motivatoren. Bei geistig behinderten Sexualstraftätern fiel auf, dass der Kenntnisstand über Sexualität sich über die gesamte Gruppe hinweg nicht von dem bei Sexualstraftätern ohne Intelligenzminderung unterscheidet. (Lunsky et al., 2007; Michie et al., 2006). Betrachtet man einzelne Untergruppen, so können diesbezüglich durchaus Unterschiede vorliegen. In der Vorgeschichte zeigten sich oft Schulabbruch sowie früheres unangemessenes Sexualverhalten (Fyson et al. 2007, Langevin et al. 2007). Straftäter mit geplantem Vorgehen zeigten gegenüber denjenigen mit impulsivungeplanten sexuellen Übergriffen ein

höheres Maß an kognitiven Verzerrungen, Leugnung und negativen Haltungen den Opfern gegenüber (Langdon et al., 2007). Die Bedeutung von Empathie und sozio-moralischem Denken, Faktoren die in der allgemeinen Straftäterpopulation sowohl in der Behandlung als auch in der Forschung eine bedeutende Rolle spielen, wurde bei intelligenzgeminderten Straftätern bisher kaum systematisch untersucht (Langdon et al., 2010). Entsprechend den deliktspezifischen Variablen wurden zahlreiche Behandlungsprogramme entwickelt. Für die Behandlung aggressiven Verhaltens haben sich kognitiv-behaviorale Programme zur Ärgerbehandlung bewährt. Dabei konnte gezeigt werden, dass es sich nicht nur um kurzzeitige Behandlungseffekte handelt, sondern dass die Behandlungserfolge bis zu 10 Jahren anhielten (Allan et al., 2001, Lindsay et al., 2003). Bei der Behandlung von Brandstiftern wurden insbesondere das Training sozialer Fertigkeiten sowie die Erarbeitung des Deliktzyklus in den Mittelpunkt der Behandlung gerückt. Für die Behandlung intelligenzgeminderter Sexualstraftäter liegen inzwischen zahlreiche Behandlungsprogramme vor, in denen Leugnung und kognitive Verzerrung zentrale Gesichtspunkte darstellen. Das Deliktvermeidungsmodell findet in unterschiedlichen Formen Anwendung.

### **Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs**

Für die Behandlung im Maßregelvollzug sind nicht nur das spezifische therapeutische Setting, sondern insbesondere die allgemeinen Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs von Bedeutung. Die Unterbringung erfolgt gegen den Willen der Patienten (Maßregel der Besserung und Sicherung, §63 StGB), die Patienten haben keine freie Arzt-/Therapeutenwahl, die Aufenthaltsdauer liegt bei mehreren Jahren und die Entlassung erfolgt nur bei guter Legalprognose. Bei

Betrachtung dieser Rahmenbedingungen wird deutlich, dass es wohl kaum tiefergehende Einschnitte in die Grundrechte eines Menschen gibt, sodass die Behandlung nicht nur mit besonderer Sorgfalt durchzuführen, sondern auch so kurz wie möglich zu gestalten ist. Der entscheidende Unterschied zu allgemeinspsychiatrischen Behandlungsmaßnahmen liegt darin, dass das Ziel nicht die Heilung oder Remission einer Störung, sondern die Beseitigung der Gefährlichkeit darstellt.

Das bedeutet, dass die Basis sämtlicher kriminaltherapeutischer Maßnahmen die Risikobeurteilung in Hinblick auf erneutes gewalttätiges Verhalten darstellt. Nachdem gezeigt werden konnte, dass die strukturierte professionelle Risikobeurteilung (SPJ) zu einer deutlich verbesserten Vorhersagegenauigkeit führt, wurden zahlreiche strukturierte Prognoseinstrumente entwickelt, die die individuelle Prognosebeurteilung unterstützen. Diese Risikoinstrumente bilden relevante Risikofaktoren ab und unterstützen den Beurteiler insbesondere darin, relevante Gesichtspunkte nicht zu übersehen. In dem von Webster et al (1997) entwickelten Prognoseinstrument HCR-20 werden 10 historische Items aus der Vorgeschichte (Frühere Gewalttaten, Alter bei erster Gewalttat, Substanzmissbrauch etc.), 5 klinische Items (z.B. Mangel an Einsicht, Impulsivität) und 5 Risiko-Items (z.B. keine realistischen Pläne, Mangel an Unterstützung) abgebildet. In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass diese Prognoseinstrumente wie z.B. HCR-20, Psychopathie-Checkliste, VRAG oder Static-99 auch für die Risikobeurteilung intelligenzgeminderter Straftäter geeignet sind (Gray et al., 2007, Lindsay, 2008). Wichtig ist allerdings, dass die Risikobeurteilung nicht allein auf den Ergebnissen der Prognoseinstrumente basieren darf, sondern unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten durchgeführt werden muss. Die Behandlung zielt im nächsten Schritt auf die relevanten Risiken ab. Stehen keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung,

kommen in einzelnen Fällen nur die vorübergehende oder auch länger andauernde Anwendung von Sicherungsmaßnahmen in Frage. Solche Maßnahmen sind z.B. in der Anfangsphase der Behandlung impulskontrollgestörter Patienten solange erforderlich, bis pädagogische oder medikamentöse Behandlungsmaßnahmen erste Erfolge zeigen.

## **Intelligenzgeminderte Straftäter im Maßregelvollzug – Die Praxis**

### **Diagnostik**

Bei intelligenzgeminderten Straftätern im Maßregelvollzug stellt sich die Ausgangssituation bei Aufnahme meistens sehr unübersichtlich dar. In vielen Fällen liegen eine Fülle von psychiatrischen, neurologischen, internistischen und Verhaltensproblemen vor, die ein systematisches und interdisziplinäres diagnostisches Vorgehen unentbehrlich machen. Die Systematik beinhaltet zunächst ein intensives Aktenstudium (sämtliche Unterlagen aus der Vorgeschichte), da gewalttätiges Verhalten in der Vorgeschichte der wichtigste Prädiktor für zukünftiges gewalttätiges Verhalten darstellt. Es sind die angezeigten diagnostischen Maßnahmen zu definieren (cranielle Kernspintomographie, Chromosomenanalyse, Abklärung von Hör- und Sehfähigkeiten etc.). Angesichts der unbefristeten Unterbringung sollte unbedingt eine Zeitachse für die Diagnostik festgelegt werden (max. 3 Monate), und nach Abschluss der Diagnostik müssen sämtliche Ergebnisse zu einem Gesamtbild integriert werden.

Die psychiatrische Abklärung gestaltet sich deutlich schwieriger als bei normintelligenten Patienten, da die Informationen vom Patienten begrenzt sind, nicht selten mehrere psychiatrische Störungen gleichzeitig vorliegen (z.B. Depression, Schizophrenie, sexuelle Deviation) und die Charakteristika der einzelnen Störung mit zunehmender Minderung der

intellektuellen Fähigkeiten von dem typischen Erscheinungsbild abweichen (z.B. aggressives Verhalten als einziges offensichtliches Symptom einer Psychose, Schmerzen als einziges Symptom einer depressiven Störung). Es hat sich als sinnvoll erwiesen, die Patienten aus unterschiedlichen Fachperspektiven systematisch abzuklären. Die psychologische Perspektive umfasst die Abklärung der intellektuellen Fähigkeiten sowie die Erfassung des Entwicklungsstands (z.B. soziale Fertigkeiten, motorische Fertigkeiten, Lesen/Schreiben, Sprache, Impulskontrolle, Einhalten von Regeln) zur Beurteilung der Alltagsfertigkeiten und insbesondere zur Beurteilung des Entwicklungspotentials.

Die somatische Perspektive umfasst insbesondere die Identifizierung von Fehlbildungen, sensorischen Defiziten, neurologischen Problemen (Epilepsie, Spastiken) sowie internistischen Problemen. Hier ist eine Zusammenarbeit mit verschiedensten Konsiliarärzten unumgänglich. Die pflegerische Perspektive fokussiert die systematische Dokumentation von problematischen aber auch prosozialen Verhaltensmustern sowie die besonderen Fertigkeiten und Ressourcen. Hier empfehlen sich systematische digitale Erfassungsinstrumente, die eine Vielzahl von Items abbilden, z.B. Einhalten von Terminen, pünktliche Einnahme von Medikamenten, Einhalten von Absprachen, saubere Kleidung etc.

Besondere Bedeutung kommt bei dieser Patientengruppe der systemischen Perspektive zu, da die Herkunftsfamilie oder Peers in Heimeinrichtungen nicht selten problematische Verhaltensweisen verstärken. Fasst man diese verschiedenen Perspektiven zusammen, kommt man zur forensischen Perspektive. Hier ist als erstes die klare Definition der Delinquenzfaktoren, also der Faktoren, die ursächlich zur Begehung des Delikts beigetragen haben, von Bedeutung. Hierbei kann es sich um Impulsivität, psychotische Denkinhalte, Verhaltensprobleme etc. handeln. Auf diese Delinquenzfakto-

ren zielt die Behandlung ab, um das Rückfallrisiko zu vermindern, wie z.B. die Gabe von Antipsychotika zur Remission der psychotischen Denkinhalte oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen zu Beeinflussung der Impulsivität. Bei geistig behinderten Patienten bedarf es aber zusätzlich der Klärung der Faktoren, die die Behandlung erschweren (z.B. Leseschwierigkeiten, Hörprobleme, Epilepsie, ..), der Faktoren, die letztendlich die Entlassung erschweren können, wie z.B. teure körperliche Erkrankungen, regelmäßige selbstschädigende Verhaltensweisen sowie der Ressourcen, die entscheidende Anknüpfungspunkte für die Behandlung darstellen. Auf diesen diagnostischen Erkenntnissen basiert die strukturierte professionelle Prognosebeurteilung sowie die Therapieplanung.

### **Behandlung**

Den konzeptionellen Rahmen für Behandlungsmaßnahmen im Maßregelvollzug stellt das Rückfallvermeidungsmodell dar. Grundlage dieses Modells ist die Annahme, dass jeder Straftat eine Verhaltenskette vorangeht, die durch interne und externe Faktoren verstärkt wird. (Müller-Isberner & Eucker, 2012). Je früher die zum Delikt führende Verhaltenskette unterbrochen wird, umso geringer ist das Rückfallrisiko. In diesem Modell lassen sich problemlos störungsspezifische Konzepte, Planung von Interventionen oder Risikomanagement integrieren.

An therapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne kommen psychotherapeutische Verfahren (kognitiv-behaviorale Methoden), medikamentöse Behandlung, psychosoziale Verfahren (positives Lernklima, Verhaltenspläne, Großgruppen) sowie Sport-, Arbeits- und Beschäftigungstherapie und strukturierte Freizeitgestaltung zur Anwendung. Letztendlich unterscheiden sich die Behandlungsmethoden im Maßregelvollzug nicht von denen, die in der Allgemeinpsychiatrie zur Anwendung kommen, der Schwer-

punkt liegt jedoch immer auf der Vermeidung eines Rückfalls. Besondere Bedeutung kommt unter den angewendeten Verfahren der kognitiv-behavioralen Therapie zu, die bei Intelligenzgeminderten nachweislich zu positiven Therapieergebnissen führt. Auch hier führt die systematische Herangehensweise mit Problem-, Verhaltens- und Bedingungsanalyse dazu, dass bestimmte Verhaltensmuster sich durch konsequente Interventionen beeinflussen und steuern lassen. Entscheidend ist, die richtigen Verstärker in Hinblick auf erwünschtes Verhalten anzuwenden, wie z.B. Loben des Patienten, individuelle Aktivitäten, Lockerungen etc. Als günstig hat sich erwiesen, wenn das gesamte interprofessionelle Team in dieser therapeutischen Methodik geschult ist. Gesteuert wird die Gesamtbehandlung durch den Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan, der gemäß Maßregelvollzugsgesetz in sechsmonatigen Abständen zu erstellen ist. Eine solche regelmäßige Planung ist angesichts des mehrjährigen Behandlungsverlaufs unverzichtbar und ermöglicht die Priorisierung von Behandlungszielen, die Koordinierung der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen sowie die kritische Würdigung des bisherigen Behandlungsergebnisses. Mit zunehmendem Behandlungsfortschritt werden dem Patienten Lockerungen gewährt (z.B. begleiteter Ausgang, unbegleiteter Ausgang, Stadtausgang etc.), um die Stabilität der erzielten Behandlungserfolge unter zunehmenden Belastungen zu erproben, wie z.B. Suchtmittelabstinenz, Remission der Psychose, Einhalten von Absprachen, Kontrolle pädophiler Impulse.

### **Entlassung**

Bereits bei Aufnahme beginnt mit Prüfung der vorherigen Lebensbedingungen des Patienten und daraus resultierenden Überlegungen hinsichtlich eines möglichen Entlasssettings die Entlassung des Patienten. Diese Entlassplanung setzt sich im Rahmen der Behandlung unter

Berücksichtigung der Risikobeurteilung, Anpassung der Behandlungsschwerpunkte sowie Abgleich der Risikobeurteilung mit entsprechenden Entlasssettings fort. An Entlassvorbereitungen kommen Probewohnen, engmaschige Supervision des Patienten in der Entlasseinrichtung, Kriseninterventionen vor Ort sowie Anpassung des Settings in Betracht. Gemäß hessischem Maßregelvollzugsgesetz wird im Rahmen eines max. 8 Monate andauernden Entlassurlaubs erprobt, ob er in den gegebenen Rahmenbedingungen in der Lage ist, deliktfrei zu leben. In diesem Zeitraum lebt der Patient bereits in der Einrichtung, die Klinik ist aber noch für den Patienten zuständig, sodass jederzeit durch die Klinik Kriseninterventionen erfolgen können oder die Behandlung unter- bzw. abgebrochen werden kann, wenn Auflagen nicht eingehalten werden oder es zu erneutem deliktischem oder deliktähnlichem Verhalten kommt. Nach erfolgreichem Abschluss des Entlassurlaubs wird der Patient der in der Regel 5 Jahre währenden Führungsaufsicht unterstellt, die bei problematischen Verläufen durch die Strafvollstreckungskammer auch entfristet werden kann. Der entlassene Patient erhält in dieser Zeit Auflagen, wird einem Bewährungshelfer zugeteilt und wird im Bundesland Hessen regelmäßig durch die forensisch-psychiatrische Ambulanz gesehen und beurteilt. Wichtig sind in diesem Zeitraum der Führungsaufsicht die gute Vernetzung, die klare Aufgabenteilung und die klare Kommunikation innerhalb des häufig sehr komplexen Helfersystems. Problematisch in Hinblick auf die Entlassung ist die Tatsache, dass für forensische Patienten geeignete Heimplätze nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, was lange Wartezeiten nach sich zieht, die der Patient unnötigerweise in der forensischen Psychiatrie verbringen muss. Die Wartezeiten können unter Umständen Jahre betragen. Es besteht ein Bedarf an hochstrukturierten Heimplätzen mit ausreichender personeller Besetzung und Mög-

lichkeiten der individuell zugeschnittenen Betreuung.

### Literatur

Allan R, Lindsay WR, Mcleod F, Smith AHW (2001): Treatment of women with intellectual disabilities who have been involved with the criminal justice system for reasons of aggression. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 14: 340-347.

Böker W, Häfner H: *Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin, Springer 1973.

Basquill MF, Nezu CM, Nezu AM, Klein TL (2004): Aggression related hostility bias and social problem solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 109: 255-263.

Corrigan PW, Watson A (2005): Findings from the national comorbidity survey on the frequency of violent behaviour in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136 (2-3): 153-162.

Crocker AG, Hodgins S (1997): The criminality of not institutionalized mentally retarded persons: Evidence from a birth cohort followed to age 30. *Criminal Justice and Behaviour*, 24: 432-454.

Fyson R (2007): Young people with learning disabilities who sexually harm others: the role of criminal justice within a multiagency response. *British Journal of Learning Disabilities*, 35: 181-186.

Gray NS, Fitzgerald S, Taylor JC, Macculloch MJ, Snowden RJ (2007): Predicting future reconviction in offenders with intellectual disabilities: The predictive efficacy of VRAG, PCL-SV, and the HCR-20. *Psychological Assessment*, 19 (4): 474-479.

Hobson B, Rose JL (2008): The Mental Health of people with intellectual disabilities who offend. *The Open Criminology Journal*, 1, 12-18.

Hodgins S. (1992): Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49: 476-483.

Hodgins S (1996): Biological factors implicated in the development of criminal behavior.

urs. In: Linden R(Ed.) Criminology: A Canadian perspective, 3rd ed., Brace and Company, Harcorut: 199-235.

Langevin R, Curnoe S (2007): The therapeutic challenge of the learning impaired sex offender. *Sex Offender Treatment*, 2: 1-10.

Langdon PE, Maxted H, Murphy GH (2007): An exploratory evaluation of the ward and Hudson offending pathways model with sex offenders who have intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32: 94-105.

Langdon PE, Clare ICH, Murphy, GH (2010): Developing an understanding of the literature relating to the moral development of people with intellectual disabilities. *Developmental Review*, 30(3) 273-293.

Leygraf N (1988): *Psychisch kranke Straftäter*. Springer Berlin/Heidelberg/New York.

Lindsay WR, Allan R, MacLeod F, Smart N, Smith AH (2003): Long-term treatment and management of violent tendencies of men with intellectual disabilities convicted of assault. *Mental Retardation*, 41: 47-56.

Lindsay WR, Hogue TE, Taylor JL, Steptoe, L, Mooney P, O'Brien G, Johnston S, Smith AHW (2008) Risk assessment in offenders with intellectual disabilities. A comparison across three levels of security. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52 (1) 90-101.

Lindsay W. R., Hastings R. P., Griffiths D. M., Hayes S. C. (2007): Trends and challenges in forensic research on offenders with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(2): 55-61.

Linhorst DM, McCutchen TA, Bennet L (2003): Recidivism among offenders with intellectual disabilities participating in a case

management program. *Research in Developmental Disabilities*, 24: 210-230.

Lunsky Y, Frijters J, Griffiths DM, Watson SL, Williston S (2007): Sexual knowledge and attitudes of men with intellectual disabilities who sexually offend. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32: 74-81.

Männynsalo L, Putkonen H, Lindberg N, Kotilainen I (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3):279-88.

Michie AM, Lindsay WR, Martin V, Grieve A (2006): A test of counterfeit deviance: a comparison of sexual knowledge in groups of sex offenders with intellectual disability and controls. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18: 271-299.

Müller-Isberner R, Eucker S (2012): *Psychische Störung und Kriminalität*. In: Müller-Isberner R, Eucker S: *Praxishandbuch Maßregelvollzug*. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Müller-Isberner R, Eucker S (2012): *Die Praxis der Behandlung*. In: Müller-Isberner R, Eucker S: *Praxishandbuch Maßregelvollzug*. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD (1997): *HCR-20: Assessing the risk für violence (Version2)*. Vancouver, British Columbia, Canada. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

■ **Dr. Beate Eusterschulte**  
**Vitos-Klinik für forensische**  
**Psychiatrie Haina/ Gießen**  
**[www.vitos-haina.de](http://www.vitos-haina.de)**

## **Kriminalität und Delinquenz bei Menschen mit geistiger Behinderung - Formen, Rechtslage, Denk- und Handlungsmuster**

**PD Dr. Ernst Wüllenweber, IFBFB Berlin**

Die Bedeutung von Delinquenz und Kriminalität bezogen auf Menschen mit geistiger Behinderung wird unterschätzt. Erst seit ca. einem Jahrzehnt wird die Thematik in die Diskussion gebracht, allerdings recht häufig im Zusammenhang mit Forensik. Diese Schieflage ist verwunderlich, da der Schwerpunkt der Thematik in den Einrichtungen der Behindertenhilfe liegt. Die weitaus überwiegend Zahl der Delikte ereignet sich im Rahmen der Behindertenhilfe.

Im Zuge der Unbestimmtheit der Diagnosestellungen und des Begriffs der Intelligenzminderung werden zunehmend Erwachsene die kriminell geworden sind, in forensischen Einrichtungen als geistig behindert erklärt. Es handelt sich hierbei um Personen, die vor dieser Zuschreibung nicht im Rahmen der Behindertenhilfe sozialisiert wurden (Sonderschule für geistig Behinderte) oder durch die Behindertenhilfe betreut wurden (Werkstätten, Wohneinrichtungen).

Leider liegen für Deutschland nur unzureichende kriminalstatistische Daten in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung vor. Über die Häufigkeit können daher keine eindeutigen Aussagen gemacht werden. Es ist jedoch von einer hohen Dunkelziffer in den Einrichtungen der Behindertenhilfe auszugehen, wenn man die Häufigkeit von Entwendungen, Sachbeschädigungen und Fremdaggressionen sowie der sexuellen Auffälligkeiten im Überblick betrachtet.

Ich möchte im Folgenden zunächst die Begriffe Delinquenz und Kriminalität klären. Im Hauptteil werden rechtliche Fragen sowie verschiedene Aspekte und Umgangsweisen in Bezug auf Delinquenz und Kriminalität bei Menschen mit geistiger Behinderung erläutert.

Ziel der Ausführungen ist es, spezifische Aspekte und Reaktionsweisen der Umwelt an Beispielen zu beschreiben und zu diskutieren. Dazu werde ich verschiedene Fallbeispiele aus der Praxis in einer thematischen Ordnung referieren und praxisbezogen diskutieren.

### **1. Begriffsklärungen**

#### **Delinquenz**

In der strafrechtlichen Literatur wird Delinquenz häufig mit dem Begriff der „Kinderkriminalität“ gleichgesetzt und weist damit deutlich auf kindlich deliktische Verhaltensweisen hin (Weißer Ring 2000, 17). Um terminologisch eine Differenzierung zwischen normverletzenden Verhaltensweisen von Kindern und denen von Erwachsenen zu erreichen, wurde der Begriff der „Delinquenz“ eingeführt. Dies vor allem mit dem Ziel, auf kognitive, motivationale und entwicklungsbedingte Besonderheiten bei Kindern hinzuweisen (ebd., 18). Zugleich wurde der Begriff der Delinquenz gewählt, um negative Assoziationen, die mit dem Begriff der Kriminalität in Verbindung stehen, zu vermeiden und einer übermäßigen Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken (ebd., 19).

Delinquenz verweist also auf den Bruch von Normen und Regeln, durch Verhaltensweisen, die v.a. noch spielerischen Charakter (z.B. Klauen, Zündeln, Raufen) haben und bei Erwachsenen zu strafrechtlichen Konsequenzen führen würden (Weißer Ring 2000, 19).

#### **Kriminalität**

Die Frage, was unter dem Begriff „Kriminalität“ zu verstehen ist, wird in der Rechtswissenschaft nicht allgemeingültig

definiert. Vielmehr erfolgt eine Begriffsklärung mittels Regelungen, die für die Verwirklichung von Straftatbeständen entsprechende Sanktionen nach sich ziehen. Kaiser (1993, 238) verdeutlicht zum Begriff „Kriminalität“: „Das Verbrechen ... als Sozialerscheinung bezeichnet man als „Kriminalität“. Dieser Begriff meint die Summe der strafrechtlich missbilligten Handlungen. Sie werden gewöhnlich nach Raum (national, regional, lokal) und Zeit sowie Umfang (Zahl der Delikte), Struktur (Art und Schwere der Delikte) und Entwicklung beschrieben ... Kriminalität ist aber keine Wirklichkeit für sich, sondern abhängig von gesellschaftlichen und staatlichen Einrichtungen, die auf Verbrechen antworten, sie verfolgen und ahnden.“

Damit wird deutlich, dass bei der Frage, was Kriminalität ausmacht, vor allem von verletzten Normen ausgegangen wird, die rechtliche Sanktionen zur Folge haben. Dabei entsprechen die Strafgesetze der allgemeinen Auffassung von gesellschaftlichen Normen, deren Verletzung mit Sanktionen gegen den Normbrecher geahndet wird. Ein kriminelles Verhalten kann demnach als solches bewertet werden, wenn ein Strafgesetz verletzt wurde. Dieser eher pragmatische Ansatz scheint vor allem vor dem Hintergrund beständiger Veränderungen des Strafrechts und damit zunehmender Unsicherheiten, wer als kriminell zu betrachten ist, sinnvoll und hilfreich.

## 2. Rechtliche Stellung von Menschen mit geistiger Behinderung

Delikte stellen strafgesetzwidrige Handlungen dar, die aus juristischer Sicht sowohl aus strafrechtlicher (StGB) als auch aus privatrechtlicher Perspektive (BGB) zu beurteilen sind. Zentraler Begriff sowohl aus strafrechtlicher als auch aus privatrechtlicher Sicht ist die „Schuld“, der unterschiedliche Konnotationen enthält.

„Schuld“ stellt im Strafrecht den Vorwurf von rechtswidrigen Handlungen gegen-

über dem Täter dar. Dabei setzt sich das Merkmal der Schuld aus den Elementen der Schuldfähigkeit und dem Unrechtsbewusstsein zusammen. Zu berücksichtigende Schuldausschließungsgründe, die ein Verschulden somit ausschließen, können zum Wegfall der Strafe (§§19-20 StGB) führen. Schuld im strafrechtlichen Sinne wird umso schwerer beurteilt, desto einfacher es für den Täter gewesen wäre, sich rechtstreu zu verhalten (Köbler 1995, 339).

Handelt es sich bei Straftätern um Menschen mit geistiger Behinderung, ist zur Klärung der Schuldfrage zunächst die Schuldfähigkeit (§§19-20 StGB) zum Zeitpunkt der Tat zu beurteilen. Bei dieser Beurteilung sind Verbindungen zur psychischen und intellektuellen Verfassung des Täters zu ziehen und machen Differenzierungen zur Schuldunfähigkeit, verminderten Schuldfähigkeit und bedingten Schuldfähigkeit möglich und notwendig. Dabei scheint die Schuldunfähigkeit im Sinne des Strafrechts für Menschen mit geistiger Behinderung besonders bedeutsam zu sein. Dies vor allem deshalb, weil neben Kindern unter 14 Jahren auch Täter, die zum Tatzeitpunkt unter

- „einer krankhaften seelischen Störung,
- einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung,
- Schwachsinn<sup>16</sup> oder
- anderen seelischen Abartigkeiten“ (Quambusch 2001, 175ff)

leiden und gleichzeitig unfähig sind, das Unrecht ihrer Tat einzusehen oder danach zu handeln, als schuldunfähig beurteilt werden können (ebd.).

Die Zuordnung von Menschen mit geistiger Behinderung in die oben genannten Kategorien, in der Rechtsdiskussion ist allerdings aufgrund einer Unterscheidung zwischen angeborener Intelligenzschwä-

<sup>16</sup> Hier offenbart sich eine völlig überholte Terminologie die auf eine nicht vorhandene Interdisziplinarität v.a. zwischen Geistigbehindertenpädagogik und Juristik verweist.

che und einer geistigen Behinderung aufgrund von hirnorganischen Störungen oder einer frühkindlichen Hirnschädigung nicht immer einfach. Liegt eine geistige Behinderung aufgrund einer angeborenen Intelligenzschwäche vor, ist der Mensch mit geistiger Behinderung zum Schwachsinn zuzuordnen, handelt es sich um exogene Faktoren, die zur geistigen Behinderung führten, erfolgt eine Zuordnung zur krankhaften seelischen Störung (ebd.).

Neben der Frage der Schuldfähigkeit sind gleichzeitig strafmildernde Umstände bei der Festlegung konkreter Strafmaßnahmen (§21 StGB) zu berücksichtigen. Die Strafmilderungsvorschrift geht davon aus, dass Täter mit einer geistigen Behinderung grundsätzlich nicht unfähig sind, sich ordnungsgemäß zu verhalten, dass aber die Normtreue aufgrund ihrer Beeinträchtigung eingeschränkt ist. Allgemein zuverlässige Kriterien, die eine Entscheidungsfindung in Richtung einer vollen Schuldfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit unterstützen, sind nicht verfügbar und machen Klärungen im Einzelfall notwendig. Dazu wird in der Regel ein Sachverständigengutachten angefordert. Darin ist für die zuständigen Richter neben der Intelligenz des Täters auch jenes Maß an Intelligenz zu klären, das zur Vermeidung der Straftat notwendig gewesen wäre. Trotz dieses substantiierten Gutachtens bleibt es Aufgabe des Richters, zu entscheiden, ob der Täter auch mit einer geistigen Behinderung in der Lage war, sein Verhalten als Unrecht zu beurteilen und danach zu handeln. Wird angesichts des Gutachtens allerdings deutlich, dass der Täter mit einer geistigen Behinderung unfähig ist, seine Strafe als Motivation zur Verhaltensänderung zu verstehen, ist von üblichen Strafmaßnahmen abzusehen und gegebenenfalls eine Unterbringung anzuordnen (Quambusch 2001).

Auch aus privatrechtlicher Sicht steht der Begriff der „Schuld“ im Mittelpunkt der Auseinandersetzung mit gesetzeswidrigen Handlungen. Allerdings werden aus dieser Perspektive einerseits Verpflich-

tungen und andererseits Bewertungen seines Verhaltens als vorwerfbar diskutiert und zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit (§ 276 BGB) differenziert.

Als mangelnd verschuldensfähig werden jene Menschen beurteilt, denen es aufgrund einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit unmöglich war, EntschlieBungen für Handlungen von vernünftigen Erwägungen abhängig zu machen. Sichere Kriterien, die eine mangelnde Verschuldensfähigkeit begründen, sind nicht zu finden und können auch aufgrund einer gerichtlichen Betreuung keine Rückschlüsse ermöglichen (Quambusch 2001).

Ähnlich der Frage der Schuldfähigkeit ist die Frage der Verschuldensfähigkeit im Privatrecht mittels eines Sachverständigengutachtens zu klären und lässt nur eine Bejahung oder Verneinung zu. Eine Verschuldensfähigkeit ist dann zu verneinen, wenn ein Mensch mit einer geistigen Behinderung den Grad der geistigen Entwicklung nicht erreicht hat, der es ihm ermöglicht, das Unrecht seiner Tat zu erkennen. Wird eine Verschuldensunfähigkeit festgestellt wird der Täter mit einer geistigen Behinderung von der Haftung freigestellt. Ausnahmen eines Ersatzanspruchs ergeben sich lediglich aus Billigkeitsgründen, wonach auch derjenige für sein Verhalten einzustehen hat, der zwar verschuldensunfähig, aber vermögend ist (Quambusch 2001)

### **3. Menschen mit geistiger Behinderung als Opfer und Täter von Delinquenz und Kriminalität**

Menschen mit geistiger Behinderung als Opfer von Straftaten wurden in der Fachliteratur bisher v.a. in Hinblick auf gegen sie gerichtete Gewalttaten thematisiert, insbesondere sexuelle Gewalt (vgl. Zemp 2002 und Fegert 2002). Die folgende Feststellung von Klauß 2001, 15 fasst den bisherigen Diskussionsstand zusammen: „Menschen mit geistiger Be-

hinderung sind offenbar besonders als Gewaltopfer bedroht ...“.

Ausgehend von unserer Praxiserfahrung möchte ich einige Risikofaktoren im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung aufzeigen. Diese Faktoren möchten wir an Hand von Beispielen verdeutlichen und zur Diskussion stellen:

- Das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung ist durch erhöhte soziale Abhängigkeit gekennzeichnet, die von der Umwelt nachteilig für den behinderten Menschen benutzt werden kann. Nach unserer Erfahrung steht Betrug von behinderten Menschen exemplarisch für einen solchen Straftatbereich. Dieser wird anscheinend sehr häufig durch das nahe Umfeld, also durch Betreuer und Angehörige, verübt.
- Menschen mit geistiger Behinderung zeigen sich nicht selten überfordert, komplexe soziale Situationen zu durchschauen. Sie bemerken daher eine Schädigung oft zu spät oder gar nicht.
- Menschen mit geistiger Behinderung hegen eher selten Misstrauen, sie lassen sich daher leicht z.B. durch Freundlichkeit von einer Tat ablenken.
- Manchen Menschen mit geistiger Behinderung fällt es schwer, über Erlebnisse oder Gefühle zu kommunizieren. Es kann angenommen werden, dass mögliche Täter diesen Umstand einkalkulieren. Trotz sensibler und individualisierter Kommunikationsversuche war es in folgendem Beispiel nicht möglich, Näheres über die schreckliche Tat zu erfahren.

Ein Bewohner eines Wohnheims war für zwei Tage verschwunden. Schließlich wird er von der Polizei aufgegriffen und in die Einrichtung gebracht. Bei einer Untersuchung werden erhebliche Verletzungen am After und ein Bruch des Hüftgelenks diagnostiziert. Obwohl der Bewohner gut sprechen kann, kommuniziert er niemals über die stattgefundenen Ereignisse.

### **Aspekte der Täterrolle bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Bei Delinquenz und Kriminalität mag man eher an benachteiligte Jugendliche denken, weniger jedoch an geistig Behinderte, z.B. Menschen mit Down Syndrom.

Praxiserfahrungen zeigen, dass sich die Taten von Menschen mit geistiger Behinderung vornehmlich gegen andere behinderte Menschen, z.B. andere Wohnheimbewohner oder andere Werkstattmitarbeiter, richten. Mögliche Opfer sind mitunter auch Kinder, so gut wie nie scheint es zu Taten gegenüber ihnen fremden nichtbehinderten Erwachsenen zu kommen.

- Die Entwicklung eines Schuldgefühls ist entwicklungstheoretisch gebunden an die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme (Happé & Frith 1995, 184). Aufgrund von Einschränkungen in diesem Bereich zeigen manche Menschen mit geistiger Behinderung kein Schuldbewusstsein und sind sich der Unrechtmäßigkeit ihrer Tat nicht bewusst.

### **Delinquentes und kriminelles Verhalten als Ausdruck einer Verhaltensstörung**

Die konstatierte Unterschätzung von Delinquenz und Kriminalität durch Menschen mit geistiger Behinderung erscheint v.a. darin begründet, dass ein Großteil der entsprechenden Verhaltensweisen als Verhaltensauffälligkeit, Verhaltensstörung oder psychische Störung interpretiert und damit in einen anderen thematischen Zusammenhang gerückt wird.

Auch in den einschlägigen Arbeiten der Geistigbehindertenpädagogik werden delinquente Verhaltensweisen als Beispiele für Verhaltensauffälligkeiten eingeordnet; So benennt Theunissen 2000, 297ff. folgende Verhaltensweisen, die auch in Bezug auf Delinquenz und Kriminalität diskutiert werden können: Steh-

len, Zerstören, Beschädigen von Objekten, Verstecken, Verlegen oder Wegwerfen von Objekten. Und bei der Bundesvereinigung Lebenshilfe 1996, 17 werden „schwere Fremdaggressionen (z.B. andere schlagen, kratzen, verletzen; Zerstörung von Sachen)“, „dissoziales Verhalten (z.B. Verwahrlosen, Zündeln, Diebstähle)“, „sexuelle Auffälligkeiten (z.B. Exhibitionismus, Onanieren in der Öffentlichkeit, Prostitution, sexuelle Übergriffe auf den Partner)“ genannt.

Die Zuordnung von delinquenten und kriminellen Verhaltensweisen als eine Form von Verhaltensstörung erscheint in der Praxis der Behindertenhilfe vor allem dann zu erfolgen, wenn die entsprechenden Verhaltensweisen (1) bemerkenswert häufig auftreten, (2) kaum Bemühungen zu einer Vertuschung erkennbar und sie (3) keinem sachlichen Zweck, z.B. einem materiellen Vorteil, sondern dominant einem mentalen Motiv zu dienen scheinen.

Als Erklärung für diese Verhaltensauffälligkeiten im Überschneidungsbereich zu Delinquenz werden die allgemein für Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung diskutierten Faktoren genannt. Manche Taten scheinen als Appell nach Aufmerksamkeit, Zuwendung und Gruppenzugehörigkeit interpretierbar. Zudem haben Menschen mit geistiger Behinderung in aller Regel häufige Grenzüberschreitungen erlebt (vgl. Klauß 2001, 13ff.), wodurch sich das Risiko eigener Grenzüberschreitungen erhöht.

Aus Sicht der Praxis der Behindertenhilfe werden v.a. drei Formen von delinquentem Verhalten in den Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen gerückt: sexuelle Auffälligkeiten, Diebstahl bzw. Entwendungen und Aggressionen. Sexuelle Auffälligkeiten und Gewalt sind neben Brandlegungen anscheinend auch die zentralen Problematiken der Forensik bei Menschen mit geistiger Behinderung.

#### **4. Reaktionen auf delinquentes und kriminelles Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung**

##### **Denk- und Handlungsmuster von Eltern und Angehörigen von geistig behinderten Menschen**

- Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung haben oft große Probleme, eine innere Distanz zu ihrem behinderten erwachsenen Kind zu entwickeln. Für sie steht das Wohl ihres Sohnes oder ihrer Tochter an erster Stelle. Sie verhalten sich häufig überfürsorglich und suchen ihr Kind vor Schaden zu schützen. Eltern neigen daher nicht selten zu Verharmlosung einer Tat und zur Unterbetonung der Schuldfähigkeit.
- Aus den gleichen Motiven suchen Eltern und Angehörige „ihre schützende Hand“ einzulegen, um Konsequenzen abzuwenden. Sie sehen sich als Interessenvertreter und versuchen, Probleme individuell zu regeln.
- Eine weitere markante Reaktionsweise von Eltern geistig behinderter Jugendlicher oder Erwachsener ist darin zu sehen, dass sie versuchen, die Mobilität und Selbstständigkeit ihres auffällig gewordenen Sohnes oder ihrer Tochter einzuschränken, um weiteren Taten vorzubeugen.

##### **Denk- und Handlungsmuster in Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie Sonderschulen, Wohneinrichtungen und Werkstätten, zeigen sich verschiedene Reaktionsmuster auf delinquentes und kriminelles Verhalten von geistig behinderten Schülern und Klienten. Diese Reaktionsweisen erscheinen noch heterogener als die Reaktionen durch Eltern und Angehörige:

- Aufgrund der geringen Bedeutungsgewichtung von Delinquenz und Kriminalität kann es zu Simplifizierung, Verharmlosung oder sogar Vertuschung einer Tat kommen. Selbst hier ist

mitunter die Meinung zu hören, die behinderten Menschen wüssten nicht, was sie tun. Dementsprechend wird den geistig behinderten Tätern jegliche Mündigkeit und Verantwortung abgesprochen.

- Umgekehrt kann es zu einer übersteigerten Dramatisierung eines Geschehens kommen. Dies kann z.B. durch die Absicht motiviert sein, Sanktionen zu legitimieren.
- In den Einrichtungen der Behindertenhilfe wird die Frage der Einschaltung von Polizei und Justizbehörden extrem kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite wird angeführt, geistig behinderte Menschen seien sowieso strafunmündig, von daher bringe die Beteiligung der Polizei nichts. Zudem würden die Betroffenen den Zusammenhang nicht verstehen oder sie würden sich aufgewertet fühlen. Dem gegenüber steht das Argument, eine Tat müsse bei behinderten Menschen die gleichen Konsequenzen haben wie bei allen anderen. Zudem bewirke das Eintreffen der Polizei, das Gespräch mit den Polizeibeamten und die Aufnahme eines Protokolls einen abschreckenden Eindruck. Dementsprechend schalten manche Einrichtungen immer die Polizei bzw. Justizbehörden ein, andere nie.
- Nach unserer Beobachtung wird in manchen Einrichtungen mit einem Täter-Opfer-Ausgleich oder mit Wiedergutmachung gearbeitet. Dies wird als Konsequenz und als Beitrag zur Entwicklung von Perspektivübernahme begründet.
- Opfern von Delinquenz und Kriminalität wird teilweise nicht geglaubt oder ihnen wird eine Mitschuld am Geschehen unterstellt. Dies kann bis hin zu einer Tabuisierung des Opferstatus führen. Die Gründe für diese Tabuisierung sind andere, als diejenigen, die zum Verschweigen von verübten Straftatbeständen von Menschen mit geistiger Behinderung führen.

Unserer Meinung nach zählen hierzu:

- fehlende Interessenvertreter,
  - Unterstellung einer mangelnden Glaubwürdigkeit der Opfer,
  - Herunterspielen der Tat durch den Täter, durch andere Beteiligte, aber auch durch das Opfer selbst,
  - (befürchtete) Repressionen durch den Täter oder das soziale Umfeld
  - soziale Abhängigkeit vom Täter.
- Für Opfer von Straftaten scheint in vielen Einrichtungen die Nachsorge zu fehlen. Eine Tat gerät so vorschnell in den Hintergrund, Kränkungen und Verletzungen finden zu wenig Ausdruck und Verarbeitung. Die betroffene Person fühlt sich nicht verstanden, das problematische Geschehen kann nur schwer einen Abschluss finden.
  - MitarbeiterInnen in der Praxis der Behindertenhilfe fühlen sich überfordert mit der komplexen pädagogischen Problematik im Umgang mit Delinquenz und Kriminalität. Es mangelt an Sicherheit im pädagogischen Handeln, vergleichbar den Unsicherheiten wie sie bei anderen pädagogischen Problemstellungen, wie z.B. dem Umgang mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten, feststellbar sind.
  - Zudem entsteht bei Mitarbeitern der Selbstvorwurf des Scheiterns, weil man die Taten nicht verhindern und Opfer nicht entsprechend schützen konnte.

### **Handlungsmuster in der Gesellschaft**

Bisher hat es keinen Ansatz einer Diskussion von Straftaten von Menschen mit geistiger Behinderung gegeben, etwa vergleichbar den Diskussionen zu Gewalt von psychisch kranken Menschen oder der Gewalt an Schulen. Vielmehr lassen

sowohl das Fehlen von kriminalstatistischen Daten und die Praxis der Berichterstattung in der Presse die Vermutung zu, dass das Begehen von Straftaten durch Menschen mit geistiger Behinderung nur bei extremen Vergehen thematisiert und polizeilich geahndet wird. Leichtere Vergehen, wie Ladendiebstähle und Sachbeschädigungen, scheinen vor allem deshalb nicht zu existieren, da diese entweder nur selten polizeilich gemeldet oder die strafrechtliche Verfolgung aufgrund mangelnder Schuldfähigkeit (§20 StGB) erst gar nicht aufgenommen werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass auch in der juristischen Fachliteratur der Umgang mit Delinquenz und Kriminalität bei Menschen mit geistiger Behinderung faktisch nur dann zu existieren scheint, wenn es sich um extreme Tatbestände handelt. Mögliche Gründe liegen unserer Meinung nach sowohl in der Annahme, dass die betreuenden Personen in Wohneinrichtungen oder auch zu Hause für die Vermeidung solcher Taten Sorge zu tragen hätten, als auch darin, dass viele der hier beschriebenen Tatbestände als Marginalien beurteilt werden, die aufgrund der nicht ausreichenden Schadenssumme und dem Fakt der Schuldunfähigkeit in aller Regel eingestellt bzw. erst gar nicht aufgenommen werden.

Liegt jedoch eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung vor, die auch mit den verschiedenen Betreuungsleistungen nicht zu vermeiden oder abzumildern ist, greifen Gerichte ein und verfügen eine Einweisung.

## 5. Schlussbemerkung

Die hier diskutierten Aspekte und Reaktionen haben die Bedeutung der Problematik von Delinquenz und Kriminalität sowohl hinsichtlich der Opfer- wie der Täterperspektive bei geistig behinderten Menschen verdeutlicht. Wir sehen unseren Beitrag als Einstieg in eine weitgehend noch ausstehende, jedoch notwen-

dige Fachdiskussion, indem wir mit deskriptiver Ausrichtung Problemstrukturen und erste Typologisierungen aufgezeigt haben. Ziel der geforderten Fachdiskussion sollte die Bestimmung sachlicher Grundpositionen und pädagogisch-therapeutischer Standards der Unterstützung sein. Einher gehen sollte diese Diskussion mit entsprechender quantitativer und qualitativer Forschung, die auch die Täter, ihr soziales Umfeld, ihre Straftaten und Motive näher beleuchtet.

Ausgehend von einer sich entwickelnden bereichsbezogenen Theorie sollten die Themenbereiche v.a. unter den Aspekten der Selbstbestimmung, Glaubwürdigkeit und Schuldfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung beleuchtet werden. Wir haben in diesem Zusammenhang für die Überschrift die Formulierung „Ein Tabuthema“ gewählt, da man sich bei einer solchen Fachdiskussion in verschiedener Hinsicht auf schwieriges Terrain begibt:

- theoretisch ist die Diskussion u.a. deshalb schwierig, da so gut wie keine schlüssigen Ansätze zu diesen Aspekten ausgearbeitet wurden und von einem extrem konträren Meinungsspektrum auszugehen ist.
- pädagogisch-therapeutisch ist die Diskussion schwierig, da präskriptive bzw. bewertende -insbesondere verharmlosende und stark moralisierende- Positionen, feststellbar sind und vielleicht auch deshalb Interventionskonzepte weitgehend fehlen
- schließlich ist die Diskussion rechtlich schwierig, da die Rechtslage die komplizierten Zusammenhänge nicht zu erfassen vermag und die Problematik bei Juristen kaum auf Interesse zu stoßen scheint.

Dennoch scheint eine Auseinandersetzung und Fachdiskussion langsam in Gang zu kommen. Dabei wird, wie bereits konstatiert, der Selbstbestimmungsaspekt stark betont, z.B. bei Zemp 2002; Thomas u.a. 2002 und Fegert 2002. Bei den Themen Delinquenz

und Kriminalität muss die Frage der Selbstbestimmung u.a. stark hinsichtlich Selbstverantwortung beantwortet werden. Auch hierzu fehlen entsprechende Entwürfe, so dass die Frage von Klauß 2001, 23 vorläufig offen bleiben muss: „Nehmen wir Menschen, als für ihr Leben und Handeln verantwortlich ernst, wenn ihr Verhalten die Grenzen des Ertragbaren für ihre Mitmenschen und das Zusammenleben sprengt – oder wenn sie auch nur im Kaufhaus klauen?“.

Und zu den Aspekten der Glaubwürdigkeit und Schuldfähigkeit ist Zemp 2002, 612 zuzustimmen, die fordert: „Beide Fragen, diejenige der Glaubwürdigkeit und diejenige der Schuldfähigkeit von Menschen mit Behinderung, müssen ... grundsätzlich enttabuisiert werden, ...“.

### Literatur

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.) 1996: Wenn Verhalten auffällt ... Marburg

Fegert, J.M. 2002: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2002, 626-635

Fengler, J. 2003: Beratung von Mitarbeitern in Einrichtungen für geistig behinderte Menschen. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen, 452-475

Klauß, Th. 2001: Pädagogische Reflexionen zum Umgang mit Grenzen und Grenzverlet-

zungen von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Seidel, M. & Hennicke, K. (Hrsg.), 12-29

Köbler, G. 1995: Juristisches Wörterbuch: für Studium und Ausbildung. – 7.neubearb. Aufl. – München

Quambusch, E. 2001: Das Recht der geistig Behinderten. Ein Leitfaden. – 4. völlig neu-  
bearb. Auflage, Freiburg i.B.

Theunissen, G. 2000: Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. 3., überarbeitete Aufl., Bad Heilbrunn

Thomas, H. u.a. 2002: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2002, 636-652

Weißer Ring 2000 (Hrsg.): Zum Umgang mit kindlichen Auffälligkeiten. Eine Untersuchung zum Dunkelfeld und zur Prävention von Kinderdelinquenz in Grundschulen. Mainz

Paul, M. & Wüllenweber, E. 2004: Delinquenz und Kriminalität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Tabuthema. In: Wüllenweber, E. (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart

Zemp, A. 2002: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 2002, 610-625

■ **PD Dr. Ernst Wüllenweber**  
**Institut für Fortbildung, Beratung**  
**und Forschung in der**  
**Behindertenhilfe (IFBFB), Berlin**  
**[www.ifbfb.de](http://www.ifbfb.de)**

## Nachsorge durch Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe für Menschen mit geistiger Behinderung nach Maßregelvollzug

Dr. Wolfgang Bömmel, Bethel.regional, Bielefeld

### Hauptstadt der Diakonie

Bielefeld ist Stammsitz der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel mit fast 17.000 Beschäftigten an vielen Standorten (s. Bild).



In Bielefeld ist Bethel nicht der einzige, aber ein großer Anbieter komplexer Sozialleistungen. Damit unterliegt er - wie jeder große Anbieter - einer besonderen Kritik, aber auch einer besonderen Verantwortung.

Leistungen werden erbracht in Hilfefeldern folgender Sozialgesetzbücher:

- SGB XII: Ambulante und stationäre Eingliederungshilfe, Wohnen, Arbeit, Freizeit

- SGB V: Ambulante und stationäre Behandlung akuter und chronischer Krankheiten, Krankenkasse
- SGB XI: Altenhilfe, Pflegeversicherung
- SGB VII: Jugendhilfe, Erziehungshilfen, Schulen, Ausbildung

### Die Bielefeld-Verschwörung

Seit einigen Jahren kursieren Gerüchte, dass es Bielefeld gar nicht gäbe. Losgetreten durch einen Party-Scherz unter Studenten vor 15 Jahren, begann die Geschichte über die angebliche Nichtexistenz von Bielefeld: **SIE** haben die Existenz des ostwestfälischen Ortes erfunden, **SIE** haben die ganze Welt getäuscht. Sogar die Marketingabteilung der Stadt Bielefeld hat diese Theorie für ihre anstehende 800-Jahr-Feier aufgegriffen (s. Bild).



Angesichts des besonderen Umgangs in der Öffentlichkeit mit dem Thema „Forensik, Nachsorge, Straftäter“ - auf der

einen Seite mit manchmal heftigen, überzogen wirkenden Reaktionen der Öffentlichkeit, auf der anderen Seite mit einer scheinbaren Neigung zu Intransparenz und Geheimhaltung - möchte ich dies als Chance nutzen und für die „verschwörte“ Stadt ergänzen:

**SIE** behaupten:

Es gäbe zwar keine forensische Klinik, es würden dennoch alle schwierigen Menschen betreut werden; Menschen mit Krankheiten und Behinderungen, auch Straftäter und Rechtsbrecher, in ambulanten und stationären Systemen, Wohngruppen, Heimen, Fachkrankenhäusern, Krankenhäusern der Psychiatrie, Behindertenhilfe, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, in der JVA

**SIE** behaupten:

Das sei schon immer so gewesen, aber es hätte keiner gemerkt und gewusst.

Anfang des Jahres wurde in den v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel ein interner Fachtag zum Thema „Forensische Nachsorge“ veranstaltet. Hierbei wurden unter anderem Einrichtungen, in denen entsprechende Arbeit erfolgt, benannt und vorgestellt.

Mich persönlich erstaunte, dass bereits an vielen Orten und in vielen Einrichtungen Arbeit mit forensischem oder ehemals forensischem Klientel stattfindet. Nach eigener Schätzung könnten ca. 0,5 % bis 1,0 % betreuter Menschen einen forensischen Hintergrund haben. Dazu ist von einer „Dunkelziffer“ auszugehen, da auch nicht einheitlich definiert ist, wer alles zu dieser Klientel gehört (z. B. ehemalige Forensiker, die mittlerweile keinerlei Auflagen mehr haben).

**In der aktuellen Situation und Diskussion der Eingliederungshilfe und Behindertenhilfe sind drei Begriffe aus keiner Veranstaltung und Diskussion wegzudenken.**

**Was bedeutet für die forensische Nachsorge...**

**1. Inklusion**

„Includere“ bedeutet wörtlich übersetzt „eingeschlossen sein“.

Nun, das sind forensische Patienten im wahrsten Sinne der Übersetzung viele Jahre ihres Lebens. Der Weg zur Inklusion in der modernen Interpretation als in allen Bereichen der Gesellschaft selbstverständlich angenommener Teilnehmer ist allenfalls ein Fernziel und entspricht nicht der Realität in der forensischen Nachsorge.

So bieten sich als Begrifflichkeiten eher die Bezeichnungen „Exklusion“ und „Integration“ als Zwischenschritte zu einer weitaus späteren möglichen „Inklusion“ an.

**2. UN-Behindertenrechtskonvention**

Die Ausführungen der UN-Behindertenrechtskonvention gelten im Grundsatz zwar für alle, werden aber ganz oder teilweise durch andere Gesetze ausgesetzt; so z.B. für Straftäter bzw. Rechtsbrecher im Status Haft, forensischer Unterbringung und auch forensischer Nachsorge.

**3. Netzwerk**

Austausch und Kommunikation sind wichtig, wie beispielhaft bei dieser Tagung und dem internen Fachtag in Bethel umgesetzt. Ich greife das Zitat einer Kollegin zum Thema Netzwerk auf: „Alle reden davon, aber wer macht’s denn? Wer macht die Spinne?“ Hier ist jeder gefordert, selbst aktiv zu werden und entsprechende Kontakte zu knüpfen oder Strukturen zu schaffen.

## Die dunkle Seite der Psychiatrie

Leserkommentar Süddeutsche Zeitung vom 27.11.2012:

„Die (*forensische*) Psychiatrie ist eines der letzten Machtmittel innerhalb demokratischer Systeme, mit deren Hilfe Leute kaltgestellt oder (vorübergehend) aus dem Verkehr gezogen werden können. Da es sich meist um universitätsnahe also staatliche Institute handelt, werden die Chefs dieser Einrichtungen entsprechend angewiesen“.

Dieser Leserkommentar im SZ-Blog muss einen nachdenklich, aber auch achtsam stimmen. Natürlich ist es eine Einzelmeinung, natürlich kann dies ein „paranoider Spinner“ geschrieben haben.

Andererseits zeigt es die Sorgen und Nöte von Menschen, wenn anderen Menschen in öffentlichen oder nichtöffentlichen Einrichtungen Zwang und Gewalt angetan wird und womöglich die Gründe hierfür und der Umgang nicht transparent sind oder allgemein akzeptiert werden. Schnell bildet sich aus solchen Ängsten Widerstand und Hass.

Mit diesem Dilemma sieht sich jeder konfrontiert, der in einem dieser Bereiche arbeitet, in dem Rechte, Gesetze oder Besonderheiten umgesetzt werden, die mit Freiheitsentziehung, Gewalt, Zwang, Kontrolle zu tun haben. Diese Frage muss sich jede/r in diesem Feld Arbeitende, insbesondere zu Tätigkeitsbeginn gut stellen, gegebenenfalls Beratung und Unterstützung einholen und möglicherweise auch für ein „Nein“ entscheiden.

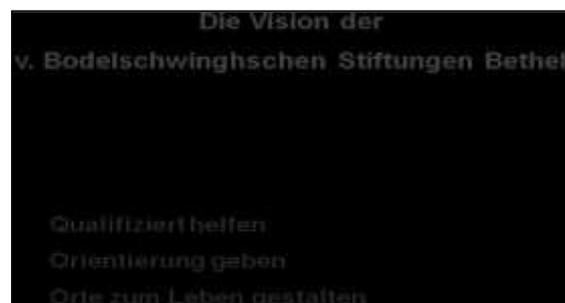
### Was ist und wer macht forensische Nachsorge?

Forensische Nachsorge ist in Deutschland konkret definiert und wird nur von forensischen Kliniken und forensischen Ambu-

lanzen (oft an die Kliniken angeschlossen) durchgeführt. Dies wird in den Bundesländern unterschiedlich umgesetzt. Gemeinsam ist z. B., dass dies nach einer gesonderten, öffentlichen Finanzierung erfolgt.

Die „forensische Nachsorge“, die wir im Rahmen der Eingliederungshilfe in Heimen und ambulanter Betreuung durchführen, müsste man korrekterweise beschreiben: Wir betreuen Menschen, die eine forensische Vorgeschichte haben.

Anmerkung zur Vorgeschichte der Vorgeschichte: 8 von 10 der forensischen Patienten waren bereits vor ihrer Unterbringung in irgendeiner Weise „Teilnehmer“ am Hilfesystem unserer Gesellschaft.



Wir erbringen also Leistungen der Eingliederungshilfe, nicht mehr und nicht weniger.

Der Kern dieser Arbeit ist meines Erachtens gerade für Menschen mit forensischem Hintergrund gut in einer (mittlerweile schon etwas in die Jahre gekommene) These beschrieben:

### Warum tun wir das?

Einige einfache Erklärungsversuche:

- Das haben wir schon immer gemacht
- Das entspricht dem christlich-menschlichen Selbstverständnis
- Das ist eine gesellschaftlich notwendige, gewünschte, tolerierte, geforderte Aufgabe (wer macht`s denn sonst?)

**„Das ihr mir ja keinen abweist...“**

*(Friedrich von Bodelschwingh)*

Die Kirche hat sich zu dieser Aufgabe, nicht nur in jüngster Zeit, bekannt:

„Der Maßregelvollzug ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der die Kirchen ihren besonderen Beitrag leisten können.“

„Wir als Kirche haben die Aufgabe, die Opfer von Straftaten bzw. deren Angehörige seelsorgerlich zu begleiten .... Wir sind konfrontiert mit ihren Fragen, ihrer Not und ohnmächtigen Empörung und suchen mit ihnen nach Hilfe und Bewältigung. Wir nehmen ebenso die Ängste der Bevölkerung ernst.“

Gleichzeitig tragen wir Verantwortung für die Begleitung psychisch kranker Rechtsbrecher und Rechtsbrecherinnen, die fachlich qualifizierter Behandlung bedürfen.

Nur in dieser doppelten Verantwortung kann Kirche für das christliche Menschenbild eintreten, das jedem Menschen unzerstörbare Würde vor Gott und die Chance auf Veränderung und Zukunft zuspricht.“

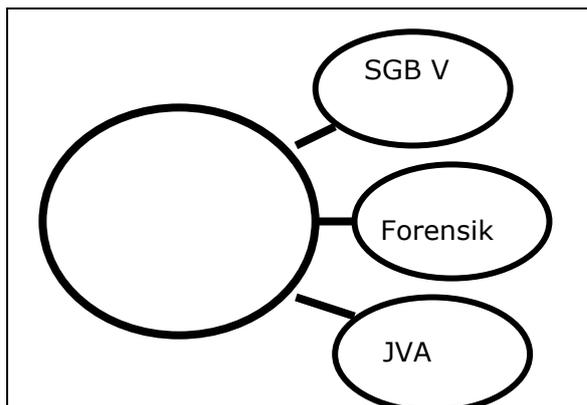
*(Synode der Westfälischen Landeskirche, November 1998)*

„Indem Diakonie Verantwortung wahrnimmt für behinderte und kranke Menschen, tut sie dies selbstverständlich auch für psychisch erkrankte Menschen, die im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung straffällig geworden sind“.

*(„Diakonie und forensische Psychiatrie“, Fachverband Behindertenhilfe in den DW Westfalen und Lippe, Januar 2001)*

**Was passiert bei Straftat/ Rechtsbruch von psychisch Kranken und/oder geistig behinderten Menschen?**

In der Praxis erfolgt eine eher zufällige Zuordnung zu:



Hierzu existieren zwar übergeordnete Bundesgesetze, vieles ist jedoch in Landesgesetzen unterschiedlich geregelt.

Im internationalen Vergleich scheinen diese Regelungen noch unterschiedlicher zu sein.

Ein Anhaltspunkt für die unterschiedliche Umsetzung mag die Anzahl Inhaftierter pro 100.000 Bürger andeuten:

|             |     |
|-------------|-----|
| USA         | 751 |
| Rußland     | 713 |
| Iran        | 212 |
| Mexico      | 196 |
| Deutschland | 91  |
| Dänemark    | 61  |
| Faröer      | 15  |

(Anmerkung zu den Faröer Inseln: Nach dem Vortrag informierte mich ein Teilnehmer, dass es auf den Faröer-Inseln kein Gefängnis gäbe.)

Beispielhaft sei noch angemerkt, dass es in Norwegen per se keine Inhaftierung geistig behinderter Menschen gibt, son-

dern diese einzelfallweise, im Umfang je nach Gefährdung und Wiederholungsgefahr in der jeweiligen Gemeinde betreut werden.

### Bettenentwicklung Psychiatrie und Forensik

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| <b>1980</b>                 |         |
| <b>Allgemeinpsychiatrie</b> | 104.000 |
| <b>Forensik</b>             | 3.225   |
| <b>JVA</b>                  |         |
| <b>1992</b>                 |         |
| <b>Allgemeinpsychiatrie</b> | 75.665  |
| <b>Forensik</b>             | 3.926   |
| <b>JVA</b>                  |         |
| <b>2000</b>                 |         |
| <b>Allgemeinpsychiatrie</b> | 54.000  |
| <b>Forensik</b>             | 5.872   |
| <b>JVA</b>                  |         |
| <b>2008</b>                 |         |
| <b>Allgemeinpsychiatrie</b> | 51.500  |
| <b>Forensik</b>             | 10.500  |
| <b>JVA (2011)</b>           | 60.000  |

Im o.g. Zeitraum haben sich die stationären Psychiatrie-Plätze halbiert, die forensischen Plätze haben sich verdreifacht. Jeder 5. Behandlungsplatz in der Psychiatrie ist forensisch. (Zahlen von Freese 2012)

### Entwicklung der forensischen Nachsorge

|                          |             |             |
|--------------------------|-------------|-------------|
|                          | <b>2006</b> | <b>2010</b> |
| <b>Langzeitburlaubte</b> | 430         | 657         |
| <b>Bedingt entlassen</b> | 895         | 2.019       |
| <b>Weitere</b>           | 175         | 396         |

(Zahlen von Freese 2012)

### Sicherheit und Gefährdung

„Das Schwierige an der Prognose ist, dass sie die Zukunft betrifft“

Mit dieser Feststellung ist mir Ulrich Wickert gut in Erinnerung, vermutlich war er weder der Erste noch der Letzte, der diese Erkenntnis vermittelte.

In der Gefährdungsprognose werden verschiedene Verfahren angewendet, um eine Gefährdungsaussage für die Zukunft zu eruieren. Gutachter und Gerichte versuchen, nach möglichst wissenschaftlichen Kriterien eine Prognose abzugeben. Verwendet werden verschiedene Skalen, Scores, statistische Verfahren. Beispielfhaft genannt sei der HCR-20 sowie der PCL-R.

So wichtig diese prognostischen Einschätzungen sind, stellen sie doch nicht den Schwerpunkt der Arbeit in der Eingliederungshilfe dar. Hier gilt es, ein geeignetes Lebensumfeld zu schaffen. Auch ist es durchaus erlaubt und notwendig, neben dem Verstand auch das Bauchgefühl und das Herz zu Rate zu ziehen. Freilich gilt für beide Prognoseverfahren, dass man auch irren kann und es eine 100%-ige Sicherheit nicht gibt.

### Ausgewählte hilfreiche Erfahrungen

- Feste, möglichst langfristige Ansprechpartner in Forensik und Einrichtung
- Förderung gegenseitigen Vertrauens (z.B. Rücknahmegarantie)
- Kenntnis der jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der Einrichtungen
- Gemeinsames Ziel (am Scheitern hat keine Seite Interesse, es geht nicht ums „Loswerden“)
- Duale Aufnahmeprüfung (Einrichtung, Fachdienst)
- Offene Informationen (Urteil, Gutachten, interne Stellungnahmen), ge-

staffelter Zugang und gesonderte Ablage der Akte

- Überlappende Übergänge trotz fixer Schnitte (gegenseitiges Kennenlernen, Entlassung aus dem MRV, bedingte Entlassung, Führungsaufsicht, Therapie, Freizeit, Arbeit)
- Gegenseitige Hospitationen („jeder Mitarbeitende sollte Forensik einmal gesehen haben“)
- Austausch der beteiligten Helfer (sowohl kleiner wie offizieller Dienstweg, Helferkonferenzen)
- Auflagen und Weisungen erleichtern die Arbeit (kein Alkohol, keine „krummen Geschäfte“, Absprachen einhalten)
- Renaissance der Gruppenarbeit
- Neues Arbeitsfeld, anspruchsvoll, Klientel mit eher leichter geistiger Behinderung

### Offene Punkte

- Wie lange erfolgt eine Nachsorge nach der Nachsorge?
- Wie lange ist jemand „Forensiker“?
- Wann ist der geeignete Zeitpunkt eines völligen „Loslassens“ als Zeichen einer Integration oder Inklusi-

on? Oder geht das gar nicht und der „forensische Stempel“ bleibt wohlmöglich lebenslänglich?

- Umgang mit Krisen und Rückfällen
- Aufgrund des hohen Sicherheitsanspruchs führen auch wenig deliktrelevante Krisen zu Rückführungen und Scheitern einer Beurlaubungsmaßnahme. Dies müsste meines Erachtens weniger absolutistisch geregelt werden können (Vgl. Entwicklung des Umgangs mit Rückfällen im Suchtbereich in den letzten 30 Jahren)
- Umgang mit Straftaten bei Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung in der eigenen oder benachbarten Einrichtung („unter den Teppich kehren“, anzeigen, interne Regelung, „wegbeten“?)

### Last but not least...

...das Thema Öffentlichkeitsarbeit, am liebsten ganz klein gedruckt. Keine Einrichtung tut sich bei diesem Thema leicht; wir auch nicht.

- **Dr. Wolfgang Bömmel**  
**Bethel.regional, Bielefeld**  
**[www.bethel.de](http://www.bethel.de)**

## Die Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf den Maßregelvollzug bei Menschen mit geistiger Behinderung

Antje Welke, Bundesvereinigung Lebenshilfe, Berlin

### Rechtliche Grundlagen des Maßregelvollzugs

Nach § 63 StGB ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen hat und die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Nach § 20 StGB handelt ohne Schuld, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. Unter das Merkmal „Schwachsinn“ werden angeborene Intelligenzminderungen wie insbesondere auch die geistige Behinderung subsumiert. Bei Menschen mit geistiger Behinderung wird daher, wenn eine Straftat begangen und Schuldunfähigkeit festgestellt wird, regelmäßig die Unterbringung im Maßregelvollzug geprüft und im Fall einer entsprechenden Gefahrenprognose auch angeordnet. Die Unterbringung im Maßregelvollzug ist anders als die Haft stets unbefristet. Eine Entlassung findet nur bei guter Legalprognose statt. Der Maßregelvollzug kann jedoch zur Bewährung ausgesetzt werden, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Zweck der Maßregel (Sicherheit und Besserung) auch dadurch erreicht werden kann.

### Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts

Das Bundesverfassungsgericht hat sich in seinem Urteil vom 04.05.2011<sup>17</sup> aufgrund entsprechender Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte<sup>18</sup> umfangreich mit den verfassungs- und völkerrechtlichen Vorgaben zur Sicherungsverwahrung befasst.

Hierbei hat das Gericht u. a. herausgearbeitet, dass der in der Sicherungsverwahrung liegende, schwerwiegende Eingriff in das Freiheitsgrundrecht (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG) nur nach Maßgabe strikter Verhältnismäßigkeitsprüfung und unter Wahrung strenger Anforderungen an die zugrundeliegenden Entscheidungen und die Ausgestaltung des Vollzugs zu rechtfertigen ist. Die Sicherungsverwahrung sei überdies nur zu rechtfertigen, wenn der Gesetzgeber bei ihrer Konzeption dem besonderen Charakter des in ihr liegenden Eingriffs hinreichend Rechnung und dafür Sorge trägt, dass über den unabdingbaren Entzug der „äußeren“ Freiheit hinaus weitere Belastungen vermieden werden. Dem müsse durch einen freiheitsorientierten und therapiegerichteten Vollzug Rechnung getragen werden, der den allein präventiven Charakter der Maßregel sowohl gegenüber dem Untergebrachten als auch gegenüber der Allgemeinheit deut-

<sup>17</sup> BVerfG, 2 BvR 2365/09 vom 04.05.2011.

<sup>18</sup> EGMR, Urteil vom 17.12.2009, Beschwerde-Nr. 19359/04, M. ./.. Deutschland; EGMR, Urteil vom 13.01.2011, Beschwerde-Nr. 17792/07, Kallweit ./.. Deutschland; Urteil vom 13.01.2011, Beschwerde-Nr. 20008/07, Mautes ./.. Deutschland; Urteil vom 13.01.2011, Beschwerde-Nrn. 27360/04 und 42225/07, Schummer ./.. Deutschland.

lich mache. Die Freiheitsentziehung sei – in deutlichem Abstand zum Strafvollzug („Abstandsgebot“, vgl. BVerfGE 109, 133, 166) – so auszugestalten, dass die Perspektive der Wiedererlangung der Freiheit die Praxis der Unterbringung sichtbar bestimme.

Das Bundesverfassungsgericht hat im besagten Urteil (Rn. 111 - 116) des Weiteren vier Prinzipien ausgeführt, welche als Voraussetzungen für eine verfassungsmäßige Sicherungsverwahrung vorliegen müssen:

1. **ultima-ratio-Prinzip:** Die Sicherungsverwahrung darf nur als letztes Mittel angeordnet werden, wenn andere, weniger einschneidende Maßnahmen nicht ausreichen, um dem Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit Rechnung zu tragen.
2. **Individualisierungs- und Intensivierungsgebot:** Zu Beginn des Vollzugs hat unverzüglich eine moderne, wissenschaftlichen Anforderungen entsprechende Behandlungsuntersuchung stattzufinden. Auf dieser Grundlage ist ein Vollzugsplan zu erstellen, aus dem sich ergibt, welche Maßnahmen zur Minimierung der Gefährlichkeit und zur schnellstmöglichen Wiederfreilassung getroffen werden sollen. Hierfür bedarf es einer individuellen und intensiven Betreuung des Untergebrachten durch ein multidisziplinäres Team. Erweisen sich standardisierte Therapiemethoden als ungeeignet, muss ein individuelles Konzept entwickelt werden. Erfolgversprechende Therapien dürfen nicht aus Kostengründen unterbleiben.
3. **Trennungsgebot:** Es muss sichergestellt werden, dass ausreichende Personalkapazitäten zur Verfügung stehen, um die Anforderungen eines freiheitsorientierten und therapiegerichteten Gesamtkonzeptes der Sicherungsverwahrung praktisch zu erfüllen.

4. **Minimierungsgebot:** Die Entlassungsvorbereitung ist mit planmäßigen Hilfen für die Phase nach der Entlassung zu verbinden. Insbesondere muss ein ausreichendes Angebot an Einrichtungen (forensische Ambulanzen, Einrichtungen des betreuten Wohnens u. Ä.) gewährleistet sein, die entlassene Untergebrachte aufnehmen und die erforderliche Betreuung sicherstellen.

Die Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB ähnelt dem Maßregelvollzug nach § 63 StGB im Hinblick auf ihr Ziel (Sicherung und Besserung), ihre Dauer (unbefristet) und auch ihre grundrechtsbeeinträchtigenden Wirkung (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG) stark. Da die Sicherungsverwahrung als weitere Maßregel nach einer Haft und bei Schuldfähigkeit greift, während der Maßregelvollzug statt einer Haft und bei fehlender Schuldfähigkeit zum Einsatz kommt, ist davon auszugehen, dass die vom Bundesverfassungsgericht für die Sicherungsverwahrung aufgestellten Prinzipien erst recht für den Maßregelvollzug nach § 63 StGB gelten müssen.

Dies bedeutet für den Maßregelvollzug gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung:

- dass verstärkt Konzepte zur Therapie in Bezug auf die Milderung der Gefährlichkeit entwickelt und angewandt werden müssen (kürzest mögliche Behandlung, Ziel der Behandlung ist nicht Heilung oder Überwindung der Behinderung, sondern die Beseitigung der Gefährlichkeit) – **Individualisierungs- und Intensivierungsgebot,**
- dass eine präventive Abstimmung zwischen den Beteiligten (Forensik, Untergebrachter, ggf. rechtlicher Betreuer, nachsorgende Einrichtung), um möglichst eine Ausset-

zung des Vollzuges nach § 67b StGB zu erreichen, erforderlich ist, damit die Maßregel so kurz wie möglich zur Anwendung kommt – **Minimierungsgebot**,

- dass Kosten in Bezug auf Maßnahmen, die den Grundrechtseingriff Maßregelvollzug verhindern oder verkürzen können, keine Rolle spielen dürfen. Dies bedeutet auch, dass eine Erweiterung der Angebotslandschaft in der Behindertenhilfe für diesen Personenkreis erforderlich ist – **ultima-ratio-Prinzip sowie Individualisierungs- und Intensivierungsgebot**.

### **Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention**

Laut Art. 14 (Freiheit und Sicherheit der Person) Abs. 1 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gewährleisten die Vertragsstaaten, a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen, und b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

Dieser deutliche Wortlaut des Art. 14 Abs. 1 b) UN-BRK, wirft die Frage auf, ob der Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB nicht grundsätzlich im Widerspruch mit der UN-BRK steht, da er durch seinen Rückbezug auf § 20 und § 21 StGB insgesamt eine besondere Form der Freiheitsentziehung für die betroffenen Personen vorsieht, welche im Wesentlichen unter den weiten Begriff der Menschen mit Behinderungen nach der UN-BRK fallen. Dies ist jedoch nicht der Fall,

da der Maßregelvollzug nur Folge der Schuldunfähigkeitsregelung ist und im Übrigen nicht an die Behinderung, sondern vielmehr an die manifestierte Gefährlichkeit anknüpft.

Die Frage muss also vielmehr lauten, ob § 20 StGB im Widerspruch mit der UN-BRK steht. In Betracht käme, dass die Regelung gegen Art. 5 Abs. 2 UN-BRK (Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung) i. V. m. Art. 2 Abs. 3 UN-BRK (Begriffsbestimmungen) verstößt. Nach Art. 2 Abs. 3 UN-BRK bedeutet „Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird. Allerdings ist festzustellen, dass die Schuldunfähigkeitsregelung des § 20 StGB keine diskriminierende Wirkung im Sinne der dargelegten Definition der UN-BRK entfaltet. Die § 20 StGB innewohnende Unterscheidung aufgrund der Behinderung hat nämlich gerade keine Grundrechtsbeeinträchtigung zur Folge, vielmehr wird durch seine strafbefreiende Wirkung eine Grundrechtsbeeinträchtigung aufgehoben. Aufgrund dieses privilegierenden Charakters der Norm ist ein Verstoß des § 20 StGB gegen Art. 5 Abs. 2 UN-BRK i. V. m. Art. 2 Abs. 3 UN-BRK nicht erkennbar.

Nach Art. 14 Abs. 2 UN-BRK gewährleisten die Vertragsstaaten außerdem, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen. Dieser Pflicht zur Bereitstellung angemessener Vorkehrungen zur Vermeidung von Diskriminierungen aufgrund von Behinderungen muss bei

jeglichen Freiheitsentziehungen somit auch im Maßregelvollzug Rechnung getragen werden. Angemessene Vorkehrungen können in diesem Zusammenhang insbesondere auch das Vorhalten und Anwenden besonderer Therapiemöglichkeiten oder die Verwendung leichter Sprache durch das betreuende Personal sein.

Eine weitere Auswirkung der UN-BRK betrifft den Wortlaut des § 20 StGB. Aus Art. 5 Abs. 2 UN-BRK i. V. m. Art. 2 Abs. 3 UN-BRK ergibt sich das Verbot von Diskriminierungen aufgrund von Behinderungen. Nach Art. 4 Abs. 1 b) UN-BRK (Allgemeine Verpflichtungen) sind alle gesetzgeberischen Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen. Der aktuelle Wortlaut von § 20 StGB („wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit“) hat eindeutig diskriminierenden Charakter, indem er Behinderungen als Störungen, Schwäche und Abartigkeit beschreibt. Diese Zuschreibungen entsprechen nicht dem heutigen Verständnis von Behinderung

und werten Menschen mit Behinderungen ab. Der Gesetzgeber ist somit gefordert, hier einen diskriminierungsfreien neuen Wortlaut zu entwickeln.

### **Schlussbemerkung**

Insgesamt ist festzustellen, dass der Maßregelvollzug einer verstärkten Beachtung bedarf. Sowohl die verfassungs- als auch die menschenrechtlichen Vorgaben sind stärker als bislang in den Blick zu nehmen. Dies bedeutet einerseits erforderliche Veränderungen in der Praxis des Maßregelvollzugs (Individualisierungs- und Intensivierungsgebot, Vorhalten angemessener Vorkehrungen) als auch eine bessere Verzahnung des Maßregelvollzugs mit und einen Ausbau von möglichen Nachsorgeeinrichtungen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe (Minimierungsgebot und ultima-ratio-Prinzip).

- **Antje Welke**  
**Bundesvereinigung Lebenshilfe**  
**Berlin**  
**[www.lebenshilfe.de](http://www.lebenshilfe.de)**

## **Inklusion – auch für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug?**

**Gerd Hoehner, Landschaftsverband Rheinland, Köln**

Ich werde Ihnen im Folgenden zum einen die **Klientel** der geistig behinderten Menschen im MRV im Rheinland charakterisieren; zum andern möchte ich Ihnen Überlegungen zu der Frage der **Betreuung / Versorgung** dieser Menschen nach / außerhalb des MRV vortragen oder – um es etwas praxisnäher zu formulieren – zu der Frage nach den **Entlasshindernissen für geistig behinderten MRV – Patienten**.

Vorweg muss ich allerdings mit einem ganz anderen Aspekt des Themas beginnen:

Ich muss gestehen, dass ich mich in der Vorbereitung dieses Referates ungewöhnlich schwer getan habe und mehrere Anläufe brauchte. Ich habe einige Zeit gebraucht, bis mir klar geworden ist, worin meine inneren Hindernisse begründet waren.

Ich habe mich in der Vorbereitung – wie immer – um eine grundsätzlich positive, optimistische Perspektive des Themas bemüht – wer will schon bei einer Tagung schlechte Stimmung verbreiten! Um es klar zu sagen: Das ist mir im Kern leider nicht gelungen.

Ich hoffe, ich kann ihnen das im Folgenden darstellen, ohne allzu viele Wermutstropfen zu verteilen.

### **Was ist die Aufgabe „Inklusion“?**

Im September 2010 veranstaltete die Universität Siegen eine Fachtagung mit dem Rahmenthema „Auf dem Weg in eine neue Kommunalpolitik: Örtliche Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderung“. Unter Inklusion wurde hier

u. a. die „möglichst umfassende Teilhabe von Menschen mit Behinderung am alltäglichen Leben“ genannt.

In einer Presseerklärung aus Dezember 2011 des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge werden die „Eckpunkte für **inklusive Sozialräume**“ vorgestellt. Hier heißt es u. a., dass „inklusive Sozialräume“ ein barrierefreies Lebensumfeld schaffen für „Menschen mit und ohne Behinderungen, alte und junge Menschen, Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund, (die diese Sozialräume) selbstbestimmt gemeinsam nutzen und mitgestalten können“. „Leitprinzipien“ sind danach eine „Haltung, die Alle einbezieht und Niemanden ausschließt“.

Die frühere Bundesfamilienministerin Rita Süßmuth schreibt im Vorwort zum Handbuch „Inklusion vor Ort“: „Inklusion ist der Schlüssel für eine zukunftsfähige Gesellschaft.“ Weiter heißt es: „Unsere Gesellschaft lebt von der Verschiedenheit.“

Und in einem Präsidiumsbeschluss des Deutschen Vereins heißt es für den Fall, dass Inklusion nicht gelingt, dass „Vernachlässigungen und Ausgrenzungen“ zu befürchten und die „Reparaturarbeiten zum Aufholen missglückter Inklusion“ aufwendig und kostspielig seien.

Für mein Thema ist zunächst ausschlaggebend, dass im Konzept Inklusion der „Andere“, der, der draußen steht, der Ausgeschlossene sich nicht denen, die drin sind, anzupassen hat. Sondern dass die „Sozialräume“ Platz für die „Anderen“ schaffen oder bereithalten sollen.

Gehen wir davon aus, dass mit dem Begriff „Sozialräume“ Bereiche unseres

gemeinsamen Lebens gemeint sind, dann bedeutet das letztendlich, dass die Menschen, die wir gewöhnlich ausgesondert haben, nun in unserem gemeinsamen Lebensfeld einen Platz haben sollen und dass damit das Anderssein nicht mehr zum Woanderssein wird.

Ich glaube, man wird dieser Forderung gegenüber keine ernstgemeinten Widerstände erheben. Sie ist einfach zu richtig oder auch zu gut, um ernsthaft dagegen sein zu können! Die Frage, die sich hier erhebt, ist eine andere: Warum wird das Richtige so wenig das Wirkliche – oder: Welche sozialpsychologische Funktion hat eigentlich Exklusion?

Ich möchte ihnen nun zunächst die Menschen mit geistiger Behinderung in den Kliniken des Maßregelvollzuges im Rheinland vorstellen.

### (1) Klientel

Derzeit befinden sich knapp **200 Menschen** mit einer geistigen Behinderung im MRV in den Kliniken im Rheinland. Das sind rd. 15 % der auf der Rechtsgrundlage § 63 StGB Untergebrachten.

Über die vergangenen 20 Jahre hinweg ist die Zahl der **Neuaufnahmen** dieser Personengruppe in absoluten Zahlen relativ gleich geblieben: Sie lag mit Schwankungen etwa bei 40 Personen pro Jahr.

Zur Versorgungsstruktur: Im Rheinland (rd. 8,5 Mio Einwohner) werden vom Landschaftsverband Rheinland neun Kliniken der Psychiatrischen Versorgung betrieben. Der Landschaftsverband ist ein kommunaler Träger, der überregionale Aufgaben der kommunalen Versorgung wie z. B. Schulen für Menschen mit Behinderungen, die psychiatrische Krankenhausversorgung u. a. wahrnimmt.

In sechs Kliniken werden MRV – Patienten behandelt (Bedburg – Hau, Viersen, Essen, Langenfeld, Düren, Köln). Derzeit sind insgesamt 1375 Menschen im

Rheinland in der MR nach § 63 StGB untergebracht; hinzu kommen rd. 180 Menschen die nach § 64 StGB unterbracht sind.

An allen Kliniken werden MRV – Patienten mit geistigen Behinderungen behandelt: 64 in Bedburg – Hau, 32 in Düren, 25 in Köln, 32 in Langenfeld, 35 in Viersen. In Bedburg – Hau wurde ein Schwerpunkt für die Betreuung / Behandlung von langfristig anwesenden MRV – Patienten mit geistigen Behinderungen gebildet.

Die MRV - Klientel ist ganz überwiegend **männlich**: 178; bei lediglich 18 Frauen.

Der Anteil von rd. 9 % Frauen ist hier knapp über dem Frauenanteil, wie er sonst im MRV anzutreffen ist (~ 7 %).

Das **Überwiegen der Männer im MRV allgemeinen** ist hauptsächlich durch die **Sexualdelinquenz** bedingt.

Der Anteil der Sexualdelikte an den Unterbringungsdelikten beträgt bei den geistig behinderten Männern 48 %, bei der sonstigen MRV – Klientel 22 %.

Bei Frauen sind keine Sexualdelikte angegeben.

Die Sexualdelinquenz ist somit ein Hauptthema des Maßregelvollzuges allgemein und bei den geistig behinderten MRV – Patienten im Besonderen.

Entsprechend sind die **Unterbringungsdelikte** (der Männer) aufgeteilt:

- Sexualdelikte: 84 (48 %), davon **Missbrauch**: 54 (31 % oder 64,3 % der Sex.Del.)
- Leib + Leben: 52 (29,5 %), davon tödlich: 20 (11 %)
- Brandst.: 29 (16,5 %)
- Raub: 14 (8 %)

D.H.: Knapp die Hälfte der Straftaten der geistig behinderten Männer im MRV, die zur Unterbringung im MRV führen, sind

Sexualstraftaten; von diesen Sexualstraftaten sind wiederum rund zwei Drittel Straftaten gegenüber Kindern.

Betrachtet man also die Probleme von geistig behinderten Maßregelvollzugspatienten, dann muss man neben der Probleme, die Menschen mit geistigen Behinderungen in unserer Gesellschaft haben, als zweiten Aspekt die Sexualdelinquenz im Auge haben.

Im Durchschnitt befinden sich die geistig behinderten MRV – Patienten im Rheinland derzeit seit **9 Jahren in der MR** (8,95).

Im Vergleich mit den anderen Patientengruppen im MRV ist die Behandlungsdauer bei den geistig behinderten MRV – Patienten am längsten.

Die anwesenden geistig behinderten MRV – Patienten sind im Schnitt knapp **35 Jahre alt** (34,7 J).

Das durchschnittliche Alter bei Aufnahme betrug: 33,1 J.

Dabei waren 14 Personen 18 Jahre und jünger bzw. 35 waren 21 Jahre und jünger.

**Entlassungen** i. e. S. aus der Gruppe der geistig behinderten MRV – Patienten kommen selten vor: In den letzten fünf Jahren sind Entlassungen in knapp 10 Fällen geglückt, es ist also nicht nach kurzer oder längerer Zeit zu Rücknahmen gekommen. Dabei wird deutlich, dass hierbei die sehr individuellen Aspekte des Einzelfalles Erfolge oder auch Misserfolge begründet haben.

Als Haupthindernis erweisen sich hier die Sexualdelikte. Einerseits weil das Risiko einer erneuten Straftat grundsätzlich auch nach Jahren fortbesteht; andererseits weil Menschen mit sexual deviantem Verhalten eine erhöhte Skepsis entgegengebracht wird.

Ob es in der konkreten Betreuungspraxis eine Wechselwirkung zwischen dem

grundsätzlichen Risiko einerseits und der den Menschen entgegengebrachten Bedenklichkeit andererseits gibt, ist zu überlegen, hier aber zunächst nicht Thema.

## **(2) Was geschieht im Maßregelvollzug?**

Unsere geistig behinderten Maßregelvollzugspatienten landen in der Regel nach typischen Lebensläufen in der Unterbringung: Sie entstammen sozial desolaten Milieus, befinden sich meist relativ früh in den Institutionen der öffentlichen Erziehung, sind früh mit aggressiven und asozialen Verhaltensweisen auffällig und sind ebenso vergleichsweise früh mit den Gesetzen in Konflikt geraten.

Diese Menschen sind in ihrer Persönlichkeitsentwicklung früh gestört, sie haben sich mit typischen Deformationen ihren abträglichen Lebensmilieus angepasst und sind in den gesellschaftlichen Förderinstitutionen wie Schule, Sonderschule, Berufsförderung u. ä. gescheitert.

Wir haben es häufig mit **unsozialisierten Einzelgängern** in restriktiven und kontrollierenden Lebensräumen zu tun, die ziel- und planlos in den Tag hinein leben und die früh gelernt haben, sich den jeweiligen Umständen einigermaßen anzupassen und die Lücken des Systems für sich zu nutzen.

In asozialen Milieus sind dissoziale Strategien zur Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse keine schlechte Lösung! Aggressive und sexuelle Verhaltensauffälligkeiten werden in diesen Lebensfeldern häufig lange toleriert und gelten als mehr oder weniger „normal“.

Tritt das delinquente Verhalten jedoch über eine innere oder äußere Schwelle z. B. indem Menschen außerhalb der Einrichtungen betroffen sind oder wenn das Verhalten innerhalb der Einrichtung einen kritischen Grad der Gefährdung oder

Störung erreicht, dann bekommt dieses Verhalten eine öffentliche Bedeutung und damit eine eigene Wertigkeit.

Diesem äußeren Prozess der Bedeutungszuschreibung folgt in der Interaktion eine zunehmende Beachtung und in der Folge kommt es zu einer Entwicklung des Einzelnen zu immer problematischeren Verhaltensweisen z. B. im sexuellen Bereich im Sinne einer sich wechselseitig bestätigenden und befördernden Entwicklung.

Das nicht selten gleiche Verhalten wird nun unter dem Scheinwerfer neuer Bewertungskriterien zu einem für die Allgemeinheit gefährlichen Verhalten und unterliegt von nun an weit engeren Bewertungskriterien als vorher. Im Grunde wird eine neue Welt kreiert!

Für die Behandlung im MRV bedeutet dies, dass man das Kunststück fertig bringen muss, in einer institutionellen Öffentlichkeit Zwischenräume zu finden, in denen kritisches Verhalten nicht immer und sofort offiziell, also öffentlich wird.

Die **Arbeit im Maßregelvollzug** lässt sich auf den Ansatz verkürzen, diese degressiven Entwicklungen in eine Vorwärtsbewegung hin zu mehr Sozialität und auch zu mehr Eigenständigkeit oder selbstbestimmtem Leben umzukehren.

Es geht dabei in aller Regel nicht z. B. um den Erwerb neuer „normaler“ sexueller oder aggressiver Verhaltensweisen, sondern um das Unterlassen von Verhaltensweisen, die das menschliche Miteinander stark belasten und um den Erwerb von z. B. Verhaltensweisen in Konflikten, die nicht destruktiv und aversiv sind.

Die Behandlungen sind langwierig. Die Entwicklungen der geistig behinderten Maßregelvollzugspatienten sind nicht selten aufgrund ihrer intellektuellen Be-

grenzungen einerseits und ihrer dissozialen Entwicklungen andererseits sehr störanfällig und letztlich sind die Entwicklungsmöglichkeiten mit Blick auf die Anforderungen eines Lebens außerhalb einer Einrichtung sehr begrenzt.

Bei sehr vielen unserer geistig behinderten Patienten gelingt eine begrenzte Sozialisation im Rahmen der institutionellen Bedingungen und Begrenzungen. Wesentlich für diese Fortschritte ist dabei das besondere Umfeld, das sowohl der intellektuellen Begrenzung wie auch den Verhaltensproblemen im sexuellen und aggressiven Bereich Rechnung trägt.

Wesentlich für diese Entwicklung ist damit ein **nicht normales Umfeld**, ein Umfeld, wie es außerhalb nicht vorkommt.

(2) Die Probleme bei der **Entlassung** von geistig behinderten MRV – Patienten sind aus meiner Sicht zuallererst in der vorherrschenden sexuellen Devianz und erst in zweiter Linie durch die geistige Behinderung der Menschen begründet.

Die Widerstände und Hindernisse haben in der Regel nichts oder wenig mit den Auffälligkeiten zu tun, die in der Intelligenzminderung begründet sind. Vielmehr geht es um die Ängste, die die sexuellen Auffälligkeiten hervorrufen. Zwar werden diese Bedenken meistens als Befürchtungen über Reaktionen der Öffentlichkeit geäußert, wenn dort nämlich bekannt würde, dass man z. B. einen Menschen betreut, der pädosexuelle Straftaten begangen hat. Ich habe jedoch den Eindruck, dass hinter den befürchteten Reaktionen der Anderen, die ja immer gut begründet sind, viel stärker auch die eigenen Ängste verborgen sind und die dann letztlich die mächtigsten Widerstände aufbauen.

### **(3) Inklusiver Sozialraum?**

Mit Blick auf das Thema Inklusion sei nun abschließend die Frage gestellt, ob wir uns einen **inklusiven Sozialraum** vorstellen können, in dem Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer sexuellen Devianz selbstbestimmt gemeinsam mit anderen leben können?

Ich glaube, dass ein solcher inklusiver Lebensraum aus verschiedenen Gründen nicht erreichbar sein wird. Und ich glaube auch nicht, dass die Inklusionsdebatte sexuell abweichendes Verhalten meint, wenn es um die „Leitprinzipien“ einer „Haltung geht, die Alle einbezieht und Niemanden ausschließt“.

Es ist m. E. keine Frage der Toleranz, ob bestimmte hier in Rede stehende sexuelle Verhaltensweisen gesellschaftlich und

strafrechtlich sanktioniert sind oder nicht.

Wenn es also um die Entlassung von geistig behinderten Menschen aus dem MRV geht, bei denen Sexualdelikte zur Unterbringung geführt haben, dann müssen wir jenseits der Forderung nach Inklusion besondere - „exklusive“ - Lebensräume für diese Menschen entwickeln oder wir müssen uns dazu bekennen, dass diese Menschen im MRV verbleiben werden.

■ **Gerd Hoehner**  
**Landschaftsverband Rheinland**  
**Köln**  
**[www.lvr.de](http://www.lvr.de)**

## Handlungsbedarfe und Empfehlungen aus der Expertise der DHG

Prof. Dr. Erik Weber, Ev. Hochschule Darmstadt

### Handlungsbedarfe und Empfehlungen<sup>19</sup>

Zum Ende unserer Fachtagung und als Impuls für die gleich folgende Abschlussrunde mit Vertreter/innen aus DHG, Behindertenhilfe und Maßregelvollzug, möchte ich zusammenfassend *Handlungsbedarfe und Empfehlungen* in Bezug auf Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug formulieren. Dabei werden die ausgewählten Problemfelder, die ich gestern skizziert habe, herangezogen, um übersichtsartig Handlungsbedarfe im Kontext dieses Themas zu benennen, die in Empfehlungen an jeweils zu benennende Akteure in diesem Feld münden.

Die ausgewählten Felder, in denen Handlungsbedarfe zu konstatieren sind, leiten sich aus dem bisher Beschriebenen ab. So sollen hier abschließend folgende Aspekte Berücksichtigung finden: Zunächst das Thema *Dialog und Diskurs*, von dem angenommen wird, das es von fundamentaler Bedeutung für eine weitere Verständigung im Kontext des hier diskutierten ist. Sodann möchte ich nochmals auf die Notwendigkeit des Findens einer *einheitlichen Sprache* in diesem Diskursfeld verwiesen, woran sich Aussagen zur Notwendigkeit konzeptioneller Weiterentwicklungen im Bereich der *Diagnostik*, der *Therapie* und der *Nachsorge* anschließen. Auf einen als notwendig erkannten *Reformbedarf im Strafvoll-*

<sup>19</sup> Der Vortrag basiert (ebenso wie der einführende Vortrag) im Wesentlichen auf der Expertise „Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug“, die der Autor im Auftrag der Deutschen Heilpädagogische Gesellschaft erstellt hat (vgl. DHG 2012). Zum differenzierten Verständnis des hier Wiedergegebenen empfiehlt es sich, die Expertise heranzuziehen.

*zugsgesetz* soll hingewiesen werden und schließlich sollen *Eckpunkte für eine Prophylaxe* im Kontext geistiger Behinderung und Straffälligkeit formuliert werden.

### Dialog und Diskurs

Bezüglich des Themas der Lebenssituation und möglicher Perspektiven von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug habe ich gestern in ausführlicher Form darauf hingewiesen, dass es zwar ein erkennbares Interesse an dieser Thematik gibt und sie bereits mehrfach aus verschiedenen Blickwinkeln zu verschiedenen Gelegenheiten aufgegriffen wurde (vgl. Genvo 2001; Seidel & Hennicke 2001; Paul & Wüllenweber 2004; Vollbach 2004; Hoffmann 2010; Kestel 2010), jedoch immer noch ein Nischendasein einnimmt. Eine gezielte inter- bzw. transdisziplinäre Auseinandersetzung zu diesem Thema steckt im deutschen Sprachraum noch in den Anfängen, eine Rezeption vorliegender und breit ausgearbeiteter Literatur zum Thema (vgl. bspw. Lindsay et al. 2004 und 2010; Taylor 2012) aus dem englischsprachigen Diskurs findet hierzulande so gut wie nicht statt.

Ein sich daraus ergebender Handlungsbedarf wäre die (Wieder-)Aufnahme eines inter- und transdisziplinären Dialogs und Diskurses zum Thema der Perspektiven von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug in Deutschland. Der Impuls hierzu hätte von der Psychiatrie, der Behindertenhilfe und der Rechtswissenschaft auszugehen. Bereits vorhandene fachliche Organisationen wie

die *Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft* (DHG), die *Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung* (DHGSB) und auch die *Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung* (DIFGB) böten sich hier als Diskussionsplattformen an. Die von mir verfasste Expertise versteht sich in diesem Zusammenhang als ersten Schritt und Impulsgeberin.

Konkrete Empfehlung in diesem Zusammenhang ist eine im obigen Sinne zu verabredende Strategie zum weiteren Denken und Handeln im Nachgang zu der heutigen Fachtagung.

### Einheitliche Sprache

Die Tatsache, dass im Kontext des Themas Maßregelvollzug und Menschen mit geistiger Behinderung für den im Mittelpunkt stehenden Personenkreis mehrere, sich teilweise in den Ansätzen widersprechende Begrifflichkeiten Verwendung finden, ist bereits ausführlich erwähnt worden. Kestel (2010) merkt hierzu an, es werde deutlich,

„...dass die Strafrechtswissenschaft den Begriff der geistigen Behinderung nicht kennt und im Rahmen der Psychiatrie Klassifikationssysteme angewandt werden. Beide Fachrichtungen haben einen anderen Ansatz bzw. setzen andere Schwerpunkte (...)“ (ebd., 58).

Dabei kann es nach meiner Auffassung nicht bleiben. Insbesondere auch, weil selbst der in behindertenpädagogischen Kontexten verwendete Begriff der ‚geistigen Behinderung‘ stark in der Kritik steht und längerfristig zu erwarten ist,

dass hier andere, noch zu benennende Begrifflichkeiten, zum Tragen kommen.

Als Handlungsbedarf kann somit formuliert werden, dass die begriffliche Diskussion weiter geführt werden muss, insbesondere unter direktem Einbezug der Menschen, die man mit der Begrifflichkeit ‚geistige Behinderung‘ zu beschreiben versucht. Hier zeigt die Fachdisziplin Behindertenpädagogik noch nicht die notwendige Offenheit für einen demokratischen und gleichberechtigten Diskurs.

Eine Empfehlung ist daher, den Dialog mit der Selbsthilfe (beispielsweise mit *Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V.*) ernsthaft und gezielt aufzunehmen und die im dortigen Diskurs entstehenden Ergebnisse wiederum inter-, trans- und multidisziplinär zu diskutieren. Das ist sicherlich ein eher längerfristiges Vorhaben, welches aber hohe Bedeutung hat. Darüber hinaus sind vorherrschende Menschenbilder in Teilen der Rechtswissenschaft und Psychiatrie in Bezug auf Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung kritisch zu durchleuchten, diskriminierende Faktoren auszuschließen und eine Begrifflichkeit zu finden, die den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention entspricht.

### Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Diagnostik

In Bezug auf den Aspekt der Diagnostik ist zu konstatieren, dass es hier viele Manuale gibt, die eine Diagnosestellung unterstützen können. Die Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten (vgl. Došen et al. 2010) könnte hier eine Orientierung, auch im Kontext einer Diagnosestellung nach begangenen Straftaten durch Menschen mit geistiger Behinderung, bieten. In diesem Manual taucht immer wieder

der Begriff der „multimodalen Fallbeschreibung“ (vgl. ebd., 44) bzw. der „integrativen Diagnose“ (ebd.) auf.

Hier wird deutlich, dass sich Diagnosestellung längst nicht mehr mit nur an der Intelligenzmessung orientierten Verfahren begnügt.

Bezüglich des Maßregelvollzuges haben einige Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug ebenfalls Richtlinien für die Diagnoseerstellung herausgegeben (vgl. Landesbeauftragter für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen 2003), wengleich nicht mit einem Fokus auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung.

Das Thema der Diagnostik ist ein sich stetig weiter entwickelndes und ist natürlich nicht nur im Kontext Delinquenz von Bedeutung. Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, das oben skizzierte Manuale, Leitlinien und Konzepte flächendeckend vorhanden und miteinander vergleichbar wären.

Ein Handlungsbedarf wäre somit, vorhandene diagnostische Inventare, die bei der Beurteilung von Menschen mit geistiger Behinderung im Kontext des Maßregelvollzuges zum Einsatz kommen, zu sammeln, zu beschreiben, kritisch einzuordnen und gegebenenfalls zu modifizieren und zu ergänzen. Eine denkbare und empfohlene Ergänzung wären methodologische (!) Aspekte einer rehistorisierenden Diagnostik, die hier nicht weiter erläutert werden kann, aber nach meiner Ansicht weiterführende Aspekte für eine verstehende Diagnostik liefern kann (vgl. grundlegend zu diesem Thema Jantzen & Lanwer 2011). Denn hinter allen diagnostischen Bemühungen im Kontext von Straffälligkeit im Leben von Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung muss die Frage, warum jemand so (geworden) ist, wie er oder sie ist, im Mittelpunkt stehen. Den Menschen aus seiner Gewordenheit her zu denken, gerade

und in besonderer Weise in Kontexten, die die Grenze unseres allgemeinen Verständnisses überschreiten, ist zentrales Anliegen einer rehistorisierenden Diagnostik. In der Literatur zu diesem Ansatz finden sich bisher leider keine Hinweise auf Lebensgeschichten von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug, jedoch böte eine Ausweitung der Möglichkeiten dieses Ansatzes auf dieses Feld eine fruchtbare und mehr als ergänzende Quelle diagnostischen Erkennens, Erklärens und letztlich Verstehens.

### **Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Therapie und Behandlung**

„Der Schwerpunkt der Behandlungskonzepte liegt deutlich auf den handlungsbezogenen und soziotherapeutischen Anteilen, bei denen die verbale Kommunikation nicht das Hauptmedium darstellt. Neben konkreter Unterstützung im Alltag werden Probleme des sozialen Zusammenlebens zeitnah aufgegriffen. Regelverstöße, impulsives und egozentrisches Verhalten, auch aggressive Kommunikation (Drohungen und Einschüchterungen) werden konsequent eingegrenzt. Selbstkontrolle, Voraussicht, Beurteilungsvermögen, Belohnungsaufschub und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel - also zum Vergewärtigen und Nachvollziehen von Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer - müssen immer wieder eingeübt werden. Dies geschieht anlassbezogen im Stationsalltag oder in Gruppen bzw. durch Rollenspiele. Pädagogik und Ergotherapie habe eine hervorgehobene Bedeutung: Je nach Ausmaß der Behinderung werden die noch verbliebenen Spielräume für schulische und berufliche Förderung ausgeschöpft. Aus dem Bereich der Heilpädagogik werden spezielle Verfahren, unter anderem kognitive

Trainings übernommen. Schließlich kommt der Schaffung eines therapeutischen Milieus eine erhebliche Rolle zu" (Kestel 2010, 150).

Was Kestel (a.a.O.) hier beschreibt, ist nicht die Regel, sondern ist die Zusammenfassung seiner Einschätzung von vorhandenen Konzepten für den Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Es ist davon auszugehen, dass dies in deutschen Kliniken des Maßregelvollzuges immer noch eher die Ausnahme ist.

Ein Handlungsbedarf in der Weiterentwicklung von therapeutischen bzw. Behandlungssettings wäre somit zum einen, adäquate und auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung zugeschnittene Konzeptionen in allen deutschen Maßregelvollzugskliniken bereit zu halten. Zum anderen muss geprüft werden, ob oben genannte therapeutische Maßnahmen nicht auch an anderen Orten durchgeführt werden können, d.h. *außerhalb* der Zuständigkeit einer forensischen Klinik. Der Gefahr von Hospitalisierungsschäden durch lange Verweildauern ist bereits beschrieben worden, und dies hat erhebliche Auswirkungen auf therapeutische Erfolge oder Misserfolge. Daher muss sich auch die Behindertenhilfe an den bereits vorhandenen Übergangsstellen bei einer (Langzeit-) Beurlaubung und/oder bei noch zu schaffenden Übergängen zwischen Maßregelvollzug und einer ebenfalls noch zu gestaltenden Nachsorgeeinheit unter dem Dach der Eingliederungshilfe den Notwendigkeiten der (Weiter-)Entwicklung von förderlichen Unterstützungsprogrammen stellen. Die zentrale Frage hierbei wird sein, was bei einer (Langzeit-) Beurlaubung oder einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug behandelt werden soll und wer dies umsetzt.

### **Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Nachsorge**

„Angesichts der veränderten institutionellen Rahmenbedingungen der Behindertenpädagogik in Richtung dezentraler, offener Wohngruppen, finden (verhaltens-)schwierige Patienten, eventuell noch mit komorbiden Störungen, keine Aufnahme [*in Einrichtungen der Behindertenhilfe; e.w.*] – zumal wenn der Unterbringungsgrund überdies ein Sexualdelikt ist. So wächst der Anteil dieser Patientengruppe in den Maßregelkliniken ungebremst. Für die verbliebenen heilpädagogischen Langzeitwohnheime sind die Patienten mit einer leichten geistigen Behinderung im Hinblick auf ihre kognitiven und lebenspraktischen Fähigkeiten zu kompetent" (Kestel 2012, 151).

Mit dieser durchaus kontrovers zu diskutierenden Anmerkung nennt Kestel (a.a.O.) ein weiteres Problemfeld im Kontext der Weiterentwicklung von nachsorgeorientierten Unterstützungssystemen und -leistungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung, die den Maßregelvollzug verlassen könnten. Hier gilt, wie bei dem oben bereits diskutierten Punkt der (therapeutischen) Behandlungsansätze, dass ein großer Handlungsbedarf darin besteht, heilpädagogische Unterstützungsansätze insofern weiter zu entwickeln, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung, die im Maßregelvollzug waren oder sich im Prozess einer Entlassung befinden, in einem behindertenpädagogischen Setting die Unterstützungsleistungen erhalten, die sie in einer solchen Lebensphase benötigen und dies beispielsweise auch eine zentrale Rolle in Verfahren der individuellen Hilfeplanung einnimmt. Das umfasst ggf. weitere Schutzmaßnahmen und/oder freiheitsentziehende Maßnahmen und eine stetige Begleitung in Krisensituationen. Eine enge Zusammenarbeit mit Organisationseinheiten wie beispielsweise einer Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz (FüNa) wie sie bei-

spielsweise in der LVR-Klinik Bedburg-Hau betrieben wird (vgl. Berg 2011, mdl. Mittl.), ist hierbei von großem Vorteil.

An die Behindertenhilfe kann somit die Empfehlung ausgesprochen werden, oben skizzierte Konzepte (weiter) zu erarbeiten und an den erwähnten und noch zu schaffenden Übergangsstellen zu platzieren. Das gelingt aber nur, wenn sich auch im Kontext des Maßregelvollzuges wesentliche Aspekte verändern, worunter eine Reform des § 136 im StVollzG an erster Stelle steht, wie ich es im Folgenden nochmals kurz beschreiben werde.

### **Reformbedarf im StVollzG**

Der mehrfach erwähnte § 136 im Strafvollzugsgesetz schreibt vor, dass sich eine Behandlung im Maßregelvollzug an ärztlichen Gesichtspunkten auszurichten habe („Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten“; vgl. § 136 StVollzG). Dies führt im Kontext geistiger Behinderung und Maßregelvollzug bestenfalls zu speziell für diesen Personenkreis zugeschnittenen Behandlungs- und Therapieprogrammen (was derzeit noch eher die Ausnahme zu sein scheint), im schlechten Falle aber zu einem Mangel an zielführenden Konzeptionen, was wiederum dazu führen kann, dass es für die betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung dann kaum Therapie-, Entlass- und/oder sonstige Perspektiven gibt (was derzeit eher die Regel zu sein scheint).

Wie bereits erläutert und von Kestel (2010) begründet, ist ein dringender Handlungsbedarf dahingehend festzustellen, dass dieser Paragraph in Bezug auf die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug reformiert und solchermaßen angepasst wird, dass auch beispielsweise

heilpädagogische Gesichtspunkte bei der Behandlung eine ergänzende Rolle spielen müssen. Dies bemerkten auch andere Autoren, z.B. Vollbach (2004):

„Die in § 136 StVollzG festgelegte ärztliche Gesamtverantwortung für alle untergebrachten Patienten sollte in geeigneten Fällen im Laufe der Behandlung und Rehabilitation allmählich zugunsten pädagogischer Förderprogramme zurücktreten“ (a.a.O., 211).

Hier ist der Gesetzgeber gefordert und die von Kestel (a.a.O) erwähnten Möglichkeiten der im Rahmen der Föderalismusreform I auf die Länder übergegangene Gesetzgebungszuständigkeit im Bereich des Strafvollzuges bietet dazu nach wie vor eine Chance.

### **Eckpunkte für eine Prophylaxe**

Zum Ende der hier formulierten Handlungsbedarfe und Empfehlungen soll der Blick noch auf prophylaktische Aspekte gerichtet werden.

Es ist kein leichtes Unterfangen, zu diesem übergeordneten Punkt differenzierte Angaben zu machen, denn Prophylaxe im Kontext delinquenten und/oder kriminellen Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung müsste sich durch viele Lebensbereiche ziehen, von denen hier nur einige ausgewählte und als besonders sensibel angesehene Bereiche genannt sein sollen.

Zunächst ist festzuhalten, ohne dass es zu diesem Punkt gesicherte Erkenntnisse gibt, dass im Kontext der Lebenssituationen von Menschen mit geistiger Behinderung, sofern sie durch Angebote und Dienste der Behindertenhilfe unterstützt

werden, die Sensibilität für delinquentes und/oder kriminelles Verhalten noch nicht ausgeprägt zu sein scheint und solchermaßen beobachtbares Verhalten oft geduldet und/oder verharmlost wird, bis es zu spät ist und es zu einem Delikt kommt. Dabei ist auf die besondere Lebenssituation vieler Menschen mit geistiger Behinderung zu achten, die sich durch „Fremdbestimmung und Erziehungsfehler“ (Wüllenweber 2010, 7) auszeichnet. Wüllenweber (a.a.O.) nennt in diesem Kontext folgende Aspekte, die die Situation von Menschen mit einer geistigen Behinderung kennzeichnen:

- „Menschen mit geistiger Behinderung haben oft diverse Grenzüberschreitungen bei sich selbst erlebt;
- sie sind selbst Opfer von Delinquenz;
- ihre persönliche Intimität (körperlich und kommunikativ) wurde oft nicht eingehalten;
- es ist eine laissez-faire-Haltung in ihrer Erziehung festzustellen;
- eine Verharmlosung des Problems ist erkennbar“ [(vgl. ebd.), modifiziert von e.w.].

Diese Faktoren können delinquente und/oder kriminelle Verhaltensweisen begünstigen und es wäre auch Aufgabe von Prophylaxe, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behindertenhilfe dahingehend zu sensibilisieren und zu professionalisieren, dass sie darauf adäquate Handlungsmöglichkeiten finden. Hier ist beispielsweise denkbar, dass Kolleginnen und Kollegen aus der forensische Psychiatrie, die mit dem Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung Erfahrungen haben, in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe ihr Wissen weitergeben und es zur Entwicklung von prophylaktischen Programmen kommt. Denn dass strafrechtlich relevantes Verhalten im Kontext aktueller Entwicklungen in der Behindertenhilfe zunehmen

könnte, wird von einigen Autoren gesehen.

Ein uneinheitliches, aus Unkenntnis und bisweilen Ratlosigkeit resultierendes Verhalten in den Umwelten der Menschen mit geistiger Behinderung bei delinquentem Verhalten scheint ein großes Problem zu sein, auch ein Problem des Ortes des Auftretens solcher Verhaltensweisen.

Demnach könnten Eckpunkte einer Prophylaxe im Kontext der Lebenssituationen von Menschen mit geistiger Behinderung im Unterstützungssystem der wie folgt umschrieben werden:

- Beim Auftreten von delinquentem und/oder kriminellem Verhalten: Vermeidung von Verharmlosungen und/oder Dramatisierungen;
- Kein falsch verstandener bzw. gut gemeinter Schutz vor Strafe betreiben und Vertuschungsversuche verhindern;
- Als mögliche Konsequenz nicht auch noch Begrenzung von Freiheitsspielräumen der/des Betroffenen betreiben;
- Vermeidung von Pathologisierung der/des Betroffenen;
- Vermeidung von Moralisierung der/des Betroffenen;
- Bestimmung von Kriterien für ein mögliches Einschalten der Polizei;
- Erarbeiten eines gemeinsamen Verständnisses über die Sinnhaftigkeit von Strafverfahren.

Diese Punkte sind zugegebenermaßen immer noch zu wenig konkret. Sie können aber Vorlage für eine dienst- oder einrichtungsinterne Konzeption sein, die auch prophylaktisch ausgerichtet sein will.

Ein letzter Punkt, der im Kontext von zu erarbeitenden prophylaktischen Programmen von Bedeutung ist, ist der As-

pekt der Prophylaxe von sexuell motivierten Straftaten. Hier sind kaum Handlungsprogramme zu erkennen, jedoch ist dies ein existentieller Bereich, der immer noch hoch tabuisiert ist und in dem erhebliche Handlungsunsicherheiten zu erkennen sind.

„Wenn ein Minderbegabter ein aggressives Sexualdelikt beginge, geschehe dies in der Regel aus einer besonderen psychologische Situation heraus, und träfen verschiedene ungünstige Faktoren zusammen, wobei die Minderbegabung nur eine von vielen Bedingungen sei. In solchen Konstellationen richte sich das Gewaltdelikt häufig gegen Kinder oder gegen Frauen, von denen sie abgelehnt worden seien. Von Kindern erhofften sie sich einen leichteren Zugang, weil die Kommunikation mit ihnen für einen geistig Behinderten leichter sei als mit Erwachsenen. Sie erhofften sich manchmal aber auch sexuelle Befriedigung und liebevolle Zuwendung, weil sie diese von Erwachsenen oft nicht haben könnten“ (Braasch 2006, 320).

Braasch (a.a.O.) beschreibt hier ein gängiges Erklärungsmuster zum Auftreten sexueller Gewalt von Menschen mit geistiger Behinderung. Es wäre eine Hauptaufgabe prophylaktischer Bemühungen zur Vermeidung solcher Delikte, dass das Thema Sexualität offen und zielgerichtet in den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe bzw. in allen Unterstützungssystemen für diesen Personenkreis, und auch in Behandlungs- und Therapieprogrammen im Maßregelvollzug angegangen würde. Hier gibt es beispielsweise gute Materialien und Programme von *pro familia* (vgl. u.a. *pro familia* 2011) oder anderen Anbietern. In diesem Bereich scheint aber immer noch ein erheblicher Handlungsbedarf zu beste-

hen, wie es beispielsweise auch eine aktuelle Studie von Schröttle (2012), die das Thema auch in den Kontext von Gewalterfahrungen und -prophylaxe stellt, anmahnt.

Die hier beschriebenen Handlungsbedarfe müssen also erkannt und die hier formulierten Empfehlungen angegangen werden:

- Das Aufnehmen eines inter-, trans- und multidisziplinären Dialoges und Diskurses bezüglich des Themas geistige Behinderung und Maßregelvollzug und eine Ausweitung des Themas im Kontext Forschung;
- das Finden einer einheitlichen Sprache für einen solchen Dialog und Diskurs;
- die konzeptionelle Weiterentwicklungen in den Bereichen Diagnostik (u.a. Berücksichtigung rehistorisierender Elemente in einer Diagnostik), Therapie (erweitertes Verständnis von Therapie, auch unter Berücksichtigung heilpädagogischer Aspekte) und Nachsorge [dies umfasst auch die Notwendigkeit regelhaft finanzierter Ambulanzen (vgl. Kestel 2010, 147)];
- die Berücksichtigung heilpädagogischer Ansätze als Ergänzung zum Primat der ärztlichen Gesichtspunkte und eine auf das Problemfeld Delinquenz/Kriminalität abzielende Individuelle Hilfeplanung;
- das Erstellen prophylaktischer Konzepte *im Vorfeld* eines möglichen strafrechtlich relevanten Vorgehens;
- die Berücksichtigung des Themas der Sexualität Kontext von Menschen mit geistiger Behinderung bei Konzepten einer Prophylaxe.

Zu ergänzen wäre:

- Konzeptionelle Erweiterung von Hilfen im komplementärpsychiatrischen Bereich für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, massiven Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen und forensischer Vorgeschichte (vgl. Vollbach 2004, 211);
- der Auf- und Ausbau spezialisierter Wohn-, Beschäftigungs- und Betreuungsangebote (zu ergänzen wäre: auch Bildungsangebote!) der Einrichtungsträger in der Behindertenhilfe, die durch individuelle Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zu entgelten wären (vgl. ebenfalls Vollbach a.a.O.).

Somit wären Impulse für die nun folgende Abschlussrunde genannt und ich freue mich auf eine angeregte Diskussion.

### Literaturverzeichnis

Berg, J. (2011). Mündliche Mitteilung zur Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz (FüNa), LVR-Klinik Bedburg-Hau; (Gespräch) vom 23.11.2011, Duisburg.

Braasch, M. (2006). Untherapierbare Straftäter im Maßregelvollzug: über den Umgang mit einer problematischen Tätergruppe in Deutschland und den Niederlanden. Mönchengladbach, Godesberg: Forum-Verlag.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.) (2012). Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Expertise von Erik Weber. Darmstadt/Düren: DHG-Schriften.

Došen, A.; Gardner, W.I.; Griffiths, D.M.; King, R. & Lapointe, A. (2010). Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. Europäische Edition. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Michael Seidel, in

Zusammenarbeit mit Klaus Hennicke, Knut Hoffmann, Thomas Meinert, Holger Schmidt, Tatjana Voß und Elisabeth Wilking. Materialien der DGBSG, band 21. Berlin: Eigenverlag.

Genvo, G. (2001). Geistig behinderte Straftäter – gibt es die eigentlich? Maßregelvollzug in der forensischen Psychiatrie: Ein Thema für die Lebenshilfe. In: Lebenshilfe-Zeitung 3/2001, o.S.

Hoffmann, K. (2010). Delinquenz und geistige Behinderung im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 20.03.2009 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 20. Berlin: Eigenverlag.

Jantzen, W. & Lanwer, W. (2011). Diagnostik als Rehistorisierung: Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Neuauflage. Berlin: Lehmanns Media.

Kestel, O. (2010). Delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht - Explorative Untersuchung eines Praxisfeldes. Erfurt: Universitätsverlag.

Landesbeauftragter für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen (2003). Qualitätsstandard: Diagnostik im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug (forensische Fachabteilungen, forensische Kliniken). Unveröff. Manuskript. Düsseldorf, URL: <http://www.massregelvollzug.nrw.de/pdf/Diagnostik.pdf> (Abruf am 05.04.2012).

Lindsay, W.R., Taylor, J.L. & Sturmey, P. (Hg.) (2004). Offenders with developmental disabilities. Chichester: Wiley.

Lindsay, W. R.; Holland, T.; Wheeler, J.R.; Carson, D.; O'Brien, G.; Taylor, J.L., Steptoe, L.; Middleton, C.; Price, K.; Johnston, S. & Young, S.J. (2010). Pathways Through Services for Offenders With Intellectual Disability: A One- and Two-Year Follow-Up Study (250-262). In: American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities: May 2010, Vol. 115, No. 3.

Paul, M. & Wüllenweber, E. (2004). Delinquenz und Kriminalität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, E. (Hg.), Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung (183-200). Stuttgart: Kohlhammer.

pro familia - Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband (2011). Sexualität und geistige Behinderung. 4., überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Eigenverlag.

Schrötle, M. (2012). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Seidel, M. & Hennicke, K. (2001). Delinquentes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung - eine interdisziplinäre Herausforderung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 10.11.2000 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 4. Berlin: Eigenverlag.

Taylor, J.L., Lindsay, W.R., Hastings, R.P. & Hatton, C. (Hg.) (2012). Psychological therapies for adults with intellectual disabilities. Chichester: Wiley-Blackwell (in Vorber.).

Vollbach, A. (2004). Behinderte Rehabilitation. Maßregelvollzug bei Behinderten – eine Fallgeschichte. In: Recht & Psychiatrie 4(22), 207-213.

Wüllenweber, E. (2010). Delinquenz und Kriminalität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kein Tabuthema mehr! Bedeutung, Formen, Recht, Ansätze, Diskussionsstand. Unveröff. Manuskript, Berlin.

Der zitierte Auszug aus einem der durchgeführten Fachgespräche wurde dem Gespräch mit folgender Person entnommen:

Herr Dipl. Päd. Josef Berg, Leiter der Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz (FüNa), LVR-Klinik Bedburg-Hau (telefonisch)

■ **Prof. Dr. Erik Weber**  
**Ev. Hochschule Darmstadt**  
**[www.eh-darmstadt.de](http://www.eh-darmstadt.de)**



## **Forum 1**

### **Organisationen und Strukturen in der Reintegration intelligenzgeminderter Straftäter: Perspektiven der Kooperation**

**Werner Thielemann, Vitos Heilpädagogische Einrichtung Haina**

**Dr. Beate Eusterschulte, Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Gießen**

Ca. 10% der Patienten in der forensischen Psychiatrie sind Geistig Behinderte. Obwohl eine Vielzahl an Einrichtungen für die Betreuung von Geistig Behinderten zur Verfügung steht, ist die Entlassung dieser forensisch-psychiatrischen Patientengruppe nicht ganz unproblematisch. Nicht jede Einrichtung bietet die erforderlichen Voraussetzungen für die Betreuung dieser Patienten.

In diesem Forum soll die Schnittstelle zwischen forensischer Psychiatrie und den nachbetreuenden Einrichtungen näher betrachtet werden. Dabei sollen die spezifischen Probleme dieser Patientengruppe fokussiert werden und die daraus resultierenden Anforderungen an die jeweilige nachbetreuende Behinderteneinrichtung präzisiert werden. Insbesondere soll darauf eingegangen werden, durch welche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen oder sonstige Maßnahmen den oftmals diffusen Vorbehalten und Ängsten der Mitarbeiter angesichts der Aufnahme eines forensischen Patienten begegnet werden kann.

Unter anderem sollen in dem Forum die folgenden Fragen diskutiert werden:

- Was sind die Charakteristika der Gruppe der Geistig Behinderten in der forensischen Psychiatrie (Delikte, Diagnosen, Altersstruktur, Behandlungszeiten, Verhaltensprobleme)?
- Wo liegen die Hauptprobleme im Rahmen der Entlassung?
- Welche strukturellen Voraussetzungen müssen für die Betreuung geistig behinderter Rechtsbrecher nach der Entlassung aus der forensisch-psychiatrischen Klinik in der nachbetreuenden Einrichtung vorliegen?
- Welche forensisch-psychiatrischen Betreuungsstrukturen bestehen während des Entlassurlaubs und während der Führungsaufsicht?
- Welche Rolle spielt die forensisch-psychiatrische Fachambulanz?
- Was passiert nach Ende der Führungsaufsicht?
- Wie können die für diese Patientengruppe erforderlichen Strukturen in Einrichtungen für Geistig Behinderte etabliert werden?
- Mit welchen konkreten Angeboten können Mitarbeiter in nachbetreuenden Einrichtungen auf diese Patientengruppe vorbereitet werden?

#### **Struktur und Konzeption einer „Nachsorgeeinrichtung“ am Beispiel einer Vitos Heilpädagogischen Einrichtung (Haina)**

**Welche strukturellen Voraussetzungen muss eine „Heim“-Einrichtung mitbringen, damit dort forensische Patienten betreut werden können. Welche personellen Ressourcen sind erforderlich, welcher Ausbildungsstand der Mitarbeiter ist zu gewährleisten?**

#### **Vorbereitung und Rahmenbedingungen der aufnehmenden Einrichtung**

Entscheidend für eine erfolgreiche Integration erscheint aus „Heimsicht“ die Beschäftigung mit der Frage, unter welchen Bedingungen der Klient im forensischen Rahmen im Zeitraum der Entlassungsvorbereitung lebt. Der ausführliche Info-Austausch hat besonderes Gewicht. Der Übergang von forensischer Klinik zur Heimeinrichtung sollte in der Wahrnehmung des Klienten fließend sein. Es ist zu klären:

- Ist der Klient im Einzelzimmer oder Mehrbettzimmer untergebracht?
- Welche Verabredungen/ Vereinbarungen/ Auflagen sind bezüglich der Einrichtung und Ausstattung des Zimmers maßgeblich?
- War es eine vollstationäre Situation mit durchgängiger 24-Stunden-Betreuung (Nachtwache)?
- Befand der Klient sich bereits in einer Verselbständigungsphase, eventuell mit Zeiträumen ohne Begleitung oder Beaufsichtigung?
- Welche unmittelbaren Betreuungsbedingungen und Sicherheitsvorkehrungen sind konkret einzurichten?

Hinsichtlich „Typ Wohngruppe“ gibt es keine Standards. Eine Aufnahme muss nicht zwangsläufig in einer geschlossenen Einrichtung erfolgen, aber

- die geschlossene Wohngruppe stellt überwiegend den angemessenen Rahmen dar:

In der Vitos HPE Haina - Aufnahmen forensischer Patienten 2004 bis 2012:

6 Personen in einer geschlossenen Wohngruppe. 3 Personen in einer offen geführten Wohngruppe

### **Zur Tagesstruktur**

Prognostisch günstig hat sich die Fortführung des gewohnten Tagesrhythmus und auf dieser Basis eine heilpädagogisch orientierte Förderungs- und Entwicklungsplanung erwiesen. Es besteht die Möglichkeit einer bedarfsorientierten Eingewöhnungsphase insbesondere in der Wohngruppe.

Die Heranführung an Wohngruppen-externe Tagesstruktur sollte auch hinsichtlich des zeitlichen Umfangs am Tage oder in der Woche dem individuellen Bedarf entsprechen.

Tagesstrukturierende Angebote stellen die Tagesstätte sowie weitere Arbeitsgruppenangebote sicher. Darüber hinaus besteht eine tragfähige Kooperation mit der Werkstatt des benachbarten Lebenshilfewerks.

Es besteht insbesondere in der Eingangsphase die Möglichkeit, jederzeit auch tagsüber auf die Wohngruppe zurückzugehen, den Pädagogisch-Psychologischen Fachdienst zu kontaktieren oder die forensische Fachambulanz aufzusuchen.

### **Personalausstattung und -begleitung bei Gewalt- oder Sexualdelikten**

Vitos-Akademie stellt Fortbildungsangebote im Bereich „Aggression“ und „sexuelle Übergriffe“ sicher.

Von wesentlicher Bedeutung ist die auf den Einzelfall bezogene Vorbereitung der Aufnahme eines forensischen Patienten.

Eine Aufnahme in einer bestimmten Wohngruppe erfolgt nur, wenn die Personalausstattung und -stärke „stimmt“.

Können Ängste in den Reihen des Personals im Vorfeld nicht entscheidend bearbeitet werden, wird von einer Aufnahme in der betreffenden Wohngruppe abgesehen.

Im Übrigen: Zur Entlassung anstehende forensische Patienten stellen, so langjährige Erfahrungen, für aufnehmende Einrichtungen entgegen landläufiger Meinung eine Personengruppe dar, die „gut vorbereitet ist“.

### Fallvorstellung – ein „gelungener Fall“

Am 05. November 2003 schriftliche Vorstellung des Patienten der Klinik für forensische Psychiatrie Mike F., geb. am 04.11.1969.

Seit 26.09.1993 in der KFP. Er wurde in der Klinik aufgenommen, nachdem er am 22.04.1993 die Kreissparkasse B. überfallen und unter Androhung von Gewalt der Herausgabe von 3000,- DM verlangt hatte.

#### Herr F.

- bereits in der Kindheit auffällig. Im Alter von 7 Jahren erstmals stationär psychiatrisch behandelt

#### Diagnostik:

- Verhaltensauffälligkeiten auf der Basis eines hirnorganischen Psychosyndroms mit charakteristischer Umtriebigkeit, Distanzschwäche, Konzentrationsmangel und Minderbegabung
- Im Alter von 14 Jahren ergab eine Chromosomenanalyse das Vorliegen eines Klinefelter Syndroms.
- Psychologische Testung: Ein IQ von 49, was diagnostisch einer Intelligenzminderung vom Grade einer mittelgradigen geistigen Behinderung entspricht. Diese Minderbegabung ist ursächlich mit der genetischen Störung des Chromosomensatzes in Zusammenhang zu bringen.
- Persönlichkeit: ...geprägt durch eine geringe Frustrationstoleranz in Kombination mit der Unfähigkeit einer emotionalen Dämpfung und Steuerung (wobei die leichte Alkoholisierung nur eine untergeordnete Rolle bei der Deliktbegehung gespielt hat, leichte Beeinflussbarkeit, Urteils-

schwäche und Einschränkung des Abstraktionsvermögens.

Er ist nur sehr eingeschränkt in der Lage, sich von den oberflächlichen Wünschen und Interessen zu lösen, eine soziale Bewertung seines Verhaltens vorzunehmen und sich Folgen seines Tuns vorzustellen.

- Vor Delikt und Aufnahme  
Sowohl im Kreise der Familie wie auch am Arbeitsplatz und während der stationären Aufenthalte im PKH (Psychiatrisches Krankenhaus) M. nur schwer führbar. Am 22.04.1993 fuhr Herr. F. mit dem Bus zu seinem Arbeitsplatz in den B. Werkstätten, um dann, anstatt sich in das Werkstattgebäude zu begeben, sich dazu zu entschließen, eine Tankstelle in der Nähe aufzusuchen. Dort kaufte er mehrere Flaschen Bier und mehrere Schnapsfläschchen. Einen Teil der Getränke nahm er zu sich und begab sich dann in die dort gelegene Kreissparkasse B. In der Absicht, sich das Geld für den Kauf eines Computers und den Führerschein zu besorgen, suchte er den Auszahlungsschalter auf und forderte die Kassiererin mit dem Ruf „Banküberfall“ auf, ihm 3000,- DM auszuhändigen. Dabei drohte er mit einer hoch erhobenen leeren Bierflasche, diese durch die Durchreiche zu werfen. Nachdem die Kassiererin ihm das Geld ausgehändigt hatte, wurde Herr F. von einem Bankkunden überwältigt, das Geld wurde ihm von Filialleiter wieder abgenommen. Herr F. war zu diesem Zeitpunkt geringgradig alkoholisiert.

#### Behandlungsverlauf

Herr F. nach 10 Jahren Behandlungsverlauf in der KFP:

Überschießende Reaktionen und unkontrollierte verbale Impulsdurchbrüche sind im letzten Jahr insgesamt seltener zu verzeichnen gewesen. Herr F. konnte sich in solchen Konfliktsituationen auch mittlerweile selbständig zurückziehen, bis das Är-

gergefühls letztendlich abnahm. Herr F. wird weiterhin dadurch behindert, dass er trotz umfassender Hilfestellung immer noch erhebliche Schwierigkeiten hat, mit seinem Geld vorausschauend und planerisch umzugehen. In der hochstrukturierten Umgebung der heilpädagogischen Station ließen sich die problematischen Verhaltensweisen im letzten Jahr aber insgesamt gut steuern.

### **Entlassungsprüfung**

Nachdem in Anbetracht der anstehenden Entlassung bei Herrn F. recht deutlich eine Ablöseproblematik beobachtet werden konnte, erfolgte die Wahl für die Erprobung im Wohnheim KH insbesondere unter der Überlegung, dass Herr F. dort ein vertrautes soziales Netzwerk vorfände. Ihm waren dort sowohl Mitarbeiter als auch noch Patienten aus der Vergangenheit bekannt. Ferner wurde es als prognostisch günstig erachtet, dass das Wohnheim KH regelmäßig von einem Mitarbeiter der hiesigen Klinikambulanz frequentiert wird.

Mit Datum vom 03. April 2003 wurde Herrn F. für die Dauer vom 15.05.2003 bis 30.09.2003 beurlaubt.

### **Die Aufnahme im Wohnheim KH am 15.05.2003**

- Er bewohnte dort im 1. Stock ein Einzelzimmer, wobei er recht bald bezüglich der Ordnung und Sauberkeit in alte Gewohnheiten verfiel. Ein weiterer kritischer Punkt war, dass er im Rahmen der Diätverpflegung häufiger verbal entgleiste (dieser „Fraß“ und ähnliches) und dass er immer wieder versuchte, die diätetischen Maßnahmen dort zu umgehen, indem er versuchte, Nahrungsmittel aufzutreiben, woraus dann immer wieder Konflikte resultierten.

- Bei einem Einkauf im Minimalmarkt beschimpfte er einen Mitbewohner anlässlich eines Streits um einen Einkaufswagen massiv und wurde diesem gegenüber kurzzeitig handgreiflich. Trotz des sofortigen Eingreifens des begleitenden Erziehers ließ sich Herr F. nicht beruhigen, lief ziellos auf dem Parkplatz umher und warf mit Steinen und Erde um sich. Erst nach einiger Zeit beruhigte er sich und entschuldigte sich für sein Fehlverhalten („das kommt nie mehr vor, ich sehe ein, dass ich Mist gebaut habe“ etc.)

- Einen Tag später setzte er sich nach dem Mittagessen von der Arbeit ab und lief ins Wohnheim, das ca. 800m von der Werkstatt entfernt liegt. Es wurde ein Krisengespräch geführt. Er wurde explizit verwarnt und eine Rückführung bei erneuten Zwischenfällen wurde in den Raum gestellt.

- Nahezu 4 Wochen – keine Zwischenfälle. Herr F. zeigte sich deutlich bemüht. Eine weitere Woche – entwickelte sich dann zunehmend ein Arbeitsplatzkonflikt in der WfB, den Herr F. paranoid verarbeitete, indem er beispielsweise äußerte, dass dort ein Komplott gegen ihn im Gange sei, dass sich alle verschworen hätten und dass er sterben müsse u. ä.

Er zeigte auffälliges Verhalten am Arbeitsplatz, wollte ständig andere Arbeiten zugeteilt bekommen. Das geschah immer erst nach dem Mittagessen, wenn die für ihn vormittags zuständige Gruppenleiterin nicht mehr da war.

Er geriet zusehends in einen Erregungs- und Anspannungszustand, infolgedessen er sich 2 Tage später mit einer Eisenstange bewaffnete und auf einer befahrenen Kreuzung im Ort insbesondere ihm bekannte im Auto vorbeifahrenden Personen mit dieser drohte. Zudem verletzte

er sich mit eben dieser Eisenstange am Bein, sodass eine Wundbehandlung notwendig wurde.

Nachdem er einen weiteren Tag später zunächst die Arbeit verweigert hatte, er aber später von der zuständigen Bezugsperson in die WfB(M) gefahren worden war, entfernte Herr F. sich erneut unerlaubt, um im Ort die Zeche zu prellen. Herr F. wurde dann von der stellvertretenden Wohnheimleiterin ausgelöst. Im Rahmen der Rückführung zur Werkstatt randalierte und schrie Herr F. im Auto der stellvertretenden Wohnheimleiterin dergestalt, dass diese ihn noch vor Erreichen des Ziels aus dem Auto aussteigen ließ. Dies tat er unter wüsten Drohungen und Beschimpfungen. Als er gegen 14:00 Uhr noch nicht in die WfB(M) zurückgekehrt war, wurde er erneut im Ort gesucht, wo er letztendlich in einer Cafeteria ausgelöst werden musste, nachdem er dort sich ausreichend verköstigt und zudem 3 x 0,3 l Bier konsumiert hatte, ohne das dafür notwendige Geld bei sich zu haben.

Nachdem die forensische Klinik an diesem Tage vormittags erstmalig darüber informiert wurde, dass Herr F. nicht mehr führbar war, wurde er dann in die Klinik zurückgeführt. Die Rückführung erfolgte gänzlich problem- und komplikationslos, wobei Herr F. sich kooperativ verhielt.

Auch bei Klinikaufnahme war keine sedierende Medikation notwendig....

## Quintessenz

Herr F. zeigt eine geringe Frustrationstoleranz in Kombination mit der Unfähigkeit einer emotionalen Dämpfung und Steuerung und ist nur sehr eingeschränkt in der Lage, sich von den oberflächlichen Wünschen und Interessen zu lösen, eine soziale Bewertung seines

Verhaltens vorzunehmen und sich Folgen seines Tuns vorzustellen.

Im Wohnheim zeigte er sich unfähig, ohne konkrete Anleitung Ordnung zu halten, häufiger entgleiste er verbal und wurde er handgreiflich, warf z. B. mit Steinen und Erde um sich u. ä..

Am Arbeitsplatz entwickelte sich dann zunehmend ein Arbeitsplatzkonflikt. Er fügte sich selber Ritzwunden im Hand- und Unterarmbereich zu, geriet zusehends in einen Erregungs- und Anspannungszustand, bewaffnete sich mit einer Eisenstange und bedrohte ihm bekannte Personen.

Dem gegenüber im sog. klinischen Rahmen:

Nach 10 Jahre Behandlung in der KFP treten überschießende Reaktionen und unkontrollierte verbale Impulsdurchbrüche seltener auf. Herr F. konnte sich in solchen Konfliktsituationen auch mittlerweile selbständig zurückziehen, bis das Ärgergefühl letztendlich abnahm. In der hochstrukturierten Umgebung der heilpädagogischen Station KFP ließen sich die problematischen Verhaltensweisen im letzten Jahr aber insgesamt gut steuern.

## **Erforderlicher organisatorischer Rahmen der aufnehmenden Einrichtung**

Vollstationäres Setting als Grundvoraussetzung für weitere Begleitung.

- geschlossene Unterbringung,
- enge Kooperation Wohnen und Tagesstruktur (ideal unter einem [organisatorischen] Dach) bis hin zu weitreichendem Informationsaustausch, umfassender Dokumentation.
- Die Notwendigkeit, zu jeder Zeit die Möglichkeit, die Inanspruchnahme beider Bereiche sicherzustellen.
- Aufmerksames Personalmanagement – Sicherheit gewährleisten. Nicht nur die Anzahl, sondern auch die beruflichen Qualifikationen und die Einstel-

lung zur Arbeit mit dieser Klientel sind entscheidend.

### Konzeptioneller Rahmen

- „Fließenden“ Übergang vom forensisch-psychiatrischen Setting zum Wohnheimbetrieb sicherstellen.
- Austausch der bisherigen therapeutischen Maßnahmen und umfangreicher Informationsaustausch allgemein.
- Nach Start der Erprobung/des Entlassungsurlaubs - regelmäßige Gespräche Forensische Ambulanz/Betreuungsteam Heim.
- Evtl. direkte Gesprächsvereinbarungen Klient/Patient und Ambulanzmitarbeiter.
- Heilpädagogische Diagnostik.
- Gemeinsame Planung der Bereiche Wohnen, Tagesstruktur und ggf. Fachdienst von Maßnahmen, Durchführung und Reflexion.
- Fachlich fundierte Begleitung der eventuellen Entlassungsvorbereitung.

### Im konkreten Fall unseres Herrn F:

06.04.2004: Aufnahme Herr F. (Entlassung Urlaub) in der HPE Haina, geschlossene Wohngruppe.

24.06.2004: Forensisch-psychiatrisches Prognosegutachten mit der Empfehlung einer bedingten Entlassung.

06.07.2004: Landgericht Marburg, Beschluss: Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus wird zur Bewährung ausgesetzt. Die Führungsaufsicht dauert 5 Jahre.

10.08.2006: Beschluss Amtsgericht: Aufhebung der Genehmigung der geschlossenen Unterbringung.

18.07.2012: Erfolgreicher Umzug in eine „offene“ Wohngruppe.

### Organisation und Strukturen in der Reintegration intelligenzgeminderter Straftäter: Perspektiven der Kooperation<sup>1</sup>

Die Geschlechterverteilung des Hauses 13 weicht mit einer Verteilung von 25 Männern und 4 Frauen deutlich von der durchschnittlichen Population des Maßregelvollzuges (Männer 92 – 97%, Frauen 8 – 3%) ab.

Von den 29 im Haus 13 Untergebrachten haben 15 Personen als Hauptdiagnose gemäß ICD-10 eine leichte Intelligenzminderung (F70.0, F70.1), drei eine mittelgradige Intelligenzminderung (F71.0) und ein Proband eine schwere Intelligenzminderung (F72.0). Neun der Probanden haben als Hauptdiagnose eine andere psychische bzw. somatische Erkrankung. Bei vier der letzteren ist eine leichte, bei zwei Patienten eine mittelgradige Intelligenzminderung als Co-Diagnose festzuhalten. Der durchschnittliche IQ der Patienten (N: 23) liegt bei 60,2. Bei den meisten Patienten lässt sich das Störungsbild nicht mit einer einzigen Diagnose umfassend beschreiben, insgesamt lassen sich 29 mal Nebendiagnosen zuordnen (alkoholinduzierte Persönlichkeitsstörung und Verhaltensstörung, Pädophilie, schizophreses Residuum, paranoide Schizophrenie, unvollständig remittiert, narzisstische Persönlichkeitsstörung, Störung des Sozialverhaltens, dissoziale Persönlichkeitsstörung, organische Persönlichkeitsstörung, antisoziale Persönlichkeitsstörung, Störung der Sexualpräferenz (Fetischismus). Meist vereinigen die Patienten zwei bis drei Diagnosen auf sich.

Die Anlassdelikte für die Unterbringung verteilen sich wie folgt: Allgemeine Ge-

<sup>1</sup> Ergänzender Beitrag von Juliane Schmidbauer, Studentin an der Evangelischen Hochschule Darmstadt, auf Grundlage einer an der Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Außenstelle Gießen in Haus 13 durchgeführten Studie

■ AUS DEN ARBEITSFOREN

waltdelikte: Körperverletzung und gefährliche Körperverletzung (10), Bedrohung (5), Raub (1); sexuell motivierte Gewaltdelikte: gegenüber Kindern (5), gegenüber Erwachsenen (3); Brandstiftungen (8).

Die Probanden hatten zum Zeitpunkt des Indexdeliktes ein durchschnittliches Alter von 23 Jahren. Sechzehn der Probanden traten im Alter von 17,8 Jahren erstmalig strafrechtlich in Erscheinung. Die aktuelle mittlere bisherige Behandlungsdauer der Probanden des Haus 13 liegt bei 6,5 Jahren.

Betrachtet man die Delinquenz unter der Annahme, dass es sich hierbei quasi um

ein Symptom der psychischen Störung respektive Geistigen Behinderung handelt, so lassen sich keine spezifischen Zuordnungen von psychischer Störung und delinquentem Handeln erkennen. Um delinquentes Handeln und das Risiko für erneutes delinquentes Handeln besser verstehen und einschätzen zu können, ist folgendes kriminologisches Modell (R. R. Ross et al. 1985), das biologische, psychische und soziale Faktoren bezüglich der Entwicklung einer delinquenten Karriere integriert, hilfreich (s. Abb.).

| Frühe Risikofaktoren  | Inkompetente Erziehung  | Frühe Delinquenz   | verfestigte Delinquenz   | Schwere Straftaten   |
|---|---|--|--|----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egozentrizität</li> <li>• Furchtlosigkeit</li> <li>• Ruhelosigkeit</li> <li>• Ablenkbarkeit</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressive männliche Rollenmodelle</li> <li>• inkonsistenter Erziehungsstil</li> <li>• wenige „Lektionen für's Leben“</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühes Schulversagen</li> <li>• geringer Einfluss Gleichaltriger</li> <li>• früherer Alkohol- &amp; Drogengebrauch</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriminelle Denkmuster</li> <li>• Attraktivität krimineller Handlungen</li> </ul>  | Überdauernde Neigung |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perinatale Komplikationen</li> <li>• unterdurchschnittlicher IQ</li> <li>• psychische Störungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Missbrauch &amp; Vernachlässigung</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktionen auf delinquentes Handeln</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kultureller Kontext:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loslösung von anerkannten kulturellen Werten</li> </ul> </li> <li>Medien:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot gewaltfreier Alternativen</li> <li>• Verfügbarkeit von Waffen</li> </ul> </li> </ul> |                      |

Betrachtet man die Probanden des Hauses 13 auf Grundlage dieses Modells und analysiert deren Situation unter den Aspekten Herkunftsfamilie, soziales Umfeld, Schulbildung sowie Wohn- und Lebensumstände im Vorfeld der strafrechtlichen Unterbringung ergibt sich Folgendes:

In Bezug auf die familiäre Situation wird deutlich, dass die meisten Patienten aus sozial isolierten Familien bzw. aus deprivierten sozialen Verhältnissen stammen. Im Elternhaus findet sich häufig der Kon-

sum von Drogen und Alkohol, auch die Probanden bildeten früh ein entsprechendes Konsummuster aus. Des Weiteren waren sie oft Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung und/oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt. Deutlich wird auch, dass die Mehrzahl der Probanden auch später sozial isoliert lebte und nur sehr wenige freundschaftliche Beziehungen oder Partnerschaften hatte. Durch die schwierigen häuslichen Verhältnisse und die Verhaltensschwierigkeiten der Probanden ergaben sich häufig frühe Fremdplatzierungen in Psychiatrie und

Wohnheimen. Durchschnittlich wurden die Probanden mit einem Alter von 10,7 Jahren erstmals in einem Heim oder in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Aggressive Verhaltensweisen und nicht regelkonformes Verhalten führten immer wieder zu Wechseln der Betreuungssituationen (ca. sechsmal vor Aufnahme in den Maßregelvollzug).

Ein Großteil der Probanden besuchte eine Förderschule und teilweise nachfolgend eine Berufsbildungsmaßnahme. Allerdings war der Schulbesuch und die Teilnahme an Ausbildungsmaßnahmen oft durch Interventionen bezüglich ihres Verhaltens unterbrochen (Ausschluss vom Schulbesuch, Aufnahme in Psychiatrie, Unterbringung in Heimeinrichtungen, etc.) und führten nicht zu Bildungsabschlüssen. Die durchschnittliche Schulbesuchszeit liegt bei sechs Jahren. Den Deliktgruppen Brandstiftung, Bedrohung und Körperverletzung lassen sich folgende, eher persönlichkeitsgebundene, individuelle Delinquenzfaktoren, die als

Charaktereigenschaften und individuelle soziale Fertigkeiten beschreibbar sind, zuordnen: Impulsivität, Störung der Selbstkontrolle, geringe verbale Ausdrucksmöglichkeiten, schlechte Problemlösefertigkeiten, Mangel an sozialen Fertigkeiten, Empathiemangel, Egozentrik, fehlende Fähigkeit zur Perspektivübernahme, eingeschränkte Kritikfähigkeit, geringes Selbstwirksamkeitserleben, geringer Selbstwert.

In Bezug auf die Deliktgruppe der Sexualstraftaten sind als zusätzliche Faktoren noch Hypersexualität sowie sexuelle Devianz zu nennen.

Bei den Gewalt- und Eigentumsdelikten kann zusätzlich noch die Dissozialität eine Rolle spielen.

Die im Anschluss daran dargestellten Behandlungsformen der KFP zielen im Wesentlichen auf die Veränderung der zuvor genannten persönlichkeitsgebundenen Delinquenzfaktoren und sollen dazu dienen, zukünftig delinquentes Verhalten der Patienten zu vermeiden und

ihnen alternative Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. An dieser Stelle verzichte ich auf die erneute Aufzählung der Behandlungsmittel und -formen, da ich sie bereits weiter oben im Behandlungskonzept dargestellt habe.

Betrachtet man die Probandengruppe aus dem Blickwinkel der Vollzugslockerungen, so wird deutlich: Die Patienten des Hauses 13 kommen aufgrund ihrer geistigen Behinderung meist nicht über den Parkausgang in einer Kleingruppe mit einem Mitarbeiter hinaus; und ausgehend es werden auch viele in eine geschlossene, beschützende Einrichtung entlassen, in der sie ebenfalls nicht die Möglichkeit zu Ausgängen ohne Personalbegleitung haben.

Zur zweiten Frage dieses Arbeitsforums „Wo liegen die Hauptprobleme im Rahmen der Entlassung?“ stellte ich die These zur Diskussion, dass die Schwierigkeiten in der Unterbringung, Behandlung und Entlassungsvorbereitung von Menschen aus der Personengruppe der geistig behinderten Straftäter in einer Vielzahl isolierender Bedingungen begründet sind.

Isolation bezeichnet alle Faktoren und Vorgänge, die es einem Individuum erschweren, mit seiner Umwelt in Beziehung zu treten und sich in dieser Beziehung zu erleben und zu definieren (vgl. W. Jantzen in W. Lanwer, 2002, S. 61).

„Isolation kennzeichnet also ein Verhältnis zwischen dem Einzelnen und der ihn umgebenden Umwelt. Sie kann nicht absolut gesetzt werden, sondern ist jeweils zu bestimmen. Mit anderen Worten, Isolation ist nicht an einer Situation festzumachen, sondern stets an dem Verhältnis des handelnden Menschen zur Situation, in der er mit bestimmten ihm gestellten Aufgaben konfrontiert wird. Entscheidend ist für die Isolation, ob die Auswirkungen von isolierenden Bedingungen von der Person subjektiv als nicht kontrollierbar und beeinflussbar eingeschätzt werden.“ (W. Lanwer, 2002, S.64)

Die Probanden der Stichtagsuntersuchung sind sowohl inneren als auch äußeren isolierenden Bedingungen ausgesetzt. Sie leiden unter Sinnesbeeinträchtigungen, hirnorganischen Schädigungen, seelischen, geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen. Im Rahmen der strafrechtlichen Unterbringung sind sie gesetzlich reglementierten Bedingungen ausgesetzt, die sie in ihrer Freizügigkeit und ihren Möglichkeiten, am öffentlichen Leben teilzuhaben, erheblich einschränken und von ihnen als nicht beeinflussbar erlebt werden. Basierend auf diesen theoretischen Überlegungen präsentierte ich als Ausgangspunkt für die Diskussion folgende These:

Aus heilpädagogischer Sicht handelt es sich bei Delinquenz- und Risikofaktoren sowie den rechtlichen Rahmenbedingungen des Maßregelvollzuges und dem Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit um isolierende Bedingungen.

Die sich aus diesen isolierenden Bedingungen ergebenden Schwierigkeiten des Behandlungsverlaufes und in der Vorbereitung der Entlassung in eine Einrichtung der allgemeinen Behindertenhilfe verdeutlichte ich anhand einer Fallvig-

nette, welche den Abschluss des Vortrags bildete.

#### **Literatur:**

Lanwer Willehad: Selbstverletzung bei Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung, 2002, Butzbach-Griedel, Afra Verlag, Zugl. Bremen, Univ., Diss. 2001, 1.Auflage

Ross, R. R., Ross, E., Fabiano, E., Porporino, F.: The Reasoning and Rehabilitation Program, 1985 Cognitive Centre of Canada. Deutsche Übersetzung: Institut für forensische Psychiatrie Haina e.V. 2004

- **Dr. Beate Eusterschulte**  
**Vitos-Klinik für forensische**  
**Psychiatrie Haina/ Gießen**  
**[www.vitos-haina.de](http://www.vitos-haina.de)**
- **Werner Thielemann**  
**Vitos Heilpädagogische**  
**Einrichtung Haina**  
**[www.vitos-haina.de](http://www.vitos-haina.de)**

**Forum 2**

**Emotionale Entwicklung, reflexives Selbst und Deliktprävention**

**Dr. Dietmar Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau**

Aus entwicklungspsychopathologischer Sicht und in Anlehnung an das Mentalisierungskonzept von Fonagy et al. werden die Beziehungen zwischen emotionaler Entwicklung, reflexivem Selbst und Delinquenz dargestellt. Die Domänen Selbststeuerung, Kommunikation und Reflexion stehen in enger Beziehung zum Emotionssystem. Handlungen und Denkprozesse basieren auf einem emotionalen Grundgerüst, so dass bezüglich herausfordernden Verhaltens bei der sog. „geistigen Behinderung“, die der Referent mit Rekurs auf das Mentalisierungskonzept „als mentale Beeinträchtigung“ bezeichnet, die emotionale Entwicklung als epigenetischer Faktor von fundamentaler Bedeutung ist. Die emotionale Entwicklungsretardierung ist auch Folge einer gestörten bidirektionalen Interaktion des Selbst mit Anderen, insbesondere auf der Ebene der Eltern-Kind-Beziehung.

Es geht um folgende Fragen:

- Wie können Affekte reguliert werden?
- Wie können Reize von Reaktionen, z. B. aggressiver Art, entkoppelt werden?
- Wie können dadurch delinquente Verhaltensweisen verhindert werden?

Unter Bezugnahme auf das Mentalisierungskonzept mit seinen Modi (Äquivalenzmodus, Als-Ob-Modus und reflexiver Modus) wird dargestellt, wie teleologisches Handeln in reflektierte Intentionalität, welche oft deliktpräventiv wirkt, transformiert werden kann.

|  |   |
|--|---|
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau</p> <p>LVR-Klinikverbund <b>LVR</b> Qualität für Menschen</p> <p><b>Emotionale Entwicklung, reflexives Selbst und Deliktprävention</b><br/>(im Maßregelvollzug für Menschen mit mentaler Beeinträchtigung)</p>  <p>Ohne Titel - Holzrichter,<br/>E. gehandicapter<br/>Künstler der Abteilung<br/>Forensik IV</p> <p><b>Dr. med. Dietmar Pfaff</b><br/>Abteilung für Forensische Psychiatrie IV, LVR-Klinik Bedburg-Hau</p> <p>Folie 1</p>   | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau</p> <p>LVR-Klinikverbund <b>LVR</b> Qualität für Menschen</p> <p><b>Emotionale Entwicklung, reflexives Selbst und Deliktprävention</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Begriffsbestimmungen : „mentale Beeinträchtigung“, „Mentalisieren“, „reflexives Selbst“</li> <li>2. Psychosoziale Entwicklungseinflüsse</li> <li>3. Theorie des Mentalen und Entwicklung der Affektregulierung</li> <li>4. Bindungsstile</li> <li>5. Entwicklungsphasen in der Behandlung</li> <li>6. Embodiment und Enactivism</li> <li>7. Intersubjektives Feld und Lebenswelt</li> </ol> <p>Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012</p> <p>Folie 2</p>  |
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau</p> <p>LVR-Klinikverbund <b>LVR</b> Qualität für Menschen</p> <p><b>Warum der Begriff „Menschen mit mentaler Beeinträchtigung“?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die geläufigen Begriffe „geistige Behinderung, Intelligenzminderung, intellektuelle Behinderung“ werden vermieden, da sie mit negativen Etikettierungen, Entwertung und Stigmatisierung verbunden sein können.</li> <li>• Der Begriff „mentale Beeinträchtigung“ wird an den im angloamerikanischen Sprachgebrauch gebräuchlichen Begriff „Mental Retardation“ angelehnt.</li> <li>• Laut ICD-10: Intelligenzminderung, wenn IQ unter 70. Bewohner der Forensik IV: meistens deutlich verhaltensgestörte, aber verstandesmäßig oft nur leicht gehandicapte Patienten. ( Gesamt-IQ-Wert zwischen 50 und 90 mit ausgeprägter emotionaler, moralischer, sozialer Beeinträchtigung und oft mehr sekundärer intellektueller Behinderung).</li> <li>• Zentrale Bedeutung des psychodynamischen Konzeptes der Mentalisierung.</li> </ul> <p>Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012</p> <p>Folie 3</p> | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau</p> <p>LVR-Klinikverbund <b>LVR</b> Qualität für Menschen</p> <p><b>Mentalisierungskonzept</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Mensch verfügt nach dem Konzept der Mentalisierung nicht über einen angeborenen introspektiven Zugang zu eigenen Intentionen, sondern die Wahrnehmung seiner Selbst als mentaler Urheber von Gedanken, Affekten und Handlungen ist eine schrittweise zu erwerbende Fähigkeit. Die Bindungserfahrungen sind die wesentlichen Voraussetzungen für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit.</li> <li>• Eine sichere Bindung schafft die Grundlage, um mentale Zustände kohärent erklären zu können..</li> <li>• Dieser psychodynamische Prozess beginnt mit dem Erkennen des emotionalen Erlebens und endet bei der mentalisierten Affektivität, was bedeutet „sich der eigenen Affekte bewusst zu sein und den Affektzustand gleichzeitig aufrecht zu erhalten“ (Fonagy et al).</li> </ul> <p>Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012</p> <p>Folie 4</p> |

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverbund **LVR**  
Qualität für Menschen

### Intelligenz

- Intelligenz ist abhängig von den lebensgeschichtlichen Interaktionserfahrungen
- Nur die Rahmenbedingungen für die Intelligenzentwicklung sind genetisch vorgegeben.
- Epigenetik: Gene können „an und abgeschaltet werden“
- Mentalisieren, Sprache und Intelligenz entwickeln sich in einem Prozess wechselseitiger Verschränkung.

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012 Folie 5

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverbund **LVR**  
Qualität für Menschen

### Stadien bei Menschen mit mentaler Beeinträchtigung

- **Bei Menschen mit mentaler Beeinträchtigung werden die gleichen entwicklungspsychologischen Stadien durchlaufen wie bei nicht mental beeinträchtigten Menschen. Bei mental beeinträchtigten Menschen kommt es allerdings zu einer Verzögerung im Durchlaufen dieser Entwicklungsstadien. Entwicklungsstadien höheren Niveaus werden meistens gar nicht mehr erreicht.**

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012 Folie 6

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverbund **LVR**  
Qualität für Menschen

### Adaption der Theorie der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit nach Fonagy an die Therapie erwachsener, mental beeinträchtigter Menschen

- **Erwachsene, mental beeinträchtigte Menschen sind zurückgeblieben auf einem früheren Stadium der Mentalisierung. Sie haben die Stadien der mentalisierten Affektivität wie auch meistens das Stadium des autobiographischen Selbst nicht erreicht .**

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012 Folie 7

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverbund **LVR**  
Qualität für Menschen

### Stufen des Mentalisierens (nach Munich 2006)

- **Mentalisieren im eigentlichen Sinn :**  
Symbolisierendes, imaginatives und interpretierendes Nachdenken über das Selbst und den Anderen
- **Empathie und realistische Abstimmung**
- **Reflexives und flexibles Denken:**  
Affektregulierung, Aufmerksamkeitskontrolle, Nachdenken über das Denken und Fühlen
- **Gewahrsein der Reaktionen:**  
Identifizierung der Emotion, Aufmerksamkeitsfokus, den „Pausenknopf“ drücken
- **Agieren und Reagieren:**  
Unflexibles und stereotypes Denken, hohes emotionales Arousal

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012 Folie 8

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverbund **LVR**  
Qualität für Menschen

### Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012 Folie 9

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverbund **LVR**  
Qualität für Menschen

### Für die emotionale Entwicklung von zentraler Bedeutung

- **Selbstregulation und Aufmerksamkeit**
- **Beziehungsfähigkeit ( Bindungsverhalten)**
- **Identitätsgefühl und Selbstwahrnehmung**
- **Emotionswahrnehmung bei sich selbst und anderen**
- **Die Fähigkeit entwicklungsadäquate Ängste zu erfahren und diese zu bewältigen**

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012 Folie 10

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Entwicklungsstufen:**

**E 0: Präintentionales Entwicklungsniveau**  
(Es besteht die Fähigkeit diejenigen Mittel in der Handlung einzusetzen, die auf wirksame Weise zum Ziel führen. Eine psychische Repräsentanz für die Handlungen ist kaum entwickelt.)

**E 1: Intentionales Entwicklungsniveau**  
(Handlungen werden durch voran gegangene mentale Zustände wie z. B. Wünsche verursacht, nicht in der Lage, die Intentionen bzw. die Perspektiven anderer Personen zu berücksichtigen)

**E 2: Repräsentationales Entwicklungsniveau**  
(Die intentionalen mentalen Zustände, die Wünsche und Überzeugungen sind jetzt ihrem Wesen nach repräsentational. Neben den eigenen Absichten, Wünschen und Überzeugungen werden auch den anderen Menschen entsprechende mentale Zustände zugeschrieben)

**E 3: Autobiographisches Selbst**  
(Abstrakte Perspektiven können jetzt formuliert werden. Auch ist die Perspektivenübernahme möglich. Beziehungen können aus einer Dritte-Person-Perspektive betrachtet werden.)

**E 4: Mentalisierte Affektivität**  
(Fähigkeit, nicht nur grundsätzlich über seine Affekte nachdenken zu können, sondern dies auch unmittelbar in dem Augenblick zu leisten, in dem die Affekte erlebt werden)

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 11

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Staging in Behandlungs- und Entwicklungsphasen gemäß Abteilungskonzept Forensik IV**

**Behandlungsphasen:**

- **P 0: Diagnostikphase:** („Kennenlernen“)
- **P 1: Förderphase:**
- **P 1 a: Fördergruppe zwecks Therapievorbereitung**
- **P 1 b: Fördergruppe mit lebensweltlicher Orientierung ( es handelt sich um Bewohner, deren Entwicklungsniveau nicht über E 1 hinaus entwickelt werden kann)**
- **P 2: Therapiephase: Voraussetzung ist ein Entwicklungsniveau von mindestens E 2**
- **P 3: Leistungs- und Umsetzungsphase: Voraussetzung ist ein Entwicklungsniveau von mindestens E 2**
- **P 4: Erprobungsphase: Voraussetzung ist ein Entwicklungsniveau von E 3, in Ausnahmefällen bei entsprechend günstigem Gefährlichkeitsassessment auch E 2**

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 12

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Warum wirkt Mentalisieren deliktpräventiv?**

**Kognitive Ebene:**

1. **Selbstwahrnehmung als mentaler Urheber der tatvorbereitenden Gedanken, Gefühle und Handlungen**
2. kann die **Perspektive des Opfers** einnehmen
3. kann die **Folgen der Tat** antizipieren
4. kann sich vorstellen, wie es ihm ginge, wenn er selbst Opfer seiner Handlung wäre
5. kann sich vorstellen, was passieren würde, wenn das jeder tun würde

**Emotionale Ebene:**

1. auch im Zustand des emotionalen Arousal sich der eigenen Affekte bewusst sein
2. Fähigkeit der **Emotionsregulation**
3. **Empathie für Andere (Opfer) und für sich selbst**

**Intentionale Ebene:**

1. **Delinquente Handlungsentwürfe können vor Tatusführung desaktualisiert werden.**
2. **Impulskontrolle**

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 13

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Wut-Gruppe**

- **interaktionell-psychodynamisch**
- **mentalisierte basiert**
- **methoden-integriert**
- **multimedial**
- **Rollenspiele**
- **künstlerische Medien**

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 14

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Mentalisierungsförderung**

- **Herauskommen aus dem Äquivalenzmodus**
- **Als-ob-Modus als Zwischenstufe**
- **Erreichen des reflektierenden Modus**
- **Arbeit im Hier und Jetzt**
- **Flexibler und integrierender Methodeneinsatz**
- **Freude über mentalisierende Gruppenleistungen vermitteln**

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 15

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Embodiment**

**Embodiment (Verkörperung oder Verleiblichung) ist ursprünglich ein Konzept der Kognitionswissenschaft nach dem menschliche Intelligenz die physikalische Interaktion mit dem Körper voraussetzt. In diesem Konzept ist die Wahrnehmung nicht mehr ein Prozess der Abbildung sensorischer Stimuli, sondern eine sensomotorische Koordination, die sich immer in der Gesamtheit eines handelnden Wesens ereignet. (Vorläufer: Viktor von Weizsäcker, 1932, Gestaltkreis als Einheit von Wahrnehmung und Bewegung)**

**Allgemeiner: Psychische Zustände drücken sich einerseits im Körper aus („nonverbal“ als Gestik, Mimik, Prosodie, Körperhaltung), andererseits zeigen sich auch Wirkungen in umgekehrter Richtung. Körperzustände wie Mimik, Körperhaltungen und Atmung beeinflussen psychische Zustände. Gefühle und andere mentale Vorgänge können daher durch körperliche Zustände beeinflusst werden.**

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 16

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Embodiment:**  
Geist steht immer im Bezug zum ganzen Körper und der wiederum ist in die restliche Umwelt eingebettet. Bidirektionalität  
(nach Tschacher, 2010)

Umwelt

Körper

Gehirn  
Geist  
Psyche

Folie 17

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Enactivism**

- Kognitionen werden durch die sensomotorischen Interaktionen mit unserer Umwelt entfaltet, sind intersubjektiv.
- Im Enactivism gründen Denken bzw. Kognitionen in körperlichen Handlungen

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 18

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Lebenswelt als Grundlagenkonzept der Abteilung Forensik IV b für mentalbeeinträchtigte Menschen**

1. Philosophische Grundlagen
2. Psychoanalytische und entwicklungspsychologische Grundlagen
3. Heilpädagogische Grundlagen
4. Phänomenologisch-anthropologische Konzeptbildung

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 19

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Intersubjektives Feld und Lebenswelt**

- Das intersubjektive Feld und damit die Grundlage für Therapie und Förderung wird durch die Lebenswelt bestimmt
- Fördernder Dialog
- Befähigung der Bewohner zur Selbstorganisation
- Entwicklung von Eigenständigkeit und Selbstverantwortung
- Alltägliche Spielregeln des Zusammenlebens werden von den Bewohnern soweit wie möglich in Eigenregie entwickelt
- In der Delinquenz deutlich gewordene Konfliktlösungen bzw. Bedürfnisbefriedigungen sollen durch Verhaltensalternativen ersetzt werden

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 20

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Wertethisch-phänomenologischer Entwicklungszustand:**

E 0 : Leben nach unmittelbarem Bedürfnis und Triebimpuls im Zustand der Wertblindheit

E 1 : Zielplanung und Möglichkeit der Bedürfnis- und Triebaufschiebung und basales Werterkennen

E 2 : Wertbewusstsein, sozial vorgegebene Werte sind im Bewusstsein repräsentiert, Entwicklung eines Wertgefüges

E 3 : Personales Werden durch Verwirklichung von Werten, kognitiv-soziales und emotionales Werterfassen, Handeln nach dem kategorischen Imperativ [1] i. S. Kants, Entwicklung des Zeiterlebens im Sinne der Protention nach Husserl, d. h. Voraussetzungen der Zukunft im momentanen Erleben (wesentlich für die Desaktualisierung delinquenter Handlungsentwürfe)

E 4 : Wie E 3, aber noch besser ausgebildetes Wertefühlen und stabilere Protentionsfähigkeit

Kategorischer Imperativ:  
„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ (zitiert nach Immanuel Kant, Die drei Kritiken, Kröner Verlag Stuttgart, 1975, S. 247) Alltagssprachlich formuliert: "Stell dir vor, jeder würde (bzw. dürfte) das tun!"

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 21

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikverband  
LVR  
Qualität für Menschen

**Aktivitätsfördernde Projekte**

- Aktivitätsfördernde Projekte in den Bereichen Sport, Natur und Kunst haben eine besondere Bedeutung für die Lebenswelt.
- Für mental beeinträchtigte Maßregelvollzugspatienten hat die Durchführung von aktivitätsfördernden Projekten eine gute therapeutische Wirkung und realisiert auf praktischer Ebene heilpädagogische Konzepte wie positive Verhaltensunterstützung, Autonomiegewinnung und Normalisierung.
- Die aktivitätsfördernden Projekte wirken besonders auf der proceduralen Ebene und fördern Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl. Die Bewohner sind stolz, wenn sie durch ihre Aktivitäten entsprechende Ergebnisse erzielt haben, wie z. B. im Biotop-Projekt.

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 22

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikenverbund **LVR** Qualität für Menschen

### Beispiele für aktivitätsfördernde Projekte

- Garten-Projekt
- Kleintier-Projekt
- Biotop-Projekt

- Tiergestützte Therapien
- Hundegestützte Therapie
- Insektenhotel
- Schmetterlingprojekt
- Ameisenfarm

**Spezielle künstlerische Aktivitäten:**

- Freie Theatergruppe in Kooperation mit dem mini-art-Theater und der Kreativtherapie
- Freie Kunstgruppe
- Freie Musikgruppe
- Rap - Projekt
- DJ - Projekt
- Aktionskunst-Projekt
- Kunstausstellung „eigenwelten“ im ArToll
- Kooperationsprojekt mit der Künstlerin Frau Theis

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 23

LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinikenverbund **LVR** Qualität für Menschen

### Art Brut Ausstellung im Kunstlabor ArToll

Wir freuen uns auf Sie!

Anreise

Ausstellung „eigenwelten“  
2. Feb. — 5. Feb. 2011

Dr. D. Pfaff, LVR-Klinik Bedburg-Hau, DHG-Tagung 2012

Folie 24

## Emotionale Entwicklung, reflexives Selbst und Deliktprävention

### Fazit des Arbeitsforums

Die Darstellung des Konzeptes mit seinen vielfältigen theoretischen Bezügen gelingt auf Grund der zeitlichen Begrenzung des Arbeitsforums zum Teil nur etwas schlaglichtartig.

Hervorgehoben wird vom Referenten, dass das Konzept zur Deliktprävention in der Forensik IV folgende Theorien integrativ und komplementär (im Sinne einer Ergänzungsreihe nach S. Freud) zu verbinden versucht:

Psychoanalyse, Säuglingsforschung, Entwicklungspsychologie, Bindungstheorie und Kognitionswissenschaften, insbesondere Theory of Mind. Die Verbindung dieser Theorien zeigt sich auch im Mentalisierungskonzept nach Fonagy et al. .

Hinzu kommt zusätzlich die Phänomenologie als Wissenschaft, die sich mit der subjektiven Erfahrung und damit mit

Themen wie Intentionalität, Intersubjektivität, Leiblichkeit und Zeitlichkeit beschäftigt mit den Übergängen in die hermeneutische Anthropologie und Philosophie.

In der Praxis der entwicklungsfördernden Lebenswelt haben aber auch heilpädagogische Konzepte große Bedeutung wie die „Positive Verhaltensunterstützung“ (Positive Behavior Support and Applied Behavior Analysis) als Methode der Verhaltensmodifikation durch stimulus- und verstärkerbasierte Interventionen wie auch Normalisierungsprinzip, Empowerment und Inklusion. Auch werden die Übereinstimmungen mit der psychoanalytischen Heilpädagogik und insbesondere mit dem Konzept des fördernden Dialoges nach A. Leber dargestellt.

Aber auch die Neurobiologie, die psychiatrische und somatische Komorbidität und Erkenntnisse aus Genetik und Epigenetik werden in der Gesamtkonzeption berücksichtigt.

Auf der Basis einer psychodynamisch-phenomenologischen Grundorientierung

wird versucht, die genannten Wissenschaften und Theorien in komplementärer Weise zu integrieren mit dem Ziel, dadurch in der Praxis eine verbesserte Deliktprävention zu erreichen.

Der Transfer des theoretischen Konzeptes in die Praxis ist ein fortlaufender Prozess, der noch lange nicht abgeschlossen ist. In der Diskussion mit den praktisch sehr erfahrenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde die Problematik der praktischen Umsetzung eines sehr mit der interaktionellen Kompetenz der Bezugsperson im Zusammenhang stehenden Konzeptes deutlich. Aber auch um so schwerer die Intelligenzminderung ist, um so schwieriger ist die Umsetzung des Konzeptes. Daher richtet sich das Konzept auch auf die Hauptzielgruppe im Maßregelvollzug bei der die Intelligenz entweder leichtgradig gemindert ist oder im unteren Normbereich liegt. Es wurde gefragt, wie es denn möglich sei bei intelligenzgeminderten Menschen die Aufmerksamkeit auf die Emotionswahrnehmung zu fokussieren, so dass Emotionen auch noch explizit benannt werden könnten. Dies ist bei schweren Intelligenzminderungen sicher nicht möglich und bei mittelgradiger Intelligenzminderung nur im Einzelfall erreichbar. Ein implizites Wahrnehmen der mit der Emo-

tion verbundenen Vitalitätsdynamik als protonarratives Geschehen ist aber möglich.

Daher kommen in dem Konzept den aus der Säuglingsforschung abgeleiteten Gegenwartsmomenten und Vitalitätsformen (Daniel N. Stern) im intersubjektiven Feld, der Phänomenologie des Leibes und den in den Kognitionswissenschaften und der Forschung zur künstlichen Intelligenz und Robotik entwickelten Konzepten „Embodiment“ und „Enactivism“ besondere Bedeutung zu.

Wertethisches (im Sinne des Wertfühlers nach Max Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, 1916) und emotionales Entwicklungsniveau sind eng miteinander verbunden, so dass therapeutische Interventionen und lebensweltliche Fördermaßnahmen stadienadaptiert und individuell erfolgen und nicht auf manualisierbare kognitiv-behaviorale Behandlungsstrategien reduziert werden.

- **Dr. Dietmar Pfaff**  
**LVR-Klinik Bedburg-Hau**  
**[www.klinik-bedburg-hau.lvr.de](http://www.klinik-bedburg-hau.lvr.de)**

**Forum 3**

**Therapeutische Zugänge für Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung in problematischen Lebenslagen**

**Dr. Xavier Moonen, Universität Amsterdam**

Im Jahr 2011 veröffentlichten De Wit, Moonen und Douma in den Niederlanden das Buch „Richtlinien für effektive Interventionen für Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen“ und in 2012 folgte das Buch von Douma, Moonen, Noordhof und Ponsioen „Richtlinien für Diagnostik mit Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen“. Ziel dieser Publikationen ist es, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen arbeiten, konkrete Informationen und Anweisungen bereit zu stellen, mit denen die diagnostische und therapeutische Arbeit mit diesen Menschen besser gestaltet werden kann. Die Richtlinien sind auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und sind mit einer Reihe von niederländischen Experten auf dem Gebiet der speziellen Diagnostik und Therapie ausgiebig diskutiert. Die Richtlinien sind überwiegend bei Kindern und Jugendlichen anwendbar, eignen sich aber in den meisten Fällen auch für die Arbeit mit Erwachsenen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen.

In dem Forum werden vor allem die „Richtlinien für effektive Interventionen für Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen“ erörtert. Diese Richtlinien beziehen sich auf die Erstellung neuer oder die Anpassung vorhandener therapeutischer Ansätze.

Anhand von den sechs Kategorien – eine ausführlichere Diagnostik, Abstimmung der Kommunikation, Konkretisierung des Übungsstoffes, Vorstrukturierung und Vereinfachung, Netzwerk und Generalisierung, sowie sichere und positive Lernumgebung – werden die spezifisch notwendigen Verhaltensweisen ausführlich besprochen und erläutert.

Die dargestellten Richtlinien bestehen aus drei Rubriken: In der Rubrik ‚Was‘ wird die Empfehlung für die Anpassung beschrieben. In der Rubrik ‚Warum‘ werden spezifische Merkmale von Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen aufgeführt; sie zeigt, warum die jeweilige Empfehlung wichtig ist und wie sie mit den spezifischen Merkmalen in Beziehung steht. In der Rubrik ‚Wie‘ werden Beispiele angeführt, auf welche Weise die Empfehlung in einer Intervention Gestalt annehmen kann.

Die im Forum erörterten Empfehlungen sollten als Gedankenstützen fungieren und zum Nachdenken über die Durchführung einer Intervention anregen. Welche Empfehlungen letztendlich in der verhaltensverändernden Intervention angewandt werden, hängt von den spezifischen Merkmalen des Menschen mit einer leichten geistigen Beeinträchtigung ab, für den die Intervention konzipiert wird. Die Empfehlungen zielen auf die Ausarbeitung und Durchführung einer Intervention und deren Rahmenbedingungen mit besonderem Blick auf eine leichte geistige Beeinträchtigung.

**Therapeutische Zugänge für Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung**

**Dr. Xavier M.H. Moonen**

Dozent und Forscher an der Universität von Amsterdam  
Vorsitzender des Forschungszentrums für Menschen mit einer leichten Form der geistigen Behinderung  
Präsident der NVO  
Präsident der IGbB

x.m.h.moonen@uva.nl

**Heilpädagogische Handlungskonzepte**

- Inklusion als heilpädagogisches Konzept
- Hat das Denken über Inklusion erst angefangen mit der UN-Behinderten-Rechtskonvention?

**Paradigmen**

- bestimmte allgemein akzeptierte Denkweisen in einer gewissen Zeit

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

| Defektparadigma                   | Entwicklungsparadigma                                     | Inklusionsparadigma   |
|-----------------------------------|---|---|
| Person mit einer Beeinträchtigung | Person mit Möglichkeiten                                  | Bürger mit Rechten und Pflichten                            |
| Patient                           | Student   | Bürger  |
| Doktor, Betreuer                  | Ortho(Heil)pädagoge, Psychologe                           | Ortho(Heil)pädagoge, Psychologe<br>Unterstützender Betreuer |
| Betreuung/Fürsorge                | Entwicklung, Trainieren                                   | Unterstützung   |
| gute (Für-)Sorge                  | Möglichkeiten   | Quality of life (Lebensqualität)                            |
| Institutionen                     | Spezielle Wohnungen / Arbeitsstätten und Erholungsstätten | Einbezogen in die Gemeinschaft                              |
| Segregation                       | Normalisierung  | Inklusion   |

5

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

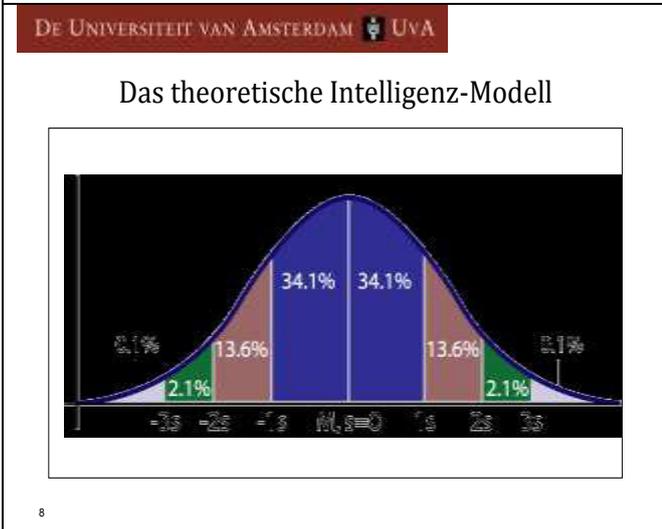
### Achtung!

Eine „stereotypische“ Person mit einer leichten geistigen Behinderung gibt es nicht! Jede Person ist ein Unikat!

### Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen (LGB)

- Intelligenzquotient zwischen 50 und 70 oder 85?
- Die meisten dieser Menschen „funktionieren“ ohne spezielle Hilfe in unsere Gesellschaft
- Nur die Menschen, die viele zusätzliche Probleme haben, beanspruchen unsere professionelle Hilfe
- Probleme mit dem adaptiven Verhalten (Anpassungsfähigkeit)

6



DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Intelligenz und Strafvollzug

In holländischen und belgischen Gefängnissen finden sich keine Menschen mit mittelgradiger, schwerer und schwerster Intelligenzminderung .  
Darum spreche ich heute ausschließlich über Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung

### leichte geistige Beeinträchtigungen und

- Krankheiten
- psychische Störungen
- keine abgeschlossene Bildung
- Armut
- Arbeitslosigkeit
- Einsamkeit

9

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

| Spezifische Eigenschaften              | und zusätzliche Eigenschaften                   | ...zeigen sich in:              |
|--|---|---------------------------------|
| Intelligenz IQ 50 - 85                 | Lernprobleme                                    | erheblichen Verhaltensstörungen |
| Einschränkungen im adaptiven Verhalten | Psychische Störungen                            |                                 |
|  | Medizinisch-Organische Störungen                |                                 |
| Auftreten vor dem 18. Lebensjahr       | Probleme in der Familie und im sozialen Bereich |                                 |

und führen zu einem:  
chronischen oder langjährigen Bedarf an Unterstützung

10

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### leichte geistige Beeinträchtigungen

Eine Summierung von Problemen ergibt ein großes Risiko für schwere „gesellschaftliche Entgleisung“  
  
(schweres Gepäck)

A photograph of a person with a very large, heavy backpack, struggling to walk on a dirt path. The person is leaning forward, and the backpack is obscuring their face and upper body, illustrating the concept of a 'heavy load' of problems.

15

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

**Zwei Gruppen (Burack)**

- organisch geschädigte Menschen
- familiär geschädigte Menschen

**Deconstructing a monolithic notion of ID: The 2-group approach**

17

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

**Zwei unterschiedliche Gruppen**

| organisch geschädigte Menschen   | familiär geschädigte Menschen   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>erkennbare organische Ätiologie</li> <li>ganze Bevölkerung</li> <li>meist Intelligenz unter 50</li> <li>öfters schwere Gesundheitsprobleme</li> <li>äußerliche Zeichen der Störung</li> <li>sterben meist jünger</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>keine erkennbare Ätiologie (Eltern sind auch beeinträchtigt)</li> <li>niedrigere Einkommensschichten</li> <li>meist Intelligenz über 50</li> <li>meist keine Gesundheitsprobleme</li> <li>keine deutliche Symptome</li> <li>werden gleich alt wie anderen Menschen auch</li> </ul> |

18

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

Ein Beispiel von einem Syndrom aus der Gruppe von „organisch geschädigten Menschen“

**Fetales Alkoholsyndrom (FAS)**  
 meistens eine LGB  
 hyperaktiv  
 Schlaf- und Essstörungen  
 Zwangshandlungen  
 expressives Sprachverhalten  
 viel  
 besser als das rezepive Sprachverhalten  
 Hohe Schmerzgrenze aber auch sehr sensibel  
 Probleme mit sozialen Regeln  
 sozial naiv  
 wenig Freunde  
 erhöhtes Risiko auf Delinquenz

19

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

**Diagnostik von Menschen mit LGB heisst auch:**

- Nachdenken über Syndromdiagnostik!

**...je mehr man weiß von:**

- der Ätiologie der Beeinträchtigung
- den eventuellen Psychischen Störungen
- Schutzaspekten und Risikoaspekten
- der Lerngeschichte der Verhaltensmuster
- der Schulischen Entwicklung

...desto besser kann man feststellen, ob die Person jemand ist, der mit regulärer Hilfe, die man in der Regel Personen mit einer leichten geistigen Behinderung anbietet, geholfen wäre...

...aber es fängt oft an mit einem Bauchgefühl

20

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

**vom Screener zur Diagnostik**

- um schnell und zuverlässig eine Vermutung von einer LGB feststellen zu können, ohne dass der Nutzer ein Experte sein muss
- sehr spezifisch (positiv bewertete Menschen sind tatsächlich Menschen mit einer LGB)
- Sehr Sensitiv (wenig positiv bewertete Menschen sind tatsächlich Menschen ohne eine LGB)
- ...wenn ja, ist weitere Diagnostik angesagt\*

\*auch diese Instrumente haben oft eine beträchtliche Fehlerquote

23

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

**Warum ist es wichtig zu wissen, dass jemanden mit einer LGB in Haft ist?**

- keine Anwendung der gerichtsüblichen Prozeduren
- extra verletzlich im Umgang mit anderen Häftlingen
- Mangel an Verständnis → Aggressionen (beiderseits)
- weniger Verständnis und mehr autoritäre Haltung von Aufsehern
- Verstörung der Routinen oder sie begreifen diese nicht
- allgemein übliche therapeutische Zugänge sind nicht brauchbar

24

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

### Die Konstruktion des Screeners LGB (für Erwachsene)

Xavier Moonen – Orthopedagoge und Forscher Universität von Amsterdam  
 Hendrien Kaal – Professor Leiden University of Applied Sciences  
 Henk Nijman – Forensischer Psychiater Altrecht, Professor KU Nijmegen



27

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

### Erster Schritt: Basisfragenbogen

Basiert auf:

- Fragen aus der Niederländische Praxis
- Learning Disabilities in the Probation Service (LIPS)
- Learning Disability Screening Questionnaire (LDSQ)
- Hayes Ability Screening Index (HASI)
- wissenschaftlicher Literatur

### Der HASI

- australisches Instrument: ist das auch in den Niederlanden und in Deutschland brauchbar?
- andere Zielgruppe (IQ Reichweite)
- beschränkte Validität und Reliabilität
- Validität anhand eines IQ-Tests berechnet
- Ausbildung notwendig
- Probleme der Zusammenarbeit

28

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

### Vorbilder aus dem Basisfragenbogen

- Bist du jemals nicht versetzt worden?
- Welcher Arbeit gehst du nach?
- Rückwärts Buchstabieren STORM
- Du hast € 16,- Euro und jemanden gibt dir € 9,- wie viel Geld hast du dann?
- Heute ist es der 3. Januar. Du besuchst den Arzt, der dir sagt, dass du in drei Wochen zurück kommen sollst. Welches Datum ist das denn?
- Erkläre: „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm!“
- Trail making (einer Spur folgen auf einem Zeichenblock)
- eine Uhr zeichnen
- usw.

30

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

### Signifikante Fragen

- Art der Ausbildung und Schulabschluss
- Sonderschule
- nicht versetzt worden in der Schule
- Lese- und Lernprobleme
- Kontakt mit professionelle Instanzen
- Familie oder Freunde die helfen könnten
- eine derzeitige Beziehung
- sein eigenes Geld verwalten
- Aufgaben mit Zeitrechnen
- Uhr zeichnen
- Rückwärts Buchstabieren
- einer Spur folgen
- Eine Redewendung erklären
- Schwierigere Rechenaufgaben
- Diktat
- Ein Text lesen (Fehler und Zeit)

Wird demnächst bei Hogrefe veröffentlicht.

36

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

### Forschungsergebnisse UvA 2012 Samson Kommission

Sexueller Missbrauch von Kindern in Heimen mit GB, gemeldet bei der staatlichen Aufsichtsbehörde 2008-2010

- Geschlechtsverkehr n = 47
- Berührung der Genitalien n = 30
- Berührungen, aber nicht Genitalien n = 11
- kein physischer Kontakt n = 13
- total n = 101

38

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

### Täterprofile von Tätern gegen Kinder mit GB im Heim

| Täter                 | Geschlechtsverkehr | Berührung der Genitalien | Berührungen aber nicht Genitalien | Kein physischer Kontakt | Total |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------|
| jemand aus der Gruppe | 58%                | 63%                      | 80%                               | 42%                     | N=58  |
| Familie               | 16%                | 20%                      | 0%                                | 24%                     | N=16  |
| Mitarbeiter           | 2%                 | 0%                       | 10%                               | 17%                     | N=4   |
| andere                | 24%                | 17%                      | 10%                               | 17%                     | N=19  |
| total                 | N=45               | N=30                     | N=10                              | N=12                    | N=97  |

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

**Profile von erwachsenen Tätern mit LGB (COVA+)**  
(Van Holsteijn, 2011) (N=98)

- geboren in den Niederlanden (59.2 %), den Niederländischen Antillen (13.2 %), Suriname (9.2 %), die Dominikanische Republik (6.1 %) und Marokko (5.1 %)
- von den 98 Tätern haben 45.9 % eine Verurteilung vor dem 18. Lebensjahr
- durchschnittliche Zahl der Verurteilungen unter 18 ist 2.05
- durchschnittliche Zahl der Verurteilungen über 18 ist 15.87
- sowohl unter, als über 18 sind Vermögensdelikte ohne Gewalt an erster Stelle. Dann Diebstahl mit Gewalt und Vergehen gegen die öffentliche Ordnung
- leichte Gewaltdelikte unter 18, werden oft über 18 zu Drogendelikten

40

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

**Profile von erwachsenen Tätern mit LGB (COVA+)**  
(Van Holsteijn, 2011) (N=98) Fortsetzung

- Das Alter der ersten Verurteilung erstreckt sich zwischen 13-53 Jahren. Der Zentralwert liegt aber zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr.
- durchschnittlicher IQ von diesen 98 Männern: 75
- kein Zusammenhang zwischen IQ und Alter bei erster Verurteilung
- schwacher positiver Zusammenhang: je höher die Verbal-Intelligenz, desto höher die durchschnittliche Zahl der Verurteilungen pro Jahr
- Personen mit einer verhältnismäßig höheren totalen Intelligenzziffer (76 - 90) zeigen durchschnittlich pro Jahr mehr Verurteilungen für Delikte als Personen mit einer niedrigen totalen Intelligenzziffer
- Personen mit einer niedrigen Intelligenzziffer (bis 75) sind relativ öfter Verurteilt wegen Drogendelikten

41

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

**Richtlinien für Diagnostik für Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen**  
Douma, Moonen, Noordhof & Ponsioen, 2012

**Verfahrensweise**

- Recherche internationaler Literatur
- Gespräche mit Entwicklern von Tests und erfahrenen Test-Nutzern
- erneute Prüfung der Ergebnisse an der internationalen Literatur
- Richtlinien für Diagnostik für Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen

**Diagnostik und andere Informanten**  
Aus Forschung wissen wir, dass andere Informanten (Proxies) zwar interessante und wichtige Informationen geben können, aber dass sie nicht dieselben Informationen geben, die die Person mit einer LGB selber geben könnte! (siehe z.B. Cummins, 2002)

42

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

**49 Männer mit Verdacht auf LGB (ungefähr 30 Jahre alt) mit 3 Intelligenz-Tests getestet (van Toorn en Bon, 2010)**

|           | Reichweite  | Höchstes Resultat WAIS | Höchstes Resultat GIT | Höchstes Resultat KAIT |
|-----------|-------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| WAIS-GIT  | -23 tot +19 | 36x                    | 13x                   | -                      |
| WAIS-KAIT | -14 tot +25 | 43x                    | -                     | 6x                     |
| GIT-KAIT  | -30 tot +30 | -                      | 36x                   | 13x                    |

**Diagnostik der Intelligenz**  
...sei vorsichtig mit der Interpretation einer einmaligen Bestimmung!

47

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

**Probleme in der Kommunikation mit Menschen mit LGB**

- Nachgeben (compliance): Tendenz (unter Druck), sich zu fügen, obwohl dies nicht übereinstimmt mit der eigenen Moral oder dem eigenen Wissen
- Zustimmungstendenz (Acquiescence): die Person zeigt die Tendenz, allen Fragen zuzustimmen oder stets positiv zu antworten (Ja-sagen)

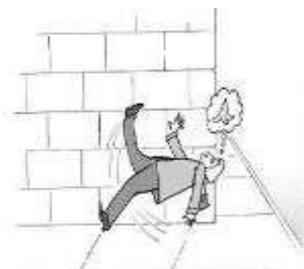


49

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UvA

**Probleme in der Kommunikation mit Menschen mit LGB**

**Beeinflussbarkeit (Suggestibility):** Tendenz, Informationen von anderen Menschen zu akzeptieren und in den eigenen Überzeugungen und im eigenen Gedächtnis zu speichern



50

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Das diagnostische Verfahren

#### 5.1 Allgemeine Empfehlungen für gutes Testverhalten

- 5.2 Empfehlungen für den Gebrauch von Fragebögen
- 5.3 Empfehlungen für den Gebrauch von Tests
- 5.4 Empfehlungen für die Berechnung und Interpretation von Testergebnissen

51

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

| Was   | Warum   | Wie  |
|---|---|--|
| Kreiere eine positive und sichere Atmosphäre, die dazu beiträgt, dass die Person mit LGB korrekt antwortet! | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit LGB fühlen sich schneller unsicher und die Atmosphäre kann schnell feindlich erlebt werden</li> <li>• abhängig</li> <li>• Versager-Erfahrungen</li> <li>• negatives Selbstbild</li> <li>• beschränkter Wortschatz</li> <li>• Wörter werden anders verwendet</li> <li>• schnell abgelenkt</li> <li>• beschränkter Arbeitsspeicher</li> </ul> | Verwende einen neutralen Befrager!<br>Es sei denn, die Person mit einer LGB wünscht, dass eine vertraute Person anwesend ist.<br>Gebe genügend Informationen, was geschehen wird und was die Person leisten soll und was mit den Ergebnissen geschehen wird! |

52

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Wie

- Gib eine kurze deutliche Erklärung und nimm Zeit
- Erkläre, dass es nicht schlimm ist, wenn die Person mit einer LGB die Antwort nicht kennt
- Gib Information über Geheimhaltung der Ergebnisse
- Gib Informationen über positive und negative Konsequenzen
- Kontrolliere, ob die Information verstanden ist
- Wiederhole Instruktionen während des diagnostischen Verfahrens
- Zeige eine positive stimulierende Haltung
- Sei freundlich, warm, positiv, offen und geduldig
- Sei ernsthaft und interessiert
- Bring die Kommunikation in Übereinstimmung mit der Person mit einer LGB
- Verwende kurze konkrete Sätze und einfache Wörter
- Verwende visuelle Unterstützung, wenn die Person das mag und es tatsächlich hilft
- Gib positives Feedback über Einsatz und Haltung
- Reagiere auf Testeinstellung und Gefühle der Person
- Angst oder Spannung? Nimm Zeit und beruhige ihn

53

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

| Was  | Warum  |
|--|--|
| Kontrolliere, bevor die Diagnostik anfängt, ob die Person die Fragen genügend verstehen wird | <ul style="list-style-type: none"> <li>• beschränkte Sprachkenntnisse</li> <li>• beschränkte Lesekenntnisse</li> <li>• andere Bedeutung an Wörter geben</li> <li>• Schwierigkeiten mit Selbstreflexion und Perspektive einnehmen</li> <li>• beschränkter Arbeitsspeicher</li> </ul>  |
| Sorge dafür, dass die Fragen gut verstanden werden   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierigkeiten mit negativ formulierten Fragen</li> <li>• Schwierigkeiten mit doppelter Verneinung</li> <li>• beschränkte Sprachkenntnisse</li> <li>• Schwierigkeiten mit abstrakt formulierten Begriffen</li> <li>• beschränkter Begriff der Zeit; Schwierigkeiten mit Fragen über eine bestimmte Zeitspanne oder Ereignisse in der Zeit einzuordnen</li> </ul> |
| Sorge dafür, dass die Person eine korrekte Antwort geben wird                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• beschränkte Sprachkenntnisse</li> <li>• andere Bedeutung an Wörter geben</li> <li>• beschränkter Arbeitsspeicher</li> <li>• Schwierigkeiten mit Differenzierung der Antwort und mit dem Umgang mit Smiley's</li> </ul>  |

54

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Wie: Konkrete Maßnahmen

- kontrolliere vor Testbeginn das Abstraktionsvermögen, Sprachverständnis und Reflektionsvermögen
- Kontrolliere, ob das Leseverständnis das eines 10 Jährigen gleicht
- im Zweifelsfalle und wenn möglich, verwende ein einfacheres Instrument
- biete einen Fragebogen immer mündlich an. Wenn das Mitlesen gelingt, kann man nach einigen Fragen zum Selbstlesen übergehen
- stelle Fragen, die sich konkret auf eine Zeitspanne beziehen
- verbinde dies mit spezifischen Ereignissen oder bitte die Person, diese Verbindung zu machen
- erkläre eine Frage, wenn sie nicht begriffen wird
- erkläre ein Wort, gebrauche Synonyme, aber verwende diese eindeutig auf eine nicht-suggestive Art und souffliere die Antwort nicht

55

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Wie: Konkrete Maßnahmen (Fortsetzung)

- Visualisiere die Antwortmöglichkeiten
- notiere sie auf einen Bogen Papier und zeige sie den Probanden
- Biete multiple-choice-Antwortmöglichkeiten in Stufen an (Likert-Skala):
- bei einer 5-Möglichkeiten-Antwortskala (2 positive, 1 neutrale und 2 negative Antwortmöglichkeiten) oder eine 4-Möglichkeiten-Antwortskala ohne neutrale Antwortmöglichkeit:
- erfasse als Erstes, ob die Antwort vor allem positiv, (neutral) oder negativ ist. Wenn das geklärt ist, erforsche, ob die Antwort eher extrem oder weniger extrem ist
- verwende keine Likert-Skala mit mehr als 5 Möglichkeiten

56

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Spezifische Diagnostik

- Gebrauch von allgemeinen diagnostischen Instrumenten auch für Menschen mit LGB (allgemeine Normen)
- Gebrauch von allgemeinen diagnostischen Instrumenten für Menschen mit LGB (spezifische Normen)
- Gebrauch von spezifischen Instrumenten für Menschen mit LGB
- mit oder ohne Übersetzung, wenn sie aus dem Ausland kommen

**Richtlinien für effektive Interventionen für Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen**  
De Wit, Moonen & Douma, 2011

**Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen: Beeinträchtigt aber nicht sichtbar!**

- Die Beeinträchtigung ist nicht offensichtlich
- Die Menschen erfahren sich selber nicht als Menschen mit einer Beeinträchtigung

57

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Was Menschen mit LGB nicht so gut können (diese Liste basiert sich auf wissenschaftlichen Erkenntnissen)

- Denkprozesse verlaufen langsamer (Arbeitsgehirn kleiner)
- verbale Kapazität des Arbeitsgehirns geringer
- Information zurück zu holen aus dem Arbeitsgehirn
- Schwierigkeiten mit Taxieren von Interessen
- Schwierigkeiten, wenn Informationen nicht parallel sondern zweideutig sind
- Schwierigkeiten mit der Vorstellung, wie der Andere etwas erlebt oder sieht
- Wenn eine Situation zweideutig ist, werden Menschen mit LGB eher eine unterworfenere oder aggressive Verhaltensweise wählen und nicht eine selbstbewusste Verhaltensweise
- Probleme, das, was gelernt ist, in anderen Situationen anzuwenden

60

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Wie professionell Arbeitende erfolgreich werden können

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schwierigkeiten mit Prioritäten</li> <li>■ langsamer</li> <li>■ kleinerer Arbeitsspeicher</li> <li>■ Schwierigkeiten mit sprachlichen Information</li> <li>■ Inhibitionsprobleme</li> <li>■ negative Interpretation sozialer Information</li> <li>■ Selbstüberschätzung</li> <li>■ negatives Selbstbild</li> <li>■ Schwierigkeiten mit Selbstregulierung</li> <li>■ Schwierigkeiten mit Generalisierung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ entscheide zusammen</li> <li>■ nimm mehr Zeit</li> <li>■ mache weniger</li> <li>■ gebrauche mehr visuelle Information</li> <li>■ kleine Schritte</li> <li>■ erkläre, besprich, gib Anweisungen</li> <li>■ lass dir Dinge zeigen</li> <li>■ belohne und stimulierte</li> <li>■ schränke ein</li> <li>■ übe sehr viel mit Einbeziehung des sozialen Netzwerks</li> </ul> |
|---|---|

61

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### Die drei effektive Prinzipien der Betreuung und Behandlung

1. **Subsidiarität** (kann es auch auf eine weniger einschneidende Art)
2. **Proportionalität** (entsprechend dem Vorteil und dem Schaden)
3. **Wirksamkeit** (was wissen wir von der Wirkung)

---

### Die sechs Kategorien der empfohlenen Anpassungen der Interventionen

1. **Eine ausführlichere Diagnostik**
2. **Abstimmung der Kommunikation**
3. **Konkretisierung des Übungsstoffes**
4. **Vorstrukturierung und Vereinfachung**
5. **Netzwerk und Generalisierung**
6. **Sichere und positive Lernumgebung**

62

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### 1. Diagnostik

| Was   | Warum   | Wie  |
|---|---|--|
| 1.1 Dem Feststellen von kognitiven Stärken und Schwächen der Person mehr Aufmerksamkeit widmen        | -breite Vielfalt an kognitivem Vermögen<br>-Gefahr des Unter- und Überschätzens   | -Untersuchung der Intelligenz<br>-Neuropsychologische Untersuchung sowie eine Untersuchung des verbalen (phonologische Schleife) und räumlich-visuellen Arbeitsgedächtnisses<br>-didaktische Testergebnisse bei der jeweiligen Bildungseinrichtung erfragen<br>-die am besten geeignete visuelle Unterstützung ergründen   |
| 1.2 Der Einschätzung des sozial-emotionalen Entwicklungsniveaus der Person mehr Aufmerksamkeit widmen | -sozial-emotionale Fähigkeiten bleiben hinter dem Kalenderalter zurück<br>-breite Vielfalt an sozial-emotionalen Fähigkeiten unabhängig vom IQ und des Kalenderalters | -Die Person im täglichen Leben beobachten<br>-Instrumente zur Einschätzung des sozial-emotionalen Entwicklungsniveaus benutzen (ESSEON, SEOR).<br>-Zusätzliche Untersuchungen bezüglich der erforderlichen Kompetenzen für die Veränderung des Problemverhaltens, wie Einfühlungsvermögen, Emotionsregulation und Affektinterpretation durchführen (z.B. mit dem I Feel Pictures Test)<br>-Interventionen anpassen an Personen mit einem geringeren Kalenderalter<br>-flexible Anpassung des Erklärungs-niveaus; bei Personen mit geringem Kalenderalter ein passendes Niveau der Erklärung wählen |

66

DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA

### 1. Diagnostik

| Was  | Warum  | Wie   |
|--|--|---|
| 1.3 Das Zusammenspiel zwischen Merkmalen von leichter geistiger Beeinträchtigung und Verhaltensproblemen berücksichtigen | -Verhaltensprobleme können durch eine leichte geistige Beeinträchtigung bestehen bleiben | Üben von für die eigentliche Intervention benötigten kognitiven Fähigkeiten, wie beispielsweise die Förderung des verbalen und räumlich-visuellen Arbeitsgedächtnisses oder die Möglichkeit Impulse zu unterdrücken |

67





|  |  |  |  |   |   |  |   |
|--|--|--|--|---|---|--|---|
| <p>DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA</p> <p><b>6. Sichere und positive Lernumgebung</b></p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="146 338 233 456"> <p>6 Das Selbstvertrauen stärken</p> </td> <td data-bbox="233 338 400 456"> <p>-Viele Misserfolge erfahren<br/>-Kein realistisches Bild von den eigenen Fähigkeiten</p> </td> <td data-bbox="400 338 782 456"> <p>- Dem Einsatz und den Mühen der Person stets positiv begegnen<br/>- Die Stärken (Fähigkeiten) und das positive Verhalten der Person hervorheben<br/>- Die Person viele Erfolgsergebnisse erfahren lassen, wenn beispielsweise eigene Leistungen verbessert werden oder ein selbstgestecktes Ziel erreicht wurde</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="146 456 233 842"> <p>6 Als Hilfeleistende/r für eine sichere und positive Lernumgebung sorgen</p> </td> <td data-bbox="233 456 400 842"> <p>-Viele Misserfolge erfahren<br/>-Fokus auf negativer Information</p> </td> <td data-bbox="400 456 782 842"> <p>- Der Arbeitsbeziehung zwischen der/dem Hilfeleistenden/n und der Person viel Aufmerksamkeit widmen<br/>- Sich bezüglich der Person positionieren und engagieren<br/>- Sich einfühlsam verhalten gegenüber individuellen Unterstützungsbedürfnissen<br/>- Flexibel entscheiden; falls notwendig, von einem Thema ablassen und eine veränderte Sitzung improvisieren<br/>- Eine offene und neutrale Haltung einnehmen<br/>- Viel Geduld haben (Frustrationstoleranz) und die Person bedingungslos begleiten<br/>- Sich ehrlich und aufrichtig verhalten<br/>- Humor verwenden. Dieser ist hingegen nicht zu empfehlen zum Beispiel bei Personen mit einer Störung im autistischen Spektrum.<br/>- Strukturiert arbeiten<br/>- Sich pro-aktiv verhalten<br/>- In geeigneten Fällen auch Zuhause mit der Person arbeiten<br/>- Konkret und herausfordernd arbeiten<br/>- Sich motiviert und enthusiastisch zeigen<br/>- Affinität und Erfahrung mit der Zielgruppe haben</p> </td> </tr> </table> <p>85</p> | <p>6 Das Selbstvertrauen stärken</p>   | <p>-Viele Misserfolge erfahren<br/>-Kein realistisches Bild von den eigenen Fähigkeiten</p>  | <p>- Dem Einsatz und den Mühen der Person stets positiv begegnen<br/>- Die Stärken (Fähigkeiten) und das positive Verhalten der Person hervorheben<br/>- Die Person viele Erfolgsergebnisse erfahren lassen, wenn beispielsweise eigene Leistungen verbessert werden oder ein selbstgestecktes Ziel erreicht wurde</p> | <p>6 Als Hilfeleistende/r für eine sichere und positive Lernumgebung sorgen</p> | <p>-Viele Misserfolge erfahren<br/>-Fokus auf negativer Information</p> | <p>- Der Arbeitsbeziehung zwischen der/dem Hilfeleistenden/n und der Person viel Aufmerksamkeit widmen<br/>- Sich bezüglich der Person positionieren und engagieren<br/>- Sich einfühlsam verhalten gegenüber individuellen Unterstützungsbedürfnissen<br/>- Flexibel entscheiden; falls notwendig, von einem Thema ablassen und eine veränderte Sitzung improvisieren<br/>- Eine offene und neutrale Haltung einnehmen<br/>- Viel Geduld haben (Frustrationstoleranz) und die Person bedingungslos begleiten<br/>- Sich ehrlich und aufrichtig verhalten<br/>- Humor verwenden. Dieser ist hingegen nicht zu empfehlen zum Beispiel bei Personen mit einer Störung im autistischen Spektrum.<br/>- Strukturiert arbeiten<br/>- Sich pro-aktiv verhalten<br/>- In geeigneten Fällen auch Zuhause mit der Person arbeiten<br/>- Konkret und herausfordernd arbeiten<br/>- Sich motiviert und enthusiastisch zeigen<br/>- Affinität und Erfahrung mit der Zielgruppe haben</p> | <p>DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA</p> <p><b>Können Menschen mit leichten geistigen Beeinträchtigungen und zusätzlichen Probleme immer die richtigen Fragen stellen, die richtige Hilfe beantragen und zeitig Hilfe in Anspruch nehmen?</b></p> <p><b>Nein das können sie nicht immer!</b></p> <hr/> <p><b>Was bedeutet dies hinsichtlich die Aufgaben des Heilpädagogen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ nicht in Wartestellung gehen!</li> <li>■ pro-aktives Handeln</li> <li>■ aktiv auf diese Menschen zugehen</li> <li>■ den Dialog wählen</li> </ul> <p>86</p> |
| <p>6 Das Selbstvertrauen stärken</p>   | <p>-Viele Misserfolge erfahren<br/>-Kein realistisches Bild von den eigenen Fähigkeiten</p>  | <p>- Dem Einsatz und den Mühen der Person stets positiv begegnen<br/>- Die Stärken (Fähigkeiten) und das positive Verhalten der Person hervorheben<br/>- Die Person viele Erfolgsergebnisse erfahren lassen, wenn beispielsweise eigene Leistungen verbessert werden oder ein selbstgestecktes Ziel erreicht wurde</p>   |  |   |   |  |   |
| <p>6 Als Hilfeleistende/r für eine sichere und positive Lernumgebung sorgen</p>  | <p>-Viele Misserfolge erfahren<br/>-Fokus auf negativer Information</p>  | <p>- Der Arbeitsbeziehung zwischen der/dem Hilfeleistenden/n und der Person viel Aufmerksamkeit widmen<br/>- Sich bezüglich der Person positionieren und engagieren<br/>- Sich einfühlsam verhalten gegenüber individuellen Unterstützungsbedürfnissen<br/>- Flexibel entscheiden; falls notwendig, von einem Thema ablassen und eine veränderte Sitzung improvisieren<br/>- Eine offene und neutrale Haltung einnehmen<br/>- Viel Geduld haben (Frustrationstoleranz) und die Person bedingungslos begleiten<br/>- Sich ehrlich und aufrichtig verhalten<br/>- Humor verwenden. Dieser ist hingegen nicht zu empfehlen zum Beispiel bei Personen mit einer Störung im autistischen Spektrum.<br/>- Strukturiert arbeiten<br/>- Sich pro-aktiv verhalten<br/>- In geeigneten Fällen auch Zuhause mit der Person arbeiten<br/>- Konkret und herausfordernd arbeiten<br/>- Sich motiviert und enthusiastisch zeigen<br/>- Affinität und Erfahrung mit der Zielgruppe haben</p> |  |   |   |  |   |
| <p>DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA</p> <p><b>proaktiv</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ pädagogisches Handeln muss in diesem Sinne auch verstanden werden als zielbewusstes Handeln</li> <li>■ Menschen sind keine rationell wählenden Individuen</li> <li>■ Im modernen gesundheitsethischen Denken sprechen wir von einem deliberativen Modell. Im Gegensatz zum veralteten patriarchalischen Modell</li> <li>■ Das Selbstbestimmungsrecht soll auch verstanden werden als das Recht auf eine gute Betreuung und Behandlung (nicht als Recht um zugrunde zu gehen)</li> </ul> <p>88</p>   | <p>DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA</p> <p><b>Das deliberative Model: Partner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Betreuer sind nicht nur Unterstützer .</li> <li>■ Sie sind Partner von den Menschen mit Beeinträchtigungen und Fragen werden zusammen diskutiert.</li> <li>■ Solidarität, Vertrauen, Akzeptanz, Respekt</li> <li>■ Der Betreuer ist Freund und Lehrer in Sachen (ungesundes) Verhalten und moralischer Werte.</li> <li>■ Ein derartiges Konzept kann einen Beitrag zum moralischen Wachstum des Klienten leisten.</li> </ul> <p>89</p> |  |  |   |   |  |   |
| <p>DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA</p> <p><b>Die Theorie der nicht-spezifischen Elemente der Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wampold (2001): Effektumfang von Therapien .80 wovon 0-.20 spezifisch therapeutische Elemente betreffen</li> <li>■ Garcia &amp; Weisz (2002): die meisten Patienten beenden eine Therapie, weil die Beziehung zwischen Patient und Therapeuten mangelhaft ist</li> <li>■ Duncan &amp; Sparks (2005): Effekt einer Therapie: Patient Elemente 40%, Beziehung Patient-Therapeuten 30%, allgemeine Elemente, 15%; Therapeutische Erkenntnisse, 15%</li> <li>■ Yperen, T. van, M. van der Steege, A. Addink en L. Boendermaker (2010). Wir wissen noch zu wenig über die Wirkung von therapeutischen und nicht spezifische Elementen</li> </ul> <p>90</p>   | <p>DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM UVA</p> <p><b>Rollenunterschiede in Zeiten der Inklusion und der Normalisierung</b></p> <p><b>Im Inklusionsparadigma sind nicht das Normengebilde und die Erkenntnisse des professionell Arbeitenden zentral, sondern der Dialog wird gesucht. Das heißt, dass wir wirkliches Interesse haben an der Meinung und den Zukunftsidealen des Kommunikationspartners.</b></p> <p>91</p>  |  |  |   |   |  |   |

## Aktive Unterstützung

(F)ACT (assertive community treatment) als Leitmodell  
(Function) Assertive Community Treatment ist eine bislang in Deutschland noch selten eingeführte Interventionsform. ACT bedeutet, dass eine akute und auch eine längerfristige Behandlung von einem Team aus Psychoexperten auch zu Hause angeboten werden kann.

Das ACT Team ist multiprofessionell und besteht aus Fachärzten, Psychologen und/oder Fachkrankenschwestern. Es arbeitet sieben Tage die Woche, 24 Stunden täglich und bietet rund um die Uhr Krisenintervention an.

92

- **Dr. Xavier Moonen**  
**Universität Amsterdam**  
**[www.uva.nl](http://www.uva.nl)**  
**[x.m.h.moonen@uva.nl](mailto:x.m.h.moonen@uva.nl)**

#### **Forum 4**

### **Förderung soziomoralischer Kompetenz als Voraussetzung psychotherapeutischer Behandlung**

**Dr. phil. Jürgen Knapheide, LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie, Lippstadt-Eickelborn**

Intelligenzgeminderte Patienten müssen in fast allen Maßregelvollzugskliniken in die üblichen Behandlungsstrukturen integriert werden. Eine realistische Chance, durch Psychotherapie einen Abbau der von ihnen ausgehenden Gefährlichkeit zu erreichen, besteht aber nicht. Nicht ohne Grund setzen die Therapieverfahren in der Regel eine zumindest durchschnittliche Intelligenz voraus. Haben intelligenzgeminderte Menschen unter diesen Umständen überhaupt eine wirkliche Chance, jemals wieder ein Leben in Freiheit zu führen?

In diesem Forum soll ein Weg beschrieben werden, der vielen dieser Patienten die Möglichkeit bietet, die Kompetenzen aufzubauen, die erforderlich sind, um Psychotherapie auf einem sehr konkreten Niveau zu machen. Es sollen aber auch die Grenzen des Machbaren aufgezeigt werden. Die soziomoralische Kompetenz wird deutlich gesteigert. Es ist aber nicht zu erwarten, dass ein Denken auf einer formalen Ebene möglich wird. Genau diese Tatsache wird häufig nicht ausreichend beachtet. Sie hat weitreichende Konsequenzen für das zukünftige Leben des behandelten Patienten.

Im LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt –Eickelborn wird seit Jahren nach dem Konzept der Förderung soziomoralischer Kompetenz gearbeitet. Die praktische Umsetzung des theoretischen Modells wird nach einer Einführung in die Theorie ausführlich dargestellt.

#### **Vorbemerkungen<sup>2</sup>**

Wenn in diesen Ausführungen von „Reifungsverzögerten Patienten“ die Rede ist, dann sind damit Menschen gemeint, die auf der Grundlage des § 63 in einer Maßregelvollzugsklinik untergebracht sind. Ihre Besonderheit besteht in einer nicht altersentsprechenden soziomoralischen Kompetenz, die mit einer unterdurchschnittlichen kognitiven Intelligenz verbunden ist. Herkömmliche Behandlungsansätze stellen für diese Patienten eine Überforderung dar. Sie werden das Ziel der Behandlung nicht erreichen. In vielen Kliniken findet man Patienten, die als „hoffnungslose Fälle“ beschrieben werden. Sie sind in der Regel durch jahrelange Dressur gut angepasst, werden von Zeit zu Zeit wegen „der guten Führung“ in Nachsorgeeinrichtungen beurlaubt, passen sich dort an die veränder-

ten Strukturen schnell an, werden erneut einschlägig rückfällig und kommen wieder in die Klinik. Es wird schnell klar, dass sie keine reflexive und damit keine einstellungs- und verhaltensbeeinflussende Deliktarbeit in der klinischen Behandlung machen konnten. Sie waren damit überfordert.

Die kognitiven Ressourcen der Patienten lassen durchaus eine Entwicklung zu, die die Patienten befähigt, Psychotherapie auf einem Niveau zu machen, das durch sehr im Konkreten verhaftete Arbeit gekennzeichnet ist. Fast alle Patienten sind zu Beginn der Behandlung in ihrer soziomoralischen Entwicklung nicht auf dem Niveau, das erforderlich ist, um sich reflexiv mit den Delikten und allem was damit zu tun hat auseinander zu setzen. Es nützt daher nichts, mit einer deliktbezogenen Behandlung sofort zu beginnen. Es müssen erst die notwendigen soziomoralischen Voraussetzungen geschaffen werden. Wir unterteilen die Behandlung daher in zwei Abschnitte. Im ersten Abschnitt steht die Förderung im Vordergrund, im zweiten die reflexive therapeu-

---

<sup>2</sup> Dieser Artikel beruht auf einem Vortrag, der im Mai 2012 in Dresden vom Autor gehalten wurde. In weiten Teilen wurde er im Kontext der damaligen Tagung veröffentlicht

tische Arbeit an den Delikten. Natürlich gibt es ständig Überschneidungen. Es erleichtert aber das Verstehen des Behandlungsprozesses, wenn man sich diese Unterteilung immer vergegenwärtigt.

Die Versuche, sozio-moralische Entwicklung zu beschreiben, stammen aus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Es handelt sich um Stufentheorien, die in Abfolge der einzelnen Stufen recht ähnlich sind. Erwachsene, so wird vorausgesetzt, sind auf den höheren Stufen einzuordnen. In einer wissenschaftlichen Untersuchung ließ sich nachweisen, dass intelligenzgeminderte Erwachsene durchaus auf niedrigen (Kindern zugeordneten) Stufen sein können. Auch für sie gilt aber, dass keine Stufe übersprungen werden kann. Die möglichen Entwicklungsschritte sind daher bekannt. So folgt z. B. auf eine Entwicklungsstufe, die durch Fixierung auf Bedürfnisbefriedigung gekennzeichnet ist, eine, die eine gnadenlose Gleichbehandlung verlangt. Die Grenzen der Fördermöglichkeiten werden durch die kognitiven Fähigkeiten vorgegeben. PIAGET hat überzeugend begründet, dass die Stufe 3 der sozio-moralischen Entwicklung voraussetzt, dass die kognitive Stufe der formalen Denkprozesse erreicht wurde. SELMAN, ein amerikanischer Entwicklungspsychologe, der eine anerkannte Stufentheorie sozialer Entwicklung erarbeitet hat, setzt ein Erreichen der Stufe 2 für eine reflexive Psychotherapie voraus. Die meisten unserer Patienten sind kognitiv durchaus dazu in der Lage, diese Stufe zu erreichen.

Die generelle Kritik an der Kohlberg'schen Theorie moralischer Entwicklung soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Manche berechtigten Einwände haben im Alltag unserer Patienten wenig Bedeutung. So ist nachgewiesen, dass zwischen der moralischen Argumentation und der gelebten Moral häufig große Unterschiede bestehen. Bei unseren Patienten kann diese Differenz nicht besonders groß sein, da sie auch argumentativ auf einem sehr niedrigen Niveau sind. Die Handlungsebene kann daher nicht we-

sentlich niedriger sein. Von Bedeutung ist dagegen, dass Patienten Argumente verstehen, die ein Niveau höher sind als das, auf dem sie argumentieren. Diese sogenannte +1-Konvention gibt wesentliche Bedingungen für die alltägliche Arbeit vor. Der Patient auf der Stufe 0 versteht die Argumente der Stufe 1. Er versteht aber nicht die der Stufe 2. Eine Durchmischung der Stationen mit Patienten der Stufen 0 bis 2 führt daher zu einem Argumentationsgewirr. Es werden von den fortgeschrittenen Patienten Regelungen geschaffen werden, die für die am Anfang stehenden Patienten unverständlich sind. Das förderliche Klima ist auf den Stationen dann nicht mehr gewährleistet.

## **1. Theoretische Grundlagen**

### **1.1 Die Übertragbarkeit des Modells der sozio-moralischen Entwicklung auf erwachsene Patienten**

Die Modelle der moralischen Entwicklung nach Kohlberg und der sozialen Entwicklung nach Selman beschreiben Stufen, die in einer normalen, förderlichen Umgebung in der Kindheit und der Jugend durchlaufen werden. In der Pubertät sollte mindestens die Stufe 3 erreicht sein. Bei einigen Erwachsenen ist zu beobachten, dass sie nicht die Stufe 3 erreicht haben. Sie befinden sich völlig oder in Teilbereichen auf den sogenannten präkonventionellen Stufen. Ihre Entwicklung ist in einem mehr oder weniger fortgeschrittenen Stadium stehengeblieben. Mit Hilfe der genannten Modelle lässt sich darstellen, welche Fähigkeiten sie in ihrer Entwicklung erworben haben und wo ihre Grenzen sind. Die üblichen Stufenbeschreibungen der Kompetenzen sind, wenn die Modelle auf Erwachsene angewandt werden, nicht differenziert genug. Durch langjähriges Training einer Perspektivenübernahme auf konkretem Niveau lässt sich z.B. eine Kompetenz auf dieser Stufe entwickeln, die beachtlich ist (z.B. gelegentlich bei Verkäufern

zu beobachten). Es erscheint fragwürdig, Erwachsene und Kinder, die sich auf dieser Stufe bewegen, gleichzusetzen.

Um die Kompetenzentwicklung fördern zu können, muss altersunabhängig beschrieben werden, welche Fähigkeiten vorhanden sind und welche als nächste in einem normalen Prozess entwickelt würden (z.B. zunehmende Loslösung von der egozentrischen Sichtweise). Es handelt sich häufig in der Arbeit mit Erwachsenen nicht um eine generelle Förderung der soziomoralischen Kompetenz, sondern darum, Teilbereiche, in denen ein Rückstand zu den übrigen Fähigkeiten zu beobachten ist, zu entwickeln.

Die in Teilbereichen beobachtbaren Entwicklungsrückstände gehen häufig in psychiatrische Diagnosen ein, die bei intelligenzgeminderten Patienten als Zweitdiagnosen gestellt werden. Am Beispiel dreier Diagnosen soll das verdeutlicht werden:

#### **a) dissoziale Persönlichkeitsstörung**

- Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in Teilbereichen sehr gut ausgebildet; gravierender Rückstand im Bereich des emotionalen Aspektes (kein Mitschwingen); keine Gewichtung moralischer Werte (Orientierung an aktuellen Bedürfnissen)
- Probleme in der Arbeit: die vorhandenen Fähigkeiten im Bereich der Perspektivenübernahme führen zu einer Überschätzung der Gesamtfähigkeiten des Patienten; das empathielose, an eigenen Bedürfnissen orientierte Verhalten führt bei den Mitarbeitern zu einer strafenden Distanz

#### **b) narzisstische Störungen (nach Kernberg)**

- Übernahme theoretischer Perspektiven stellt kein Problem dar; konkrete Perspektiven anderer Menschen können nur oberflächlich mit Inhalt gefüllt werden; moralische

Werte werden in der Theorie gewichtet, in konkreten Situationen Bedürfnisorientierung in Abhängigkeit von der Stärke des Bedürfnisses

- Probleme in der Arbeit: Patienten wirken häufig "aufgeblasen", die Versuchung, ihnen die Realität vor Augen zu führen, also sie mit ihren Schwächen zu konfrontieren, ist ständig gegeben; auch diese Patienten werden in ihren Fähigkeiten ständig überschätzt

#### **c) Borderline-Störungen (nach Kernberg)**

- Vorstellung davon, dass es andere als die eigene Perspektive gibt, ist vorhanden, sie werden mit Inhalten aus der eigenen gefüllt, nicht durch eine Verarbeitung der konkreten Situation; zwei moralische Dimensionen ("Spaltung"), keine komplexe Wertehierarchie, die durch Widersprüche zur Differenzierung angeregt wird
- Probleme in der Arbeit: sehr schwierige Patienten, die durch die Unfähigkeit zur Übernahme der Perspektive des Gegenübers einen extrem kontrollierten Kontakt erfordern; bei einem Nichtverstehen des anderen ordnen sie ihn, seine Motive und sein Handeln als negativ ein

Eine besondere Situation ergibt sich aus einem langjährigen Suchtmittelmissbrauch bzw. einer Suchtmittelabhängigkeit. Am Beispiel der betroffenen Patienten kann man sehen, dass es möglich ist, erlernte soziomoralische Kompetenzen wieder zu verlernen. Unter Abstinenz scheint aber der größte Teil recht schnell wieder neu zu erlernen zu sein. Den Kompetenzverlust kann jeder selbst erleben oder auch beobachten, wenn er z.B. die durch Alkohol bedingte Veränderung von Menschen bei einer Feier betrachtet. Aus Gesprächen werden Monologe, die Befindlichkeit des anderen wird

immer unwichtiger. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wird immer geringer, moralische Urteile beruhen auf immer weniger Fakten.

Die Bedingungen, die Kinder brauchen, um ihre soziomoralischen Kompetenzen zu verbessern, sind gut mit dem Begriff "förderliches Klima" zu beschreiben. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass auf den Entwicklungsstand des Kindes Rücksicht genommen wird, also die Erklärungen und die Wortwahl von ihm verstanden werden können, dass immer wieder verschiedene Perspektiven dargestellt werden, und man versucht, dem Kind zu helfen, seine eigene Perspektive in Worte zu fassen. Die vor Jahren heftig propagierten "Familienkonferenzen" stellten einen Versuch dar, einen Rahmen zu schaffen, um soziomoralische Entwicklung zu fördern.

### **1.2 Die schwierige Frage nach der Therapiefähigkeit**

Die soziomoralische Förderung Jugendlicher oder Erwachsener wird auf vielen verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen versucht. Programme gegen rechte Gewalt, Täter-Opfer-Ausgleich, Integrationsprogramme und ähnliche Projekte versuchen alle ein Verständnis zwischen verschiedenen Menschen zu schaffen. Man ist bestrebt, den verschiedenen Gruppen die Perspektive der anderen verständlich und damit übernehmbar zu machen. Die Erfolge dieser Bemühungen zeigen, dass Perspektivenübernahme trainierbar ist. Alle diese Programme haben gemein, dass sie auf grundlegenden sozialen Fähigkeiten basieren. Sie scheitern bei den Menschen, denen eben diese Fähigkeiten fehlen. Leider kann man nicht voraussetzen, dass jeder Erwachsene in der Lage ist, andere Perspektiven zu übernehmen. Sie befinden sich in ihrer Entwicklung auf Stufen, die normalerweise in der Kindheit durchlaufen werden.

Im Alltag fallen diese Defizite kaum auf. Die Betroffenen gelten vielleicht als schwierig, da sie wenig Rücksicht nehmen, als egoistisch, da sie ihre Bedürfnisse mit Macht befriedigen wollen, oder als kalt und herzlos, da sie kein Verständnis für andere haben. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung auf einer gesicherten Station ergibt sich ein völlig anderes Bild. Die beschriebenen unangenehmen Eigenheiten stellen ein enormes Konfliktpotential dar. Diese Patienten werden als extrem gemeinschaftsstörend erlebt. Es stellt sich die Frage, ob es überhaupt möglich ist, mit ihnen eine Psychotherapie zu machen. Selman begründet nachvollziehbar und überzeugend, dass die Stufe 2 der soziomoralischen Entwicklung erreicht sein muss, damit psychotherapeutisches Arbeiten erfolgreich sein kann. Ist sie nicht erreicht, dann ist es nicht möglich, auf reflexiven Prozessen beruhende Veränderungen zu erreichen.

In ambulanten Therapien wird sehr schnell die Entscheidung zu treffen sein, ob man mit einem solchen Patienten arbeitet bzw. weiter arbeitet. In stationären Einrichtungen, wie z.B. Suchtkliniken, wird man häufig versuchen, Zeit zu gewinnen. Man wird hoffen, daß die fehlende Kompetenz Folge des Suchtmittelmissbrauchs ist, und durch eine längere Zeit der Abstinenz früher vorhandene Fähigkeiten zurückkehren. Wenn das nicht der Fall ist, wird der Patient als "unmotiviert" oder "nicht therapiefähig" entlassen. Häufig wird er aber, bedingt durch seine fehlenden soziomoralischen Kompetenzen, Regelverstöße begehen, die dankbar aufgegriffen werden, um eine disziplinarische Entlassung aussprechen zu können.

In Einrichtungen des Maßregelvollzugs ist ein solches Vorgehen undenkbar. Der Patient, der von einem Gericht untergebracht wurde, hat einen Anspruch auf eine Behandlung. Es ist nicht möglich, ihn mit der Begründung zu entlassen, daß er nicht therapiefähig ist. Der gesetzliche Auftrag beinhaltet die Behandlung und die Sicherung. Wenn eine Be-

handlung nicht möglich ist, dann bleibt der Auftrag der Sicherung. Die Notwendigkeit, einen Weg zu finden, diese Patienten doch behandeln zu können, ist daher wesentlich größer, da die ausschließlich zu sichernden Patienten die Therapieplätze über lange Zeit blockieren und für die anderen Behandlung kaum noch möglich ist. Der Maßregelvollzug kann und muss daher aufgrund seiner speziellen Bedingungen grundlegende Überlegungen zur Frage der Therapiefähigkeit anstellen, die durchaus auf andere Bereiche übertragbar sind.

### 1.3 Erklärung grundlegender Begriffe soziomoralischer Entwicklung

#### Perspektivenübernahme

Ein Kind sieht sich und andere. Es geht fest davon aus, dass alle Menschen das sehen, was es sieht. Es ist davon überzeugt, dass alle die gleichen Gedanken und Gefühle haben. An diesem Punkt setzt das Konstrukt des Perspektivenwechsels an. Wesentlich sind der kognitive, der emotionale und der soziale Aspekt der Perspektivenübernahme. Diese drei Aspekte sind voneinander nicht zu trennen.

Letztlich geht es um die Fähigkeit, sich in einer sozialen Situation in einen anderen Menschen hineinversetzen zu können. Die multiplen Faktoren sollten dabei berücksichtigt werden können. Z.B. sind das die Beziehungen untereinander, die Qualität der Situation, die individuellen Vorerfahrungen (Lebensgeschichte), die Ziele, die Emotionen (aktuelle und vergangene in vergleichbaren Situationen), kognitive Inhalte, usw. Je mehr dieser Faktoren berücksichtigt und dabei gewichtet werden können, desto größer die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel. Wesentlich ist zusätzlich die Fähigkeit, gleichzeitig verschiedene Perspektiven einnehmen zu können und allgemeine Perspektiven zur Strukturierung neuer Situationen zu haben.

Selman formuliert drei Parameter der sozialen Perspektivenübernahme:

„1. Der Begriff der sozialen Perspektivenübernahme bezeichnet nicht nur die Art, in der soziales oder psychologisches Wissen der einen vom Standpunkt einer anderen Person gesehen werden mag, wie dies der Begriff der Rollenübernahme tut, sondern umfasst wesentlich das sich entwickelnde Verständnis dafür, wie verschiedene Blickwinkel *zueinander in Beziehung* stehen und *miteinander koordiniert* werden.

2. Der Begriff der sozialen Perspektivenübernahme schließt nicht bloß die komplexe Koordination dezentrierter kognitiver Operationen, sondern auch ein sich entwickelndes Verständnis der intrinsischen psychologischen Eigenschaften und Fähigkeiten von Personen mit ein; er enthält folglich eine *wesentlich soziale* Komponente. Er mag zwar in ein mehr formales Modell dezentrierten Denkens, beispielsweise die Theorie Piagets, integriert werden, doch ist der soziale und psychologische Inhalt unauflöslich mit ihm verbunden und genauso wichtig wie die logische oder operationale Struktur, die wiederum die Grundlage für die soziale Perspektivenübernahme abgeben mag.

3. Da der Begriff der sozialen Perspektivenübernahme die Entwicklung eines für die Beziehung zwischen Selbst und Anderem fundamentalen Verständnisses erfasst, stellt er zugleich ein theoretisches Gerüst zur Verfügung, mit dem das Verständnis des Kindes von einer erheblichen Anzahl sozialer und psychologischer Beziehungen strukturiert werden kann: Soziale Perspektivenübernahme kann sowohl als ein *analytisches Instrument* in den Händen des Forschers als auch als eine zentrale, im Kind sich entwickelnde *sozialkognitive Fähigkeit* gesehen werden.“ Selman 1984, S. 30/31)

#### Entwicklungsniveaus nach Selman:

##### Niveau 0

##### Undifferenzierte und egozentrische Perspektivenübernahme (ca. 3-8 J.)

- *Vorstellung von Personen: Undifferenziert.* Auf diesem Niveau unterscheiden kleine Kinder nicht deutlich zwischen den physischen und psychologischen Eigenschaften von Personen. Gefühle und Ge-

danken können beobachtet werden, doch die Vermengung des Subjekt-Psychologischen mit dem Objektiv-Physischen führt zu einem Vermengen der äußeren Aspekte einer Handlung mit den durch sie zum Ausdruck gebrachten Gefühlen bzw. von absichtlichem Verhalten.

- *Vorstellung von Beziehungen: Egozentrisch.* Selbst und Andere werden nur als physische, nicht jedoch als psychische Identitäten voneinander differenziert. Subjektive Perspektiven bleiben undifferenziert: das Kind erkennt nicht, dass ein anderer dieselbe Situation anders als es selbst interpretieren mag. Den Vorstellungen von den Beziehungen zwischen Perspektiven werden dadurch Grenzen gesetzt, dass das Kind sie gar nicht erst klar zu unterscheiden vermag; Unterschiede zwischen verschiedenen Perspektiven werden auf bloße Unterschiede der konkret räumlichen Perspektive reduziert.

### **Niveau 1**

#### **Differenzierte und subjektive Perspektivenübernahme (ca. 5-9 J.)**

- *Vorstellung von Personen: Differenziert.* Der zentrale konzeptuelle Fortschritt des Niveau 1 besteht in einer eindeutigen Differenzierung der physischen von den psychischen Charakteristika von Personen. Daraus folgt das Vermögen, beabsichtigte von unbeabsichtigten Handlungen zu unterscheiden sowie ein Gewahrsein des je einzigartigen, subjektiven psychischen Innenlebens jedes Einzelnen. Intrapsychische Vorgänge wie Denken, Meinen oder Fühlen werden jedoch als einheitlich, nicht als gemischt angesehen.
- *Vorstellung von Beziehungen: Subjektiv.* Die subjektiven Perspektiven des Selbst und der Anderen werden deutlich voneinander differenziert und als voneinander potentiell verschieden erkannt. Jedoch meint das Kind noch immer, das subjektive Befinden eines Anderen an dessen Äußeren einfach ablesen zu können. Die Beziehungen zwischen Perspektiven werden nur aus einer Richtung gesehen, einseitig aus der Perspektive eines Beteiligten und lediglich unter Berücksichtigung der Folgen der Interaktion für diesen einen. So steht in dieser Welt einseitiger Vorstellungen von den Beziehungen zwischen Perspektiven und zwischenmenschlicher „Kausalität“ (für einen Schenken-

den) fest, dass ein Geschenk jemanden erfreut. Wo dennoch ein Verständnis zweiseitiger Reziprozität auftritt, da beschränkt es sich auf das Physische: das geschlagene Kind schlägt zurück. Von dem Einzelnen wird angenommen, dass er eine bestimmte Handlung mit einer gleichen beantwortet.

### **Niveau 2**

#### **Selbstreflexive/Zweite Person- und reziproke Perspektivenübernahme (7-12 J.)**

- *Vorstellung von Personen: Selbstreflexiv/Zweite Person.* Der Hauptfortschritt des Niveau 2 besteht in der wachsenden Fähigkeit des Kindes, im Geiste aus sich herauszutreten und eine Zweite Person-Perspektive auf die eigenen Handlungen und Gedanken sowie auf die eigene Erkenntnis, dass auch andere über dieselbe Fähigkeit verfügen, einzunehmen. Der geistige bzw. emotionale Zustand einer Person wird als potentiell vielfältig angesehen (z.B. neugierig, ängstlich und glücklich zugleich). Das Kind stellt sich diese Vielfalt jedoch noch als eine Häufung voneinander isolierter und sequentiell auftretender und gewichteter Aspekte vor („hauptsächlich neugierig und glücklich, und ein wenig ängstlich“). So wird verstanden, dass man selbst, genauso wie andere auch, möglicherweise Dinge tun kann (offene Verhaltensweisen), die man gar nicht zu tun beabsichtigt. Personen verfügen über eine doppelschichtige soziale Orientierung: einerseits das äußere Erscheinungsbild, das möglicherweise nur aufgesetzt wird, und andererseits die wahre, versteckte innere Realität.
- *Vorstellung von Beziehungen: Reziprok.* Da das Kind auf Niveau 2 die Einzigartigkeit der geordneten Menge von Werten und Zielen jedes Einzelnen anerkennt, betrachtet es die Unterschiede zwischen Perspektiven relativistisch. Das Charakteristikum dieses Niveaus ist eine neue zweiseitige Reziprozität. Sie ist eine der Gedanken und der Gefühle, nicht mehr nur eine der Handlungen. Das Kind versetzt sich an die Stelle des Anderen und realisiert, dass der Andere dies ebenso tun wird. Rein mechanisch, logisch betrachtet, erkennt das Kind nun die Möglichkeit des infiniten Regresses der Perspektivenübernahme (Ich weiß, dass er weiß, dass ich weiß, dass er weiß...). Auch erkennt das Kind, dass die Unter-

scheidung zwischen äußerer Erscheinung und innerer Realität die Möglichkeit, andere über die eigene Seelenlage zu täuschen, impliziert. Damit sind der Genauigkeit, mit der des Anderen innere Perspektive erfasst werden kann, Grenzen gesetzt. Im wesentlichen folgt aus der zweiseitigen Reziprozität dieses Niveaus für die Praxis zwischenmenschlicher Beziehungen ein Zustand der „Entspannung“ zwischen den Parteien, der beide zufriedenstellt, sie jedoch in relativer Isolation belässt; zwei einzelne Individuen sehen sich selbst und den Anderen, jedoch nicht ihre Beziehung zueinander.

### Niveau 3

#### **Dritte Person- und gegenseitige Perspektivenübernahme (10-15 J.)**

- *Vorstellung von Personen: Dritte Person.* Auf Niveau 3 denkende junge Adoleszenten sehen Personen nicht mehr wie auf Niveau 2 als beliebig sich verändernde Zusammenstellungen verschiedener Zustände, sondern nun als Systeme über längere Zeit hinweg konsistenter Einstellungen und Werte. Der entscheidende Fortschritt liegt in der Fähigkeit, eine Dritte-Person-Perspektive zu beziehen, d.h., nicht nur aus der unmittelbaren eigenen Perspektive, sondern aus dem Selbst als System oder Totalität herauszutreten. Jugendliche entwickeln einen Begriff davon, was wir „beobachtendes Ich“ nennen könnten, so dass sie sich selbst (und auch andere) zugleich als Handelnde und als Objekte, als sowohl unmittelbar handelnd als auch die Auswirkungen der Handlung auf sich selbst reflektierend sehen können. Sie verstehen, wie sie in Interaktion mit sich selbst über sich selbst reflektieren.
- *Vorstellung von Beziehungen: Gegenseitig.* Die Dritte-Person-Perspektive gestattet es, über das Einnehmen der Perspektive des Anderen auf das Selbst hinauszugehen: die für Niveau 3 charakteristische wirkliche Dritte-Person-Perspektive auf Beziehungen umschließt die Perspektiven des Selbst und des (der) Anderen und koordiniert sie zugleich miteinander; so werden von der Perspektive der Dritten Person bzw. des generalisierten Anderen aus ganze Beziehungssysteme bzw. die ganze Situation sowie alle beteiligten Parteien in das Blickfeld gerückt. Die Logik des infiniten Regresses, des

Hin- und Herwechsels ohne Ende, war auf Niveau 2 bereits offensichtlich, nicht jedoch seine Implikationen. Auf Niveau 3 treten die Beschränkungen des unendlichen Regresses, die letztendliche Vergeblichkeit des Versuchs, Interaktionen aufgrund des Modells des unendlichen Regresses zu verstehen, zutage. Die Dritte-Person-Perspektive erlaubt dem Jugendlichen, abstrakt aus einer Interaktion herauszutreten, gleichzeitig die Perspektiven des Selbst und des Anderen miteinander zu koordinieren und deren gegenseitiges Aufeinanderwirken zu erwägen. Auf diesem Niveau denkende Personen sehen die Notwendigkeit, reziproke Perspektiven miteinander zu koordinieren, und glauben, dass soziale Befriedigung, Verständnis und Miteinander-Auskommen notwendigerweise gegenseitig sein müssen, um wirklich realisiert werden zu können. Zwischenmenschliche Beziehungen werden als zeitlich überdauernde Systeme betrachtet, innerhalb derer Gedanken und Erfahrungen miteinander geteilt werden.

### Niveau 4

#### **Tiefenpsychologische und gesellschaftlich-symbolische Perspektivenübernahme (ab 12 J.)**

- *Vorstellung von Personen: Tiefenpsychologisch.* Zwei Vorstellungen charakterisieren die Auffassung von Personen auf Niveau 4. Erstens werden Handlungen, Gedanken, Motive und Gefühle als psychologisch determiniert, nicht aber als notwendigerweise zugleich von der Person selbstreflexiv erfasst verstanden. Innerhalb einer Person existieren kompliziertere Interaktionen, die nicht immer von dem „beobachtenden Ich“ des Niveau 3 begriffen werden. So können wir auf Niveau 4 das Entstehen eines Begriffs des Unbewussten beobachten, ob es nun so genannt wird oder nicht. Während auf Niveau 2 verstanden wird, dass man unbeabsichtigt handeln kann, werden Personen auf Niveau 4 für fähig erachtet, nicht zu wissen, weshalb sie etwas nicht tun wollen. Zweitens entsteht auf Niveau 4 ein Begriff von Persönlichkeit als dem Produkt von Eigenschaften, Meinungen, Werten und Einstellungen, als ein System mit seiner individuellen Lebensgeschichte.

- *Vorstellung von Beziehungen: Gesellschaftlich-symbolisch.* Das Individuum des Niveau 4 entwirft die subjektiven Perspektiven von Personen aufeinander (Gegenseitigkeit) nicht mehr nur auf der Ebene gemeinsamer Erwartungen oder gegenseitigen Gewährseins (wie auf Niveau 3), sondern als simultan auf mehreren, auch tieferen Ebenen der Kommunikation existierend. So können Perspektiven in einer Dyade auf den Ebenen oberflächlicher Informationen, gemeinsamer Interessen oder tiefergehender unausgesprochener Gefühle und untergründiger Kommunikation miteinander geteilt werden. Auf diesem Niveau kann der Heranwachsende von vielfältigen, miteinander geteilten Perspektiven (generalisierter Anderer) gesellschaftliche, konventionelle, legale oder moralische Perspektiven abstrahieren, die alle Personen miteinander teilen können. Von jedem Individuum wird angenommen, es könne diesen gemeinsamen Blickwinkel des generalisierten Anderen bzw. des sozialen Systems in Betracht ziehen, um so eine Verständigung zu ermöglichen.

### **Gewichtung moralischer Argumente**

Alles, was den sozialen Kontakt direkt oder indirekt regelt, wird als moralisch bezeichnet. Die Regeln stehen zuerst nebeneinander und sind nicht gewichtet. Sie werden als Begründungen (Rechtfertigungen) für Verhalten gebraucht. Im Verlauf der Entwicklung bildet sich eine Gewichtung heraus. Es gibt wichtige und weniger wichtige Regeln. Die Fähigkeit, zwischen zwei gleichwertigen Regeln einen Ausgleich zu finden, setzt voraus, dass es übergeordnete Regeln gibt, die als Maßstab dienen können. Diese Regeln sind Voraussetzung dafür, dass für neue Situationen neue Regeln geschaffen werden können ohne dass diese Situationen bereits eingetreten sind. (Lösung vom Konkreten) Diese Metaregeln schaffen einen hierarchischen Normenaufbau, der Voraussetzung zur Wertung und Beurteilung moralischer Konflikte ist. Er ist durch eine Stabilität gekennzeichnet, die situative Verschiebungen der Wichtigkeit zulässt, ohne dass das gesamte Gefüge

einstürzt und dadurch eine Orientierungslosigkeit hervorruft.

### **Stufen moralischer Entwicklung:**

Die Beschreibung der Stufen basiert auf der Theorie der moralischen Entwicklung von L. Kohlberg. Seine Aussagen zu den präkonventionellen Stufen (0 – 2) wurden durch neuere Forschungen entscheidend weiterentwickelt. Diese Stufen stellen die Denkebene der meisten Kinder bis zum 9. Lebensjahr, einiger Jugendlicher und vieler jugendlicher und erwachsener Straftäter dar. (Kohlberg 1997, S. 126) Die Entwicklung einer Wertehierarchie stellt einen zentralen Punkt dar, der in der folgenden Darstellung im Mittelpunkt steht. Die Stufen 4 – 6 werden nicht beschrieben, da sie im Kontext dieser Arbeit ohne Bedeutung sind. Auch diese Stufen sind als „weich“ anzusehen. Sie stellen einen Entwicklungsablauf dar, der keine klar abgegrenzten Stufen beinhaltet.

#### **Stufe 0**

Moralische Argumente dienen der Rechtfertigung eigener Bedürfnisse. Eine Wertehierarchie ist nicht vorhanden. Höherwertig ist das Argument, das zur Rechtfertigung eigenen Verhaltens situativ besser geeignet erscheint.

#### **Stufe 1**

Externe Wertehierarchien werden übernommen. In der Argumentation ist keinerlei Flexibilität erkennbar. Alle sollen das gleiche bekommen. Konflikte zwischen gleichwertigen Normen werden bedürfnisorientiert gelöst.

#### **Stufe 2**

Die Handhabung der externen Wertehierarchie wird insofern flexibler, als die individuellen Bedürfnisse, Möglichkeiten und die Befindlichkeit berücksichtigt werden. Jeder soll das ihm zustehende bekommen. Konflikte zwischen gleichwertigen Normen werden so gelöst, dass auf einer sehr konkreten Ebene eine "gerechte" Lösung gesucht wird.

#### **Stufe 3**

Die Wertehierarchie wird im Gruppenverband vereinbart. Der Nutzen für die Gruppe ist im Konfliktfall der Maßstab, der die jeweilige

Wertigkeit der einzelnen Norm festlegt. Es gilt die "Goldene Regel". ("Gehe so mit dem Anderen um, wie Du möchtest, dass er mit Dir umgeht!") Ziel ist es, ein "guter" Mann, Freund, Patient, etc. zu sein.

## **2. Die Förderung der soziomoralischen Kompetenz**

### **2.1. Anmerkungen zu den Grundlagen**

Wenn nach einer intensiven, gezielten Beobachtung deutlich ist, welche Kompetenzen beim Patienten vorhanden sind und welche fehlen, dann lässt sich ein Ziel einer Förderung formulieren. Für den Auftrag des Maßregelvollzugs steht im Vordergrund, dass der Patient an einer Psychotherapie teilnehmen kann. Die hierzu notwendigen soziomoralischen Kompetenzen müssen entwickelt werden. Sie zu erreichen, ist das Ziel der Förderung.

Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme muss soweit entwickelt werden, dass der Patient in der Lage ist, verschiedene konkrete Perspektiven gleichzeitig zu übernehmen. Er muss dazu fähig sein, in einer Gruppe im Wechsel alle Teilnehmerperspektiven einzunehmen und aufeinander zu beziehen.

Als Erziehender versucht man in Alltagssituationen, die Fähigkeit eines Kindes zum Perspektivenwechsel zu fördern. Es ist üblich zu versuchen, in Konfliktsituationen die Position des anderen dem Kind zu schildern. Auf einfachem, kind- und altersgerechtem Niveau wird die Perspektive eines anderen Menschen verdeutlicht. Die vor einigen Jahren häufig propagierten "Familienkonferenzen" haben einen ähnlichen Effekt. Problemlösung wird in einem strukturierten Rahmen versucht, in dem jeder Beteiligte seine Perspektive schildert und dann ein Ausgleich zwischen den verschiedenen Wünschen oder Forderungen versucht wird. Wesentlich ist dabei, dass es ein

Recht gibt, ungestört seine Argumente und seine Sichtweise vorzubringen.

Wie Kinder Normen und Werte übernehmen und dann so weiterentwickeln, dass sich eine stabile Wertehierarchie ergibt, wurde von Piaget und Youniss ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Sie schildern, dass zuerst von außen vorgegebene Regeln übernommen werden, die im Laufe der weiteren Entwicklung in der Auseinandersetzung zwischen Gleichen dann "gerechter" gemacht werden, wenn die Regel in der konkreten Anwendung als ungerecht erlebt wird. Dieser Prozess funktioniert aber nur dann, wenn es sich um eine Aushandlung unter Gleichen handelt. Eine unilaterale Machtbeziehung verhindert ihn.

Im Stationsalltag sind im Normalfall alle Konfliktsituationen geregelt oder werden durch Mitarbeiter gelöst. Die Auseinandersetzung unter Gleichen (unter Patienten) findet nicht statt. Gefördert wird eine Anpassung an vorgegebene Normen. Die Aushandlung der Normen des Miteinanderumgehens wird informell ablaufen, da offiziell alles geregelt ist. Das Ergebnis wird sein, dass der "Stärkere" Recht hat, also die inoffiziellen Normen vorgibt. Um hier entgegen zu steuern, muss die Normbildung ein offener Prozess werden. Die Patienten müssen Bereiche ihres Alltagslebens eigenverantwortlich gestalten können. Fragen der Gerechtigkeit sollen zu einem zentralen Thema der Diskussionen der Wohngruppe werden. In einem festgelegten Rahmen müssen die Patienten die Möglichkeit haben, Entscheidungen zu treffen, die für alle verbindlich sind. Die Mitarbeiter sollen die Diskussion fördern, sie sollen auf Ungerechtigkeiten hinweisen. Ihre Macht, Entscheidungen zu erzwingen, müssen sie in den vorgegebenen Grenzen an die Patienten übertragen. Natürlich muss der Prozess der Diskussion und der Entscheidungsfindung nach vereinbarten Regeln ablaufen. Diese Regeln sind Grundlage der Arbeit. Sie sind von den Patienten nicht zu ändern.

## 2.2 Die Station als Lernfeld sozio-moralischen Kompetenz

Das Behandlungskonzept des Hauses 44 der LWL-ZFP in Lippstadt Eickelborn ist 2-stufig aufgebaut und sieht als ersten Behandlungsschritt vor, die soziomoralische Entwicklung soweit zu fördern, dass auch für intelligenzgeminderte Rechtsbrecher Psychotherapie auf einfachem Niveau möglich wird. Die Frage ist somit, wie soziomoralische Entwicklung gefördert werden kann und welchen Anteil der Pflege- und Erziehungsdienst daran hat.

Versuche, die moralische Entwicklung bei Intelligenzgeminderten zu fördern, hat es bislang nicht gegeben. Man hat sich bisher lediglich bemüht, sozial adäquates Verhalten „anzutrainieren“.

Sozial adäquates Verhalten wird dann antrainiert, wenn unter Ausnutzung der unilateralen Machtverhältnisse (d.h. die Macht haben die Mitarbeiter der Station) Patienten durch Belohnung und Bestrafung zu einem Anpassungsverhalten gebracht werden. In der Regel verschwindet dieses angepasste Verhalten, wenn Belohnung und Bestrafung ausbleiben. Die Förderung soziomoralischer Entwicklung setzt dagegen auf einen reflexiven Anteil, so wie er oben beschrieben ist. Letztlich geht es darum, ein Bedürfnis zu entwickeln, sich so zu verhalten, wie man es selbst für gut und richtig erkannt hat.

Im Gegensatz zum intelligenzgeminderten Klientel liegen für Schulen und Gefängnisse – auch für Jugendgefängnisse – Versuche vor, die moralische Entwicklung zu fördern. Man weiß heute, dass moralische Entwicklung auch noch im Erwachsenenalter möglich ist und vor allem, dass Intelligenzgeminderte im frühen Erwachsenenalter besonders lernfähig sind. Deshalb kann man erwarten, dass die moralische Entwicklung bei In-

telligenzgeminderten wesentlich später an ihrem Endpunkt ankommt.

### **Normbildung als offener Prozess und Eigenverantwortung der Patienten als wesentliche Elemente praktischer Umsetzung**

Die vorab dargelegten Bedingungen stellen ganz klar heraus, dass es wesentlich ist, Patienten echten Konflikten auszusetzen und sie in Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Die Konflikte müssen für die Patienten von Bedeutung sein und sie müssen die Konflikte unter „ihres Gleichen“ lösen können. Die Realität im Stationsalltag sieht jedoch in der Regel anders aus. Im Stationsalltag sind üblicherweise alle Konfliktsituationen geregelt oder werden durch Mitarbeiter gelöst. Die Lösungsmöglichkeiten, die Mitarbeiter bei Intelligenzgeminderten vorgeben, bewegen sich dazu zum Teil noch auf Ebenen, die mit dem Entwicklungsniveau der Patienten nicht übereinstimmen. (Auf der Stufe I wird ein Patient es z.B. als gerecht empfinden, wenn jeder das gleiche erhält und nicht verstehen, warum Herr X den letzten Nachtisch noch zusätzlich bekommt, weil er den Fisch nicht mochte). Was aus der Sicht der Patienten gerecht sein könnte, wird mit den Patienten nicht diskutiert. Eigene Lösungen der Patienten werden nicht zugelassen. Ein „Recht auf Fehler“, aus denen man lernen könnte, wird den Patienten nicht zugestanden. Was die Mitarbeiter als Konfliktlösungen vorgeben, erleben die Patienten dagegen häufig als willkürlich. Patienten der Stufe 0 ziehen dann hieraus wiederum die Konsequenz, dass man selber auch machen kann, was man will, da die Mitarbeiter dies ja ebenfalls tun. Eine Förderung soziomoralischer Entwicklung ist so nicht möglich.

Durch das übliche Vorgehen der Mitarbeiter wird es zu einer Anpassung der Patienten an vorgegebene Normen kommen. Die Aushandlung der Normen des miteinander Umgehens wird infor-

mell ablaufen, da offiziell alles geregelt ist. Das Ergebnis wird sein, dass der „Stärkere“ Recht hat und die „inoffiziellen Normen“ vorgibt. Häufig sind diese dissozial und werden von den „alten Hasen“ auf der Station gesetzt, die in der Regel nicht therapiemotiviert sind.

Gerne verstecken Mitarbeiter sich bei der Vorgabe von Regelungen auch hinter „Entscheidungen des Teams“. Perspektiven in ihrer Vielfalt werden so nicht dargestellt. In Entscheidungsprozesse werden Patienten kaum einbezogen, wenig werden sie verantwortlich gemacht für das soziale Zusammenleben auf der Station. Die Schuld für das Misslingen des Zusammenlebens wird an die Mitarbeiter weitergegeben. (Wenn ein Patient z.B. auf seinem Zimmer nicht klarkommt, muss das Team „was machen“).

Aus dieser Misere kommt man nur heraus, wenn die Normbildung zu einem offenen Prozess wird und festgelegte Bereiche in die Eigenverantwortung der Patienten gegeben werden.

### **Eigenverantwortung der Patienten**

In den letzten Jahren wurde folgende Bereiche in die Eigenverantwortung der Patienten übergeben:

- Zimmerbelegung (Neuaufnahmen werden vom Personal einem Zimmer zugeordnet)
- Stationsinterner Putzdienst
- Erstellen der Ausgangspläne
- Inhaltliche Ausgestaltung der Selbstversorgungsgruppen
- Durchführung der Wohngruppenversammlung.

Den Patienten ist gestattet, soziale Regeln des Zusammenlebens aufzustellen, solange sie mit der Hausordnung und Vorgaben des Maßregelvollzugs nicht im Widerspruch stehen, sie das friedliche Zusammenleben fördern und in der Wohngruppenversammlung unter Ge-

rechtigkeitspunkten diskutiert und verabschiedet worden sind.

Beispiel: In der Hausordnung sind Geschäfte unter Patienten nicht gestattet. In der Hausordnung ist aber nicht aufgeführt, was unter einem „Geschäft“ zu verstehen ist. Ein großes Graufeld besteht und wird von den Patienten auch dementsprechend genutzt. Elektrogeräte verkauft man sich z.B. nicht gegenseitig, sondern „verleiht“ sie. Gerade diese „Kungeleien“ führen aber häufig zu Konflikten und stören das soziale Zusammenleben sehr. Es ist daher erforderlich, dass die Patienten hier zu klaren und eindeutigen Regelungen kommen.

Ein wesentliches organisatorisches Gremium im Hinblick auf Eigenverantwortung und Normbildungsprozess ist die Wohngruppenversammlung, hier nehmen alle Patienten der Station neben den Mitarbeitern teil (siehe unten). Insgesamt stehen in dem Behandlungskonzept die Gruppenprozesse im Vordergrund. Eine Station unterteilt sich in drei weitere Gruppen, und zwar in die Klinikgruppe, die Fördergruppe und die Therapiegruppe. Diese Unterteilung trägt nicht nur dem unterschiedlichen Entwicklungsniveau der Patienten Rechnung, hier findet sich organisatorisch auch der zweistufige Behandlungsansatz wieder. (Im ersten Schritt erfolgt die Förderung und im zweiten Schritt die Psychotherapie mit der Deliktbearbeitung). Die Organisationsstruktur eignet sich auch hervorragend zum Lernen am Modell. Im Folgenden sollen die angesprochenen Gruppen detailliert vorgestellt werden.

### **2.3 Beschreibung zentraler Bausteine der Behandlung**

#### **Klinikversorgung**

Hier sind alle Patienten zusammengefasst, die keiner anderen Gruppe zugeordnet oder neu auf der Station sind. Der Name, er stammt von den Patienten,

ergibt sich daraus, dass sie durch die Großküche der Klinik versorgt werden. Die Motivation der Patienten zu einer Behandlung ist sehr unterschiedlich. In der Regel ist sie bedingt durch die Einschränkungen der Unterbringung. Eine intrinsische Motivation ist fast nicht feststellbar. Da die Patienten keine bzw. kaum Lockerungen haben, finden Außenaktivitäten nicht statt. (Ausnahmen ergeben sich bei den Patienten, die unter klaren Auflagen die Möglichkeit haben, Dinge des persönlichen Bedarfs selbst einzukaufen.)

Das Ziel der Arbeit in der Klinikversorgung ist das weitgehende Erreichen der Stufe 1 der soziomoralischen Entwicklung. Wie weiter oben beschrieben, wird auf der Stufe 1 ein externes Normen- und Wertgefüge übernommen. Die Patienten sollen die Normen und Regeln der Station übernehmen. Sie sollen lernen, eine andere als die eigene Perspektive mit Inhalt zu füllen. Vor allem in den Kontakten mit Mitarbeitern wird immer wieder versucht, die Perspektive des Patienten gegen die davon getrennte des Mitarbeiters abzugrenzen und die den Patienten fremde mit Inhalt zu füllen.

Diese „Gruppe“ hat im Rahmen der Station bestimmte Aufgaben zu erfüllen. Sie muss Aufgaben gruppenintern verteilen und zusammenarbeiten. Aus dieser Situation heraus ergeben sich konkrete Alltagskonflikte, die genutzt werden, um eine Auseinandersetzung mit Fragen der Gerechtigkeit anzuregen. Im Alltag, in den zum Kontaktaufbau notwendigen Gesprächen und in den Wohngruppenversammlungen wird versucht, ein Bild über den Entwicklungsstand jedes Patienten zu bekommen, damit er seiner Entwicklung entsprechend in die Fördergruppe kommen kann. Diese „Gruppe“ wird von Mitarbeitern eng betreut und situationsentsprechend angeleitet.

### **Fördergruppe**

Ein Patient kann dann in die Fördergruppe kommen, wenn der Wunsch deutlich wird, durch eine aktive Teilnahme an der

Behandlung in Richtung auf eine Langzeitbeurlaubung zu gehen. Die Motivation muss deutliche intrinsische Anteile aufweisen. Der Patient muss die von ihm begangenen Straftaten als etwas Negatives erleben. Den Wunsch nach einer Veränderung muss er dadurch zeigen, dass er an illegalen Handlungen auf der Station nicht teilnimmt.

Dadurch, dass es sich um eine feste Gruppe handelt, die gleichzeitig eine Selbstversorgungsgruppe darstellt, verbringen die Patienten viel Zeit miteinander und sind gezwungen, Konflikte untereinander zu thematisieren und zu lösen. Die Diskussion über Normen und Werte wird angeregt. Fragen der Gerechtigkeit spielen eine große Rolle, da im Rahmen der Entwicklung für die Patienten der Schritt ansteht, feste Regeln der konkreten Situation des Einzelfalles anzupassen, ohne in einen regellosen Zustand zu verfallen.

Da die Patienten in die Behandlung integriert sind und sie deutliche Fortschritte gemacht haben müssen, um an der Gruppe teilnehmen zu dürfen, können sie Vollzugslockerungen erhalten. Zur Intensivierung der Arbeit in der Gruppe sollen sie mit der Welt außerhalb der geschlossenen Station konfrontiert werden. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme lässt sich dadurch deutlich verbessern, da sie mit Menschen und damit mit Perspektiven konfrontiert werden, die ihnen unbekannt sind. Im Stationsalltag ist dieses Unbekannte nicht mehr gegeben. Zusätzlich werden in Rollenspielen von den Patienten verschiedene Perspektiven übernommen. Es werden moralische Dilemmata diskutiert, die aus der Lebenswelt der Patienten stammen.

Neben dem Erreichen der Stufe 2 der soziomoralischen Entwicklung, der Voraussetzung, um Psychotherapie auf einfachem Niveau machen zu können, sollen die Gruppenteilnehmer das Prinzip der Offenheit verinnerlichen, sie sollen Muster gewaltfreier Konfliktlösung erlernen, und sie sollen konstruktiv an der Gestaltung der Stationsregeln mitarbeiten.

### **Therapiegruppe**

Ziel der Therapiegruppe ist es, die Patienten zu einem deliktfreien Leben in Freiheit und Selbstbestimmung im Rahmen einer Langzeitbeurlaubung zu befähigen. Voraussetzung für die Teilnahme sind eine intrinsische Behandlungsmotivation, d.h. die Patienten müssen unter ihren Straftaten leiden und deshalb den nachhaltigen Wunsch nach einer psychischen Veränderung verspüren, sie müssen dazu in der Lage sein, andere als die eigene Perspektive übernehmen zu können, sie müssen eine stabile, situationsadäquate Wertehierarchie haben und bereit sein, die Normen und Regeln der Gemeinschaft aktiv zu vertreten und gegen illegale Handlungen einzuschreiten.

Durch regelmäßige Gruppentherapie sollen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, eine Integration der Delikte und ein Aufdecken delikthaften Verhaltens und Denkens stattfinden. Es sollen Alternativen entwickelt, überprüft und eingeübt werden. "Sicherheitsysteme" werden geplant und verinnerlicht. Aktivitäten außerhalb der Klinik dienen der Realitätsüberprüfung. Diskussionen über Werte und Normen unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten sollen zur Weiterentwicklung von bestehenden Normen und dadurch zu mehr Gerechtigkeit im Alltag führen. Das aktive Einschreiten gegen illegale Handlungen zeigt die Bereitschaft, mit dem vergangenen Leben im "Dunkel" zu brechen, und ab jetzt ein Leben zu führen, dass jederzeit von anderen betrachtet werden kann.

### **Wohngruppenversammlung**

Die Struktur der Wohngruppenversammlung, Aufgaben und Ziele sind eindeutig festgelegt. An der Wohngruppenversammlung nehmen alle Patienten, die im Dienst befindlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und die Abteilungsleitung teil. Die Wohngruppenversammlung wird sowohl von den Patienten als auch den

Mitarbeitern protokolliert. Die Therapiegruppe wählt einen Wohngruppensprecher, der auf jeden Fall Mitglied der Therapiegruppe sein muss. Diese Vorgabe ist durch die Mitarbeiter gesetzt. Sie ist darin begründet, dass die Patienten der Therapiegruppe die größte Kompetenz im Hinblick auf die soziomoralischen Fähigkeiten besitzen und durch das Ziel, der Therapiegruppe den höchsten sozialen Status zu verschaffen.

Der Wohngruppensprecher ist für die formale Einhaltung der Regeln verantwortlich. Er moderiert die Wohngruppenversammlung und verschafft jedem das Recht, sich zu bestimmten Fragen zu äußern. Die Therapiegruppe sammelt bis zum Tag vor der Wohngruppenversammlung Themen, die sowohl von den Patienten und den Mitarbeitern eingereicht werden können. In der Therapiegruppe werden die Themen gewichtet und entschieden, welche Themen in die Wohngruppenversammlung kommen und welche zurückgestellt werden. Die Mitarbeiter haben sich an die vereinbarten Regeln zu halten und haben keine Sonderrechte. Ein fester Tagesordnungspunkt in jeder Wohngruppenversammlung ist jedoch der Tagesordnungspunkt „Information“. Hier können die Mitarbeiter wichtige Mitteilungen weitergeben, wie z.B. das Abstellen des Wassers aus Reparaturgründen usw. Wesentlich ist, dass diese Punkte in der Wohngruppenversammlung nicht diskutiert werden.

Alle grundsätzlichen Fragen, Entscheidungen über soziale Regeln des Zusammenlebens, Teilnahme an und Ausschluss aus Gruppen, Konfliktlösungsstrategien usw. werden in der Wohngruppenversammlung besprochen und beschlossen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind hierbei nicht berechtigt, mit abzustimmen; Bedenken und Einwände der Mitarbeiter müssen in der Wohngruppenversammlung jedoch besprochen werden. Es besteht ein Vetorecht der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, wenn existenzielle Belange der Therapie, der Sicherheit oder der Hygiene betroffen sind. Die Grenzen, wann die

Verantwortung der Patientengemeinschaft entzogen wird, müssen klar festgelegt und für die Patienten nachvollziehbar beschrieben sein und werden bei Bedarf in der Wohngruppenversammlung immer wieder erläutert und begründet. Von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ist eine nachvollziehbare Erklärung abzugeben, wenn sie von dem Vetorecht Gebrauch machen. Dies sollte jeweils sehr gut überlegt sein. Eigenverantwortlichkeit heißt auch, Lösungen zu suchen und zu finden, die nicht optimal sind. Sie beinhaltet ebenfalls das Recht, zu scheitern und einen erneuten Lösungsversuch zu machen. Damit das Gremium „Wohngruppenversammlung“, das wesentlich das Alltagsleben auf der Station reguliert, handlungsfähig ist und glaubwürdig bleibt, nimmt die Abteilungsleitung an der Wohngruppenversammlung teil. Dies ist u.a. erforderlich, da in diesem Rahmen Vorschläge (auch Verbesserungsvorschläge) zur Gestaltung des Alltags von den Patienten eingebracht werden, die wesentliche und grundlegende Entscheidungen für die Abteilung tangieren können (z.B. wo können im Rahmen der Überbelegung zusätzliche Betten aufgestellt werden.) Im Verlauf der Diskussion muss sichergestellt sein, dass sie auch in eine Richtung geht, die von der Leitung mitgetragen werden kann. Das Gremium würde sonst viele Vorschläge erarbeiten, die von vornherein zum Scheitern verurteilt sind und die Mitwirkung von Patienten erheblich demotivieren. Hinzu kommt, dass in der Wohngruppenversammlung auch Beschwerden vorgetragen werden können und die Patienten nach Begründungen für Entscheidungen des Teams fragen oder aber sich nach „Gerüchten“ erkundigen können. Auch hier ist die Anwesenheit der Abteilungsleitung erforderlich, um verlässliche Antworten oder auch Begründungen für Entscheidungen geben zu können, die in der Letztverantwortung der Abteilungsleitung liegen.

Die Wohngruppenversammlung wird grundsätzlich im ganzen Team ein-

schließlich Abteilungsleitung nachbesprochen. Dabei wird nicht nur die Dynamik erörtert oder der Entwicklungsstand der Patienten, sondern auch erste Maßnahmen und Handlungsabfolgen festgelegt und Prozesse angeglichen. Auch hier ist die Anwesenheit der Abteilungsleitung sinnvoll, um ohne Zeitverzögerung zu Entscheidungen zu kommen und um diese dann zeitnah umsetzen zu können.

### **Außerstationäre therapeutische Maßnahmen**

Die außerstationären therapeutischen Maßnahmen dienen der intensiven Deliktarbeit. Sie bestehen aus zwei unterschiedlichen Teilen, die auf einander aufbauen. Der zeitliche Umfang, der erforderlich ist, um die erste Stufe abzuschließen, ist individuell sehr verschieden. Um die Gruppen unterscheiden zu können, wird die erste Gruppe „Vorbereitungsgruppe“ genannt. Die zweite ist die eigentliche „Deliktgruppe“.

Für eine befristete Zeit konzentriert zu arbeiten, ist in der Behandlung Intelligenzgeminderter bzw. Entwicklungsverzögerter ein durchaus übliches Vorgehen. Es dauert immer eine längere Zeit, bis in den Gruppen die aktuellen Störungen bearbeitet worden sind und es möglich wird, deliktrelevante Bereiche anzu-steuern. So geht viel Zeit verloren.

Die ganz alltäglichen Störungen lassen sich auf der Station nicht vermeiden. Man muss die Station verlassen, damit man möglichst störungsfrei arbeiten kann. Die Patienten sind sehr leicht ablenkbar. Es fällt ihnen schwer, sich über einen längeren Zeitraum mit einer bestimmten Problematik zu beschäftigen. Natürlich kommt hinzu, dass die emotionale Betroffenheit, bzw. das erneute Erleben von bestimmten Emotionen nicht besonders angenehm ist. Ablenkungen stellen einen Weg des Vermeidens dar.

Die Patienten sind alle sehr im Konkreten verhaftet. Es ist nicht ihre natürliche Art, sich theoretisch mit bestimmten Fragestellungen zu beschäftigen. Sie neigen dazu, Dinge, die nicht konkret vor ihnen

stehen, zu negieren. Die Konfrontation mit den eigenen Reaktionen auf bestimmte Menschen oder bestimmte Situationen ist nur durch reales Erleben möglich. Dieses Erleben müssen wir möglich machen, steuern und kontrollieren.

Wir haben an der Nordsee ein Haus gefunden, das uns die Möglichkeiten bietet, die wir für die Durchführung der außerstationären therapeutischen Maßnahmen brauchen. Wir haben eine störungsarme, ruhige Umgebung, in der Fremde etwas Normales sind. Es sind überschaubare Städte in der Nähe, wo wir strukturiert beobachten bzw. erleben können. Nach der ersten Fahrt ist die Umgebung bekannt. Sie lenkt nicht mehr ab. Die Mitarbeiter haben eine so große Ortskenntnis, dass sie bestimmte Erfahrungen oder Beobachtungen vorplanen können.

In der „Vorbereitungsgruppe“ geht es in erster Linie um eine Verbesserung der sozialen Kompetenz im Hinblick auf eine zukünftige intensive Deliktbearbeitung. Es sind nicht nur die schon immer vorhandenen Defizite des Einzelnen, es sind auch die Folgen langjähriger Unterbringung, die bearbeitet werden sollen. Lebensbedingungen, die durch Zwangsgemeinschaften und Bevormundung gekennzeichnet sind, führen wohl automatisch zu fast ausschließlich funktionalen Beziehungen. Wenn noch hinzukommt, dass die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel kaum entwickelt ist, dann verschärft sich das Problem dramatisch. Es entwickelt sich keine gegenseitige Fürsorge, es entsteht eine Struktur, die durch Desinteresse an der Befindlichkeit des anderen gekennzeichnet ist, die aber die Funktion hat, das eigene Wohlbefinden abzusichern.

Während der außerstationären therapeutischen Maßnahmen (AtM) wird in diesem Bereich Kompetenz aufgebaut. In einem ersten Schritt müssen die Teilnehmer an die Tatsache herangeführt werden, dass es eine Unzahl anderer Menschen gibt. Diese Menschen sind alle unterschiedlich. Sie haben ihre Eigenheiten und führen ihr eigenes Leben. Sie

haben Wünsche, Ängste, Träume und Illusionen. Jeder hat seine eigenen. Die Patienten sind überrascht und manchmal auch deutlich überfordert, wenn sie diese Tatsache realisieren. Die Menschen, die ihnen eigentlich ziemlich egal waren, bekommen Gesichter.

Im nächsten Schritt versuchen wir, den Patienten zu helfen, Ordnung in das entstandene Chaos zu bringen. Durch gezielte Fragestellungen wird versucht, Gruppen zu bilden. Es geht dabei z.B. um das Alter, die soziale Schicht, den Grund des Aufenthaltes an einem bestimmten Ort usw.. Den Patienten wird ein Mitarbeiter an die Seite gestellt, der im ständigen Gespräch mit ihm bleibt. Er soll darauf achten, dass der Patient sich ernsthaft bemüht, auch wenn es manchmal schwer fällt. Natürlich soll er auch anregen und kritisch kommentieren.

Die Arbeit mit konkreten Beobachtungen muss selbstverständlich intensiv nach- und vorbesprochen werden. Vom Zeitaufwand her ist davon auszugehen, dass Zweidrittel der Zeit für Gespräche genutzt werden. Den Patienten soll geholfen werden, die gemachten Beobachtungen zu verbalisieren. Sie sind sprachlich nicht besonders flexibel. Emotionale Befindlichkeiten in Worte zu fassen, ist für sie schwer, da sie nur einen eingeschränkten Wortschatz haben. Zusätzlich haben sie die Schwierigkeit, einer Differenzierung der verschiedenen Emotionen.

Das beengte Zusammenleben in einer kleinen, überschaubaren Gruppe führt zu einer Nähe und einem Vertrauen, wie es die Patienten in der stationären Behandlung noch nicht erlebt haben. Die Tatsache, zu einem ausgewählten Kreis zu gehören, stellt eine große Aufwertung dar. Die Patienten sorgen daher selbst dafür, dass während der AtM keine Unregelmäßigkeiten vorkommen. Sie wollen diese Möglichkeit intensiver Therapie erhalten.

In der Deliktgruppe wird wesentlich mehr geredet. Ziel der Arbeit ist es, die

Hintergründe der Delikte zu beleuchten, Wirkzusammenhänge zu verstehen, die jetzt noch vorhandene Gefährlichkeit zu ermitteln, für deliktrelevante Reaktionen zu sensibilisieren, Signalreize zu erkennen, Vermeidungsstrategien zu entwickeln, Hilfestrukturen zu planen. Ziel der Arbeit ist es aber auch, die Fähigkeiten zu vergrößern, die zu einem befriedigenden Leben führen. In der Regel sind das Kompetenzen, die die Möglichkeiten zahlreicherer und befriedigenderer sozialer Kontakte schaffen.

#### **2.4 Die Rolle des Pflege- und Erziehungsdienstes im Rahmen der Förderung soziomoralischer Kompetenz**

##### **Die veränderte Rolle des Pflege- und Erziehungsdienstes im Rahmen der soziomoralischen Entwicklung**

Der Pflege und Erziehungsdienst hat ganz wesentliche Anteile an der Gestaltung des Alltagslebens auf der Station. Ganz abstrakt formuliert lautet diese Aufgabe jetzt, die Station als Lernfeld im Sinne einer modifizierten „just community“ (gerechten Gemeinschaft) nach KOHLBERG zu gestalten. Der Begriff Lernfeld soll in diesem Zusammenhang noch einmal unterstreichen, dass es um ein Lernen am konkreten Gegenstand geht (z.B. echte Konflikte). Es gilt, die Rahmenbedingungen zu setzen, um Entwicklung fördern zu können. Diese Bedingungen, organisatorischer Rahmen usw. sind vorab dargelegt. An dieser Stelle soll jetzt gezielter die veränderte Rolle des Pflege- und Erziehungsdienstes dargestellt werden und die damit verbundene Haltungsänderung.

Diese Haltungsänderung lässt sich unter verschiedenen Gesichtspunkten beschreiben. Kern der Haltungsänderung ist es, im Alltag nicht mehr aus einer Machtposition heraus zu handeln, den Patienten Raum in ihrem „Role-making“ zu geben und Sensibilität für moralische Themen zu entwickeln. Diese Haltung setzt eine hohe Professionalität voraus.

Die Kenntnis der Entwicklungsstufen gehört zwingend dazu.

##### **Exkurs**

Der Begriff „Role-making“ wird hier im Sinne von J. YOUNISS verstanden.

YOUNISS ist der Meinung, dass das Sozialverhalten von Kindern und die Weiterentwicklung dieses Verhaltens nicht mit Hilfe des theoretischen Konstrukts der „Rollenübernahme“ erfasst werden kann. Hierzu führt YOUNISS folgendes aus: „Die Daten sprechen dafür, dass Kinder keineswegs so sind, wie es in der traditionellen Rollenübernahme behauptet wird, und dass ihre Interaktionen nicht so ablaufen, wie es diese Vorstellung vorschreibt. Handlungen von Kindern laufen beispielsweise nicht in der Art ab, dass einer passiv an einem Gedanken oder Gefühl festhält, was der andere durch aktives Suchen erraten muss. Ganz im Gegenteil teilen Kinder einander frei und ungezwungen mit, was sie wissen und wie es ihnen geht. Dies geschieht zumeist in einer erstaunlich offenen Art und Weise. Kinder äußern ihre Gedanken und Gefühle laut, und sie stellen einander Fragen. Sie versuchen, Missverständnisse zu klären. Sie widersprechen Mitteilungen, mit denen sie nicht einverstanden sind und sie pflichten Handlungen bei, die sie billigen.“ 6)

Nach YOUNISS kooperieren Kinder als Partner auf ihrem jeweiligen Entwicklungsniveau und interpretieren gemeinsam die Wirklichkeit.

Ältere Kinder unterscheiden sich von jüngeren dadurch, dass ihre Verfahrensweisen immer besser geeignet sind, gemeinsam Realität zu erschaffen. Daraus folgt, dass Rollenübernahme nicht die korrekte Bezeichnung ist, da damit das Bild eines aktiv Suchenden gemeint ist, der sich abmüht, in Erfahrung zu bringen, was ein sich passiv verhaltender Anderer in seinem Kopf verbirgt. Eine treffendere Bezeichnung wäre „Rollen-Erschaffen“ (Role-making), da damit das interaktive Handeln erfasst wäre, durch

welches die Partner gemeinsam und in aller Öffentlichkeit Rollen (Vorstellungen, Themen, Gefühle und Meinungen) konstruieren.“ 7)

Diesem gemeinsamen Konstruieren von Rollen „unter Gleichen“, dieser gemeinsamen Interpretation der Realität gilt es Raum zu schaffen und die Patienten hierzu anzuregen. Nach YOUNISS ist die Beziehung unter Gleichen ein wesentlicher Faktor in der sozio-moralischen Entwicklung.

### **Zum Umgang mit Macht und Überlegenheit**

Ziel der Behandlung ist es nicht, Patienten an vorgegebene Strukturen anzupassen, dies wurde an mehreren Stellen bereits betont. Die objektive Machtposition von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und auch die Überlegenheit auf dem Hintergrund der Intelligenzminderung „verführen“ jedoch sehr schnell dazu, die Patienten den Vorstellungen des Teams anzupassen und das Werte- und Normensystem des Teams von außen vorzugeben (heteronome Moral). Hinzu kommt, dass in den Teams häufig Tendenzen bestehen, Fehlverhalten zu „bestrafen“. Wird das Klima einer Station durch solche oder ähnliche Grundhaltungen geprägt, so wird die moralische Entwicklung blockiert, reflexive Anteile werden nicht gefördert.

Der Umdenkprozess beginnt im Prinzip damit, sich klarzumachen, dass die Patienten auf der Station leben und nicht die Mitarbeiter; das heißt die Grundhaltung der Mitarbeiter sollte es sein zu akzeptieren, dass die Station zuerst einmal die Station der Patienten ist und dass diese für das therapeutische Klima auf der Station verantwortlich sind. Aufgabe der Mitarbeiter ist es, hierzu einen Rahmen vorzugeben und auf die Einhaltung vorgegebener Grenzen und unabdingbarer Normen zu achten, wie z.B. auf das Verbot zu Schlagen oder zu Bedrohen. Innerhalb des vorgegebenen Rahmens sollten die Mitarbeiter nicht aus einer Machtposition heraus oder aus Überle-

genheit heraus agieren. Die Mitarbeiter müssen zulassen, dass Patienten in Entscheidungsprozesse einbezogen werden, dass Regeln gemeinsam mit Patienten erarbeitet werden, dass Patienten in einem vorgegebenen Rahmen selbst Regeln des sozialen Zusammenlebens aufstellen können, an die sich auch die Mitarbeiter zu halten haben und dass Patienten das Recht haben, Entscheidungen zu hinterfragen und Mitarbeiter zu kritisieren. Die Fragen der Gerechtigkeit und das Ziel des friedlichen Zusammenlebens auf der Station stehen dabei immer im Vordergrund.

### **Wie sich der Mitarbeiter in seiner Individualität darstellt**

In der Regel wird auf allen Stationen viel Wert darauf gelegt, dass Mitarbeiter das Team in den Vordergrund stellen und sich in das Team einfügen. Diese grundsätzlich nicht zu kritisierende Haltung führt jedoch häufig dazu, dass Mitarbeiter sich nicht mehr in ihrer Individualität darstellen, sondern sich und ihre Meinung hinter den Entscheidungen des Teams verbergen. Dies ist sichtbar an Formulierungen wie z.B. „wir haben im Team entschieden“ oder „die Mitarbeiter sind der Ansicht“ usw. Die Vielfalt der Perspektiven wird so jedoch nicht mehr dargestellt, der einzelne Mitarbeiter in seiner Individualität tritt nicht mehr in Erscheinung, die Argumentationen erfolgen auf einer „Gruppenebene“ (dem Team) und somit auf einer Ebene, die die Patienten nicht mehr einnehmen können. Für die intelligenzgeminderten Patienten ist die Vorstellung von einem „Team“ zu abstrakt, sie können sich in der Regel nur den Mitarbeiter und die Mitarbeiterin konkret in dieser Person und mit dieser Meinung vorstellen. Um die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel zu fördern, ist es erforderlich, dass jeder Mitarbeiter (entwicklungsgerecht) seine eigene Perspektive von der sozialen und emotionalen Seite her anbietet. Beispielsweise könnte er sich zu Lockerungen einem Patienten gegenüber äußern, dass der Patient ihn selbst schon durch seine Ab-

sprachefähigkeit und seine Offenheit für Lockerungen überzeugt hat, dass die übrigen Mitarbeiter den Patienten aber noch anders erleben und dies an konkreten Situationen erklären. Durch eine solche Argumentation braucht der Mitarbeiter seinen Kollegen nicht in den „Rücken zu fallen“, er kann dem Patienten jedoch verdeutlichen, dass jeder Mensch anders denkt, er kann sich selbst abgrenzen und gleichzeitig dem anderen Raum geben. Auch diese individuelle Präsentation des Mitarbeiters sollte nicht aus einer Machtposition heraus passieren. Es geht nicht darum, den Patienten zu belehren und ihm Antworten zu geben, sondern die eigene Perspektive darzustellen oder auch die der anderen. Es geht auch nicht darum, dem Patienten Inhalte zu vermitteln, das heißt z.B. dem Patienten zu sagen, was moralisch ist. Moral wird zwar über Inhalte gelernt, diese gilt es jedoch nicht einfach von außen vorzugeben. Erforderlich ist jedoch die Bereitschaft, sein eigenes Wertesystem darzustellen und sich hiernach zu verhalten. Ideal ist es, wenn Mitarbeiter eine Entwicklungsstufe über dem Niveau der Patienten argumentieren.

### **Wie „Beziehungen unter Gleichen“ ermöglicht werden.**

Beziehungen unter Gleichen“ auf einer Station zu ermöglichen, ist eine wesentliche, aber auch schwierige Aufgabe für den Pflege- und Erziehungsdienst. Sie erfordert es, den Patienten Raum zu geben und die Prozesse in den jeweiligen Gruppen zu fördern. Mitarbeiter halten es oft nur schwer aus, wenn Patienten z.B. Regeln auf ihrem jeweiligen Entwicklungsniveau erarbeiten und Konflikte zwar entwicklungsgerecht, aber nicht optimal lösen. Hier zuzusehen, ohne Antworten zu geben und die Probleme immer wieder in die Gruppe zurückzugeben, dort auf konkretem Niveau lösen zu lassen und nicht außerhalb der Gruppe und an dieser vorbei mit einzelnen Patienten zu erörtern, erfordert viel Professionalität. Das Wissen um die Entwicklungsstufen ist dabei sehr hilfreich, da

man einschätzen kann, was in der Gruppe gerade geschieht und weiß, welcher Entwicklungsschritt der nächste ist, und wo es hingehen soll. Zur Förderung der Beziehung unter Gleichen gehört es auch anzuerkennen, dass Patienten untereinander andere Rollen einnehmen als gegenüber Mitarbeitern. (Z.B. wird ein Patient einem Mitarbeiter gegenüber behilflich sein, weil er dessen Autorität anerkennt, während der gleiche Patient in der Gruppe vielleicht nur dem hilft, von dem er auch eine Gegenleistung erwartet). Diese speziellen Prozesse und Strukturen in der Gruppe gilt es zu respektieren und die Patienten nicht abzuwerten, weil sie ein bestimmtes Entwicklungsniveau noch nicht erreicht haben. Auch die gemeinsame Interpretation der Wirklichkeit innerhalb der Patientengruppen gilt es nicht zu belächeln, sondern z.B. die Argumente der Patienten auf höherem Niveau zu erkennen und argumentativ zu unterstützen, ohne als „Überlegener“ die richtige Antwort aus der Tasche zu ziehen. Stattdessen gilt es, auch die Antworten der Patienten als berechtigt stehen zu lassen, da diese Antworten für die jeweilige Gruppe und den jeweiligen Kontext vielleicht gerade genau die richtigen sind, um Entwicklungen zu fördern.

Große Probleme macht im Alltag die Einschätzung des Niveaus der soziomoralischen Kompetenz des Patienten. Die folgenden Fragen haben sich bewährt, da sie die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter auf relevante Bereiche fokussieren:

- Unterscheidet der Patient zwischen physischen und psychischen Eigenschaften eines Menschen?
- Wen spricht er an?
- Mit wem redet er?
- Kennt er die Namen?
- Was redet er?
- Setzt er voraus, dass sein Gegenüber sofort weiß, worum es geht?

- Schildert er eine Situation oder setzt er voraus, dass der Andere die Situation erlebt hat?
- Worüber lacht er?
- Nimmt er seine Mitpatienten gelegentlich auf den Arm?
- Was bedeutet für ihn Freundschaft? (Wer ist warum sein Freund?)
- Was bedeutet für ihn „Gruppe“?
- Unterscheidet er zwischen „absichtlichem“ und „unabsichtlichem Verhalten“?

Nach welcher Vorstellung lebt er:

- „Möglichst viel für mich.“
- „ Jedem das Gleiche.“
- „ Jedem das Seine.“
- „Möglichst viel für die Gruppe.“

Welche Normen und Werte bestimmen sein Handeln?

- Wie bewertet er Verhalten oder Geschehen? Schwarz oder Weiß – Grautöne?
- Sind seine Wertungen zeitlich konstant?
- Hat er Abstand zu seinen Bedürfnissen, bewertet er sie mit den gleichen Normen, die er sonst anlegt?
- Wo kommen die Normen und Werte her?
- Was passiert, wenn man gegen die Normen verstößt?
- Was verbindet die „Gruppe“?

### **3. Ablösung, Beurlaubung, Nachsorge**

Diese drei Phasen der Behandlung sind in der Realität nicht klar getrennt. Sie überschneiden sich, sie ergänzen sich. Die folgende Schilderung stellt einen Versuch dar, die unterschiedlichen Schwerpunkte zu beschreiben.

#### **3.1 Ablösung: Lebenszufriedenheit und -ziele**

In der Phase der Ablösung nimmt die Lebenszufriedenheit einen großen Raum ein. Der Maßregelvollzug ist für die meisten Patienten in der Zeit der intensiven Behandlung zu einer Geborgenheit gebenden, schützenden Heimat geworden. Keiner der Patienten hat in seinem vorhergehenden Leben einen vergleichbaren Status gehabt. Er zählt auf der Psychotherapiestation zu den Fortgeschrittenen. Er ist eine Autorität. Seine Statements haben Gewicht. Sie werden ernst genommen und haben Einfluss auf Entscheidungen der gesamten Gruppe. Gegenseitiges Verstehen und prosoziales Verhalten werden anerkannt und erhöhen den Status. Diese Aufwertung tut gut. Viele der Patienten erleben zum ersten Mal in ihrem Leben eine solche Form von Zuwendung. Sie können oft nicht genug davon bekommen. Es scheint so, als ob sie den Mangel der letzten Jahrzehnte nachholen wollten.

Das Stationsklima verändert die Befindlichkeit mancher Patienten in einer Form, die „süchtig“ macht. Die „Korrektur“ durch die Realität fällt in diesem nun mal zwangsläufig geschlossenen Rahmen aus. Weder in der vergangenen, noch in der zukünftigen Welt der Patienten ist es vorgesehen, soviel Zeit mit der Beschäftigung mit der eigenen Befindlichkeit zu verbringen wie im Maßregelvollzug. Sie werden nie wieder eine vergleichbare Wichtigkeit erleben. Man muss sich einfach mal vorstellen, welche Aufwertung es darstellt, wenn sich ein „Heer“ von Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften

um einen Menschen kümmern, sich sorgen, versuchen ihn einzuschätzen, zu verstehen und ihm zu einer positiven Entwicklung zu verhelfen. Unsere Patienten waren vor der Unterbringung die, mit denen keiner viel zu tun haben wollte. Sie dienten wohl eher als schlechtes Beispiel denn als Modell.

Die fehlenden kognitiven bzw. sozialen Fähigkeiten stellen in der Zeit der Unterbringung kein Problem dar. Es gibt viele Mitarbeiter, die alle helfen wollen, trotz der Defizite ein zufriedenes Leben zu ermöglichen. Eine realistische Einordnung der eigenen Möglichkeiten und der Defizite ist daher im Stationsalltag nicht möglich. Die Lebenszufriedenheit ist trotz der Freiheitseinschränkungen hoch. Meistens sogar höher als je zuvor im Leben.

Der MRV selbst stellt eine Welt dar, die nach ihren eigenen Gesetzen funktioniert. Sie ist in vielen Bereichen konträrtherapeutisch. Wie schon beschrieben werden soziale oder kognitive Defizite durch Einsatz von Mitarbeitern aufgefangen. Entsprechend der Vorgabe, alle Patienten gleich zu behandeln, wird ein Unterscheidungsmerkmal von Menschen glattpoliert. Es spielt kaum noch eine Rolle. In der Beurlaubungssituation ändert sich das grundlegend. Es ist ab sofort wieder von großer Bedeutung.

Der Umgang mit Geld stellt ein weiteres Beispiel dafür dar, dass der MRV in bestimmten Bereichen zur Lebensuntüchtigkeit führt. Patienten, die relativ kurz vor der Beurlaubung sind, organisieren ihre Versorgung mit Nahrungsmitteln selbst. Es steht ein Betrag pro Person zur Verfügung, der den Sinn hat, die Patienten zufriedenzustellen. Er ist unrealistisch hoch, da er deutlich über dem Satz liegt, den Sozialämter Hilfebedürftigen zahlen. Es drängt sich der Verdacht auf, dass es mehr darum geht, den Patienten keinen Grund zu Beschwerden zu geben als auf ein Leben nach der Unterbringung vorzubereiten.

Neben der Höhe des Tagessatzes ist es völlig unrealistisch, das Geld getrennt

vom Barbetrag auszuzahlen. Patienten können am ersten des Monats pleite sein, in ihrer Ernährung wird sich das nicht bemerkbar machen. Das Geld für die Selbstversorgung ist zweckgebunden. In der Beurlaubung wird der deutlich niedrigere Satz zumindest zum Teil ausbezahlt. Der Patient kann ihn für anderes ausgeben. Pleite zu sein bedeutet dann, bei Betreuern oder Mitbewohnern zu betteln oder zu hungern. Auch auf diese Normalität können wir nicht vorbereiten. Die Einrichtung kann und will da nicht mitmachen. Ebenso wenig kann ein den Ausgang begleitender Mitarbeiter es zulassen, dass ein Patient sein gesamtes Geld „sinnlos“ ausgibt. Er ist verpflichtet, darauf zu achten, dass der Patient sich nicht schadet, was er sicherlich dadurch tun würde. Obwohl der Patient nicht mit Geld plan- und sinnvoll umgehen kann, wird er keine offizielle Geldeinteilung bekommen. Die Defizite werden in der Beurlaubung sehr schnell sichtbar. Die daraus resultierenden Konflikte treten schon nach kurzer Zeit auf.

Unsere Patienten sind mehr oder weniger abhängig. Sie leben mit dieser ganz realen Abhängigkeit. Im MRV stellt das kein großes Problem dar. Die Lebensbedingungen lassen das Spüren der Abhängigkeit nur selten zu. Was ist damit gemeint? Unseren Patienten fehlen Fähigkeiten (oder sie sind in unzulänglicher Form vorhanden), die notwendig sind, um ein ganz normales Leben zu führen. Sie sind abhängig davon, dass ihnen jemand hilft. Offensichtlich ist das bei den Patienten, die nicht lesen können. Ohne Hilfe können sie alltägliche Dinge, z.B. Einkäufe, nicht bewältigen. Sie sind nicht in der Lage, den Helfer zu kontrollieren. Er kann sie „vorführen“. Sie sind abhängig, einem anderen ausgeliefert. Dieses Wissen macht Angst und führt zu Misstrauen. In der Psychotherapie sollte dieses Erleben ein wichtiges, zentrales Thema sein. Leider ist es das nicht. Durch die politisch gewollte, ausgesprochen dumme Anordnung der ständigen 1:1-Begleitung für die allermeisten Patienten treten diese Gefühle kaum auf.

Der begleitende Mitarbeiter ist glaubwürdiger als ein Mitpatient und vor allem kann man sich offiziell über ihn beschweren, wenn er eine falsche Auskunft geben sollte.

Aus dem Geschriebenen geht deutlich hervor, dass der Maßregelvollzug für entwicklungsverzögerte und intelligenzgeminderte Patienten durchaus positive Aspekte bietet. Die Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit sind im Laufe der Zeit so selbstverständlich geworden, dass fast alle Patienten sich daran nicht mehr stören. Die Fähigkeit, sich an vorgegebene Lebensbedingungen anzupassen, ist erstaunlich. Von Freiheit wird zwar oft geredet, doch wird der Begriff nicht mit Inhalt gefüllt. Ist es Freiheit, in einem Wohnheim alleine, ohne enge soziale Kontakte zu sitzen? Mit den anderen Bewohnern zusammen etwas zu unternehmen, macht mehr Spaß, wenn man wenigstens etwas Geld in der Tasche hat. Außerdem muss man sie ansprechen. Auf einer geschlossenen Station ist das einfach. Man trifft sich, ob man will oder nicht. In eine Gemeinschaft sich zu integrieren, die durch Freiwilligkeit gekennzeichnet ist, gestaltet sich wesentlich schwerer. Der Mitbewohner kann gehen. Man kann sich sehr lange aus dem Weg gehen. Im MRV geht das nicht. Der Raum ist begrenzt. Man sitzt in einem Boot. Wenn man weiterkommen will, dann braucht man den Anderen. In Wohnheimen sind die Bedingungen anders, jeder kann sich die Kontakte aussuchen, die er haben möchte und den Menschen aus dem Weg gehen, die er nicht in seiner Nähe haben will.

In der Phase der Ablösung müssen die aufgezählten Problembereiche soweit wie möglich bearbeitet werden. Die Patienten müssen auf die anstehende tiefgreifende Veränderung vorbereitet werden. Die Themen sind nicht spektakulär und nicht attraktiv. Die Patienten vermeiden sie, wenn es eben geht. Häufig versuchen sie durch Rückgriffe auf schon bearbeitete Themen die alte, reflexive Arbeit wieder aufzunehmen. Plötzlich schildern sie

Probleme, die sie nie zuvor hatten, und die eine Beurlaubung verhindern. Der eine oder andere sorgt aber auch dafür, dass wir Dinge finden, die nicht in seinem Besitz sein sollten. Nur der Patient, der wirklich wieder in Freiheit leben will, wird konzentriert mitarbeiten.

Die Frage ist: wie merken im Konkreten verhaftete Menschen, was eine Entlassung für sie bedeuten wird? Die Antwort ist einfach. Schon die wenigen Zeiten, wo sie alleine, weit weg von der vertrauten, Sicherheit gebenden Klinik Ausgang haben, reichen aus, um eine starke Verunsicherung entstehen zu lassen. Der Patient wird in der Situation auf das reduziert, was er ist: ein in einer forensischen Klinik untergebrachter Mensch, der anderen Menschen nachhaltig geschadet hat, dem soziale und kognitive Kompetenzen fehlen und dem man irgendwelche Forderungen nicht zugesteht. Wie schön ist es da doch in der Klinik, wo er wichtig ist, wo sich alles um ihn drehen sollte und wo er seine Forderungen oft mit Hilfe anderer durchsetzen kann.

### **3.2 Beurlaubung: Unterstützung und Kontrolle**

Der Übergang in eine Nachfolgeeinrichtung muss weit vor der eigentlichen Beurlaubung beginnen. Da durch die lange Zeit der Unterbringung und die oben beschriebenen Lebensumstände eine mehr oder weniger große Attraktivität des Maßregelvollzuges gegeben ist, darf der Wechsel der Lebensumstände nichts Unvorhersehbares, Überraschendes mehr haben. Natürlich muss der Patient den Wechsel wollen. Er muss in die Suche nach einer geeigneten Einrichtung einbezogen werden. Er soll frühzeitig Kontakt zu den Mitarbeitern und den Mitbewohnern aufbauen können. Im Rahmen der normalen Ausgänge, die nicht im sehr weit reichenden Nahbereich der Klinik sind und daher ohne ständige Begleitung stattfinden dürfen, hat er dazu die Gelegenheit, und er kann

natürlich die örtlichen Gegebenheiten kennenlernen.

Je mehr der Patient die zukünftige Einrichtung als bekannt und vertraut erlebt, desto leichter wird der Wechsel klappen. Wir versuchen Patienten in Einrichtungen zu beurlauben, in denen schon andere seit längerer Zeit sind. In den Einrichtungen sind ambulante Gruppe aufgebaut worden. Sie werden durch Psychotherapeuten des LWL-Zentrums geleitet, damit das forensische Wissen über die Beurlaubung hinaus für die Patienten erhalten bleibt. An diesen Gruppen nimmt in unregelmäßigen Abständen die Deliktgruppe teil. Der Hintergrund ist der, dass die beurlaubten bzw. entlassenen Patienten die so oft fehlende Realität den aktuellen Patienten besser vermitteln können als die Mitarbeiter. Die aktuellen Patienten sind dagegen mitten im therapeutischen Prozess. Sie sind oft damit beschäftigt, deliktrelevantes Verhalten, Denken oder Fühlen aufzudecken. Sie sorgen dafür, dass die beurlaubten Patienten nicht nachlässig werden. Letztlich geht es natürlich darum, Rückfälle zu verhindern und dadurch sich die Möglichkeit zu erhalten, selbst einmal in diese Einrichtung beurlaubt zu werden.

Neben der Vertrautheit der Einrichtung ist natürlich die Vertrautheit der Mitarbeiter/Bezugspersonen von größter Wichtigkeit. Es geht dabei nicht nur darum, neue Mitarbeiter der Nachfolgeeinrichtung kennen zu lernen, es geht darum, die bekannten Bezugspersonen aus der Einrichtung in die neue Lebensphase „mitzunehmen“. Die Betreuung in der Langzeitbeurlaubung wird in der Abteilung IV des LWL-ZFP sowohl durch den Therapeuten, der die Deliktbearbeitung begleitet hat, und zwei namentlich benannte Mitarbeiter des Pflegedienstes sichergestellt. Die Beteiligung des Therapeuten ist notwendig, da die Deliktarbeit zum Zeitpunkt der Langzeitbeurlaubung in dem Rahmen abgeschlossen ist, den eine geschlossene Station zulässt. Natürlich besteht die Notwendigkeit, im offenen Rahmen die bisher geleistete Arbeit

zu überprüfen. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes kennen den Patienten natürlich auch aus der Teilnahme an den therapeutischen Aktivitäten, aber sie haben ihn über einen langen Zeitraum im Alltag erlebt. In den Nachfolgeeinrichtungen ist gerade zu Beginn einer Langzeitbeurlaubung häufiger eine Verunsicherung zu erleben, die darauf beruht, dass Verhaltensweisen oder Reaktionen des Patienten irritieren, nicht einzuschätzen sind oder es an entsprechenden „Antworten“ fehlt. Das entsprechende Wissen, also die Antworten, sind bei den Mitarbeitern des Pflegedienstes vorhanden. Ein direkter Kontakt zur Nachsorgeeinrichtung ist daher von großem Vorteil. Fragen der neuen Betreuer können sofort geklärt werden, der Patient nimmt ein wichtiges Stück Alltag mit, die Kontinuität in der Betreuung bleibt und stabilisiert.

In der Situation eines Wechsels aus der vertrauten Welt in eine neue, die weit weniger einschränkende, muss dadurch Sicherheit entstehen, dass klare Strukturen vorhanden sind. Es muss klar sein, dass bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Alkohol- oder Drogenkonsum, ohne vorherige Absprache den Ort der Beurlaubung verlassen, zu vereinbarten Gesprächsterminen nicht erscheinen, fortgesetzt gegen die Weisungen der Mitarbeiter der Nachsorgeeinrichtung verstoßen) zu einem sofortigen Abbruch der Beurlaubung führen. Es muss aber genauso klar sein, dass die Aktivitäten, die zum Aufbau eines normalen Lebens in der neuen Einrichtung führen (z.B. Freizeitgestaltung, Kontaktaufnahme zu Mitbewohnern, Integration in das übliche Arbeitsleben) soweit wie möglich unterstützt werden. Dem Patienten muss klar sein, wer wofür zuständig ist. Es muss eine eindeutige Zuständigkeitszuordnung zwischen den beteiligten Mitarbeitern stattfinden. Wenn man versucht, nach dem „Prinzip Hoffnung“ darauf zu vertrauen, dass sich schon alles von alleine regeln wird, dann kann man sicher sein, dass es schief geht.

Im Alltag des Patienten haben die Regeln der Einrichtung Gültigkeit, in der er lebt.

Ein großer Teil dieser Regeln ist ihm, dem Patienten, neu. Der Schutz der Maßregelvollzugsklinik fehlt in der neuen Lebenssituation. Die Entscheidungsmöglichkeiten sind ungleich größer geworden. Freiheit wird dadurch real und spürbar. Es ergibt sich aber zwangsläufig ein Problem. Einige Patienten müssen sehr oft und sehr intensiv spüren, dass sie jetzt eine Freiheit der Entscheidung im Alltag haben. Der einfachste Weg dazu ist es, die Regeln des Hauses zu übertreten, nur etwas, aber eben doch übertreten. Die darauf folgende Reaktion (zur Rede gestellt werden, Konsequenzen tragen) ist der fassbare Beweis für Freiheit. Gleichzeitig ist sie Beweis für Stabilität, Sicherheit und Zuverlässigkeit. In der Regel sind das die Eigenschaften, die die Patienten suchen. Sie bilden die Grundlage, auf der Freiheit lebbar wird, wenn man ein Mensch mit Defiziten ist.

Einen beurlaubten forensischen Patienten aufzunehmen bedeutet auch, eine Verantwortung zu übernehmen. Es ist daher selbstverständlich, dass die Maßregelvollzugsklinik den Mitarbeitern der Nachfolgeeinrichtung Hilfestellung geben muss. Die Mitarbeiter müssen im Alltag die notwendige Handlungssicherheit haben. Sie müssen das Wichtige vom Unwichtigen unterscheiden können. Für ein besseres Verstehen der Patienten ist es sinnvoll, wenn bekannt ist, was in welcher Form in der Vergangenheit gemacht wurde. Neben mehr theoretischen Fortbildungen stellen daher Hospitationen ein wichtiges Element der Kompetenzvermittlung dar. Es geht dabei aber nicht um einseitige Besuche der Mitarbeiter der Nachfolgeeinrichtung in der Klinik, es ist ebenso sinnvoll, wenn Mitarbeiter der Klinik in der Einrichtung hospitieren. Sie lernen das neue Umfeld der Patienten kennen, können aber auch gleichzeitig verdeutlichen, welche Beobachtungen für uns wichtig sind und welche eher nicht. Der persönliche Kontakt macht die Kommunikation leichter. Einen Fremden ruft man nun mal nicht so leicht an, um ihm etwas zu erzählen, was man selbst

für wichtig hält, dass man aber nicht so recht einordnen kann. Wenn man jemanden kennt, dann kann man ja einfach mal anrufen und jemanden fragen, der in diesen Dingen kompetenter ist.

Das Maßregelvollzugsgesetz gibt vor, dass alle sechs Monate ein Behandlungsplan für jeden Patienten gemacht werden muss. Für die beurlaubten Patienten wird dieser Plan unter Beteiligung der Mitarbeiter der Nachfolgeeinrichtung gemacht. Die hierzu notwendige Konferenz stellt den Rahmen dar, in dem in vorgegebenen Zeiträumen der bisherige Verlauf der Beurlaubung diskutiert werden kann. Die Maßnahmen, die im nächsten halben Jahr durchgeführt werden sollen, werden besprochen und mit dem Patienten abgestimmt. Natürlich besteht die Möglichkeit, neben der Behandlungsplanungskonferenz auch in schwierigen Situationen eine ausführliche Fallbesprechung zu machen.

### **3.3 Nachsorge: Rückfälle vermeiden**

Ein Kernstück der Nachsorgearbeit der Abteilung IV ist die in Bielefeld verankerte ambulante Gruppe. An ihr nehmen die langzeitbeurlaubten, die entlassenen und ab und zu die weit fortgeschrittenen aktuellen Patienten teil. Die Strafvollstreckungskammer hat den Patienten, die auf Bewährung entlassen sind, zur Auflage gemacht, an der Gruppe teilzunehmen. Natürlich nur den Patienten, die sich im Großraum Bielefeld bzw. Paderborn aufhalten. Aber selbst die, die die Bewährungszeit hinter sich haben, kommen weiterhin.

Leider haben nicht alle die Patienten, die die bedingte Entlassung erreicht haben, die Bewährungszeit problemlos überstanden. Zwei sind wieder auffällig geworden. Beide befinden sich wieder in Eickelborn. In der ambulanten Gruppe wurde das Verhalten der beiden schon weit vor den eigentlichen „Rückfällen“ intensiv besprochen. Ein Patient wollte sich nicht ausreichend mit seiner Alkoholproblematik auseinandersetzen. Es

war allen Gruppenteilnehmern deutlich, dass er mit seiner passiven, konsumierenden Haltung in einen Rückfall rutschen würde. Er selbst wollte sich damit nicht beschäftigen. Es kam wie es kommen musste – er trank. Stark angetrunken prügelte er sich mit einem Bademeister und lachte auf einer Toilette einen kleinen Jungen wegen dessen kleinem Glied aus. Patient Nummer 2 wurde einschlägig rückfällig. Er war wegen einer Vielzahl pädophiler Delikte in den Maßregelvollzug gekommen. Nach einer langen Leidensgeschichte, die auf der Unfähigkeit beruhte, eine absolut chaotische Frau zu verlassen, beging er sexuelle Übergriffe an seinem Neffen. Nach einer Zeit im Gefängnis, er erhielt für diese Taten keinen „dreiundsechziger“, kam er wieder nach Eickelborn, da natürlich die Bewährung widerrufen wurde. Die alte Unterbringung wird also weiterhin vollstreckt.

Rückfälle sollten nicht passieren, ganz vermeiden lassen sie sich aber wohl nie. Wir können nur hoffen, dass der Schaden für andere Menschen möglichst gering bleibt.

## Literaturverzeichnis

- Böhnisch: Abweichendes Verhalten; Weinheim, München 1999
- Damon: Die soziale Welt des Kindes; Frankfurt 1984
- Dewe/Otto: Zugänge zur Sozialpädagogik; Weinheim, München 1996
- Gilligan: Die andere Stimme; München 1984
- Garz: Moral, Erziehung und Gesellschaft; Bad Heilbrunn 1998
- Keller: Soziale Kognition, Moralische Urteil und Ich-Prozesse; in Eckensberger/Silbereisen (Hrsg.): Entwicklung sozialer Kognitionen; Stuttgart 1980
- Kernberg: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus; Frankfurt 1983
- Knapheide: Moralische Entwicklung bei intelligenzgeminderten forensischen Patienten - Theoretische Begründung und Durchführung eines sozialpädagogischen Förderprogramms; Dissertation Universität Bielefeld 2000
- Kohlberg/Scharf/Hickey: Die Gerechtigkeitsstruktur im Gefängnis. Eine Theorie und eine Intervention; in: Portele (Hrsg.): Sozialisation und Moral; Weinheim 1978
- Kohlberg: Die Psychologie der Moralentwicklung; Frankfurt 1996
- Oser/Althof: Moralische Selbstbestimmung; Stuttgart II. Aufl. 1994
- Reuss/Becker: Evaluation des Ansatzes von Lawrence Kohlberg zur Entwicklung und Messung moralischen Urteilens; Berlin 1996
- Selman: Die Entwicklung des sozialen Verstehens; Frankfurt 1984
- Youniss: Soziale Konstruktion und psychische Entwicklung; Frankfurt 1994

- **Dr. phil. Jürgen Knapheide**  
**LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie**  
**Lippstadt-Eickelborn**  
**[www.forensik-lippstadt.de](http://www.forensik-lippstadt.de)**

## **Forum 5**

### **Straffällige Menschen mit geistiger Behinderung in der Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz**

**Josef Berg, Kathrin Böhling, LVR Klinik Bedburg-Hau**

Die Unterbringung in dem Maßregelvollzug bedeutet für intelligenzgeminderte Menschen, dass sie in einem eher medizinisch ausgerichteten und wenig heilpädagogischem System behandelt werden. Menschen mit einer Intelligenzminderung sind eher selten in der Maßregel anzutreffen und machen etwa acht Prozent der Maßregelvollzugspatienten aus. Die Toleranz gegenüber herausforderndem Verhalten hat sich zum Nachteil dieser Gruppe geändert. Die oftmals langen Verweildauern in hochgesicherten Maßregelvollzugsabteilungen tragen dazu bei, dass Ohnmachtsgefühle erlebt werden und die Anpassung an eine „totale Institution“ auch zum Verlernen von zuvor vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten bei den Patienten führt. Die Integration dieser Patientengruppe durch die Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bedeutet für diese Menschen oft eine Überforderung und kann dadurch zur Dekompensation führen.

Könnte ein geeignetes Umfeld für die Patienten gefunden werden, in welches die Beurlaubung außerhalb des Maßregelvollzugs erfolgen kann, kommt eine weitere Hürde auf die Patienten zu. Unsere Erfahrungen zeigen, dass es besonders für diese Menschen sehr schwierig ist, einer Strafvollstreckungskammer gegenüber darzulegen, dass eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug verantwortbar ist. Dies muss einerseits damit im Zusammenhang gesehen werden, dass durch ihre fehlende Abstraktionsfähigkeit angepasstes Verhalten nicht reproduziert werden kann.

Andererseits liegt bei dieser Personengruppe zumeist eine mangelnde Impulskontrolle vor, die bei herausfordernden sozialen Situationen oftmals zu Fehlverhalten führt. Mögliche Einschränkungen in der Einsichtsfähigkeit und die unzureichenden Kompetenzen in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben, machen es darüber hinaus schwer für diese Menschen, sich im sozialen System angemessen zu verhalten. Es kann zu Dekompensationen kommen, die als Folge einer unüberschaubaren, nicht klar geregelten und unterstützenden Lebensführung gesehen werden muss. Ferner erschweren Vorbehalte gegenüber dieser Personengruppe die Integration in die Gesellschaft.

So führen die verschärften, rechtlichen Bestimmungen dazu, dass diese Menschen es sehr schwer haben, aus dem System des Maßregelvollzugs entlassen zu werden. Diese Patientengruppe braucht Fürsprecher sowie die Bereitschaft externer Einrichtungen, sich diesem Klientel anzunehmen und Einrichtungen, die in ihrer Kompetenz bezogen auf forensisches Fachwissen speziell ausgebildet werden. Statt hochgesichert hinter Stacheldraht „verwahrt“ zu werden, brauchen diese Menschen gut besetzte, nach sonderpädagogischen, psychologischen und heilpädagogischen Behandlungs- und Betreuungsmethoden arbeitende, motivierte Mitarbeiter.

Die Nachreife soll durch Fördermaßnahmen, die im schulischen, beruflichen und im sozialen Bereich liegen, erzielt werden sowie die Förderung der Perspektivübernahme im Sinne von sozialmoralischen Entwicklungsmodellen ist durchaus als erfolgreich anzusehen. Genauso wichtig scheint jedoch, dass diesen Menschen Verständnis und Akzeptanz entgegengebracht wird.

|  |  |      |      |              |              |      |      |                |                |
|--|--|------|------|--------------|--------------|------|------|----------------|----------------|
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>REINTEGRATION STRAFFÄLLIGER MENSCHEN<br/>MIT GEISTIGER BEHINDERUNG</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>ARBEITSFORUM 3</b></p> <p><b>"STRAFFÄLLIGE MENSCHEN MIT<br/>GEISTIGER BEHINDERUNG IN DER<br/>FORENSISCHEN ÜBERLEITUNGS- UND<br/>NACHSORGEAMBULANZ"</b></p> </div> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</p> <p style="text-align: right;">Folie 3</p>  | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>AUFBAU DES FORUM 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Entwicklung des Maßregelvollzug</b></li> <li><b>2. Rechtliche Aspekte</b></li> <li><b>3. Die Forensische Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</b></li> <li><b>4. Menschen mit einer Intelligenzminderung im Maßregelvollzug</b></li> </ol> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</p> <p style="text-align: right;">Folie 3</p>   |      |      |              |              |      |      |                |                |
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Forensische Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</b></p> <p><b>Überleitung</b> = während der Unterbringung im Maßregelvollzug begleiten wir diese Menschen in einem ambulanten Umfeld</p> <p><b>Nachsorge</b> = Begleitung dieser Menschen während der Phase der bedingten Entlassung im Rahmen der Führungsaufsicht</p> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</p> <p style="text-align: right;">Folie 4</p>   | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Entwicklung des Maßregelvollzuges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zunahme der Patientenzahlen</li> <li>▪ Verlängerung der Verweildauer</li> <li>▪ Sparzwänge durch Finanzkrise des Landes NRW</li> <li>▪ Sicherheit durch Therapie?</li> <li>▪ schwere Delikte werden medial ausgeschlachtet</li> <li>▪ Politik und Maßregelvollzugsklinik stehen allzu schnell am Pranger</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</p> <p style="text-align: right;">Folie 6</p>  |      |      |              |              |      |      |                |                |
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Entwicklung des Maßregelvollzuges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anfang 70er – Verwahrcharakter – Unterbringung im Durchschnitt 10 Jahre</li> <li>▪ Verweildauer 1984 ca. 8 Jahre</li> <li>▪ Verweildauer 1995 ca. 4 Jahre</li> <li>▪ Gesetzesgrundlage von 1975 bis 1998 stabil</li> <li>▪ 1998 Gesetzesänderung – Auswirkungen</li> <li>▪ Belegungszuwachs von 1991 bis 2003 mehr als 100%</li> <li>▪ Die durchschnittliche Verweildauer beträgt derzeit ca. 7 Jahre</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</p> <p style="text-align: right;">Folie 7</p> | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Auswirkung der gesellschaftlichen Entwicklung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umsetzung und Anwendung der härteren Gesetze seit den 90-er Jahren</li> <li>▪ Sicherungsverwahrung 1991 -2003 mehr als 50% <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1996</td> <td>2005</td> </tr> <tr> <td>176 Menschen</td> <td>365 Menschen</td> </tr> </table> </li> <li>▪ Belegungszuwachs MRV 1987-2009 mehr als 100% <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1987</td> <td>2009</td> </tr> <tr> <td>1.987 Menschen</td> <td>9.251 Menschen</td> </tr> </table> </li> <li>▪ 2011 waren in JVA 71.200 Menschen inhaftiert, davon 10.864 U-Haft und 51.616 Strafvollzug</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</p> <p style="text-align: right;">Folie 8</p> | 1996 | 2005 | 176 Menschen | 365 Menschen | 1987 | 2009 | 1.987 Menschen | 9.251 Menschen |
| 1996   | 2005   |      |      |              |              |      |      |                |                |
| 176 Menschen   | 365 Menschen   |      |      |              |              |      |      |                |                |
| 1987   | 2009   |      |      |              |              |      |      |                |                |
| 1.987 Menschen   | 9.251 Menschen   |      |      |              |              |      |      |                |                |

|  |   |
|--|---|
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <h3>Zahlen im Maßregelvollzug der LVR Klinik Bedburg-Hau</h3> <p>Belegung in der LVR Klinik Bedburg-Hau Mai 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 514 MRV Patienten</li> <li>▪ belegte Betten 451 – soll 384             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gem. § 64 StGB 211</li> <li>▪ gem. § 63 StGB 297</li> <li>▪ gem. § 126a StPO 5</li> <li>▪ gem. § 66 StGB 1</li> </ul> </li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 9</span></p>   | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <h3>Perspektive - Maßregelvollzug</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelbehandler / Verantwortliche</li> <li>▪ Gutachter</li> <li>▪ StVK</li> <li>▪ ca. 10% Rückfälle bei MRV Patienten</li> <li>▪ ca. 40 - 55% Rückfälle bei JVA Insassen</li> <li>▪ Mann – oder Raumdeckung?</li> <li>▪ Budgetierung</li> <li>▪ Maßregelvollzugskliniken entscheiden nicht selbständig über Aufnahme / Entlassung</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 10</span></p>  |
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <h3>RECHTLICHE ASPEKTE</h3> <h4>Der Gesetzgeber unterscheidet</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder bis zum 14. Geburtstag sind per Gesetz nicht schuldig (§ 19StGB)</li> <li>▪ Jugendliche, die 14 aber noch keine 18 Jahre alt sind, werden bezüglich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit geprüft (§ 3 JGG)</li> <li>▪ Heranwachsende, die 18 aber noch keine 21 Jahre alt sind, werden bezüglich ihrer Reife geprüft (105 JGG)</li> <li>▪ Erwachsene ab dem 21. Lebensjahr, immer allgemeines Strafrecht</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 12</span></p>   | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <h3>Das Strafrecht</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schuldstrafrecht:</li> <li>▪ Unrechtsgehalt des Handelns einzusehen und entsprechend dieser Einsicht zu handeln</li> <li>▪ Schuld und Sühne</li> <li>▪ Freispruch von strafrechtlicher Schuld ist möglich, wenn die Voraussetzung zur Exkulpation gem. § 20 StGB vorliegt</li> <li>▪ Schuldminderung und Strafminderung sind möglich, wenn die Voraussetzung zur Dekulpation gem. § 21 StGB vorliegt</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 13</span></p>   |
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <h3>Die Schuldfähigkeit</h3> <p>§ 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen <b>Schwachsinn</b>s oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.</li> </ul> <p>§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 14</span></p> | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <h3>§ 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus</h3> <p>Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.</p> <h4>Voraussetzungen</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tat</li> <li>▪ psychopathologische Auffälligkeiten des Täters</li> <li>▪ Unterbringung gem. § 126a StPO</li> <li>▪ Erkenntnisgutachten</li> <li>▪ Urteilsverkündung Unterbringung § 63 StGB</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 15</span></p> |

LVR-Klinik Bedburg-Hau  
Fachbereich Forensik

**LVR**  
Klinik für Neurologie

### forensische Unterbringung

- Gesamtwürdigung von Tat und Täter ergibt, dass von ihm aufgrund seines psychischen Defektes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind
- Grundsatz der Verhältnismäßigkeit § 62 StGB
- prüfen, ob andere Maßnahmen geeignet sein könnten
- Beweislastumkehr in der Unterbringung gem. § 63 StGB
  - massiver Eingriff

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz Folie 17

LVR-Klinik Bedburg-Hau  
Fachbereich Forensik

**LVR**  
Klinik für Neurologie

### DIE FORENSISCHE ÜBERLEITUNGS- UND NACHSORGEAMBULANZ

#### Nachsorge: Grundlagen

- Forschung (Prof. Leygraf)
- Evaluation
  - Nachsorgebedarf
  - Nachsorgebedingungen

#### Nachsorge: Auftrag

- Maßregelvollzugsgesetz
- Erlass des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug
- Kommission Forensik LVR

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz Folie 19

LVR-Klinik Bedburg-Hau  
Fachbereich Forensik

**LVR**  
Klinik für Neurologie

### Nachsorge: Struktur

Das Organigramm zeigt die hierarchische Struktur der Nachsorge. An der Spitze steht 'Der Landesbeauftragte für Maßregelvollzug (NRW) Obere staatliche Maßregelvollzugsbehörde'. Darunter befindet sich 'Die Direktorin des Landschaftsverband Rheinland als untere staatliche Maßregelvollzugsbehörde'. Darunter folgt der 'Fachbereichsleiter Forensik'. Der 'Fachbereich Forensik' umfasst vier Schwerpunkte: 'Forensische Psychiatrie I (Schwerpunkt § 63 StGB)', 'Forensische Psychiatrie II (Schwerpunkt § 63 StGB)', 'Forensische Psychiatrie III (Schwerpunkt § 64 StGB)' und 'Forensische Psychiatrie IV (Schwerpunkt § 63 StGB)'. Ein Pfeil weist von diesem Bereich nach unten auf die 'Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz'.

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz Folie 21

LVR-Klinik Bedburg-Hau  
Fachbereich Forensik

**LVR**  
Klinik für Neurologie

### Nachsorge: Mitarbeiter

- Chefarzt Forensik I
- Oberarzt/Funktionsoberarzt
- Pflegerische Abteilungsleitung
- Leiter Forensische Nachsorgeambulanz
- Fachkrankenschwester für Psychiatrie
- Psychologe
- Sozialdienst
- Schreibkraft
- Kriminologin

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz Folie 22

LVR-Klinik Bedburg-Hau  
Fachbereich Forensik

**LVR**  
Klinik für Neurologie

### Nachsorge: Zielgruppen

- Langfristig beurlaubte Patientinnen/Patienten
- Klienten die sich in der Bewährungszeit befinden
  - § 67d StGB
  - § 67b StGB

---

### Nachsorge: Dauer

- Beurlaubte Patienten
  - § 63 StGB abhängig vom Behandlungsverlauf
  - § 64 StGB abhängig von der Höchstfrist
- Bedingt entlassene Klienten
  - § 63 StGB fünf Jahre
  - § 64 StGB unbestimmte Begleitung

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz Folie 23

LVR-Klinik Bedburg-Hau  
Fachbereich Forensik

**LVR**  
Klinik für Neurologie

### Nachsorge: Zahlen November 2012

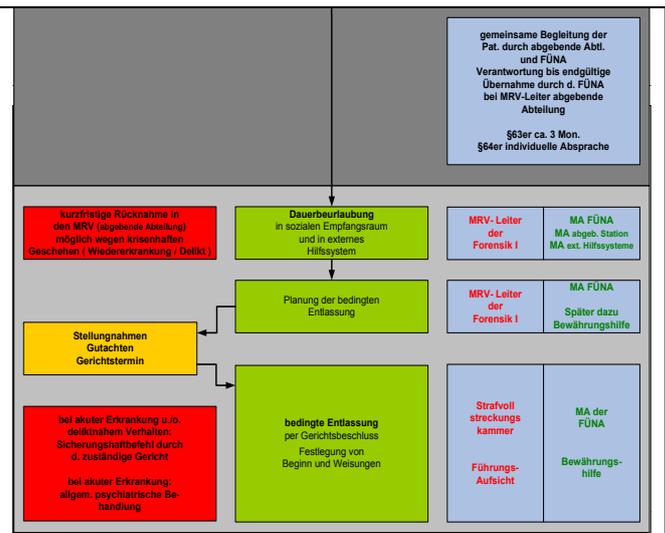
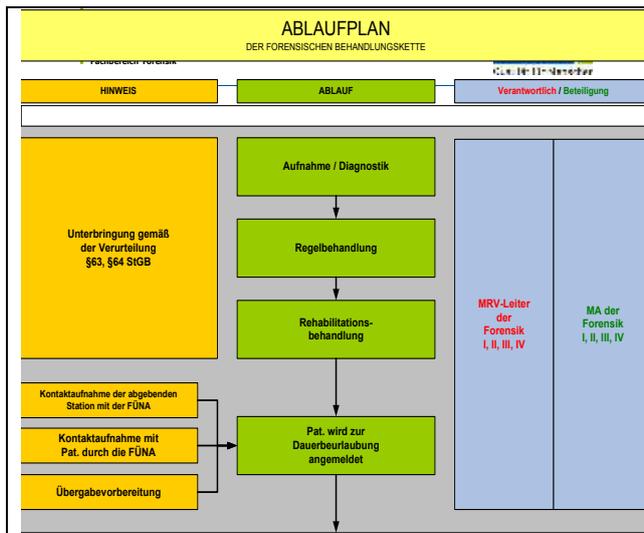
- Verweildauer LVR → Ø 6,5 Jahre
- stationäre Behandlung → > 490 Patienten
- dauerbeurlaubte FÜNA § 63 = 21 Patienten
- dauerbeurlaubte FÜNA § 64 = 19 Patienten
- bedingt Entlassene FÜNA § 63 = 49 Personen
- bedingt Entlassene FÜNA § 63 = 27 Personen

---

### Nachsorge: Krankheitsbilder

- Menschen mit ....
  - .... Psychosen
  - .... Persönlichkeitsstörungen
  - .... Intelligenzminderung
  - .... Suchterkrankungen
  - .... Komorbiden Störungen

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz Folie 25



LVR-Klinik Bedburg-Hau  
 Fachbereich Forensik

LVR  
Qualitätsmanagement

### Nachsorge: Aufgaben

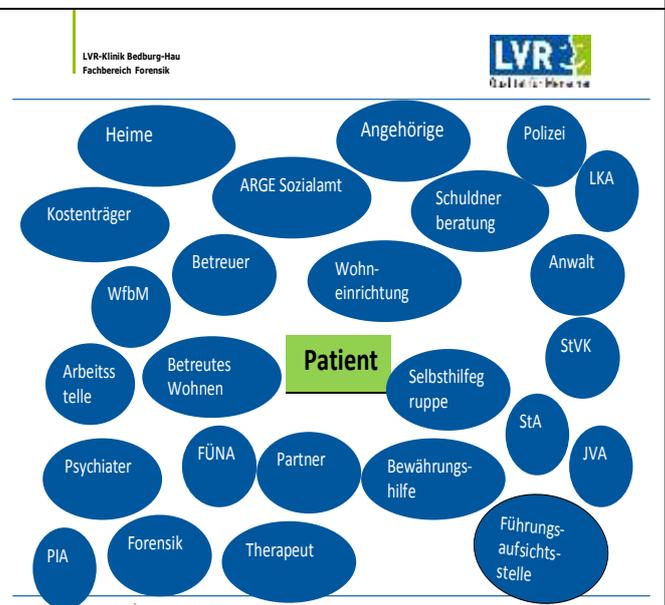
- **Betreuung – Begleitung Beziehungsgestaltung als Grundlage der Arbeit**
- **Koordination**
- **Risikoeinschätzung**
- **Krisen frühzeitig erkennen – schnelles Handeln**

---

### Nachsorge: Arbeitsphilosophie

- **BEZIEHUNG ist die Basis unserer Arbeit**
- **Respekt für die Person**
- **Delikte sind tabu**
- **Rückfallmanagement nach dem „Good-lives“ - Modell**
- **Keine „Diktatur der Angst“**

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz
Folie 30



LVR-Klinik Bedburg-Hau  
 Fachbereich Forensik

LVR  
Qualitätsmanagement

### Nachsorge: Risikoeinschätzung

- Dispositionen der Person
  - Statische Faktoren (Biographie, Deliktmuster, Störungsbild usw.)
  - Dynamische Faktoren (stabile und akute Faktoren)
- Kontextbezogene Faktoren
  - sozialer Raum
  - spezielle Situationen
- Kommunikation der Gefahren
  - keine Hysterie der Angst
  - Intensive Auseinandersetzung

### Nachsorge: Krisenmanagement

- Notfall-/Krisenpapier
  - Was darf Sie/Er
  - Was darf Sie/Er auf keinen Fall
- Kommunikation der Risiken
- Kommunikation der Konsequenzen
- sofortige Reaktion
- Abstimmung in der Helferrunde
- Intervention
- Rückführung

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz
Folie 33

LVR-Klinik Bedburg-Hau  
 Fachbereich Forensik

LVR  
Qualitätsmanagement

### Nachsorge: Ziele

- Gewährleisten von Rückfallvermeidung
- Risiken erkennen und Krisen entschärfen
- Dauerbeurlaubung verkürzen – die Entlassung ermöglichen
- Wiedereingliederung – Rehabilitation ermöglichen
- Sicherheit im sozialen Empfangsraum
- Beziehungskontinuität
- Therapieerfolge sichern

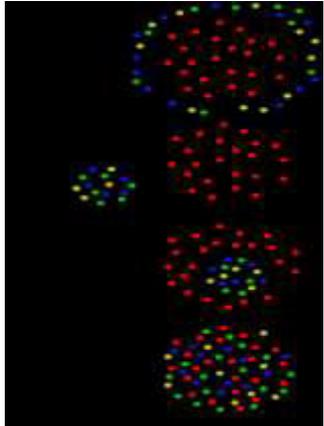
### Nachsorge: Prognosen

- Zuverlässige Prognosen gibt es nicht!
- Ist es möglich, potentiell rückfälligen von den nicht-rückfälligen Tätern zu Unterscheiden?
- Die Messlatte des zumutbaren Risikos verschiebt sich, sobald spektakuläre Rückfälle bekannt werden

Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz
Folie 35

|  |  |
|--|--|
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Nachsorge:<br/>Aktuelle Entwicklung und Ausblick</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung aller beurlaubter Patienten</li> <li>▪ PIA – PNA seit 01.04.2011</li> <li>▪ Begrenzung Dauerurlaubszeitraum</li> <li>▪ Vermeidung von Motivationsfallen bei Patienten</li> <li>▪ Unbefristete Führungsaufsicht: § 68c StGB</li> <li>▪ Sinnhaftigkeit der Maßregel bei bestimmten Patienten</li> <li>▪ eigene Stationäre Kriseneinheit – Umzug</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 37</span></p>  | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Intelligenzminderung<br/>und Komorbidität</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychotrope Substanzen</li> <li>▪ Impulskontrollstörung</li> <li>▪ dissoziales/ antisoziales Verhalten</li> <li>▪ Wahrnehmungsstörungen</li> <li>▪ deutliche Verhaltensstörung</li> <li>▪ sexuell abweichendes Verhalten</li> <li>▪ Epilepsie</li> <li>▪ Psychosen</li> </ul> <p><b>Was hat sich verändert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toleranz</li> <li>▪ Vorbehalte in Bezug auf dieses Klientel</li> <li>▪ verschärfte rechtliche Bestimmungen</li> <li>▪ hochstrukturierter Rahmen der Maßregel kann "draußen" nicht geschaffen werden?</li> <li>▪ Veränderung in der Einrichtungsstruktur</li> <li>▪ ist das Anzeigeverhalten in den Wohneinrichtungen restriktiver geworden?</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 40</span></p>  |
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Was macht es für diese Menschen so schwierig?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fehlende Abstraktionsfähigkeit</li> <li>▪ mangelnde Impulskontrolle</li> <li>▪ eingeschränkte Einsichtsfähigkeit</li> <li>▪ unzureichende Kompetenzen in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben</li> <li>▪ Dekompensation als Folge unüberschaubarer, nicht klar geregelter Lebensführung</li> <li>▪ Ungünstige Sozialisation</li> <li>▪ Beziehungsabbrüche</li> <li>▪ Abgeschoben- und Ausgesondertwerden</li> <li>▪ Diskriminierung und Erniedrigung</li> <li>▪ lange Verweildauern in den hochgesicherten Maßregelvollzugsabteilungen</li> <li>▪ weniger gesichert und strukturiert bedeutet für diese Menschen häufig Überforderung und somit Dekompensation in aggressiv-störende Verhaltensweisen</li> <li>▪ ein Großteil schafft es nicht in die höchste Lockerungsstufe der Dauerbeurlaubung</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 42</span></p> | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Was braucht Nachsorge für Menschen mit Intelligenzminderung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teamplayer</li> <li>▪ Bereitschaft externer Einrichtungen, sich forens. Klientel anzunehmen</li> <li>▪ gibt es „bessere“ Systeme als die Maßregel?</li> <li>▪ coaching der Einrichtungen</li> <li>▪ Auflösung von Stigmatisierung</li> <li>▪ Kommunikationsfähigkeit und Netzwerkarbeit</li> <li>▪ keine Unterbringung in hochgesicherten Bereichen – Sicherheitsaspekt steht nicht mehr im Vordergrund</li> <li>▪ stattdessen ein hochstrukturiertes, lempsychologisch fundiertes Milieu im Sinne von:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sonderpädagogischen, psychologischen Behandlungs- und Betreuungsmethoden</li> <li>▪ Fördermaßnahmen der schulischen und beruflichen Bildung</li> </ul> </li> <li>▪ Verständnis und Akzeptanz für Menschen mit Intelligenzminderung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diese Menschen sind und bleiben schwierig</li> <li>▪ ein besonderes Hindernis liegt in ihrer Persönlichkeit begründet</li> <li>▪ „Fehlverhalten“ kann nur bedingt gesteuert werden</li> <li>▪ Perspektivübernahme durch soziomoralische Entwicklungsmodell</li> </ul> </li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 45</span></p> |
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>Was braucht Nachsorge<br/>für Menschen mit Intelligenzminderung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verständnis und Akzeptanz für Menschen mit Intelligenzminderung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diese Menschen sind und bleiben schwierig</li> <li>▪ ein besonderes Hindernis liegt in ihrer Persönlichkeit begründet</li> <li>▪ „Fehlverhalten“ kann nur bedingt gesteuert werden</li> <li>▪ Perspektivübernahme durch soziomoralische Entwicklungsmodell</li> </ul> </li> <li>▪ Verständnis und Akzeptanz für Menschen mit Intelligenzminderung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sie können sich auch nicht „formal anpassen“, um etwas positives wie z.B. eine Entlassung aus der Maßregel zu bewirken</li> </ul> </li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 48</span></p>   | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p>  <p><b>DER MASSREGELVOLLZUG UND<br/>MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG</b></p> <p>Probleme und Schwierigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problem der geschlossenen Unterbringung</li> <li>▪ Problem der StVK – Entlassung</li> <li>▪ Ausschluss einer zukünftigen Gefährlichkeit?</li> </ul> <hr/> <p><b>DIE FORENSISCHE NACHSORGEAMBULANZ UND<br/>MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG</b></p> <p>Was macht die Arbeit mit diesem Menschen besonders</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokus auf das Helfernetzwerk</li> <li>▪ Intensive Kooperation und Koordination</li> <li>▪ Einrichtungen sind die Profis – wir die Unterstützer im Hintergrund</li> </ul> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz <span style="float: right;">Folie 49</span></p>  |

## ■ AUS DEN ARBEITSFOREN

|   |   |
|---|---|
| <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p> <p><b>LVR</b><br/>Klinik Bedburg-Hau</p> <hr/> <p><b>Patientenzahlen in der LVR Klinik<br/>Bedburg-Hau mit der Diagnose F70</b></p> <p><b>Insgesamt 65 Patienten</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 63 stationäre Betreuung</li><li>▪ 2 Betreuung durch die FÜNA</li><li>▪ Hauptdiagnose 35 Pat.</li><li>▪ Nebendiagnose 30 Pat.</li></ul> <p><b>Lockerung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 12 kleine Lockerung</li><li>▪ 27 Ausgang mit Begleitung</li><li>▪ 15 Ausgang ohne Begleitung</li><li>▪ 4 Urlaub mit einer Übernachtung</li><li>▪ 6 Dauerbeurlaubung</li></ul> <p><b>Unterbringungsdauer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ länger als 12 Jahre in der Unterbringung 12 Patienten</li><li>▪ länger als 7 Jahre in der Unterbringung 31 Patienten</li></ul> <p><b>Delikte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 22 Sexualdelikte</li><li>▪ 13 Körperverletzung</li><li>▪ 13 Mord / Totschlag</li><li>▪ 9 Brandstiftung</li><li>▪ 6 Raub und Diebstahl</li></ul> <hr/> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</p> <p>Folie 52</p> | <p>LVR-Klinik Bedburg-Hau<br/>Fachbereich Forensik</p> <p><b>LVR</b><br/>Klinik Bedburg-Hau</p> <hr/> <p><b>Nachsorge:<br/>Menschen<br/>mit Intelligenzminderung</b></p>  <p>Schema der Entwicklungsstufen<br/>schulischer Integration</p> <hr/> <p>Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz</p> <p>Folie 51</p> |
|---|---|

- **Josef Berg**  
**Papillon Verein für Sozialtherapeutische Angebote und Beratung, Kleve**  
**Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ)**  
[www.vereinpapillon.de](http://www.vereinpapillon.de)

- **Kathrin Böhling**  
**LVR Klinik Bedburg-Hau**  
[www.klinik-bedburg-hau.lvr.de](http://www.klinik-bedburg-hau.lvr.de)

**Forum 6**

**Komplementärversorgung forensischer Klientel in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe – Chancen und Grenzen an Beispielen aus der Praxis**

**Klaus Sawitzki, EHRKO Beschützendes Wohnzentrum, Neumarkt St. Veit**

Erfahrungen aus 15 Jahren Arbeit mit forensischer Klientel können gewiss viele Fragen beantworten, werfen aber auch neue auf...

Die Themenebenen sind dabei zwischen mehreren Koordinaten aufgespannt, zum Beispiel:

- Anforderungen an die Strukturqualität der Einrichtung
- Welche Erwartungen bestehen gegenüber der versorgenden Einrichtung?
- Gibt es einen Konsens aller Akteure?
- Forensische Problematiken als spezieller, individueller Hilfebedarf?
- Rolle und Funktion des Bewährungshelfers
- Anpassungsleistung oder Leistungsanpassung?
- Chancen und Grenzen...

**Fragestellungen**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Anforderungen an die Strukturqualität der Einrichtung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalausstattung?</li> <li>• Bauliche Voraussetzungen?</li> <li>• Tagesstrukturierende Maßnahmen?</li> <li>• ...</li> </ul>   | <p><b>Erwartungen gegenüber der versorgenden Einrichtung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitstellung eines geeigneten „Sozialen Empfangsraums“?</li> <li>• Wiedereingliederung?</li> <li>• Beheimatung in angemessener Lebensqualität?</li> <li>• „Abstreifen“ der Führungsaufsicht?</li> <li>• Kooperation bei der klinischen Nachsorge?</li> <li>• Fachlichkeit und Erfahrung?</li> <li>• ...</li> </ul> |
| <p><b>Gibt es einen Konsens aller Akteure?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind <i>alle</i> Motive der Beteiligten bekannt und lassen diese sich in eine sinnvolle Hilfeplanung integrieren?</li> </ul> <p><b>Mögliche Positionen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostendämpfung (Leistungsträger...)</li> <li>• Entlastung der Kliniken (Entlassung von „Fehl-liegern“...)</li> <li>• Erschließung lukrativer Geschäftsfelder (Leistungserbringer...)</li> <li>• Rasche Wiedereingliederung (Proband, Gesetzlicher Betreuer, Angehörige...)</li> <li>• Kontinuität der Versorgung, straffreies Leben (BWH...)</li> <li>• ...</li> </ul> | <p><b>Forensische Problematiken als spezieller, individueller Hilfebedarf?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkungen im Bereich Teilhabe und Freizeitgestaltung</li> <li>• Ausgrenzung und Diskriminierung <i>innerhalb</i> der Einrichtung?</li> <li>• „Verhärtung“ bestehender sozialer Gefüge („Hackordnung“)?</li> <li>• ...</li> </ul>   |

■ AUS DEN ARBEITSFOREN

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Rolle und Funktion des Bewährungshelfers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Befugnisse müssen vor Beginn der Versorgung geklärt sein!</li> <li>• Eine zentrale Rolle ist empfehlenswert (Lockerungen nur mit Zustimmung BWH)</li> <li>• Regelmäßige „BWH-Visiten“ und Fallkonferenzen in der Einrichtung</li> <li>• Transparenz des therapeutischen Verlaufs</li> <li>• Klare und aussagekräftige Dokumentation</li> <li>• ...</li> </ul> | <p><b>Anpassungsleistung oder Leistungsanpassung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was meint „Heimfähigkeit“?</li> <li>• Verfügen stationäre Einrichtungen über genügend „Elastizität“?</li> <li>• Durchlässigkeit der Strukturen?</li> <li>• Interne Erprobungen?</li> <li>• ...</li> </ul> |
| <p><b>Chancen und Grenzen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was meint „Beheimatung“?</li> <li>• Neue Wege in der stationären Versorgung?</li> <li>• Soziokulturelle Normalität und Inklusion <i>gerade für</i> Chronische Verläufe!</li> <li>• Überzogene Erwartungen und unverantwortliche Versprechungen</li> <li>• ...</li> </ul>   |  |

**Betreuungsplanung (Beispiel)**

| <p>a) Problem- / Hilfebedarfsbeschreibung<br/>b) Ressourcen</p>   | <p>Ziele<br/>a) kurzfristig b) mittelfristig c) langfristig</p>   |
|---|---|
| <p><b>UMGANG MIT DEN AUSWIRKUNGEN DER BEHINDERUNG</b></p>   |   |
| <p><b>1. KRANKHEITSEINSICHT</b></p>   |   |
| <p>a) keine / mangelnde / anteilig fehlende (z.B. bei psych. Dekompensation) tagesformabhängige Krankheitseinsicht<br/>b) intern:<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Medikamenteneinnahme gewährleistet</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient kennt seine Diagnose</li> <li>• Klient reagiert nicht mit Rückzugstendenz / aggressiv / gekränkt auf Konfrontation mit der Diagnose</li> <li>• Klient kennt anteilig / zunehmend Symptomatik d. Krankheitsbildes</li> <li>• Klient kann (anteilig) Symptomatik erkennen und mit seiner aktuellen Befindlichkeit in Verbindung bringen</li> </ul>  |
| <p><b>2. COMPLIANCE / BEHANDLUNGS- / MITWIRKUNGSBEREITSCHFT</b></p>   |   |
| <p>a) keine / mangelnde / anteilig / zeitweise / tagesformabhängig fehlende Compliance<br/>b) intern:<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Krankheitseinsicht<br/>Klient ist durch Verstärker lenkbar<br/>b) extern:<br/>Verfügbarkeit individueller Verstärkersysteme<br/>Betreuer<br/>(Führungsaufsicht / befristete GU)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient kennt / versteht Haus- / WG- / individuelle Regelungen, Therapievereinbarungen, Tokenplan</li> <li>• Klient akzeptiert tagesformabhängig Regelungen / Tokenplan / TV</li> <li>• Klient akzeptiert Regelungen / Tokenplan / TV</li> <li>• Klient erkennt den Sinn der individuellen Maßnahmen</li> <li>• Klient zeigt tagesformabhängig Behandlungsbereitschaft</li> <li>• Klient zeigt ohne Verstärkersysteme Behandlungsbereitschaft</li> <li>•</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>3. FRUSTRATIONSTOLERANZ</b></p> <p>a) geringe / niedrige / tagesformabhängig niedrige Frustrationstoleranz<br/> DETAILLIERTE PROBLEMBESCHREIBUNG ERFORDERLICH<br/> eingeschränkte Kritikfähigkeit / Umgang mit Enttäuschungen (z.B. verbal / tätlich aggressiv)<br/> Handeln des Klienten zielt auf direkte Bedürfnisbefriedigung ab (z.B. fordernd / ungeduldig)</p> <p>b) intern:<br/> Gesprächs- / Reflexionsbereitschaft<br/> Klient ist durch Verstärker lenkbar</p> <p>b) extern:<br/> Verfügbarkeit individueller Verstärkersysteme<br/> Rückzugsmöglichkeiten</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhinderung eines weiteren Sinkens der Frustrationstoleranz</li> <li>• Erhalt der aktuellen Frustrationstoleranz</li> <li>• Klient hält sich an getroffene Vereinbarungen</li> <li>• Klient erlebt Grenzen / Zurückweisung nicht als Niederlage</li> <li>• Klient bricht Tätigkeit bei Misserfolg nicht ab</li> <li>• Erhöhung der Kompromissbereitschaft</li> <li>• Klient realisiert inadäquates Reaktionsmuster</li> <li>• Erwerb von Verhaltensalternativen</li> </ul>   |
| <p><b>4. MEDIKAMENTENCOMPLIANCE</b></p> <p>a) Medikamentencompliance ist generell / tagesformabhängig / gelegentlich nicht gewährleistet</p> <p>b) intern:<br/> keine Schluckstörung<br/> Klient ist durch Verstärkersysteme lenkbar</p> <p>b) extern:<br/> genehmigte Zwangsapplikation<br/> Verfügbarkeit von Verstärkersystemen</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• kontinuierliche Sicherstellung der Medikamenteneinnahme</li> <li>• Klient erkennt die Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme</li> <li>• Klient kommt selbständig zur Medikamenteneinnahme</li> <li>• Klient kennt seine Medikamente</li> <li>• Klient kennt die Wirkung seiner Medikamente</li> <li>• Klient kann Nutzen- / Risiko abwägen</li> <li>• Erhalt der psychischen Stabilität</li> </ul>  |
| <p><b>5. SUCHTVERLAGERUNG</b></p> <p>a) Übermäßiger / schädlicher Konsum von Tabak / Koffein / Süßigkeiten / Nahrungsmitteln</p> <p>b) intern:<br/> Klient kann Einteilung einhalten<br/> Klient ist durch Verstärkersystem lenkbar</p> <p>b) extern:<br/> Verfügbarkeit von individuellen Verstärkersystemen</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhalt des Ist – Zustandes, selbstschädigendes Verhalten wird nicht vermehrt</li> <li>• Reduktion des selbstschädigenden Verhaltens (Quantifizierung)</li> <li>• Kontaktaufnahme zum Betreuungspersonal erfolgt sofort nach selbsts. Verhalten</li> <li>• Kontaktaufnahme zu BP erfolgt vor selbstschädigendem Verhalten</li> <li>• Klient soll Skills erwerben</li> <li>• Klient wendet Skills nach Aufforderung an</li> <li>• Klient wendet Skills selbständig an</li> <li>• Klient wird vertragsfähig</li> </ul> |
| <p><b>6. SELBSTSCHÄDIGENDES VERHALTEN</b></p> <p>a) Klient zeigt selbstschädigendes Verhalten (welches, Häufigkeit)</p> <p>b) intern:<br/> Klient kann den Drang nach selbstschädigendem Verhalten formulieren<br/> Klient beherrscht / kennt Skills<br/> Klient kann Skills anwenden<br/> Klient ist durch Verstärkersysteme lenkbar</p> <p>b) extern:<br/> Fixierungsbeschluss</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhalt des Ist – Zustandes, selbstschädigendes Verhalten wird nicht vermehrt</li> <li>• Reduktion des selbstschädigenden Verhaltens (Quantifizierung)</li> <li>• Kontaktaufnahme zum Betreuungspersonal erfolgt sofort nach selbsts. Verhalten</li> <li>• Kontaktaufnahme zu BP erfolgt vor selbstschädigendem Verhalten</li> <li>• Klient soll Skills erwerben</li> <li>• Klient wendet Skills nach Aufforderung an</li> <li>• Klient wendet Skills selbständig an</li> </ul>                                      |

■ AUS DEN ARBEITSFOREN

|   |  |
|---|--|
| Time-out-raum<br>Verlegungsmöglichkeit auf engmaschig strukturiertere WG  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient wird vertragsfähig</li> </ul>  |
| <b>7. SOMATISIERUNGSTENDENZ</b>   |  |
| a) Klient zeigt anteilig / regelmäßig / anlassbezogen Somatisierungstendenz<br>b) intern:<br>primäre / tagesformabhängige Gesprächsbereitschaft<br>b) extern:<br>Bereitstellung alternativer Präparate (Minzöl...),VPKs   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient akzeptiert medikamentöse Alternativen</li> <li>• Reduktion der Arzttermine</li> <li>• Klient versucht Aufmerksamkeit / Zuwendung nicht über Krankheit zu erreichen</li> <li>• Klient wartet reguläre Visite ab</li> </ul>  |
| <b>8. DEPERSONALISATION</b>   |  |
| a) Bei Klient besteht gelegentlich /anlassbezogen (spez.)/ häufig Störung im Ich- Erleben; steht dem eigenen Körper fremd gegenüber, kann sich selbst im Geschehen v. außen betrachten<br>b) intern:<br>Krankheitseinsicht<br>Introspektionsfähigkeit<br>Reflexionsfähigkeit<br>Gesprächsbereitschaft<br>b) extern:<br>MA erkennen Depersonalisation<br>Therapeut. Angebote (Traumabearbeitung)<br>Strukturqualität   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient erwirbt Krankheitseinsicht/ Introspektionsfähigkeit/ Gesprächsbereitschaft</li> <li>• Klient erkennt Präsymptomatik/Trigger</li> <li>• Verringerung der „Wegflash“- Häufigkeit</li> <li>• Klient kann „Wegflashen“ an BP melden</li> <li>• Klient kann Skills nach Aufforderung/selbst anwenden</li> <li>• Klient kann Ich – Erleben richtig/real einschätzen</li> <li>• Klient kann Ich-Erleben mit Hilfe v. BP zuordnen</li> <li>• Klient ist frei von Ich- Störungen</li> </ul> |
| <b>AUFNAHME / GESTALTUNG VON PERSÖNLICHEN / SOZIALEN BEZIEHUNGEN</b>  |  |
| <b>9. PAARBEZIEHUNG / SEXUELLE BEZIEHUNGEN</b>  |  |
| <b>9.1. Promiskuität / Hypersexualität</b>  |  |
| a) Klient wechselt innerhalb kürzester Zeit wahllos seine Sexualpartner<br>b) intern:<br>primäre / tagesformabh. Gesprächsbereitschaft<br>Leidensdruck<br>Ausreichende kognitive Fähigkeiten<br>Lenkbarkeit durch Verstärker<br>Reflexionsfähigkeit<br>b) extern:<br>Bereitstellen von Kondomen<br>Bereitstellung von Aufklärungsmaterial<br>Bereitstellung von Verstärkersystemen<br>Strukturqualität d. Einrichtung / Männer – WG<br>Medikamentöse Behandlung<br>Geschlechtsspezifische Bezugspflege / -betreuung | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhinderung ansteckender Krankheiten (Klient / Mitklienten)</li> <li>• Verhinderung von ungewollter Schwangerschaft</li> <li>• Schutz vor kränkenden Faktoren</li> <li>• Erkennt die Notwendigkeit von Verhütung</li> <li>• Denkt selbständig an Verhütung</li> <li>• Erhalt der eigenen Würde</li> <li>• Reduktion der Sexualpartner</li> <li>• Vermeidung von Prostitution</li> <li>• Stärkung des Selbstwerts</li> </ul>  |
| <b>9.2. Abhängigkeitsbeziehung</b>  |  |
| a) Klient lebt in einer Abhängigkeitsbeziehung<br>b) intern:<br>Gesprächsbereitschaft<br>Leidensdruck   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient erkennt Problematik</li> <li>• Verringerung des Leidensdrucks</li> <li>• Klient lernt ohne dominanten Partner zu leben</li> <li>• Compliance</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
| <p>Ausreichende kognitive Fähigkeiten<br/>Lenkbarkeit durch Verstärkersysteme<br/>Soziale Kompetenz in nicht sexuellen Beziehungen<br/>b) extern:<br/>Bereitstellung von Verstärkersystemen<br/>Schutzräume / Rückzugsmöglichkeiten bereit halten</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung des Selbstwerts</li> <li>• Schutz vor weiteren kränkenden Faktoren</li> <li>• Trennung vom Partner</li> <li>• Erhalt der eigenen Würde</li> <li>• Vermeidung körperlicher / psychischer Gewalt</li> <li>• Reduktion der Abhängigkeit</li> <li>• Änderung der Bez. in Richtung soziokulturelle Normalität</li> <li>• Anerkennung in anderen Lebensbereichen</li> </ul>  |
| <b>9.3. Pädophilie</b>  |  |
| <p>a) Pädophile Neigungen sind aus der Vorgeschichte bekannt.<br/>Klient wurde wg. pädophiler Neigungen bereits verurteilt.<br/>b) intern:<br/>ausreichend kognitive Fähigkeiten<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Delikteinsicht<br/>Krankheitseinsicht (Psychose / Sucht)<br/>Lenkbarkeit d. Verstärkersysteme<br/>Leidensdruck<br/>b) extern:<br/>Führungsaufsicht / Weisungen<br/>GU<br/>Bereitstellung von Verstärkersystemen<br/>Androcur / Virilit<br/>Strukturqualität d. Einrichtung<br/>Externe Therapieangebote (Sexualtherapie)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unrechtsbewusstsein</li> <li>• Krankheitseinsicht</li> <li>• Delikteinsicht</li> <li>• Medikamentencompliance (Virilit / Androcur)</li> <li>• Therapiemotivation</li> <li>• Klient erkennt Präsymptomatik</li> <li>• Klient teilt deliktspezifisches Verlangen mit</li> <li>• Herstellen / Annehmen der Opferperspektive</li> <li>• Stärkung des Selbstbewusstseins</li> <li>• Schutz der Gesellschaft</li> <li>• Verhinderung der Deliktwiederholung</li> <li>• Soziokulturell anerkanntes Sozialverhalten</li> </ul>            |
| <b>9.4. Prostitution</b>  |  |
| <p>a) Klient/in prostituiert sich gelegentlich / regelmäßig innerhalb / außerhalb der Einrichtung<br/>b) intern:<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Ausreichende kognitive Fähigkeiten<br/>Problemeinsicht<br/>Lenkbarkeit durch Verstärkersysteme<br/>Leidensdruck<br/>Änderungsbereitschaft<br/>„gesunde“ / positive Beziehungserfahrungen<br/>b) extern:<br/>Bereitstellung von Verstärkersystemen<br/>Strukturqualität der Einrichtung<br/>GU</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schutz der Würde</li> <li>• Schutz vor Ansteckung</li> <li>• Problemeinsicht</li> <li>• Schutz vor kränkenden Faktoren</li> <li>• Problemeinsicht</li> <li>• Entwicklung einer sexuellen Identität</li> <li>• Erkennen der eigenen Bedürfnisse und Sexualpräferenzen</li> <li>• Herstellen von Änderungsbereitschaft</li> <li>• Reduktion der Sexualpartner</li> <li>• Bewusste Auswahl der Sexualpartner</li> <li>• Klient erlernt sozial erwünschte Verhaltensweisen, um seine materiellen Interessen zu befriedigen</li> </ul> |
| <b>9.5. Nähe – Distanz / Abgrenzung</b>   |  |
| <p>a) Klient/in kann sich gegenüber dem Partner nicht adäquat abgrenzen<br/>Klient/in überfordert Partner durch übertriebene Nähe / Besitzansprüche / Überidentifikation / Überidealisierung<br/>b) intern:</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schutz vor kränkenden Faktoren</li> <li>• Schaffung von Problembewusstsein</li> <li>• Kenntnis der Symptomatik / Ursachen</li> <li>• Verbesserung der Introspektions- / Reflexionsfähigkeit</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
| <p>Gesprächsbereitschaft<br/>         Lenkbarkeit durch Verstärkersysteme<br/>         Problembewusstsein<br/>         Leidensdruck<br/>         Introspektions- / Reflexionsfähigkeit<br/>         Veränderungsbereitschaft<br/>         b) extern:<br/>         Bereitstellung von Verstärkersystemen<br/>         Strukturqualität der Einrichtung<br/>         Skillstraining<br/>         Krankheitsspezifisches Infomaterial</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der Veränderungsbereitschaft</li> <li>• Klient hält sich an getroffene Vereinbarungen</li> <li>• Steigerung der Kritikfähigkeit</li> <li>• Steigerung der Konfliktfähigkeit</li> <li>• Reduktion des überidealisierenden Verhaltens</li> <li>• Reduktion der Konflikte</li> <li>• Akzeptanz verhaltensth. Maßnahmen</li> </ul>   |
| <p><b>9.6. Sexuelle Distanzlosigkeit / Übergriffigkeit / Nötigung</b></p>  |  |
| <p>a) Klient nötigt Mitklientinnen sexuell<br/>         Klient begeht regelmäßig / gelegentlich sex. Übergriffe<br/>         K. ist gegenüber MitklientInnen regelmäßig / anteilig sex. distanzlos (verbal / tätlich)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient realisiert inadäquates Verhalten</li> <li>• Klient reduziert verbal / tätliche Übergriffe</li> <li>• Schutz der / des Betroffenen</li> <li>• Respektvoller Umgang mit Frauen / Männern unter Aufsicht BP</li> <li>• Respektvoller Umgang mit Frauen / Männern</li> <li>• Herstellen der Opferrolle</li> <li>• Klient erkennt potentielle Geschlechtspartner</li> <li>• Klient wählt Geschlechtspartner bewusst aus</li> <li>• Klient sieht Frauen / Männer als gleichberechtigt</li> </ul> |
| <p>b) intern:<br/>         Problembewusstsein<br/>         Lenkbarkeit durch Verstärkersysteme<br/>         Gesprächsbereitschaft<br/>         Ausreichend kognitive Fähigkeiten</p>   |  |
| <p>b) extern:<br/>         Strukturqualität der Einrichtung / Männer – WG<br/>         Bereitstellen von Verstärkersystemen<br/>         Geschlechtsspezifische Betreuung / Bezugspflege</p>   |  |
| <p><b>9.7. erektile Dysfunktion</b></p>  |  |
| <p>a) Klient hat ausgeprägten Leidensdruck bzgl. seiner erektilen Dysfunktion</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ursachen eruieren (somatisch / psychosomatisch)</li> <li>• Erektion mit Hilfsmittel</li> <li>• Erektion ohne Hilfsmittel</li> <li>• Erfülltes Sexualeben</li> <li>• Klient kann Funktionsstörung annehmen</li> <li>• zufriedene Enthaltbarkeit</li> <li>• Stärkung des Selbstwertgefühls</li> <li>• Alternative Betriedigung</li> </ul>   |
| <p>b) intern:<br/>         Gesprächsbereitschaft<br/>         Leidensdruck<br/>         Kog. Fähigkeiten<br/>         Reflexions- / Introspektionsfähigkeit</p>  |  |
| <p>b) extern:<br/>         finanzielle Ressourcen<br/>         Gesprächspartner<br/>         Psychotherapie<br/>         Tragfähige therapeutische Beziehung</p>   |  |
| <p><b>10. SOZIALE BEZIEHUNGEN</b></p>  |  |
| <p><b>10.1. Milieu</b></p>   |  |
| <p>a) Klient pflegt weiterhin Kontakte zum schädlichen Milieu<br/>         Klient baut neue Beziehung wieder ins schädliche Milieu auf<br/>         Das Milieu versucht, Kontakte zum Klienten aufrecht zu erhalten<br/>         Klient zeigt milieuspezifische Verhaltensweisen</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient erkennt Milieu als solches an</li> <li>• Klient akzeptiert erzwungene Milieutrennung</li> <li>• Klient erkennt Gefahren durch Milieukontakte</li> <li>• Klient lässt Kontakte durch BP unterbinden</li> <li>• Klient bricht Beziehungen zum Milieu ab</li> <li>• Klient baut Beziehungen zu milieufremden</li> </ul>   |

|   |   |
|---|---|
| <p>b) intern:<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Leidensdruck<br/>Kog. Fähigkeiten<br/>Krankheitseinsicht<br/>Verstärkerlenkbarkeit<br/>Gesunde soziale Erfahrungen außerhalb des Milieus</p>  | <p>Personen auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient lernt, mit milieufremden Menschen umzugehen</li> <li>• Klient erkennt, dass seine Verhaltensweisen / Sprache milieugeprägt sind</li> <li>• Klient verändert schrittweise milieuspezifische Verhaltensmuster / Sprache</li> </ul>  |
| <p>b) extern:<br/>Betreuer<br/>GU<br/>Hausordnung<br/>Weisungen<br/>Setting</p>   |   |
| <p><b>10.2. Ursprungsfamilie / Kernfamilie</b></p>  |   |
| <p>a) Klient leidet unter mangelnden Kontakten zur Ursprungs- / Kernfamilie<br/>Klient leidet am Kontakt zur Ursprungs- / Kernfamilie</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient erkennt Problematik</li> <li>• Klient möchte Problematik beheben</li> <li>• Klient kann (Teile) Kern- / Ursprungsfamilie von Therapienotwendigkeit überzeugen</li> <li>• Klient nimmt Hilfsangebote intern /extern an</li> <li>• Verringerung der Ambivalenz</li> <li>• Kontakte unter Aufsicht BP</li> <li>• Erweiterung der Kontakte</li> <li>• Besuche bei / von Kern- / Ursprungsfamilie</li> <li>• Der soziokulturellen Norm entsprechende Kontakte zur Familie</li> <li>• Reduzierung der Fluchten zur Familie</li> </ul>   |
| <p>b) intern:<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Kog. Fähigkeiten<br/>Leidensdruck<br/>Problemeinsicht<br/>Andere tragfähige soziale Kontakte</p>  |   |
| <p>b) extern:<br/>bestehender Kontakt zu kern- / ursprungsfamilien-nahen Menschen<br/>loser Kontakt zu Teilen der Kern- / Ursprungsfamilie<br/>Problembewusstsein der Kern- / Ursprungsfamilie<br/>Leidensdruck der Familie<br/>Beratungsstellen<br/>Betreuungspersonal</p>   |   |
| <p><b>10.3. Gruppenintegration</b></p>  |   |
| <p>a) Gruppenintegration aufgrund v. falschem Selbstbild / inadäquater Sozialisation / Rückzugstendenzen / Soziophobie / sozialen Ängsten / mangelnder sprachlicher Fähigkeiten / Taubheit / mangelndem Wunsch / selbst gewählter oder zugewiesener Rolle (Clown, schwarzes Schaf / Einzelgänger / Spalter / Querulant) nicht / nur tagesformabhängig schwan-kend möglich</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient erkennt Problem</li> <li>• Klient sucht Gespräch zu BP selbständig</li> <li>• Klient ist motiviert, Problem zu verändern</li> <li>• Verringerung des Leidensdrucks</li> <li>• Klient nimmt VT – Angebot an</li> <li>• Klient kann Erlerntes unter Anleitung umsetzen</li> <li>• Klient kann Erlerntes anteilig selbständig umsetzen</li> <li>• Klient kann Erlerntes umsetzen</li> <li>• Verringerung der sozialen Ängste</li> <li>• Klient nimmt an personell begleiteten Gruppen teil</li> <li>• Klient nimmt gelegentlich Kontakt zu Mitklienten / BP auf</li> </ul> |
| <p>b) intern:<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Leidensdruck<br/>Problembewusstsein<br/>Lenkbarkeit durch Verstärker<br/>Kog. Fähigkeiten<br/>Wunsch nach Nähe</p>  |   |
| <p>b) extern:<br/>Bereitstellung von Verstärkersystemen</p>   |   |

|  |   |
|--|---|
| VT – Angebot<br>Logopäde<br>Psychotherapeut<br>Strukturqualität der Einrichtung  |   |
| <b>SELBSTVERSORGUNG UND WOHNEN</b>   |   |
| <b>11.1. Lebensraumgestaltung</b>  |   |
| a) Lebensraumgestaltung erfolgt nicht selbständig  | Klient fühlt sich wohl  |
| b) intern:<br>- Bereitschaft zur individuellen Lebensraumgestaltung<br>- Finanzielle Ressourcen<br>- Phantasie / Kreativität sind gut ausgeprägt<br>- Klient ist Fan von..... (Fußball, Band...)<br>- Klient hat Erinnerung / Ideen<br>- Wunsch nach angenehmer Umgebung | Klient akzeptiert seine derzeitige Lebenssituation (GU)<br>Individualität kann ausgelebt werden<br>Wunsch nach angenehmer Umgebung<br>Klient dekoriert / gestaltet sein Zimmer mit Unterstützung<br>Klient nimmt regelmäßig Kontakt zu BP / Mitklienten auf   |
| b) extern:<br>- Bereitstellung von Hilfen bei der Lebensraumgestaltung<br>- Bereitstellen von Materialien<br>- Fachdienst / Therapiemöglichkeiten<br>- Lebensraumgestaltung kann individuell erfolgen<br>- Kataloge<br>- Bereitstellung von Verstärkersystemen           | Klient erwirbt soziale / kommunikative / interaktive Kompetenzen<br>Wunsch nach sozialer Nähe<br>Wunsch nach Gruppenintegration   |
| <b>11.2. Selbstpflegekompetenz</b>   |   |
| a) die Selbstpflegekompetenz ist unzureichend ausgeprägt   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhinderung von Verschlechterung</li> <li>• Klient übernimmt sich pflegen / Kleiderwechsel nach Aufforderung</li> <li>• Reduktion der Verwahrlosung</li> <li>• Verhinderung von Verwahrlosung</li> <li>• Gepflegtes äußeres Erscheinungsbild</li> <li>• Klient erkennt die Notwendigkeit zur Selbstpflege selbständig</li> <li>• Persönliches Wohlbefinden</li> </ul> |
| b) intern:<br>Gesprächsbereitschaft<br>Verstärkerlenkbarkeit<br>Klient ist körperlich in der Lage, Selbstpflege durchzuführen<br>Es bestehen keine hirnorganischen Defizite<br>Leidensdruck (z.B. wird v. Mitklienten gemieden)  |   |
| b)<br>Bereitstellung eines Verstärkersystems<br>Verfügbarkeit von Hygieneartikeln / Kleidung<br>Merkhilfen<br>Fremdbild  |   |
| <b>11.3. Differenz von Selbst- und Fremdbild</b>   |   |
| a) Selbst- und Fremdbild gehen hinsichtlich Selbstversorgungskompetenz deutlich auseinander  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akzeptanz des unrealistischen Selbstbildes</li> <li>• Klient kann Fremdbild annehmen</li> <li>• Anteilig realistisches Selbstbild</li> <li>• Übereinstimmung von Selbst- und Fremdbild</li> </ul>  |
| b) intern:<br>kognitive Fähigkeiten sind ausreichend ausgeprägt<br>Gesprächsbereitschaft<br>Verstärkerlenkbarkeit<br>Kritikfähigkeit<br>Reflexionsfähigkeit  |   |

|   |   |
|---|---|
| Introspektionsfähigkeit   |   |
| b) extern:<br>Verfügbarkeit von Verstärkersystemen<br>Gesprächsangebote<br>Verfügbarkeit von Erprobungsmöglichkeiten  |   |
| <b>11.4. Essstörung</b>   |   |
| a) Klient leidet an Adipositas / Bulimie / Anorexie   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient zeigt Krankheitseinsicht</li> <li>• Verhinderung von Folgekrankheiten</li> <li>• Klient lernt Skills kennen</li> <li>• Klient wendet Skills nach Aufforderung / ohne Aufforderung an</li> <li>• Verbesserung des Körpergefühls / der Körperwahrnehmung</li> <li>• Entwicklung eines realistischen Selbstbildes</li> <li>• Stabilisierung des aktuellen Gewichts</li> <li>• Gewichtszu- / -abnahme um ... kg</li> <li>• Reduktion der Ess- / Brechanfälle</li> <li>• Reduktion der unkontrollierten Nahrungszufuhr</li> <li>• Geregelt gemeinsame Mahlzeiten mit Mitklienten</li> <li>• Klient erkennt kränkende Faktoren mit Hilfe / selbständig</li> <li>• Klient reduziert Horten / Schmuggeln / Tauschen / Klauen von Nahrungsmitteln</li> </ul> |
| b) intern:<br>Gesprächsbereitschaft<br>Verstärkerlenkbarkeit<br>Krankheitseinsicht<br>Leidensdruck<br>Kooperationsbereitschaft  |   |
| b) extern:<br>Verfügbarkeit von Verstärkersystemen<br>Einfuhrliste<br>Informationsmaterial<br>Fixierungsbeschluss<br>Ärztliche Verordnungen, Bedarfsmedikation<br>Individuelle Ernährungspläne<br>Wunschkost<br>Gesunde, ausgewogene Ernährung durch Großküche<br>Angemessene Portionen<br>Appetitlich angerichtete Speisen<br>Ruhige Atmosphäre beim Essen |   |
| <b>11.5. Lebenspraktischer / hauswirtschaftlicher Bereich</b>   |   |
| a) Defizite bei Putzen / Waschen / Kochen / Ordnung im direkten Lebensumfeld etc.   | <p>Klient erkennt Notwendigkeit, Fähigkeiten zu verbessern</p> <p>Erlernen der Tätigkeit</p> <p>Verhinderung von Verwahrlosung</p> <p>Erhalt der vorhandenen Ressourcen</p> <p>Erfüllung der WGs</p>  |
| b) intern:<br>Klient zeigt Interesse, Tätigkeit zu erlernen<br>Gesprächsbereitschaft<br>Leidensdruck<br>Klient ist bereit, sich in die Gemeinschaft einzubringen  |   |
| <b>Tagesgestaltung Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben</b>  |   |
| <b>12.1 BEHÖRDEN- / ÄMTERGÄNGE</b>  |   |
| a) Klient kann Behörden- Ämtergänge nicht selbständig erledigen   | <p>Klient sucht Hilfe bei BP bzw. Betreuer</p> <p>Klient erlernt Fähigkeiten</p> <p>Klient ist gesprächsbereit</p> <p>Klient nimmt in Begleitung/unter Anleitung wahr</p> <p>Klient erkennt Notwendigkeit d. Behördengänge</p> <p>Stufenmodell anstreben/ Rücknahme der Fremdbestimmtheit</p> <p>Klient kennt Zuständigkeit der einzelnen Behörden</p> <p>Klient übernimmt Terminorganisation</p>   |
| b) intern:<br>Klient ist kogn./körperl. in der Lage Ämtergänge durchzuführen<br>Klient holt sich Hilfe von BP bzw. Betreuer; zeigt Interesse, diesbezügl. Fähigkeiten zu erlernen/erwerben<br>Gesprächsbereitschaft<br>Verstärkerlenkbarkeit  |   |

|   |   |
|---|---|
| <p>b) extern:<br/>Verstärkersysteme<br/>Personelle Ressourcen<br/>Behörde ist zu Fuß erreichbar<br/>Infrastruktur</p>   |   |
| <b>12.2. Rückzugstendenz</b>  |   |
| <p>a) Klient weist anteilig/tagesformabhängig/regelmäßig Rückzugstendenzen auf (z.B. bei Unruhe auf WG)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkürzung/Verringerung der Rückzugstendenzen</li> <li>• Klient nimmt Gesprächsangebote an</li> <li>• Klient sucht selbständig Kontakt mit BP</li> <li>• Nimmt an Therapie teil</li> <li>• Nimmt an Freizeitangeboten teil</li> <li>• Ist in WG integriert</li> <li>• Nimmt WG- Alltag an</li> </ul> |
| <p>b)intern:<br/>Leidensdruck<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Verstärkerlenkbarkeit</p>   |   |
| <p>b) extern:<br/>personelle Ressourcen,<br/>WG- Struktur<br/>Verstärker bereitstellen</p>  |   |
| <b>12.3. Antrieb</b>  |   |
| <p>a) Klient hat keinen/mangelnden/tagesformabhängigen schwankenden Antrieb</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeigt Einsicht und Notwendigkeit</li> <li>• Klient nimmt nach Aufforderung/selbständig/regelmäßig an Therapien teil</li> <li>• Klient kennt vorgegebenen Tagesstruktur</li> <li>• Akzeptiert tagesstrukturierende Maßnahmen</li> </ul>   |
| <p>b)intern<br/>Verstärkerlenkbarkeit<br/>Leidensdruck<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Klient ist motivierbar<br/>Kann Antriebsmangel verbalisieren<br/>Nimmt nach Aufforderung an Therapie teil</p>  |   |
| <p>b) extern:<br/>Tagesstruktur<br/>Therapieangebote<br/>Bedarf</p>   |   |
| <b>12.4. Soziophobie</b>  |   |
| <p>a) Klient leidet unter Soziophobie</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiw. Kontaktaufnahme durch Klient</li> <li>• Klient nimmt Gesprächsangebote an</li> <li>• Förderung von angemessenen sozialen Kontakten</li> <li>• Reduktion des Vermeidungsverhaltens</li> <li>• Alternative Kommunikationsmöglichkeiten</li> </ul>   |
| <p>b) intern:<br/>Klient hat Bedürfnisse, die ohne Kontakt zu Mitklienten nicht befriedigt werden können.<br/>Rückgriff auf früher vorhandene Fähigkeiten<br/>Kog. Fähigkeiten, sich mit dem Problem zu befassen<br/>Leidensdruck<br/>Gesprächsbereitschaft<br/>Verstärkerlenkbarkeit</p> |   |
| <p>b)extern:<br/>Verstärkersysteme<br/>Bezugspflegesystem<br/>Therap. Infrastruktur</p>   |   |
| <b>12.5. Schlaf- / Wachrhythmus</b>   |   |
| <p>a) Klient hat unangepassten Schlaf- Wach- Rhythmus</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient akzeptiert Maßnahmen</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
| <p>b) intern<br/>Klient erkennt Problematik an und akzeptiert Maßnahmen<br/>Motivation zur Veränderung<br/>Verstärkerlenkbarkeit<br/>Leidensdruck<br/>Klient sucht Kontakt zu BP</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkennt Problematik</li> <li>• Motivation zur Veränderung</li> <li>• Klient schläft nachts und ist dadurch in der Lage, tagsüber an Therapien teilzunehmen (mit/ohne Bedarf)</li> <li>• Pers. Wohlbefinden</li> <li>• Klient hält angemessene Ruhezeiten ein (Tag +Nacht)</li> </ul>  |
| <p>b) extern<br/>Strukturqualität (TV um 0.00 bzw. 3.00 Uhr „ aus“/ Zimmer tagsüber abgeschlossen etc.)<br/>24 Std. Personaleinsatz<br/>Verstärkersysteme<br/>Bedarfsmedikation bereitstellen</p> |  |
| <p><b>11.6. Aktivität / Medikation</b></p>  |  |
| <p>a) Klient ist durch die Medikation an einer selbständigen und aktiven Tages- Freizeitgestaltung gehindert.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Med. Reduktion/Ergänzung/ Optimierung /Anpassung</li> <li>• Interessenförderung</li> <li>• Klient nimmt regelmäßig an AT, BT, ET, MT teil</li> <li>• Teilnahme an Freizeitangeboten</li> <li>• Kompromisslösungen z. B. AT erst ab Mittag gg. Abend</li> <li>• Klient meldet sich in fitteren Phasen</li> <li>• Pers. Wohlbefinden</li> </ul>   |
| <p>b) intern:<br/>Wunsch nach Med.optimierung<br/>Klient kann.....rückmelden<br/>Leidensdruck<br/>Therapiemotivation<br/>Klient erkennt Problematik</p>   |  |
| <p>b)extern:<br/>Freizeitangebote<br/>Strukturqualität<br/>Visitenverfügbarkeit</p>   |  |
| <p><b>11.7. Interesselosigkeit</b></p>  |  |
| <p>a) bei Klient besteht eine ausgeprägte Interesselosigkeit</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient nimmt an Therapieangeboten teil (Anteilig/regelm.)</li> <li>• Klient entwickelt Interessen und Hobbys</li> <li>• Klient ist motiviert, Neues auszuprobieren</li> <li>• Förderung von bestehenden Interessen und Aufbau/Erwerb neuer Interessen /Hobbys</li> <li>• Klient akzeptiert Maßnahmen</li> <li>• Klient kennt das innerhäusige Therapieangebot</li> <li>• Integration in eine soz. Gruppe</li> </ul> |
| <p>b) intern:<br/>Klient ist motivierbar und gesprächsbereit nimmt nach Aufforderung an Therapien und BT teil<br/>Verstärkerlenkbarkeit<br/>Klient akzeptiert Maßnahmen<br/>Leidensdruck</p>      |  |
| <p>b) extern)<br/>Gesprächsangebot<br/>Strukturqualität<br/>Verfügbarkeit von Verstärkersystemen<br/>Therapieangebote zur Interessenförderung</p>   |  |
| <p><b>12. ARBEIT / ARBEITSÄHNLICHE TÄTIGKEIT</b></p>  |  |
| <p><b>12.1. Therapiemotivation</b></p>  |  |
| <p>a) Klient hat keine / tagesformabhängig schwankende Therapiemotivation</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient nimmt an AT teil</li> <li>• Frequenz der Teilnahme erhöht sich</li> <li>• Klient nimmt regelmäßig an AT /Therapien teil</li> <li>• K. nimmt pünktlich und die ganze Dauer teil</li> <li>• Anzahl der Therapien kann erhöht werden</li> <li>• K. erbringt in AT erkennbare Ergebnisse</li> </ul>  |
| <p>b) intern:<br/>Klient zeigt etwas / starkes Interesse<br/>Klient kann bestehende Interessen /Hobbys mit Therapien verbinden</p>  |  |

■ AUS DEN ARBEITSFOREN

|   |   |
|---|---|
| <p>K. nimmt gelegentlich /häufig/überwiegend immer an Therapien teil.<br/>         K. versteht therapeutischen Nutzen der Angebote<br/>         K. Kann durch BP motiviert werden (trotz anfänglicher Verweigerungshaltung teilzunehmen)<br/>         Keine bestehenden körperl. Handicaps, die AT verhindern<br/>         Verstärkerlenkbarkeit<br/>         b)extern:<br/>         Fachpersonal, Fachmaterial, Fachräume<br/>         Förderungskonzept (Leistungseinschätzungsbögen...)<br/>         Verstärkersysteme (Token, Heimfahrten, Ausgänge..)<br/>         Weisungen i. R. d. FA</p> | <p>/Leistung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• arbeitet in AT mit, ohne den Versuch sich vor der Arbeit zu drücken</li> <li>• K. denkt von sich aus an die Therapiezeiten</li> <li>• K. erhält realistisches Selbstbild von seinem Können und seine Fähigkeiten und arbeitet nach diesen Erkenntnissen</li> <li>• K. nimmt aus eigenem Antrieb und Motivation an Therapien teil</li> <li>• K. akzeptiert Therapieplan</li> <li>• Förderung der Selbstwahrnehmung /Körpergefühl/ Introspektionsfähigkeit</li> <li>• Eigeninitiative bzgl. Tagesstrukturierung und Teilnahme an ATs</li> <li>• Realistischeres Selbstbild bzgl. der eigenen Leistungsfähigkeit</li> <li>• Reflexionsstrategien finden statt</li> <li>• Reflexion über Hürden /Motivations- Antriebslosigkeit und Erarbeiten von Lösungsstrategien findet statt</li> <li>• Interesse für Therapien</li> <li>• K. kann Arbeitsschritte</li> <li>• K. zeigt in seinem Arbeitsbereich Initiative und Engagement</li> <li>• Förderung d. Durchhaltevermögens</li> </ul> |
| <p><b>12.2. Selbst- / Fremdbild</b></p>   |   |
| <p>a) Klient überschätzt seine Fähigkeiten, zeigt unrealistisches Selbstbild</p>  |   |
| <p>b) intern:<br/>         Gesprächsbereitschaft<br/>         K. versteht (kognitiv)realitätsbezogene Ausführungen seitens BP</p>   |   |
| <p>b)extern<br/>         Fachpersonal erkennt Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild</p>   |   |
| <p><b>12.3. Überforderung</b></p>   |   |
| <p>a) Klient überfordert sich durch zuviel Arbeit gelegentlich/regelmäßig</p>   |   |
| <p>b) intern<br/>         Interesse an der Tätigkeit besteht<br/>         K. kann teilweise /ansatzweise seine Grenzen erkennen und selbständig Tätigkeit eindämmen oder um Hilfe bitten</p>  |   |
| <p>b)extern<br/>         Fachpersonal, welches Überforderung erkennt<br/>         Permanente Betreuung /Ansprechpartner<br/>         Schutzräume/ Ausgleichsmöglichkeiten<br/>         Alternativangebote bereitstellen<br/>         Tagesstruktur</p>  |   |
| <p><b>12.4. Antriebsschwankungen</b></p>  |   |
| <p>a) Klient hat keinen/ mangelnden</p>   |   |

■ AUS DEN ARBEITSFOREN

|  |   |
|--|---|
| /tagesformabhängig schwankenden Antrieb  |   |
| b) K. ist motivierbar<br>K. kann Antriebsmängel rückmelden<br>Verstärkerlenkbarkeit<br>Gesprächsbereitschaft<br>Leidensdruck   |   |
| b)extern<br>Medikamentenänderungen möglich durch psychiatrische Facharztbetreuung<br>Bedarfsmedikation<br>Möglichkeiten zur Sport und Freizeitaktivitäten<br>Abbau von Rückzugsmöglichkeiten<br>Indiv. Verstärkersysteme   |   |
| <b>12.5. Leistungsschwankungen</b>   |   |
| a ) Leistung des Klienten ist kaum / ausreichend/schwankend vorhanden <ul style="list-style-type: none"> <li>• wegen motorischer Schwäche kaum /ausreichend Leistung vorhanden</li> <li>• wegen kognitiver Einschränkungen kaum /ausreichend Leitung vorhanden</li> </ul>                      |   |
| b) intern<br>K. ist kognitiv in der Lage AT, zu verrichten bzw.<br>K. ist körperlich in der Lage AT, zu verrichten<br>K. hat bestimmte Fähigkeiten/Fertigkeiten, die ihm in der Arbeit von Nutzen sind<br>K. ist motivierbar<br>Verstärkerlenkbarkeit<br>Gesprächsbereitschaft<br>Leidensdruck |   |
| b) extern<br>Medikamentenänderung<br>Verstärkersysteme<br>Setting<br>s.o.  |   |
| <b>12.6. Verweigerung Therapieteilnahme</b>  |   |
| a) Klient verweigert jegliche Therapie   |   |
| b) intern<br>Gesprächsbereitschaft<br>Verstärkerlenkbarkeit  |   |
| b) extern<br>indiv. Verstärkersysteme sind vorhanden<br>viel verschiedene, abwechslungsreiche Therapiemöglichkeiten werden angeboten<br>Weisungen<br>Stufenplan  | <p>■ <b>Klaus Sawitzki</b><br/><b>EHRKO Beschützendes Wohnzentrum</b><br/><b>Neumarkt St. Veit (Oberbayern)</b><br/><b>www.ehrko.de</b></p> |

Formulare und Leitfaden der bayerischen Bezirke zum Gesamtplanverfahren gemäß § 58 SGB XII finden Sie auf den Webseiten des Bezirks Oberbayern:  
www.bezirk-oberbayern.de (>Formulare)

## **Forum 7**

### **Wohnperspektiven für beurlaubte oder entlassene Maßregelvollzugpatienten mit psychischer und geistiger Behinderung**

**Markus Kellmann, Ina Hensell-Schlomann, Regina Luft, LVR-Klinik Viersen, Abteilung Rehabilitation**

Aus Sicht eines Wohnverbundes der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischer, teilweise auch geistiger Behinderung, der zahlreiche Klienten mit forensischer Vorgeschichte stationär und ambulant betreut, berichten wir von unserer Arbeit und bieten einen fachlichen Austausch zu folgenden Themen an:

- Wiedereingliederung psychisch und geistig behinderter Straftäter als praktische Aufgabe der Eingliederungshilfe
- Hilfreiche konzeptionelle und strukturelle Rahmenbedingungen
- Kooperation und Arbeitsteilung mit der forensischen Nachsorge
- Scheitern ist möglich: Fallstricke, Reißleinen und Grenzen
- Widersprüche aushalten: Parteilichkeit ohne Komplizenschaft, Transparenz ohne Stigmatisierung - wie geht das?

Mit diesem Forum wollen wir

- etwaige Berührungspunkte und Vorbehalte von Eingliederungshilfe-Einrichtungen abbauen,
- erfolgreich praktizierte Strategien und Strukturen der Wiedereingliederung vorstellen,
- mögliche Probleme und Konflikte, Knackpunkte und Misserfolge nicht verschweigen, sondern offensiv thematisieren.

- **Markus Kellmann**  
**Ina Hensell-Schlomann**  
**Regina Luft**  
**LVR-Klinik Viersen, Abt. Rehabilitation**  
**[www.rk-viersen.lvr.de](http://www.rk-viersen.lvr.de)**

## **Forum 8**

### **Regina hat Glück gehabt – eine abenteuerliche Reise aus dem Maßregelvollzug in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel**

**Ellen Franz, Achim Richter, Lebenshilfe Obere Saar, Therapeutische Wohngruppe Altenkessel**

Dargestellt werden die notwendigen und hilfreichen Rahmenbedingungen sowie die Konzeption der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel, die erlauben, auch Patienten des Maßregelvollzugs in einer Einrichtung der Behindertenhilfe aufzunehmen und zu integrieren.

Die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel ist ein Bestandteil des vielfältigen Wohn- und Beschäftigungsangebotes des Fachbereichs Wohnen und Leben der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Obere Saar e. V. Sie hat sich zur Aufgabe gemacht, Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten kompetente Unterstützung anzubieten. Unser Personenkreis besteht aus Menschen, die nicht in Regeleinrichtungen der Behindertenhilfe betreut werden können.

Im Forum erhalten Sie Informationen zur Betreuung geistig behinderter forensischer Patienten im Saarland. Anhand eines Fallbeispiels aus unserer Einrichtung wird verdeutlicht, daß sich die alltäglichen Betreuungsnotwendigkeiten dieses Personenkreises im Kern nicht von denjenigen anderer Personen mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Beeinträchtigungen, Aggressionen und ähnliches, die wir seit 20 Jahren betreuen, unterscheiden.

In besonderer Weise gehen wir jedoch darauf ein, in welcher Art und Weise die rechtlichen Rahmenbedingungen pädagogisches Handeln beeinflussen und mitbestimmen. Diese erfordern bereits im Vorfeld einer Aufnahme und im Kontinuum während der Betreuung eine engmaschige, vertrauensvolle und verlässliche Kooperation aller Beteiligten (Forensische Klinik, Kostenträger, Einrichtungsträger, Rechtliche Betreuung sowie juristische Entscheidungsträger).

Regina lebt seit 2006 in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel und wird voraussichtlich 2012 aus der Führungsaufsicht entlassen werden. Wir schildern ihren abenteuerlichen Weg von der ersten Kontaktaufnahme bis zum heutigen Tage. Dabei verdeutlichen wir zum einen die Bedeutung interner und externer Faktoren sowie die Entwicklung geeigneter pädagogischer Strategien. Ein besonderes Bedürfnis ist es uns jedoch darzustellen, welche große persönliche Leistung und Anstrengung Regina selbst zu ihrer persönlichen Entwicklung beizutragen lernte.

Zur Sprache kommen auch hinderliche Faktoren und Grenzen unserer Möglichkeiten, die in einem Parallelfall dazu geführt haben, dass ein weiterer Patient in Altenkessel nicht integriert werden konnte.

## **Einleitung**

Im Rahmen des Arbeitsforums 8 der DHG-Fachtagung „Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug“ am 06. und 07.12.2012 in Berlin erläuterten wir zunächst die Versorgungslandschaft des Saarlands im Hinblick auf die Versorgung geistig behinderter Menschen mit massiven Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychischen Erkrankungen und forensischen Patienten. Auch Menschen mit herausforderndem Verhalten, mit psychosozialen Auffälligkeiten oder Men-

schen mit besonderem Betreuungsbedarf sind hiermit gemeint.

Dargestellt wurden die Merkmale, Grundstruktur und der Entstehungszusammenhang der Therapeutischen Wohngruppen im Saarland im Rahmen der Psychiatriereform im Jahre 1992 sowie die Spezifika der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel.

Es folgt ein Überblick über die Versorgung geistig behinderter Menschen mit forensischem Hintergrund seit Etablierung der Therapeutischen Wohngruppen, formelle und informelle Arbeitsstrukturen

sowie die standortbedingten Faktoren der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel.

Die Darstellung eines konkreten Fallbeispiels (Regina hat Glück gehabt) verdeutlicht Verlauf und Hintergründe des Übergangs eines Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Maßregelvollzug in unsere Wohngruppe.

Im Fallbeispiel werden erläutert:

- Vorgeschichte Reginas,
- Was Regina in Altenkessel vorfand,
- Der Verlauf der Betreuung Reginas in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel
- Die Vorbereitung der Aufnahme
- Phasenmodell des Übergangs aus dem Maßregelvollzug
- Übersicht der pädagogisch-therapeutischen Interventionen

sowie zum Abschluss

- eine Zusammenfassung und ein Ausblick, ergänzt um
- Notwendige Bedingungen zur Betreuung in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel.

Eine kurze Diashow ermöglichte den Teilnehmern, unser Haus mit seiner Atmosphäre erleben zu können.

### **Merkmale der Therapeutischen Wohngruppen im Saarland**

- Ein gemeinsames Konzept, jedoch unterschiedliche Träger
- Gemeindenahe Versorgung
- Pflichtversorgung
- Verpflichtung zur regionalen Krisenintervention
- Dauerhaftes Wohnrecht für Langzeitpatienten des ehemaligen Landeskrankenhauses Merzig



## **Entstehung im Rahmen der Psychiatriereform im Saarland im Jahr 1992**

### **Zielsetzung der Psychiatriereform**

- Auflösung des Landeskrankenhauses Merzig,
- Aufbau gemeindenaher Versorgungsstruktur für psychisch Kranke,
- Auflösung der Spezial- und Langzeitstationen für Menschen mit geistiger Behinderung des Landeskrankenhauses,
- Schaffung angemessener Lebens- und Hilfsstrukturen.

### **Umsetzung/ Konkretisierung für psychisch Kranke**

- Angliederung von psychiatrischen Stationen an die Kreiskrankenhäuser,
- Aufbau ambulanter Unterstützungsangebote,
- Schaffung angemessener Wohnangebote.

### **Umsetzung/ Konkretisierung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten**

- Ausgliederung der geistig behinderten Menschen aus dem Landeskrankenhaus,
- Entwicklung des Konzeptes Therapeutischer Wohngruppen,
- Übertragung der Aufgabenstellung an die künftigen Träger der TWG's,
- Etablierung Therapeutischer Wohngruppen in den Landkreisen und in Stadt und Stadtverband Saarbrücken.

## **Grundstruktur der Therapeutischen Wohngruppen im Saarland**

### **Gemeindenahere Versorgung**

Der Grundgedanke der gemeindenahen Versorgung soll den Menschen mit geistiger Behinderung in Krisenzeiten einen

Wechsel ihres sozialen Umfeldes ersparen. Gerade diese Personengruppe ist im verstärkten Maß auf ein ihr vertrautes Umfeld angewiesen. Die Erhaltung gewachsener sozialer Beziehungen soll z. B. nicht durch eine „Heimunterbringung“ in weit entfernten Gemeinden erschwert werden.

### **Pflichtversorgung**

Keinem Menschen des beschriebenen Personenkreises in der Versorgungsregion (Landkreisen) darf eine Therapeutische Wohngruppe die vereinbarten Hilfeleistungen verwehren.

Niemandem wird wegen der Schwere der geistigen Behinderung oder wegen Art und Intensität der psychischen Auffälligkeiten die Aufnahme in die Therapeutische Wohngruppe verweigert noch kommt es aus genannten Gründen zu einer Kündigung des Wohnplatzes. Eine Kündigung des Wohnheimplatzes durch den Träger der Einrichtung ist nicht möglich.

Entlassen werden nur Bewohner, die nicht mehr auf diese intensive Betreuungsform angewiesen sind. Aufnahmen und Entlassungen sollen rein fachlich begründet sein und liegen ausschließlich in der Hand der Psychologen.

### **Personenkreis**

Den Personenkreis der Therapeutischen Wohngruppen bilden Menschen mit geistiger Behinderung und gravierenden Schwierigkeiten im Verhalten und Erleben, Verhaltensstörungen, psychische Erkrankungen.

In der Vergangenheit bedingte die Schwere der Störungen, die zu massiven Schwierigkeiten in Wohnheimen und Familien führten, gehäufte Einweisungen in die Psychiatrie. Mit der Einweisung war oftmals die Kündigung eines Wohnheimplatzes verbunden.

Die Folge waren häufige Wechsel des sozialen Umfeldes und lange Klinikaufenthalte, deren Dauer sich oft weit über

die psychiatrische Notwendigkeit hinaus erstreckte.

Es fehlten schlichtweg geeignete Unterbringungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis

Als Folge entstand der so genannte „Drehtüreffekt“: Suche eines Wohnheims, Unterbringung, problematisches und untragbares Verhalten, Einweisung in die Psychiatrie, Kündigung des Wohnheimplatzes, erneute Suche eines Wohnheims usw.

In den Therapeutischen Wohngruppen wurden zunächst Langzeitbewohner der Pflegestationen sowie Langzeitpatienten der Akutstation für geistige behinderte Menschen des Landeskrankenhauses aufgenommen. Für diese Bewohner wurde ein dauerhaftes Wohnrecht verankert.

Später kamen im Laufe der Jahre die Bewohner über Anfragen von Kliniken, dem Landesamt für Soziales, Einrichtungen der Behindertenhilfe, aus Familien oder aus der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie Merzig in die Therapeutischen Wohngruppen.

### **Verpflichtung zur regionalen Krisenintervention**

Die Psychosoziale Versorgung geistig Behinderter wird durch ein trägerübergreifendes und unabhängiges Angebot einer Krisenintervention der Therapeutischen Wohngruppen in der Versorgungsregion verbessert werden. Die Krisenintervention umfasst Elemente der Prävention, Krisenmanagement und Nachbetreuung, zum Beispiel nach einem Psychiatrieaufenthalt. Diese Aufgabe wird von den zuständigen Psychologen wahrgenommen.

Die Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel bietet Kriseninterventionen für die Versorgungsregion des Regionalverbands und der Stadt Saarbrücken an. Sie übernimmt mit dem Angebot der Krisenintervention einen verpflichtenden Versorgungsauftrag des Ministeriums in dieser Region.

Krisenintervention bedeutet, ein differenziertes Angebot zur psychologischen Unterstützung von Menschen mit einer geistigen Behinderung sicherzustellen.

Neben der direkten Arbeit mit den betroffenen Menschen soll auch deren jeweiliges Lebensumfeld (Familien, Wohnheime, Werkstätten und Tagesförderstätten) umfänglich einbezogen und eine adäquate Beratung und Begleitung angeboten werden.

Die Unterstützung kann von allen in einer Krise Betroffenen beim Psychologischen Dienst der Therapeutischen Wohngruppe nachgefragt werden; sie ist ein unabhängiges und trägerübergreifendes Angebot.

Das Unterstützungsangebot richtet sich nach der individuellen Problemsituation der Klienten und den damit verbundenen Indikationen und orientiert sich grundsätzlich an den Bedürfnissen und Besonderheiten des Einzelfalls.

Das Angebot der Krisenintervention wird in vernetzter Zusammenarbeit mit den zuständigen Psychiatrie-Ambulanzen, den niedergelassenen Neurologen bzw. Psychiatern und den jeweiligen psychiatrischen Fachabteilungen der Kliniken in der Region durchgeführt.

Der Psychologische Dienst bietet zwei Durchführungswege der Krisenintervention an: Die ambulante begleitende Krisenintervention sowie einen Krisenplatz in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel.

Die begleitende und aufsuchende Krisenintervention ist unmittelbar im persönlichen Nahumfeld des Klienten angesiedelt. Ihr primäres Ziel ist der Erhalt des bisherigen sozialen Umfelds und seiner Bezüge. Der Psychologische Dienst bietet lösungsorientiert Begleitung in der Krisensituation und die Förderung individueller Problemlösungskompetenzen an.

Zur Unterstützung in jenen Fällen, in denen eine Intervention im persönlichen Umfeld des Klienten nicht möglich oder hilfreich ist, bietet die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel einen ihrer Wohnplätze dauerhaft zur Belegung als

sogenannten Krisenplatz im stationären Umfeld an.

Der Krisenplatz dient der Vermeidung akuter Psychiatrieaufenthalte, der Begleitung und Stabilisierung der Klienten in akuten Krisensituationen, sowie der Diagnostik und Eröffnung künftiger geeigneter Lebens- und Betreuungsformen. Der Zeitraum der Belegung richtet sich dabei nach den individuellen Erfordernissen des jeweiligen Klienten.

Gemeinsames Ziel beider Durchführungswege der Krisenintervention des Psychologischen Dienstes ist es, zu verhindern, dass geistig behinderte Menschen wegen Verhaltensauffälligkeiten oder psychiatrischen Akuterkrankungen langfristig aus ihrem Lebenszusammenhang ausgesondert werden.

### **Bereitstellung angemessener Rahmenbedingungen**

- **Betreuungsnotwendigkeiten:**  
In der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel erfolgt die Betreuung der Bewohner täglich und rund um die Uhr 24 Stunden lang.  
In der Regel müssen mindestens zwei Mitarbeiter gleichzeitig im Dienst sein. In Krisenzeiten ist es erforderlich, situativ zusätzliches Personal einzusetzen.  
In der Nacht versorgt eine Nachtwache die Bewohner.
- **Personelle Ausstattung:**  
Das Personal besteht ausschließlich aus Fachpersonal. Ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Sozialpädagogen/arbeitern, Erziehern, Heilerziehungspflegerinnen sowie Pflegepersonal betreut in wechselnder Zusammensetzung die Bewohner.  
Der vereinbarte Personalschlüssel ist mit einer 1:1-Betreuung versehen.  
Der Psychologische Dienst verfügt über eine 0,5-Stelle.
- **Gruppengröße:**  
Die Therapeutischen Wohngruppen umfassen sieben Dauerwohnheim-

plätze und einen Platz zur Durchführung der Krisenintervention.

Die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel verfügt zusätzlich über zwei weitere Wohnheimplätze, die von Kostenträgern außerhalb des Saarlands belegt werden.

- **Räumlichkeiten der TH Altenkessel:**  
Die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel verfügt über ein großes Haus, mit großzügigem Außengelände, das sich inmitten des Saarbrücker Ortsteils Altenkessel befindet.  
Die Bewohner sind in Einzel- oder Doppelzimmern untergebracht, die nach individuellen Wünschen und betreuungsrechtlichen Notwendigkeiten ausgestaltet werden. Neben einem Wohn-Esszimmer verfügt die Wohngruppe über ein großzügiges Gartengelände und eine Freiterrasse.

In räumlicher Abgeschiedenheit steht ein Therapieraum zur Verfügung. Ein Time-out-Raum existiert in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel nicht.

Alltag und Lebenswirklichkeit der Bewohner werden durch den Charakter der Selbstversorgung geprägt. Die Therapeutische Wohngruppe ist räumlich keiner bestehenden Einrichtung angegliedert.

Durch die Inanspruchnahme unterschiedlichster „Spezialisten“ und Kontakte außerhalb der Wohngruppe wird die Integration in die Dorfgemeinschaft gefördert. Dadurch erweitern sich das soziale Umfeld und das individuelle soziale Netzwerk der Bewohner.

Zusätzlich werden alle Aufgaben eines begleitenden Sozialdiensts eigenständig erbracht.

## **Versorgung geistig behinderter Menschen mit forensischem Hintergrund im Saarland seit der Etablierung der Therapeutischen Wohngruppen**

### **Vermeidung forensischer Unterbringung**

Mit der landesweiten Etablierung des Konzepts der Therapeutischen Wohngruppen in den Jahren 1992 bis 1994 wurde im Saarland ein neuer Leistungstyp geschaffen. Aufgrund der besonderen spezifischen Rahmenbedingungen bestand seitdem in vielen Fällen von Anfang an die Möglichkeit, Unterbringungen im Maßregelvollzug durch die Aufnahme in einer Therapeutischen Wohngruppe zu vermeiden.

So konnte, um ein Beispiel zu nennen, durch die Aufnahme eines Bewohners mit schwerer geistiger Behinderung in der Therapeutischen Wohngruppe Altkessel ein Strafverfahren wegen Brandstiftung mit Todesfolge ausgesetzt werden.

### **Aufnahmen aus dem Maßregelvollzug in Therapeutische Wohngruppen des Saarlands**

Das Setting der Therapeutischen Wohngruppe erlaubt neben der Vermeidung drohender forensischer Unterbringungen zugleich die Reintegration unseres Personenkreises, der im Maßregelvollzug untergebracht ist.

Menschen mit besonderen Problemlagen konnten jedoch nur deshalb aus dem Maßregelvollzug entlassen werden, weil die Therapeutischen Wohngruppen mit ihren speziellen Rahmenbedingungen sich als Anschlusseinrichtungen verstanden haben.

Sie werden damit dem Auftrage gerecht, dass keine Person mit einer geistigen Behinderung und/oder massiven Verhaltensproblematiken aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen oder des Ausmaßes der Betreuungsnotwendigkeiten abgewiesen werden kann. Es existiert ein

Versorgungsauftrag und es konzeptionell festgeschrieben, dass es keinerlei Ausschlusskriterien zur Aufnahme in einer Therapeutischen Wohngruppe geben darf.

### **Aufnahmen aus dem Maßregelvollzug in Regeleinrichtungen der Behindertenhilfe des Saarlands**

Neben Unterbringungen in den Therapeutischen Wohngruppen erfolgen im Saarland Aufnahmen von geeigneten Patienten aus dem Maßregelvollzug in Regeleinrichtungen der Behindertenhilfe.

Möglich ist dies vor dem Hintergrund der engen Vernetzung der Psychologen der Therapeutischen Wohngruppen und ihrer Gremien sowie der intensiven Zusammenarbeit mit der Saarländischen Klinik für forensische Psychiatrie in Merzig.

Innerhalb der Einrichtungen kommt es zur Nutzung von Synergien, indem die für Therapeutischen Wohngruppen und die Krisenintervention tätigen Psychologen die Integration in den Regelbereich begleiten und steuern konnten.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass unter diesen strukturellen und personellen Voraussetzungen Aufnahmen möglich wurden, die unter anderen Rahmenbedingungen nicht hätten erfolgen und verantwortet werden können

Voraussetzung für das Gelingen einer jeden Integration von Patienten aus dem Maßregelvollzug ist die Existenz und Tragfähigkeit von **Komplementärstrukturen**, die im Anschluss an eine Entlassung wirksam werden.

Erstes Glied in der Kette der Komplementärversorgung ist die umfangreiche Ambulante Nachsorge der Forensischen Klinik, die nach einer Entlassung eines Patienten aus dem Maßregelvollzug bis zur „bedingten Entlassung“ die Verantwortung für die Ausgestaltung der medizinischen und rechtlichen Betreuungsinhalte tragen.

Die zuständigen Psychologen der Therapeutischen Wohngruppen übernehmen mit ihrer Aufgabe der Krisenbegleitung

im Sinne einer Schnittstellenfunktion die Begleitung und Koordination des Verlaufs einer Integration im neuen Lebensumfeld.

Im Anschluss an die „Rehabilitierung“ übernehmen die Psychiatrischen Institutsambulanzen der in den jeweiligen Landkreisen ansässigen Stationen die Fortführung eventuell notwendiger weiterer Begleitung des genannten Personenkreises.

### **Formelle und informelle Arbeitsstrukturen**

Betrachtet man die Ebene der konkreten inhaltlichen Arbeit, ist festzuhalten, dass das Modell der Therapeutischen Wohngruppen im Saarland einige Besonderheiten aufweist. Zu beachten sind die Gegebenheiten in einem kleinen Bundesland und die vergleichsweise große Bedeutung informeller Arbeitsstrukturen.

Im Saarland als einem kleinen Bundesland bestehen viele enge und persönliche Arbeitskontakte. Vergleichbar kurze Wege und oftmals über Jahre bestehende verlässliche Arbeitsbeziehungen ermöglichen auch im konkreten Einzelfall ein schnelles Reagieren auf Bedürfnislagen.

Alle Akteure (Ministerium, Landesamt für Soziales, die einzelnen Träger und Einrichtungen, beteiligte Kliniken sowie die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie Merzig) sind eng miteinander vernetzt.

Begleitend hat sich ein monatlich tagender Arbeitskreis etabliert, der die Versorgung jener Menschen mit geistiger Behinderung zum Thema hat, die psychosoziale Auffälligkeiten und/oder psychische Erkrankungen aufweisen. An ihm nehmen Psychologen der Therapeutischen Wohngruppen und aus Regeleinrichtungen der Behindertenhilfe sowie Ärzte und Psychologen der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie Merzig teil.

Zweimal jährlich findet auf Einladung des Landesarztes für geistig und seelisch behinderte Erwachsene eine Konferenz statt. Wechselnde Schwerpunktthemen werden gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, dem Landesamt für Soziales als Kostenträger und den Psychologen der Therapeutischen Wohngruppen erörtert.

### **Standortbedingte Faktoren der Therapeutischen Wohngruppe in Saarbrücken-Altenkessel**

Auf der Ebene der praktischen Arbeit erlangen zudem spezifische Standortfaktoren eine besondere Bedeutung.

Die bereits dargestellte Lage der Einrichtung inmitten eines kleinen Stadtteils mit dörflichem Charakter prägt in spezifischer Art und Weise die inhaltliche Arbeit. Sie fördert und erfordert die Notwendigkeit der sozialen Vernetzung mit dem Nahumfeld (in direkter Nachbarschaft und im Ort). Nach Möglichkeit werden alle Dienstleistungen außerhalb der Einrichtung erbracht; dies gilt auch für die medizinische Versorgung, die durch eine enge konsiliarische Anbindung unserer Bewohner an die Institutsambulanz der SHG-Kliniken am Sonnenberg Saarbrücken ergänzt werden.

Für die Bewohner stellen die Außenkontakte im Nahumfeld bedeutsame, nachvollziehbare und sinnhafte Lernfelder dar.

### **Reginas Weg in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel**

Der umfängliche Prozess des Übergangs Reginas vom Maßregelvollzug in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel wird in den nachfolgenden Abschnitten dargestellt:

- Regina und was sie ausmacht (Vorgeschichte)

- Was findet Regina in Altenkessel vor?
- Verlauf der Betreuung in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel mit Schaubild Vorbereitung der Aufnahme
- Übergang Reginas aus dem Maßregelvollzug in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel mit dem Schaubild *Erarbeitung konkreter pädagogisch-therapeutischer Interventionen*
- Fazit und Ausblick mit Schaubild *Systematisierte Gesamtdarstellung notwendiger Bedingungen*

### **Regina und das, was sie ausmacht (Vorgeschichte)**

#### **Körperliche Voraussetzungen und psychiatrische Diagnosen**

Regina war bei Aufnahme in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel 53 Jahre alt. Ihre gesundheitliche Situation war neben der zugrundeliegenden geistigen Behinderung und den Verhaltensstörungen durch umfängliche internistische Erkrankungen (Diabetes, Herz) und das Auftreten cerebraler Anfallsleiden gekennzeichnet.

Zudem war sie stark adipös und litt unter umfänglichen Mobilitätseinschränkungen, die so ausgeprägt waren, dass Regina anfangs auch geringe Entfernungen im Rollstuhl zurücklegen musste.

Als Psychiatrische Diagnosen wurden diagnostiziert:

- Frühkindliche Hirnschädigung mit schwerwiegender Intelligenzmindering,
- Cerebrales Anfallsleiden vom Grand-Mal-Typ (ICD-10: G 40.6),
- Verhaltensstörung mit aggressiven Impulsdurchbrüchen, Affektinkontinenz in Spannungssituationen bei Fehlen intellektueller Differenzierung und insuffizienten kognitiven Fähigkeiten (ICD-10: F 71).

Auf der Verhaltensebene bestand vor Aufnahme in Altenkessel ein generelles Problemverhalten, dass sich in folgenden Ausprägungen zeigte:

- Sachbeschädigungen,
- Zündeln,
- Medikamentenverweigerung,
- Diebstahl,
- Weglauftendenzen,
- Aggressive Impulsdurchbrüche,
- Regressive Verhaltensweisen, wie Kotschmierereien,
- Verbale Drohungen,
- Belästigungen

#### **Lebensgeschichtliche Erfahrungen**

Regina wurde in eine problematische Familiensituation hinein geboren. Ihre Mutter war sehr jung und die familiären Verhältnisse derart belastet, dass Regina schon als Kleinstkind aus der Familie herausgenommen wurde. Sie wuchs in verschiedenen Einrichtungen auf und entwickelte frühzeitig Verhalten, das als auffällig bewertet wurde. In der Folge kam es zu häufigen Wechseln des sozialen Umfelds und zu wachsenden Ausprägungen des als problematisch geschilderten Verhaltens. Im Alter von sechs Jahren kam es zu einer ersten Unterbringung in einer Psychiatrischen Klinik.

Das Erleben jeweils wechselnder institutioneller Unterbringungen setzte sich durchgängig fort, ohne dass dieser Kreislauf durchbrochen werden konnte.

Im Juni 2001 kam es zu einer ersten richterlichen Anordnung zur forensisch-psychiatrischen Unterbringung (Eingangsdelikt: Schwere Körperverletzung). Die Vollstreckung wurde mit Auflagen ausgesetzt (Unterbringung in einer Therapeutischen Wohngruppe im Saarland und Verpflichtung zur Einnahme psychiatrischer Medikation). Aufgrund erneut begangener Straftaten und wiederholter Weigerung, die Medikation einzunehmen, wurde am 30.01.2002 die Einweisung in

die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie Merzig angeordnet.

### **Spezifische Erfahrungen durch den Maßregelvollzug (Forensischer Verlauf)**

Regina erlebte in der Forensik ein klinisches Setting, das ihre langjährigen institutionellen Erfahrungen und ihre eingeübten Kommunikationsmuster vertiefte.

Während des langen Aufenthalts in der Klinik entwickelten sich Hospitalisierungstendenzen und eine zugrunde liegende Erwartung an eine Form der Alltagsstrukturierung, die auf Versorgung und Fremdbestimmung sowie im Vergleich zur Wohngruppe deutlich stärker auf Vergabe von Medikation ausgerichtet erschien.

Die im klinischen Rahmen erforderliche Anpassung an die Lebensbedingungen sind andere als im Wohnheim. Dort liegt das Anforderungsniveau in Bezug auf Einhaltung des Regelwerks, das soziale Zusammenleben und ein gleichbleibendes Setting in den täglichen Abläufen wesentlich höher.

### **Individuelles soziales Netzwerk**

Regina ist in der Gestaltung ihrer sozialen Beziehungen zum einen von einer großen Sehnsucht nach Nähe und Verständnis geprägt. Zugleich hat sie erfahren müssen, dass ihre persönlichen Schwierigkeiten im Nahumfeld jeweils dazu führten, dass sie in massive Alltagskonflikte geriet. Eine für Regina hilfreiche Gestaltung von Beziehungen gelang, wenn überhaupt, nur professionellen Bezugspersonen (Bezugspersonen, Rechtsbetreuerin und Rechtsanwältin).

### **Erwartungen von Regina an das Leben in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel**

Reginas Erwartungen an den Aufenthalt in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel speisten sich aus ihren umfänglichen institutionellen Vorerfahrungen.

Des Weiteren bestand ein großes Misstrauen im Hinblick auf das Gelingen der Verlegung.

Regina hatte Autonomiebestrebungen, ohne dass sie reale Bedingungen ihres Lebensumfelds hätte wahrnehmen und einschätzen können. In der Folge entwickelten sich diffuse Wünsche an eine vermeintlich anbrechende große Freiheit und eine Erwartung, dass sie Regeln und Anforderungen nach ihren Bedürfnissen umfassend bestimmen könnte.

Reginas Erfahrungen mit pädagogischen/Therapeutischen Interventionsformen waren in der Vergangenheit primär auf die Belohnung des Erbringens von Anpassungsleistungen (Verstärkerpläne) ausgerichtet. Die Regulierung des Alltags und von Konflikten erfolgte nicht durch den unmittelbaren Umgang mit Verhalten und die Konsequenzen, die aus der Situation erwachsen können. In der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel zielten die Interventionsformen daher primär auf die Förderung der Erkenntnis ab, dass neues Verhalten auch für Regina erlernbar und damit steuer- und veränderbar ist.

### **Was findet Regina in Altenkessel vor?**

Das für Regina neue Lebensumfeld in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel ist auf den Umgang mit problematischen Lebens- und Verhaltensweisen zugeschnitten. Die entsprechenden Rahmenbedingungen sind eingangs erläutert worden.

Zusätzliche förderliche Bedingungen waren eine hohe Motivation der Mitarbeiter, die als Team seit Jahren unverändert zusammen arbeiten und vielfältige Erfahrungen im Umgang mit Krisen und dem Klienten mitbringen. Dies umfasst auch die Möglichkeit, unkonventionelle Wege beschreiten zu können.

### **Verlauf der Betreuung von Regina in der TWG Altenkessel**

Mit der Vorbereitungsphase begann unser gemeinsamer Weg, die beiden zunächst unverbunden nebeneinander stehenden Lebensräume (Klinik und Wohnheim) in Verbindung zu bringen.

Die Vorbereitungsphase zur Aufnahme in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel dauerte von November 2005 bis Juli 2006. Die Vorbereitungsphase wird in ihrem Verlauf in der Übersicht dargestellt.

Primäres Ziel der Integration Reginas war zuerst und auf Dauer die Vermeidung neuer Straftaten und die Etablierung von Betreuungsmöglichkeiten, die unabhängig von Reginas Vermögen zur Verhaltensänderung und ihrem problematischen Verhalten einen Verbleib in

der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel sicherstellten.

Eine der wichtigen und erlässlichen Voraussetzungen hierzu war die Anpassung der psychiatrischen Medikation an die veränderte Lebenssituation und die zu erwartenden psychischen Belastungen durch die anstehenden Veränderungen.

Von zentraler Bedeutung war die Zusammenarbeit mit der Forensischen Klinik. Zu Beginn des Aufenthalts Reginas in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel leistete die Klinik personelle Unterstützung durch zusätzliche Anwesenheit von Pflegepersonal. Ziel dieser Vorgehensweise war die Begleitung des Übergangs und die Unterstützung des Personals der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel in allen Fragen des Umgangs mit Regina. Sehr schnell wurde deutlich, dass dies im Falle Reginas keine geeignete Vorgehensweise war.

### **Vorbereitung der Aufnahme**

|                  |
|------------------|
| November 2005    |
| Dezember 2005    |
| Dezember 2005    |
| 18. Januar 2006  |
| 16. Januar 2006  |
| 15. Februar 2006 |
| 8. Mai 2006      |
| 31. Mai 2006     |
| Juni 2006        |
| 6. Juli 2006     |
| 10. Juli 2006    |

Geregelt und vereinbart werden musste die psychiatrische Notfallversorgung; dies betraf das Handling, die rechtliche Zuständigkeit der Klinik und das Verfahren. In akuten Krisensituationen, in denen Regina ihr Verhalten nicht mehr kontrollieren konnte und aus Sicht der Ärzte der Forensik vor Ort nicht ohne tragbares Risiko betreut werden konnte, erfolgten temporäre Rückführungen in die Klinik. Diese erfolgten nicht im Rahmen der Regina vertrauten Station, sondern als Krisenintervention in einem separierten Bereich. Es war Konsens, dass

Regina unabhängig von Häufigkeit notwendiger Kriseninterventionen stets in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel zurückkehren konnte.

Der Verlauf des Übergangs Reginas aus dem Maßregelvollzug in seinem Verlauf und unseren Erfahrungen in Umsetzung und Gestaltung der Pädagogisch-therapeutischen Interventionen ist in der nachfolgenden Übersicht in der Darstellung eines Phasenmodells zu ersehen.

### Übergang Reginas aus dem Maßregelvollzug in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel

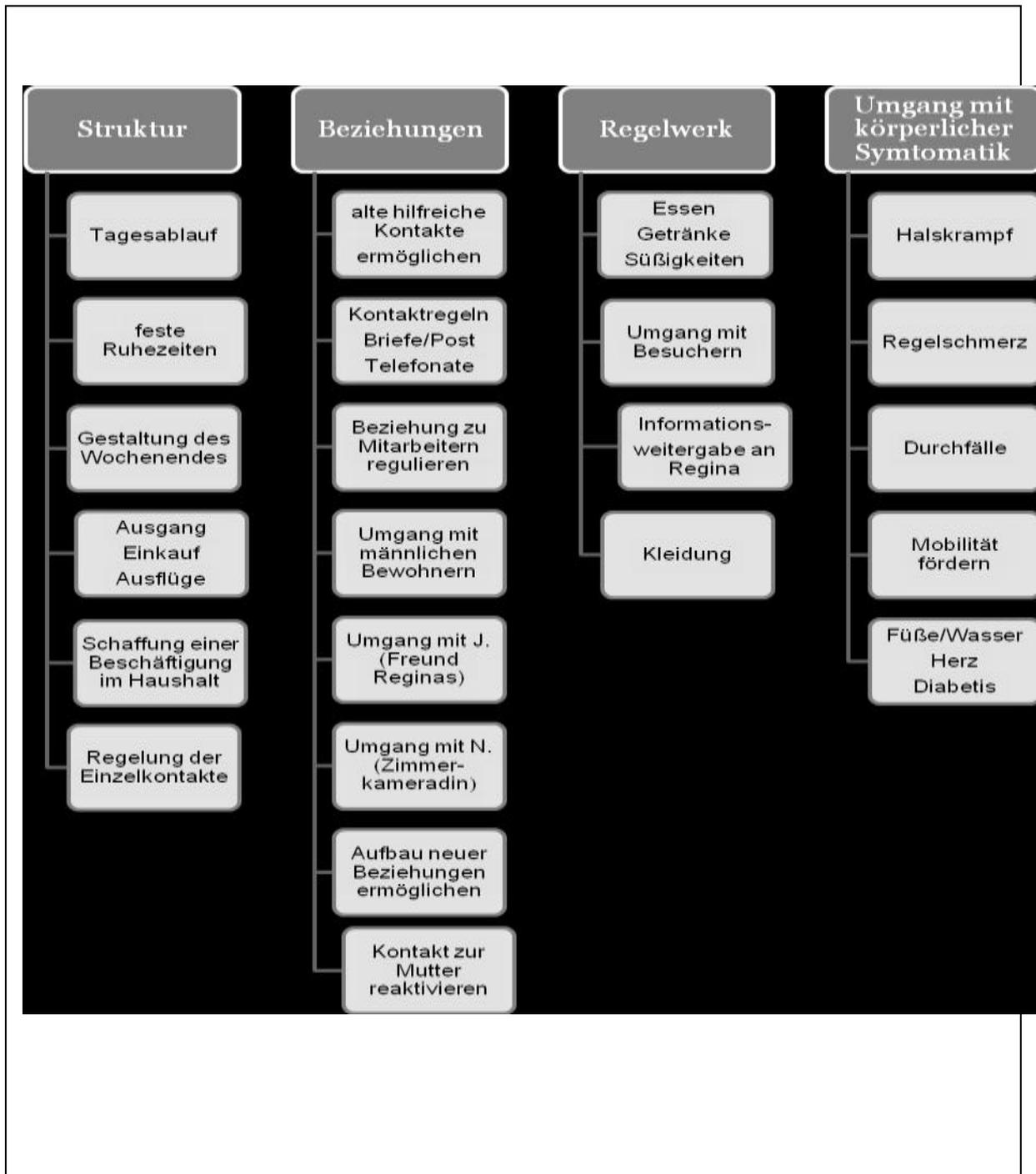
|                           | Verlauf  | Erfahrungen in der Umsetzung   | Pädagogisch-therapeutische Intentionen  |
|---------------------------|--|--|---|
| Vorbereitung der Aufnahme | Siehe oben   |  |   |
| Aufnahme                  | Der Übergang von der forensischen Unterbringung zur Integration in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel wurde durch das Regina vertraute Personal der Klinik unterstützt. Dieses sollte zudem in Krisen der aufnehmenden Einrichtung zur Seite stehen. Dies wurde Regina, unbenommen des rechtlichen Hintergrundes, auch so vermittelt. | Entgegen unseren Vorstellungen erwies sich die Aufrechterhaltung der Kontakte zum Klinikpersonal als kontraproduktiv. Bereits im Nachgang zu den ersten Krisen wurde deutlich, dass nur eine klare und eindeutige Trennung vom bisherigen Umfeld für Regina hilfreich ist.   | Die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel soll ihre Heimat sein; nur auf diesem Wege war es möglich, die Eingewöhnung Reginas anzugehen. Jegliche „Hintertürchen“ und Ausweichmöglichkeiten sowie ein Ausspielen von Forensik und Wohngruppe wurden von Anfang an vermieden   |
| Phase 1                   | Noch im Juli 2006 kam es zu insgesamt zwei Rückführungen zur Krisenintervention in der Zelle in Merzig. Im Anschluss daran kam es über einen Zeitraum von drei Wochen zu einer stabilen Phase, in denen keine besonderen Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten waren.  | Zu dieser Zeit verlangte Regina von sich aus Bedarfsmedikation und schien in der Lage zu sein, ihre jeweilige Befindlichkeit erkennen und darauf reagieren zu können. Dabei wurde der Bedarf überwiegend in den Zeiten des Spätdienstes eingefordert, also in Zeiten, in denen alle Bewohner im Hause sind, das Umfeld | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig vom Verhalten immer eine Rückkehr</li> <li>• Ausweichmöglichkeiten und die Basis zum Agieren wurden entzogen</li> <li>• Dadurch Förderung erster Auseinandersetzungen Reginas mit den Rahmenbedingungen der TH</li> </ul> |

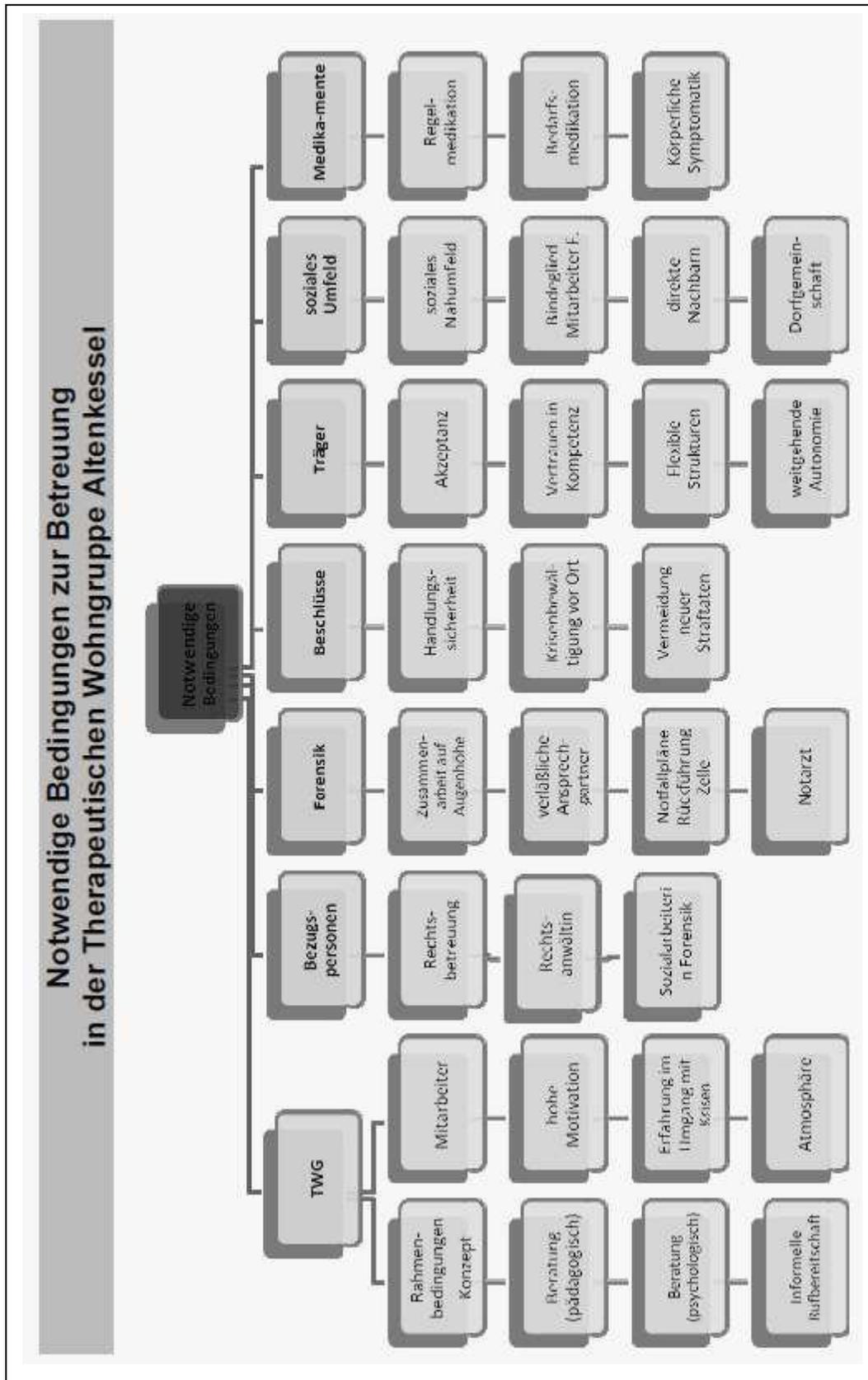
|         |   |   |   |
|---------|---|---|---|
|         |   | <p>lebendiger und die Möglichkeiten, Zuwendung zu erhalten, geringer sind, als am Vormittag. Aufgrund verschiedener Anlässe (Schmerzen, Halskrampf) wurde in dieser Zeit dreimal durch den behandelnden Arzt, Herrn X., hausärztlich unterstützt. Auf diese Art der Hilfestellung musste später nicht mehr zurückgegriffen werden</p> |   |
| Phase 2 | <p>Mitte August 2006 bis Ende September 2006 lösten sich Phasen ausgesprochen guten Verhaltens mit zeitlich kürzeren Abschnitten hoch problematischen Verhaltens mit massiven Verhaltensauffälligkeiten bei Regina ab. Auffällig war dabei, dass diese Krisen offenbar gezielt in den Spätdiensten am Wochenende und einmal am Feiertag entstanden, wenn die personelle Besetzung im Vergleich zu anderen Zeiten geringer ist. Es waren insgesamt drei Einsätze des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und von Notärzten erforderlich; außerdem musste jeweils zusätzliches Betreuungspersonal kurzfristig eingesetzt werden.</p> | <p>Wir machten die Erfahrung, dass ab einem bestimmten Level der Erregung Regina grundsätzlich nicht mehr bereit ist, Bedarfsmedikation einzunehmen.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting wie in Phase 1</li> <li>• Aufrechterhalten grundsätzlicher Akzeptanz der Mitarbeiter, egal wie problematisch das Verhalten Reginas war</li> <li>• Dadurch lernte Regina, dass über das Austragen von Konflikten Beziehungen aufgebaut werden können</li> <li>• Ergänzend resultierten Veränderungen in der Vergabe der Medikation</li> </ul>   |
| Phase 3 | <p>Im Oktober 2006 kam es zu drei weiteren Einsätzen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Regina hatte gezielt darauf hingearbeitet, dass die Ärzte gerufen werden mussten und ein entsprechendes Aufsehen entstehen musste. Durch den Verlauf dieser ärztlichen Versorgung wurde deutlich, dass Regina in hohem Maße in der Lage war, die Mitarbeiter zu täuschen und zu manipulieren.</p>  | <p>Regina hatte gezielt darauf hingearbeitet, dass die Ärzte gerufen werden mussten und ein entsprechendes Aufsehen entstehen musste. Durch den Verlauf dieser ärztlichen Versorgung wurde deutlich, dass Regina in hohem Maße in der Lage war, die Mitarbeiter zu täuschen und zu manipulieren. Zu dieser Zeit waren</p>             | <p>Auf der Grundlage unserer Erfahrungen entschieden wir, dass eine Intervention des ärztlichen Bereitschaftsdienstes allein in wirklichen Notsituationen erfolgen wird, aber nicht mehr in der Folge gezielter Fehlverhaltens Reginas. Regina wurde mitgeteilt, dass in solchen Situationen kein Notarzt gerufen werde, sondern sie festgehalten und in ihr Zimmer verbracht wird. Es zeigte sich, dass bis heute in weiteren Krisen kein zusätzlicher ärztlicher Beistand</p> |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | <p>Zu dieser Zeit waren zeitlich kurze Intervalle von jeweils vier Tagen zu beobachten, in denen sich positives mit problematischem Verhalten ablöste. Zugleich forderte Regina von sich aus nur noch selten unterstützend Bedarf ein. Im Oktober wurde Regina noch zweimal zur Krisenintervention in die forensische Klinik gebracht.</p> <p>Auf der Grundlage unserer Erfahrungen entschieden wir, dass eine Intervention des ärztlichen Bereitschaftsdienstes allein in wirklichen Notsituationen erfolgen wird, aber nicht mehr in der Folge gezielter Fehlverhaltens Reginas. Regina wurde mitgeteilt, dass in solchen Situationen kein Notarzt gerufen werde, sondern sie festgehalten und in ihr Zimmer verbracht wird. Es zeigte sich, dass bis heute in weiteren Krisen kein zusätzlicher ärztlicher Beistand mehr erforderlich war.</p> <p>Unterstützend wurde nach ärztlicher Rücksprache am Wochenende und an Feiertagen sowie in Situationen besonderer Belastung ergänzend zur Regelmedikation morgens und mittags jeweils 2,5 mg Tavor gegeben. In den letzten Wochen scheint Regina davon zu profitieren; die letzten Wochenenden verliefen ohne bedeutende Konfliktsituationen.</p> <p>Die Vergabe von Tavor ist nicht nur zur Unterstützung bei belastenden Situationen notwendig, sondern bei allen nicht alltäglichen durch aus positiven Ereignissen. Dies können Feiern, Ausflüge oder auch Besuche sein.</p> | <p>zeitlich kurze Intervalle von jeweils vier Tagen zu beobachten, in denen sich positives mit problematischem Verhalten ablöste. Zugleich forderte Regina von sich aus nur noch selten unterstützend Bedarf ein.</p> <p>Im Oktober wurde Regina noch zweimal zur Krisenintervention in die forensische Klinik gebracht.</p> | <p>mehr erforderlich war.</p> <p>Unterstützend wurde nach ärztlicher Rücksprache am Wochenende und an Feiertagen sowie in Situationen besonderer Belastung ergänzend zur Regelmedikation morgens und mittags jeweils 2,5 mg Tavor</p> |
|--|---|--|---|

Nach anfänglicher Etablierung des Betreuungssettings erfolgte prozesshaft die kontinuierliche Erarbeitung konkreter und langfristig tragfähiger pädagogisch-therapeutischer Interventionen (Schaubild).

### Pädagogisch-therapeutische Interventionen in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel





## **Zusammenfassung und Ausblick**

Regina lebt im siebten Jahr in der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel.

Es ist ihr gelungen, eine neue Heimat zu finden, die sich in vielerlei Hinsicht von ihren früheren lebensgeschichtlichen Erfahrungen unterscheidet.

Im Rahmen der Therapeutischen Wohngruppe Altenkessel kann Regina heute so leben, dass sie zufrieden ist, in das gemeinsame Leben integriert, akzeptiert ist und im Umfeld persönliche Kontakte sowie Teilhabe aufgebaut hat.

Vor allem ist festzuhalten, dass sie zu einer Lebensweise gefunden hat, die ihr viel Sicherheit und Verlässlichkeit vermittelt. Sie hat zunehmend gelernt, mit krisenhaften Situationen und Erlebnissen angemessener, kontrollierter und mit einem geringeren Maß an Kontrollverlusten umgehen zu können. Gleichwohl ist die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel für Regina ein Rahmen, in dem sie auch Schutz erfährt und die Sicherheit, dass Krisen auftreten dürfen, ohne dass Zuwendung und Akzeptanz in Frage gestellt werden.

Unverändert und auf Dauer bleibt die gemeinsame Aufgabe bestehen, dass Regina in jedem Falle so zu leben in der Lage bleiben soll, dass keine Straftaten mehr begangen werden.

Deutlich geworden ist, dass Regina (vor allem im Hinblick auf ihre Beziehungsfähigkeit) auch selbst vieles dazu beitragen konnte, dass die vergangenen Jahre im Ergebnis erfolgreich verlaufen konnten.

Nicht vergessen werden darf jedoch auch, dass neben den organisatorischen, institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen immer auch die Regina begleitenden Menschen die Akteure des Handelns sind. Gerade die Frage der Wirksamkeit informeller Strukturen und Kontakte und die Art und Weise, wie diese – durchaus auch personenabhängig – gelebt werden, sind bei der Betrachtung der hilfreichen Faktoren eines Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Maßregelvollzug von großer Bedeutung. Die regionalen Besonderheiten des Saarlands als kleines und überschaubares Bundesland haben hierzu auch beigetragen.

Insofern hat Regina auch Glück gehabt, dass es Menschen gab, die sich für die Perspektive einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug einsetzten und solche, die sich gemeinsam in institutionellen Zusammenhängen in der Absicht des Gelingens engagierten.

Als Anlage findet sich zum Abschluss eine systematisierte Darstellung des Zusammenwirkens notwendiger und hilfreicher Bedingungen zur Begleitung des Übergangs aus dem Maßregelvollzug in die Therapeutische Wohngruppe Altenkessel.

- **Ellen Franz**  
**Achim Richter**  
**Lebenshilfe Obere Saar**  
**Therapeutische Wohngruppe**  
**Altenkessel**  
**[www.lebenshilfe-obere-saar.de](http://www.lebenshilfe-obere-saar.de)**

## Forum 9

### Beurlaubung und Entlassung in ein geschlossenes Betreuungssetting: (K)ein Gewinn an Lebensqualität?!

Stephan Buschkämper, Dietmar Struck, Dr. Konrad Peter, Diakonische Stiftung Wittekindshof

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung können behinderungsassoziierte Einschränkungen dahingehend bestehen, welche Fähigkeiten zur Impulskontrolle, zur Frustrations- und Konfliktbewältigung o.ä. im individuellen Fall überhaupt erlernt und zuverlässig gezeigt werden können. Für einen gewissen Teil der geistig behinderten Maßregelvollzugspatienten kann aus diesen Gründen die Beurlaubung und Entlassung in ein geschütztes und – die Allgemeinheit schützendes – geschlossenes, eng begleitetes und hoch strukturiertes Setting die einzige Möglichkeit einer tragfähigen Anschlussperspektive nach der Behandlung im Maßregelvollzug darstellen.

In einem einführenden Impulsreferat soll anhand eines Fallbeispiels dargestellt werden, welche Chancen bzgl. eines Zugewinns an Lebensqualität und an Möglichkeiten zur Teilhabe die Entlassung in eine geschlossene Wohngruppe eines heilpädagogischen Intensivbereichs bieten kann. Weiterhin sollen strukturelle und technische Aspekte (u.a. Mitarbeiterausstattung, Verhaltenshürden etc.), die Entwicklungsanforderungen an die MitarbeiterInnen in der Behindertenhilfe und nicht zuletzt die Frage der medizinisch-psychiatrischen Weiterbetreuung angesprochen werden.

Für den Austausch und die Diskussion im Teilnehmerkreis des Forums können sich z.B. folgende Gesichtspunkte anbieten: Welche weiteren (positiven oder negativen) Erfahrungen in der Betreuung des o.g. Personenkreises / mit solchen Angeboten gibt es in anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe? Welche Hürden sind zu nehmen? Welche Anforderungen ergeben sich für die Behindertenhilfe? Welche Anforderungen / Wünsche / Bedarfs einschätzungen bzgl. solcher Angebote bestehen aus Perspektive des Maßregelvollzuges?

#### Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag ist die Verschriftlichung des Impuls-/ Eingangreferat für das gleichnamige Forum 9 der DHG-Tagung von 2012 (*„Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug – Herausforderungen für die Behindertenhilfe“*). Anhand eines Beispielfalls wurde zur Diskussion gestellt, inwieweit die Beurlaubung und nachfolgende Entlassung in ein besonders eng begleitendes und ggf. geschlossenes Betreuungssetting in der Behindertenhilfe einen substanziellen Zugewinn an Lebensqualität und eine Verbesserung an heilpädagogischer Förderung gegenüber einem weiteren Verbleib im Maßregelvollzug darstellen kann. Die im konkreten Fall hierfür notwendigen und gegebenen Rahmenbedingungen innerhalb einer auf die Heilpädagogische Intensivbetreuung

von Klienten mit sehr herausfordernden Verhaltensweisen spezialisierten Wohngruppe werden beschrieben. Das dargestellte Fallbeispiel steht dabei exemplarisch für solche geistig behinderten Patienten bzw. Klienten, bei denen auch nach der Behandlung im Maßregelvollzug mit der Behinderung assoziierte, deutlich herausfordernde Verhaltensweisen verbleiben, und die in ähnlicher Weise auch in anderen Behindertenhilfeeinrichtungen betreut werden oder – leider – oft jahrelang eben kein geeignetes Beurlaubungs- und Entlasssetting im Anschluss an eine Maßregelvollzugsbehandlung finden.

Am Schluss des Beitrags werden wesentliche Aspekte der nachfolgenden Diskussion im Plenum des Forums aufgeführt.

## 1. Einleitung

### **Geistig behinderte Klienten mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen - eine bekannte Herausforderung in der Behindertenhilfe**

Neben allen Bemühungen um Normalisierung und Inklusion lässt sich nicht von der Hand weisen, dass es innerhalb der Gruppe von Menschen mit einer geistigen Behinderung auch einen (kleinen) Anteil von Personen gibt, deren schwerwiegende Verhaltensprobleme eine erhebliche Herausforderung für ihre Umwelt darstellen. Dies insbesondere dann, wenn diese Verhaltensprobleme bzw. herausfordernden Verhaltensweisen andauernd oder phasenweise wiederkehrend mit erheblichen Gefährdungen für die eigene Person und/oder für andere Personen einhergehen.

Die Ursachen dieser Verhaltensprobleme können behinderungsassoziiert sein (z.B. Schwäche der Ich-Funktionen und der Einsichtsfähigkeit, behinderungsbedingt geringer Grad der intellektuellen und sozio-emotionalen Reife, Neigung zur Reizüberflutung in komplexeren und/oder emotional belastenden Situationen, sowie Schwierigkeiten bzgl. der Impulskontrolle etc.) oder auch in komorbiden psychischen Störungen begründet liegen, die zusätzlich zur geistigen Behinderung hinzutreten (z.B. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen u.a.). Vor allem wenn das „herausfordernde Verhalten“ nur eine geringe oder begrenzt verlässliche Beeinflussbarkeit durch heilpädagogische und psychologische Interventionen (i.S.v. Lernen und Entwicklung) sowie durch psychiatrisch-(psycho)pharmakologische Interventionen zeigt, können relativ offen gestaltete, reguläre Wohn- bzw. Betreuungssettings an ihre Grenzen stoßen. Phasenweise oder dauerhaft kann bei diesen Klienten der Bedarf nach besonders personalintensiv begleiteten, besonders ausgestatteten, besonders geschützten sowie gegebenenfalls auch nach ge-

schlossenen Betreuungsbedingungen bestehen.

In der Behindertenhilfe stellen diese Klienten eine bekannte Herausforderung dar. Bei weitem nicht alle Einrichtungen der Behindertenhilfe sehen sich in der Lage, Klienten ab einem gewissen Maß an herausfordernden Verhaltensweisen Wohn-, Arbeits- und Betreuungsangebote zu machen. Zumeist in größeren oder Komplex-Einrichtungen der Behindertenhilfe hat sich andererseits auch das Modell der „heilpädagogischen Intensivbetreuung“ in spezialisierten Gruppen oder in Form individueller Einzelfalllösungen entwickelt, um besonderen Betreuungsbedarfen, wie den vorstehend beschriebenen, gerecht zu werden (s.a. [www.netzwerk-intensivbetreuung.de](http://www.netzwerk-intensivbetreuung.de)).

### **Geistig behinderte Patienten mit verbleibenden „herausfordernden Verhaltensweisen“ – eine besondere Herausforderung für die Beurlaubung und Entlassung aus dem Maßregelvollzug**

Auch unter den Patienten des Maßregelvollzugs, die eine geistige Behinderung aufweisen, gibt es einen gewissen Anteil, der auch nach Ausschöpfung aller therapeutischer Maßnahmen auf Grund verbleibender Tendenzen zu „herausfordernden Verhaltensweisen“ auf besonders strukturierte, besonders eng begleitete, besonders geschützte und schützende und ggf. auch auf geschlossene Betreuungsbedingungen angewiesen bleibt. D.h. es handelt sich um solche geistig behinderte Patienten, bei denen einerseits eine substanzielle weitere Besserung und Veränderung durch weitere forensisch-therapeutische Maßnahmen nicht mehr zu erwarten ist und bei denen gleichzeitig auch eine zukünftige Führung ohne erneute gravierende Straftaten durchaus zu erwarten ist, wenn ein besonders angepasstes Betreuungssetting vorgehalten wird. Gleichzeitig weisen diese Patienten aber für ein Regelwohnsetting eben keine günstige Prog-

nose auf, da die Bedingungen eines regulären Betreuungssettings eine absehbare Überforderung der Impulskontroll- und Selbststeuerungsfähigkeiten, der individuellen Reiztoleranz oder auch der Compliance-Fähigkeiten darstellen würden.

Diese Patienten bzw. Klienten stellen eine besondere Herausforderung für beide Hilfesysteme – Maßregelvollzug wie auch Behindertenhilfe – dar: Auch wenn die verbleibenden „herausfordernden Verhaltensweisen“ dieser Patienten sich ggf. kaum oder gar nicht von solchen unterscheiden, die von Klienten, die in sogenannten Intensivgruppen o.ä. betreut werden (s.o.), bekannt und vertraut sind, so werden diese spezialisierten Betreuungsangebote doch nur – und mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen und „Toleranzschwellen“ – in einem Teil der Behindertenhilfe vorgehalten. Gleichzeitig ist die Zusammenarbeit mit dem Maßregelvollzug, im Sinne des Anbietens von Beurlaubungs- und Entlasssettings für geistig behinderte Patienten, keinesfalls in allen Behindertenhilfeeinrichtungen Standard oder im Angebotssportfolio verankert. Diesbezügliche „Berührungspunkte“ können aus unterschiedlichen – nicht zuletzt öffentlichkeitsbezogenen – Gründen bestehen. Die genannte Personengruppe ist somit auf eine schmale Schnittmenge zweier spezialisierter und nicht flächendeckend verfügbarer Angebotsfelder der Behindertenhilfe angewiesen, um ein bedarfsgerechtes Anschlussangebot und somit eine Chance zu erhalten, auch bei entsprechend positiver Prognose den Maßregelvollzug zur weiteren Rehabilitation wieder verlassen zu können.

## 2. Beispielfall

Herr B. ist aktuell ca. 40 Jahre alt. Er weist die Diagnose einer mittelgradigen geistigen Behinderung mit deutlicher Verhaltensstörung (F71.1) auf. Herr B. lebte bis zu seiner Aufnahme in den Maßregelvollzug in seiner Herkunftsfami-

lie bzw. bei seinen Eltern. Die Tatsache, dass bei Herrn B. eine mit der geistigen Behinderung assoziierte deutliche Verhaltensstörung, aber keine weitere komorbide psychische Störung diagnostiziert wurde, macht seinen Fall zu einem ggf. besonders prägnanten Beispiel für die in diesem Beitrag betrachtete Patienten- bzw. Klientengruppe.

Herr B. wurde mit 21 Jahren in den Maßregelvollzug aufgenommen. Die Anlassdelikte, die zur Aufnahme in den Maßregelvollzug führten, waren das zweimalige Würfen von Frauen auf dem Grundstück des elterlichen Betriebes sowie, dass er den Fahrer eines Kraftfahrzeugs während des Vorbeifahrens mit einem Steinwurf durch das geöffnete Fahrzeugfenster traf. Bleibende körperliche Folgen oder Schädigungen wurden in keinem der Fälle verzeichnet. In der Vorgeschichte finden sich diverse Sachbeschädigungen sowie frühere aggressive Übergriffe gegen andere Personen; auf Grund dieser Verhaltensprobleme scheiterte auch die Aufnahme in eine WfbM.

In den verschiedenen Gutachten finden sich u.a. die Angaben, dass Herr B. bei Reizüberflutung zunächst auto-aggressiv und dann ggf. mit Erregungszuständen und Impulsdurchbrüchen reagiere. Zu den Delikten sei es aufgrund einer permanenten Überforderung [*ergänzt*: in der damaligen Lebens- und Betreuungssituation] gekommen. Seine sozioemotionale und kognitive Reife wurde als zwischen dem 3. Lebensjahr und dem Grundschulalter liegend beurteilt und er wurde gutachterlicherseits als nur begrenzt gemeinschaftsfähig eingeschätzt. (In diesen Bereichen sind – nicht zuletzt auch in den vergangenen Jahren der Beurlaubung und Entlassung - deutliche graduelle Weiterentwicklungen erkennbar.)

Weiter wurde gutachterlicherseits bzgl. der Behandlung im Maßregelvollzug angegeben, dass weniger therapeutische Fortschritte im engeren Sinne als eine allmähliche Anpassung an den sehr Struktur gebenden äußeren Rahmen im Maßregelvollzug zu verzeichnen seien. Das Stationssetting sei eigentlich nicht

indiziert und wegen der vielfach überlegenen Mitpatienten auch nur begrenzt förderlich, *es mangle aber an einer geeigneten Folgeeinrichtung.*

Obwohl also bereits während der Behandlung im Maßregelvollzug die Einschätzung erfolgte, dass zwar der ausgesprochene Bedarf nach einer stark strukturen und Regeln vermittelnden sowie Überforderung und Reizüberflutung vermeidenden Betreuungsumgebung bestand, aber therapeutische Effekte im engen Sinne weder zu verzeichnen noch zu erwarten seien, verblieb Herr B. vor seiner Beurlaubung in unsere Einrichtung bis zu seinem 35. Lebensjahr – also ganze 14 Jahre – in Maßregelvollzugskliniken. Dies vor dem Hintergrund von nicht zu bagatellisierenden, aber doch überschaubaren Anlassdelikten und im Wesentlichen aus schlichtem Mangel an geeigneten Betreuungsalternativen / -angeboten außerhalb des Maßregelvollzugs.

Die Beurlaubungsphase in einer Wohngruppe unserer Einrichtung mit heilpädagogischer Intensivbetreuung und speziellen Ausstattungsmerkmalen dauerte insgesamt weitere 4 Jahre, bevor Herr B. vor gut einem Jahr in eben diese Wohngruppe entlassen wurde. Es wurde also sehr genau und wechselseitig geprüft, ob das angebotene Betreuungssetting wirklich bedarfsgerecht und tragfähig für Herrn B. ist und eine weitere positive Entwicklung ermöglicht. Herr B. wurde in dieser Zeit während der regelmäßigen Behandlungsplanungsgespräche und insbesondere im Rahmen der Anbahnung der Entlassung immer wieder befragt, ob er in unserer Einrichtung und in dem angebotenen Betreuungssetting bleiben wolle. Dies bejahte er durchgehend sehr deutlich. Hinterlegt wurden diese Aussagen dadurch, dass Anhörungen o.ä. im Setting der beurlaubenden Klinik auf expliziten Wunsch von Herrn B. vermieden bzw. ohne seine Anwesenheit - und der damit verbundenen Notwendigkeit, stundenweise auf das Klinikgelände zurückzukehren – durchgeführt wurden.

Die bei Entlassung erteilten Führungsaufgaben umfassen die weiterhin geschlossene Unterbringung in der Gruppe, das Verlassen der Gruppe / Ausgänge nur in Mitarbeiterbegleitung und die Auflage, den Weisungen der Mitarbeiter zu folgen, sowie die forensische Nachsorge durch die entlassende Klinik und die örtliche Bewährungshilfe.

### **3. Ein „Mehr“ an Lebensqualität im geschlossenen Betreuungssetting in der Behindertenhilfe im Vergleich zum Maßregelvollzug? – Wir meinen „Ja“ ...**

#### **Wohnqualität**

Herr B. lebt seit seiner Beurlaubung in unsere Einrichtung in einer Wohngruppe mit nur 5 Mitbewohnern und verfügt über ein Einzelzimmer, das nach seinen Wünschen mitgestaltet ist (z.B. Wandfarbe). Die Wohngruppe verfügt weiterhin über einen geräumigen Flur, ein geräumiges Wohnzimmer mit TV, Kicker u.ä. sowie einen zusätzlichen Essraum, von dem aus auch der umzäunte Garten mit großem überdachtem Freisitz frei zugänglich ist. Bei der Gestaltung der gemeinsamen Räumlichkeiten der Wohngruppe wirken die Bewohner mit (z.B. Graffiti für den Flur, Foto-Collagen, Auswahl von Dekoration und jahreszeitliche / festliche Gestaltung etc.). Jeweils zwei Bewohner teilen sich ein Badezimmer.

Die geringe Gruppengröße bei gleichzeitig guter räumlicher und hoher Personalausstattung (1:1-Schlüssel) gehört dabei zu den Merkmalen der heilpädagogischen Intensivbetreuung.

Vor seiner Beurlaubung lebte Herr B. in einer hoch ausgelasteten Station mit bis zu über 20 Mitpatienten, Mehrbettzimmern, ohne freien Zugang zu einem Außenbereich in einem erkennbar sehr in die Jahre gekommenen Haus mit Baujahr um 1900 und deutlichem Anstaltscharakter. Dies soll keine Kritik an der entlassenden Klinik darstellen, sondern ledig-

lich den Zugewinn an Lebensqualität in den rein räumlichen und auf die Umgebungsreize bezogenen Bedingungen illustrieren.

### **Teilnahme am Gruppenleben**

Das Leben der Wohngruppe umfasst u.a. die gemeinsamen Mahlzeiten, alltagspraktische Tätigkeiten (wie die Pflege der Bad- und Gemeinschaftsräume, Tischdienste, die Pflege des eigenen Zimmers), die Kochgruppe am Wochenende, wöchentliche begleitete Einkaufsgänge, gemeinsame Ausflüge und Aktionen, den sonntäglichen gemeinsamen Kirchgang (auf Wunsch). Weiterhin findet einmal pro Woche ein Bewohnerplenum („Freitagsrunde“) statt, bei welchem sich die Bewohner assistiert von einem Mitarbeiter über ihre Belange, Anliegen, wechselseitigen Beschwerden / Kritik, gemeinsamen Pläne etc. austauschen, entsprechende Absprachen und Beschlüsse fassen und in Abständen einen Gruppensprecher wählen.

Herr B. hat an allen diesen Abläufen, Verrichtungen und Aktionen teil. Wobei dies über die Beurlaubungszeit sukzessive und kleinschrittig aufgebaut wurde und werden musste, um ihn nicht zu überfordern.

Gerade auch bei Aktionen außerhalb der Wohngruppe wird Herr B. solidarisch und mit viel Spaß von seinen Mitbewohnern unterstützt (z.B. auch mal abwechselnd in der Schubkarre geschoben, als ihn auf dem Rückweg von einer Obsternteaktion die Kräfte verließen). Auch werden seitens der Mitarbeiter Vorkehrungen getroffen, um ihn bei Überlastung besonders zu unterstützen (z.B. Personal und Begleitfahrzeug zum Einzeltransport bereit halten, für den Fall, dass sich ein Ausflug oder eine Wegstrecke als überlastend herausstellen sollte).

### **Hobbies: Der eigene Gemüsegarten & Werkeln**

Im Garten der Wohngruppe verfügt Herr B. seit dem zweiten Frühjahr in unserer

Einrichtung über einen eigenen Gemüsegarten. Die anfänglich ca. 15qm große Fläche wurde mit ihm gemeinsam urbar gemacht, indem Mutterboden und Mist ausgebracht wurde; eine Umzäunung wurde gemeinsam erstellt und Trittsteine verlegt. Im vergangenen Jahr wurde die Gemüsegartenfläche verdoppelt und neu gestaltet. Im Frühjahr wird geplant, was angepflanzt werden soll, der Boden wird bearbeitet und es wird ausgesät. Die Familie von Herrn B. schenkt ihm mittlerweile schon traditionell vorgezogene Jungpflanzen zu seinem Geburtstag. Im Sommer werden alle Besucher der Wohngruppe von Herrn B. zur Begutachtung der Anbau-Erfolge stolz in seinen Garten geführt. Im Herbst wird Größe und Form der Zucchini o.ä. mit denen von solchen aus Mitarbeitergärten verglichen. Das selbstgezogene Gemüse aus dem Garten bereichert das Abendessen der Wohngruppe und wird von der Freitags-Kochgruppe der Bewohner mit verwendet, wofür Herr B. dann entsprechende Anerkennung erhält. Die Weiterverarbeitung der Ernte dient auch der Gestaltung zusätzlicher Einzel- bzw. Kleingruppenangebote (z.B. Herstellung von pikant eingelegtem Gemüse), an denen Herr B. maßgeblich beteiligt ist. Die dabei entstehenden Produkte wiederum stellen besondere „Schmankerl“ dar und werden von Herrn B. mit großem Stolz z.B. auch an besondere Besucher (Familie, GutachterInnen, etc.) verschenkt oder diese werden zur Verkostung eingeladen.

Der Gemüsegarten ist, auch wenn andere Mitbewohner bei einzelnen Arbeiten helfen, sehr deutlich „Herrn B.s Projekt“. Der Gemüsegarten trägt zu Herrn B.s Stellung in der Gruppe bei und stellt als „Alleinstellungsmerkmal“ einen Ausgleich dar für Entwicklungen anderer Mitbewohner, die Herr B. nicht in gleicher Weise vollzieht. (In der Regel wohnen die Mitbewohner von Herrn B. zwischen ca. 1/2 Jahr und ca. 2,5 Jahren in der Wohngruppe, bevor sie nach dieser Stabilisierungs-, Lern- und Entwicklungsphase in weniger eng betreute Settings

umziehen. Auch verfügen die meisten der Mitbewohner – im Gegensatz zu Herrn B. – nach einiger Zeit über einen Chip, der ihnen die Öffnung der Gruppentür und ein selbstständiges Verlassen und Betreten der Gruppe nach Absprache erlaubt, gehen in die WfbM etc.).

Der Gemüsegarten bietet auch ein positives gemeinsames Aktivitätsfeld mit Mitbewohnern.

Neben Herrn B.s eigenem Gemüsegarten bietet der Garten der Wohngruppe weitere besondere Betätigungsmöglichkeiten für Herrn B. in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern und Mitbewohnern. Jedes Jahr stehen unterschiedliche Projekte an: Mal wird ein Gartenhaus errichtet, mal der Hühnerstall mit Auslauf erweitert, mal werden die eigenen Gartenmöbel und solche aus anderen Wohngruppen aufgearbeitet etc.. Herr B. erhält – jeweils unter enger Mitarbeiterbegleitung – die Möglichkeit, nach seinem Können auch mit dem Schwingschleifer, dem Akkuschauber oder der Spitzhacke zu arbeiten. Er trägt das seinige zu Gemeinschaftsprodukten bei, von denen wiederum die Lebens- und Freizeitqualität der Wohngruppe profitiert oder für die die ganze Wohngruppe Anerkennung erhält.

Während des Sommers ist der Garten vielfach das „zweite Wohnzimmer“ der Wohngruppe, er bietet Raum für gemeinsame Aktivitäten oder auch für Rückzug in Sicht und Hörweite der anderen. Häufig wird draußen gegessen oder gegrillt.

### **Besuche durch die Familie**

Herr B. hat einen guten Kontakt zu seiner Familie; wobei diese in mehrstündiger Fahrtentfernung lebt. Besuche finden aus Gründen der Handhabbarkeit, der für ihn verkraftbaren Reizmenge und der besseren Möglichkeit zur Krisenintervention bzw. zur zwischenzeitlichen Auszeit im eigenen Zimmer im Bedarfsfalle hier vor Ort in der Einrichtung statt. Im Rahmen der Wohngruppe sind aber hierbei auch mehrstündige Besuche mit zahlreichen Personen (bis zu 7 Familienmitglie-

der, darunter einige Kinder) und unter Einbeziehung der Familienhunde möglich. Feiern werden nicht selten mit Familie und Mitbewohnern gemeinsam begangen.

### **Feiern und Feste**

Im Rahmen der Wohngruppe, des Gesamtwohnbereichs und der Gesamteinrichtung werden zahlreiche Feste im Jahresverlauf begangen (Bescherungstag an Weihnachten, Sylvester, Fasching, Sommer- und Jahresfest der Gesamteinrichtung, Herbstfest des Wohnbereichs etc.). Herr B. nimmt an diesen Festen in Begleitung teil. Wobei eine entsprechende Reiztoleranz über die Jahre kleinschrittig aufgebaut und ausgeweitet werden musste und konnte, was sowohl die Größe der Veranstaltung als auch die Dauer der Teilnahme und die Enge der Begleitung angeht. Herr B. nimmt mittlerweile mit viel Spaß und zuverlässig ohne Impulsdurchbrüche auch an Veranstaltungen mit über hundert (z.B. Fasching) oder mehreren hundert (z.B. Sommerfest, externe Kirmes) Beteiligten und entsprechenden Reizgegebenheiten (Musik etc.) teil. Wichtig ist jedoch weiterhin, dass Mitarbeiterressourcen zur Verfügung stehen, um ihn bei Anzeichen von Überreizung / gesteigerter Unruhe im Zweifelsfall 1:1 zu begleiten oder auch auf die Wohngruppe zurück zu geleiten.

### **Tagesstruktur / arbeitstherapeutisches Angebot**

In der zweiten Hälfte seiner Beurlaubung und nach einer erkennbar zunehmenden Stabilisierung erhielt Herr B. ein arbeitstherapeutisches Angebot zunächst auf der Wohngruppe. Dies wurde sukzessive ausgeweitet und angereichert. Seit seiner Entlassung nimmt Herr B. an einem wohngruppenexternen tagesstrukturierenden bzw. arbeitstherapeutischen Angebot teil. Die angebotenen Beschäftigungsaufgaben orientieren sich an WfbM-Tätigkeiten und erfolgen mit entsprechenden entliehenen Originalmateri-

alien, worauf Herr B. großen Wert legt. Er ist stolz auf seine „Arbeitsleistung“. Eine Eingliederung in die WfbM und damit in ein entlohntes und sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis – zunächst sicherlich unter besonderen Betreuungsbedingungen – erscheint als mittelfristig realistische Zukunftsoption.

Wichtig war auch in diesem Bereich die Möglichkeit zu einem sehr kleinschrittigen Vorgehen: Das wohngruppenexterne tagesstrukturierende Angebot, in welchem die MitarbeiterInnen über viel Erfahrung mit HPI-Klientel verfügen, befindet sich im gleichen Gebäude; ebenso eine auf HPI-Klienten spezialisierte Klein-Arbeitsgruppe der WfbM. Das dortige Personal ist Herrn B. aus dem Gesamtkontext der Betreuung mittlerweile langjährig bekannt.

#### **Zusätzliche heilpädagogische und therapeutische Angebote**

Im Rahmen des Gesamtwohnbereichs stehen verschiedene zusätzliche und wohngruppenübergreifende heilpädagogische Angebote zur Verfügung. Herr B. hat im Rahmen eines tierpädagogischen Angebotes z.B. zunächst sein „Lama-Diplom“ und dann einen „Lama-Führerschein“ erworben und ist sehr stolz darauf, nun bei Spaziergängen diese großen Tiere führen zu dürfen. Im Rahmen eines Projektes zur „persönlichen Zukunftsplanung“ hat er darauf hingewirkt, dass dieses Angebot in seinen regulären Wochenplan als dauerhaftes Angebot übernommen wird.

Herr B. wird auch an besonderen Projekten, z.B. aktuell am Filmprojekt „7 Zwerge“ (in Anlehnung an den gleichnamigen Komödienfilm), beteiligt. Wobei sich nicht jedes ins Auge gefasste Projekt auch bewähren muss. Eine Beteiligung am ca. 15-köpfigen Chor der Bereichsband und an den damit verbundenen Proben erwies sich z.B. als zu anstrengend für Herrn B.. Er ist gleichwohl begeisterter Zuschauer bei Auftritten der Band.

Herr B. profitiert weiterhin von den Angeboten des internen Therapiezentrums unserer Einrichtung (Sprachtherapie/Logopädie nach Versorgung mit einer Zahnprothese auf beiden Kiefern; Krankengymnastik und Reizstrom auf Grund von Rückenbeschwerden), welches ebenfalls versiert im Umgang mit Klienten mit herausfordernden Verhaltensweisen ist.

#### **4. Rahmenbedingungen der Beurteilung und Entlassung**

##### **Anbahnung und technisch strukturelle Voraussetzungen**

Der erste Kontakt wurde durch eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes der Maßregelvollzugsklinik hergestellt. Wesentlich war, dass in der Einrichtung und in dem konkreten Wohnbereich bereits breite Erfahrungen – u.a. auch über den seit einigen Jahren bestehenden „Heilpädagogischen Intensivbereich“ – in der Betreuung von Menschen mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen, die auch aggressives und gewalttätiges sowie selbst- als auch potentiell fremdgefährdendes Verhalten umfassen können, bestanden.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt war, dass bestimmte technisch-strukturelle Voraussetzungen

gegeben waren oder hergestellt werden konnten, die für eine hinreichend sichere und sichernde Betreuungsumgebung für Herrn B. notwendig schienen. Ein zentrales Element stellte dar, dass eine ganztägig ununterbrochene Personalpräsenz auf der Wohngruppe gewährleistet ist. Weiter zählte hierzu das Türschlusssystem der Gruppe, das jedes Öffnen der Wohngruppentür akustisch anzeigt. Auch ist das Öffnen der Wohngruppentür nur mit einem elektronischen „Chip“, der an eine Kontaktfläche gehalten werden muss, möglich. Der Außen- und Gartenbereich war bereits mit einem Zaun begrenzt, welcher um eine Überstiegssicherung mit akustischem Signalgeber er-

gänzt wurde. Auch ein ‚Time-Out-Raum‘ konnte im Wohnbereich reaktiviert werden. Blick und „potentielle Wurfbahn“ aus dem Garten auf die nächste, zur Einrichtung gehörende Straße sind durch eine Hecke und eine mehrfach gestaffelte Baumreihe verdeckt.

### **Zur Rolle der „Sicherheitsmaßnahmen“**

Zu beachten ist: Alle „Sicherheitsmaßnahmen“ – wie die durchgängige Mitarbeiterpräsenz, das Türschlusssystem und auch der Zaun im Außengelände mit akustischer Überstiegs- bzw. Berührungsmeldung – stellen keine „Sicherung“ in einem engeren, im (Maßregel-)Vollzug gebräuchlichen Sinne dar, und sollen dies in der Behindertenhilfe / in unserer Einrichtung auch nicht. Es handelt sich – insbesondere bezogen auf Klienten mit entsprechenden kognitiven und motorischen Kompetenzen – vielmehr um recht deutliche und hochschwellige Verhaltenshürden, die einem nicht absprachegemäßen Verhalten (i.S.v. Verlassen der Wohngruppe ohne Begleitung) als physische und psychische Barriere entgegen stehen. Sie entfalten ihre Wirkung aber nur bei einer entsprechenden „Grundeinwilligung“ des Klienten. D.h. sie könnten durch gezieltes und planvolles Handeln praktisch jederzeit umgangen oder überwunden werden. Sie stehen aber einem impulsiven Verlassen der Gruppe entgegen und ihre Umgehung erfordert eine gewisse bewusste Anstrengung.

Der Zaun um das Gartenareal ist z.B. ein handelsüblicher Metallgittergartenzaun mit einer Elementhöhe von 1,45 Meter; die Überstiegssicherung meldet einen Überstiegs- oder Manipulationsversuch zwar akustisch, sie verhindert diesen aber nicht. Auch das Türschlusssystem hat nicht die Funktionalität einer „Sicherheitsschleuse“ o.ä.. Durch ein Abpassen / Vorbeidrängeln in zahlreichen Alltagssituationen oder durch das „Entleihen“ / Entwenden eines Chips – z.B. auch von einem anderen Betreuten – wäre ein Verlassen der Wohngruppe

möglich. Die Einzelzimmer liegen aufgrund der Hanglage des Gebäudes im ersten Stock; ein bei dieser Höhe noch möglicher Fenstersprung würde auf einen nicht durch einen Zaun umgebenen Vorplatz des Hauses an der Straße führen.

Die entsprechenden Verhaltenshürden sind auch bereits in wenigen Fällen bewusst und gezielt von einzelnen Klienten überwunden worden. Es wurden in Einzelfällen auch bereits Betreuungsverträge gekündigt, wenn durch ein wiederholtes gezieltes Umgehen der Verhaltenshürden oder Versuchen hierzu und entsprechendes weiteres Verhalten deutlich wurde, dass keine hinreichende Einwilligung und Bereitschaft zu einer absprachegemäßen Zusammenarbeit in der Betreuung bestand. Herr B. hat zu keinem Zeitpunkt in seiner Beurlaubung oder seit seiner Entlassung versucht, die entsprechenden Verhaltenshürden zu umgehen.

### **Umzugsphase und wechselseitige Hospitation**

Ein besonders wichtiges Element bei der Planung und Durchführung des Umzugs von Herrn B. in unsere Einrichtung war die wechselseitige Hospitation. Mitarbeiter der aufnehmenden Wohngruppe hatten durch die Hospitation in der beurlaubenden Klinik die Möglichkeit, den Alltag, die Abläufe, die Organisation und die Vorgehensweisen der Station und der Klinik kennenzulernen. Dies bot einen wichtigen Hintergrund, um Herrn B.s bisherige Lebens- und Lernumwelt einschätzen zu können und sich vorstellen zu können, was bisher „das Gewohnte“ an Um- und Zugehensweisen, an Alltagsablauf etc. für ihn war. Dieser „Verstehensrahmen“ war für eine längere Phase nach dem Umzug bzw. nach dem Beginn der Beurlaubung wichtig, um die Betreuung von Herrn B. so zu planen und so kleinschrittig fortzuentwickeln, dass es nicht bereits durch zu rasche und abrupte Veränderungen in den für ihn seit mehr als einem Jahrzehnt ge-

wohnten Zugehensweisen und Regelwerken zu einer Überforderung kam.

Auch begleiteten Mitglieder des Pflegeteams der entlassenden Station die ersten Tage nach dem Umzug von Herrn B. in der hiesigen Wohngruppe. Es konnten wertvolle Hinweise auf mögliche Überforderungs-, Irritations- und damit auch potentielle Gefahrenquellen gegeben werden; neue Alltagsabläufe konnten unmittelbar einer ersten Optimierung unterzogen werden etc..

Die wechselseitige Kenntnis der Gegebenheiten vor Ort und das persönliche „sich kennen gelernt haben“ erleichterte auch die Kommunikation und die vertrauensvolle Zusammenarbeit insbesondere zu Beginn der Beurlaubung von Herrn B. wesentlich.

### **Übernahme und Weiterentwicklung der Betreuungskonzepte aus dem MRV**

Zu Beginn der Beurlaubung von Herrn B. wurden die Betreuungskonzepte und Absprachen, die sich zuletzt im MRV bewährt hatten, zunächst weitgehend übernommen und dann schrittweise verändert. Insbesondere im Bereich der Gemeinschaftsteilnahme und der Mitwirkung an Mehr-Personen-Aktivitäten im Zusammenleben der Wohngruppe war ein behutsames und kleinschrittiges Tempo hilfreich und auch notwendig. Neue Aktivitäten und Angebote wurden jeweils erst dann aufgenommen, wenn sich Herr B.s Verhalten unter den vorherigen Rahmenbedingungen als stabil zeigte. In der überschaubaren Gruppengröße der Wohngruppe erwies sich Herr B. – entgegen früherer gutachterlicher Einschätzungen – als zunehmend gemeinschaftsfähig, so dass er in der Endphase der Beurlaubung und jetzt nach der Entlassung weitgehend in vergleichbarer Weise mit den Mitbewohnern am Gruppenleben teilnimmt (s.o.). Gemeinschaftliche und komplexe soziale Situationen stellen aber, neben einem Aspekt von Lebensqualität, auch weiterhin einen potentiellen Be- und Überlastungsfaktor

für Herrn B. dar, so dass sein Tagesablauf auch bis dato wiederholte, eingestreute Ruhe- und Entlastungszeiten in seinem Zimmer enthalten muss, auf die Herr B. auch ggf. von den MitarbeiterInnen der Wohngruppe nachdrücklich hingewiesen wird.

Verschiedene Betreuungskonzepte und Arbeitsweisen, die sich bei Herrn B. im MRV bewährt hatten, wurden im Rahmen der Wohngruppe übernommen, adaptiert und weiterentwickelt, so dass sie nun auch in die pädagogische Arbeit mit anderen Bewohnern mit in ähnlicher Weise herausfordernden Verhaltensweisen einfließen (z.B. die Verhaltensrückmeldung / -reflexion über einen Token-Plan, der verbunden ist mit dem Tages- und Wochenplan; ein an der jeweiligen Verhaltensstabilisierung orientiertes Stufenkonzept). Auch die Idee für das wöchentliche Bewohnerplenum und Aspekte der Durchführung resultierten aus der Zusammenarbeit mit der Herrn B. zuvor betreuenden Station.

### **Vorfälle und Krisen**

Während und insb. zu Beginn der Beurlaubungsphase gab es auch einzelne Krisen und ernstere Vorfälle. Dies war zumindest in soweit erwartungsgemäß, als dass für Herrn B. ja gerade auf Grund der verbleibenden, behinderungsassoziierten „herausfordernden Verhaltensweisen“ ein besonders engmaschiges und spezialisiertes Beurlaubungssetting gesucht worden war. Insgesamt zwei Mal kam es zu Angriffen auf MitarbeiterInnen, die jeweils abgewehrt und bewältigt werden konnten. Einer dieser Vorfälle kam dem Tatverhalten bei einem der Anlassdelikte sehr nah (i.S.v. Würden einer Mitarbeiterin). Beide Fälle standen in Zusammenhang damit, dass Herr B. damit konfrontiert wurde, dass er einen groben Regelverstoß begangen hatte (Diebstahl / Entwenden von Dingen in einem Einkaufsladen und auf der Wohngruppe). In beiden Fällen sah Herr B. im Nachhinein sein Fehlverhalten –

sowohl das für die Kritik Anlass gebende als auch das auf den Angriff auf die Mitarbeiter bezogene - ein. Beide Vorfälle wurden in enger Absprache mit der Klinik hier vor Ort mit Verhaltenskonsequenzen belegt; von einer zeitweisen Rückführung in die Klinik, die Herr B. sehr fürchtete, wurde sich übereinstimmend kein wesentlicher zusätzlicher pädagogischer oder therapeutischer Effekt versprochen. Im Gegenteil, es wurde eher die Gefahr einer Verstörung von Herrn B., einer möglichen Beeinträchtigung der Betreuungsbeziehung und einer möglichen Schwächung der Rollenautorität der Wohngruppenmitarbeiter gesehen, was ggf. jeweils entsprechende Impulsdurchbrüche eher wahrscheinlich gemacht als in Zukunft vermieden hätte.

Ganz wesentlich war der Lerneffekt auch auf Seiten des Betreuungsteams und für das weitere Betreuungshandeln. Herrn B. mit gravierenderem Fehlverhalten seinerseits zu konfrontieren, geschieht seitdem sinnvoller Weise nur in der sicheren Situation der Wohngruppe, in Anwesenheit weiterer Mitarbeiter zur Absicherung und vorzugsweise, wenn sich Herr B. bereits in seinem Zimmer aufhält. Nach Beachtung dieser Maßgaben konnten alle späteren ähnlichen Situationen mit Herrn B. ohne weitere Übergriffe auf Personen geklärt werden.

Weitere typische, bis dato noch und nicht ganz selten auftretende Verhaltensprobleme sind Manipulationen und Sachbeschädigungen an Einrichtungsgegenständen (z.B. Wasser / Urin in Feuermelder und Steckdosen zu verbringen, bei Gelegenheit hierzu; das Verstopfen von Schlössern), kleinere Diebereien bei Mitbewohnern (z.B. Entwenden von Süßigkeiten, Verschlucken von entwendeten Sammelfiguren) und (zumeist verdeckte) Rängeleien mit Mitbewohnern mit überschaubarem Aggressivitätspotential (Knüffe u.ä.). Auch kann es bei Überreizung weiterhin zu deutlichen Erregungszuständen vorwiegend mit auto-aggressivem Verhalten (z.B. in die eigene Hand beißen, Kopf mit geringer Heftigkeit gegen die Wand schlagen) kom-

men; gravierendere fremdaggressive Impulsdurchbrüche konnten bisher – bis auf die zwei o.g. Ausnahmen – im Rahmen des angepassten Betreuungssettings (inkl. auch Bedarfsmedikation und Weisung, bis zur deutlichen Beruhigung im Zimmer zu verbleiben) vermieden werden.

Insgesamt ist zu betonen: Das geschilderte Spektrum herausfordernder Verhaltensweisen von Herrn B. war und ist zwar einerseits durchaus nicht unerheblich und wäre in einem regulären Wohnsetting zumindest in den Spitzen ggf. kaum zielführend bewältigbar. Andererseits sind die genannten Verhaltensweisen aber eben auch nicht außergewöhnlich oder in ihrer Qualität ungewohnt, wenn man sie mit Verhaltensweisen anderer Klienten in der Behindertenhilfe vergleicht, die einen deutlich erhöhten psycho-sozialen Unterstützungsbedarf bzw. einen Bedarf nach einer besonders intensiven heilpädagogischen Betreuung aufweisen.

### **Rolle der MitarbeiterInnen**

Wesentlich mitentscheidend für den erfolgreichen Verlauf der Beurlaubungsphase von Herrn B. und für die Weiterentwicklung seit seiner Entlassung in unsere Einrichtung waren die MitarbeiterInnen der Wohngruppe.

Eine gute berufliche Grundqualifikation, eine Handlungssicherheit im Umgang mit Krisen und die Bereitschaft und Fähigkeit, im Team verlässlich Regeln und Strukturen einzuhalten und für die Klienten bereit zu stellen, waren bereits durch die langjährige Arbeit mit anderen Klienten des Heilpädagogischen Intensivbereichs, welche sehr herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, vorhanden.

Gerade zu Beginn der Beurlaubungsphase kam die Herausforderung hinzu, sich auf die verlässliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem bis dahin unbekanntem externen System Maßregelvollzug, das zunächst nach anderen Regeln und Prämissen funktioniert als die

klassische Heilpädagogik, einzulassen. Dies erforderte eine erhöhte Bereitschaft zur Reflexion des eigenen Handelns, Veränderungsbereitschaft, Fortbildungs- und Entwicklungsbereitschaft, die Bereitschaft eigene gewohnte heilpädagogische Handlungsroutrinen zum richtigen Zeitpunkt für eine Phase zurück zu stellen und diese dann auch wieder passgenau engagiert zu vertreten. Die geschilderte Entwicklung von und für Herrn B. mit zu gehen und voran zu treiben, erforderte immer wieder auch Mut zum Risiko, gepaart mit einer guten Einschätzung dafür, keine Leichtsinnigkeit an den Tag zu legen, durch welche nicht handhabbare Krisen hätten provoziert werden können und die den positiven Verlauf des Gesamtprozesses hätte gefährden können.

Die MitarbeiterInnen der unmittelbaren Wohngruppe mussten dabei auch als Multiplikatorinnen wirken, um eine entsprechende Handlungssicherheit auch an andere, z.B. die MitarbeiterInnen der eng kooperierenden Nachbargruppe, des tagesstrukturierenden Angebots oder therapeutischen Dienste zu vermitteln. Wobei eine entsprechende Vertrautheit mit Klienten in heilpädagogischer Intensivbetreuung auch bei diesen Mitarbeitergruppen bereits gegeben war.

Die Aufnahme von Herrn B. stellte somit einen Entwicklungsanreiz mit vielen positiven Wirkungen nicht nur für das Betreuungsteam der Wohngruppe sondern für den Wohnbereich insgesamt dar.

### **Rolle der Leitung**

Zumindest, wenn es sich bei der Aufnahme eines Maßregelpatienten zur Beurlaubung um ein Novum in der Einrichtung handelt – und wie die anschließende Diskussion im Plenum zeigte, nicht nur in diesen Fällen – kommt den übergeordneten Leitungsebenen eine besondere Wichtigkeit zu. Sie müssen das Vorhaben in der Einrichtung und in der mit dieser verbundenen Öffentlichkeit (z.B. auch Angehörige und Betreuer an-

derer Klienten) vertreten. Sowohl im Alltagshandeln, aber gerade auch bei Krisen steht und fällt die Handlungssicherheit der MitarbeiterInnen auch ganz wesentlich damit, wie sehr die übergeordnete Leitungsebene hinter dem Team steht und es in seinem Handeln stärkt bzw. eine Richtung und Handlungsleitlinien vorgibt und verantwortet..

### **Medizinisch-psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung, psychologische Begleitung**

Herr B. war und ist – ebenso wie viele andere Klienten in der Heilpädagogischen Intensivbetreuung - für eine hinreichende Verhaltenstabilität auf eine psychopharmakologische Dauer- und ggf. Bedarfsmedikation angewiesen. Während der Beurlaubungsphase lag die Behandlungsverantwortung bei der entlassenden Klinik; mit dieser wurden z.B. Anpassungen der Medikation besprochen. Dennoch war es für den Gesamtprozess und einen möglichst nahtlosen Übergang zwischen Beurlaubung und Entlassung sehr hilfreich, dass die Wohngruppe von Herrn B. in die Versorgung durch einen internen medizinischen Dienst und einen internen psychologischen Dienst eng eingebunden ist. So war Herr B. bei Übergang der ärztlichen Zuständigkeit dem internen psychiatrischen Facharzt bereits langjährig vertraut. Der im Bereich zuständige Psychologe war ebenfalls bereits in der Beurlaubungsphase in die regelmäßigen Behandlungsplanungsgespräche eingebunden und ist es weiterhin in die Absprachen im Rahmen der Nachsorge- und Führungsaufsichtstermine. „Hakende Übergänge“ und daraus resultierende Verunsicherungen für das Betreuungsteam oder Herrn B. konnten so vermieden werden.

### **Refinanzierung**

Herr B. wurde und wird zu dem für die Heilpädagogische Intensivbetreuung in unserem Hause mit dem Hauptkostenträger verhandelten Satz betreut. Wäh-

rend der Beurlaubungsphase wurde dies durch die beurlaubende Klinik refinanziert; seit Entlassung leistet der zuständige überkommunale Kostenträger (Behindertenhilfe des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe).

## 5. Diskussion

Unter anderem wurden folgende Aspekte diskutiert:

- Das dargestellte Betreuungssetting wurde von „VertreterInnen“ des Maßregelvollzugs im Vergleich zu den „durchschnittlichen Bedingungen“ im Maßregelvollzug als ein deutliches Mehr an Lebensqualität und heilpädagogischer Förderung bietend beurteilt.
- Es wurde – auch in Rand- und Pausengesprächen – deutlich, dass in verschiedenen Bundesländern verschiedene Einrichtungen der Behindertenhilfe Betreuungsbedingungen, wie die in dem vorliegenden Beitrag geschilderten, für ein vergleichbares Klientel anbieten. Dies scheinen jedoch eher größere oder (Komplex-)Einrichtungen zu sein. Die Anzahl der Einrichtungen scheint überschaubar zu sein. Die Anzahl der unter entsprechenden Rahmenbedingungen und Auflagen innerhalb der jeweiligen Einrichtung betreuten Klienten variiert (i.S.v. Einzelfalllösungen vs. verstetigtes Angebot mit mehreren Plätzen).
- Diskutiert wurde, ob in dem berichteten Beispielfall und in ähnlichen Fällen ggf. mit einem größeren heilpädagogischen Optimismus Entwicklungen beschleunigt vorangetrieben und auf sichernde Betreuungselemente stärker verzichtet werden sollte.
- Die erheblichen Schwierigkeiten, eine Akzeptanz der Öffentlichkeit für „Beurlaubungs- und Entlassgruppen“ für

geistig behinderte Maßregelvollzugspatienten zu finden, wenn solche Vorhaben publik werden, wurde aus zwei regional sehr unterschiedlich beheimateten Behindertenhilfeeinrichtungen berichtet. Unabhängig von fachlichen Erwägungen wurden beide berichtete Vorhaben durch „fachferne“ juristische Gesichtspunkte zum Kippen gebracht. In einem Fall erwiesen sich bau- und flächennutzungsrechtliche Aspekte als „Verhinderungsvehikel“. Im anderen Fall scheiterte das Angebot eines fachlich versierten Anbieters an eine kooperationsinteressierte Klinik an Erwägungen der regionalen Zuständigkeit und der Lage (im jeweiligen Grenzgebiet) in zwei verschiedenen Bundesländern.

- Seitens eines Vertreters einer Maßregelvollzugsklinik wurde auf die besondere Schwierigkeit hingewiesen, überhaupt Beurlaubungs- und Entlasssettings für die Patientengruppe junger Männer mit Grenzbegehung und Impulskontrollproblematik zu finden.
- Es wurde angesprochen – z.T. auch in Randgesprächen – dass das unterschiedliche Reagieren der Entscheidungsstellen in der Justiz bei Krisen in der Beurlaubungs- oder Führungsaufsichtsphase für Nicht-Juristen z.T. nur schwer nachzuvollziehen oder zu antizipieren ist. Die entsprechenden „Handlungsschwellen“, ab denen eine Maßnahme zurückgenommen oder unterbrochen wird, scheinen überregional wenig vergleichbar; so der Eindruck aus einzelnen Fallbeispielen.

- **Dietmar Struck**  
**Stephan Buschkämper**  
**PD Dr. med. Konrad Peter**  
**Diakonische Stiftung Wittekindshof**  
**[www.wittekindshof.de](http://www.wittekindshof.de)**  
**[dietmar.struck@wittekindshof.de](mailto:dietmar.struck@wittekindshof.de)**

**Forum 10**

**Delinquenz und Kriminalität in Einrichtungen der Behindertenhilfe  
- Formen, Ursachen, Herausforderungen, Prävention im Kontext  
geistige Behinderung**

**PD Dr. Ernst Wüllenweber, IFBFB, Institut für Forschung, Beratung, Fortbildung  
in der Behindertenhilfe; Berlin**

In stationären, teilstationären und ambulanten Wohnformen, Förderschulen und in WfbM zeigt ein Teil der Klienten kritische Verhaltensweisen, die als Delinquenz oder als Kriminalität bezeichnet werden. Es handelt sich um Zerstörungen, Entwendungen, Diebstahl, Körperverletzungen, sexuelle Gewalt, usw. Die Einrichtungen zeigen sich hinsichtlich Erklärungen und Handlungsweisen unsicher und teilweise überfordert. Hierbei werden die strukturellen Faktoren hinsichtlich Auftreten, Intervention und Prävention zumeist verkannt.

Im Forum wurden die im Vortrag vorgestellten Perspektiven diskutiert, die sich auf die Herausforderungen im Umgang mit Delinquenz und Kriminalität in und für Einrichtungen der Behindertenhilfe beziehen.

- **PD Dr. Ernst Wüllenweber**  
**Institut für Fortbildung, Beratung und Forschung**  
**in der Behindertenhilfe (IFBFB), Berlin**  
**[www.ifbfb.de](http://www.ifbfb.de)**

**Forum 11**

**Ambulante Nachsorge von Sexualstraftätern mit einer Intelligenzminderung**

**Dr. Tatjana Voss, Forensisch-Theapeutische Ambulanz, Institut für Forensische Psychiatrie, Charité Klinik Berlin**

Die Forensisch-Therapeutische Ambulanz (FTA) dient der professionellen Nachbehandlung von auch intelligenzgeminderten Straffälligen, die aus der Haft oder einer Maßregel entlassen werden. Sie ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Charité und dem Land Berlin, nämlich den Senatsverwaltungen Justiz und Gesundheit, und wurde eingerichtet mit dem Ziel, die im Strafvollzug oder psychiatrischen Maßregelvollzug bestehenden Angebote zur Behandlung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter zu ergänzen und so die Allgemeinheit vor neuen Straftaten zu schützen. Das Ziel der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der FTA ist es, das Risiko eines einschlägigen Rückfalls deutlich zu reduzieren.

Nach Entlassung eines intelligenzgeminderten Patienten aus Haft oder Maßregelvollzug in eine forensisch- psychiatrische Nachsorge wird die bisherige intramurale Behandlung und das entwickelte Nachsorgekonzept auf den Prüfstand gestellt. Problematisch sind in der Nachsorge-Praxis weniger die individuellen Risikofaktoren des Menschen mit Behinderung, die ja bereits vorher bekannt oder zumindest antizipiert wurden. Bedeutsamer für eine gelingende Nachsorge bzw. die Prävention erneuter Delikte wirken sich Bruchlinien in der Kooperation der beteiligten Fachdienste aus. Die Bedeutung verlässlicher Kooperation zwischen Patient, Wohneinrichtung, gesetzlichem Betreuer, Angehörigen, Bewährungshilfe und Forensischer Ambulanz soll anhand von Beispielen aus der aktuellen Arbeit mit Sexualstraftätern, die eine geistige Behinderung aufweisen, illustriert werden.



Gliederung

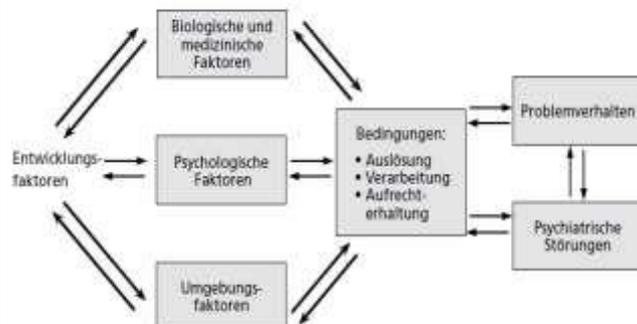
1. Geistige Behinderung und Delinquenz
2. Sexualdelinquenz bei Intelligenzminderung
3. Forensische Nachsorge von Sexualstraftätern in der FTA
4. „Praktischer Fall“ Herr S.
5. Fazit

### Prävalenz psychischer Störungen bei geistiger Behinderung

- 1023 Erwachsene, davon
  - 18,0 % schwerste geistige Behinderung
  - 18,9 % schwere 18,9 % schwere
  - 24,2 % mittelschwere (N=625)
  - 38,9 % leicht (N=398)
- 40,9 % psychische Störungen
- 33,3 % leicht geistig behinderte Männer
- 48,7 % mittel bis schwer geistig behinderte Frauen

Cooper et al, Mental ill-health in adults with intellectual disabilities, BJP 2007, 190, 27-35

### Am Entstehen von Problemverhalten beteiligte Faktoren:



Dosen/Gardner, „Praxishandb. und Prinzipien“, Europäische Edition (2007)

### Multidimensionales Modell der Persönlichkeitsentwicklung nach Dosen

| Alter        | Phase                 | Persönlichkeitsstruktur                               | Moralische Entwicklung  |
|--------------|-----------------------|---|---|
| 0-6 Monate   | Adaption              | psychophysiologische Homöostase                       | keine Entwicklung   |
| 6-18 Monate  | erste Sozialisierung  | Bindung und basale Sicherheit                         | keine Entwicklung   |
| 18-36 Monate | erste Individuation   | Selbst-Fremd-Differenzierung: objektives Selbst       | keine Entwicklung   |
| 3-7 Jahre    | Identifikation        | Ich-Formung (impulsives Ich)                          | Autoritätskonflikt  |
| 7-12 Jahre   | Realitätsbewußtsein   | Ich-Differenzierung (moralisches Ich, religiöses Ich) | Individualismus (Bedürfnisse, Wünsche, Interessen)              |
| 12-17 Jahre  | zweite Sozialisierung | kritisches Ich, ideales Ich                           | Interpersonale Erwartungen (soziale Systeme, soziales Gewissen) |

Dosen, Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung, Hogrefe (2010)

### Persönlichkeitsentwicklung nach Schweregrad der intellektuellen Behinderung

- Schwerste intellektuelle Behinderung**  
(IQ < 20, Entwicklungsalter bis zu 2 Jahren)  
Adaptations- und Sozialisationsphase, psychophysiologische Homöostase und mögliche Entstehung von basaler Sicherheit
- Schwere intellektuelle Behinderung**  
(IQ < 20-35, Entwicklungsalter 2-4 Jahre)  
Individuationsphase, Entstehung von Autonomie
- Mittelgradige intellektuelle Behinderung**  
(IQ < 35-50, Entwicklungsalter 4-7 Jahre)  
Identifikationsphase, Ich-Entwicklung (impulsives Ich)
- Leichte intellektuelle Behinderung**  
(IQ < 50-70, Entwicklungsalter 7-12 Jahre)  
Realitätsbewußtsein, Ich-Differenzierung (moralisches und religiöses Ich)

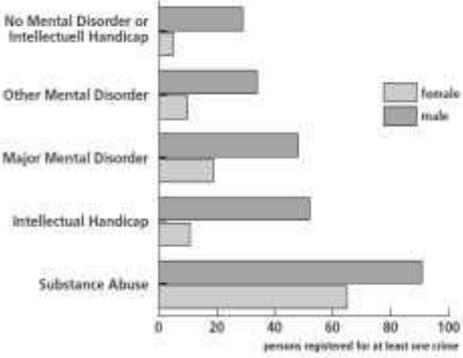
Dosen, Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung, Hogrefe (2010)

### Point prevalence rates of mental ill-health

| Diagnostic category   | Clinical diagnosis (n=1023) % | DC-LD diagnosis (n=1023) % | ICD-10-DCR diagnosis (n=1023) % | DSM-IV-TR diagnosis (n=1023) % |
|---|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Psychotic disorder <sup>1</sup>   | 4.4                           | 3.8                        | 2.6                             | 3.4                            |
| Affective disorder  | 6.6                           | 5.7                        | 4.8                             | 3.6                            |
| Anxiety disorder <sup>2</sup>   | 3.8                           | 3.1                        | 2.8                             | 2.4                            |
| OCD   | 0.7                           | 0.5                        | 0.2                             | 0.2                            |
| Organic disorder  | 2.2                           | 2.1                        | 1.9                             | 1.7                            |
| Alcohol/substance use disorder  | 1.0                           | 0.8                        | 0.8                             | 0.8                            |
| Pica  | 2.0                           | 2.0                        | 0                               | 0.9                            |
| Sleep disorder  | 0.6                           | 0.4                        | 0.2                             | 0.2                            |
| ADHD  | 1.5                           | 1.2                        | 0.5                             | 0.4                            |
| Autistic-spectrum disorder  | 7.5                           | 4.4                        | 2.2                             | 2.0                            |
| Problem behaviour   | 22.5                          | 18.7                       | 0.1                             | 0.1                            |
| Personality disorder  | 1.0                           | 0.8                        | 0.7                             | 0.7                            |
| Other mental ill-health   | 1.4                           | 0.8                        | 0.7                             | 0.4                            |
| Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours and autistic-spectrum disorder <sup>2</sup> | 22.4                          | 19.1                       | 14.5                            | 13.9                           |
| Mental ill-health of any type, excluding autistic-spectrum disorder <sup>2</sup>                        | 37.0                          | 32.8                       | 14.6                            | 14.0                           |
| Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours   | 28.3                          | 22.4                       | 16.5                            | 15.6                           |
| Mental ill-health of any type   | 40.9                          | 35.2                       | 16.6                            | 15.7                           |

ADHD, attention-deficit hyperactivity disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder.  
1. Includes schizoaffective disorders. / 2. Excludes specific phobias.

Cooper et al, Mental ill-health in adults with intellectual disabilities, BJP 2007, 190, 27-35

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Emotionale Aspekte im Schema der emotionalen Entwicklung</b></p>  <p><small>Down, Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und Intellektuelle Behinderung, Hogrefe (2010)</small></p>   | <p>Anfang des 20. Jh. galt ein Zusammenhang zwischen Intelligenzminderung und Kriminalität als evident.</p> <p><i>„Schwachsinnige erliegen normalen oder abnormen triebartigen Impulsen ohne viel Widerstand, was nicht nur auf den Geschlechtstrieb, sondern auch den Stehtrieb und den Brandstiftungstrieb gelte; besonders in Kombination mit Alkohol oder wenn zur fraglichen Zeit bei weiblichen Schwachsinnigen die Menstruation im Gange oder in Vorbereitung war“ (Hochel 1901)</i></p> <p>Daher wurden Menschen mit Intelligenzminderung „abgesondert“ und im NS-Reich sogar zwangssterilisiert und ermordet. Lange Zeit gab es keine empirische Forschung.</p> |
| <p><b>Methodische Probleme der Forschung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird „geistige Behinderung“ definiert?</li> <li>• Wie wird „geistige Behinderung“ / „intellektuelle Minderbegabung“ gemessen?</li> <li>• Wie wird Kriminalität gemessen? (Anzeige, Anklage, Verurteilung?)</li> <li>• Welche Kriminalität ist gemeint (Problemverhalten/Straftat)?</li> <li>• Dunkel-/Hellfeldproblematik</li> </ul> | <p><b>Empirische Befunde (1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2–5 % der dem Hilfesystem Bekannten sind schon einmal delinquent auffällig geworden (erfasst nicht diejenigen, die daheim/auf der Strasse Leben)</li> <li>0,5–8,6 % der Tatverdächtigen (Anzeige)</li> <li>14,2–36,0 % der Angeklagten</li> <li>0–5,3 % der Inhaftierten</li> <li>Ca. 9–20 % der MRV-Patienten</li> </ul>  |
| <p><b>Empirische Befunde (2)</b><br/>Male/female subjects registered for at least one crime by age 30 years</p>  <p><small>Hodgini (1992), Arch Gen Psychiatry, Vol 49, 476–483</small></p>   | <p><b>Empirische Befunde (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindeutige Korrelation zwischen niedriger Intelligenz und Kriminalitätsbelastung – vgl. Farrington (1993, 2000): 30% hatten eine Verurteilung bis zum Alter von 32 Jahren (nicht in der Eingliederungshilfe untergebrachte Menschen mit einer Intelligenzminderung).</li> <li>• Es scheint eine hohe Toleranz innerhalb der Eingliederungshilfe für Übergriffe zu geben und</li> <li>• Übergriffe auf behinderte Mitbewohner werden nicht zur Anzeige gebracht, da diesen die Fähigkeit fehle, eine verwertbare Aussage zu machen.</li> </ul>  |
| <p><b>Zusammenhang zwischen gB und Delinquenz (1)</b></p> <p>Geringere Wahrscheinlichkeit für „White Collar Crimes“</p> <p>Schwerpunkt „Brandstiftung“ und „Sexualdelikte“ (?)</p> <p>Umfangreiches Hilfesystem verhindert delinquente Entwicklungen?</p>  | <p><b>Zusammenhang zwischen gB und Delinquenz (2)</b></p> <p>Wahrscheinlich gleiche Risikofaktoren wie bei Allgemeinbevölkerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Junges Alter</li> <li>• Männliches Geschlecht</li> <li>• Erhebliche psychosoziale Belastung in Kindheit und Jugend (Straffälligkeit, Gewalttätigkeit, Sucht, Inkonzanz der Bezugspersonen)</li> <li>• Frühe Verhaltensprobleme</li> <li>• Arbeitslosigkeit</li> <li>• Häufige Kontakte mit Hilfesystem (Erziehungsberatung, psychologische Dienste, KH-Behandlung etc.)</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Erklärungen zu Delinquenz bei Menschen mit gB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Bedürfnisspannung</li> <li>• Geringe Flexibilität der Bedürfnislenkung</li> <li>• Beschränkte Möglichkeiten, Bedürfnisse auf sozial zulässige Art zu befriedigen</li> <li>• Beschränkte Möglichkeiten, sich zulässig zu verteidigen</li> <li>• Geringe Umstellungsfähigkeit</li> <li>• Mangelhafter Überblick über Zusammenhang von Handlungsfolgen</li> <li>• Geringe Problemlösekompetenz</li> </ul>   | <p><b>Fazit 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen mit einer geistigen Behinderung sind in der Regel deutlich häufiger Opfer von sozialen Verhältnissen der Ohnmacht und der Gewalt</li> <li>• Aber: Menschen mit einer gB sind im System der Strafverfolgung überrepräsentiert</li> <li>• Dabei ist unklar, ob sie tatsächlich mehr Verbrechen, als nicht behinderte Menschen begehen</li> </ul>  |
| <p>Zusammenhang zwischen gB und Delinquenz ist komplex: Es sind zwei Gruppen von Straftätern mit einer geistigen Behinderung bislang beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen mit leichter gB, gravierender sozialer Benachteiligung, krimineller Belastung in der Herkunftsfamilie, die der Eingliederungshilfe nicht bekannt sind, dafür aber der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Störungen des Sozialverhaltens. Early Starter, heimatlos, Substanzmißbrauch und familiäre Dysfunktion</li> <li>• 2. Gruppe: sind der Eingliederungshilfe bekannt, seltenere, aber gravierende Delikte</li> </ul> | <p><b>2. Sexualdelinquenz bei Intelligenzminderung</b></p> <p><b>Diagnosen bei Sexualstraftätern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paraphilien (Pädophilie, Sadismus usw.)</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen             <ul style="list-style-type: none"> <li>• antisoziale, narzißtische, emotional-instabile</li> <li>• schizoide, ängstlich-vermeidende</li> </ul> </li> <li>• Intelligenzminderung</li> <li>• Substanzmissbrauch, -abhängigkeit</li> <li>• affektive Störungen (Depression, Manie, Dysthymie)</li> </ul>  |
| <p><b>Ursachen für sexuelle Devianz und/oder Gewalt?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biologie: Gene, Hirnschädigung, Hormone, Neurotransmitter</li> <li>• Kindheit/Lernen: Frühsozialisation, Bindung, Traumata, Lernen am Modell (z.B. Pornografie)</li> <li>• aktuelle Lebenssituation: Lebenskrisen, Stimulation/ Enthemmung z.B. durch Alkohol/Drogen/Pornografie</li> </ul>  | <p><b>Traumatisierungen</b></p> <p>Eigene sexuelle Missbrauchserfahrung erhöht das Risiko, später selbst Kinder zu missbrauchen<br/>Aber: Keineswegs zwingender Zusammenhang oder notwendige Ursache</p> <p>Studie: von 224 missbrauchten Jungen wurden 12 % selbst zu Missbrauchstätern</p> <p>Weitere Risikofaktoren waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materielle Vernachlässigung und Mangel an Beaufsichtigung</li> <li>• Eigener Missbrauch durch eine weibliche Person</li> <li>• Zeuge heftiger innerfamiliärer Gewalt</li> <li>• Grausamkeit gegenüber Tieren</li> </ul> |
| <p><b>Geistige Behinderung ist ein Risikofaktor für sexuelle Gewalt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schutzlosigkeit und Abhängigkeit</li> <li>• Kommunikationsprobleme</li> <li>• Mangelndes Selbstbewusstsein</li> <li>• Sehnsüchte nach Normalität</li> <li>• Mangelnde Sexualaufklärung</li> <li>• Leben im Heim</li> </ul>  | <p><b>Sexualität bei Menschen mit Intelligenzminderung</b></p> <p>Sexuelle Entwicklung bei Menschen mit IM ist geprägt von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlenden normativen Lernerfahrungen</li> <li>• Segregation</li> <li>• Mangel an Intimsphäre</li> <li>• Missbrauch</li> <li>• Sexuell dämpfenden Medikamenten</li> <li>• Fehlendem Wissen über Sexualität</li> </ul> <p><b>Typische Vorurteile:</b></p> <p>Menschen mit gB seien besonders triebhaft, distanzlos, aufdringlich oder:<br/>Infantilisierung und Geschlechtsneutralität/„Eternal children“</p>                |

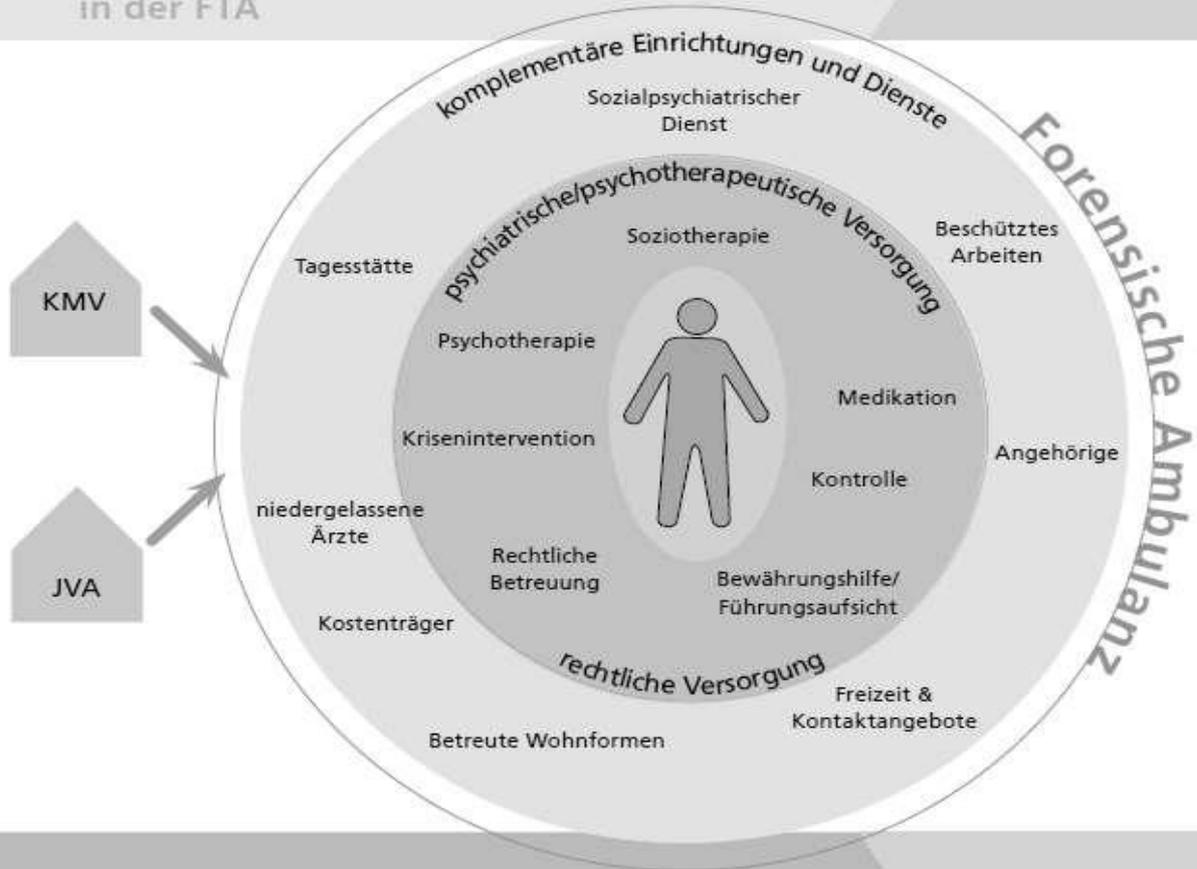
|   |   |
|---|---|
| <p><b>Sexualstraftäter mit Intelligenzminderung</b><br/>Theorien zum Entstehen von sexueller Delinquenz bei Menschen mit Intelligenzminderung</p>    | <p>1. „Counterfeit Deviance“ (Hingsburger, Griffiths und Quinsey, 1991)</p> <p>Sexuelles Problemverhalten ist Ausdruck von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geringen Kenntnissen über Sexualität, insbesondere den emotionalen und psychologischen Aspekten von Sexualität (Thomson, 2001)</li> <li>• geringen sozialen Fähigkeiten</li> <li>• wenigen Möglichkeiten, Sexualität auszuprobieren</li> <li>• sexueller Unerfahrenheit</li> </ul> <p>und nicht von einer Paraphilie</p>                            |
| <p>Cave, Lusky und Lockhardt (Cave: Lusky et al ( 2007) und Lockhardt et al ( 2010)) fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Counterfeit Deviance und sexueller Delinquenz –</p> <p>Aufgabe für das Helfersystem sei es vielmehr, mehr sexuelle Intimität und Situationen zu schaffen, in denen Menschen mit gB bedeutsame und angemessene sexuelle Erfahrungen machen können – CD bildet somit eher mangelnden sexuellen Erfahrung ab.</p>               | <p>2. Psychische Erkrankung</p> <p>„Dually Diagnosed“ insbesondere Psychosen, Bipolare Störungen Verhaltensstörungen (Lund, 1990) in 87,5 %</p> <p>Therapie: Psychische Störung behandeln !</p>   |
| <p>3. Eigener sexueller Missbrauch</p> <p>Wie bei normal intelligenten Menschen auch – kann sein, ist aber weder eine notwendige, noch ausreichende Erklärung für Sexualdelinquenz.</p>   | <p>4. Vorliegende sexuelle Devianz</p> <p>Sexualstraftäter mit einer Intelligenzminderung begehen Delikte über die Kategorien hinweg und differenzieren ihre Opfer wenig.</p> <p>Sie neigen jedoch seltener dazu, schwere Sexualstraftaten zu begehen oder ihre Opfer zu töten.</p>   |
| <p>5. Impulsivität</p> <p>Unterschiedliche Befunde<br/>Sexualdelikte sind Ausdruck von Impulsivität und schlechter Verhaltenskontrolle (Glaser und Daene, 1999), wäre auch gut zur Erklärung von Brandstiftung</p> <p>Aber: Parry und Lindsay finden 2003 (Jour Intellect Disabil Res, 47, 483-7) bei Sexualstraftätern mit IM geringere Impulsivitätsscores (statt dessen Beziehungsaufbau, vertrauensbildende Massnahmen, Fähigkeit, Belohnung zu verzögern).</p> | <p><b>Soziomoralisches Entwicklungsmodell</b></p> <p>„Psychologie der Moralentwicklung“ (Kohlberg 1996)</p> <p>Intelligenzgeminderte Menschen durchlaufen zwar die gleichen Entwicklungsstufen, allerdings deutlich langsamer als Normalbegabte. Die sozio-moralische Entwicklung hinkt der kognitiven Entwicklung hinterher ⇒ Kognitive Entwicklungstheorie.</p> <p>Perspektivenübernahme (Selman 1984) meint die Fähigkeit eines Individuums, sich in soziale Situationen anderer Menschen hineinversetzen zu können.</p> |

| <p>Soziomoralisches Entwicklungsniveau meint die Fähigkeit zur „Gewichtung moralischer Argumente“, d.h. alles, was den sozialen Kontakt direkt oder indirekt regelt, wird als moralisch bezeichnet.</p> <p>Die Fähigkeit, zwischen zwei gleichwertigen Regeln einen Ausgleich zu schaffen, setzt voraus, dass es übergeordnete Regeln gibt, die als Maßstab dienen können. Diese Metaregeln schaffen einen hierarchischen Normenaufbau, der Voraussetzung zur Wertung und Beurteilung moralischer Konflikte ist.</p> <p>Aufgabe der wechselseitigen Rollenübernahme und des Perspektivenwechsels.</p>  | <p><b>Zur kognitiven Entwicklung nach Piaget</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau</th> <th>Alter</th> <th>Entwicklungsstadium</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Niveau 3</td> <td>ab ca. 11. Lebensjahr</td> <td>4. Formal-operationales Stadium</td> </tr> <tr> <td>Niveau 2</td> <td>7. bis 11. Lebensjahr</td> <td>3. Konkret-operationales Stadium</td> </tr> <tr> <td>Niveau 1</td> <td>2. bis 7. Lebensjahr</td> <td>2. Das präoperationales Stadium</td> </tr> <tr> <td>Niveau 0</td> <td>Geburt bis ca. 2. Lj</td> <td>1. Sensomotorisches Stadium</td> </tr> </tbody> </table>  | Niveau                           | Alter    | Entwicklungsstadium  | Niveau 3 | ab ca. 11. Lebensjahr               | 4. Formal-operationales Stadium | Niveau 2                          | 7. bis 11. Lebensjahr | 3. Konkret-operationales Stadium            | Niveau 1 | 2. bis 7. Lebensjahr   | 2. Das präoperationales Stadium | Niveau 0                                  | Geburt bis ca. 2. Lj | 1. Sensomotorisches Stadium                         |         |  |         |   |   |
|--|---|----------------------------------|----------|----------------------|----------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---|----------|--|---------------------------------|---|----------------------|---|---------|--|---------|---|---|
| Niveau   | Alter   | Entwicklungsstadium              |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Niveau 3   | ab ca. 11. Lebensjahr   | 4. Formal-operationales Stadium  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Niveau 2   | 7. bis 11. Lebensjahr   | 3. Konkret-operationales Stadium |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Niveau 1   | 2. bis 7. Lebensjahr  | 2. Das präoperationales Stadium  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Niveau 0   | Geburt bis ca. 2. Lj  | 1. Sensomotorisches Stadium      |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| <p><b>Moralische Entwicklung nach Kohlberg</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau/Stufe</th> <th>Verhalten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Niveau I</td> <td>Prä-moralische Phase</td> </tr> <tr> <td>Stufe 1</td> <td>Orientierung an Strafe und Gehorsam</td> </tr> <tr> <td>Stufe 2</td> <td>Naiver instrumenteller Hedonismus</td> </tr> <tr> <td>Niveau II</td> <td>Moral der konventionellen Rollenkonformität</td> </tr> <tr> <td>Stufe 3</td> <td>Moral des guten Kindes, das gute Beziehungen aufrecht erhält und die Anerkennung der anderen sucht</td> </tr> <tr> <td>Stufe 4</td> <td>Moral der Aufrechterhaltung der Autorität</td> </tr> <tr> <td>Niveau III</td> <td>Moral der selbstakzeptierten moralischen Prinzipien</td> </tr> <tr> <td>Stufe 5</td> <td>Moral des Vertrages, der individuellen Rechte und des demokratisch anerkannten Gesetzes bzw. Rechtssystems</td> </tr> <tr> <td>Stufe 6</td> <td>Moral der individuellen Gewissensprinzipien</td> </tr> </tbody> </table> | Niveau/Stufe  | Verhalten                        | Niveau I | Prä-moralische Phase | Stufe 1  | Orientierung an Strafe und Gehorsam | Stufe 2                         | Naiver instrumenteller Hedonismus | Niveau II             | Moral der konventionellen Rollenkonformität | Stufe 3  | Moral des guten Kindes, das gute Beziehungen aufrecht erhält und die Anerkennung der anderen sucht | Stufe 4                         | Moral der Aufrechterhaltung der Autorität | Niveau III           | Moral der selbstakzeptierten moralischen Prinzipien | Stufe 5 | Moral des Vertrages, der individuellen Rechte und des demokratisch anerkannten Gesetzes bzw. Rechtssystems | Stufe 6 | Moral der individuellen Gewissensprinzipien | <p><b>Assessment</b></p> <p>Entwicklung steht noch relativ am Anfang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenntnisse über Sexualität</li> <li>• Affekte, Emotionalität, Selbstwertgefühl</li> <li>• Kognitive Verzerrungen</li> </ul> |
| Niveau/Stufe   | Verhalten   |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Niveau I   | Prä-moralische Phase  |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Stufe 1  | Orientierung an Strafe und Gehorsam   |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Stufe 2  | Naiver instrumenteller Hedonismus   |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Niveau II  | Moral der konventionellen Rollenkonformität   |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Stufe 3  | Moral des guten Kindes, das gute Beziehungen aufrecht erhält und die Anerkennung der anderen sucht  |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Stufe 4  | Moral der Aufrechterhaltung der Autorität   |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Niveau III   | Moral der selbstakzeptierten moralischen Prinzipien   |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Stufe 5  | Moral des Vertrages, der individuellen Rechte und des demokratisch anerkannten Gesetzes bzw. Rechtssystems  |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| Stufe 6  | Moral der individuellen Gewissensprinzipien   |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| <p><b>3. Forensische Nachsorge von Sexualstraftätern in der FTA</b></p>  |   |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |
| <p><b>Forensische Rehabilitation – theoretische Grundlagen 1</b></p> <p>Der Konsens auf dem Hintergrund eines begrenzten empirischen Forschungsstandes:</p> <p>Forensische Rehabilitation sollte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in multiprofessioneller Zusammenarbeit auf Grundlage psychologischen und psychiatrischen Fachwissens erfolgen,</li> <li>• strukturiert und bezogen auf konkrete Fertigkeiten sein,</li> <li>• psychische Erkrankung behandeln und das delinquente Rückfallrisiko reduzieren und hierfür</li> <li>• den Zusammenhang zwischen beidem konkret beschreiben können. (Hodgins 2002, Blackburn 2004, Robertson 2011)</li> </ul>  | <p><b>Forensische Rehabilitation – theoretische Grundlagen 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>RNR – Modell</b> (z.B. Andrews &amp; Bonta 2010)<br/>kriminologischer Ansatz, Risiko-Bedürfnis-Ansprechbarkeitsprinzip, zentrale Frage Messung des Rückfallrisikos, wenig Forschung zum Risikomanagement, Problem der Übertragbarkeit auf psychisch Kranke Täter und Ausblendung nicht risikobezogener Behandlungsinhalte</li> <li>2. <b>Störungsbezogene Modelle</b> (z.B. McCann 2007)<br/>Import evidenzbasierter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze für psychisch Kranke allgemein auf psychisch kranke Straftäter, sehr wenig Forschung zur Übertragbarkeit, Bezug Psychopathologie-kriminelles Verhalten</li> <li>3. <b>Ressourcenorientierte Modelle</b> (z.B. GUM-FM, Ward 2007, Robertson 2011)<br/>übergreifende Modelle, die Kriminalität konzeptualisiert als Ergebnis interner und externer Hindernisse in der Erlangung grundlegender sozialer Güter</li> </ol> |                                  |          |                      |          |                                     |                                 |                                   |                       |   |          |  |                                 |   |                      |   |         |  |         |   |   |

|  |  |
|--|--|
|  <p><b>Good life model (Ward 2007) ein integrativer Ansatz</b></p> <p>Hypothese<br/>Individuen begehen Straftaten aufgrund mangelnder Fähigkeiten, wertvolle Ergebnisse im eigenen Leben zu erzielen und in erfüllender/sozial akzeptabler Weise das Leben zu gestalten</p> <p>Risikovermeidung und –management sind eine persönliche Verzichtleistung, nur auf Grundlage einer stabilen Lebenszufriedenheit</p> <p><small>Yates, P., Prescott, D. Building a better life., Safer Society Press. 2011</small></p> | <p><b>Prinzipien, die der Behandlung im GLM zugrunde liegen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sexualstraftäter hatten mit größerer Wahrscheinlichkeit als Nichttäter erheblich ungünstige Entwicklungsbedingungen. Der Mangel an Möglichkeiten und Unterstützung erschwerte die Bildung eines kohärenten Plans für ein gelungenes Leben</li> <li>2. Viele Täter haben mangelt es an der Fähigkeit und Fertigkeit zur Erfüllung von Grundbedürfnissen</li> <li>4. Die Frustration ganz bestimmter Grundbedürfnisse ist stärker mit Sexualstraftaten assoziiert: Selbstwirksamkeit (agency), emotionale Ausgeglichenheit (inner peace) und Beziehung/Bezogenheit (relatedness)</li> <li>5. Das Risiko von Sexualstraftätern wird vermindert, wenn man den Tätern ermöglicht, Fertigkeiten zu entwickeln um die ganze Breite an menschlichen Grundbedürfnissen in ihr Leben zu integrieren, mit besonderem Fokus auf die 3 o.g. Grundbedürfnisse</li> </ol> <p><small>Yates, P., Prescott, D. Building a better life., Safer Society Press. 2011</small></p> |
| <p><b>Grundbedürfnisse (primary good)</b></p>    | <p><b>Psychoedukation „Grundbedürfnisse“:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Leben:</b> am Leben bleiben/Überleben, positiver Weg (+): Sport, gute Ernährung etc., negativer Weg (-): Feindseligkeit bei Bedrohungen</li> <li>2. <b>Wissen:</b> Lernen und Verstehen, + Schulbesuch, andere lehren, Therapie (sich selbst kennen lernen), - Kindern über Sex belehren</li> <li>3. <b>Leistung in Arbeit und Spiel:</b> + Sport, Weiterbildung, Hobby, guter Job</li> <li>4. <b>Unabhängigkeit und persönliche Freiheit (personal choice):</b> + sich durchsetzen, Pläne für ein Ziel entwickeln, Wahlfreiheit einschätzen, - Kontrolle, Missbrauch, Dominieren anderer</li> <li>5. <b>innere Ruhe/Seelenfrieden (peace of mind):</b> + Stress reduzieren, nicht impulsive-ärgerlich reagieren wollen, meditieren, - Alkohol, Drogen, Medikamentenmissbrauch, Sex o. Masturbation als Coping</li> </ol> <p><small>Yates, P., Prescott, D. Building a better life., Safer Society Press. 2011</small></p>  |
| <p><b>Zielgruppe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 Behandlungsplätze             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 Plätze für Patienten des KMV Berlin (§ 63 StGB)</li> <li>• 50 Plätze für Haftentlassene der JVA Tegel (SothA + SV'ler)</li> </ul> </li> <li>• Indikationen: Gewalt- und Sexualstraftäter mit mittlerem bis höherem Rückfallrisiko sowie psychischen Störungen (de facto: Hochrisikotäter, überwiegend Sexualdelinquenz)</li> </ul>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. <b>Beziehungen u. Freundschaft:</b> + Zeit mit Freunden, Familie verbringen, eine Partnerschaft eingehen, andere unterstützen, - Mitglied einer Gang werden</li> <li>7. <b>Gemeinschaft (Zugehörigkeit zu einer Gruppe):</b> + ehrenamtlich arbeiten, Nachbarschaftshilfe etc., - Gangmitglied o „boy love club member“</li> <li>8. <b>Spiritualität (Lebenssinn):</b> + Kirchenmitgliedschaft, Beten, Meditieren, geistliche Werke lesen</li> <li>9. <b>Happiness (Freude, Glück):</b> + Dinge tun, die erfüllend sind (fulfillment), die Spass machen (sex), die eine Richtung im Leben anzeigen (Arbeit), - vergnügliche aber illegale Aktivitäten</li> <li>10. <b>Kreativität:</b> + Dinge zum ersten mal ausprobieren, Malen, Musizieren, Modellieren etc., - Suche nach neuen/spannenden sexuellen Abenteuern</li> </ol> <p><small>Yates, P., Prescott, D. Building a better life., Safer Society Press. 2011</small></p>  |
| <p><b>Personelle Struktur</b></p> <p>Leitung Institut für Forensische Psychiatrie<br/>         Leitung Ambulanz Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie (1 VK)<br/>         Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie (1 VK)<br/>         Psychologische PsychotherapeutInnen (4 VK)<br/>         SozialpädagogInnen (2 VK)<br/>         Schreibdienst (1 VK)<br/>         Arzthelferin (0,9 VK)</p>   | <p><b>Behandlungsangebot der FTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung</li> <li>• Aufsuchende Arbeit, Krisenintervention</li> <li>• Medizinische Diagnostik (Labor) und Behandlung (Psychopharmaka, Hormonbehandlung u.ä.) auch jenseits des Leistungsspektrums der Krankenversicherung</li> <li>• Ambulante milieu- und soziotherapeutische Maßnahmen</li> <li>• Anlassbezogene Begleitung vor Ort</li> <li>• Beratung/„Clearingstelle“</li> </ul>  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Ziel der Behandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive engmaschige Verlaufsüberwachung</li> <li>• Überwachung der Einhaltung von Vorstellungs- und Therapieweisungen</li> <li>• Regelmäßige strukturierte Prognoseerstellung mit Risikoeinschätzung</li> <li>• Sicherstellung des Informationsaustausches mit Gericht, BewHi, FA-Stelle u.a.</li> <li>• Vernetzung mit Blick auf die Kriminalprognose</li> <li>• Risikomanagement</li> </ul> | <p><b>Kooperation schwierig, wenn:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unterschiedliches Verständnis von Schwerpunkten, Zielen und Prioritäten von Nachsorge</li> <li>• unterschiedliche Wahrnehmung von Bedarf (Behandlung, flankierende Maßnahmen, Weisungen?)</li> <li>• erprobtes Nachsorgekonzept vs. „keine Straftaten während der Haftzeit“</li> <li>• unterschiedliche Risikoeinschätzung</li> <li>• divergierendes Verständnis von Transparenz („Nebenabsprachen“ bzw. nicht kommunizierte Alleingänge)</li> <li>• Umgang mit Informationen (z.B. unkontrollierte u. unkommentierte Weitergabe von Gutachten, Behandlungsunterlagen etc. an zweckfremde Dritte)</li> </ul> <p>⇒ Vernetzung kostet mindestens Zeit und bindet Ressourcen</p> |
|---|---|

### 3. Forensische Nachsorge von Sexualstraftätern in der FTA



### 3. Forensische Nachsorge von Sexualstraftätern in der FTA



### 5. Fazit

#### Notwendige Fragen für Nachsorge als Krisenmanagement

- Was hat sich seit dem Delikt geändert?
- Welche Möglichkeiten bestehen, verbleibendes Risiko zu kontrollieren?
- Welche neuen Erfahrungen birgt die Freiheit/Haftentlassung?
- Verlässlichkeit und Verbindlichkeit der beteiligten Fachdienste?
- Wie kann man die praktische Situation aller Betroffenen verbessern?

#### Schlussfolgerungen

1. Mit der Entlassung werden intern entwickelte Konzepte über Gefährlichkeit auf Prüfstand gestellt
2. Nötige Verbindlichkeit muss sich im Alltag entwickeln/behaupten
3. Kooperation (Verbindlichkeit/Offenheit) sind unabdingbar für gemeinsam getragenen Konsens
4. Sehr unterschiedliche Unterstützungsbedarfe, von Monitoring bis Gruppentherapie
5. Wieviel Behandlung/wieviel Kontrolle ist wirksam?
6. Intensiv-Betreuung (Kommunikation, Kooperation, Koordination) des gesamten Nachsorge-Netzwerks («Helferkonferenz»)
7. Risikoeinschätzung → Prognosebildung → Risikomanagement

#### Praktisches Risikomanagement in der ambulanten Nachsorge

- Verknüpfung mit anderen Mitwirkenden im System:
  - Stützende äußere Alltagsstruktur organisieren bei fehlender innerer Struktur
  - Beziehungsangebot: verlässliche, kontinuierliche therapeutische Beziehung
  - Mit dem Patienten individuellen Risikofaktoren für Rückfall-szenario erarbeiten
  - Patienten befähigen, Weisungen einzuhalten und Verhalten selber aktiv zu kontrollieren – Krisenplan mit Rückfallvermeidung
  - Kontrolle, Medikation

■ **Dr. Tatjana Voss**  
**Forensisch-Theapeutische Ambulanz**  
**Institut für Forensische Psychiatrie**  
**Charité Klinik Berlin**  
**www.charite.de**  
**Tatjana.voss@charite.de**

## **Forum 12**

### **Tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Maßregelvollzug in einer Einrichtung der Behindertenhilfe – Erfahrungen aus dem Paulo-Freire-Haus Viersen**

**Uschi Brands<sup>1</sup> Doris Wandke, Paulo-Freire-Haus LVR-HPH-Netz West, Region Stadt Viersen**

Das Paulo-Freire-Haus (PFH) ist eine Tagesförderstätte im LVR-HPH-Netz West und bietet seit zehn Jahren auch geistig behinderten Maßregelvollzugpatienten der benachbarten Forensik - schon vor ihrer Beurlaubung und Entlassung - eine Tagesstruktur (Arbeit, Beschäftigung). Dabei handelt es sich um Menschen, die mit der Tätigkeit in der Arbeitstherapie der Klinik oder der hiesigen WfbM überfordert sind.

Am Beispiel einiger ausgewählter Klienten wollen wir darstellen, welche enorme Bedeutung die als Arbeit definierte, entlohnte Tagesstruktur für langjährig forensisch untergebrachte Menschen mit geistiger Behinderung hat, die in der Forensik zumeist ganz unten in der sozialen Hierarchie stehen. Hier geht es vor allem

- um die Förderung des Selbstwertgefühles und die Erfahrung, eine nützliche, als sinnvoll erfahrene Tätigkeit auszuüben,
- um einen Milieuwechsel im Sinne des Normalisierungsprinzips und die Schaffung eines außerforensischen Sozialraums,
- um Beziehungsaufbau und soziales Lernen außerhalb des forensischen Settings (incl. Rücksichtnahme auf und Fürsorglichkeit gegenüber Schwächeren),
- und um die Anbahnung einer nachforensischen Wohnperspektive in einer Einrichtung der Behindertenhilfe.

Wir wollen einen fachlichen Austausch darüber führen, was es an günstigen und ungünstigen Faktoren gibt und welche Rolle eine Tagesstruktureinrichtung im Gesamtzusammenhang einer Wiedereingliederung geistig behinderter Maßregelvollzug-Patienten spielt.

- **Uschi Brands  
Doris Wandke  
Paulo-Freire-Haus  
LVR-HPH-Netz West,  
Region Stadt Viersen  
[www.hph-netz-west.lvr.de](http://www.hph-netz-west.lvr.de)**

---

<sup>1</sup> Forum 12 wurde anstelle der erkrankten Uschi Brands durch Markus Kellmann (siehe auch Forum 7) moderiert.

### Forum 13

## Forensische Nachsorge aus der Sicht einer komplementären Einrichtung

Bruno Reinke, Bethel.regional, Fachkrankenhaus Kana, Bielefeld

Seit 8 Jahren arbeitet das Fachkrankenhaus Kana in der forensischen Nachsorge mit Klienten, die nach § 63 in einer forensischen Klinik untergebracht waren. Es handelt sich in der Regel um intelligenzgeminderte Klienten des WZFP Lippstadt, die im Status der Beurlaubung sind.

Um gerade diesen Klienten einen bestmöglichen „Start“ in die soziale Wiedereingliederung bieten zu können, ist eine enge Kooperation mit der abgebenden Forensischen Klinik unabdingbar, wobei diese während der Beurlaubungsphase die Fallverantwortlichkeit behält.

Ein durch Fortbildungen, Tagungen und Hospitationen geschultes Team der Komplementäreinrichtung betreut die Klienten in der Beurlaubungsphase, sowie nach der bedingten Entlassung.

Durch eine frühe Kontaktaufnahme sind Mitarbeiter der Komplementäreinrichtung (KE) ausführlich über das Delikt und der Prognose informiert, haben den Klienten in der forensischen Einrichtung sowie bei Besuchen des Klienten in der KE kennengelernt

Zwischen der abgebenden forensischen Klinik, der KE und dem Klienten wird ein individueller Betreuungs- und Krisenplan vereinbart. Ein Austausch zwischen Therapeuten und Mitarbeitern der Forensischen Klinik und Mitarbeiter der KE finden regelmäßig statt, begrenzende Maßnahmen können angepasst werden, Ziele neu definiert werden.

Ein Netzwerk aus Therapeuten der Forensischen Klinik, Bewährungs- und Führungsaufsicht und der KE bildet nach der Beurlaubungsphase (Bedingte Entlassung) den stützenden und verbindlichen Rahmen um schnell und frühzeitig in Krisen intervenieren zu können.

Die vernetzte systematische Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachkompetenzen, gesteuert durch die KE, sichert die therapeutische Behandlung und auch die notwendige Kontrolle der Klienten ab. Sie ermöglicht eine individuelle, auf den Hilfebedarf zugeschnittene therapeutische und pädagogische Planung, fördert einen passgenauen Übergang in die Gesellschaft.

### Forensische Nachsorge aus Sicht einer komplementären Einrichtung



### Fachkrankenhaus Kana

- Stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe
- 31 Plätze / 5 Wohngruppen
- Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Problemverhalten
- Fakultativ geschlossene Gruppe (bis zu 6 Plätze)
- Bis zu 6 Plätze forensische Nachsorge

|   |  |
|---|--|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel regional</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel</p> <h3><u>Rahmenbedingungen</u></h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forensische Patienten aus dem WZFP Lippstadt (Eickelborn), Gilead</li> <li>• Menschen mit einer Intelligenzminderung</li> <li>• Untergebracht im Maßregelvollzug (MRV) gem. §63 StGB/ vermindert/ Schulunfähig/ zeitlich unbefristeter Freiheitsentzug</li> <li>• Entlassung in die Langzeitbeurlaubung aufgrund eines richterlichen Beschlusses mit entsprechenden Weisungen</li> <li>• Status weiterhin Patient des MRV/ Finanzierung über den MRV</li> </ul> | <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel regional</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel</p> <h3><u>Voraussetzungen in der Einrichtung</u></h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitarbeiterschulungen, Fachfortbildungen/ Fachtagungen zu forensischen Themen</li> <li>• Hospitations- und Fortbildungsmöglichkeiten werden seitens des MRV angeboten. MA des MRVs und des FKH erleben in gegenseitigen Hospitationen den Betreuungsalldag</li> <li>• Interne Reflexion über Macht(mißbrauch), Auseinandersetzung mit dem doppelten Mandat zwischen Hilfe und Kontrolle, emotionale Abneigung gegenüber Patienten mit Tathintergrund schwerste sexuelle Übergriffe</li> </ul> |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel regional</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel</p> <h3><u>Voraussetzungen in der Einrichtung</u></h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ma müssen in der Lage sein, notwendige Kontrollen und begrenzende Maßnahmen durchzuführen. (hier unbedingte regelhafte Reflexion im internen Team, mit Kollegen aus dem MRV, mit Therapeuten und der Führungsaufsicht)</li> <li>• Konsequente Haltung in der Betreuungsbeziehung, die (trotzdem) von Interesse an diesen Menschen, von Respekt und Empathie getragen wird.</li> </ul>  | <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel regional</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel</p> <h3><u>1. Beurlaubungsphase FKH Kana</u></h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Übergang aus dem MRV</li> <li>• Vollständige, realistische Informationen über den Klienten: Vorgeschichte, Anlassdelikt, Störungsbild, Risikoeinschätzung, rechtliche Rahmenbedingungen, Auflagen und Weisungen sind bekannt und werden durch das Betreuungspersonal sichergestellt.</li> <li>• Pat. haben durch Besuche/ Therapiesitzungen das Wohn- und Betreuungsangebot kennengelernt</li> </ul>  |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel regional</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel</p> <h3><u>1. Beurlaubungsphase FKH Kana</u></h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwischen MRV und dem FKH Kana ist ein individueller Betreuungs- und Krisenplan vereinbart.</li> <li>• Zum Ende der Beurlaubungsphase Übergang in der Regel in die Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII, Führungs- und Bewährungsaufsicht steigen ein.</li> <li>• Übergang ist in unserem Setting unkritisch, da in der Regel die gerichtliche Weisung auf weiteres Wohnen in unserer Einrichtung erfolgt</li> </ul>                                 | <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel regional</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bethel</p> <h3><u>2. Nach der Beurlaubungsphase</u></h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung im Rahmen der Eingliederungshilfe</li> <li>• Erarbeitung einer Individuellen Hilfeplanung/ Teilhabeberatung</li> <li>• Ziel ist eine stufenweise Übernahme von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung im Kontext Weisungen und Auflagen des Gerichts/ Bewährungs-Führungsaufsicht</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
| <p>Bethel.regional</p> <p><u>2. Nach der Beurlaubungsphase</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sogenannte Helferkonferenzen (Therapeuten, forensischen MA aus Lippstadt, dem Bewährungshelfer/ der Führungsaufsicht, der Teilhabeberatung, ggf. den Kursbeamten der Kripo, dem Bezugsbetreuer und dem Patienten) finden regelmäßig oder nach Bedarf statt</li><li>• Vermittlung in andere Dienste</li></ul> <p>Bethel</p>                         | <p>Bethel.regional</p> <p><u>Zusammenfassung</u></p> <p>(1) Ein Netzwerk aus Therapeuten der Forensischen Klinik, Bewährungs- und Führungsaufsicht und des FKH Kana bildet nach der Beurlaubungsphase (Bedingte Entlassung) den stützenden und verbindlichen Rahmen um schnell und frühzeitig in Krisen intervenieren zu können.</p> <p>Bethel</p> |
| <p>Bethel.regional</p> <p><u>Zusammenfassung</u></p> <p>(2) Die vernetzte systematische Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachkompetenzen, gesteuert durch das FKH Kana, sichert die therapeutische Behandlung und auch die notwendige Kontrolle der Patienten ab. Sie ermöglicht eine individuelle, auf den Hilfebedarf zugeschnittene therapeutische und pädagogische Planung, fördert einen passgenauen Übergang in die Gesellschaft.</p> <p>Bethel</p> |  |

- **Bruno Reinke**  
**Bethel.regional**  
**Fachkrankenhaus Kana, Bielefeld**  
**Bethel.regional, Bielefeld**  
**www.bethel.de**

### **Forum 14**

## **Chancen und Grenzen präventiver Maßnahmen in der Unterstützung gewaltbereiter junger Erwachsener am Beispiel eines Berliner Wohnverbundes**

**Annette Helbig, Dorit Mechling, die reha e.V., Berlin**

Der Wohnverbund Pistoriusstraße in Berlin Weißensee bietet jungen Erwachsenen mit herausfordernden Verhaltensweisen Unterstützung im Wohnen und im Bereich Arbeit/ Beschäftigung. Wie es gelingt, gewaltbereite junge Menschen in die Angebote zu integrieren bzw. an welche Grenzen wir stoßen wollen wir unter der Betrachtung folgender präventiver Maßnahmen mit den Workshopteilnehmer/innen diskutieren:

Woher und wodurch kommen die jungen Erwachsenen mit herausfordernden Verhaltensweisen zu uns? Welche Gemeinsamkeiten haben sie? Wie schaffe ich es, dass der junge Mensch ankommt? An welche Grenzen stoße ich bei der Erhebung des Hilfebedarfs? Wie nehmen die Kunden die Betreuung an, was brauchen sie? Wie viele gewaltbereite junge Erwachsene verkraftet eine Gruppe? Welche (Freizeit)-angebote stoßen auf Interesse? Was bringen die Mitarbeiter/innen mit? Was bekommen sie zur Reflexion, zur Entlastung? Wie bekomme ich therapieresistente Menschen dazu, ihr Verhalten zu reflektieren? Welche Regeln brauchen wir? Wie gehen wir mit Regelverstößen um? Mit wem kooperieren wir? Welche Netzwerke haben wir aufgebaut? Wie bedeutsam ist es für die jungen Erwachsenen, eine sinnbringende Beschäftigung zu finden? Welche Rahmenbedingungen im Land Berlin erschweren die Arbeit? Wie reagieren Nachbarn? Sind Angehörige wichtig?

Drei Jahre Arbeit im 2009 neu gegründeten Wohnverbund liegen hinter uns mit Höhen und Tiefen. Wir laden Sie ein, diese Erfahrungen gemeinsam mit uns zu reflektieren und Ihre Erfahrungen in das Gespräch einzubringen, um Lösungsvorschläge zu erarbeiten, diesen gewaltbereiten Menschen mit Lernschwierigkeiten eine Chance zu geben, am Leben der Gesellschaft teilzuhaben und somit ein Leben im Maßregelvollzug abzuwenden.

*Verwiesen sei auch auf die Diskussionsbeiträge von Annette Helbig in der Abschlussdiskussion.*

■ **Annette Helbig**  
**Dorit Mechling**  
**die reha e.V., Berlin**  
**www.diereha.de**

**Forum 15**

**"Ich sage jetzt Bescheid, wenn ich ein Problem habe" - Forensische Nachsorge am Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde. Ein Fallbeispiel**

**Jacqueline Boulwood, Martin Gropius Krankenhaus, Eberswalde**

Die Klinik für forensische Psychiatrie am Martin Gropius Krankenhaus, Eberswalde, versorgt Patienten, welche nach den §§ 63 und 64 StGB untergebracht sind. Während die Gruppe der intelligenzgeminderten Patienten früher auf unterschiedlichen Stationen behandelt wurde, erfolgt ihre Behandlung hier seit 2010 durch zwei auf die spezifischen Belange dieser Patientengruppe ausgerichtete Stationen.

Die auf die Unterbringung folgende Nachsorge wird durch die Forensische Ambulanz des Hauses gewährleistet. Direkte Folge dieser Neustrukturierung war eine Zunahme der Anzahl von Patienten, welche heute aufgrund einer günstigeren Legalprognose in den Verantwortungsbereich der Forensischen Ambulanz übergeleitet werden können.

Die (Re)Integration in die Versorgungsstrukturen der regionalen Behindertenhilfe erfordert die besondere Berücksichtigung spezifischer Risikofaktoren sowie der individuellen Ressourcen des einzelnen Patienten. Gegenüber den Patienten bestehende Vorbehalte und Ängste der Mitarbeiter der Institutionen müssen hierbei berücksichtigt und durch eine kontinuierliche, durch Transparenz und Expertise der Forensischen Ambulanz geprägte Überleitung und anschließende Begleitung abgebaut werden.

Anhand einer Fallvignette wird versucht, dieses Vorgehen exemplarisch zu verdeutlichen.

|  |  |
|--|--|
|  <p><b>"Ich sage jetzt Bescheid, wenn ich ein Problem habe"</b></p> <p>Forensische Nachsorge am Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde. Ein Fallbeispiel.</p> <p>Dipl. Psych. Jacqueline Boulwood</p> <p>Martin Gropius Krankenhaus GmbH Eberswalde<br/>- Klinik für Forensische Psychiatrie -</p> |  <p><b>Robert Z.</b><br/><b>geb. 15.10.1987*</b></p> <p><b><u>Juristische Aufnahmesituation</u></b></p> <p>im MRV seit: 04.04.2007 (Alter: 19 Jahre)<br/>Juristische Grundlage: §§ 20, 63 StGB<br/>Delikt: Körperverletzung u.a.</p> <p><small>* Name und Geburtsdatum aus datenschutzrechtlichen Gründen verändert</small></p> |
|--|--|

|   |   |
|---|---|
| <h3 style="text-align: center;">Biographie</h3>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Herr Z. ist das einzige Kind seiner Eltern</li> <li>Die Mutter brachte zwei Halbgeschwister mit in die Ehe, Geschwister leben in Fremdbetreuung</li> <li>Beide Eltern sind Alkoholiker</li> <li>Zeitweise leben die Eltern getrennt, wobei der Vater stets Kontakt zu seiner Frau und seinem Sohn hielt</li> <li>Herr Z. ist seit seiner Geburt geistig behindert und wurde in die Förderschule für geistig Behinderte eingeschult</li> <li>Die Erziehung des Sohnes übernahm die Mutter. Sie konnte nicht angemessen mit der geistigen Behinderung ihres Sohnes umgehen.</li> <li>Sie setzte ihm kaum Grenzen und stellte die materiellen Zuwendungen in den Vordergrund ihrer Fürsorge.</li> <li>Kam sie seinen Wünsche nicht nach, reagierte Herr Z. darauf mit impulsiven Durchbrüchen. Herr Z. zeigte auch aggressive Verhaltensweisen gegenüber anderen Kindern</li> <li>Seit 1994 mehrfach Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken wegen Schwierigkeiten im Kindergarten. Bei aggressiven Impulsdurchbrüchen lief wurde Herr Z. teilweise zyanotisch und krampfte.</li> </ul> | <h3 style="text-align: center;">Biographie</h3>  <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Klinikaufenthalte:</u></li> <li><b>04.01.1994 bis 18.02.1994 (6 Jahre)</b><br/>Einweisung wegen Schwierigkeiten im Kindergarten- Diagnose: soziale Anpassungsstörung bei einem Jungen mit frühkindlicher Hirnschädigung und Zeichen geistiger Retardierung</li> <li><b>21.02.1994 bis 19.03.1994 (6 Jahre)</b><br/>Einweisung wegen Retardierungszeichen und Wutanfällen- Diagnose soz. Anpassungs- und Verhaltensstörung</li> <li><b>21.08.1995 bis 06.10.1995 (7 Jahre)</b><br/>Einweisung wegen aggressiver Verhaltensauffälligkeiten</li> <li><b>30.11.1998 bis 18.12.1998 (11 Jahre)</b><br/>Einweisung zur Krisenintervention- Herr Z. hat Kinder während eines Kuraufenthaltes bedroht</li> <li><b>04.10.1999 bis 25.11.1999 (12 Jahre)</b><br/>Einweisung wegen Tobsuchtsanfällen IQ 40</li> <li><b>12.02.2001 bis 06.04.2001 (13 Jahre)</b><br/>Einweisung wegen erheblicher Trotzphasen mit teils aggressiven Affektdurchbrüchen IQ 38</li> <li><b>04.02.2002 bis 08.03.2002 (14 Jahre)</b><br/>Einweisung wegen tobsuchtartiger Anfälle und körperlichen Aggressionen gegenüber der Kindsmutter</li> </ul> |
| <h3 style="text-align: center;">Biographie</h3>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Seit Beginn der Klinikaufenthalte wurde mit der Mutter in enger familiärer Zusammenarbeit Erziehungskonzepte erarbeitet und letztlich eine Unterbringung in einem Heim vorgeschlagen. Die Mutter lehnte diese Vorschläge durchweg ab.</li> <li>Zeitweise (2005) musste die Familie laut gerichtlichem Beschluss eine sozialpädagogische Familienhilfe in Anspruch nehmen, die aus Mangel an Mitwirkung nach 3 Monaten wieder eingestellt wurde.</li> <li>2006 wurde für Herrn Z. ein gesetzlicher Betreuer bestellt, dieser schlug ebenso eine Wohnheim vor.</li> <li>Letztlich besuchte Herr Z. für 1 ½ Wochen eine Behindertenwerkstatt, hatte dann aber keine Lust früh aufzustehen.</li> </ul>   | <h3 style="text-align: center;">Strafrechtliche Vorgeschichte</h3> <p><u>Auszug aus den Ermittlungsakten der Polizei</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>10.01.2005</b><br/>versuchter Diebstahl in besonders schwerem Fall- zum Tatzeitpunkt, den 11.11.2004, war Herr Z. <b>noch 16 Jahre alt</b>, sodass von der Verfolgung gemäß § 45 Abs. 1 JGG abgesehen worden ist</li> <li><b>05.02.2005 (17 Jahre)</b><br/>Randalieren in der Sparkasse- Herr Z. wurde mitgenommen und äußerte, dass es toll sei Polizeiauto zu fahren</li> <li><b>01.04.2006 (17 Jahre)</b><br/>Sachbeschädigung, Kellerfenster wurde von Herrn Z. eingeschlagen, hat sich von einem Mädchen dazu anstiften lassen</li> <li><b>21.04.2006 (17 Jahre)</b><br/>Blumen aus einem Pflanzentopf gerissen</li> <li><b>25.04.2006 (17 Jahre)</b><br/>Notrufnummer des Rettungsdienstes betätigt: Altersheim brennt, der Sachverhalt konnte nicht bestätigt werden;<br/>Verdacht des Verstoßes gegen das Waffengesetz: Hr. Z. gibt an, die Pistole aus Polen zu haben<br/>Gibt in der Vernehmung an, die Mutter geschlagen zu haben</li> </ul>  |
| <h3 style="text-align: center;">Strafrechtliche Vorgeschichte</h3> <p><u>Auszug aus den Ermittlungsakten der Polizei</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>14.05.2006 (18 Jahre)</b><br/>Selbstanzeige bei der Polizei, dass er Scheiben an einer Schule mit Steinen eingeworfen habe;<br/><u>Vermerk:</u> erweckte den Anschein, dass er im Mittelpunkt stehen möchte; solange er reden konnte, zeigt er sich freundlich und gut gelaunt, bei Kritik reagierte er patzig und mürrisch und zeigte gesteigerte Erregung</li> <li><b>18.05.2006 (18 Jahre)</b><br/>Missbrauch von Notrufen- teilte mit, dass mehrere Personen geschlagen werden</li> <li><b>20.05.2006 (18 Jahre)</b><br/>Fensterscheiben einer Schule mit Steinen- kehrte an den Tatort alkoholisiert(1,00%), durchnässt und unterkühlt zurück- stat. Aufnahme wurde vorgenommen<br/>19.05.- 22.05.2006 Fensterscheiben eines Autohauses eingeschlagen- Herr Z. entschuldigte sich beim Besitzer</li> <li><b>31.05.2006 (18 Jahre)</b><br/>Sachbeschädigung in der Sparkasse; Papierkorb umgestoßen; gegen Bierwagen getreten, Fahrradständer an die Wand gestoßen- Kein Alkohol getrunken</li> </ul>  | <h3 style="text-align: center;">Strafrechtliche Vorgeschichte</h3>  <ul style="list-style-type: none"> <li><b>07.06.2006 (18 Jahre)</b><br/>Verdacht: Missbrauch des Notrufes (Vater hätte epileptischen Anfall, was nicht bestätigt werden konnte); Aussage Hr. Z.- er habe sich um seinen Vater gesorgt</li> <li><b>08.07.06 (18 Jahre)</b><br/>Missbrauch von Notrufen- Feuer gemeldet, was vor Ort nicht bestätigt werden konnte</li> <li><b>11.11.2006 (19 Jahre)</b><br/>Hr. Z. wollte mit einem mitgebrachten Schlüssel einen Anhängerwagen aufschließen, ein zeuge verwies ihn des Ortes, dann zog Hr. Z. einen pistolenähnlichen Gegenstand heraus und gab sich als Kripo aus, anwesende Leute sagten, er solle sich wegscheren, dann rief er die Polizei an und gab an geschlagen worden zu sein</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p><b>Alle Verfahren wurden wegen Schuldunfähigkeit eingestellt.</b><br/>Herr Z. äußerte, dass er zu einem Teil angestiftet worden sei, ein anderer Teil sei aus Wut geschehen.</p> </div>  |

|  |  |
|--|--|
| <h3 style="text-align: center;">Tatablauf</h3>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am Abend des 22.03.2007 trafen sich zwei junge Männer und Herr Z. im Heizungskeller seines Wohnhauses. Diese beiden Männer hatte er einige Zeit zuvor im Jugendclub kennengelernt.</li> <li>• Sie verabredeten sich für den nächsten Morgen , um „eine Oma“ zu überfallen. Am nächsten Morgen trafen sich die Drei. Nachdem sie einige Zeit vergeblich gewartet hatten, weil keine ältere Dame auf der Straße entlangging, erblickten sie gegen 8.45 Uhr die später Geschädigte. Herrn Z. wurde von einem Kumpel die schwarze Maske übergeben, in die ein Schlitz für die Augen hineingeschnitten war. Nach Aufforderung zog sich Herr Z. die Maske über den Kopf und setzte sich eine Kapuze auf. Herr Z. und die beiden Anderen einigten sich, dass Herr Z. der Frau hinterher gehen und deren Plastikbeutel wegnehmen sollte. Die anderen beiden Männer wollten in einer anderen Straße auf Herrn Z. warten.</li> <li>• Die Frau schöpfte Verdacht und flüchtete vor dem Beschuldigten, bevor der Beschuldigte sie erreicht hatte.</li> <li>• Weil einer der Männer darüber verärgert war, reichte er Herrn Z. ein Messer und forderte ihn auf, einen Autoreifen zu zerstechen. Herr Z. kam der Aufforderung nach und zerstach den hinteren linken Reifen eines PKW.</li> </ul> | <h3 style="text-align: center;">Tatablauf</h3>  <p><u>2 weitere Delikte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am 04.06.2006 entblößte Herr Z. seinen erigierten Penis vor zwei Frauen und manipulierte daran.</li> <li>• Am 31.03.2007 forderte Herr Z. seine Mutter auf ihm Geld zu geben. Als diese das ablehnte, stieß Herr Z. sie heftig gegen die Brust und drohte ihr „Wenn Du mir kein Geld gibst, schlage ich Dich tot.“ Der Konflikt konnte erst durch die Polizei beendet werden, die Herrn Z. in Gewahrsam nahmen.</li> </ul>  |
| <h3>Diagnose</h3>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlichen Verhaltensauffälligkeiten die Behandlung erfordert ICD-10 F71.1 (IQ zwischen 41-53)</li> <li>• Alkoholmissbrauch ICD- 10 F10.1</li> <li>• Nichtorganische Enuresis ICD-10 F98.0</li> <li>• Multiple Sprechstörung</li> </ul> <p><b>Medikation: keine</b></p>  | <h3>Psychopathologischer Befund bei Aufnahme</h3>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungepflegter Zustand</li> <li>• Sprache war verwaschen, kaum verständlich</li> <li>• Nässte ein</li> <li>• Fand schnell Kontakt zum Personal, zeigte sich bedürftig und interessiert</li> <li>• War zu Ort, Zeit, Situation und Person vollständig orientiert</li> <li>• Stimmung war freundlich und ausgeglichen</li> <li>• Affekt flach, wenig moduliert</li> <li>• Keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen</li> <li>• Konzentration war leicht vermindert, Auffassung eingeschränkt</li> <li>• Analphabet</li> </ul>  |
| <h3>Stationärer Verlauf</h3>  <p><u>Aufnahmestation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wurde von intellektuell überlegeneren Patienten unter Druck gesetzt, und tätlich angegriffen</li> <li>• Um in Patientengemeinschaft integriert zu werden übernahm Herr Z. unkritisch deren Vorschläge und griff z. B. einen Mitpatienten mit der Kleiderstange tätlich an</li> <li>• Sprach auf unterstützende Haltung des Personals positiv an</li> <li>• Konnte dadurch sich gegenüber den Eltern besser abgrenzen, verbesserte die Körperhygiene und nahm an strukturierenden Fördermaßnahmen regelmäßig teil</li> <li>• Therapie erfolgte verhaltenstherapeutisch, war aber durch Intelligenzminderung nur eingeschränkt umsetzbar- <b>zeitnahe Verlegung</b></li> </ul> <p><u>Langzeittherapiestation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus lag auf soziotherapeutischen Maßnahmen</li> <li>• Es erfolgte ein Nachreifungsprozeß beim Patienten</li> <li>• Zeigte Fortschritte im moralischen Urteilen und im Umgang mit Problemen</li> </ul>   |  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezog vermehrt Stellung und vertrat diese gegenüber Anderen</li> <li>• Sprach offen über seine Straftaten, wobei die Auseinandersetzung mit seinen Delikten durch seine eingeschränkten kognitiven Möglichkeiten begrenzt war- es erfolgte eine ehrliche Auseinandersetzung und eine Veränderungsmotivation war erkennbar</li> <li>• Ließ sich taufen, als symbolischer Akt zur Abgrenzung gegenüber seinem früheren Leben</li> <li>• Pfliegte sexuelle Kontakte zu Mitpatienten, wobei unklar blieb, ob dies nicht ein Verhalten aufgrund mangelnder Abgrenzungsfähigkeit war</li> </ul> <p><u>Resozialisierungsplanung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund einer sexuellen Beziehung zu einem Mitpatient war Herr Z. zwiespältig den Vorbereitungen gegenüber eingestellt</li> <li>• Fühlte sich nicht ausreichend ernst genommen und reagierte mit erheblichen Erregungszuständen- endete im selbstgewählten Krisenzimmeraufenthalt am 05.05.2010</li> <li>• Nach räumlicher Abgrenzung zum Freund, konnte sich Herr Z. auf die Planung der Langzeitbeurlaubung einlassen und trennte sich etwas später von seinem Freund</li> </ul> |

**Resozialisierung**

- **Integration in eine WfBM 2 Monate vor Einzug in die stationäre Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung**
- WfBM war erstes „Übungsfeld“ im Umgang mit Anforderungen, Kontaktaufnahme, eigene Grenzsetzung und Gestaltung von Beziehung
- Herr Z. konnte mit Unterstützung die Anforderungen, wie z.B. frühes Aufstehen, pünktlicher Arbeitsbeginn, selbständiger Weg zur Bushaltestelle bewältigen und sich den Rahmenbedingungen der WfBM anpassen
- Baute Kontakt zu Mitbeschäftigten auf und entwickelte Interesse an Frauen
- **05.01.2011 Einzug in die stationäre Wohneinrichtung**

**Unterstützungsbedarf bei der weiteren Resozialisierung**

- in alltäglicher Lebensplanung und -gestaltung
- Bei Gestaltung sozialer Beziehungen
- Bei Abgrenzung gegenüber manipulativ auf ihn einwirkenden Personen
- Begriffe wie Freundschaft, Verlieben, partnerschaftliche Beziehungen, Sexualität sind noch vermengt und müssen durch Erfahrungen mit Bedeutung gefüllt werden

**Zielstellungen für Probebeurlaubung in stationärer Wohneinrichtung**

- schrittweise Ablösung vom stationären Behandlungssetting unter Aufrechterhaltung eines straffreien Lebens
- Reintegration in gesellschaftliches Leben im Rahmen einer betreuten Einrichtung
- Entwicklung von Selbstwirksamkeitserleben
- Aufbau förderlicher sozialer Beziehungen sowie eines tragfähigen Helfernetzwerkes
- Einbindung in tagesstrukturierende Maßnahmen und Aktivitäten
- Berufliche Tätigkeit in einem geschützten und betreuten Bereich (WfBM)
- **Erhöhung der Eigenständigkeit und Verringerung der Betreuungsintensität im Verlauf eines längerfristigen Prozesses**

**Regeln und Vereinbarungen bei Antritt der Probebeurlaubung (Hilfe- und Krisenplan)**

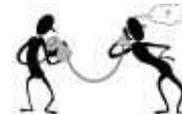
- Einhaltung der Hausordnung der Wohneinrichtung
- Einhaltung des Abstinenzgebotes und bei entsprechenden Kontrollen mitzuwirken
- Alle Aktivitäten außerhalb der Wohneinrichtung nur in Begleitung durch Mitarbeiter der Einrichtung
- Keine Auszahlung von Taschengeld (kein Verhältnis zum Geld)
- Kein Besitz eines Mobiltelefones (diente der Abgrenzungsfähigkeit, speziell gegenüber den Eltern)
- Regelmäßiger Gesprächskontakt zwischen Patient und Mitarbeiter der Einrichtung (1x täglich)
- Weitere berufliche Integration in WfBM
- Regelmäßiger telefonischer Austausch zwischen Mitarbeitern der Einrichtung, WfBM und Klinik (1x wöchentlich) und alle 3 Monate Helferkonferenz
- Hausbesuche durch Klinik 1x wöchentlich mit anschließendem Gespräch mit Mitarbeiter der Einrichtung und Patient

**7 Verhaltensregelungen für in Symboldarstellung (als Karte laminiert ausgehändigt)**

1. Ich kann mich von anderen abgrenzen und nein sagen.



2. Ich hole mir Hilfe, wenn es schwierig wird.



3. Ich halte die vereinbarten Wege und Zeiten ein.



4. Ich werde keinen Alkohol trinken.



5. Ich bin auf dem Handy erreichbar und kann selbst anrufen.



6. Ich betrete Haus 32 nicht.



### Wünsche/ Ziele für weitere Entwicklung

- Wöchentliche Auszahlung Taschengeld
- Kauf eines Handy's und Erlernen der Handhabung
- Wäschewaschen lernen
- Teilnahme Discobesuch
- Teilnahme Gottesdienst in Begleitung im Nachbarort
- Selbstständige Ausgänge im Wohnort
- Teilnahme Gruppenfahrt
- Hausbesuch bei den Eltern
- Praktika WfBM
- Teilnahme Sportangebot/ Lauftraining WfBM
- Erlernen des Lesens der Uhr
- Selbstständiger Tabakeinkauf
- Bessere Terminorganisation (Entwicklung Symbolkalender)

die anschließenden 1 1/2 Jahre

- Selbstständige Fahrten in nächstgrößere Stadt
- Kochen lernen
- Teilnahme Seminar „Partnerschaft und Sexualität“
- Selbstständige Teilnahme Gottesdienst am Wohnort
- Selbstständige Fahrten zur Klinik
- Selbstversorgung
- Selbstständige Fahrten zum Bewährungshelfer
- Wöchentliche Auszahlung Verpflegungsgeld
- Fahrrad fahren lernen

**Fernziel: eigene Wohnung mit ambulanter Betreuung**

### Netzwerkpartner und deren Koordination

- Stationäre Wohneinrichtung
  - WfBM
  - Gesetzlicher Betreuer
  - Sozialpsychiatrischer Dienst
  - Bewährungshilfe ab Entlassung
- 

**Helferkonferenz**

### Helferkonferenz- WER sollte WARUM teilnehmen?



### Herrn Z.'s Entwicklungsschritte ab Probebeurlaubung

**Nach den ersten 3 Monaten**

- ✓ Auszahlung Taschengeld 2x wöchentlich je 5,00€
- ✓ Erlernen des Wäschewaschens
- ✓ Teilnahme Discobesuch in Begleitung Wohneinrichtung
- ✓ Lauftraining WfBM
- ✓ Hausbesuch Klinik auf 14tägig erweitert
- ✓ Handykauf und Üben der Handybenutzung
- ✓ selbstständige Ausgänge am Wohnort mit Handyaushändigung (mit Wegetraining)
- ✓ Uhr lesen lernen

**nach dem 1. Jahr**

- ✓ begleiteter Hausbesuch bei den Eltern
- ✓ Kochtraining
- ✓ Ausgangszeiten von Robert werden an allgemeine Hausordnung angepasst
- ✓ unbegleitete Ausgänge in nächst größere Stadt incl. Zugfahrt (mit Wegetraining)
- ✓ selbstständiger Tabakeinkauf
- ✓ Erstellung Symbolkalender (Verbesserung der terminlichen Organisation)
- ✓ Aushändigung Handy für 24h
- ✓ Beginn Schulunterricht 1x wöchentlich- Lesen, Schreiben, Rechnen
- ✓ Teilnahme an WfBM- Seminar „Partnerschaft und Sexualität“
- ✓ Besuch des Gottesdienstes am Wohnort (zunächst in Begleitung)
- ✓ Unbegleitete Ausgänge zum Gottesdienst am Wohnort

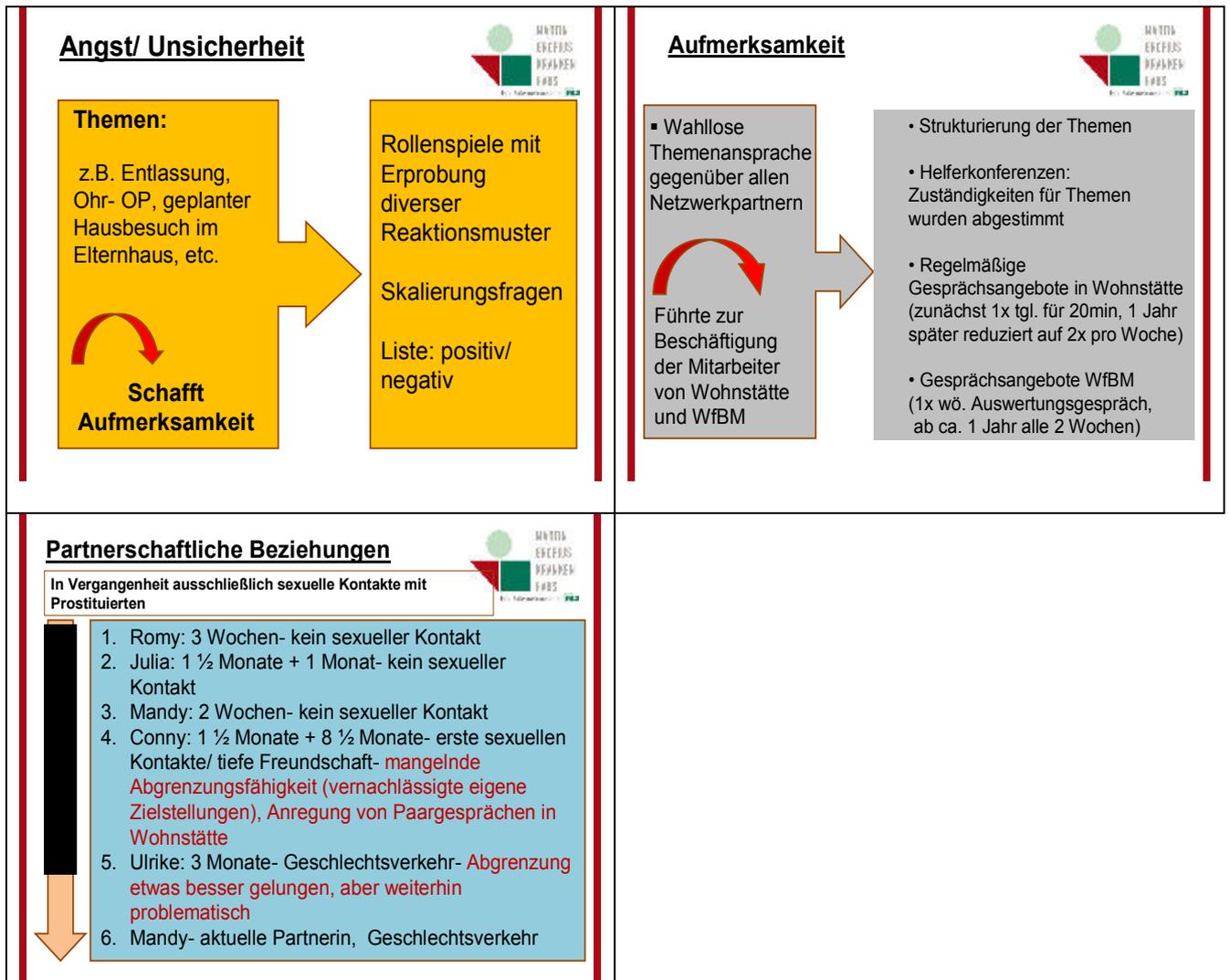
**Nach dem 2. Jahr**

- ✓ Telefonkontakte zwischen Klinik und WfBM auf alle 2 Wochen reduziert
- ✓ Beginn Selbstversorgung- Erstellung Einkaufsliste anhand einer selbsterstellten Bilderbroschüre
- ✓ Anregung der bedingten Entlassung und Vorstellung Bewährungshilfe
- ✓ Umzug ins Selbstversorger- Haus der Wohneinrichtung
- ✓ **Mai 2012: bedingte Entlassung, 5 Jahre Führungsaufsicht**
- ✓ WfBM- Heranführung an die Bedienung technischer Geräte (z.B. Rasenmäher)
- ✓ selbstständige Besuche bei der Bewährungshilfe
- ✓ Beginn Selbstversorgung
- ✓ Tabak in Eigenverantwortung im Zimmer
- ✓ 1. Bewohnerurlaub (Dank finanzieller Unterstützung einer Stiftung)
- ✓ Üben von Zahlen und Rechnen in Wohnstätte 2x wöchentlich

**Noch offene Ziele**

- unbegleitete Ausgänge in die Klinik
- Fahrradfahren lernen
- wöchentliche Auszahlung des Verpflegungsgeldes

|  |  |
|--|--|
| <h3>Problematische Themen</h3>   | <h3>Aufbau stabiler sozialer Beziehungen</h3> <p>mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und negative Einflüsse durch soziales Umfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zunächst nur Kontakt zu weiblichen Bewohnerinnen hergestellt</li> <li>1. Kontakt zu männlichem Bewohner- selbst als problematisch eingeschätzt, aber ambivalent</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kochtraining und gemeinsame Freizeitaktivitäten in der Einrichtung: nach ca. 1 Jahr guten Kontakt zu männlichen Bewohnern aufgebaut</li> <li>Regelaufstellung Herr Z.: gegenseitiges Zimmerverbot- Abgrenzung erfolgreich hergestellt</li> </ul>   |
| <h3>Kontakt Elternhaus</h3> <p>hoch konflikthafte Konstellation, die u.a. zu mindestens einer Straftat führte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beide Elternteile alkoholabhängig</li> <li>Mutter, zentrale Figur der Familie, akzeptierte die Abnabelung ihres Sohnes nicht</li> <li>Regelmäßige konflikthafte Situationen am Telefon</li> <li>Herr Z. wünschte wiederholt Kontaktabbruch</li> <li>Vater besuchte Herrn Z. in regelmäßigen Abständen vor Ort- Mutter nie</li> </ul> <p>12/ 2011: Schlaganfall der Mutter : Führt zu „Entspannung“ der Situation, lebt aktuell im Pflegeheim</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mai 2012: Vater erklärte die Mutter für Tod- Info nach 4 Wochen, dass Mutter doch lebt</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Telefonate ausschließlich über Einrichtungsapparat</li> <li>1. Hausbesuch seit Unterbringung: April 2011 in Begleitung- Fazit von Robert: Hausbesuche zukünftig nur in Begleitung und Wohneinrichtung wird neue Heimat</li> <li>kurzzeitiger Kontaktabbruch zwischen Herrn Z. und Vater</li> <li>gelungene Krisenintervention durch tägl. Gespräch in Wohneinrichtung</li> </ul> | <h3>Abbau von Anspannungszuständen</h3> <p>Aggressivität führte zu Straftaten</p> <p><b>Auslöser:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Liebeskummer</li> <li>Loyalität</li> <li>Ärger/ Wut</li> </ol> <p><b>Reaktionen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sozialer Rückzug</li> <li>Nahrungsverweigerung</li> <li>schlug mit der Faust auf Steine ein</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>regelm. Gesprächsangebote (z.T. täglich)</li> <li>Kommunikationsbasis seiner sozialen Kontakte erarbeitet</li> <li>Wochenplan mit Gesichterkarten erarbeitet (WfBM)</li> </ul> <p><b>alternative Reaktionen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Musik hören</li> <li>Joggen</li> <li>Malen</li> <li>gezielte Kontakte zu Mitbewohnern suchen</li> </ul> |
| <h3>Erhaltung der Alkoholabstinenz</h3> <p>Diagnose Alkoholmissbrauch</p> <p><b>Angst vor Rückfall</b></p> <p>Animation im Supermarkt durch andere Kunden und freikäuflichen Alkohol</p> <p>Reaktion Herr Z.= Absicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>WfBM: Desinfektionsmittel benannt- wurde ausgetauscht</li> <li>lies Mitarbeiter Lebensmittel auf alkoholische Substanzen prüfen (z.B. Schokolade)</li> <li>bat um Alkometerkontrollen auch nach Entlassung</li> </ul>   | <h3>Offene Themen</h3>   |



■ **Jacqueline Boulwood**  
**Forensische Ambulanz**  
**Martin Gropius Krankenhaus**  
**Eberswalde**  
**www.mgkh.de**  
**Boulwood.mrv@mgkh.de**

## Perspektiven für Menschen mit Behinderung im Maßregelvollzug

### Abschlussrunde mit Vertreter/innen aus DHG, Behindertenhilfe und Maßregelvollzug

Zusammenfassung von Monika Seifert



#### Teilnehmer/innen (von links nach rechts)

- ANNETTE HELBIG, Bereichsleiterin Behindertenhilfe im Verein die reha e.V., Berlin
- WERNER THIELEMANN, Pädagogischer Leiter der Vitos-Heilpädagogische Einrichtung Haina
- DR. MONIKA SEIFERT, Vorsitzende der DHG, Berlin (Moderation)
- DR. KARL KREUTZBERG, Chefarzt im Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin
- Gerd Hoehner, Amt für den Maßregelvollzug, Landschaftsverband Rheinland, Köln
- PROF. DR. FRIEDRICH DIECKMANN, Katholische Hochschule NRW, Münster, Fachbereich Sozialwesen; stellvertretender Vorsitzender der DHG

#### **Einstieg: Fernsehbeitrag von Donau TV vom 29. Oktober 2012 über ein Urteil des bayrischen Verwaltungsgerichtshofs**

Im Urteil des bayrischen Verwaltungsgerichtshofs vom 18. Oktober 2012 wird einer privaten Behinderteneinrichtung in Bayern untersagt, Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Aufenthalt in

einer forensischen Klinik aufzunehmen und ihnen Chancen zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu eröffnen – obwohl der Träger bereits jahrelange Erfahrung mit diesem Personenkreis hat. Zur Begründung heißt es, dass es sich beim Maßregelvollzug um eine hoheitliche Aufgabe handele, die nicht von privatrechtlichen Trägern übernommen werden dürfe. Zuvor gab es erhebliche Bürgerproteste gegen die Aufnahme von

ehemaligen Straftätern in der Behinderteneinrichtung.

Mit Bezug auf den Fernsehbeitrag stellt Herr **Hoehner** vom Amt für den Maßregelvollzug beim Landschaftsverband Rheinland klar, dass zwischen bundesgesetzlichen und landesgesetzlichen Regelungen der Maßregel zu unterscheiden ist: Die Aufnahme und Beendigung der Maßregel sind in § 63 und § 64 StGB bundesgesetzlich geregelt; die Durchführung der Maßregel unterliegt landesgesetzlichen Regelungen. Hier gibt es Länder, die ein Maßregelvollzugsgesetz gemacht haben (z. B. NRW), und Länder, die kein entsprechendes Durchführungsgesetz haben (z. B. Bayern) und die Maßregel in Anwendung der Psychisch-Kranken-Gesetze zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus durchführen. Die Durchführungsgesetze der Länder sind hinsichtlich der Anwendungsgrenzen unterschiedlich. Grundsätzlich können hoheitliche Aufgaben (wie Maßregelvollzugsaufgaben und Psychisch-Kranken-Gesetze) in entsprechenden Einrichtungen durchgeführt werden. Die staatliche Aufgabe ist aber nicht ohne Weiteres delegierbar. So habe z. B. der Bundesgerichtshof bestätigt, dass eine hoheitliche Aufgabe wie z. B. der Justizvollzug nicht einfach in private Trägerschaft gegeben werden kann. Zu den im Fernsehbeitrag thematisierten Bürgerprotesten merkt Herr Hoehner an: „Es gibt immer wieder das Problem, dass Einrichtungen z. B. im Rahmen der Betreuung von Maßregelvollzugspatienten, die noch nicht entlassen, aber beurlaubt sind, in solche Konflikte geraten, wenn das öffentlich bekannt wird. Aber Gerichte, die dann einer Einrichtung eine beurlaubende Betreuung verboten hätten, sind mir nicht bekannt.“

## Umgang mit Ängsten der Bevölkerung

Herr **Thielemann**, Leiter der heilpädagogischen Einrichtungen in Haina, plädiert dafür, Strukturen zu schaffen, die Vertrauen bei der umliegenden Bevölkerung erzeugen. Beispiel Haina: „Haina ist eine Gemeinde, in der die forensische Klinik angesiedelt ist, auch die benachbarten Einrichtungen. Es gibt eine psychiatrische Klinik, es gibt unsere heilpädagogische Einrichtung, ein weiteres Wohnheim. Das ist so eine kleine Insel für sich. Während an anderen psychiatrischen Standorten und forensischen Standorten in Hessen Forensik-Beiräte gegründet werden mussten, war das in Haina weniger ein Problem. Dort besteht unter der Bevölkerung ein recht großes Vertrauen gegenüber den Einrichtungen, den Einrichtungsleitungen, angefangen bei der forensischen Klinik. Es ist nicht auszuschließen, dass es dort in größeren Abständen auch mal Entweichungen von Patienten gibt, aber grundsätzliche Probleme mit der Bevölkerung gibt es dort nicht. Darüber hinaus haben wir als heilpädagogische Einrichtung seit der Gründung vor 23 Jahren versucht, auch die Struktur der Einrichtung zukunftsorientiert zu gestalten. Wir haben Zug um Zug die seinerzeit noch in Betrieb befindlichen psychiatrischen Gebäude auf dem Zentralgelände verlassen, haben Außenwohngruppen in den umliegenden Ortschaften gegründet und haben da sehr viel Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Die Personen, die aus der forensischen Klinik in unsere heilpädagogische Einrichtung entlassen worden sind in diesen vielen Jahren, die verteilen sich ein Stück weit über alle Wohngruppen, also auch über die Wohngruppen, die in anderen Ortschaften liegen. Da diese Zahl aber relativ gering ist und wir diese Personen eigentlich auch ganz gut in die Wohngrup-

pen integrieren konnten, habe ich das bisher nicht als zentrales Problem oder als besondere Aufgabenstellung empfunden, über ein normales Maß hinaus Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Was ich zumindest für meinen Fall sagen kann, ich kann das aber auch für die anderen Kollegen der anderen heilpädagogischen Einrichtungen sagen, dass eine gewisse Toleranz gegenüber der Arbeit der Einrichtung vorhanden ist und diese Einrichtung nicht im Fokus der Öffentlichkeit steht. Die allgemeine Wahrnehmung ist: Da ist eine Einrichtung, die betreibt im Schwerpunkt die Versorgung von Personen mit besonders hohen Unterstützungsbedarfen. Da sind zwar forensische Patienten mit drunter oder ehemalige forensische Patienten, aber im Vordergrund steht eben diese Aufgabe, Personen mit besonderen Unterstützungsbedarfen. Und mit dieser Zielsetzung, mit dieser Aufgabe gehen wir eben auf die Bevölkerung zu und kommunizieren mit der Bevölkerung, versuchen Öffentlichkeit darzustellen. Also das Kriterium Forensik steht in diesen Einrichtungen nicht so sehr im Vordergrund.“

### **Menschen mit Behinderung im Maßregelvollzug**

Nach Einschätzung von Herrn **Dr. Kreutzberg**, Chefarzt im Berliner Krankenhaus für den Maßregelvollzug, ist die Unterbringung von straffällig gewordenen Menschen mit Behinderung in Einrichtungen des Maßregelvollzugs eine Fehlplatzierung: „Es ist ja nicht umsonst so, dass sich die Einrichtungen der Behindertenhilfe von den psychiatrischen Kliniken differenziert haben. Das ist eine wohltuende Differenzierung, weil man in diesen Einrichtungen den Klienten gerechter werden kann als in unseren Ein-

richtungen. Da täuschen auch Spezialstationen nicht drüber hinweg. Das Milieu ist einfach geprägt durch 60 - 75 % schwerstkranker schizophrener Patienten, die sich im allgemeinspsychiatrischen Setting oftmals als Systemsprenger erwiesen haben oder deren Erkrankungen so schwer sind, dass sie da nicht mehr behandelt werden können und selbst weiterführende Einrichtungen für sie nicht bestehen. Das prägt natürlich das Milieu einer solchen Einrichtung und das ist von einem lebensaufbauenden Milieu ressourcenorientierter Arbeit Lichtjahre entfernt. Von daher bin ich ein vehementer Vertreter, dort differenzierende Institutionen zu schaffen, wo man auch mit dem entsprechenden interdisziplinären Arbeiten letztendlich das schafft, was wir immer einzelfallbezogen mit unseren Klienten zu schaffen versuchen: Ihnen nämlich sozusagen eine neue Lebensmöglichkeit draußen zu schaffen. Wir verfolgen dabei das Modell „Tue Gutes und sprich nicht darüber.“ Denn Sie können sich vorstellen, wie die Gazetten auf die entsprechenden Einrichtungen reagieren, wenn sie signalisieren, dass dort forensische Patienten untergebracht werden. Dann findet jeder seinen Kiez absolut verteidigungswert und muss sofort durch den Bezirksbürgermeister die Ziehbrücken hochziehen lassen oder die Anwohner fürchten um die Preise ihrer Grundstücke – und das ist immer ein ganz zauberhaftes Argument, was natürlich ideologisch immer verbrämt wird. Wenn sie mich gefragt hätten, was ist für uns das Fazit? Das Fazit ist natürlich, dass wir auch aus unserer zurückgezogenen Verteidigungshaltung rausgehen müssen und mit Ihnen als Verbündete für unsere Patienten Lebensmöglichkeiten im Einzelfall draußen schaffen müssen – bis meine Vision vielleicht in Erfüllung geht, dass man Spezialeinrichtungen für geistig behinderte Menschen

schaft und ihnen da gerecht werden kann.“

Herr **Hoehner** sieht in der Positionierung von Herrn Dr. Kreuzberg Parallelen zur bundesweiten fachlichen Diskussion. Er verweist darauf, dass der Landschaftsverband Rheinland bereits vor 30 Jahren die Langzeitbereiche für geistig Behinderte aus den Landeskliniken in die damaligen heilpädagogischen Heime ausgegliedert hat – mit nachhaltig positiver Wirkung: „Was wir zur Zeit diskutieren, das ist die Frage: Kann man eigentlich eine solche Systemveränderung auch im Maßregelvollzug durchführen? Das Problem scheitert im Moment noch daran, dass in der bundesgesetzlichen Regelung der § 63 StGB ausdrücklich vorschreibt, dass jemand in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen wird. Das ist ja im Grunde genommen auch richtig. Nur in aller Regel ist es so, dass auch intelligenzgeminderte Menschen nach einer gewissen psychiatrischen Behandlungszeit eine andere Betreuung brauchen. Da müsste man schauen, wie das geht. Das ist innerhalb des Systems Psychiatrie meiner Überzeugung nach zwar nicht unmöglich, aber das stößt an bestimmte Systemgrenzen.“

### **Therapeutische Ansätze im Maßregelvollzug**

Herr **Prof. Dieckmann** von der Katholischen Hochschule NRW, Münster, hebt hervor, dass im Vergleich mit der Allgemeinpsychiatrie einige forensische Kliniken sehr spezifische Therapieprogramme im Hinblick auf Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt haben – allerdings stünden dort auch Ressourcen zur Verfügung, über die sich Einrichtungen außerhalb der forensischen Psychiatrie

freuen würden, die durch adäquate Begleitung gefährdeter Menschen zu verhindern suchen, dass sie „forensisch“ werden. In einigen forensischen Kliniken gebe es ein Know-how in der deliktspezifischen Bearbeitung in der Therapie, das die Behindertenhilfe unbedingt nutzen sollte. Für die Wiedereingliederung seien jedoch auch viele deliktunspezifische Faktoren wichtig: „Mir wurde das bei Besuchen auch immer wieder berichtet, dass es oft Menschen sind, die vor ihrem Sozialisationshintergrund auch die einfachsten basalen Fertigkeiten in der Selbstpflege, in der Kommunikation, in hauswirtschaftlichen Bereichen nicht mitbringen.“ Das sollte stärker als Teil des therapeutischen Konzeptes gesehen werden und sich auch in der Orientierung des Personals niederschlagen. Gegenwärtig habe das psychiatrische Personal in der Begleitung der forensischen Patienten eine Schlüsselposition. Die Mitarbeit von Heilerziehungspflegern, aber auch Heilpädagogen im therapeutischen Team würde eine Menge Know-how einbringen, um im Sinne der alten Förderplanung zum Kompetenzaufbau beizutragen. In manchen psychiatrischen Krankenhäusern ist es bereits gelungen, Heilpädagogen in therapeutischen Teams und Heilerziehungspfleger im Pflegepersonal zu integrieren. In diesem Zusammenhang sieht Herr Prof. Dieckmann auch in der Ausbildung von Pflegern, auch an Fachhochschulen, Handlungsbedarf: „Wir haben schon überlegt ob es da nicht auch Kombinationen zwischen Heilpädagogik, Pädagogik und Pflege geben könnte in der Ausbildung, um da ein spezifisches Know-how aufzubauen.“

Auch hinsichtlich des Milieus, in dem die Menschen nicht nur therapiert werden, sondern einen Großteil ihres Lebens verbringen, manche sogar ihr ganzes restliches Leben, sei über Veränderungen nachzudenken: „Wie kann man da eine

Struktur schaffen, die etwas stärker dem normalen Alltag außerhalb entspricht. Aber selbst wenn man eine spezifische Psychiatrie für Menschen mit geistiger Behinderung hat, ist das so meilenweit entfernt von der Alltagswelt, dass man auch sagen muss, man verlernt in diesem Aufenthalt viele Dinge, die man später erst wieder braucht. Ich glaube, da kommt man auch an Grenzen in so einem forensischen Setting.“

Im Bereich von Arbeit und Beschäftigung sollte die Zusammenarbeit mit den Werkstätten für behinderte Menschen oder anderen Möglichkeiten am Arbeitsmarkt verbessert werden: „Ich habe manchmal den Eindruck, dass man immer alles Therapie nennt in diesem Krankenhausbereich, dass das vielleicht auch nicht immer hilfreich ist, sondern dass es häufig darum geht, auch einen Alltag zu simulieren oder auszuführen, der in vielen Dingen dem, was draußen da ist, ähnelt.“ Darüber hinaus sollte die Wiedereingliederung oder Ausgliederung aus der forensischen Psychiatrie konkret vorbereitet werden, so seien die Erfolgsaussichten größer.

Das Behandlungsprogramm für Patienten mit Minderbegabung und Verhaltensstörungen, das im Berliner Krankenhaus für den Maßregelvollzug praktiziert wird, enthält nach Aussage von Herrn **Dr. Kreuzberg** eine gewisse Art von Alltagssimulation. Dabei könne aber nicht außer Acht gelassen werden, dass man sich in einem psychiatrischen Krankenhaus befindet: „Ich bleibe dabei, dass das, was wir auf individueller Ebene an Förderung herbeiführen können bei den Patienten, bei Weitem nicht das ist, was wir in anderen Settings mit ihnen erreichen könnten. Da ist eine Ressourcenverschwendung. Das hängt mit strukturellen Geschichten zusammen, das hängt

aber auch damit zusammen, dass eine solche Abteilung eben eingegliedert ist in einen größeren psychiatrisch gedachten Zusammenhang, und aus dem lässt es sich letztendlich nicht herauslösen. Das heißt, die 70 % der schwerst-psychisch Kranken und Schizophrenen bilden den Schwerpunkt in solchen Abteilungen, und die anderen Patienten werden da zwar nach Kräften gefördert, aber ich schätze meine Kräfte da durchaus auch realistisch ein und sage, sie werden da nicht gut genug gefördert. (...) Bei uns ist alles Therapie. Für die Gestaltung des Lebens haben wir in unseren Abteilungen – das muss man bei den Verweildauern auch sehen, in die wir über die Jahre hineingewachsen sind – dafür haben wir kein lebensbegleitendes und kein Biographie begleitendes Konzept, was zur Zeit tragfähig genug wäre, um einen Alltag über fünf bis sieben Jahre sinnvoll zu gestalten. Und das gilt sowohl für unsere psychiatrischen Patienten als auch für unsere Kunden mit geistiger Behinderung, mit denen wir auch viel zu hilfreich und zu hospitalisierend umgehen im Grunde genommen. Es ist ja nichts arbeitsaufwändiger als einem Menschen nicht zu helfen und abzuwarten, bis er eben zu einer Selbsthilfe heranreift. Und diese Herausforderung, die kann man nicht in einem Setting machen, in dem man beide Patientengruppen dann noch in unterschiedlichen Gewichtungungen parallel behandelt.“

### **Herausforderungen für die Nachsorgeeinrichtungen**

Bundesweit ist es schwierig, Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Aufnahme von Menschen aus dem Maßregelvollzug zu gewinnen. Ursachen dafür liegen in fehlenden Erfahrungen im Umgang mit diesem Personenkreis und in unzureichenden Rahmenbedingungen,

insbesondere bei Trägern mit überwiegend ambulant betreuten Wohnformen. Frau **Helbig**, Bereichsleiterin beim Berliner Träger die reha e. V., erläutert: „Hier ist der Sprung natürlich noch viel größer, als wenn man nach dem Maßregelvollzug über den geschlossenen in den offenen Bereich wechseln kann. Darüber hinaus ist ein großer Unterschied zu sehen, ob die Patienten, die dann bei uns zum Kunden werden, zunächst im Beurlaubungsstatus zu uns kommen, um sich zu erproben, oder ob sie direkt entlassen sind. Wir haben deutlich bessere Erfahrung gemacht, wenn es diese Erprobungsmöglichkeit gibt, weil wir insbesondere einen Personenkreis unterstützen, der sehr jung ist und auch an der Grenze zur leichten Intelligenzmindering, zur Lernbehinderung sich bewegt, und wir sehr gut arbeiten können mit den Auflagen, die es im Beurlaubungsstatus gibt und den deutlichen Konsequenzen, die wir sonst mit unseren Regeln nicht so nahe bringen können.“

Seit 2009 unterstützt der Träger in einem Wohnverbund mehrere Menschen im Beurlaubungsstatus. Zwei konnten im Rahmen der Nachsorge über das stationäre Wohnen bis hin ins betreute Einzelwohnen begleitet werden. Deutlich schwieriger sei es bei direkt entlassenen Menschen: „Wenn es dann zu erneuten Delikten kommt, die aber nicht schwer genug sind, um wieder strafrechtlich verfolgt zu werden, wie Diebstahl oder Belästigung der Nachbarschaft. Wir arbeiten sehr sensibel mit der Nachbarschaft und versuchen eine Akzeptanz für unsere Einrichtung zu erreichen. Und wenn dann solche Straftaten in der Nachbarschaft wieder passieren und sich die Ängste gerade bei Familien mit Kindern wieder verstärken, dann haben wir die Situation, dass dieses mühsam aufgebaute Vertrauensverhältnis wieder eingeschränkt ist.“

Trotz der positiven Erfahrungen in der Begleitung von Menschen im Beurlaubungsstatus wurde dem Träger inzwischen von Seiten der zuständigen Berliner Senatsverwaltung verboten, den Personenkreis weiterhin zu betreuen: „Bei einer angemeldeten Heimaufsichtsbegehung wurde uns ein Mangel beschieden, weil wir einen Kunden hatten, der im Beurlaubungsstatus war. Es wurde so begründet, dass die Kostenübernahme nach § 63 StGB durch das Krankenhaus des Maßregelvollzugs übernommen wurde und dass dieser Mensch darum keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe hat. Dabei war er sehr wohl ein Mensch mit „klassischer“ geistiger Behinderung.“

### Personelle Bedingungen

Die personellen Rahmenbedingungen in den Heilpädagogischen Einrichtungen Haina sind auf Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf ausgerichtet, darunter auch ehemalige oder aktuelle forensische Patienten. Nach Einschätzung von Herrn **Thielemann** entspricht die Personalausstattung jedoch in den meisten Gruppen nicht den Anforderungen an die Begleitung dieses Personenkreises: „Wir haben einen hohen Frauenanteil (ohne jetzt geschlechterspezifisch eine Diskussion hier aufzumachen) und es kommen ja durchaus auch Sexualdelinquenten auf uns zu. Und wenn Sie sich vorstellen, dass in einer Wohngruppe am Tage vielleicht doch nur eine Fachkraft ist und vielleicht zeitweise an verschiedenen Tagen nur eine Hilfskraft und Sie diskutieren, auch unter Begleitung der Kollegen aus der Forensik, die mögliche Aufnahme eines forensischen Patienten mit einem sexualdelinquenten Hintergrund, dann kann es schon vorkommen, dass dort die Teams, die ‚unglücklicherweise‘ nur Frauen haben, Ängste entwickeln,

weil dieses Haus auch nicht zentral mit anderen Häusern eng zusammensteht, sondern aufgrund unserer ansatzweise dezentralisierten Struktur sich etwas einsam fühlt. In einem konkreten Fall ist sind wir dann gemeinsam auf eine andere Wohngruppe zugegangen, wo der Anteil an männlichem Personal höher ist, und die haben diesen jungen Mann dann aufgenommen. Der hat auch mühelos den ganzen Entlassurlaub überstanden, ist seit einigen Jahren entlassen und steht weiterhin unter Führungsaufsicht.“

## Finanzierung

Nachdrücklich weist Herr **Thielemann** darauf hin, dass die forensischen Kliniken bundesweit massive Probleme haben, Nachsorgeeinrichtungen für die Patienten mit geistiger Behinderung zu finden: „Die stehen quasi auf der Matte und können nicht raus. Und da gibt es Überlegungen, ob nicht eine zusätzliche sogenannte ‚heilpädagogische Station‘ aufgemacht wird für solche, die eigentlich in Entlassurlaub gehen und eventuell entlassen werden könnten. Es gibt keine Behinderteneinrichtungen, die das leisten können. Wir haben in Hessen die Situation, dass die Anzahl stationärer Plätze gedeckelt ist. Und da kommen wir in diese Gesamtdiskussion Inklusion/Ambulantisierung rein. Ich kann natürlich den Kostenträger verstehen, den Landeswohlfahrtsverband, wenn sie meinen, wir deckeln zunächst mal die stationären Plätze, versuchen damit einen gewissen Druck auch auf die Träger auszuüben, dass sie eine höhere Anzahl ambulantisieren, dadurch wieder stationäre Plätze freischaufeln, um da wieder von oben dann die Personen aufnehmen zu können, die auf stationäre Plätze angewiesen sind. Ich halte das persönlich für eine etwas illusorische Vorstellung. Der Bedarf an stationären Plätzen nimmt

zu und diejenigen, die in erster Linie da hinten runter fallen, sind nämlich die forensisch relevanten Patienten – ganz zu schweigen, dass es neben den forensischen Patienten auch Personen mit ganz hohen Hilfebedarfen gibt, die im Moment auch Plätze in diesen Einrichtungen suchen, wie wir sie betreiben. Da müssten auf politischer Ebene Entscheidungen getroffen werden, die sich mit der Frage beschäftigen: ‚Wie kann man einerseits die Forensik entlasten und wie kann man andererseits Behinderteneinrichtungen, die vielleicht interessiert sind, Strukturen, Konzepte zu entwickeln für forensische Patienten, wie kann man diese Behinderteneinrichtungen ausstatten?‘ Wir wissen, dass die Versorgung in der Forensik doch einen größeren Umfang hat, während Behinderteneinrichtungen, die interessiert sind, von den Kostenträgern nicht einmal ansatzweise mit so etwas ausgestattet werden. Also diese Kostendiskussion, die müsste man auf relativ hoher Ebene, auf ministerieller Ebene führen. Da müssen auch die Verbände versuchen, etwas zu bewegen, wenn man etwas bewegen will! Ich befürchte nur, und da werde ich jetzt wieder so ein bisschen traurig, das wissen wir alle, aber es tut ja im Moment keiner was. Und das hat Hintergründe.“

Frau **Helbig** ergänzt, dass in Berlin nach erfolgter Umstellungsbegutachtung Kunden mit geringer intellektueller Beeinträchtigung und besonderem psychosozialen Unterstützungsbedarf, die in Teilbereichen ihre Dinge sehr selbstständig erledigen können, eine sehr niedrige Hilfebedarfsgruppe bzw. Leistungsgruppe haben, auch die Menschen, die aus der Forensik kommen: „Das heißt, dass wir nicht nur nicht mehr bekommen für die schwierige Unterstützung dieser ehemaligen Patienten, sondern eher noch weniger. Wir haben auch das große Problem, dass sich das auch auf die Beschäftigung

überträgt, dass der Mensch, der sozusagen im Wohnheim eingestuft wird automatisch dann auch seine Hilfebedarfsgruppe für das Beschäftigungsangebot weg hat. Menschen, die einen sehr hohen Hilfebedarf haben, stehen nur sehr wenige Minuten zur Verfügung. Und sehr wenige Minuten heißt eine sehr, sehr schlechte Personaldecke. Wir bräuchten wirklich ganz andere Rahmenbedingungen, um diesem Personenkreis gerecht zu werden.“

Herr **Prof. Dieckmann** warnt davor, eine Diskussion ‚ambulant oder stationär‘ mit der Frage der Betreuung von ehemals forensischen Patienten zu vermischen: „Es gibt grundlegende inhaltliche Gründe, warum wir versuchen, das Hilfesystem seit Jahrzehnten in Deutschland umzubauen, z. B. finanzielle Gründe. Aber wir haben auch sehr viele Bestrebungen, wo wir jetzt auch den Zwischenbereich zwischen ambulant und stationär erschließen, wo wir die Aussicht haben, dass wir in einigen Jahren diese Unterscheidung auch gar nicht mehr haben. Und was sich heute im ambulanten und stationären Bereich tummelt, das ist ja teilweise sozusagen deckungsgleich.“ Ein wichtiger Faktor in der gesamten Diskussion sei das gestiegene Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung: „Was ja in der Öffentlichkeit wenig diskutiert sind, sind die steigenden Kosten der forensischen Psychiatrie. Wenn man mal die Kosten pro Platz in der forensischen Psychiatrie nimmt, dann sind das enorme Summen, die da ausgegeben werden. Und Mitarbeiter sagen mir, zumindest das ist auf Dauer gar nicht so darstellbar. Im Justizministeriumsetat in NRW ist das ein Riesenbatzen, der in diesen Bereich hineinfließt. Und ein bisschen wehre ich mich natürlich auch, dass diese Kosten sozusagen jetzt abgewälzt werden sollen auf die kommunale Ebene.“

Das kann ich verstehen, dass da die Kommunen sagen: Halt, wir sind eigentlich nicht unbedingt dazu da, Probleme des Landes zu lösen, die die Länderebene eigentlich finanzieren muss. Und man muss ja doch sehen, wenn es gelingt, frühzeitiger aus der forensischen Psychiatrie auszugliedern, sind das doch auch erhebliche Ersparnisse, die da vollzogen werden. Das spart den Ländern doch enorm Geld.“

## Prävention

Großer Handlungsbedarf besteht auch bei der Prävention delinquenten Verhaltens, insbesondere bei jungen Erwachsenen mit besonderem psychosozialen Unterstützungsbedarf. Frau **Helbig** hat eine Konzeption für die Arbeit mit diesem Personenkreis entwickelt: „Wir sind über LOTSE, das ist die Berliner Wohnvermittlung für Menschen mit Behinderung, auf das Projekt ‚Work and Box Company‘ in Taufkirchen bei München hingewiesen worden, die mit straffälligen Jugendlichen arbeiten, überwiegend ohne Intelligenzminderung. Es ist eine Einrichtung, wo die Jugendlichen sozusagen noch mal als Auflage bekommen: entweder Knast oder dieses Projekt durchzuführen. Und wir waren da sehr begeistert, zumal uns auch Menschen, die selbst die Maßnahme durchlaufen haben, dort Rede und Antwort standen. Zum Beispiel ein junger Mann, der meinte, nur weil einer wirklich drei Wochen lang jeden Morgen um sechs kam und geklingelt hat und sich nicht hat abschrecken lassen, sondern immer weiter dran geblieben ist, hat er es geschafft, diese Maßnahme zu bestehen. Wie oft geben wir viel zu früh auf? Wie oft sagen wir: Ach, der ist nicht da, der hat keine Motivation, der wirkt nicht mit. Das war eine wesentliche Erkenntnis. Und wir dachten, wir versuchen, dieses Projekt auch für

die jungen Menschen, insbesondere für die jungen Männer mit Intelligenzminde- rung nach Berlin zu übertragen. Wir ha- ben dann einen Fachbeirat gegründet mit LOTSE, mit Frau Dr. Voss von der foren- sisch-therapeutischen Ambulanz, mit einem Jugendrichter und Vertretern komplementärer Einrichtungen und ha- ben ein Konzept entwickelt, was wir kürzlich auch dem Senat vorgestellt ha- ben. Die haben gesagt, das ist ein tolles Projekt, aber wenn die Menschen doch nicht klassisch geistig behindert sind, sondern eher lernbehindert, dann sind wir ja nicht zuständig. Es gibt sozusagen für dieses Projekt keinen Leistungstyp.

Unser Konzept ist sehr anspruchsvoll und braucht natürlich auch eine enge fachlich qualifizierte Personaldichte. Ziel ist: Er- halt des Wohnplatzes und Integration in eine Art von Beschäftigung, also in eine Art von externer Beschäftigung, entwe- der Nachholen von Schulabschlüssen oder Ausbildung oder auch Arbeitsplätze entweder in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, aber auch durch unter- stützte Beschäftigung auf dem allgemei- nen Arbeitsmarkt. Wir haben das Projekt "Handschlag" genannt, also wirklich sich drauf einlassen auf ein Projekt, wo sie diese Maßnahme zwei bis drei Jahre durchführen, bis zur Vermittlung in Ar- beit oder in Ausbildung. Ein Teil des Pro- jekts beinhaltet die Arbeit im Boxing, nicht als Sportmaßnahme. Es geht dabei um Nähe-Distanz und darum, in Eskala- tionssituationen das Gespräch zu suchen. Was macht jetzt den Ärger aus? Sie ha- ben auch handwerkliche Angebote, wei- terhin Sport, auch therapeutische Ange- bote. Also eine gute Mischung. Und für jeden läuft dann wirklich eine Akquise, für jeden Einzelnen wird geguckt, was kann für ihn oder sie die geeignete Be- schäftigung sein. Das sind so ganz grob die Inhalte. Alle finden das Konzept sehr

gelingen, nur leider keiner finanziert es bisher."

### **Anregungen für die weitere Ar- beit der DHG**

Herr **Prof. Dieckmann:** „Was ich sehr beeindruckend fand, wir haben von Sozia- lraumorientierung und ein bisschen von Inklusion gesprochen, was kann das für diesen Personenkreis heißen? Heute gab es auch ein paar Stimmen, die gesagt haben, das sollte die DHG auch mal rea- listisch betrachten, auch wirklich in den Fokus nehmen, an der Tagung ist es vielleicht zu wenig vorgekommen. Und es gibt ja einige Einrichtungen, die sich auf den Weg gemacht haben, die sehr eng mit der forensischen Psychiatrie zu- sammenarbeiten, die vielleicht auch Al- ternativen entwickeln können, dass man gar nicht in die Forensik als Einrichtung gehen muss. Das sollten wir als DHG uns mal genauer anschauen, auch unter dem Aspekt der Lebensqualität. Es geht ja hier letztendlich immer um die Lebens- qualität der Betroffenen, was hat das für Vorteile, das vielleicht in der Öffentlich- keit deutlicher darzustellen – und zwar nicht mehr nur als Einzelprojekte, son- dern im Grunde als Lösung, die man rou- tinemäßig gibt, wo es Vernetzungen gibt, die einfach Alltag, zur Routine, zur Selbstverständlichkeit werden und die nicht auf Initiative von einzelnen Perso- nen nur angewiesen sind.“

Herr **Hoehner:** „Ich will den Aspekt der Öffentlichkeitsarbeit herausgreifen. Ich möchte die Gesellschaft und auch die Einrichtungen auffordern, diese Aufga- benstellung offensiv in der Öffentlichkeit zu vertreten. Wir haben in NRW mit der Einrichtung von Forensik-Beiräten, die im Gesetz auch vorgesehen sind, eine Institution in den letzten zwölf Jahren

entwickelt, die die Bürger eines Standortes in die Beratung und auch in die Vorbereitung und in die Klärung von Krisensituationen mit einbezieht. Das hat erhebliche Arbeit am Anfang gekostet, aber letztendlich ist das die Akzeptanzarbeit, von der jetzt auch zum Beispiel die Maßregelvollzugskliniken in kritischen Fällen wirklich auch leben. Ich kann nur raten, diese Aufgabe offensiv zu vertreten, um gar nicht erst unter irgendwelchen, sage ich mal deutlich, Etiketten so eine Art von Schmuggeltätigkeit zu machen. Man muss dann die Arbeit in den Gremien mit der Bevölkerung eine Zeitlang durchhalten, dann wird das erfolgreich.“

Herr **Dr. Kreuzberg**: „Wofür ich mich bedanken möchte, ist natürlich einerseits die Einladung, andererseits die Gewogenheit, die ich auf Ihrer Seite unserer Arbeit gegenüber gespürt habe – eine ausgestreckte Hand, das hat man als forensischer Psychiater in diesem Leben nicht so häufig. Wir sind auf Ihre Gewogenheit angewiesen. Wir müssen den Kontakt zu Ihnen intensivieren, das nehme ich mit und auch als Auftrag. Mein Wunsch wäre, dass Sie mir zu guten forensischen Patienten verhelfen. Das sind Patienten, die nicht bei mir aufgenommen werden und die ich zu Ihnen entlassen kann. Das heißt, dass ich Sie bitten würde, die drei Kernbereiche der Prophylaxe vielleicht doch mal konzeptionell etwas aktiver ins Auge zu fassen. Es ist der Bereich der Sexualität – jeder Sexualstraftäter weiß ungefähr seit seinem zwölften bis vierzehnten Lebensjahr, dass er einer wird, bei den Entwicklungsretardierten natürlich ein bisschen später. Wir wissen davon zu wenig. Gucken Sie bitte auf den Bereich der Sucht – das was sozial akzeptiert ist, ist nicht das, was für unsere Klientel das Richtige ist. Und seien Sie so nett, auf den Be-

reich der aggressiven Sozialisation auch ein Auge zu werfen – nicht alles, was männlich ist, ist auch gut, und was übermännlich ist, ist garantiert schlecht und führt natürlich auf ganz schräge Wege. Das ist kein Zufall, dass 80 bis 90 % der Strafgefangenen Männer sind und 80 bis 90 % der Maßregelvollzugspatienten Männer sind. Was identifizieren wir als den stärksten Risikofaktor: natürlich das männliche Sexualhormon Testosteron. Damit muss der Mensch umgehen lernen. Und wir haben es alle besser geschafft als unsere Klienten und Kunden. Wehret den Anfängen, pflege ich da zu sagen, und begrüße von daher alle Projekte, die sich mit der Prophylaxe dieser Verhaltensweise beschäftigen.“

Herr **Thielemann**: „Die Aufnahme forensischer Patienten in einem Entlassurlaub und mit Perspektive auf eine Entlassung hin hat sich für uns eigentlich immer als eine positive Form des Arbeitens herausgestellt in den letzten Jahren. Wo wir auch gemeinsam mit der Forensik sehr erfolgreich waren, hängt vielleicht mit unserem Kerngeschäft zusammen, dass wir fast ausschließlich Personen mit sehr hohen Hilfebedarfen versorgen in überwiegend stationären Betreuungsformen. Wir nehmen häufig Personen auf, die aus ganz, ganz schwerwiegenden Konflikten zu uns kommen mit völlig desaströsen Persönlichkeitsstrukturen und Sozialisationsproblemen, wo wir ganz viel Energie aufwenden müssen, diese Verhaltensweisen einigermaßen überhaupt zu kanalisieren, irgendwie zu begleiten. Es kommt häufig zu unangenehmsten Randerscheinungen. Dem gegenüber ist die Zusammenarbeit mit der Forensik so gestaltet, dass die forensischen Patienten, die zu uns kommen, schon durch eine harte psychiatrische forensische Schule gegangen sind, aber oftmals schon hochgradig strukturiert. Sie müs-

sen als Einrichtung nichts weiter tun als auch einen guten Rahmen zu bilden, gut ausgebildete konsequente Mitarbeiter dort anzubieten. Dann haben Sie überwiegend keine größeren Probleme mit diesen forensischen Patienten. Deswegen mein Aufruf an diejenigen, die sich damit beschäftigen: Probieren Sie es mal, gehen Sie auf ihre benachbarte Forensik zu, probieren Sie es mal aus, Sie werden sehen, Sie können erfolgreich sein.“

Frau **Helbig**: „Ich wünsche mir für die Zielgruppe eine Lösung, für die wir uns insbesondere durch die Fachgruppe sehr aktiv eingesetzt haben, die im Bereich der Grenzbegabung, der sogenannten Lernbehinderung sich bewegen mit diesen ganzen zusätzlichen psychischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten, Bindungsstörungen, Entwicklungsverzögerungen. Sie haben einen hohen Bedarf, sie sind ganz, ganz stark an der Teilhabe beeinträchtigt, wie es unsere Sozialgesetzgebung ja auch hergibt. Aber man muss sie immer stigmatisieren mit dem Stempel "geistige Behinderung", auch wenn sie vielleicht mal grad geschafft haben, einen IQ von 75 zu erreichen. Sehr oft hat unserer Erfahrung nach ein Mensch mit einem etwas höheren IQ eine deutlich erswertere Teilhabe am Leben der Gemeinschaft als der, der möglicherweise mit einem IQ von 60 oder 65 sich ganz gut in der Gesellschaft integrieren kann. Also für diese Menschen, die zum Teil auch aus der Forensik zu uns kommen, wünschen wir uns Lösungen, dass wir sozusagen nicht immer uns verbiegen müssen, die Menschen stigmatisieren müssen, sondern dass wir sie unterstützen dürfen, wie auch jetzt ganz akut, dass eine Regel gefunden wird, dass dieses (glaube ich doch) Missverständnis, dass wir Menschen im Beurlaubungsstatus nicht weiter ein Angebot machen können, doch

zwischen dem Krankenhaus des Maßregelvollzugs und der Heimaufsicht und der Senatsverwaltung geregelt werden kann. Ansonsten gäbe es in Berlin noch weniger Möglichkeiten, diese Menschen wieder zu sozialisieren.“

**Moderatorin:** Damit sind wir am Ende unserer Fachtagung angekommen. Ich bedanke mich sehr herzlich bei allen, die mitdiskutiert haben. Ich denke, dass es uns gelungen ist, erste Brücken zu einander zu bauen, und dass allen klar geworden ist, nur gemeinsam können wir diese schwierige Aufgabe lösen. Die DHG wird überlegen, inwieweit sie diesen Prozess unterstützen kann, damit der Dialog zwischen uns, der heute teils begonnen, teils fortgesetzt wurde, auch künftig Bestand haben wird.

- **Annette Helbig**  
Bereichsleiterin Behindertenhilfe  
im Verein die reha e.V., Berlin  
[www.diereha.de](http://www.diereha.de)
- **Werner Thielemann**  
Pädagogischer Leiter der  
Vitos-Heilpädagogische Einrichtung Haina  
[www.vitos-haina.de](http://www.vitos-haina.de)
- **Dr. Karl Kreutzberg**  
Chefarzt im Krankenhaus  
des Maßregelvollzugs Berlin  
[www.berlin.de/kmv](http://www.berlin.de/kmv)
- **Gerd Hoehner**  
Amt für den Maßregelvollzug  
Landschaftsverband Rheinland, Köln  
[www.lvr.de](http://www.lvr.de)
- **Prof. Dr. Friedrich Dieckmann**  
Katholische Hochschule NRW,  
Münster, Fachbereich Sozialwesen;  
stellvertretender Vorsitzender der DHG  
[www.katho-nrw.de/muenster](http://www.katho-nrw.de/muenster)
- **Dr. Monika Seifert**  
Vorsitzende der DHG, Berlin  
[www.dhg-kontakt.de](http://www.dhg-kontakt.de)



## Nachlese

### Maßregelvollzug – Herausforderungen für die Behindertenhilfe

Es scheint ein Nischenthema zu sein – aus juristischer Sicht, aus medizinischer bzw. psychiatrischer Sicht und aus Sicht der Heilpädagogik bzw. Behindertenhilfe. Und doch ist es ein Thema, das Professionelle in unterschiedlichen Arbeitsfeldern betrifft und herausfordert. „Es geht um Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug – eine grenzüberschreitende Thematik von herausfordernder Relevanz.“ So stellte es Dr. Monika Seifert, Vorsitzende der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG), in ihrer Begrüßung zur Fachtagung der DHG Anfang Dezember 2012 dar. Zu dieser Fachtagung konnte die DHG über 200 Teilnehmer in der Katholischen Akademie in Berlin begrüßen, die sich gemeinsam mit Referenten bei Plenumsvorträgen und in Arbeitsforen über ganz unterschiedliche Erfahrungen und Probleme im Themenfeld austauschten.

Die DHG thematisiert seit jeher Fragen nach geeigneten Hilfskonzepten für Menschen mit geistiger Behinderung mit speziellen Hilfebedarfen, insbesondere auch im Schnittfeld von Psychiatrie und Behindertenhilfe. Die Situation strafrechtlich verurteilter Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug in forensischen Einrichtungen hat in der öffentlichen und fachlichen Diskussion bislang noch wenig Aufmerksamkeit erfahren. Dabei wird inzwischen davon ausgegangen, dass bei einem hohen Anteil (bis zu 30 Prozent) der in den forensischen Kliniken untergebrachten Menschen sogenannte intellektuelle Minderbegabungen oder mentale Beeinträchtigungen vorliegen. Es ist längst überfällig, sich auch in der Behindertenhilfe den Belangen dieses Personenkreises im

Schnittfeld von forensischer Psychiatrie, Justiz und Behindertenhilfe zu stellen. Hierzu gab die Fachtagung im Tagungszentrum Katholische Akademie Berlin-Mitte weitere Impulse.

Einen besonderen Akzent innerhalb der Themenpalette der Fachtagung setzte die Vorstellung der Expertise. Professor Weber, Ev. Hochschule Darmstadt, skizzierte dazu in seinem Eröffnungsvortrag einen Problemaufriss rund um den Personenkreis Menschen mit geistiger Behinderung und delinquentes Verhalten. Zu ausgewählten Problemfeldern im Kontext des Maßregelvollzugs zählte er besonders die lange Verweildauer, konzeptionelle Uneinheitlichkeiten, das Primat der ärztlichen Gesichtspunkte und die Nachsorge. Am Schluss der Tagung verdeutlichte Weber in einem weiteren Vortrag besondere Handlungsbedarfe und Empfehlungen, die in der nun vorliegenden Expertise weiter ausgeführt sind. Dabei geht es u. a. um Probleme rund um den Diskurs zum Maßregelvollzug, um die Problematik einer einheitlichen Terminologie und Sprache, um konzeptionelle Weiterentwicklungen in Diagnostik, Therapie und Behandlung, um konzeptionelle Weiterentwicklungen in der Nachsorge, um den Reformbedarf im Strafvollzugsgesetz sowie um die Beschreibung von Eckpunkten einer unterstützenden Prophylaxe.

In den Arbeitsforen diskutierten die Teilnehmer u. a. über Organisationsformen und Strukturen im Maßregelvollzug bzw. der Nachsorge, über therapeutische Zugänge, über emotionale und soziomoralische Kompetenzen beim Personenkreis sowie über Chancen und Grenzen präventiver Maßnahmen. Schwerpunkte in den Diskussionen bildeten immer wieder problematische Aspekte rund um Sexualdelikte.

In einer abschließenden Podiumsdiskussion wurden besondere Spannungsfelder im gesamten Themenspektrum und Unterschiedlichkeiten in der Bewertung und Einschätzung

## Forum Strafvollzug

Zeitschrift für Strafvollzug  
und Straffälligenhilfe

Heft 1 · Jan./Febr. 2013 · 62. Jahrgang

von Rahmenbedingungen und Perspektiven artikuliert und verdeutlicht. Dennoch wurde die dabei von Dr. Karl Kreutzberg, ärztlicher Leiter der Abteilung für forensische Psychiatrie im Krankenhaus für den Maßregelvollzug Berlin, formulierte Einschätzung einer Fehlplatzierung des Personenkreises Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug einhellig von den Podiumsteilnehmern unterstützt.

Weitere Informationen zur Fachtagung sowie Bestellmöglichkeiten der 70-seitigen DHG-Expertise unter: [www.dhg-kontakt.de](http://www.dhg-kontakt.de)

Dr. Werner Schlummer, Köln

# 10 | RECHT UND SOZIALPOLITIK

LEBENSHILFE-ZEITUNG  
1/2013

## Eine abgeschlossene Welt

Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug von Ulrich Niehoff

Wenn Menschen mit geistiger Behinderung ein Verbrechen begehen, dann kommen sie nicht ins Gefängnis. Sie werden in einer besonderen Abteilung eines Krankenhauses eingesperrt. Wie es ihnen dort geht, darüber sprachen jetzt Fachleute auf einer Tagung:

Wie sieht der Alltag von Menschen, die im Maßregelvollzug in einer forensischen Abteilung eines Psychiatrischen Krankenhauses leben, aus? Bei diesen Menschen handelt es sich zum Beispiel um geistig behinderte Straftäter, die nach Paragraf 63 des Strafgesetzbuches als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig angesehen werden, und für die eine solche Unterbringung vom Gericht angeordnet ist.

Zwischen den Zielen einer inklusiven Gesellschaft und der Realität liegen hier noch Welten. Freiheit und Gemeindegliederung sind bei geistlich angeordneter Unterbringung gegen den Willen einer Person per Definition extrem beschnitten. Es ist nur eine kleine Zahl von Menschen mit geistiger Behinderung davon betroffen, aber auch eine geschätzte Zahl von 500 Personen darf nicht vernachlässigt werden.

Unso erfreulicher ist es, dass mehr als 200 interessierte Fachleute aus

Psychiatrie und Behindertenhilfe die Initiative der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft aufgriffen, mit einer Fachtagung am 6. und 7. Dezember vergangenen Jahres in Berlin den Maßregelvollzug mit der Behindertenhilfe zusammen zu bringen. Im Rahmen der Tagung wurde auch eine Expertise von Prof. Dr. Erik Weber von der Evangelischen Hochschule Darmstadt vorgestellt.

Im Auftrag der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft hatte er eine fachliche Synopse zur Situation von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug erstellt.

Die Welt des Maßregelvollzugs ist eine abgeschlossene Welt. Betroffene haben kaum Fürsprecher, die sich für ihre Interessen stark machen. Die Öffentlichkeit ist – auch aufgrund von durch die Medien verstärkten Ängsten – sensibilisiert und besteht aus ihrem gesteigerten Sicherheitsbedürfnis. In der Abwägung zwischen

Sicherheitsbedürfnis einerseits und dem therapeutischen Auftrag der Forensik andererseits gilt es, der besonderen Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in den psychiatrischen Krankenhäusern Rechnung zu tragen. Die Verweildauer von Menschen mit geistiger Behinderung ist hoch, so zum Beispiel durchschnittlich 6,5 Jahre im Erfahrungsbe reich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Gründe dafür sind fehlende Unterstützungsstrukturen vor Ort und mangelnde adäquate Nachsorgemöglichkeiten in der Fläche.

In Fachbeiträgen, Workshops und kollegialen Gesprächen wurden hilfreiche Entwicklungsperspektiven aufgezeigt. Zum Beispiel müssen in Diagnostik, Therapie, Behandlung und Nachsorge belastbare Konzepte entwickelt werden. Der einschlägige Paragraf 136 im Strafvollzugsgesetz schreibt vor, dass sich die Behandlung im Maßregelvollzug an ärzt-

### > Gute Therapie für Patienten

Im Maßregelvollzug (auch „Forensik“) werden nach § 63 und § 64 Strafgesetzbuch (StGB) unter bestimmten Umständen psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter entsprechend dem Maßregeln der Besserung und Sicherung untergebracht, eine kleine Gruppe mit einer geistigen Behinderung. Vom Maßregelvollzug zu unterscheiden ist die Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB für gefährliche Straftäter, die ausschließlich dem Schutz der Öffentlichkeit dient. Die Maßregelvollzugs-Einrichtungen sind psychiatrisch-forensische Fachklinikhäuser oder Abteilungen an psychiatrischen Kliniken. Maßregelvollzugsrichtungen sollen ein Höchstmaß an Sicherheit für die Bevölkerung und eine sinnvolle Therapie für die Patienten gewährleisten.

### > Wie es weitergehen kann

Mit der landesweiten Erarbeitung des Konzepts der Therapeutischen Wohngruppen wurde im Saarland in den Jahren 1992 bis 1994 im Zuge der Psychiatriereform ein fächerübergreifendes Angebot an neuen Einrichtungstypen geschaffen. Die Therapeutische Wohngruppe Alkenesee, eine Einrichtung der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Obere Saar, besteht seit dem Jahre 1992. Zu ihrer Kiemeel zählen Menschen mit geistiger Behinderung und gravierenden Schweregraden im Verhalten und Erleben, mit Verhaltensstörungen bis hin zu psychischen Erkrankungen. Niemandem wird wegen der Schwere der geistigen Behinderung oder wegen Art und Intensität der psychischen Auffälligkeiten die Aufnahme in die Therapeutische Wohngruppe verweigert, noch kommt es aus genannten Gründen zu einer Kündigung des Wohnplatzes. Die Betreuung richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen. Auch Menschen, die aus dem Maßregelvollzug kommen, können in der Wohngruppe Alkenesee betreut werden. Im nunmehr sieben Jahr lebt dort eine Bewohnerin, die zuvor im Maßregelvollzug in einem Landeskrankenhaus untergebracht war.

Kontakt: Achim Frechen, Telefon: 0 68 98 0 02 03, E-Mail: achim@glb-osaev.de

lichen Gesichtspunkten ausgerichtet. Diese Bestimmung ist zu ergänzen in dem Sinne, dass auch pädagogisch ausgebildete Mitarbeiter verantwortlich im Team arbeiten.

Es hat sich gezeigt, dass es in Psychiatrie, Behindertenhilfe und Rechtswissenschaft sehr unterschiedliche Menschenbilder und Fachsprachen

gibt. Hier sind weitere interdisziplinäre Dialoge und Gespräche angezeigt, um zu einer verständnisvollen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Disziplinen kommen zu können.

Der Autor ist Referent für Wohnen und soziale Teilhabe in der Bundesvereinigung Lebenshilfe.

## **Aktuelle DHG-Schriften**

### **Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug.**

Expertise im Auftrag der DHG. Von Erik Weber  
Darmstadt/ Jülich 2012; 68 S.; € 12,00)

**Neu 2012**

### **Leben so wie Du und Ich**

**Wege zur Teilhabe in der Gemeinde und Gesellschaft von Menschen  
mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf.**

Beiträge und Projektbeschreibungen zu den DHG-Preisen 2008 und 2010;  
Jülich 2011; 106 S.; € 10,00

**Neu 2011**

### **Ausgrenzen – Begrenzen – Entgrenzen?**

**Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend  
herausforderndem Verhalten.**

Tagungsbericht DHG/Netzwerk Intensivbetreuung. Heidelberg/Jülich 2010;  
194 S.; ISBN [978-3-00-032022-4](https://www.dhg-kontakt.de/978-3-00-032022-4); € 12,00

### **Umfeld- und Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe.**

**Empfehlungen und Handlungsansätze für Hilfeplanung und Gemein-  
eintegration.**

Von Daniel Franz und Iris Beck. Hamburg / Jülich 2007; 70 S.; € 10,00

### **Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe**

Tagungsbericht der DHG-Tagung 2007. Bonn/Jülich 2008. 186 S.  
(Druckfassung vergriffen; Tagungsbericht ist als CD bestellbar! € 7,50)

**Bestellung  
und  
weitere DHG-Schriften  
zum Download  
[www.dhg-kontakt.de](http://www.dhg-kontakt.de)**

### **Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V.**

- **berufsübergreifend**
- **interdisziplinär**
- **innovativ**

### **Ein Fachverband in der Behindertenhilfe zum Mitmachen**

- **sich über aktuelle Entwicklungen auszutauschen**
- **neue Ziele entwickeln**
- **sich engagieren im Kreise anderer Menschen**

Die DHG wurde 1991 gegründet, um die Entospitalisierung vieler geistig behinderter Menschen aus psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Großeinrichtungen voranzutreiben und sich für individuelle gemeindeintegrierte Wohnangebote und Hilfen einzusetzen.

Die DHG will dazu beitragen, die Lebensqualität von geistig behinderten Menschen mit einem hohen personellen Hilfebedarf zu verbessern: Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen, mit Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Erkrankungen.

Außerdem möchte die DHG innovative Entwicklungen in der Behindertenpolitik und in der Praxis der Behindertenarbeit vorantreiben: Mehr Lebens- und Wohnqualität, Selbstbestimmung, Individuelle Hilfeplanung, Persönliche Assistenz, Persönliches Budget, Gleichstellung, Sozialraumorientierung - auch für behinderte Menschen mit hohem oder speziellem Hilfebedarf.

### **Aktivitäten der DHG**

- **Fachlicher Austausch**
- **Fachtagungen**
- **DHG-Schriften**
- **Expertisen**
- **DHG-Preis**
- **Fachpolitische Stellungnahmen**
- **Kooperation mit anderen Fachverbänden**

**1991 - 2011  
20 Jahre DHG**



- für Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf
- gegen Ausgrenzungen in Großeinrichtungen
- für Lebensqualität und Leben in der Gemeinde

**Machen Sie mit !**