

**Aus der Universitätsklinik Tübingen
Abteilung: Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und
Jugendalter**

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. G. Klosinski

**Übersicht über Maßregelvollzugseinrichtungen für
Jugendliche in Deutschland-
Auswertung der Basisdokumentationen 2004-2005
Jugendforensischer Einrichtungen und konzeptuelle
Überlegungen**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
Wolfgang Weissbeck, geb. 31.07.1960
aus
Heilbronn
2008**

Dekan:

Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichtserstatter:

Professor Dr. M. Günter

2. Berichtserstatter:

Professor Dr. K. Förster

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS.....	5
1. VORBEMERKUNG UND EINFÜHRUNG.....	8
1.2 Die Geschichte des Maßregelvollzugs	11
2. RECHTLICHE VORRAUSSETZUNGEN	16
2.1 Das Jugendstrafrecht.....	16
2.1.1 § 3 JGG: die strafrechtliche Verantwortlichkeit Jugendlicher	16
2.1.2 Heranwachsende und Jugendstrafrecht: Die Bedeutung des §105 JGG.....	20
2.2 Die Eingangsvoraussetzungen.....	22
3. JUGENDKRIMINALITÄT.....	30
3.1 Delinquenz bei Jugendlichen/Jugendkriminalität	30
4. JUGENDELINQUENZ UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN.....	33
4.1 Adoleszenzkrisen und Persönlichkeitsstörungen	35
4.2 Komorbidität dissozialer Störungen	39
4.3 Psychiatrische Störung und Eingangsmerkmale für die §§ 20, 21 StGB	41
5. WELCHEN BEDARF AN PLÄTZEN IM MAßREGELVOLLZUG FÜR JUGENDLICHE GIBT ES?.....	47
5.1 Die bundesweite Erhebung Jugendlicher und Heranwachsender im psychiatrischen Maßregelvollzug.....	48
5.2 Die Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte.....	57

6. ERGEBNISSE EIGENER ERHEBUNGEN.....	61
6.1 Umfrageergebnisse: aktuelle Erhebung der Länder.....	61
6.2 Auswertung der Umfrageergebnisse in den Einrichtungen mit Jugendmaßregelvollzug:	
Basisdokumentation 2004-2005	63
6.2.1 Art der Erhebung: die Basisdokumentation	63
6.2.2 Ergebnisse	65
6.2.3 Entlassene Patienten	79
7. DIE EINRICHTUNGEN	82
7.1 Modelle der Versorgung.....	82
7.1.1 Modell 1: Integrierte Versorgung in forensische Kliniken gemeinsam mit Erwachsenen	83
7.1.2 Modell 2: Integrierte Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	84
7.1.3 Modell 3: spezialisierte Abteilungen, angegliedert an die Jugendpsychiatrie.....	85
7.1.4 Modell 4: spezialisierte Einrichtungen angegliedert an eine forensische Klinik für Erwachsene	88
7.2 Struktur und Konzept forensisch psychiatrischer Einrichtungen zur Behandlung Jugendlicher und Heranwachsender Straftäter im Maßregelvollzug	89
7.2.1 Gruppe der spezialisierten Abteilungen, angegliedert an die Jugendpsychiatrie	94
7.2.2 Gruppe der spezialisierten Einrichtungen angegliedert an eine forensische Klinik für Erwachsene	126
7.2.3 Weitere Einrichtungen	140
7.3 Therapeutische Mindestanforderungen.....	143
8. SCHLUSSBEMERKUNGEN UND DISKUSSION	150
8.1 Diskussion der Ergebnisse.....	157
9. ZUSAMMENFASSUNG	183
LITERATURVERZEICHNIS	188
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	198

ANHANG.....	200
A.1 Vollständige Angaben der Sozialministerien (2006) ohne Ergänzungen aus dem Arbeitskreis	201
A.2 Ist-Stand (Prävalenz) der im Maßregelvollzug untergebrachten in Rheinland-Pfalz (siehe Kapitel 8.1)	204
A.3 Fragebogen Basisdokumentation Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug	205
A.4 Beteiligte Einrichtungen mit vollständiger Anschrift	212
A.5 Forderung der BAG leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Abstimmung mit dem Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug zur Neuregelung des Rechts der strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus	214

1. Vorbemerkung und Einführung

Die Existenz Jugendlicher im Maßregelvollzug wurde lange Zeit schamhaft verschwiegen oder nicht wahrgenommen. Als ich 1998 die Leitung einer Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klingenmünster (Rheinland-Pfalz) als Oberarzt übernahm befanden sich zu diesem Zeitpunkt 2 Jugendliche mit der Rechtsgrundlage § 63 StGB in der Abteilung. Bis dato hatte ich lediglich im Rahmen der Begutachtung mit der Fragestellung, jedoch nichts mit der Praxis des Maßregelvollzugs zu tun. Literatur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu diesem Thema gab es nicht, mit Ausnahme zur Begutachtung. Dort fanden sich allenfalls Anmerkungen: „Bei Jugendlichen und Heranwachsenden ist zu bedenken, dass die Unterbringung im Maßregelvollzug generell für wenig geeignet angesehen wird.“ (Schütze 1999). Und: Für Jugendliche und Heranwachsende „bedeutet die Einweisung in den Maßregelvollzug“ (hier: forensische Kliniken) „dass sie in einem Rahmen therapiert werden, der ihrer spezifischen Krankheits- und Entwicklungsrücksituation in keiner Weise gerecht werden kann. Da es – und das gilt nicht nur für ein Bundesland wie Bayern – ständig eine nicht ganz unwesentliche Zahl von solchen rückfallgefährdeten und therapiebedürftigen jungen Straftätern geben wird, vor denen die Allgemeinheit zumindest vorübergehend zu schützen ist, muss für diese Patientengruppe die Möglichkeit eines adäquaten Maßregelvollzugs angeboten werden. Hier ist in Deutschland erheblicher Handlungsbedarf gegeben.“ (Freisleder, Trott 1997) Ich machte mich auf die Suche: Ich traf auf PD Dr. Peter Hummel, der die deutsche Abteilung der *EFCAP*¹ führte. Man traf sich an einem Samstagvormittag in einem kleinen Konferenzraum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Göttingen und besprach Aktuelles aus der forensischen Forschung. Auch in diesem Kreis war die Praxis des Maßregelvollzugs bei Jugendlichen gänzlich unbekannt. Dort lernte ich Prof. Dr. Michael Günter kennen, der sich später freundlicherweise bereit erklärte, mich bei meiner Promotion zu unterstützen.

¹ EFCAP: European Association for Forensic Child and Adolescent Psychiatry, Psychology and other involved Professionals.

2000 traf ich beim VII. Hanseatischen Symposium in Rostock mit dem Thema *Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Jugendhilfe und Recht* in einem Workshop auf Prof. Dr. Detlef Schläfke und Prof. Dr. Frank Häbler. Der Workshop trug den Titel *Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden* (Schláfke, Häbler 2001) und beschäftigte sich mit dem Rahmenkonzept für eine forensische Abteilung für Jugendliche in Rostock, die Abteilung befand sich noch im Bau. Gedacht wurde hier vor allem an Unterbringungen nach §64 StGB.

Anlässlich des XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJPP) in Berlin 2002 stellte ich ein Poster mit dem Titel „Praxis der Rehabilitation psychisch kranker Rechtsbrecher in der Jugendpsychiatrie – Maßregelvollzug als Chance?“ (Weissbeck, 2002) vor, mit der Absicht, dieses Thema in die Diskussion in die Fachgesellschaft zu tragen und um nach gleichfalls betroffenen Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu suchen. Mittlerweile war unsere Belegung mit Maßregelpatienten auf 9 Patienten angewachsen.

2003 veranstalteten wir eine Tagung in Klingenmünster mit dem Titel *Maßregelvollzug bei Jugendlichen in Deutschland* (Brünger, Weissbeck 2008) mit beachtlicher Außenwirkung. Wir konnten namhafte Referenten für die Veranstaltung gewinnen. Erwähnen möchte ich insbesondere Prof. Dr. Ostendorf, Forschungsstelle für Jugendstrafrecht und Kriminalprävention, Kiel, der die wesentlichen Ergebnisse seiner Doktorantin, Frau Tessenow vortrug, die 2000 eine Untersuchung mit dem Titel *Jugendliche und Heranwachsende im psychiatrischen Maßregelvollzug* (Tessenow, A. 2002) durchführte, auf die noch mehrfach eingegangen werden wird. Ziel der Tagung war es, Möglichkeiten der Therapie für psychiatrisch auffällige Straftäter in verschiedenen Kontexten, Jugendstrafvollzug, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie dar zu stellen und kritisch zu beleuchten, insbesondere die Situation des Maßregelvollzugs bei Jugendlichen kritisch darzustellen.

Während dieser Tagung gelang es uns, die Einrichtungen zusammenzuführen, die Jugendliche² und teilweise Heranwachsende³ im Maßregelvollzug behandeln. Von Anfang an dabei waren auch Vertreter der Universitätskliniken, namentlich PD. Dr. Hummel, Frau Prof. Dr. Schepker, Prof. Dr. Häßler und Prof. Dr. Schläfke. Es wurde ein *Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug*⁴ gegründet, der sich halbjährlich trifft. Dem Arbeitskreis angeschlossen sind alle bekannten Einrichtungen mit spezifischeren Behandlungsangeboten für Jugendliche im Maßregelvollzug, mit Ausnahme von Brauel und Parsberg II, die bislang den Einladungen zu den Treffen nicht gefolgt sind. Vertreten im Arbeitskreis sind auch 5 Einrichtungen, die einen Versorgungsauftrag haben, in der Regel aber nur vereinzelt Patienten (in der Regel gem. §126 a StPO). Der in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Arbeitskreises entwickelte Fragebogen (Basisdokumentation) wurde den Mitgliedern des Arbeitskreises zum 2. Treffen in Marburg im Herbst 2003 vorgelegt und diskutiert. Es wurde vereinbart, dass 2004 ein erster „Probelauf“ stattfindet, wenn die einzelnen Einrichtungen das Einverständnis des jeweils zuständigen Datenschutzbeauftragten bekommen haben.

Ziel war es, erstmals verlässliche Daten zu den Untergebrachten zu bekommen und daraus Entwicklungen und Trends der Belegung ablesen zu können, gleichzeitig sollte das Instrument langfristig eine Möglichkeit der Qualitätskontrolle darstellen.

Mittlerweile scheint es, als beginne sich nun nicht allein die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die Fachwelt der forensischen Psychiatrie für dieses Thema zu interessieren. Vorträge zu diesem Thema wurden in Eickelborn bei der dort jährlich stattfindenden Fachtagung 2004 von mir (Weissbeck, Günter 2004) und von Dr. Burchard 2006, Mitglied des Arbeitskreises,

² Als Jugendlicher im juristischen Sinn gilt, wer das 14. Lebensjahr vollendet, das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

³ Als Heranwachsender im juristischen Sinn gilt, wer das 18. Lebensjahr vollendet, das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

⁴ Der Arbeitskreis nennt sich seit dem 1.11.2006 Arbeitskreis Forensik und Massregelvollzug in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

mit großem Interesse aufgenommen. Eine Fachtagung fand in Ulm 2005 zu dem Thema *Aggression und Delinquenz bei Jugendlichen* statt, hier moderierte Prof. Fegert einen Workshop zu dem Thema „Verkürzung der Verweildauer von Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen im Maßregelvollzug“. Auf Veröffentlichungen von Häbler und Schläfke zu dem Thema sei noch hingewiesen, insbesondere auf den Beitrag in der Neuauflage der von Klosinski herausgegebenen *Begutachtung in der Kinder und Jugendpsychiatrie* mit dem Titel *Maßregelvollzug für Jugendliche* (Klosinski 2006).

Die Arbeit soll die Situation insbesondere von Jugendlichen im Maßregelvollzug in Deutschland darstellen und aufzeigen, wohin sich der Jugendmaßregelvollzug entwickeln sollte (siehe auch Kapitel 8, *Schlussbemerkungen und Diskussion*).

1.2 Die Geschichte des Maßregelvollzugs

Bereits im römischen Recht gab es „furiosi“ und „fatui“, Personen also, die mangels „eigenen Willens“ nicht bestraft werden konnten (Venzlaff, Foerster, 2004). In Deutschland wurde erstmals im Jahr 1871 im Strafgesetzbuch zwischen schuldfähigen Tätern und jenen unterschieden, die infolge einer Geisteskrankheit unzurechnungsfähig waren. Folge: Psychisch Kranke und gestörte Täter wurden nicht mehr bestraft. Zuvor musste ein -in damaliger Terminologie- unzurechnungsfähiger Täter nach dem geltenden Vergeltungsstrafrecht freigelassen werden. Über ihre Einweisung in Anstalten entschieden damals aber nicht die Gerichte, sondern die Polizeibehörden, was unter Umständen zur Folge hatte, dass ein als gefährlich eingeschätzter „Irrer“ den Gerichtssaal verließ und erst wieder aufgegriffen werden musste (Kammeier 2002).

Erstmals in der Schweiz wurden sichernde Maßregeln im Falle der Unzurechnungsfähigkeit vorgeschlagen (1893). Diese Vorschläge wurden in die deutschen Strafrechtsreformen zwischen 1909 und 1930 eingearbeitet. Der

Maßregelvollzug wurde erst mit der Strafrechtsreform am 24.11.1933 eingeführt. Er geht zurück auf das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“. Der Maßregelvollzug wurde also nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten eingeführt, trotzdem handelt es sich nicht um ein „Nazi-Gesetz“. Es war vielmehr Resultat einer jahrzehntelangen Diskussion.

Bei Einführung des Gesetzes stand zunächst der Sicherungsgedanke ganz im Vordergrund. Mit der Strafrechtsreform im Jahr 1975 gewann der Behandlungsgedanke an Bedeutung. Die Überschrift des entsprechenden Gesetzesabsatzes wurde umgekehrt: Statt „Maßregeln der Sicherung und Besserung“ heißt es seitdem „Maßregeln der Besserung und Sicherung“. (Kammeier 2002)

Eine Reihe von Fragen wurde juristisch nicht in ausreichender Klarheit definiert. So wurde beispielsweise der Terminus *Gefährlichkeit* oder *Gemeingefährlichkeit* von Juristen und Medizinern mit unterschiedlichem Bedeutungsschwerpunkt benutzt, einerseits als Symptom einer geistigen Erkrankung betrachtet oder um, zum anderen, als dauernde Eigenschaft von Verbrechern im Sinne einer Habituation zu bezeichnen. Unklar blieb auch der Begriff der *verminderten Zurechnungsfähigkeit*, vor allem bezüglich der hieraus ableitbaren Konsequenzen. Aufnehmende Institution der im medizinischen Sinne geisteskranken und unzurechnungsfähigen Täter war unbestritten die Heil- und Pflegeanstalt - der Vorläufer der modernen Psychiatrischen Krankenhäuser. Auch heute noch befinden sich in den alten, vor allem in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstandenen „Irrenanstalten“ die modernen Psychiatrischen Krankenhäuser, wenn sie nicht im Zuge der Psychiatriereformen in Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser als bürgernahe Einrichtung Einzug gehalten haben. Die forensischen Abteilungen finden sich aber auch heute noch meist draußen vor den Tür – Neue Einrichtungen sind gegen den öffentlichen Widerstand kaum durchsetzbar.

Maßregeln sind unabhängig von der Schuld und dienen auch heute noch der Sicherung der Allgemeinheit. Sie sind auch nicht als Strafen für ein Vergehen

vorgesehen. Dennoch stehen sie in Beziehung zu einer oder mehrerer Straftaten. Somit ist auch die Dauer der Maßregel unabhängig von dem begangenen Delikt. Da in den letzten Jahren der Maßregelvollzug erneut verschärft wurde geht der Trend derzeit zu immer längeren Verweildauern, die vorgesehenen Einrichtungen sind überfüllt. Zusätzlich stiegen insbesondere in den Jahren 1990-2000 jährlich die Zahlen der Einweisungen. Ob sich dieser Trend auch auf Jugendliche auswirkt ist momentan nicht abzusehen. In einigen Bundesländern scheint dies bereits der Fall.

Die Zeit der Unterbringung wird auf eine parallel zu verbüßende Haftstrafe angerechnet, die Maßregel ist vor der Haft zu vollziehen. Tatsächlich ist aber die Unterbringung im Maßregelvollzug häufig zeitlich länger als die zu verbüßende Haftstrafe. Hinzu kommt, dass erst im Rahmen jährlich stattfindender Begutachtungen positiv festgestellt werden muss, dass keine Gefahr mehr von der betroffenen Person ausgeht und keine Straftaten mehr in absehbarer Zukunft zu erwarten sein dürfen.

Es genügt also nicht, einen definierten Zeitraum „abzusitzen“, es muss eine Veränderung der zugrunde liegenden Störung und der Prognose eingetreten sein.

Wie schwierig das insbesondere bei Jugendlichen Tätern ist, kann am Beispiel von einigen prognostischen Kriterien erläutert werden.

Gehen gängige Manuale zur Prognoseabschätzung wie das HCR-20 davon aus, dass ein früher Beginn der kriminellen Entwicklung prinzipiell negativ bewertet wird, weiß man andererseits, dass lediglich ein kleiner Prozentsatz jugendlicher Straftäter diese Entwicklung beibehält, nämlich etwa 5 %. Allerdings ist diese Gruppe für etwa 40 % aller in diesem Lebensalter begangenen Straftaten verantwortlich. Diese Gruppe der Intensivtäter ist also genau zu überprüfen. Ein Großteil der Jugendlichen zeigt lediglich in dieser Phase und häufig abhängig von einer bestimmten peer-group eine lebensphasische Häufung (Moffit 1993) Allgemein sind individuelle protektive aber auch Risikofaktoren gegeneinander abzuwägen.

Wie ist die Unterbringung von Jugendlichen im Maßregelvollzug gesetzlich verankert?

Der Gesetzgeber hat Jugendliche bei der Anwendung von Maßregeln der Besserung und Sicherung ausdrücklich nicht ausgenommen (siehe §7JGG). Die Experten aller involvierten Berufsgruppen sind sich aber einig, dass es auch bei Vorliegen der formalen juristischen Voraussetzungen einer besonderen intensivsten Überprüfung bedarf, insbesondere, ob die Unterbringung durch andere, weniger einschneidende Maßnahmen zu vermeiden ist (z.B. Günter 2004, Ostendorf 2003). Dennoch sind diese Unterbringungen Realität. Da es sich immer um Einzelfälle zu handeln schien- kaum ein Jugendrichter veranlasste in seiner Laufbahn mehrere Unterbringungen im Maßregelvollzug von Jugendlichen / von Gutachterseite werden solche Unterbringungen selten befürwortet - wurde diesem Phänomen keine Aufmerksamkeit geschenkt. Die bislang einzige wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema sowie die erste systematische Erhebung wurde von der Forschungsstelle für Jugendstrafrecht und Kriminalprävention an der Christian-Albrechts-Universität durchgeführt (Tessenow 2002).

Nach Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1969 als eigenes Fach bedarf es nun auch einer Zuwendung zu diesem Thema, nimmt man den Versorgungsauftrag aller psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen ernst: auch derer im Straf- (z.B. Günter 2001, Hinrichs 2000,2003, Beier 2003, Schepker et al 2006) und Maßregelvollzug (z.B. Weissbeck 2005). Eine Hinwendung zu forensischen Themen hat insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen seit den Arbeiten von Prof. Dr. Lempp Tradition und wurde dort auch von Klosinski und Günter weiter gepflegt. Lempp lehnte grundsätzlich die Anwendung der Maßregeln der Besserung und Sicherung ab, was schließlich auch von den Gerichten im Einzugsgebiet insofern Anerkennung fand, dass bei Strafrechtsgutachten hier signifikant weniger nach den Voraussetzungen der §§ 63 und 64 StGB gefragt wurde als beispielsweise in Hamburg. (Bachmann, Karle et al. 2002)

In den wenigen Fällen, in denen eine Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gem. §§ 63 und 64 StGB sinnvoll erscheint, bedarf es hier der besonderen Sorgfalt und der angemessenen Behandlung entsprechend dem aktuellen Wissensstand. Bei Jugendlichen und Heranwachsenden unterbleibt diese Behandlung gemäß jugendpsychiatrischen Standards wenn sie in den auf die Behandlung Erwachsener spezialisierten forensischen Kliniken untergebracht werden, schlimmer noch, wird eine Unterbringung bei bestehendem Behandlungsbedarf vermieden wenn sie im Strafvollzug untergebracht werden.

Wie im Strafvollzug auch, sind Jugendliche und z.T. Heranwachsende von den Erwachsenen Tätern zu trennen. (§§ 92, 114 JGG)

Es bedarf der ökonomischen Situation zum Trotz eigener, für die Behandlung Jugendlicher für die Durchführung der Maßregel geeigneter Einrichtungen und Institutionen, die beiden Aspekte - der Besserung aber auch der Sicherung - gerecht werden. Dies ist ein gesellschaftlicher Auftrag.

Es gibt bereits eine Anzahl von Einrichtungen, die sich dieser Thematik gestellt haben. Diese sind Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

2. Rechtliche Voraussetzungen

2.1 *Das Jugendstrafrecht*

Neben der Gesetzesgrundlage des StGB gilt bei Jugendlichen und einem Großteil der Heranwachsenden das 1923 geschaffene, häufig reformierte Jugendstrafrecht (JGG).

Der Gesetzgeber unterscheidet Kinder, (noch nicht 14), Jugendliche (14, aber noch nicht 18) und Heranwachsende (18, aber noch nicht 21) hinsichtlich ihrer strafrechtlichen Verantwortlichkeit. Kinder gelten als schuldunfähig (§19 StGB). Jugendliche sind dann strafrechtlich verantwortlich, wenn sie tatbezogen die nötige Verantwortungsreife aufweisen (§ 3 JGG). Heranwachsende können wie Jugendliche strafrechtlich behandelt werden, wenn sie ihrer sittlichen und geistigen Entwicklung noch dem Entwicklungsstand eines Jugendlichen entsprechen oder wenn es sich um eine typische Jugendverfehlung handelt (§105 JGG). Dabei führt die normative Festlegung der Verantwortlichkeit anhand der Altersgrenzen zu einem Spannungsverhältnis zwischen tatsächlichem Entwicklungsstand und den am Alter orientierten Bestimmungen. (Günter 2004).

Das JGG ist Täterorientiert - der Grundgedanke ist es, eine Intervention auszuwählen, die in erster Linie erzieherischen Charakter hat, also vor allem darauf zielt, Einfluss auf das Individuum zu nehmen um zukünftige Straftaten zu vermeiden.

Die im Folgenden aufgelisteten Gesetze sind in dem Themenkomplex Maßregelvollzug bei Jugendlichen von Belang.

2.1.1 § 3 JGG: die strafrechtliche Verantwortlichkeit Jugendlicher

Im Strafrechtsprozess muss im Rahmen der Begutachtung bei Jugendlichen immer zunächst geprüft werden, ob die Voraussetzungen des § 3 JGG erfüllt sind, d.h. ob der Jugendliche überhaupt bereits als verantwortlich i.S. des Strafgesetzbuches gelten kann. Im Gesetzestext heißt es hierzu:

„§ 3 JGG Verantwortlichkeit. *Ein Jugendlicher ist strafrechtlich verantwortlich, wenn er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Zur Erziehung eines Jugendlichen, der mangels Reife strafrechtlich nicht verantwortlich ist, kann der Richter dieselben Maßnahmen anordnen wie der Familien- oder Vormundschaftsrichter.“*

Dies bedeutet, dass bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen die strafrechtliche Verantwortlichkeit ausdrücklich festgestellt werden muss, wobei konkret nach dem „sittlichen und geistigen Entwicklungsstand“ zur Tatzeit gefragt wird. Lt. Gesetz kann der Strafrichter dieselben Maßnahmen anordnen wie der Vormundschaftsrichter zur Erziehung eines Jugendlichen, der mangels Reife strafrechtlich nicht verantwortlich ist. „Erfahrungsgemäß bereitet im jugendgerichtlichen Alltag der § 3 JGG weniger Schwierigkeiten. In der Regel fühlt sich ein Jugendrichter durchaus selbst in der Lage, bei Angeklagten dieser Alterskategorie den Reifegrad abzuschätzen. Trotzdem ist es aber wichtig, Zweifelsfälle vor einer Verfahrenseröffnung zu erkennen und erforderlichenfalls den Jugendpsychiater hinzuzuziehen.“ (Freisleder, Trott 1997).

Zuständig für die Beurteilung bzw. Begutachtung der Verantwortlichkeit gemäß § 3 JGG, aber auch des Entwicklungsstandes gemäß 105 Abs. 1 JGG sind gemäß § 32 JGG in erster Linie Entwicklungspsychologen und Kinder- und Jugendpsychiater.

Das Gesetz sieht vor, dass Kinder ausnahmslos nicht bestraft werden können. Dies ist im § 9 StGB geregelt: „Schuldunfähig ist, wer bei Begehung der Tat noch nicht 14 Jahre alt ist.“ Dem Zugrunde liegt der Reifegedanke, der sich dann im § 3 JGG wieder findet. Ostendorf (2008): Nur wenn dem Jugendlichen bewusst ist, dass er etwas Verbotenes tut und wenn er die erforderliche Widerstandsfähigkeit gegen den Anreiz zur Tat aufbringen kann, ist er strafrechtlich verantwortlich. Bei Heranwachsenden (18, aber noch nicht 21 Jahre alt) wird wie bei Erwachsenen umgekehrt grundsätzlich von der

Schuldfähigkeit ausgegangen und nur abweichend von der Regel nach Schuldausschließungsgründen bzw. Schuld minderungsgründen (§§ 20, 21 StGB) gefragt. Zugrunde gelegt ist der sogenannte normative Schuldbegriff.

Im Verhältnis zum § 20 StGB stellt § 3 JGG für Jugendliche die spezielle Norm dar, insofern, als hier die Verantwortlichkeit von der Reifeentwicklung abhängig gemacht wird, während im § 20 StGB eine schwere „seelische Abartigkeit“, d.h. im psychiatrisch/psychologischen Sinne eine Störung – welche nicht eine Krankheit im engeren Sinne darstellen muss – Voraussetzung ist, die unabhängig von der Entwicklungsreife auftreten kann. Wie Reichling (2008) ausführte, ist theoretisch die Unterscheidung einfach: Die Verantwortlichkeit nach § 3 JGG fehlt bei Mängeln im Prozess der Reifeentwicklung, § 20 StGB setzt dagegen eine vom Reifungsprozess unabhängigen psychopathologischen Zustand voraus. Einhellig ist die Meinung, dass bei dem Begriff der „Reife das Unrecht einzusehen“ und „Reife nach dieser Einsicht zu handeln“ unbestimmte Rechtsbegriffe geschaffen wurden. In der Praxis wirft die Anwendung des § 3 JGG allerdings keine größeren Probleme auf, wenn gleich theoretisch die Probleme der Konkurrenz zwischen § 3 JGG und 20 StGB immens sind. Aus Sicht von Reichling erscheint es „dogmatisch konsequent, der strafrechtlichen Verantwortlichkeit nach § 3 JGG den Vorrang vor der Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB einzuräumen, zumal das JGG bei einem Drehen der Verantwortlichkeit dem Jugendrichter die Möglichkeit des Jugendhilferechtes an die Hand gibt, die sonst der Familien- oder Vormundschaftsrichter hat“ (Günter 2004).

Den Entwicklungsstand berücksichtigende Begutachtungen sind dann angezeigt, wenn ein 14- bis 17-jähriger Jugendlicher „schon vom äußeren Aspekt her einen retardierten Eindruck macht, wenn stark gestörte Familienverhältnisse bekannt sind, die Altersgrenze von 14 bei Begehung der Tat erst kurz überschritten war oder sowohl Tatbestand als auch psychologische Tatsituation undurchsichtig wirken. Suspekt erscheinen ebenso Umstände, bei denen eine Straftat, beispielsweise ein Diebstahl nach Art und Ausmaß aus dem

bisherigen Verhalten völlig herausfällt oder wenn möglicherweise Druck ausübende ältere Familienangehörige am Delikt beteiligt waren. Abhängigkeitsverhältnisse können auch einen einsichtsfähigen Jugendlichen in seiner Handlungs- und Steuerungsfähigkeit einschränken.“ Vor allem bei Sexualdelikten wird häufig die Frage nach einer eventuellen reifungsbedingt fehlenden Steuerungsfähigkeit aufgeworfen. Unumgänglich ist bei Jugendlichen eine besonders gerade den Reifegrad hinterfragende psychiatrische Begutachtung bei den seltenen Fällen von schwerer Kriminalität wie z.B. Tötungsdelikte der Fall. Bei den meisten in diesem Alter vorkommenden Straftaten, vorwiegend Eigentumsdelikte, bestehen jedoch klare Schuldvorstellungen und damit in der Regel auch die Reife zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit. Von Ausnahmen abgesehen, gilt dieses Prinzip auch bei schwachen oder minderbegabten Jugendlichen, da in unserer Gesellschaft selbst bei wesentlich jüngeren Kindern schon die konkrete Vorstellung vom fremden Eigentum angenommen werden kann (Nedopil 1996).

Es fällt nicht jede Unreife unter den § 3 JGG, sondern nur solche Unreifezustände, die Folge einer verzögerten Entwicklung sind; ist die Unreife Folge einer krankhaften Störung, so ist dieser Zustand den § 20,21 StGB zuzuordnen. (Schütze, Schmitz 2003). Es stellt sich die Frage, inwieweit eine noch aufholbare Reifungsverzögerung vorliegt oder ob es sich um eine nur bedingt kompensierbaren Entwicklungsrückstand im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung, beispielsweise eines ausgeprägten „Schwachsinn“, das heißt eine Störung der Intelligenz, handelt. Speziell bei Intelligenzminderungen können die §§ 3 JGG und 20, 21 StGB in Konkurrenz treten. Unterschiedliche Sichtweisen bestehen darin, ob durch Nachreifung Entwicklungsrückstände aufholbar sind (Freisleder, Trott 1997).

Für legitim hält auch Nedopil die von Freisleder aufgeworfene (1989) finale Betrachtungsweise, die sich in den beiden Fragen zusammenfassen lässt:

- Welche psychologischen und pädagogischen Konsequenzen ergeben sich für den einzelnen Jugendlichen im Falle einer aufgrund fehlender Reife angenommenen Nichtverantwortlichkeit?

- Welche Rechtsfolgen lassen in Zweifelsfällen die bessere pädagogisch-therapeutische Beeinflussung eines delinquenten Jugendlichen erwarten? (Freisleder, F.J., 1989).

Auch bei fehlender Strafreife können dennoch vormundschaftsrichterliche Anordnungen wie Unterbringungen im Bereich der Jugendhilfe oder Entzug der elterlichen Sorge u.a. angeordnet werden. (Günter 2004). Dies bedeutet, dass auch bei Bejahung der Voraussetzung des § 3 JGG Konsequenzen erfolgen können, die Einfluss auf den Jugendlichen nehmen und den weiteren Verlauf seiner Entwicklung beeinflussen können oder zur Sicherung der Allgemeinheit dienen. Die Anordnungen des Familiengerichtes bieten eine Reihe von unterschiedlichen und differenzierten Hilfsangeboten, auch bei Feststellung der strafrechtlichen Nichtverantwortlichkeit.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die *Prüfung des § 3 JGG Vorrang vor Prüfung der §§ 20,21 StGB besitzt*. Bei Nichtvorliegen der verantwortlichen Strafreife sind in erster Linie Maßnahmen möglich, die sich aus den Möglichkeiten des Familiengerichtes und der Jugendhilfe ergeben. Erst bei Vorliegen einer entsprechenden Reife und diese muss zweifelsfrei festgestellt werden, erfolgt eine Prüfung i.S. der §§ 20, 21 StGB. Auch ist die finale Sichtweise (Freisleder 1989) nämlich wie der Jugendliche am besten dazu in die Lage versetzt wird, nicht erneut straffällig zu werden, legitim.

2.1.2 Heranwachsende und Jugendstrafrecht: Die Bedeutung des §105 JGG

Im **§ 105 JGG** heißt es: *„Begeht ein Heranwachsender eine Verfehlung, die nach den allgemeinen Vorschriften mit Strafe bedroht ist, so wendet der Richter die für einen Jugendlichen geltenden Vorschriften der §§ 4-8, 9, Nr. 1, § 10, 11 und 13 – 32 entsprechend an, wenn:*

1. *die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters bei Berücksichtigung auch der Umweltbedingungen ergibt, dass er zur Zeit der Tat*

nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand, oder

2. *es sich nach der Art, den Umständen oder den Beweggründen der Tat um eine Jugendverfehlung handelt.“*

Diese Rechtsvorschrift ist *auch dann anzuwenden, wenn der Heranwachsende wegen eines Teils der Straftaten bereits rechtskräftig nach allgemeinem Strafrecht verurteilt worden ist. Das Höchstmaß der Jugendstrafe für Heranwachsende beträgt zehn Jahre.*

Dieser Paragraph ist für das zugrunde liegende Thema daher von Bedeutung, da es in einzelnen Bundesländern durchaus Usus ist, Heranwachsende die nach Jugendstrafrecht verurteilt und in den Maßregelvollzug eingewiesen wurden gleichfalls in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterzubringen. Ebenso ist es von Bedeutung, dass es sich um erheblich mehr eingewiesene Personen in dem Altersbereich der 18-21-jährigen handelt, als die bisherigen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Erhebungen bislang annehmen ließen (siehe Kapitel 5 zum Bedarf).

Zum Zeitpunkt der Einführung des Gesetzes (1953) entsprach dieses Gesetz einer Einschränkung der Anwendung des Jugendstrafrechts bei über Achtzehnjährigen *Minderjährigen*, die Volljährigkeit trat damals erst mit einundzwanzig ein. Es wurde also umgekehrt der heutigen Betrachtungsweise angenommen, dass trotz fehlender Volljährigkeit Heranwachsende hinsichtlich ihrer Beziehungen, Entscheidungen und Verantwortung bereits einem Erwachsenen gleichgestellt werden können (Günter 2004). Der erzieherische Ansatz des Jugendgerichtsgesetzes und das (keineswegs durchweg mildere) flexiblere, altersangemessenere Jugendstrafrecht seien bei den überwiegend, noch in einem adoleszenten Reifungsprozess befindlichen Heranwachsendern wesentlich adäquater und können somit das erwünschte Ziel der Wiedereingliederung und ein Leben in Straffreiheit besser erreichen als die Beurteilung nach dem Erwachsenenstrafrecht. (Schütze, G. Schmitz, G. 2003)

Teilweise wird aus inhaltlichen oder aus pragmatischen Vergleichbarkeitsgründen eine generelle Unterstellung Achtzehn- bis Einundzwanzigjähriger unter das Jugendgerichtsgesetz gefordert, was nicht nur Gutachten zu dieser Frage überflüssig machen würde, sondern auch den in dieser Untersuchung relevanten Personenkreis erheblich erweitern würde. Für eine Bejahung des Paragraphen 105 JGG ist es gegenwärtig ausreichend, wenn Entwicklungsrückstände in wesentlichen Teilbereichen vorhanden sind. Gängig bei der Beurteilung sind die Reifekriterien nach Esser (1991/1999). Die kriminologische Forschung bemüht sich, den Beurteilungsprozess mehr zu operationalisieren, wie beispielsweise in den Entscheidungsalgorithmen der Bonner Delphi-Studie (zitiert nach Busch 2006). Der BGH hat formuliert, dass bei nicht zu behebbenden Zweifeln über den Reifestand in dubio Jugendstrafrecht anzuwenden sei, da der Heranwachsende nicht von den erzieherischen Möglichkeiten des Jugendstrafrechts ausgeschlossen werden dürfe.

2.2 Die Eingangsvoraussetzungen

§ 61 StGB: Zu den Maßregeln der Besserung und Sicherung gehören:

die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus,

die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt,

die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung,

die Führungsaufsicht,

die Entziehung der Fahrerlaubnis,

das Berufsverbot.

Bei Jugendlichen ist die Anwendung von Maßregeln der Besserung und Sicherung durch den § 7 JGG eingeschränkt.

Im § 7 JGG heißt es: „*Als Maßregeln der Besserung und Sicherung im Sinne des allgemeinen Strafrechts können die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt, die Führungsaufsicht oder die Entziehung der Fahrerlaubnis angeordnet werden.*“

Es sind also lediglich die Sicherungsverwahrung und das Berufsverbot bei Jugendlichen ausgeschlossen.

Der Maßregelvollzug basiert auf den Voraussetzungen der §§ 20 und 21 StGB und den §§ 63 sowie 64 StGB.

§ 63 StGB: *„Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus.
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.“*

Vorraussetzung für eine Unterbringung gem. § 63 StGB sind also die in den § 20 und 21 StGB genannten Bedingungen. Hierin heißt es:

§ 20 StGB: *„**Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung.** Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinnens oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“*

§ 21 StGB: *„**Verminderte Schuldfähigkeit.** 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.“*

Die Einschränkungen der Schuldfähigkeit bei Jugendlichen aufgrund einer in den § 20 StGB genannten Bedingungen richtet sich nach den gleichen Bedingungen und Kriterien wie bei Erwachsenen. Unterschiede bestehen im Wesentlichen darin, dass die Symptomatik schwerer psychischer Störungen bei Jugendlichen nicht immer der bei Erwachsenen entspricht- ein Umstand der es erforderlich macht, dass der mit der Beurteilung beauftragte Sachver-

ständige die Entwicklungspsychopathologie des Jugendalters kennen und berücksichtigen muss. (Günter 2004).

Schütze (2003) ordnet folgende Störungen der *schweren anderen seelischen Abartigkeit* zu:

- Persönlichkeitsstörungen, Reifestörungen sowie abnorme Erlebnisreaktionen bzw. Störungen der Erlebnisverarbeitung (früher Neurosen)
- Sexuelle Verhaltensabweichungen
- Chronischer Drogenmissbrauch

Grundsätzlich zu beachten ist, dass eine *Schwere* von erheblichem Ausmaß besteht, es muss der Krankheitswert der Störung festgestellt werden.

Ob eine jugendpsychiatrische Diagnose als Eingangsmerkmal - insbesondere als sogenanntes 4. Kriterium - gelten kann, ist umstritten (siehe auch Diskussion zum ADHS unter 4.3). Die Zuordnung psychiatrischer Störungen im Jugendalter zu den anderen Kriterien, zu der *krankhaften seelischen Störung, der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder Schwachsinn* bereitet in der Praxis in der Regel weniger Probleme, da hier die Symptome beispielsweise bei der Schizophrenie oder den Störungen der Intelligenz zwar alters-typisch anders in Erscheinung treten, die Diagnosekategorien (hier: F 20-F25 und F 70-F72) aber gleich sind.

§ 126 a StPO: „Einstweilige Unterbringung. *Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schulunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.“*

§ 62 StGB: Verhältnismäßigkeit. *„Im Strafverfahren gegen einen Jugendlichen, das vom Erziehungsgedanken beherrscht wird und an den Zielen von Schutz, Forderung und Integration des Jugendlichen ausgerichtet ist, ist nach*

allgemeiner Meinung in Rechtsprechung und Schrifttum besonders eingehend und sorgfältig zu prüfen, ob die Maßregel erforderlich ist oder eine weniger einschneidende Maßnahme ausreicht. Das Gericht muss danach neben der Würdigung der den Anlass des Verfahrens gebenden strafbedrohten Handlung die Gesamtpersönlichkeit des Täters, insbesondere die Art seiner Erkrankung, sein ganzes Vorleben, seine allgemeinen Lebensbedingungen und alle sonst in Frage kommenden maßgeblichen Umstände berücksichtigen. Eine - gesetzlich nicht befristete (§ 67 d Abs. 1 und Abs. 2 StGB) - Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus dient ausschließlich dazu, Erkrankte oder krankhaft veranlagte Menschen von einem seelischen Leiden, das die öffentliche Sicherheit gefährdet, zu heilen oder, falls das nicht möglich ist, sie in einem psychiatrischen Krankenhaus in ihrem Zustand zu pflegen, weil andere Maßnahmen die von ihnen für die Rechtsordnung ausgehende Gefahr nicht zu bannen vermögen.⁵

Die rechtlichen Voraussetzungen der Anordnung sind unterschiedlich, je nach dem, ob es sich um eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) handelt: Rechtswidrige Straftat **und** Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit - bei der Unterbringung in einem **psychiatrischen Krankenhaus - oder** Rauschzustand oder entsprechender Hang
- bei der Unterbringung in einer **Entziehungsanstalt**.
Für beide Unterbringungsformen muss eine positive Gefährlichkeitsprognose bestehen. In jedem Fall ist die Verhältnismäßigkeit zu prüfen.

Gemeinsame Voraussetzung ist eine rechtswidrige Straftat, die ein Strafgericht feststellen muss, bei Jugendlichen ist bei Jugendlichen und Heranwachsenden der Jugendrichter. Für eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus muss als zweites eine Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit zum Zeitpunkt der Tat vorgelegen haben. Für eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt muss die Tat entweder in einem Rausch

⁵ BGH NJW 1992, 1570

begangen worden sein oder auf einen entsprechenden Hang zurückgeführt werden können. Eine Schuldunfähigkeit bzw. verminderte Schuldfähigkeit kann, muss aber nicht vorliegen. Zu den Voraussetzungen der Schuldunfähigkeit siehe §§ 20, 21 StGB. Der Gesetzgeber hat im § 20 StGB juristische Umschreibungen von inzwischen obsoleten Krankheitsbegriffen vorgenommen, die sich noch an den ersten Klassifikationen der Psychiatrie orientierten und heute als obsolet gelten müssen.

Dritte Voraussetzung ist die Gefährlichkeitsprognose. Für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus muss die Gesamtwürdigung von Täter und Tat ergeben, „*dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist*“ (§ 63 StGB). Für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt muss für den Täter die Gefahr prognostiziert werden, „*dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird*“ (§ 64 Abs. 1 StGB).

Vierte Voraussetzung ist die Verhältnismäßigkeit. Zwischen dem freiheitsentziehenden Eingriff der Unterbringung und der begangenen und zu erwartenden Taten sowie der prognostizierten Gefahr darf kein Missverhältnis stehen (§ 62 StGB). Das Strafgericht muss sich - so der BGH - „regelmäßig zu einer Erörterung der Unverhältnismäßigkeit der Unterbringung eines Beschuldigten in einem psychiatrischen Krankenhaus gedrängt sehen, wenn die Taten, mit denen er in Erscheinung getreten war, dem Bereich mittlerer Kriminalität zuzuordnen sind“ (BGH Strafverteidiger 1999; 489).

Verfahrensrechtlich ist zu beachten, dass für eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus immer ein Verteidiger zu bestellen ist (§ 140 Abs. 1 Nr. 1 StPO i.V.m. § 24 Abs. 1 Nr. 2 GVG). Sowohl für die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus, als auch in einer Entziehungsanstalt ist ein Sachverständiger hinzuzuziehen (§ 246 a StPO).

Dies alles gilt sowohl für die Unterbringung von Jugendlichen und Heranwachsenden. Zusätzlich ist folgendes zu beachten: Bei Jugendlichen kann neben der Schuldunfähigkeit gem. § 20 StGB die Verantwortlichkeit gem. § 3 JGG fehlen, d. h. es kann sowohl eine krankheitsbedingte als auch eine ent-

wicklungsbedingte Unverantwortlichkeit vorliegen. Es ist umstritten, ob dann - wenn beide Schuldausschlussgründe vorliegen - auch eine Unterbringung gem. den §§ 63, 64 StGB zulässig ist - so der BGH⁶ - oder nur oder zumindest vorrangig familienrichterliche bzw. vormundschaftsrichterliche Maßnahmen in Betracht kommen, die weniger eingriffsintensiv sind (Ostendorf 2000). Insbesondere ist der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz bei der Unterbringung von jungen Menschen zu beachten, da einmal bei ihnen eine negative Prognose besonders schwer getroffen werden kann und zum anderen der freiheitsentziehende Eingriff von jungen Menschen besonders intensiv erlebt wird. BGH: „Die Anordnung der Unterbringung eines knapp 17-jährigen Jugendlichen in einem psychiatrischen Krankenhaus kann immer nur in besonderen Ausnahmefällen gerechtfertigt sein“ (BGHSt 37, 373⁷). Die Belastung wird durch die Unbestimmtheit der zeitlichen Dauer erhöht. Während die Unterbringung gem. § 63 StGB ohne zeitliche Eingrenzung erfolgt, also eine lebenslange Unterbringung möglich ist, darf nur die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB die Zeitdauer von 2 Jahren nicht überschreiten (§ 67 d Abs. 1 StGB).

Verfahrensrechtliche Besonderheiten im Jugendstrafverfahren für die Auswahl des Sachverständigen, für die Heranziehung eines Strafverteidigers sowie der Jugendgerichtshilfe, für die Beteiligung der gesetzlichen Vertreter werden hier nicht ausgeführt.

Rechtsgrundlagen des Vollzuges

Nach Rechtskraft der (jugend-)strafgerichtlichen Entscheidung über die Unterbringung ist diese zu vollstrecken. Die Unterbringung ist in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen, in der Entziehungsanstalt alle 6 Monate, im psychiatrischen Krankenhaus jedes Jahr. Die Überprüfung kann auch erge-

⁶ BGHSt 26, 70.

⁷ BGH 4 StR 59/00 - Beschluß v. 9. Mai 2000 (LG Münster)

ben, dass die Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt wird (§ 67 d Abs. 2 StGB).

Für den Vollzug selbst gibt es in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche gesetzliche Grundlagen. Z. T. gibt es spezielle Maßregelvollzugsgesetze, z. T. finden sich Regeln in den Unterbringungsgesetzen für psychisch Kranke - abgekürzt PsychKG. Hier sind die Voraussetzungen für die Unterbringung und ihre Durchführung, für Einschränkungen der Grundrechte, die sich durch die Unterbringung ergeben, für einen offenen Vollzug, für Urlaub, für Besuchszeiten, für Arbeit und Ausbildung bzw. schulischen Unterricht, für Freizeitgestaltung, für die Entlassungsvorbereitung, für Beschwerdemöglichkeiten geregelt. Üblicherweise ist die Behandlung dem untergebrachten Patienten zu erläutern. Ist er in der Lage, den Grund, die Art, den Umfang und die Tragweite der Behandlung einzusehen, so soll die Erläuterung darauf gerichtet sein, seine Zustimmung zur Behandlung zu erreichen. Bei Jugendlichen sind zusätzlich die Sorgeberechtigten mit einzubeziehen.

Es gibt nur sehr wenige gesetzliche Bestimmungen für einen speziellen Vollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden. Eine getrennte Unterbringung von Jugendlichen / Heranwachsenden und Erwachsenen ist nur in einigen Bundesländern vorgesehen. Der Ort der Vollstreckung ist Ländersache und wird in Vollstreckungsplänen geregelt (§22 StVollstrO). Ausnahmen von Vollstreckungsplänen sind in der Regel möglich, führen aber nicht immer zu einer angemessenen Unterbringung beispielsweise in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor Ort. Für den Strafvollzug hingegen hat der Bundesgesetzgeber die getrennte Unterbringung ausdrücklich bestimmt (§ 92 Abs. 1 JGG). (Ostendorf 2008).

Ein Urteil des Thüringer Verfassungsgerichtshof aus dem Jahr 2001 zeigte aber, dass bei Jugendlichen ein Rechtsanspruch im Falle der Unterbringung gemäß § 63 StGB besteht, in einer für Jugendliche geeigneten Weise untergebracht zu werden (VerfGH 11/02).

In dem Urteil heißt es unter anderem: „Eine Entscheidung über den Verlegungsantrag des Beschwerdeführers war nicht deshalb entbehrlich, weil es in

Thüringen keine für den Jugendmaßregelvollzug geeignete geschlossene jugendpsychiatrische Einrichtung existiert. Die Ausgestaltung der Unterbringung sowohl von Erwachsenen als auch von Jugendlichen und Heranwachsenden in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB ist bundesweit kaum ausgestaltet.“

3. Jugendkriminalität

Insbesondere eine kleine Gruppe Jugendlicher begeht den Löwenanteil an Straftaten in diesem Altersbereich. Bei rund 90 % der Kinder und Jugendlichen, die Straftaten begehen, handelt es sich um ein Entwicklungsphänomen. Nur bei 10% ist eine Verfestigung hin zu einer kriminellen Entwicklung zu befürchten oder bereits eingetreten. Die Hälfte dieser Gruppe- 5% der bekannten jungen Täter - hat 40% der bekannt gewordenen Delikte verübt. Bedenklich erscheinen insbesondere die Tendenz zu einem immer jüngeren Einstiegsalter und die steigende Bereitschaft zur Anwendung von exzessiver Gewalt (Heinz 2003).

Laut Kriminalstatistik stellen Jugendliche und Heranwachsende rund 25 % der Täter bei Sexualdelikten.

3.1 Delinquenz bei Jugendlichen

Jugendliche sind in den Kriminalstatistiken im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Bevölkerung überrepräsentiert. Zwar verzeichnen die Zahlen zur Kinder- und Jugenddelinquenz erstmals seit einem Jahrzehnt mäßigen bis starken Anstiegs, einen leichten Rückgang, dennoch haben sie einen hohen Anteil, insbesondere im Bereich der Eigentumsdelikte. Bei Raub und Erpressung stellen sie den höchsten Anteil (Sonnen 2003).

Laut Bundeskriminalamt (Statistisches Bundesamt 2006) kam es 2004⁸ insgesamt zu 775802 Straftaten. 56760 Jugendliche und 77876 Heranwachsende wurden verurteilt, in den meisten Fällen zu Arbeitsauflagen und Täter-Opfer-Ausgleich. 134636 sogenannter Jugendtäter (unter 21 Jahren) gegenüber 641166 Erwachsenen entsprechen somit einem Anteil von 17% an der Gesamtzahl der Verurteilten. Der Anteil der Jugendlichen an einzelnen Deliktgruppen ist insbesondere bei Sexualstraftaten und Körperverletzungen (auch schwere und gefährliche) sowie bei Diebstahl und Raub relativ zum Anteil an der Bevölkerung am höchsten. Zu berücksichtigen bei der mittler-

⁸ Früheres Bundesgebiet einschl. Berlin; Angaben für die neuen Länder liegen nicht vor.

weile eingetretenen Stagnation an Straftaten ist die rückläufige Bevölkerungsentwicklung, insbesondere des Bevölkerungsanteils der unter 21-Jährigen, der im 5-Jahreszeitraum um 0,6 % abgenommen hatte.

Inhalt der einzelnen Delikts-Obergruppen:

Es ergibt sich für die einzelnen Deliktgruppen folgendes Bild:

Straftaten gegen das Leben: Bei Straftaten gegen das Leben gibt es keine strukturellen oder zahlenmäßig wesentliche Änderungen. Bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung verzeichnen ausschließlich die Minderjährigen Tatverdächtigen eine Steigerung. Begangen wurden insbesondere sexueller Missbrauch von Kindern, sexuelle Nötigung und Vergewaltigung.

Bei den sogenannten Rohheitsdelikten und Straftaten gegen die persönliche Freiheit sind bei allen Altersgruppen (Kinder/Jugendliche/Heranwachsende) Steigerungen festzustellen. Im Bereich der Körperverletzungen dominieren die vorsätzlichen leichten vor den schweren und gefährlichen Tatausführungen. Auffällig ist, dass bei der Eigentumskriminalität, insbesondere beim Diebstahl, sich in allen Altersgruppen der Jugendtäter rückläufige Tatverdächtigenzahlen zeigen, am meisten bei den Kindern und Jugendlichen.

Sonstige Straftatbestände gemäß StGB:

Bei allen Altersgruppen bis 21 Jahre wurden vorwiegend Sachbeschädigungen registriert, gefolgt von Beleidigungen und Hausfriedensbruch, hauptsächlich durch Jugendliche und Heranwachsende.

Kinder begingen überproportional (zumeist) fahrlässige Brandstiftung. Gleichzeitig ist im Jahr 2003 eine Zunahme der Opfer unter 18 Jahren um 6,3 % bei Jugendlichen festzustellen. Insgesamt liegt die Zahl der registrierten Jungtäter in Rheinland-Pfalz trotz leichtem Rückgang gegenüber dem Vorjahr immer noch über der Zahl von 2001. (Jugenddelinquenz in Rheinland-Pfalz 2003)

Die mit Straftaten auffälligen Kinder (10 bis 14 Jahre) und Jugendliche (14 bis 18 Jahre) lassen sich grob in zwei Gruppen einteilen. Bei rund 90 % der Kinder und Jugendlichen handelt es sich um ein vorübergehendes Entwicklungsphänomen. Diese Täter treten selten häufiger in Erscheinung. Nur bei 10 % der registrierten Jugendtäter ist eine Verfestigung bis hin zu einer kri-

minellen Entwicklung zu befürchten oder schon eingetreten. Die Hälfte dieser Gruppe – 5 % der bekannten jungen Täter - haben immerhin 40 –60% der bekannt gewordenen Delikte verübt und gelten somit als Intensivtäter (Heinz 2003).

Bei einer kleinen Gruppe (5 % der straffällig gewordenen Jugendlichen) kommt es zu einer Verfestigung hin zu dieser zu einer kriminellen Entwicklung. Moffit (1993) spricht in diesem Zusammenhang von *adolescence limited* versus *life-course-persistent antisocial behavior*.

Inhaftiert waren 2005 insgesamt 63533⁹ (alle Altersklassen). Gegenüber 62595 im Jahr 2003 blieb die Zahl relativ konstant. Davon waren lediglich 727 Jugendliche (2003 waren es 822). Hier fand also ein Rückgang der jugendlichen Inhaftierten statt. Gleichzeitig befanden sich 3656 Heranwachsende in Haft (gegenüber 3709 im Jahr 2003). Eine Jugendstrafe verbüßten 2005 7061¹⁰ gegenüber 7276 in 2003 (Statistisches Bundesamt 2006).

⁹ Einschließlich Sicherungsverwahrte.

¹⁰ Hier findet sich auch der Altersbereich der über 21jährigen, abhängig von der Haftdauer.

4. Jugenddelinquenz und psychische Störungen

Psychische Erkrankungen im Jugendalter sind in etwa genau so häufig wie im Erwachsenenalter, zeigen jedoch häufig eine andere Gestalt. Wie bei Erwachsenen richten sich die Einschränkungen der Schuldfähigkeit nach den im § 20 StGB festgelegten Kriterien. Dies bedeutet, dass in ähnlicher Weise die sogenannten Eingangskriterien (*krankhafte seelische Störung, tief greifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn, andere seelische Abartigkeiten*) überprüft werden müssen. Im Jugendalter gibt es eine Reihe von Unterschieden: Generell sind Jugendliche leichter *affektiv affizierbar* und werden auch leichter als Erwachsene *von einem Handlungsablauf mitgerissen* (Günter 2004). Häufig erlebt man dies insbesondere bei Gruppendelikten, bei denen sich eine Dynamik entwickelt, die keiner der Beteiligten im Vorhinein überschaut oder geplant hatte.

Gruppendynamik: In beispielhafter Weise zeigt sich dies bei der Tötung einer Erzieherin im pfälzischen Rodalben im Rahmen des Projektes zur U-Haft Vermeidung: Die beteiligten Jugendlichen befanden sich erst kurze Zeit in der Einrichtung, auch die Erzieherin war neu und wollte es besonders gut machen. Als die Jugendlichen den Entschluss fassten aus der Einrichtung zu entweichen, planten sie der Erzieherin eine Bratpfanne auf den Kopf zu hauen um ihr die Schlüssel abzunehmen. Die Erzieherin wehrte sich jedoch heftig, woran die Jugendlichen bei ihrer „Planung“ nicht gedacht hatten, sodass es schließlich im Rahmen der eskalierenden Auseinandersetzung dazu kam, dass einer der Jugendlichen ein Küchenmesser holte und mehrfach auf die Erzieherin einstach. Sie wurde erst am anderen Morgen von ihren Kollegen verblutet aufgefunden.

Phantasievorgestalten spielen eine wichtige Rolle, wobei dennoch der eigentliche Auslöser, ein plötzlicher, vom Gefühl bestimmter Entschluss zur Tat führen kann (Hinrichs 2006).

Praxisbeispiel für Phantasievorgestalten: Ein Sechzehnjähriger, sozial sehr isoliert aufgewachsener Jugendlicher, hat im Rahmen von Tagträumen wiederholt die Vorstellung, eine Frau zu vergewaltigen. Der Sechzehnjährige wuchs in einem sehr gewalttätigen Milieu auf, der Stiefvater misshandelte ihn und die zwölfjährige Halbschwester wiederholt und war diesbezüglich vorbestraft. Auf dem Boden einer erst sehr spät erkannten und behandelten Sprachentwicklungsstörung entwickelte sich eine zunächst auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, der Jugendliche entwickelte nur ein geringes Maß an sozialen Fertigkeiten. Die soziale Integration wurde durch häufige Umzüge zusätzlich erschwert (die Umzüge kamen aufgrund der querulatorischen Neigung des Stiefvaters, der ständige Nachbarschaftskonflikte unterhielt, zustande. Auch gegenüber den Nachbarn kam es wiederholt zu Tötlichkeiten). Im Dezember 2004 begegnete dieser junge Mann zufällig einer jungen, hübschen Achtzehnjährigen auf dem Weg zu seiner Lehrstelle. Einem plötzlichen Impuls folgend zog er diese, trotz heftiger Gegenwehr, in ein nahe gelegenes Waldstück. Auf ihr Zureden hin ließ er sie schließlich gehen, ohne tatsächlich sein Vorhaben umzusetzen. In der weiteren Folge beschäftigten ihn aber ausgeprägte Vergewaltigungsphantasien zunehmend mehr, nahmen mehr und mehr Raum in seinem Tagesablauf ein. Schließlich war er die meiste Zeit des Tages mit Tagträumen im Sinne von gewalttätigen sexuellen Phantasien okkupiert. So kam es schließlich zu einer zweiten, sehr ähnlichen Tat, wobei es sich nun um eine, wie er später sagte, in seinen Augen weniger attraktive, ältere Frau handelte, die er auf gleiche Weise anging, weil er dem Drang seiner Phantasien nicht mehr widerstehen konnte. Hier wurde er nun schließlich gestellt und gab auch die bereitwillig die zwei Monate zuvor stattgefundene Tat zu. Die Phantasien beschäftigten ihn weiter, hatten zum Teil imperativen Charakter. Im weiteren Verlauf entwickelte er eine schizophrene Erkrankung, welche zum Tatzeitpunkt nicht eindeutig zu erkennen war.

Es muss vor einer unkritischen Bejahung erheblich verminderter Steuerungs- oder Einsichtsfähigkeit bei Jugendlichen gewarnt werden, da dies ggf. auch

in einer Unterbringung im Maßregelvollzug münden kann, was bei Jugendlichen besonders kritisch gesehen werden muss. Die erhöhte affektive Ansteckbarkeit Jugendlicher führt häufiger als bei Erwachsenen zu affektiven Ausnahmezuständen im Sinne einer Affekttat, bzw. einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung nach §20 StGB (Günter 2004). Einschränkend führt Lempp (2003) aus, dass es sich ohnehin bei einer Mehrzahl der zu begutachtenden Delikte um Affekttaten handele und daher die Anwendung des Eingangskriteriums tiefgreifende Bewusstseinsstörung nur in äußersten Extremfällen vorzusehen ist.

4.1 Adoleszenzkrisen und Persönlichkeitsstörungen

Pubertätskrisen haben in den modernen psychiatrischen Klassifikationssystemen keinen Eingang gefunden, Krisen sind dennoch im Rahmen der Pubertät häufig und führen nicht selten zu erheblichen Auffälligkeiten bis hin zu Zuständen mit Eigen- oder auch Fremdgefährdung. Ob man im Jugendalter bereits die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung stellen darf, ist daher strittig. Die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung ist aufgrund der Forderung eines überdauernden Musters im Jugendalter äußerst kritisch zu bewerten. Umgekehrt gilt aber auch bei Erwachsenen, dass eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen nicht wie in der Definition gefordert, durchgängig als stabil zu betrachten sind. Als gängiges Kriterium gilt insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen auch weiterhin die Feststellung, dass eine solche Störung vor dem sechzehnten (manche Autoren meinen vor dem siebzehnten oder achtzehnten) Lebensjahr „wahrscheinlich unangemessen“ ist. Lediglich im Einzelfall bei besonders schweren Störungsbildern kann eine solche Diagnose rechtfertigbar sein (Günter 2004).

Grundsätzlich problematisch ist die Zuordnung von delinquentem Verhalten zu psychischen Störungen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat dennoch unter der Kategorie *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* die Störungen des Sozialverhaltens, zu deren diagnos-

tischen Kriterien auch aggressives und delinquentes Verhalten gehört, in die psychiatrische Diagnosen¹¹ aufgenommen.

Während oppositionelles Trotzverhalten oder dissoziale Verhaltensweisen wie Lügen, kleinere Diebstähle oder aggressive Verhaltensweisen gegenüber Anderen bei einer großen Zahl von Kindern im Verlauf ihrer Entwicklung passager vorkommen, ohne dass von einer schwerwiegenden Verhaltensstörung gesprochen werden kann (Tremblay et al. 1999), gelingt es einer kleineren Zahl von Kindern im Verlauf ihrer Entwicklung jedoch nicht, oder nur unzureichend, diese Verhaltenskontrolle über Impulse aggressiven oder antisozialen Verhaltens, auszuüben. Die Verhaltenskontrolle über aggressive Impulse stellt eine zentrale Entwicklungsaufgabe der Aspekte der Sozialisation und der intrapsychischen Reifung dar. So weisen 80 % aller Kinder zum Ende des 2. Lebensjahres in der Interaktion mit Gleichaltrigen aggressive Verhaltensweisen wie Treten, Beißen oder Schlagen auf. Zählt man zu den aggressiven Verhaltensweisen auch das Wegnehmen von Spielgegenständen, erhöht sich die Zahl auf über 90 %. Im Verlauf der Entwicklung gelingt es der Mehrzahl dieser Kinder unter adäquater Anleitung durch kompetente Erziehungspersonen ihre aggressiven und antisozialen Impulse zunehmend besser zu kontrollieren (Schmeck 2004).

Laut Schmeck ist Beschäftigung mit aggressivem und dissozialem Verhalten sowohl aus klinischer als auch aus gesellschaftlicher Sicht von besonderer Bedeutung, da sowohl retrospektive als auch prospektive Langzeituntersuchungen die schlechte Langzeitprognose vor allem derjenigen Störungen des Sozialverhaltens beschreiben, die bereits im Kindesalter begonnen haben. Ohne intensive Behandlungsanstrengungen besteht hier eine hohe Wahrscheinlichkeit des Übergangs in eine chronische Störung.

Bei der Klassifikation der Störung ist vor allem das durchgängige Muster von oppositionellem Verhalten oder Aggressivität oder Dissozialität von zentraler Bedeutung. In Relation wird dies immer mit dem kindlichen Entwicklungsniveau gesehen, d.h. die Störung muss über das zu erwartende Maß bei Gleichaltrigen hinaus ausgeprägt sein. Besonders problematisch sind vor

¹¹ Auch die dissoziale oder antisoziale Persönlichkeitsstörung findet sich im ICD bzw. im DSM.

allem diejenigen Jugendlichen, die ein breites Spektrum an Verhaltensauffälligkeiten zeigen.

Die Ausprägung der Störung und der Verlauf werden sowohl von externalen Faktoren als auch von internalen Faktoren beeinflusst. Zu den externalen Faktoren zählen neben situativen Einflussfaktoren auch psychosoziale Risikofaktoren (Fergusson et al. 1996). Die psychosozialen Risikofaktoren, das elterliche Erziehungsverhalten, aber auch Einflüsse der peer group beeinflussen den Verlauf der Störung mit. Bis heute nicht vollständig geklärt ist der Einfluss von Medien wie Fernsehen, Video oder Computerspiele auf aggressives Verhalten. Eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen sprechen aber für einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Konsum gewalttätiger Fernsehsendungen und aggressivem Verhalten, wie beispielsweise eine Metaanalyse von 217 Studien (Paik und Comstock, 1994). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Mummendey (1996) und Spitzer (2006).

Zu den internalen Faktoren zählen neben kognitiven Faktoren wie beispielsweise Attributionsfehler oder ein ausgeprägter Mangel an Empathie auch Störungen der Bindungsfähigkeit. Sicher sind Bindungsfaktoren nicht unabhängig von der unmittelbaren sozialen Umgebung zu sehen. Besonders der Typus der desorganisierten Bindungsqualität scheint einen engen Zusammenhang zu impulsiv-aggressivem Verhalten im Kindes- und Jugendalter zu haben. Im Zusammenhang mit dem ausgeprägten Mangel an Empathie, der insbesondere auch bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung des Erwachsenenalters als ein Kernmerkmal gilt, kommt diesem eine grundlegende Funktion bei der Aufrechterhaltung dissozialer und krimineller Verhaltensweisen zu. Besonders bei Kindern mit frühem Beginn der Sozialverhaltensstörung zeigen 25 % einen Mangel an Schuldgefühlen, Fehlen von Empathie sowie eine insgesamt schwach ausgeprägte Emotionalität (Christian et al. 1997/Schmeck 2004). In diesem Zusammenhang ist auch die Diskussion um das psychopath-Konzept nach Hare (1970) zu sehen.

Immer wieder wird auch nach einem biologischen Korrelat im Gehirn für eine erhöhte Gewaltbereitschaft gefahndet. Von Einzelfällen, bei denen klar nachweisbare Störungen im Bereich des Hypothalamus, des Mandelkerns

oder anderen Hirnbereichen nachweisbar sind, kann bislang nicht ausreichend auf eine generalisierte Verursachung in diesem Bereich geschlossen werden (Bogerts 2004).

Neuere Untersuchungen mit Hilfe funktionsbildgebender Verfahren (Positronenemissionstomographie, PET und SPECT) weisen daraufhin, dass grundlegend andere Verarbeitungsmuster bei dem sogenannten *psychopath* vorliegen (Bogerts 2003).

Betrachtet man nun die speziellen Populationen von Haftanstalten, so lassen sich dort ebenfalls in hohem Maße psychische Störungen nachweisen. Diese Häufung psychischer Erkrankungen in Gefängnispopulationen ist durch eine Reihe von Studien belegt. Es ist davon auszugehen, dass in Justizvollzugsanstalten insgesamt mehr psychisch kranke Straftäter untergebracht sind, als im Maßregelvollzug (Witzel et al. 2004). Neben den eindeutig psychisch kranken Straftätern gibt es auch in den Gefängnispopulationen eine hohe Dunkelziffer an psychischen Störungen. Kaum Vergleichszahlen gibt es bei Jugendlichen. Es fehlen bislang methodisch fundierte Studien zur Prävalenz psychischer Störungen speziell im Jugendstrafvollzug (Konrad 2003). Im Gegensatz zu den Maßregelpatienten ist hier nicht von Belang, ob die psychiatrische Störung mit Anlass zur Unterbringung war oder ob die Störung etwa erst unter Haftbedingungen entstanden ist. In einer systematischen Übersicht (Fazel & Danesh, 2002) über 62 Studien aus 12 unterschiedlichen westlichen Ländern bei einer Vielzahl an Gefangenen (Durchschnittsalter 29 Jahre) wiesen 3-7% der Männer eine psychotische Erkrankung auf, 10% eine schwere Depression sowie 65% eine Persönlichkeitsstörung. Daraus kann eindeutig geschlossen werden, dass das Risiko, an einer psychischen Störung zu leiden, bei Gefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist. Auch hier besteht Anlass, über die bestehenden Versorgungsstrukturen nachzudenken (Schäfer et al. 2004). Häufig scheidet die stationäre psychiatrische Behandlung von Gefangenen in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen an den Sicherheitsbedenken von Seiten der Vollzugsbehörden, aber auch an den an ihre Grenzen stoßenden Bedingungen in der Psychiatrie, speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die in der Regel nicht auf die

Behandlung psychisch kranker Straftäter eingerichtet ist. Immerhin gibt es einer Befragung aller Maßregelvollzugseinrichtungen in Deutschland¹² zufolge 17 Kliniken in 10 Bundesländern, die sich an der stationären wie auch an der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Gefangenen beteiligen. Besonders bei der Behandlung von Jugendlichen im Strafvollzug bedarf es der Bildung von Netzwerken und der Vermittlung besonderer Fachkenntnisse von Kinder- und Jugendpsychiatern.

Untersucht man retrospektiv Häftlinge auf das Vorliegen eines hyperkinetischen Störungsbildes in der Kindheit, findet man bei etwa 40% umfangreiche Symptome aus dem Spektrum des Störungsbildes. Da die Aufmerksamkeitsdefizitstörung bislang eine Domäne der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt und offensichtlich hier eine Häufigkeit weit über der Allgemeinbevölkerung in delinquenten Populationen besteht, ist der Handlungsbedarf offensichtlich (Ziegler et al. 2003). Problematisch ist sicherlich die retrospektive Vorgehensweise bei der Diagnosestellung mittels Fragebögen, da sich die Diagnose eines ADHS nicht sicher von einer reinen Störung des Sozialverhaltens oder emotionalen Störungen (Anpassungsstörung mit Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen oder posttraumatischer Belastungsstörung) im Nachhinein abgrenzen lässt.

4.2 Komorbidität dissozialer Störungen

Die Dissozialität für sich genommen führt in der Regel nicht zur Unterbringung im Maßregelvollzug, wengleich auch instrumentelles dissoziales Verhalten große Ähnlichkeit mit dem von Hare (1970) weiter entwickelten Psychopathiekonzept aufweist. Kinder und Jugendliche, deren Störungen des Sozialverhaltens mit „psychopathischen“ Wesenszügen (oberflächlicher Charme, keine dauerhaften Beziehungen, keine Empathie, keine Schuldgefühle, keine Angst, oberflächliche Emotionen verknüpft mit antisozialem Lebensstil) wiesen einen höheren Schweregrad auf bzw. erreichten höhere Werte auf der Child-Behavior-Checklist bezüglich Aggressivität und Dissozia-

¹² Hier sind keine kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken miterfasst.

lität, sie zeigten mehr aggressive und oppositionelle Verhaltensweisen sowie mehr verdeckt ausgeführte, destruktive und gegen das Eigentum anderer gerichtete Verhaltensweisen, als die Gruppe mit Störungen des Sozialverhaltens ohne psychopathische Züge (Christian 1997) .

Häufig finden sich bei dissozialen Störungen aber auch impulsiv-aggressive Verhaltensweisen, welche häufiger in klinischen Behandlungssettings zu finden sind. Diese haben häufig Schwierigkeiten in der Selbstkontrolle, eine geringe Frustrationstoleranz und zeigen kognitive Verzerrungen bei der Bewertung der Handlungen anderer.

Häufig entwickeln sich dissoziale Störungen auf dem Boden einer Aufmerksamkeitsstörung (hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens/ F90.1). Die Komorbidität von hyperkinetischen Störungen und Störung des Sozialverhaltens wird allgemein mit 50 % angegeben (Schmeck 2004). Sowohl im Maßregel- als auch im Strafvollzug finden sich bei vielen Insassen ein hohes Maß an hyperkinetischen Störungsbildern (Ziegler 2003 / Rösler et al. 2004). Bei einer großen Zahl Kinder und Jugendlicher finden sich neben der dissozialen Störung Verknüpfungen mit depressiven Störungen oder Angststörungen (29%-50%). Bei einer Vergleichsstudie war das Risiko, gleichzeitig an einer Störung des Sozialverhaltens und einer Depression zu leiden, um das Elffache erhöht, bei Vorliegen einer oppositionellen Störung sogar um das fünfzehnfache (Simonoff et al. 1997).

Ein nicht unerheblicher Prozentsatz weist neben dissozialen Zügen auch dissexuelle Züge (Beier ¹³2004) auf. Hierunter versteht Beier ein sich im sexuellen ausdrückendes Sozialversagen, welches als ein Verfehlen der durchschnittlich zu erwartenden Partnerinteressen verstanden werden kann. Die sprachliche Analogie zum Begriff Dissozialität ist hierbei durchaus beabsichtigt: Es finden sich Überlappungsbereiche zwischen beiden Störungen, sie können aber auch für sich stehen. Neben der Dissexualität finden sich auch eine Reihe von devianten Verformungen, die sogenannten Paraphilien, die mitunter eine erhebliche Bedeutung für die forensische Bewertung spielen.

¹³ Nach dem Konzept von Beier (2004) ist unter Dissexualität ein sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen zu verstehen (bezogen auf durchschnittlich erwartbare Partnerinteressen), unabhängig von Strafverfolgung oder Strafverfolgbarkeit.

Nach Beier ist die Prognose jugendlicher Sexualdelinquenten dann als günstig einzuschätzen, wenn die sexuellen Übergriffe Ausdruck einer fehlverarbeiteten Adoleszentenkrise sind: Es ließen sich aber doch Unterschiede feststellen zwischen sexuell unerfahrenen Jugendlichen, die erwachsene Frauen, und denen, die Kinder als Opfer wählten. Letztere zeigten in ihrer sozialen und soziosexuellen Integration im Katamnesezeitraum nicht so durchgängig positive Entwicklungen wie die Jugendlichen, die Frauen vergewaltigt oder sexuell genötigt hatten. Hierzu passen auch Befunde von Hummel und Blessmann (1994), die sowohl eine Tätergruppe von Jugendlichen und Heranwachsenden untersuchten, bei der das Opfer älter als 14 Jahre war, sowie eine Gruppe, bei denen das Opfer jünger als 14 Jahre gewesen war. Es konnte der Schluss gezogen werden, dass vor allem die Gruppe der Täter, die Kinder als Opfer wählten, eine besonders belastende Biographie und Persönlichkeitsentwicklung aufwiesen. Sie waren häufiger Zeugen von Situationen sexueller Gewalt im familiären Umfeld, auch waren in dieser Gruppe sexuell aggressive Handlungen vor dem 14. Lebensjahr häufiger aufgetreten.

4.3 Psychiatrische Störung und Eingangsmerkmale für die §§ 20, 21 StGB

Bei der Stellungnahme zur Schuldfähigkeit §§ 20, 21 StGB ist zunächst zu untersuchen, inwieweit eine psychiatrische Störung vorliegt, die sich einer der unter § 20 StGB genannten juristischen Begrifflichkeiten zuordnen lässt.

Nach § 20 StGB handelt ohne Schuld, wer "*bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder wegen einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln*".

Gemäß § 21 StGB kann eine Strafe nach § 49, Abs. 1, gemildert werden, wenn die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach

dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 StGB bezeichnenden Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert ist.

Im ersten Schritt der Begutachtung erfolgt eine psychiatrische Diagnosestellung, entsprechend gängiger Standards. In einem zweiten Beurteilungsschritt ist zu überprüfen, ob die Fähigkeit, das Tatumrecht einzusehen und gemäß dieser Einsicht zu handeln, infolge der gestörten Geistestätigkeit beeinträchtigt war.

Gemäß den heute gängigen diagnostischen Kriterien der ICD 10 (International Classification of Diseases) können folgende Diagnosegruppen der *krankhaften seelischen Störung* zugeordnet werden:

- *Psychotische Störungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F2)*
- *Affektive Störungen (F3)*
- *Organische und symptomatische psychische Störungen (F0)*

Die den krankhaften seelischen Störungen zugeordneten psychische Störungen sind nachweisbar auf eine organische Hirnfunktionsstörung zurückzuführen, die als Folge von cerebralen Krankheiten, endokrinen Störungen oder anderen körperlichen Krankheiten auftritt. Auch ein Teil der *Drogeninduzierten Störungen (F1)* gehört hierzu. Es ist zu prüfen, ob eine Intoxikation durch Alkohol oder Drogen vorliegt, oder zum Tatzeitpunkt Hinweise für ein Delir, eine psychotische Störung infolge Drogen- oder Alkoholeinfluss, ein Korsakow-Syndrom, eine verzögerte psychotische Reaktion oder Restzustände nachzuweisen sind.

Als *Tiefgreifende Bewusstseinsstörung* werden in erster Linie akute Belastungsreaktionen beschrieben. Für eine akute Belastungsreaktion wäre ein psychischer Ausnahmezustand erheblichen Ausmaßes zu eruieren, wie er normalerweise nur bei auch objektiv nachweisbaren Extremsituationen vorkommt.

Dem Begriff *Schwachsinn* sind die Intelligenzminderungen zuzuordnen. Forensisch relevant ist der Bereich $IQ < 70$.

Zu den *schweren anderen seelischen Abartigkeiten* werden folgende psychiatrischen Diagnosegruppen zugeordnet:

- *Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (F1X2)*
- *Anhaltende affektive Störung (F34).*
- *Schwerste neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)*
- *Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F6)*

Unter den *schweren anderen seelischen Abartigkeiten* können alle psychiatrischen Störungen, die nicht mit den ersten drei Merkmalen erfasst werden können, subsumiert werden. Dazu gehören insbesondere die Persönlichkeitsstörungen, die neurotischen Entwicklungen, die sexuellen Verhaltensabweichungen, aber auch die chronischen Missbrauchsformen, die nicht oder noch nicht zur körperlichen Abhängigkeit geführt haben (Schütze 2003). Auch in diesem Merkmal ist ein quantitatives Element mit dem Begriff "Schwere" enthalten. Allgemein wird darauf hingewiesen, dass die Funktionsbeeinträchtigung durch die Störung so ausgeprägt wie bei den psychotischen Erkrankungen sein muss, oder, dass die Einbußen an sozialer Kompetenz infolge der Störung denen bei psychotischen Erkrankungen gleichen müssen. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass nicht nur das Ausmaß der Störung von Bedeutung ist, sondern auch die Spezifität der Störung für die inkriminierte Tat. Sicher bleibt die forensische Bewertung von Persönlichkeitsstörungen, Adoleszentenkrisen und anderen abnormen Erlebnisreaktionen unter dem Aspekt der Schuldfähigkeit schwierig (Schütze 2003), gerade bei Jugendlichen¹⁴.

¹⁴ Die gemachten Ausführungen ersetzen keinesfalls ein forensisches Lehrbuch, sie geben lediglich den groben Rahmen bei der Beurteilung wieder.

Eine der am Häufigsten gestellten Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die sogenannte *Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* (ADHD). Anhand dieses Störungsbildes soll im Folgenden die Problematik einer typischen kinder- und jugendpsychiatrischen Störung als Eingangsmerkmal und der forensischen Bedeutung dieser Diagnose diskutiert werden. Während Lempp (1999) die charakteristischen Verhaltensstörungen bei ADHD regelmäßig von einer Einschränkung der Impulskontrolle begleitet sieht und als Mitursache bei kurzschlüssigen, meist fahrlässigen Handlungen, aber auch bei Affekttaten, für möglich hält, geht er andererseits davon aus, dass bis zum Alter der Strafreife die Folgen der organischen Psychosyndrome weitgehend ausgeglichen sind. Zwar kann in schweren Fällen eine erhebliche Minderung der Schuldfähigkeit gemäß § 21 StGB allein mit einer solchen Störung begründet werden, aber selbst bei Bejahung der Voraussetzungen des § 21 StGB ist die Begründung der Voraussetzungen des § 63 StGB nicht gerechtfertigt, da die Intensität der organischen Störungen mit der Alterszunahme weiter abnehme, eine Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus nicht sinnvoll sei, und weil eine Gefährlichkeit für die Allgemeinheit im allgemeinen nicht angenommen werden könne. Lempp weist darauf hin, dass diese Jugendlichen vielfach erhebliche Beziehungsstörungen entwickeln, die Mitursache einer kriminellen Handlung werden können. Auslöser bei Straftaten im Zusammenhang mit ADHD sind oft momentan stark emotional wirkende Situationen oder auch eine Fehlbeurteilung einer Situation. Die jugendlichen Täter sehen nachträglich ihre Fehlreaktionen durchaus ein und würden sie gerne ungeschehen machen. Bei sehr ausgeprägtem Affekt auf dem Boden einer ADHD könne im Rahmen einer Affekttat diese im Einzelfall auch als *tiefgreifende Bewusstseinsstörung* gewertet werden. Eine Störung der Kontrolle der eigenen Handlungsimpulse sei laut Lempp aber im Grunde die Ursache aller kriminellen Affekttaten, also aller strafbaren Handlungen, die einerseits nicht geplant, andererseits nicht unüberlegt fahrlässig begangen werden. Jeder Affekt beeinträchtigt die Handlungskontrolle eines Menschen. Eine Schuldausschließung oder Schuldinderung, welche die Annahme einer erheblich verminderten oder gar aufgehobenen Steuerungsfä-

higkeit im Sinne der §§ 20 und 21 StGB begründen könnten, wäre nur dann gegeben, wenn der tausalösende Affekt so stark wäre, dass er dem Affekt entspräche, der bei einer akuten Traumatisierung auftritt und somit als *tiefgreifende Bewusstseinsstörung* gewertet werden müsste (Lempp 1999).

Andere Autoren (Ebert, Heßlinger 2000) werten die Störung als einen allgemeinen unspezifischen Faktor für andere psychische Störungen (Missbrauch und Abhängigkeit, dissoziale Persönlichkeitsstörungen, "Psychopathie", affektive Störungen und Angststörungen, Zwangsstörungen, bipolare Störungen, Schizophrenie, andere Persönlichkeitsstörungen wie emotional instabile, hysterische und narzisstische Persönlichkeitsstörung). Es handele sich zwar im juristischen Sinne um eine "krankhafte Störung der Geistestätigkeit", allein sei sie aber nie so ausgeprägt, dass auch die zweite Voraussetzung zutrifft, also die Aufhebung der freien Willensbestimmung. Ein ADHD des Erwachsenenalters könne in schwerer Ausprägung in Verbindung mit an Persönlichkeitsstörungen erinnernde Verhaltensmuster mit emotionaler Instabilität, Impulsivität und Hyperaktivität die Steuerungsfähigkeit erheblich einschränken. Als schwere Störung sei sie dann auch alleine als Bestandteil des Krankheitskataloges der §§ 20, 21 StGB anzusehen. Bei Nachweis von kognitiven Störungen (Testpsychologie) sollte die Erkrankung unter die *krankhaften seelischen Störungen* subsummiert werden, ansonsten wie die Persönlichkeitsstörungen unter die *schweren anderen seelischen Abartigkeiten*. Die Einsichtsfähigkeit in das Unrecht von Taten bleibe immer erhalten. Auch die Steuerungsfähigkeit ist ohne Hinzutreten von Komplikationen nie aufgehoben wie bei den so genannten endogenen Psychosen oder organischen Psychosen. Eine erhebliche Einschränkung der Steuerungsfähigkeit sei dagegen wahrscheinlich, wenn eine Analyse der Taten ergibt, dass diese in direktem Zusammenhang mit der Psychopathologie stehen: „Straftaten mit deutlicher Verbindung zu Impulsivität oder emotionaler Instabilität sind typischerweise durch fehlende Planung, Vorbereitung und Entstehung aus dem Moment gekennzeichnet, Straftaten mit deutlicher Verbindung zu Unkonzentriertheit und Desorganisiertheit typischerweise durch Unachtsamkeit ohne

Planung, fahrlässige Fehleinschätzung und fehlende Sorgfalt.“ Allerdings ist auch darauf hinzuweisen, dass Jugendliche ohnehin ein erhöhtes Maß an Impulsivität und Desorganisiertheit, an Unachtsamkeit sowie einen Mangel an Planung bei ihren (kriminellen) Handlungen mitbringen.

Die Einschränkung der Steuerungsfähigkeit wird durch Komplikationen "potenziert". Komplikationen sind:

- Substanzintoxikationen bis hin zum pathologischen Rausch (siehe auch Lempp 1999).
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung (Nur bei einem Zusammenhang zwischen psychopathologischen Merkmalen wie oben).

Es kann also in der Regel eine Schuldunfähigkeit im Sinne des § 20 StGB nie allein mit dem Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung begründet werden (Günther 2004). Zumeist liegt die Bedeutung der Störung in der Komorbidität beziehungsweise in der Wertigkeit eines konstellativen Faktors.

5. Welchen Bedarf an Plätzen im Maßregelvollzug für Jugendliche gibt es?

Allgemein ist ein Trend in der Bundesdeutschen Rechtsprechung zu verzeichnen, Verurteilte anstatt im Gefängnis in Einrichtungen des Maßregelvollzugs unterzubringen. So betrug die Steigerungsrate von Unterbringungen im Maßregelvollzug allgemein (alle Altersgruppen) in einem Zeitraum von 25 Jahren (1976-2001) bei Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus 92 %, in einer Entziehungsanstalt 229 %

(Quelle: Statistisches Bundesamt, zitiert nach Ostendorf 2008).

Gibt es für Jugendliche und Heranwachsende Daten?

Die folgende Tabelle stellt die Verurteilungen pro Jahr dar, welche zu einer Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung oder einer sogenannten Entziehungsanstalt geführt haben.

Jahr	Unterbringungen von Jugendlichen		Unterbringungen von Heranwachsenden	
	in einem Psychiatrischen Krankenhaus	in einer Entziehungsanstalt	in einem Psychiatrischen Krankenhaus	in einer Entziehungsanstalt
1970	20	-	29	8
1980	19	9	43	77
1990	12	2	35	29
1995	12	6	29	44
1998	19	13	51	66
1999	14	10	54	67
2000	21	10	53	92

Abbildung 1 (Tabelle): Strafrechtliche Unterbringungen gem. JGG¹⁵

¹⁵ Quelle: Statistisches Bundesamt, zitiert nach Ostendorf 2008

Im Bundesdeutschen Vergleich sind demnach deutliche Steigerungen auch bei Heranwachsenden zu verzeichnen, nicht aber bei Jugendlichen, mit Ausnahme der Zunahme der Unterbringungen im Zusammenhang mit Drogen und Alkohol ab 1980 (Ostendorf 2008).

5.1 Die bundesweite Erhebung Jugendlicher und Heranwachsender im psychiatrischen Maßregelvollzug

Tessenow reichte 2001¹⁶ als Dissertation die Arbeit *Jugendliche und Heranwachsende im psychiatrischen Maßregelvollzug* an der Christian-Albrechts-Universität am Lehrstuhl von Prof. Heribert Ostendorf ein. Neben einer umfassenden Bestandsaufnahme der für Schleswig-Holstein zentralen Fachklinik wurde versucht, bundesweit alle Einrichtungen mittels Fragebogen zu befragen, in denen junge Menschen im Wege der Maßregel „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“ behandelt werden.

Bei der Bestandsaufnahme in Schleswig-Holstein in der Fachklinik Neustadt i.H. wurde zum Stichtag 01.01.2000 eine Stichtagserhebung durchgeführt. Die Erhebung entwicklungsbezogener Daten wurde vom Datenschutzbeauftragten des Landes abgelehnt. Es wurden alle Probanden, die zum Aufnahmezeitpunkt unter 21 Jahre alt waren, mittlerweile aber auch das Erwachsenenalter erreicht haben können, mit einbezogen. Es wurden 21 Patienten ermittelt von denen mittlerweile 14 zum Untersuchungszeitpunkt bereit älter als 24 und 4 zwischen 21 und 24 Jahre alt waren.

Nach Untersuchung der Situation in Schleswig-Holstein stellte sich Fr. Tessenow die Frage, wie diese Praxis im übrigen Bundesgebiet aussieht. Da davon ausgegangen wurde, dass bundesweit die Zahl der Jugendlichen (vor Vollendung des 18. Lebensjahres) eher gering sei, wurde von vornherein eine Altersgruppe bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres definiert, eine Differenzierung zwischen Jugendlichen und Heranwachsenden lässt sich aus den Daten nicht herauslesen. Erhebungszeitraum war März bis Juni 2000.

Kernfragen, die in den Fragebogen als Untersuchungsinstrument einfließen, bezogen sich auf:

- Anzahl der Patienten zum Stichtag (§§ 7, 105 JGG, 63 StGB, 126a StPO) / männlich vs. weiblich
- Wie viele der Patienten sind heute 24 und älter bzw. zwischen 21 und 24 Jahre alt, bzw. unter 21?
- Räumliche Trennung von älteren Patienten?
- Wie viele Planbetten sind allgemein für die forensische Psychiatrie vorgesehen? Belegungssituation allgemein?
- Dauer der Unterbringung allgemein (Schätzwert)?
- Dauer der Unterbringung bei Jugendlichen und Heranwachsenden (Schätzwert)?
- Anlasstaten (das schwerste Delikt)
- Diagnosen: Schätzwert, wie sich die Diagnosen aller Altersgruppen versus den Diagnosen bei Jugendlichen und Heranwachsenden verteilen.
- Vollzugslockerungen und Verlegungen
- Arbeitstherapie, Arbeit und Arbeitsentgelt
- Kosten: wie hoch ist der Tagessatz?

Die Fragebögen wurden über die Sozialministerien an die Kliniken verteilt, wobei nicht zu allen Fragebögen Antworten eingegangen sind. Dies gilt insbesondere für Baden-Württemberg, hier kam die Antwort direkt aus dem Ministerium zurück, es werde aufgrund des geringen Vorkommens keine einschlägige Statistik geführt. Hamburg hatte zum Zeitpunkt der Erhebung keine Jugendlichen und Heranwachsenden im Maßregelvollzug. Bremen antwortete, es gibt keinen eigenständigen Maßregelvollzug für Jugendliche und Heranwachsende, die Verurteilten werden in der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt. Hier fehlten Angaben zur Anzahl, Anlasstaten

¹⁶ Veröffentlicht 2002.

und Diagnosen.

Hier einige der wesentlichsten Ergebnisse der Erhebung:

Insgesamt waren im Frühjahr 2000 218 junge Menschen in psychiatrischen Einrichtungen auf Grund jugendstrafgerichtlicher Entscheidungen untergebracht, z. T. auch im Wege der einstweiligen Unterbringung gem. § 126 a StPO. Unter 21 Jahren waren zu diesem Zeitpunkt 87 Personen. 86,6 % waren männliche Patienten.

Bemerkenswert für die Anordnungspraxis ist das Verhältnis der Unterbrachten pro 1 Million Einwohner.

Patientenzahl pro Einwohner (Tessenow (2002))

Land	Patientenzahl	Mio. Ew.	Pat. auf 1 Mio. Ew.
Bayern	50	12. 155	4,1
NRW	37	18. 000	2,1
Sachsen-Anhalt	24	2. 649	9,1
Brandenburg	22	2. 601	8,5
Schleswig-Holstein	21	2. 777	7,6
Sachsen	16	4. 460	3,6
Niedersachsen	14	7. 899	1,8
Thüringen	10	2. 449	4,1
Mecklenburg-Vorpommern	8	1. 789	4,5
Saarland	5	1. 072	4,7
Berlin	4	3. 387	1,2
Rheinland-Pfalz	4	4. 031	1
Hessen	3	6. 052	0,5
Bremen	Keine Angabe	0.663	?
Baden-Württemberg	Keine Angabe	10.717	?
Hamburg	0	1.734	?

Abbildung 2 (Tabelle): Patientenzahl im MRVZ pro Einwohner (Tessenow 2002)

Graphisch umgesetzt sieht dieses Verhältnis Patienten auf 1 Million Einwohner aus wie folgt:

Prävalenz Unterbringungen nach JGG(Tessenow 2002) N=218

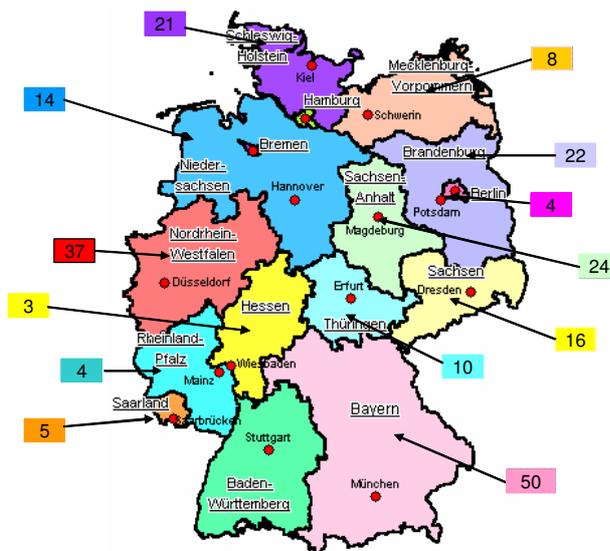


Abbildung 3: Prävalenz (Tessenow 2002)

Prävalenz Unterbringungen nach den Vorschriften des JGG §7 JGG, §63 StGB, §126a StPO (Tessenow 2002)

Zum Vergleich: Für den Maßregelvollzug bei Erwachsenen stehen 6– 12 Plätze auf 100.000 EW zur Verfügung, je nach Bundesland (Recht und Psychiatrie 20 Jg, 2002, 173, zitiert nach Hetger 2003)

Umgerechnet auf 1 Million Einwohner lagen Sachsen-Anhalt (9,1), Brandenburg (8,5) und Schleswig-Holstein (7,6) an der Spitze der im Maßregelvollzug untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden. Diese Bundesländer haben keine Einrichtung für den Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden. Hessen (0,5), Rheinland-Pfalz und Berlin (1,2) wiesen zum Untersuchungszeitpunkt die restriktivste Unterbringungspraxis auf. Mecklen-

burg-Vorpommern¹⁷ landete mit 4,5 Patienten auf 1 Million Einwohner im Mittelfeld. Die letztgenannten Bundesländer haben ausgewiesene Einrichtungen für den hier relevanten Altersbereich.

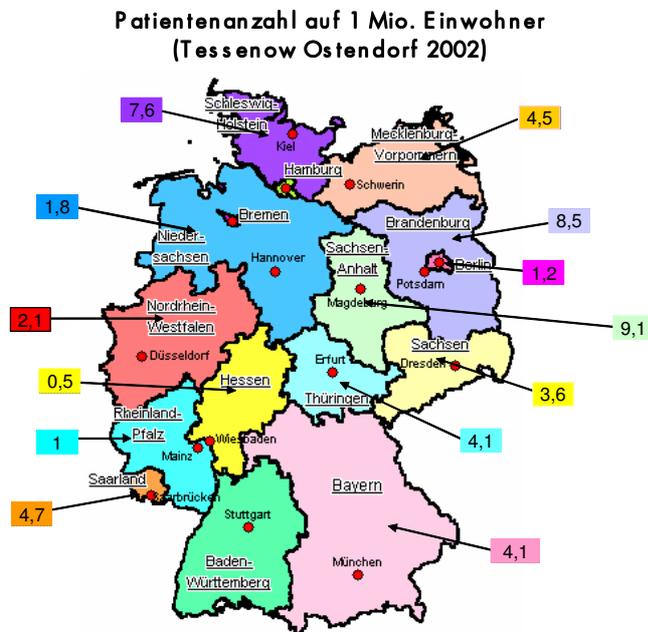


Abbildung 4: Unterbringungen gem. JGG auf 1 Million Einwohner (Tessenow 2002)

Anmerkung zur Altersverteilung:

Aus Hessen, Rheinland-Pfalz und Berlin fehlten Angaben zu den 21-24 Jährigen da hier nur Daten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie übermittelt wurden. Auch aus Sachsen wurden nur Kinder- und Jugendpsychiatrische Daten übermittelt, es fanden sich aber auch 3 Patienten in diesem Altersbereich.

Am Stichtag fanden sich 33 % im Altersbereich 24 und älter, was den Rückschluss zulässt, dass diese Gruppe mindestens 3 Jahre und länger untergebracht war. 39 % waren unter 21, 28 % zwischen 21 und 24 Jahren alt.

¹⁷ In Mecklenburg-Vorpommern gab es 2000, zum Zeitpunkt der Untersuchung von Tessenow, noch keine ausgewiesenen Plätze für den Jugendmaßregelvollzug.

Getrennte Unterbringung:

Laut Umfrage wird eine konsequente Trennung von Erwachsenen nur in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Berlin und Bremen durchgeführt. In NRW und Hessen findet eine teilweise Trennung statt, mit Vollendung des 18. Lebensjahres findet eine Verlegung in den Erwachsenen-Vollzug statt. Der Aufbau einer forensisch-psychiatrischen Station in Mecklenburg-Vorpommern war zum Untersuchungszeitpunkt geplant (siehe Kapitel 7.2.2.2).

In den übrigen 8 Bundesländern gab es nur eine gemeinsame Unterbringung mit Erwachsenen.

Das nächste Schaubild zeigt die Anlasstaten, welche zur Einweisung in den Maßregelvollzug führten, wobei hierfür Angaben aus 12 Bundesländern zur Verfügung standen.

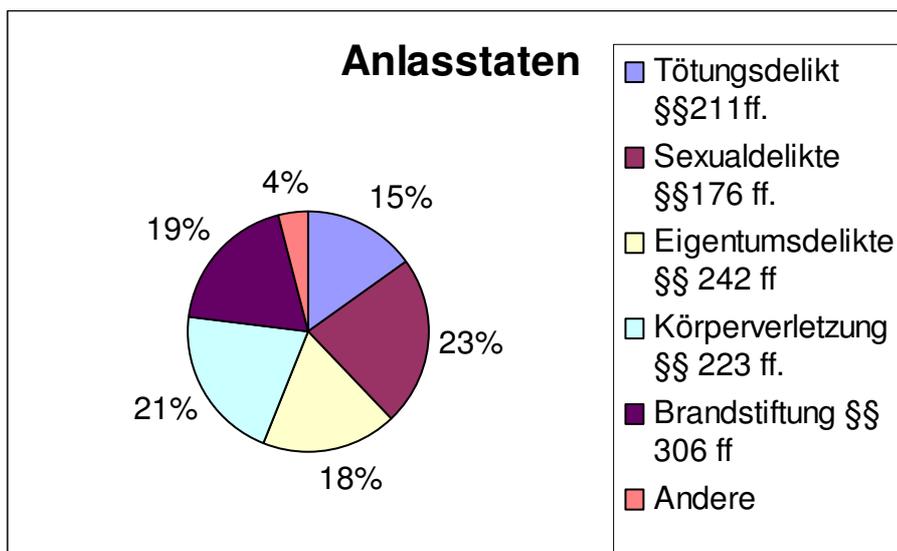


Abbildung 5: Anlasstaten (Tessenow 2002)

Im Vergleich zu der Untersuchung von Tessenow ergab die Studie von Leygraf (1988), in denen alle Altersklassen erfasst wurden, einen relativ höheren Anteil an Tötungsdelikten mit 27.7%, einen kleineren Anteil an reinen Körperverletzungs- (11,2%) und Brandstiftungsdelikten und wiederum einen

größeren Anteil an Sexual- und Eigentumsdelikten (jeweils 26,7% und 20,9%).(zitiert nach Tessenow 2002).

Hinsichtlich der Diagnosen hatte die Befragung folgendes Ergebnis¹⁸:

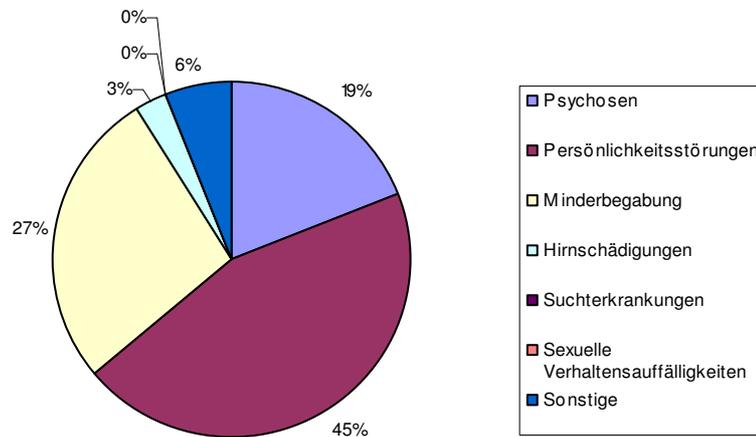


Abbildung 6: Diagnosen Jugendliche (Tessenow 2002)

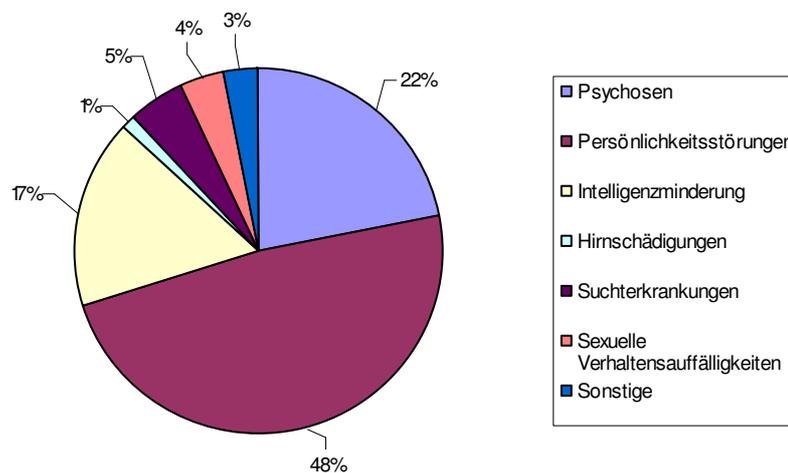


Abbildung 7: Diagnosen aller Altersklassen (Tessenow 2002)

Bei den Jugendlichen wird in der Untersuchung zwischen *Persönlichkeitsstörungen mit* und *ohne Intelligenzminderung* unterschieden (von dem 45% - Anteil entfallen 7% auf *mit*, 37% auf *ohne Intelligenzstörung*), nicht so bei den Diagnosen aller Altersklassen. Die Kategorie *Intelligenzstörung* wird bei den Jugendlichen als *Minderbegabung* bezeichnet. Bei den Jugendlichen fehlen Angaben zu der Kategorie *sexuelle Verhaltensauffälligkeiten* und *Suchterkrankungen*.

Hinsichtlich der Unterbringungsart waren nach Angaben aus 8 Bundesländern 52,8 % im gesicherten Bereich, 36,4 % im weniger gesicherten Bereich und 10,8 % offen untergebracht. Mit der Unterbringungsform wurde im Rahmen der Untersuchung ein enger Zusammenhang mit dem das therapeutischen Angebot gesehen. So heißt es: „Generell gilt: Je gesicherter, umso weniger therapeutische Angebote.“

¹⁸ Wie bereits ausgeführt handelte es sich hier um Schätzwerte.

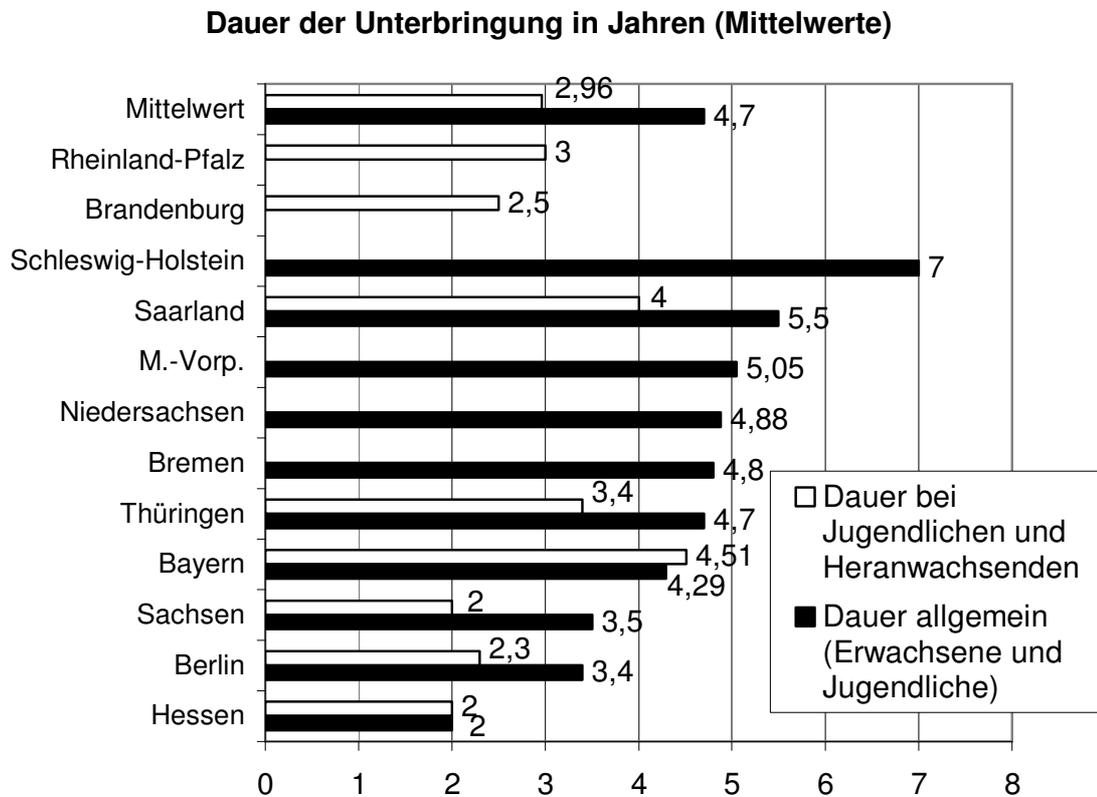


Abbildung 8: Geschätzte Unterbringungsdauer (Tessenow 2002)

Abschließend heißt es in der Zusammenfassung der Dissertation:

„Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug in den meisten Fällen immer noch zusammen mit Erwachsenen untergebracht sind, dass sie meist keine Möglichkeit haben, einer staatlich anerkannten Ausbildung nachzugehen. Innerhalb ihres Vollzugsalltages werden ihnen allerdings Arbeits- und Beschäftigungstherapie angeboten. Lockerungen werden nach Möglichkeit gewährt, und Schulunterricht gehört in den meisten Fällen auch zum Tagesablauf.“

Jedoch kann man nur in den seltensten Fällen davon ausgehen, dass die Einrichtung Konzepte anzubieten hat, welche jene Störungen, die für Jugendliche spezifisch sind, berücksichtigen, und die sich gezielt mit der so wichtigen Rehabilitation von Jugendlichen / Heranwachsenden beschäftigen.

Ein solches Angebot gibt es am ehesten in jenen Ländern, die jugendliche psychisch kranke Rechtsbrecher in einem eigenen Bereich innerhalb der allgemeinen Psychiatrie oder in einem eigenen Institut (wie z.B. dem Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie) unterbringen.“

5.2 Die Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte

Erhebungen innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachverbände

Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (BAG) führte in den Jahren 1993 bis 1997 unter ihren Mitgliedern der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland eine Bestandsaufnahme zur Frage der *Behandlungsmöglichkeiten unter geschützten Bedingungen* durch, in die alle Kliniken und Fachabteilungen des Fachgebietes einbezogen wurden. 2002 wurde die Befragung noch einmal wiederholt.

Es ergab sich eine Gesamtbehandlungskapazität (Stand vom Juli 2002) der Klinikeinrichtungen von 4380 vollstationären und 1150 teilstationären Behandlungsplätzen. Pro Jahr wurden zum Untersuchungszeitpunkt in den Kliniken rund 27.500 Kinder und Jugendliche behandelt. Das Ergebnis der bundesweiten Befragung trug den Titel „*Behandlungsmöglichkeiten unter geschützten Bedingungen*“.

Hierbei ergab sich, wie zu erwarten, das Bild, dass die meisten Behandlungen unter Einschluss von Freiheitsentziehung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter der Vorgabe des § 1631 b BGB durchgeführt wurden. Mit insgesamt 2340 Fällen im Jahr stellten diese die größte Gruppe von Kindern und Jugendlichen Patienten dar. Mit 340 Fällen pro Jahr folgten Unterbringungen nach den Krankenhausgesetzen / Unterbringungsgesetzen der Länder.

Die klinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die unter den Voraussetzungen einer „zivilrechtlichen Unterbringung“ nach § 1631 b BGB bzw. nach den §§ 70 FGG und 42 KJHG, Abs. 3, Satz 2 (SGB VIII) zu behandeln sind, geschieht vorwiegend „auf fakultativ geschlossenen“ Stationen. Lt. Jungmann (2008) heißt das, „dass im Mittelpunkt der Behandlung eine „geschlossene Pädagogik“ im Sinne einer Unbedingtheit des Behandlungssettings und weniger die unbedingte räumliche Geschlossenheit zur Betreuung des Personenkreises steht“.

In den Leitlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland wird die Anwendung dieser freiheitsbeschränkenden bzw. freiheitsentziehenden Maßnahmen als Teil einer Behandlung oder zur Sicherung von Diagnostik und Therapie dann „vorausgesetzt, wenn Verhaltensweisen von Jugendlichen mit mangelnder pädagogischer Lenkbarkeit oder Erreichbarkeit bestehen, von denen eine erhebliche Gefährdung der eigenen Person oder anderer ausgeht. Als Gefährdung werden zum einen aggressive Durchbrüche und Kontrollverluste angesehen, zum anderen wird eine langfristige Selbstgefährdung des Betroffenen aus Symptomen wie Verwahrlosung, Schulverweigerung, Drogenmissbrauch oder gravierende sexuelle Auffälligkeiten abgeleitet.“ (Jungmann 2000)

Die BAG ermittelte insgesamt 42 Unterbringungen Jugendlicher im Altersbereich 14-18 in den Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB bundesweit. Gemäß § 126a StPO fanden im gleichen Zeitraum 47 Unterbringungen statt. Problematisch hierbei ist, dass aus 4 Bundesländern zum Maßregelvollzug keine Angaben gemacht wurden, bei der vorläufigen Unterbringung nach § 126a StPO fehlten Angaben von 5 Bundesländern¹⁹.

¹⁹ Bemerkenswert ist, dass für Berlin die Angabe „keine Maßregelvollzugspatienten“ gemacht wird, was eigenen Recherchen widerspricht, wonach sich im Herbst des Jahres 2001 acht Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik Wiesengrund, befanden.

BAG-Erhebung KJP 2002

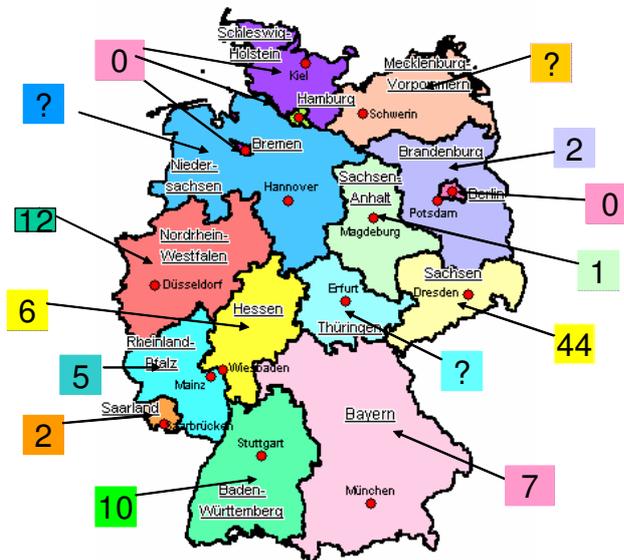


Abbildung 9: BAG Erhebung 2002

Nicht befragt wurden forensische Kliniken. Die Erhebung gibt also lediglich die Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder. Dieser Umstand, sowie die fehlenden Zahlen aus mehreren Bundesländern lässt den Schluss zu, dass es sich um eine höhere Gesamtzahl Untergebrachter Jugendlicher im Maßregelvollzug bzw. gem. §126a StPO handeln muss.

BAG-Erhebung KJP 2002 auf 1 Mio. Einwohner

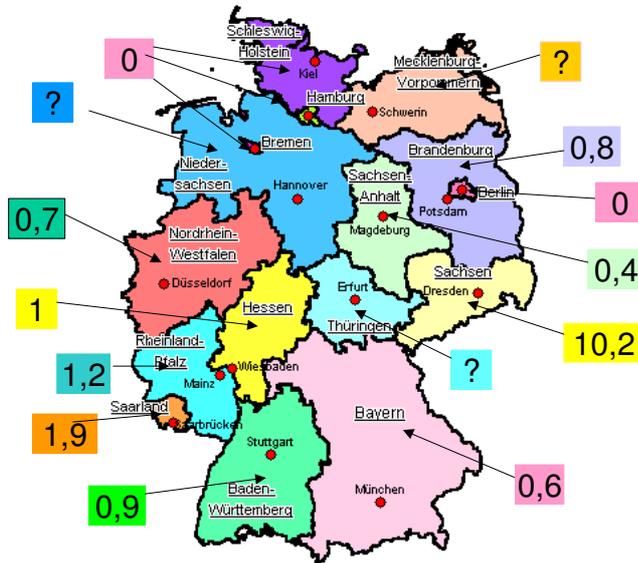


Abbildung 10: Angaben umgerechnet auf 1 Million Einwohner des jeweiligen Bundeslandes

6. Ergebnisse eigener Erhebungen

6.1 Umfrageergebnisse: aktuelle Erhebung der Länder

Angeschrieben wurden im Februar 2006 alle Justizministerien und Sozialministerien der Bundesländer und Stadtstaaten mit den Fragen:

- Wie sieht der Vollstreckungsplan des jeweiligen Bundeslandes aus?
- In welchen Einrichtungen sind in dem jeweiligen Bundesland aktuell junge Patienten (14-21) im Maßregelvollzug untergebracht?

Es sollte untersucht werden, welche Bundesländer zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Trennung Jugendlicher von Erwachsenen bei Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gem. §§ 63, 64 StGB, 126a StPO, in Verbindung mit § 7 JGG vorsehen. Außerdem wurde um Mitteilung der aktuellen Unterbringungszahlen gebeten. Insbesondere Baden-Württemberg und Bayern antworteten detailliert zur Frage der Unterbringung.

Anmerkung zur nachfolgenden Tabelle (Abbildung 11): Die Angaben der Ministerien wurden, wenn keine Angaben durch die Psychiatriereferenten gemacht wurden, durch Angaben der Stichtagserhebung 2005 aus dem Arbeitskreis ergänzt und **rot** unterlegt²⁰. Diese Ergänzungen erfolgten, um ein möglichst vollständiges Bild zu ergeben. Nicht erfasst werden in den Bundesländern mit Trennung Jugendlicher von den Erwachsenen diejenigen Unterbringungen, die vom Vollstreckungsplan abweichen, d.h. die Angaben konnten nicht durch Zahlen aus den forensischen Kliniken ergänzt werden. Nicht erfasst werden in Hessen und Rheinland-Pfalz die nach Vollendung des 18. Lebensjahres Eingewiesenen sowie die Verlegungen in die Forensischen Kliniken. Von Bremen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt erfolgte keine Antwort zur Anzahl der Unterbrachten im betreffenden Altersbereich.

²⁰ Die vollständigen Angaben der Ministerien ohne Ergänzungen durch die Angaben des Arbeitskreises finden sich in der Tabelle 48 im Anhang.

Bei der Befragung ergab sich folgendes Bild (Stand: April 2006):

	Vollzugsplan: Trennung von Erwachsenen ausdrücklich vorgesehen?	Jugendliche	Heran- wachsende	Gesamt (14-21)
Baden- Württemberg	Nein	2	25	27
Bayern (Stand: 2/05)	Nur bei Drogen (Parsberg II)	4	95	99
Berlin	Ja			11
Brandenburg	Nein	1	15	16
Bremen	Nur bei Drogen (Brauel)			Keine Angabe
Hamburg	Nein	1	7	8
Hessen	Ja (nur Ju- gendliche)	8	Keine Angabe	8
Mecklenburg- Vorpommern	Eingeschränkt	3	7	10
Niedersachsen	Nein			Keine Angabe
Nordrhein- Westfalen	Nein			45
Rheinland- Pfalz	Ja: wenn Auf- nahmealter <18	4	15	19
Saarland	Nein			5
Sachsen	Ja.	13	6	19
Sachsen- Anhalt	Nein.			Keine Angabe der Ministerien
Schleswig Hol- stein	Nein		5	5
Thüringen	Nein			10

Abbildung 11(Tabelle): Befragung der Sozialministerien 2006

Gesamtergebnis:

	Jugendliche	Heranwachsende	Ohne Altersangabe	Alle 14-21
Gesamt	36	175	71	282

Abbildung 12 (Tabelle): Befragung der Sozialministerien Gesamt

6.2 Auswertung der Umfrageergebnisse in den Einrichtungen mit Jugendmaßregelvollzug: Basisdokumentation 2004-2005

6.2.1 Art der Erhebung: die Basisdokumentation

Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des *Arbeitskreises Jugendmaßregelvollzug* entwickelt und zum Stichtag am 1.02.2004 erstmals eingesetzt. Dem Arbeitskreis angeschlossen sind alle bekannten Einrichtungen mit spezifischen Behandlungsangeboten²¹ für Jugendliche im Maßregelvollzug, mit Ausnahme von Brauel und Parsberg II (zuständig bei drogenabhängigen Verurteilten, die das 24. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Einweisung noch nicht vollendet haben). Vertreten im Arbeitskreis sind 5 Einrichtungen, die einen Versorgungsauftrag haben, in der Regel aber nur vereinzelt Patienten (in der Regel Unterbringungen gem. §126 a StPO).

Ziel war es, verlässliche Daten zu den Untergebrachten zu bekommen, den Ist-Zustand zu erfassen und Entwicklungen ablesen zu können, gleichzeitig aber sollte das Instrument auch langfristig eine Möglichkeit der Qualitätskontrolle darstellen²².

Nicht einbezogen wurden die Patienten in den Einrichtungen, die bei Aufnahme bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatten.

²¹ Wir gehen nach Recherchen in den Bundesarbeitsgemeinschaften der leitenden Klinikärzte der forensischen Kliniken und der Kinder- und Jugendpsychiatrie davon aus, dass die Einrichtungen mit spezifischen Angeboten für Jugendliche bundesweit bis auf die beschriebenen Ausnahmen (Brauel, Moringen, Parsberg II) vollzählig im Arbeitskreis vertreten sind.

²² Fragebogen im Anhang

Folgende Einrichtungen waren an den Umfrageergebnissen beteiligt:

Einrichtung	Name der Klinik	Bundesland
Arnsdorf	Sächsisches Krankenhaus Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	Sachsen
Berlin	Vivantes Klinikum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	Berlin
Klingenmünster	Pfalzkllinikum f. Neurologie und Psychiatrie Pfalzinstitut Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Rheinland-Pfalz
Marburg	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Lahnhöhe	Hessen
Marsberg	Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie St. Johannes-Stift Marsberg	Nordrhein-Westfalen
Moringen	Niedersächsisches Landeskrankenhaus Moringen	Niedersachsen
Rostock	Universität Rostock Klinik für forensische Psychiatrie	Mecklenburg-Vorpommern

Abbildung 13 (Tabelle): Tabelle Beteiligte Einrichtungen

Die vollständige Liste der Arbeitskreismitglieder findet sich im Anhang. In den Einrichtungen in Alzey, Bedburg-Hau, Eltville, Ravensburg und Hildesheim fanden sich insgesamt nur 3 Patienten mit dem Unterbringungsgrund § 126a StPO im gesamten Zeitraum. Diese wurden dennoch bei der Auswertung mit berücksichtigt.

Inhalt der Basisdokumentation Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug

Ziel der Erhebung war es, mit Hilfe eines Fragebogens zum Stichtag alle Personen zu erfassen, die in den angeschlossenen Kliniken als Jugendliche, also vor Vollendung des 18. Lebensjahres, aufgenommen wurden. Erfasst werden sollte:

- *Alter bei Aufnahme*
- *Dauer der Unterbringung*
- *Alter bei Entlassung*
- *Staatsangehörigkeit*
- *Geschlecht*
- *Wohnsituation vor Aufnahme*
- *Rechtsgrundlage der Unterbringung*
- *Anlassstraftaten*
- *Aufnahmediagnose*
- *Haupt- und psychiatrische Nebendiagnose*
- *Stand der Lockerungen*
- *Lockerungsmisbräuche und schwere Regelverstöße*
- *Schulische und berufliche Bildung*
- *Entlassung*
- *Wohnsituation nach Entlassung*

6.2.2 Ergebnisse

Dargestellt werden die Ergebnisse einrichtungsübergreifend. Nur erhebliche Abweichungen einzelner Einrichtungen werden hier dargestellt.

Es konnten 2004 insgesamt 57 Bögen, 2005 sogar 77 Erhebungsbögen ausgewertet werden. Von 2004 bis 2005 kam es zu einer Zunahme der rückgesandten Erhebungsbögen um 14,9 % (N = 20). Keine Daten wurden in den Einrichtungen in Rodewisch (Sachsen) sowie in Moringen (Niedersachsen) erhoben, weder 2004 noch 2005.

Zum Stichtag wurde 2004 lediglich eine Ist-Stand-Erhebung durchgeführt. 2005 wurden auch die Patienten erfasst, die zwischen 1.02.2004 und 1.02.2005 entlassen wurden. So konnten im Jahr 2005 erste Entlassergebnisse (siehe Kapitel 6.2.3) miterfasst werden.

Erhebungsjahr	N =
2004	57
2005	77

Abbildung 14(Tabelle): Tabelle Gesamtzahl der Untergebrachten 2004-2005

Altersdurchschnitt

Der Altersdurchschnitt lag am Stichtag bzw. bei Entlassung bei 18,5 Jahren. Der Altersdurchschnitt bei Aufnahme lag bei 16,4. Hieraus ergibt sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer zum Stichtag von 2,1 Jahren. Diese Zeitspanne entspricht nicht der tatsächlichen Aufenthaltsdauer, da diese erst bei Entlassung ermittelt werden kann (siehe Entlassungen).

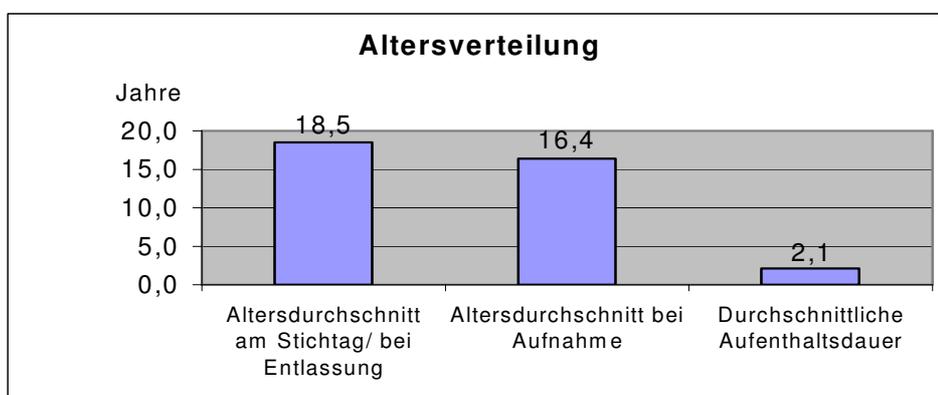


Abbildung 15: Altersdurchschnitt

Staatsangehörigkeit 2005

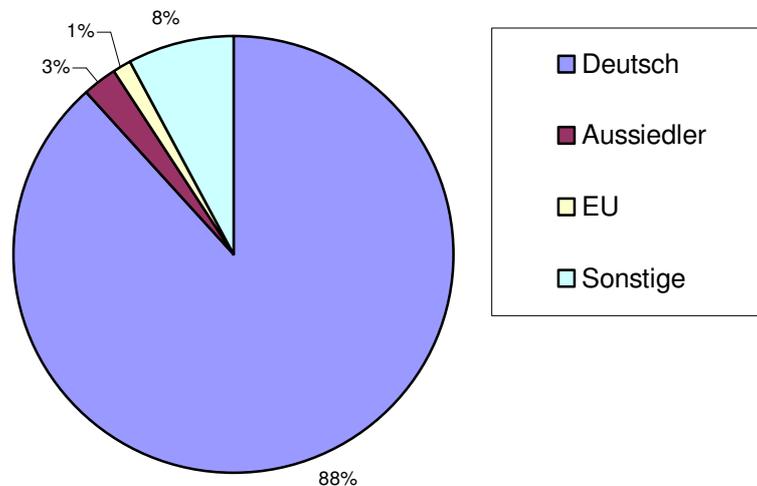


Abbildung 16: Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit und Geschlecht

Bei den untergebrachten Jugendlichen/Heranwachsenden im Maßregelvollzug handelt es sich zu 88 % um Deutsche. Um insbesondere die in den Justizvollzugsanstalten recht starke Gruppe der Aussiedler, also deutsche Staatsbürger mit Migrationshintergrund, besser differenzieren zu können, wurde in der BADO 2005 diese Angabe mit aufgenommen. Hier fand sich ein Gesamtanteil von 2,6 %. Aus den EU-Ländern stammte lediglich ein Anteil von 1,3 %, sonstige Ausländer waren 7,8 %. Der größte Ausländeranteil bezogen auf die einzelnen Einrichtungen fand sich in Nordrhein-Westfalen (Marsberg). Hier betrug der Ausländeranteil 31 %. Aufgrund der kleinen Zahlen sind jedoch bereits bei kleinen Schwankungen der Patientenzahlen mit großen Veränderungen zu rechnen, daher ist die Beurteilung der einzelnen Einrichtungen in Prozentangaben relativ kritisch zu bewerten. Der Ausländeranteil stieg von 2005 von 7% (2004) auf knapp 12%.

Wie zu erwarten handelt es sich im Wesentlichen um männliche Jugendliche und Heranwachsende. Das Geschlechterverhältnis beträgt 6% zu 94%.

Wohnsituation vor Aufnahme:

	Eltern(teil)	Adoptiv- / Pflegefamilie	Heim	Allein	Gefängnis	Sonstiges
Summe	16	2	17	1	24	16
In %	21%	3%	22%	1%	32%	21%

Abbildung 17 (Tabelle): Wohnsituation vor Aufnahme

Mit 32% wurden die meisten aus dem Gefängnis im Maßregelvollzug aufgenommen. Zu fast gleichen Teilen war die Wohnsituation vor Aufnahme Elternhaus (.21 %) oder Heim (22 %).

Bei 21 % wurde die Angabe *Sonstige* gewählt. Soweit angegeben, waren bei diesem doch recht großen Anteil einige zuvor in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer lebte zuvor bei Bekannten, eine Verlegung fand aus der Erwachsenenforensik statt und 2 waren zuvor in U-Haftvermeidung. Bei den übrigen fehlten genauere Angaben. Lediglich ein Jugendlicher lebte zuvor allein, 2 (3 %) bei Adoptiv- oder Pflegeeltern.

Zum Vorjahr 2004 ergab sich keine gravierenden Änderungen, mit Ausnahme des Anteils derjenigen, die aus dem Gefängnis aufgenommen wurden. Hier betrug der Anteil im Vorjahr 37 % (gegenüber 32 % 2005).

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Ein Patient wurde nach § 81 StPO eingewiesen. Der Anteil gem. §126a StPO betrug 2005 22 %, im Vorjahr waren es nur 5 %.

Am größten war sowohl im Jahr 2004 als auch im Jahr 2005 der Anteil derjenigen, die gemäß § 63 StGB untergebracht waren. 2004 betrug der Anteil 88 %, 2005 68 %. Der Anteil gemäß § 64 StGB Untergebrachten betrug 2004 7 %, 2005 9 %. In untergebrachten Personen bedeutet dies 2004 4 gem. § 64 StGB gegenüber 50 gem. § 63 StGB, im Jahr darauf waren es 7 zu 52.

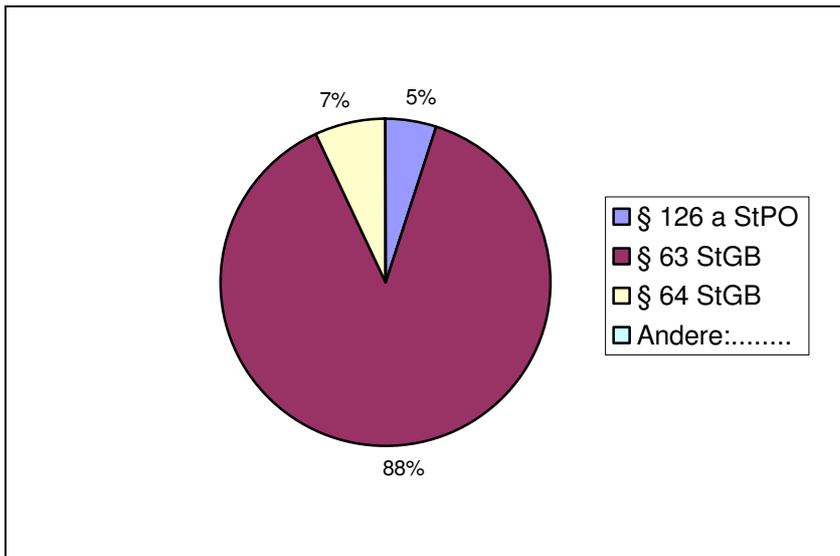


Abbildung 18: Rechtsgrundlage der Unterbringungen 2004

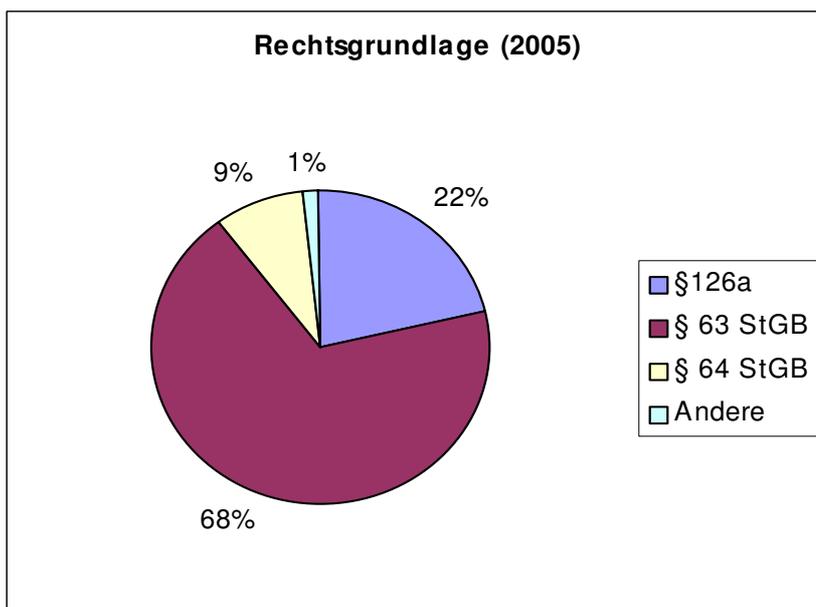


Abbildung 19: Rechtsgrundlage der Unterbringungen 2005

Anlassstraftaten

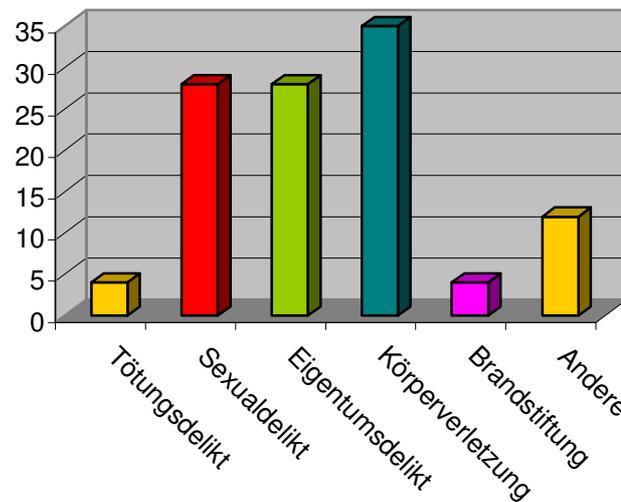


Abbildung 20: Anlassstraftaten (Anmerkung: bei den Anlassstraftaten waren Mehrfachnennungen möglich. Angegeben werden sollten alle Straftaten, die zur Unterbringung geführt hatten.)

Unter den *Anlassstraftaten* sind die zur Unterbringung führenden Straftaten erfasst. Gleich (2004-2005) blieb der Anteil an Tötungsdelikten mit 4 %. Der Anteil an Sexualdelikten zeigte ebenfalls keine wesentliche Änderung: 2004 waren es 26 %, 2005 25 %. Mit 25 % blieb ebenfalls der Anteil an Eigentumsdelikten in den beiden Jahren gleich. (Zu beachten ist, dass nur in sehr wenigen Fällen lediglich Eigentumsdelikte als Grund der Unterbringung angegeben wurden. In der überwiegenden Anzahl der Fälle gab es eine Kombination von Eigentumsdelikten und Körperverletzungen). Der Anteil an Körperverletzungen betrug 2004 27 %, 2005 war hier eine Steigerung um 4 % auf 31 % festzustellen. Der Anteil an Brandstiftungen fiel von 8 % 2004 auf 4 %, die übrigen Delikte (*nicht näher bezeichnet*) blieben anteilmäßig gleich. Bei 2 Patienten fanden sich Angaben zu den anderen Straftaten: einmal wurden Straftaten (hier: Entführung) lediglich angedroht, in Verbindung mit anderen Straftaten, einmal wurde bei einem Patienten der „Verstoß gegen das Waffengesetz, Urkundenfälschung u.a.m.“ angegeben.

Diagnosen:

Bei den Diagnosen wurde unterschieden zwischen psychiatrischen Haupt- und Nebendiagnosen, ferner wurde zwischen aktuellen Diagnosen und Diagnosen, die zur Aufnahme geführt haben, differenziert. Aufnahmediagnose konnte aus dem Gutachten, welches zur Unterbringung geführt hat, stammen oder die Diagnose, die bei Aufnahme gestellt wurde, sein. Die Gutachtendiagnosen waren zu präferieren. Erfasst wurde die *Haupt- und psychiatrische Nebendiagnose* entsprechend dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (Remschmidt et al. 2001). Es wurden die Achsen 1 bis 3 erfasst, nicht die Achsen 4 – 6²³. Untersucht werden sollte auch, ob es zu einem Diagnosen-Shift zwischen Aufnahme- bzw. Gutachtendiagnose und aktueller Diagnose kam.

Hauptdiagnosen vor/bei Aufnahme

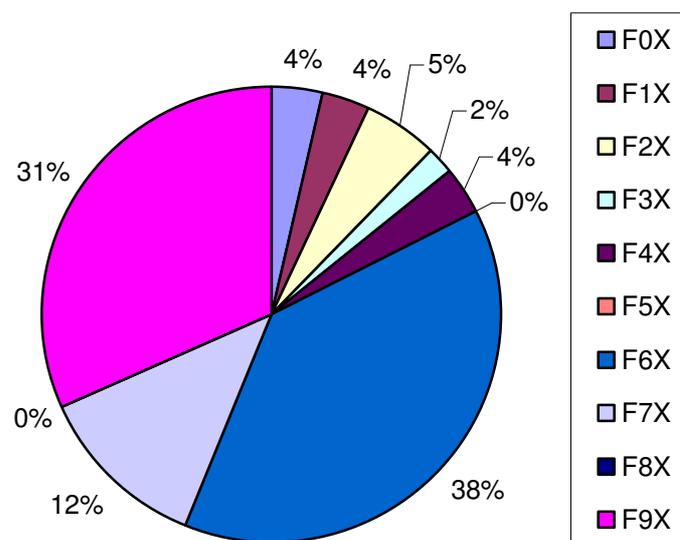


Abbildung 21: Hauptdiagnose bei Aufnahme

²³ Nach eingehender Diskussion im Arbeitskreis wurde entschieden, dass diese Achsen für die Untersuchung nicht relevant sind und den Umfang des Fragebogens sprengen würden. Insbesondere für die beiden Einrichtungen für Erwachsene im Maßregelvollzug (Rostock und Moringen) war die multiaxiale Klassifikation unbekannt. Die Achse 4 (somatische Erkrankungen) wäre weitgehend ohnehin nicht von Relevanz gewesen. Die Achse 5 und 6 sind ohne ausreichendes Interrater-Training nicht aussagekräftig.

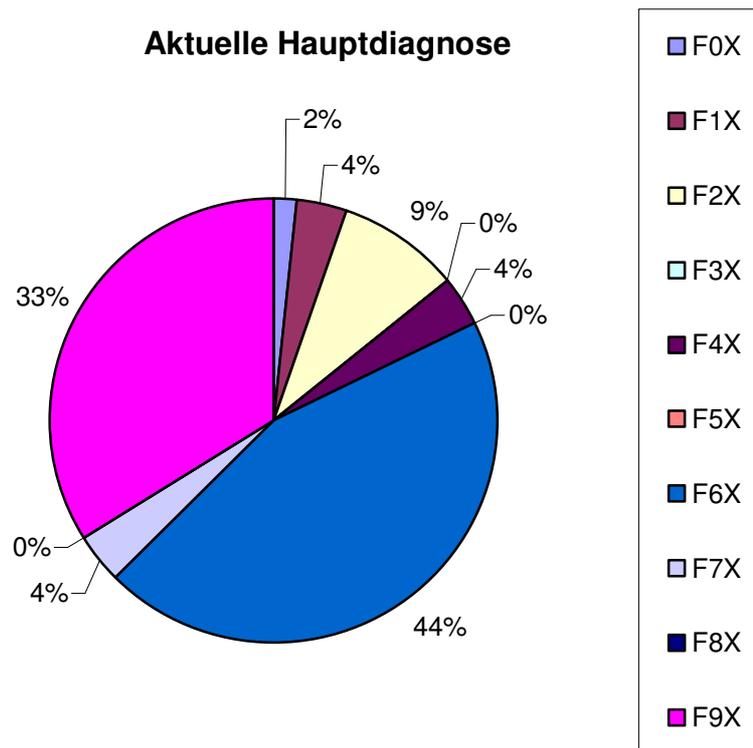


Abbildung 22: Aktuelle Diagnose / Behandlungsdiagnose

Im Wesentlichen blieben die Angaben prozentual zwischen 2004 und 2005 gleich. Am Häufigsten wurden als Hauptdiagnose bei Aufnahme Diagnosen aus den ICD-10 Kategorien F6 sowie F9 gestellt. Der Anteil an Diagnosen der Kategorie F2 betrug bei der aktuellen Hauptdiagnose 9 % (2004), im Jahr 2005 nur 5 %.

Von der Hauptdiagnose vor Aufnahme zur aktuellen Diagnose (Behandlungsdiagnose) ergab sich in der Gruppe F6 ein Zuwachs von etwa 6%, in der Kategorie F9 ein Zuwachs von 2%.

Die *Störungen durch Alkohol und Drogen (Kapitel F1)* wurden nur bei 3,5% als Hauptdiagnose angegeben, Haupt- und Nebendiagnosen zusammengekommen bei 21%.

Bei den Nebendiagnosen war nun auch ein erheblicherer Anteil an Nennungen aus dem Bereich Störungen durch Alkohol und Drogen (F1) zu verzeichnen, aber auch erneut Mehrfachnennungen aus den Kapiteln der Persönlich-

keitsstörung (F6), Intelligenzminderung (F7) sowie Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit (F9).

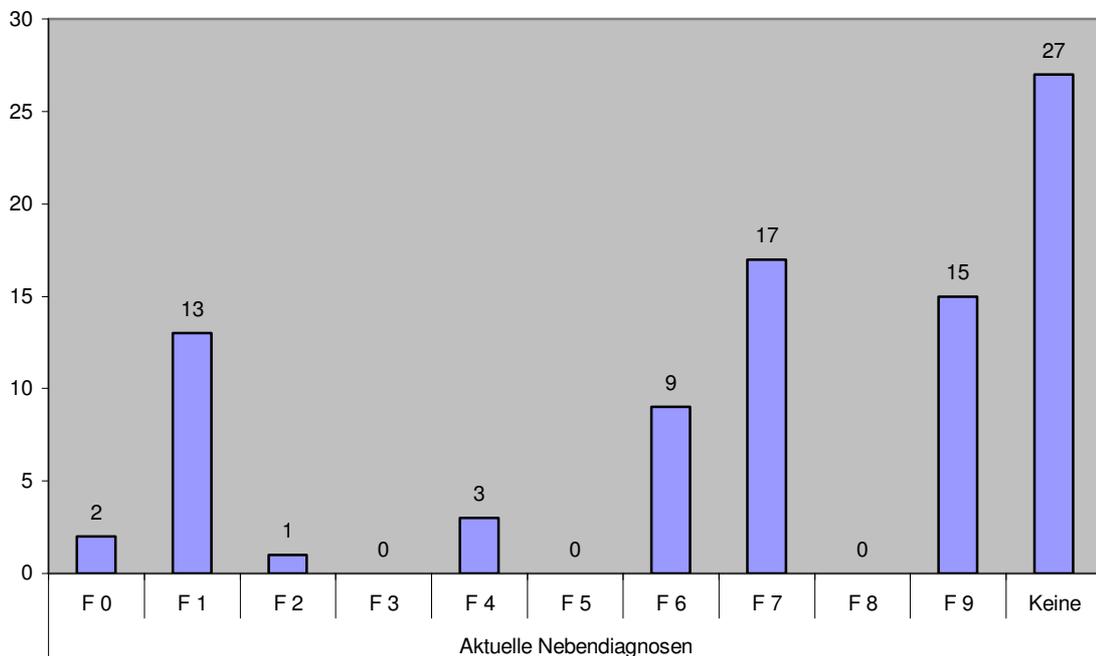


Abbildung 23: Aktuelle Nebendiagnose. (Anmerkung: Angaben in Fällen.)

Schaubild Nebendiagnosen: da der Großteil keinen Gebrauch (27 ohne Angabe) von einer Nebendiagnose machte, wurden die Diagnosen nicht als Kuchenendiagramm dargestellt, um einen direkten Vergleich zwischen Haupt- und Nebendiagnosen zu vermeiden.

In der *zweiten Achse* (Entwicklungsstörungen) erhielten 9% eine solche Diagnose aus dieser Gruppe.

Intelligenzverteilung:

Bei Betrachtung der Intelligenzverteilung findet sich eine sehr breite Streuung von 35 bis zu max. 122 IQ-Punkten. Der Schwerpunkt lag jedoch eindeutig im Bereich der leichten Intelligenzminderung bis hin zur unterdurchschnittlichen Intelligenz. Zwischen 2004 und 2005 sank der Gesamtintelligenzdurchschnitt noch einmal leicht, jedoch nicht statistisch signifikant von 82 auf 79,9 IQ-Punkten. Diese Tendenz spiegelt sich auch bei den besuchten Schulen und Schulabschlüssen wieder.

Schule/Ausbildung:

Schulische und berufliche Bildung: Dargestellt werden sollte, wie sich die Schul- und Ausbildungssituation vor / während und nach Beendigung der Maßregel darstellt und in welchem Ausmaß es möglich war während der Maßregel Abschlüsse zu erreichen.

Zuletzt besuchte Schule / Ausbildungsstätte vor Aufnahme

▪ Besuch Hauptschule:	25%
▪ Besuch Förderschule mit Förderschwerpunkt Lernen / G-Schule:	41%
▪ Besuch Förderschule mit Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung:	20%
▪ Besuch Gymnasium:	2%
▪ Besuch Realschule:	4%
▪ In Ausbildung:	0%
▪ Arbeitslos:	0%
▪ Beschützende Werkstätte oder Betrieb:	0%
▪ BVJ / BGJ:	8%

Schulbesuch vor (Blau) und während der Unterbringung (Rot)

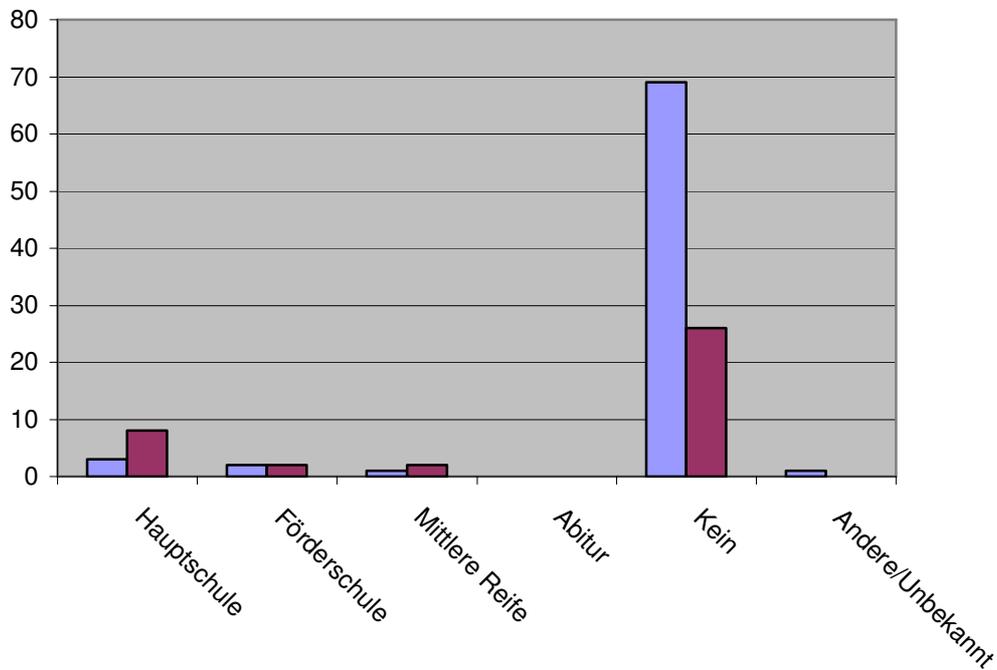


Abbildung 24: Schulabschluss vor Einweisung und während des stationären Aufenthaltes

	Vor	Während
Abschluss Hauptschule	9%	8%
Abschluss Förderschule mit Förderschwerpunkt Lernen	2%	2%
Abschluss Förderschule mit Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung	5%	
Mittlere Reife	2%	2%
Abitur	0%	
Kein Abschluss	82%	69%
Andere / Unbekannt	0%	

Abbildung 25 (Tabelle): Schulabschluss vorher / während

Die meisten Patienten erreichten vor Beginn der Maßregel keinen Schul- oder Berufsabschluss. Dies erklärt sich zum einen dadurch, dass altersgemäß vor dem Alter von 16 Jahren ein Schulabschluss kaum zu erwarten ist. Bei einem durchschnittlichen Aufnahmealter von 16,4 Jahren ist jedoch davon auszugehen, dass statistisch die meisten einen Abschluss in irgendeiner Form erreicht haben sollten, was jedoch nicht der Fall ist. Es besuchten während der Maßregel deutlich mehr Patienten (s. Tabelle) die Schule, 2 waren in Ausbildung, während einer eine WFB besuchte. Es erreichten 8 (9,6 %) einen Hauptschulabschluss während der Maßregel, im Gegensatz zu 3 (4 %) vor Aufnahme.

Lockerungen:

Stand der Lockerungen: unter Lockerung versteht man den Grad an Freiheit, den die Einrichtung - zum Teil mit der Erfordernis einer Zustimmung durch Gerichts oder Staatsanwaltschaft, zum Teil mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde - dem Patienten gewährt.

Lockerungen sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich beschrieben. Zum Teil werden sie in Bundesländern, die ein eigenes Maßregelvollzugsgesetz haben, gesetzlich definiert, in anderen Bundesländern definieren die Einrichtungen selbst, was sie unter Lockerungen verstehen, was zur Begriffsverwirrung führt. In Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen gibt es klare Vorgaben der Ministerien, wie diese Lockerungsstufen auszu- sehen haben. Obgleich in Mecklenburg-Vorpommern die Unterbringungen nach Psych-KG geregelt werden, gibt es eine Festschreibung des zuständigen Ministeriums in Form eines zehnstufigen Lockerungssystems. Die Regelungen sind also sehr uneinheitlich.

Für die Untersuchung wurden folgende Stufen unterschieden:

Begleiteter Ausgang / Ausführung: Verlassen der Einrichtung in Begleitung von Personal. Dies kann eine Lockerungsmaßnahme sein, wenn diese regelhaft aus therapeutischen Gründen erfolgt und nicht allein, um beispiels-

weise notwendige medizinische Maßnahmen oder juristisch erforderliche Vorführungen durchzuführen.

Ausgang (unbegleitet): Das Verlassen der Einrichtung ohne Begleitung von Personal der Einrichtung für einen definierten Zeitraum des Tages. Hierunter wurden auch Außenbeschäftigungen, wie Schule, Ausbildung oder Praktikas erfasst.

Urlaub: Das Verlassen der Einrichtung ohne Begleitung über Nacht.

Dauerurlaub / Dauererprobung: Dauerurlaub ist eine Vorbereitungsmaßnahme, wenn die Maßregel noch nicht aufgehoben ist, jedoch sich jemand bereits für die meiste Zeit außerhalb der Einrichtung, beispielsweise in einer Jugendhilfemaßnahme, in eigener Wohnung oder therapeutischer Wohngemeinschaft aufhält.

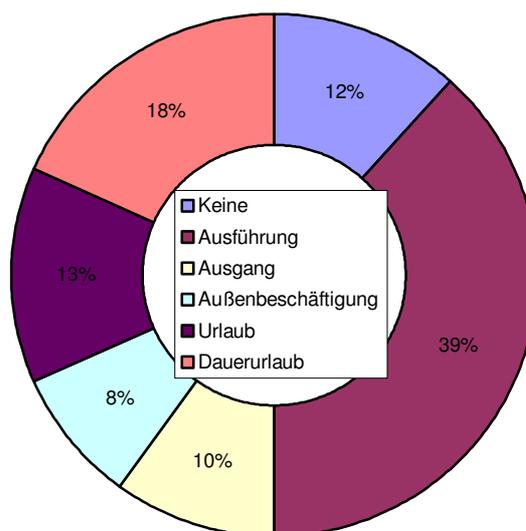


Abbildung 26: Lockerungen 2005 (Anmerkungen: die Patienten gem. §126 a StPO wurden hier nicht mit dargestellt, da diese Gruppe in der Regel keine Lockerungen erhält.)

Während 2004 Mehrfachnennungen möglich waren, sodass der am Stichtag aktuelle Grad der Lockerung nicht sicher zu beurteilen war, konnte 2005 lediglich eine Einmalnennung erfolgen. Da der Lockerungsstatus 2004 nicht zu beurteilen war wurde er nicht dargestellt.

Bei insgesamt 24 Patienten wurden keine Lockerungsmaßnahmen durchgeführt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Patienten im Rechtsstatus §126a StPO aufgrund der gesetzlichen Vorgabe häufig keine nennenswerten Lockerungen erhalten. Zieht man diese ab, so verbleiben lediglich 7 Patienten, bei denen keinerlei Lockerungen gewährt wurden. Bei diesen kann im Einzelfall nachvollzogen werden, dass es sich um Patienten handelt, die erst seit kurzem in der Maßregel sind oder nach schweren Verstößen. Die weit häufigste Nennung sind Ausführungen mit 23 Nennungen. 6 von 77 Patienten haben Ausgang, 5 gehen einer Außenbeschäftigung nach und 8 wurden bereits beurlaubt. Bei 11 Patienten wurde Dauerurlaub angegeben: das bedeutet, dass aus dieser Gruppe in den nächsten 1-2 Jahren weitere Entlassungen aus dem Maßregelvollzug zu erwarten sind.

Lockerungsversagen /-missbrauch und schwere Verstöße:

Lockerungsmissbräuche und schwere Regelverstöße: Hier sollte erfasst werden, wieweit es zu besonderen Schwierigkeiten, insbesondere Entweichungen, in den Einrichtungen kam. Diese Verstöße sind, wie man in der Vergangenheit sieht, insbesondere wenn während einer Entweichung Straftaten begangen werden, besonders öffentlichkeitswirksam und führen mitunter zu erheblichen Schwierigkeiten in der Außendarstellung der jeweiligen Einrichtung bis hin zu bundesweiten Auswirkungen auf die Lockerungspraxis, wie beispielsweise im Fall Schmökel, der auf der Flucht mehrere Menschen tötete.

Die Angaben zu den schweren Verstößen beziehen sich auf den Zeitraum zwischen 1.02.2004 und 1.02.2005. 2004 sollten grundsätzlich alle schweren Verstöße angegeben werden, die bei dem jeweiligen Patienten vorkamen. Es kam zu einer unübersichtlichen Nennung an Lockerungsversagen und wurde daher hier nicht dargestellt.

Bei den meisten Patienten (48) wurde in dem Jahreszeitraum kein Verstoß erfasst. Zu Entweichungen kam es bei 5 Patienten, bei 5 Patienten zu Straftaten, bei 9 zu einem Suchtmittelmissbrauch und bei 13 zu schweren intra-

muralen (innerhalb der Einrichtung) Verstößen, wie beispielsweise schwere Regelverstöße oder in einem Fall zur geplanten Geiselnahme. Bei 3 Patienten wurden andere Lockerungsmissbräuche angegeben. Da hier Mehrfachnennungen möglich waren, verteilen sich die insgesamt 35 angegebenen Verstöße auf 29 Patienten in dem genannten Zeitraum.

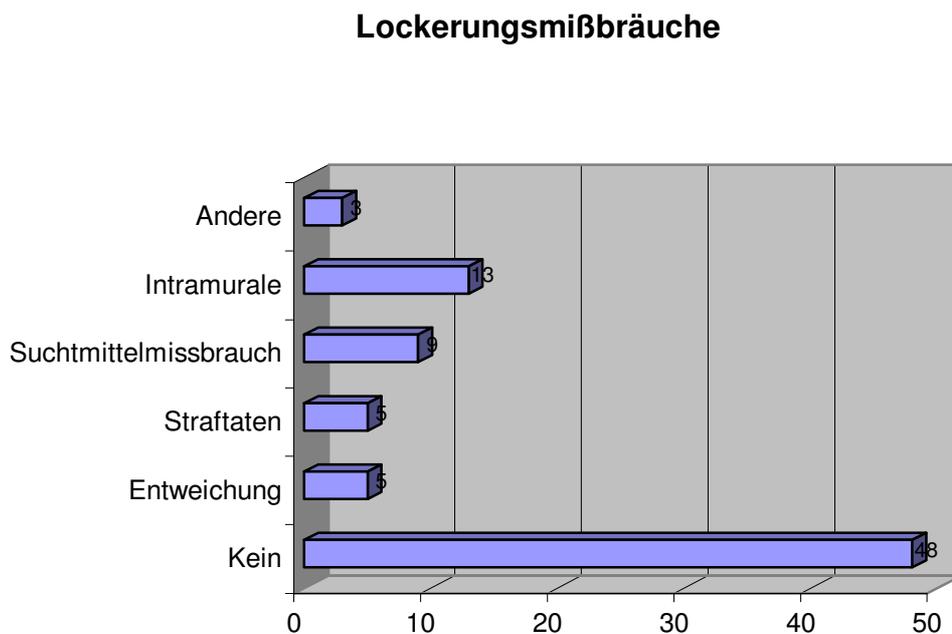


Abbildung 27: Schwere Verstöße / Lockerungsversagen

6.2.3 Entlassene Patienten

2005 wurden zum ersten Mal Patienten erfasst, die entlassen wurden. 2004 wurden aufgrund der Methode (Stichtagserhebung der Patienten die sich im Maßregelvollzug befanden) keine Entlassungen erfasst. 2005 war die Vorgabe, alle Patienten, die zwischen 01.02.2004 und 01.02.2005 entlassen wurden) ebenfalls mit zu erfassen. Bei Entlassung stellte sich insbesondere die Frage, wie entlassen wurde (Erledigung / Verlegung / Bedingte Entlassung / Abbruch / Sonstige) sowie wohin entlassen wurde. Die berufliche und schulische Situation nach Entlassung sollte dargestellt werden, da diese auch prognostisch von Relevanz ist.

Es wurden 23 von 77 Patienten entlassen²⁴. Weitaus die meisten davon wurden in dem Zeitraum in Arnsdorf (8) entlassen, gefolgt von Rostock mit 5 Entlassungen, gefolgt von Klingenmünster mit 4 Entlassungen.

Paragraph	§126a	§ 63 StGB	§ 64 StGB	Andere
Anzahl der Patienten	12	7	3	1

Abbildung 28 (Tabelle): Rechtsgrundlage der Entlassenen

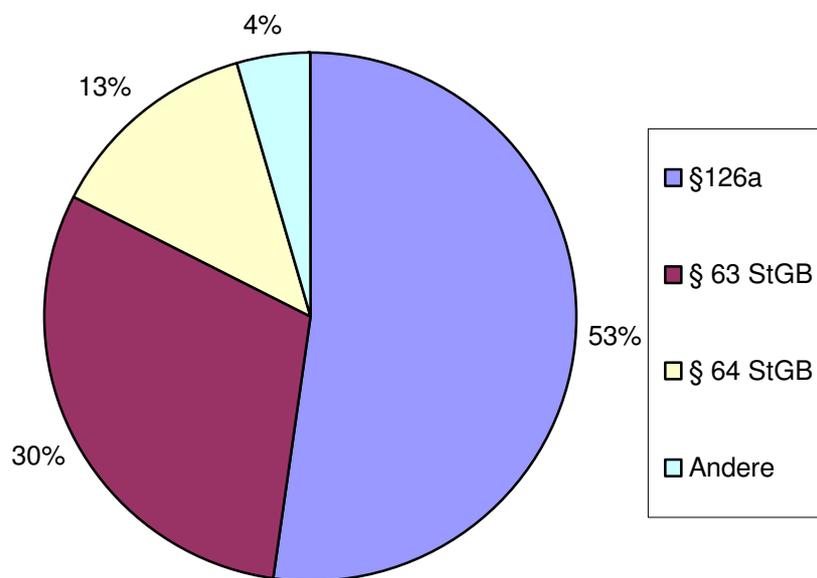


Abbildung 29: Rechtsgrundlage bei Entlassung

Erledigung	Verlegung in Erwachsenenenvollzug	Bedingte Entlassung	Abbruch	Sonstige
9	5	2	0	7

Abbildung 30 (Tabelle): Art der Entlassung (Angaben in Fällen)

²⁴ Rechnet man die bei Aufnahme über 18-jährigen dazu, waren es sogar 27 Personen.

Die weitaus überwiegende Zahl der Entlassungen bezog sich auf § 126a StPO (12 Personen), gefolgt von § 63 StGB (7 Patienten), gefolgt von § 64 StGB (3 Patienten).

Der unter *Andere* geführte Patient war gemäß § 81 StPO zur Begutachtung aus dem Gefängnis eingewiesen, wo er bereits eine Haftstrafe verbüßte und wohin er nach der Begutachtung zurückkehrte.

Bei der *Entlassung* ist zu beachten, dass ein Teil der Patienten, die hier als entlassen geführt wurden, in den Erwachsenenmaßregelvollzug verlegt wurden (5 von 23 Entlassenen), 2 davon aufgrund der Überbelegung in der jeweiligen Einrichtung, 2 aufgrund schwerer intramuraler Verstöße. Bei den meisten Entlassungen kam es zur Erledigung der Unterbringung (9 Personen), bei 2 kam es zu einer *bedingten Entlassung*. Von den 7 Patienten die unter *Sonstige* genannt wurden wechselten 3 in den Strafvollzug (einer davon kam aus dem Gefängnis und ging dorthin zurück), zwei waren aufgrund § 3 JGG nicht straffähig, ein Patient wechselte in eine Therapieeinrichtung. Ein Patient der unter *Sonstige* geführt wurde, verstarb nach Suizid. Das Alter bei Verlegung in den Erwachsenenmaßregelvollzug war einrichtungsabhängig unterschiedlich. Beispielsweise in Hessen wird relativ rasch nach Erreichen des 18. Lebensjahres verlegt (3 Entlassungen, davon 2 Verlegungen in den Erwachsenenmaßregelvollzug).

Wohnsituation nach Entlassung

Eltern	JSA /JVA	Heim	Allein	Sonstiges
1	2	8	4	6

Abbildung 31 (Tabelle): Wohnsituation nach Entlassung (Angaben in Fällen)

Wohnsituation nach Entlassung: Nach der Entlassung wohnten/lebten die meisten (8 Patienten) in einem Heim, lediglich ein Patient lebte wieder bei den Eltern, 2 Personen wechselten in eine Jugendstrafanstalt, 4 lebten allein. Bei 6 der Patienten wurde die Rubrik „sonstige“ gewählt.

7. Die Einrichtungen

7.1 Modelle der Versorgung

Gegenwärtig können vier Modelle voneinander unterschieden werden:

- Modell 1: Integrierte Versorgung in forensischen Kliniken gemeinsam mit Erwachsenen
- Modell 2: Integrierte Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Modell 3: spezialisierte Abteilungen, angegliedert an die Jugendpsychiatrie
- Modell 4: spezialisierte Einrichtungen angegliedert an eine forensische Klinik für Erwachsene

Die Beschreibung der Modelle orientiert sich an der realen Ausgestaltung des Maßregelvollzugs bei Jugendlichen. Denkbar ist als fünftes Modell, in Anlehnung an die Durchführungsbestimmungen des Jugendstrafvollzuges, den Maßregelvollzug bei Jugendlichen in eigens dafür vorgesehenen, eigenständigen und unabhängigen Einrichtungen zu vollziehen. Derartige Einrichtungen existieren aber gegenwärtig bundesweit nicht. Hierzu soll noch einmal in der Diskussion Stellung genommen werden.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Integrierte Versorgung	+	+	-	-
Patientenzahl	< 8	< 3	5-20	5-20
Äußere Sicherung	Hoch	Niedrig	Relativ hoch	hoch
Deliktspezifische therapeutische Angebote	+	-	+	+
Altersspezifische Therapieangebote	-	+	+	(-)
Peer-group Kontakte	-	+	+	-

Abbildung 32 (Tabelle): Modelle der Versorgung (+ =Merkmal erfüllt; - = Merkmal nicht erfüllt)

7.1.1 Modell 1: Integrierte Versorgung in forensische Kliniken gemeinsam mit Erwachsenen

In den meisten Bundesländern werden Jugendliche nach wie vor im Erwachsenenmaßregelvollzug untergebracht. (siehe Kapitel 6.1). Wie Tessenow (2002) an dem Beispiel der Klinik Neustadt I.H. in Schleswig-Holstein untersuchte, konnte gefolgert werden, dass infolge des ungünstigen Personalschlüssels keine altersspezifischen Therapieangebote vorhanden sind, eine räumliche Trennung von den erwachsenen Patienten nicht möglich ist, die Frequenz therapeutischer Gespräche bei etwa 1 Gespräch in 14 Tagen liegt und 2/3 der Patienten ihrem Therapeuten mit Misstrauen begegnen. Tessenow stellt fest, dass abhängig vom Grad der Sicherung Therapieangebote stattfinden, am Wenigsten im hochgesicherten Bereich. Lockerungen (auch Ausführungen) finden erst nach ca. 4 Jahren statt. Eine der Psych-PV-KJ entsprechende Personalbemessung gibt es nicht. Der akademische Personalschlüssel betrug 1:20,1 Patienten im Bundesdurchschnitt, das Verhältnis von pflegerischem Personal im Mittel 1:2,1 (Leygraf (1988), zitiert nach Tessenow S. 149). In Neustadt i.H. sei der Personalschlüssel im Vergleich noch ungünstiger als der Bundesdurchschnitt. Pädagogisches Personal findet keine Erwähnung. Es gibt aber Angebote zur schulischen Bildung (Gruppenunterricht zur Alphabetisierung, zur Vorbereitung auf den Haupt- und Sonderschulabschluss). Weiter gibt es Angebote der Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Ausbildungsmöglichkeiten bestehen nicht. Auch finanziell wird nicht zwischen Jugendlichen/Heranwachsenden und Erwachsenen unterschieden, es besteht ein Tagessatz von ca. 150.-€. Lt. Tessenow gäbe es *„Anhaltspunkte, dass die gegenwärtige Situation der in Schleswig-Holstein im Maßregelvollzug untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden nicht in allen Punkten den rechtlichen Anforderungen entspricht.“* Als Grund wird im Wesentlichen auf die mangelnde finanzielle Ausstattung verwiesen. (Tessenow 2002, 145-172)

Dieses Modell existiert in ähnlicher Form in allen Bundesländern, in denen der Vollstreckungsplan Jugendliche und Heranwachsende in die nach Ge-

richtsbezirk zuständigen Kliniken einweist und es somit zu „Einzelfällen“ in ohnehin überfüllten Kliniken kommt. Insbesondere die flächen- und einwohnermäßig großen Bundesländer mit *dezentraler Struktur*, hier ist insbesondere Bayern und Baden-Württemberg zu nennen, weisen eine integrierte Versorgungsstruktur gemeinsam mit erwachsenen Patienten auf (siehe auch Tabelle A.1 im Anhang: vollständige Angaben der Ministerien 2006). Anders in den Flächenländern Hessen und Niedersachsen mit zentralen Strukturen. Hier wurden spezifischere Modelle entwickelt (Modell 3 in Hessen, Modell 4 in Niedersachsen).

Eine detaillierte Beschreibung der Einrichtungen dieser Gruppe kann nicht gemacht werden, da es sich im Prinzip um alle forensischen Kliniken handelt, zu deren Versorgungsauftrag auch Jugendliche und Heranwachsende gehören, die aber auf Grund der dezentralen Struktur in ihrem Bundesland keine ausgewiesenen Plätze für dieses Klientel aufweisen.

7.1.2 Modell 2: Integrierte Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei kleiner Patientenzahl (1-2, max. 3 forensische Patienten) werden diese jugendlichen Patienten gemeinsam mit nicht forensischen Patienten, in der Regel im geschlossenen Akutbereich einer jugendpsychiatrischen Klinik, behandelt.

Dieses Modell ist insofern zu diskutieren, da in vielen Bundesländern, insbesondere in den kleineren und in den Flächenstaaten, nur wenige forensische Patienten in der Region zu versorgen sind.

Diesem Modell sind enge Grenzen gesteckt: wird eine hohe Fremdgefährdung angenommen oder besteht eine große Fluchtgefahr wird in der Regel nach Alternativen gesucht, da in der Kinder- und Jugendpsychiatrie externe Sicherungsmaßnahmen wie Rückhaltevorrichtungen oder Möglichkeiten zum Einschluss für einen Zeitraum über die in vielen Kliniken üblichen *time-out* Maßnahmen hinaus nicht vorhanden sind und dort auch nichts zu suchen haben. Diese Patienten werden dann rasch in den Erwachsenenvollzug verlegt. In der Praxis kommt es bei Unterbringungen gem. § 126a und § 81 StPO

häufiger zu dieser Unterbringungspraxis. Dem Verfasser sind wenige Unterbringungen gem. der §§ 63 und 64 StGB in diesem Setting bekannt.

Der hohe Durchlauf einer Akutstation sorgt für nicht ausreichend kontinuierliche Behandlungsbedingungen, die Akutpatienten fordern in der Regel mehr Aufmerksamkeit und bekommen diese auch, zum Nachteil der Patienten im Maßregelvollzug. Für die Betroffenen ist es aber von Vorteil, gemeinsam mit Gleichaltrigen untergebracht zu sein und den damit verbundenen altersgemäßen Erfahrungsräumen. Eine Stigmatisierung unterbleibt im Wesentlichen. Die betroffenen Kliniken beklagen die Schwierigkeiten, die durch die Belegung eines klinischen Bettes über einen langen Zeitraum bestehen, die Störungen im Stationsablauf durch das unterschiedliche Klientel und häufig die eigene Rechtsunsicherheit im Umgang mit Maßregelpatienten.

Zu diesem Modell gehören gegenwärtig die Mitglieder des *Arbeitskreises* in Alzey (Rheinland-Pfalz), Bedburg-Hau (Nordrhein-Westfalen), Eltville (Hessen), Ravensburg (Baden-Württemberg), Hildesheim (Niedersachsen).

Eine solche Liste bleibt unvollständig, da es in Einzelfällen in allen Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer forensischen Unterbringung kommen kann, abweichend von den jeweiligen Vollstreckungsplänen der Länder. Daher werden diese Einrichtungen nicht explizit beschrieben.

7.1.3 Modell 3: spezialisierte Abteilungen, angegliedert an die Jugendpsychiatrie

Die Patientenzahl bewegt sich zwischen 5 und 18 Patienten in den Abteilungen in Deutschland, die gegenwärtig eigene Stationen oder Abteilungen für dieses Klientel angegliedert an die Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhalten.

Eine Angliederung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie sichert den Facharztstandard. In der Regel ist in ausreichendem Umfang pädagogisches Personal vorhanden. Im Vordergrund in diesen Einrichtungen steht der Besserungsgedanke, eindeutig vor dem Sicherungsauftrag. Die Abteilungen sind aus der Notwendigkeit der Versorgung „gewachsen“, sie weisen externe

Sicherungsrichtungen auf, die nachträglich an die jeweiligen räumlichen (und finanziellen) Verhältnisse angepasst worden sind, wenn nicht bereits in einem Neubau *Besserung und Sicherung als Auftrag* harmonisch umgesetzt wurden. Die Nähe zu anderen Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfordert hier eine besondere Sensibilität in mehrfacher Hinsicht. Einmal, was das Anbringen martialisch aussehender Sicherungsrichtungen wie Stacheldrahtrollen auf meterhohen Zäunen angeht, aber auch - und vor allem in konzeptueller Hinsicht. Wie trennt man die Patientengruppen- forensischen von nicht-forensischen - wie schafft man aber auch therapeutisch sinnvolle Begegnungsfelder. Nachteile für die Einrichtung als Ganzes können sich in der Außenwirkung ergeben und damit zu Problemen in der Zusammenarbeit mit Eltern, Zuweisern und Institutionen. Vorteil hier ist die Möglichkeit, vorhandene Ressourcen zu nutzen, wie Klinikschule (Lehrkräfte, die auf die Belange jugendpsychiatrischer Patienten eingestellt sind), Moto-, Kunst-, Musiktherapie, erlebnispädagogische Maßnahmen und jugendpsychiatrisches Know-how im Pädagogisch-pflegerischen Dienst im Umgang mit Jugendlichen und entwicklungsverzögerten Heranwachsenden.

Unterschiede bei den einzelnen Einrichtungen bestehen vor allem in den Zugangs- und Entlassungsvoraussetzungen: Ein Teil der Einrichtungen nimmt nur Jugendliche vor Vollenden des 18. Lebensjahres auf, ein Teil Jugendliche und Heranwachsende, teilweise werden die Jugendlichen bei Erreichen der Volljährigkeit unmittelbar in eine Klinik für forensische Psychiatrie verlegt. Hier kann es zu einer mangelnden Behandlungskontinuität ins Erwachsenenalter hinein kommen, falls eine solche Dauer der Behandlung (und Sicherung) erforderlich ist. Dennoch ergibt sich auch für die Gruppe der diskontinuierlich Behandelten eine Reihe von Vorteilen.

Vorteile sind: Hohe Kompetenz in der Behandlung Jugendlicher mit psychischen Störungen. Kleine Behandlungseinheiten, der Psychiatrie

Personalverordnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie angemessenen Personalschlüssel²⁵.

Expositionsstrategien und milieutherapeutisch-pädagogisch orientierte Maßnahmen in der Behandlung: Maßregelvollzugspatienten im Jugendalter sind in der Regel primär kaum introspektionsfähig und damit mit einem klassischen, ausschließlich psychotherapeutischen Behandlungssetting häufig überfordert oder sie weisen Intelligenzstörungen auf, die ebenfalls den psychotherapeutischen Zugang erschweren. In der Therapie kann zudem nicht auf Erfahrungen zurückgegriffen werden, da im Vergleich zu erwachsenen Patienten der Hintergrund an Lebenserfahrung deutlich eingeschränkt ist (Weissbeck 2005). Daher erscheint eine umfassende pädagogisch-therapeutische Einflussnahme unter Einbeziehung der Alltagsinteraktionen und der Dynamik in der peer-group essentiell. Besonders gilt dies auch für sexuell deviante Jugendliche (vgl. Günter 2001). Diese alltagsorientierte Arbeit an der Stabilisierung der Jugendlichen kann soweit reichen, dass unter kontrollierten Bedingungen, beispielsweise bei sexuell devianten Jugendlichen mit entsprechender Lockerung, Kontakte zu andersgeschlechtlichen, etwa gleichaltrigen Jugendlichen innerhalb und außerhalb der Jugendklinik hergestellt werden können, ohne dass hierbei eine Gefährdung für Dritte entsteht. Hierbei handelt es sich um einen erheblichen Behandlungsvorteil, da unter den üblichen psychotherapeutischen „in-vitro“ Bedingungen, speziell bei sexuell devianten Jugendlichen, Kontaktstörungen kaum behandelbar sind. Falls in der Einrichtung auch Heranwachsende behandelt werden, können sich hieraus wiederum Schwierigkeiten ergeben, da die Altersgruppe der Heranwachsenden sich häufig deutlich von den Jugendlichen bezüglich ihrer körperlichen Reife abhebt und insbesondere Beziehungen zwischen Jugendlichen (hier vor allem der nicht forensischen Patienten) und Heranwachsenden unerwünscht sind.

²⁵ Wenngleich auch in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken kaufmännische Interessen und Budgetierung sowie Personalrekrutierungsprobleme wie beispielsweise der allgemeine Ärztemangel ihren Tribut fordern.

Die zu dieser Gruppe gehörenden Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in Folge systematisch abgearbeitet und sind wesentlicher Bestandteil dieser Untersuchung.

7.1.4 Modell 4: spezialisierte Einrichtungen angegliedert an eine forensische Klinik für Erwachsene

Neben der Angliederung einer auf Jugendliche spezialisierten Einrichtung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es denkbar, eine Solche an eine forensische Klinik anzusiedeln. Im Hinblick auf die Mehrheit der Heranwachsenden, die in der Regel keine Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr finden ist dieses Modell zu überdenken, insbesondere aufgrund der Tatsache, da sie zahlenmäßig - was Einweisungspraxis betrifft und aufgrund der langen Aufenthaltsdauern - die Mehrheit der Patienten stellen.

Die Patientenzahl bewegt sich in der Regel bei 10 und mehr Patienten.

Hierbei sind zwei Einrichtungen zu nennen, die eigene Modelle entwickelt haben:

Das *Rostocker Modell*, das Herr Prof. Schläfke, forensische Klinik in Rostock und Herr Prof. Häßler, Uni-Klinik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam entwickelt haben (Schláfke, Häßler 2001). Man ging hier davon aus, dass speziell eine Einrichtung für den Maßregelvollzug bei Jugendlichen für die Unterbringung nach § 64 StGB erforderlich sei.

Das *Moringen Modell*: für Jugendliche und Heranwachsende existiert innerhalb des Landeskrankenhauses Moringen eine eigene Abteilung, die sich aus der Praxis des Vollzugs entwickelt hat.

Wesentlicher *Vorteil* dieser Modelle ist, wenn man es als einen Vorteil betrachten will, eine hohe Behandlungskontinuität, wenn es erforderlich ist, bis ins Erwachsenenalter, sowie eine hohe forensische Fachkompetenz.

Nachteil ist das Problem, die jugendpsychiatrische Behandlungskompetenz (Facharztstandard; ausreichend hoher Anteil an pädagogischem Fachpersonal) sicherzustellen. Die Erfahrungsräume mit Gleichaltrigen bleiben im Kern auf die untergebrachten Jugendlichen beschränkt. Somit

besteht kein Erfahrungsaustausch mit nicht delinquenten Jugendlichen bzw. diese Realfelder sind schwer herzustellen.

7.2 Struktur und Konzept forensisch psychiatrischer Einrichtungen zur Behandlung Jugendlicher und Heranwachsender Straftäter im Maßregelvollzug

Im Folgenden werden die Einrichtungen in Deutschland, die sich konzeptionell mit der Arbeit mit jugendlichen und heranwachsenden Maßregel-Patienten befassen, skizziert. Die meisten der Einrichtungen wurden persönlich aufgesucht. Nicht ausführlich beschrieben werden die Einrichtungen, die integrativ behandeln (Modelle 7.1.1/7.1.2). Hier mangelt es einerseits an einem vollständigen Überblick - es sind nicht alle Einrichtungen bekannt, die im Rahmen des Maßregelvollzugs bei Erwachsenen oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie junge Patienten behandeln. Auch Tessenow (2002; S.177-178) hatte selbstkritisch zu ihrer Auswertung angemerkt, dass eine vollständige Gesamtliste der entsprechenden Einrichtungen nicht erstellbar war, da lediglich die Länder Bayern, Sachsen, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern angaben, in welchen bzw. in wie vielen Einrichtungen der Maßregelvollzug durchgeführt wird²⁶.

²⁶ Die Tabelle A.1 im Anhang zeigt, soweit dies aktuell über die Befragung der Sozialministerien in Erfahrung zu bringen war, in welchen forensischen Einrichtungen sich noch einzelne Jugendliche und Heranwachsende befinden.

Übersicht über die vorhandenen Einrichtungen



Abbildung 33: Übersicht über die spezialisierten Jugendforensischen Einrichtungen in Deutschland.

Auf den folgenden beiden Seiten sind die beteiligten Einrichtungen in einer tabellarischen Übersicht dargestellt.

Einrichtungen (Bundesland)	Arnsdorf (Sachsen)	Berlin (Berlin)	Klingenmünster (Rheinland- Pfalz)	Marburg (Hessen)	Marsberg (Nordrhein- Westfalen)	Moringen (Nieder- sachsen)	Rostock (Mecklenburg- Vorpommern)	Rodewisch (Sachsen)
Maßregel­einrichtung angegliedert an:	KJP	KJP	KJP	KJP	KJP	Forensische Klinik	Forensische Klinik	KJP
Gesamtbettenzahl (Stationär)	45 10 TK	48	70	62	71	300	80	50
Für Maßregel vor­gesehen	12	6	2	8	18	alle	Für Jugendli- che 10	18
Getrennte Unter- bringung von Pati- enten mit anderer Rechtsgrundlage	Ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja
Rechtsform	Öffentlich- rechtlich	Mischform: Teile des Personals werden aus privater, an- dere aus öf- fentlicher Hand finan- ziert	Öffentlich- rechtlich	Öffentlich- rechtlich	Öffentlich- rechtlich	Öffentlich- rechtlich	Öffentlich- rechtlich	Öffentlich- rechtlich

Abbildung 34 (Tabelle): Einrichtungen im Überblick

Einrichtungen (Bundesland)	Arnsdorf (Sachsen)	Berlin (Berlin)	Klingenmünster (Rheinland- Pfalz)	Marburg (Hessen)	Marsberg (Nordrhein- Westfalen)	Moringen (Nieder- sachsen)	Rostock (Mecklenburg- Vorpommern)	Rodewisch (Sachsen)
Zugangsvorraussetzung	Alle nach §7 JGG verurteilten	Vor Vollen- dung des 18. Lebens- jahrs und reifeverzö- gerte He- ranwachs- ende	Vor Vollendung des 18. Lebens- jahrs Ausschluss: §64 StGB	Vor Vollendung des 18. Lebens- jahrs	Wenn Straf- taten vor Vollendung des 18. Le- bensjahrs begangen wurden	Alle	Klinik für § 64 StGB, Alle 14-18 Jährigen gem. § 63 StGB	Vor Vollen- dung des 18. Lebens- jahrs und reifeverzö- gerte He- ranwachs- ende
§ 7 JGG,63 StGB	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
§ 105 JGG,63 StGB	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	Ja
§ 7 JGG,64 StGB	ja	ja	nein	ja	ja	nein	ja	ja
§ 105 JGG,64 StGB	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	ja

Abbildung 35 (Tabelle): Rechtliche Aufnahmekriterien der einzelnen Einrichtungen

Die hier beschriebenen Einrichtungen schlossen sich auf unsere Initiative hin zu einem Arbeitskreis mit dem Ziel zusammen, die Situation für Jugendliche im Maßregelvollzug zu verbessern. Über die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der leitenden Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der BAG der leitenden Ärzte der forensischen Kliniken waren keine weiteren Kliniken mit speziellen Konzepten zur Behandlung dieses Klientels in Erfahrung zu bringen. Ausnahme: die beiden Kliniken zur Entwöhnungsbehandlung in Brauel (Niedersachsen) und Parsberg (Bayern), die sich bislang nicht dem Arbeitskreis angeschlossen haben.

Die Komplexität der Konzepte in den unterschiedlichen Einrichtungen macht es erforderlich, auf viele Details der Ausgestaltung im Einzelfall zu verzichten. Sicher gibt es in allen Einrichtungen gewachsene Strukturen aber auch Gemeinsamkeiten, die sich über die Diskussion im Arbeitskreis und die forensische Arbeit herausgebildet haben. Es soll im Wesentlichen die Struktur der Einrichtungen vermittelt werden.

Die Konzeptarbeit ist ständig im Fluss. So ist es möglich, dass ein Teil der hier skizzierten Konzepte durch den Austausch, durch neue Erkenntnisse in der Therapie aber auch durch den Druck äußerer Ereignisse (hier vor allem sicherheitsrelevante Prozesse) bereits nicht mehr dem hier festgehaltenen Stand entsprechen. Aus dem Arbeitskreis heraus hat sich 2004 eine Konzeptgruppe mit dem Ziel gebildet, zu einheitlichen Standards der Diagnostik und einem gemeinsamen Konsens in therapeutischen aber auch sicherheitsrelevanten Fragen zu kommen.

Alle Einrichtungen machten in ihren schriftlichen Konzepten Angaben zu den Juristischen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen (§§ 81, 126 a StPO, 63, 64 StGB, ggfs. PsychKG und Landesgesetze wie Maßregelvollzugsgesetz und Vollstreckungspläne). Bei gemischten Konzepten (siehe Berlin und Klingenmünster im Kapitel 7.2.1) auch Angaben zu Freiheitsbeschränkungen im BGB (§ 1631b BGB und in Ausnahmefällen PsychKG). Da-

her wird hier bei der Betrachtung der Einrichtungen nicht explizit darauf eingegangen (siehe auch Abbildung 35).

Soweit dies aufgrund der Datenlage möglich ist, werden die einzelnen Einrichtungen nach folgender Strukturierung dargestellt:

- Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung
- Belegungssituation (Stichtagserhebung 2005)
- Räumliche Struktur
- Abläufe und Organisation
- Therapieangebote und Konzept
- Lockerung und Verlegung
- Schule und Ausbildung
- Nachsorge
- Besonderheiten

7.2.1 Gruppe der spezialisierten Abteilungen, angegliedert an die Jugendpsychiatrie

Die Reihenfolge der Darstellung der Kliniken erfolgt wie im Kapitel 7.1 beschrieben entsprechend ihrer Zuordnung zu den idealisierten Gruppen (siehe auch Kapitel 7.1.1-7.1.4).

- Modell 1: Integrierte Versorgung in forensischen Kliniken gemeinsam mit Erwachsenen
- Modell 2: Integrierte Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Modell 3: spezialisierte Abteilungen, angegliedert an die Jugendpsychiatrie
- Modell 4: spezialisierte Einrichtungen angegliedert an eine forensische Klinik für Erwachsene

Die Reihenfolge ist alphabetisch nach den Orten der Kliniken. Die Modelle 1 und 2 werden nicht beschrieben. Die folgenden Einrichtungen entsprechen Modell 3.

7.2.1.1 Arnsdorf (Sachsen)

Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung

Das Sächsische Krankenhaus Arnsdorf befindet sich in Sachsen und besitzt gemeinsam mit dem Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch den Versorgungsauftrag für forensisch untergebrachte Jugendliche und Heranwachsende für das Bundesland Sachsen.

Die Klinik verfügt über 45 stationäre Behandlungsplätze, eine Institutsambulanz sowie 8 stationäre Behandlungsplätze für den Maßregelvollzug. Ein tagesklinisches Angebot ist im Aufbau. Die Belegung im Maßregelvollzug erfolgt gemischtgeschlechtlich.

Es besteht ein erheblicher Personalmangel.

Chefarzt: PD Dr. med. P. Hummel.

Zugangsvoraussetzung: in Arnsdorf werden auch Heranwachsende, die nach JGG verurteilt wurden, aufgenommen.

Belegungssituation (Stichtagserhebung 2005)

	Gesamtzahl (14-21)	Jugendliche	Heranwachsende	Altersdurchschnitt
Aktuell (Stichtag)	19	5 (§126a) 1 (§63) 1 (§64)	0 (§126a) 5 (§63) 7 (§64)	19,0 Jahre
Bei Aufnahme		5 (§126a) 3 (§63) 5 (§64)	3 (§63) 3 (§64)	17,4 Jahre

Abbildung 36 (Tabelle): Belegungssituation Arnsdorf (Stichtagserhebung 2005) (Anmerkung: Die bei Aufnahme älter als 18jährigen wurden in der Auswertung der Stichtagserhebung unter 5.2 nicht berücksichtigt.)

Rechtsgrundlage	Anzahl Patienten
§ 81 oder 126 a StPO	6
§ 63 StGB	6
§ 64 StGB	7

Abbildung 37 (Tabelle): Rechtsgrundlagen Arnsdorf (Stichtag 2005)

Mit dem Maßregelvollzug wurde am 01.01.1997 mit 3 Plätzen begonnen. Von Dr. Bach, dem früheren, mittlerweile verstorbenen ärztlichen Leiter wurden 2003, anlässlich eines Symposiums in Klingenmünster folgende Angaben gemacht: Im Zeitraum von 1997 bis 2003 wurden 30 forensische Fälle behandelt, davon 28 männliche, 2 weibliche. 8 der Maßregelpatienten wurden voll rehabilitiert. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2 4/12 Jahre. Die kürzeste Verweildauer betrug 6 Monate, die längste Verweildauer 5 Jahre.

Räumliche Struktur

Das Gebäude befand sich zuletzt in einem sanierungsbedürftigen Zustand. Es existiert ein eigener Garten für den Bereich.

Abläufe und Organisation

Keine Angaben.

Therapieangebote und Konzept

Zum aktuellen Therapie- und Behandlungskonzept liegt gegenwärtig kein schriftliches Konzept vor. Es existiert ein älteres, nicht dem aktuellen Stand der Behandlung in Arnsdorf entsprechendes, ausführliches schriftliches Behandlungskonzept des früheren, mittlerweile verstorbenen ärztlichen Leiters aus dem Jahr 2003, welches den *Therapieprozess aus psychoanalytischer Sicht* beschreibt. Das Konzept findet sich in dem Buch *Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter* (Brünger, Weissbeck 2008).

Lockerung und Verlegung

Keine Angaben.

Schule und Ausbildung

Eine Klinikschule ist vorhanden.

Nachsorge

Keine Angaben.

Besonderheiten

Dem Bundesland Sachsen fehlt es zum Zeitpunkt der Untersuchung vor allem an finanziellen Möglichkeiten, den Bereich adäquat zu versorgen.

7.2.1.2 Berlin

Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung

Im Vollstreckungsplan für Berlin heißt es zur Aufnahme im Vivantis-Klinikum, Abt. Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinik Wiesengrund: „Männliche und weibliche Jugendliche / Heranwachsende, bei denen die (vorläufige) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt durch ein Jugendgericht angeordnet ist (§ 7 JGG).

Aus im Einzelfall indizierten Behandlungsgründen kann eine von diesen Kriterien abweichende Belegung erfolgen. Diese ist nur in Abstimmung mit der Krankenhausleitung des KMV zulässig.“

Chefarzt: Dr. Bilke. Die Abteilung wird von der Oberärztin Fr. Stöver geleitet.

In Berlin gibt es kein eigenes Maßregelvollzugsgesetz, die Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt in Anlehnung an das PsychKG, ein solches Gesetz ist in Vorbereitung.

Als Einrichtungsleiter für den Maßregelvollzug gilt der Chefarzt der Forensischen Klinik, Herr Dr. Bayerl, die Räume zur Unterbringung sind von dem

Privatunternehmen Vivantis gemietet, das pädagogisch-pflegerische Personal wird aus dem Forensikbudget des Senats bezahlt, die Ärzte und Therapeuten, welche die Behandlung durchführen, erhalten ihr Gehalt von Vivantis, einem privaten Träger. Für den Maßregelvollzug bei Jugendlichen sind 6 Planbetten vorgesehen. Die Abteilung ist somit mischfinanziert. Der Senat für Gesundheit ist Kostenträger für den Maßregelvollzug, das Vivantis-Klinikum übernimmt einen Teil der Personalkosten und mietet die Räumlichkeiten.

Das schriftliche Rahmenkonzept der Einrichtung, wurde von Fr. Stöver erarbeitet.

Insgesamt gibt es in der Klinik 48 Betten, eine halbgeschlossene Station, in der im Wesentlichen nach §1631b BGB untergebrachte Patienten neben freiwillig aufgenommene Patienten sind, ohne Freiheitsentzug. In der geschlossenen Station befinden sich die Maßregelvollzugspatienten.

Therapeutenschlüssel: Es arbeitet 1 Ärztin in Vollzeit auf der betreffenden Station. Die halbe Psychologenstelle dient im Wesentlichen der testpsychologischen Untersuchung für den Akutbereich und steht somit nicht den Maßregelpatienten zur Verfügung. Fallführend sind jeweils die Ärzte, bzw. die Stationsärztin.

Belegungssituation (Stichtagserhebung 2005)

	Gesamtzahl (14-21)	Jugendliche	Heran- wachsende	Altersdurch- schnitt
Aktuell (Stichtag)	8	1 (§126a) 5 (§63)	0 (§126a) 2 (§63)	17,8 Jahre
Bei Aufnahme		1 (§126a) 6 (§63)	1 (§63)	16,5 Jahre

Abbildung 38 (Tabelle): Belegungssituation Berlin 2005 (Anmerkung: Der bei Aufnahme älter als 18jährige wurde in der Auswertung der Stichtagserhebung unter 5.2 nicht berücksichtigt. Es erfolgten keine Unterbringungen gem. § 64 StGB.)

Rechtsgrundlage	Anzahl Patienten
§ 81 oder 126 a StPO	1
§ 63 StGB	6
§ 64 StGB	

Abbildung 39 (Tabelle): Rechtsgrundlage Berlin (Stichtag 2005)

In der Abteilung befanden sich neben den Maßregelpatienten zeitweise noch Akutpatienten, Patienten mit schizophrenen Psychosen, sowie Patienten mit einer hohen Selbstgefährdung oder Patienten, die in Folge einer drogeninduzierten Störung untergebracht sind, deren Zustand eine akute Geschlossenheit erforderlich machte. Die Akutpatienten sind nach § 1631 b BGB untergebracht.

Zur durchschnittlichen Belegung ist aus der Konzeption zu erfahren, dass 2001 im Durchschnitt 7,84 forensische Patienten vollstationär untergebracht waren, im Jahr 2002 waren es 7,95. Die Belegungssituation ist relativ stabil.

Räumliche Struktur

Die Station befindet sich ebenerdig. Die einzelnen Räume sind auf zwei symmetrisch angelegte Gänge verteilt, die voneinander getrennt werden können. Die Dienstzimmer zu beiden Stationen sind miteinander verbunden, in der Regel werden aber die beiden Gänge nicht getrennt. Fast alle Patienten haben ein Einzelzimmer, sämtliche Fenster sind mit „Panzerglas“ gesichert. Der Essensbereich ist in der Regel abgeschlossen. In dem sogenannten Wohnzimmer, das lediglich mit Möbeln aus Spenden bestückt ist, befindet sich hinter Plexiglas ein Gruppenfernseher, der über das Stationszimmer bedient werden kann.

Ein sog. „Krisenzimmer“ dient als Aufnahmezimmer für akute Patienten die einer besonderen Sicherung und Isolierung bedürfen (mit eigener Nasszelle). Der Zweckbau wurde an vielen Stellen künstlerisch aufgewertet bis hin zu einem aufwändigen schmiedeeisernen Durchreichschutz. Ein Arztzimmer befindet sich auf Station. Im gleichen Gebäude gibt es eine ergotherapeuti-

sche Abteilung, diese macht im klassischen Sinne ergotherapeutische Diagnostik und Behandlung und versorgt auch die Ambulanz mit. Sie steht nicht unmittelbar für den Maßregelvollzug zur Verfügung, insbesondere gibt es keine Arbeitstherapie oder einen Ausbildungsbereich.

Sicherungsmöglichkeiten gibt es lediglich im sogenannten Intensivzimmer in Form eines Krankenhausbettes mit Fixiergurten. Einen *Time-out*-Raum gibt es nicht. Technische Möglichkeiten der Überwachung gibt es ebenfalls nicht. Für den Hofgang steht ein Gelände mit einem 5 Meter hohen Zaun mit einem Durchmesser von etwa 15 Metern zur Verfügung. Die Pfosten sind künstlich aus gebranntem Ton gestaltet. Nach der Flucht eines Patienten wurde über dem käfigartigen Gebilde ein Netz angebracht, um ein Übersteigen zu verhindern. Am Zaun kommen auch andere Patienten auf dem Weg von oder zur Klinikschule vorbei. Hier entstehen mitunter ungewollte Kontakte. Der Eingangsbereich ist nicht gesichert und entspricht dem Standard einer geschlossenen psychiatrischen Station. Eine Verhinderung von Entweichungen am Eingang ist gänzlich von der Achtsamkeit der Mitarbeiter abhängig. Dem Sicherheitsgedanken wird durch *verbindliche, gefahrenabwehrende Stationsregeln, die in der Stationsordnung festgehalten* sind, Rechnung getragen. Der Patient *erfährt Sicherheit durch die Bindung an das pädagogische und therapeutische Personal.*

Aus Sicherheitserwägungen gibt es lediglich Plastikgeschirr und Plastikbesteck. Jeder Patient hat die Möglichkeit, einen eigenen Fernseher im Zimmer zu haben.

Abläufe und Organisation

An regelmäßigen Abläufen findet statt:

- Visite
- Gemeinsames Team zu Lockerungsentscheidungen
- Fallbesprechung / Behandlungsplanung
- Teambesprechung

Einmal die Woche findet eine so genannte Forensik-Visite statt: An dieser nehmen die Oberärztin, die Stationsärztin, der Stationsleiter (PPD) und ein Vertreter des Sozialdienstes teil. Hier werden in der Regel auch Lockerungen besprochen. Kriminalprognostische Kriterien (HCR, SVR) finden hierbei Beachtung.

Es findet in einem anderen Rahmen eine regelmäßige Lockerungsbesprechung der forensischen Klinik statt, an der im Bedarfsfall teilgenommen werden kann.

Fortbildung: Die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildung wird in der Konzeption beschrieben, auf die bundesweite Vernetzung im Arbeitskreis wird hingewiesen.

Eine Team- und Einzelfallsupervision findet regelmäßig statt, die Supervision erfolgt im Wesentlichen über die Oberärztin.

Patientenbezogene Abläufe: An Tagesstruktur gibt es verbindlich Frühsport, danach Schule, an bestimmten Tagen gefolgt von einer Visite. Es gibt das pädagogische Angebot von Spielen.

Technische Geräte stehen jedem Patienten im Rahmen seiner persönlichen finanziellen Möglichkeiten ohne besondere Einschränkungen frei zur Verfügung, es wird allerdings bei Kontrollgängen überprüft, ob das angesehene Fernsehprogramm jugendgemäß ist.

Therapieangebote und -konzept

Besserung wird vor allem im Sinne einer Nachreifung verstanden. Auf den Erziehungsgedanken des JGG wird in der Konzeption ausdrücklich hingewiesen. „Die Behandlung dient gleichzeitig der Vermittlung normvarianten Verhaltens. Erziehung kann primär durch das Angebot gesunder Bindungs- und Beziehungsangebote erfolgen.“ Im Vordergrund der Arbeit wird die Beziehungsarbeit mit dem Patienten gesehen.

Das Ziel ist die Resozialisierung, durch die im multiprofessionellen Team entschiedenen stufenweisen Lockerungsmaßnahmen.

Behandelt wird im Team. An **therapeutischen Angeboten** gibt es die so genannte „Forensikergruppe“ die einmal die Woche stattfindet gemeinsam mit der Stationsleitung, der Stationsärztin und der Sozialarbeiterin. Hier geht es um allgemeine Stationsbelange, teilweise wird aber auch die soziale Kompetenz in nicht strukturierter Form trainiert. Ein deliktspezifisches Angebot sollte bestehen, findet aber zum Zeitpunkt des Besuchs aufgrund der personellen Situation, insbesondere für die Sexualstraftäter, die 6 von 8 Patienten stellen, nicht statt.

Ein Teil der Patienten erhält Traumatherapie, ein Teil wird einzeln gemäß dem DBT-Konzept behandelt. Es finden psychodynamische, systemische, aber auch verhaltenstherapeutische Ansätze ihren Einsatz in der Behandlung. Auch § 126a StPO-Patienten wird in der Regel ein Behandlungsangebot unterbreitet.

Behandlungskonzept:

Umfassend wird in zahlreichen Unterkategorien das Behandlungsmodell in der Konzeption beschrieben:

1. Einzeltherapie (tiefenpsychologisch / Verhaltenstherapie / Auseinandersetzung mit der Straftat)
2. Gruppentherapie (deliktspezifisch)
3. Bezugsbetreuung (pädagogisch)
4. Medikation
5. Sozialarbeit
6. Familienberatung/ -therapie
7. Forensikergruppe (Training von gesunden Kommunikationsstrukturen, Stärkung der Gruppenzugehörigkeit und des Selbstwertgefühls, allgemeine gruppenspezifische Zielsetzungen)
8. Sportgruppe
9. Entspannungsgruppe
10. Gartenprojekt
11. Chor
12. Kreativgruppe

13. Funktionstherapie (Ergotherapie / Logopädie / Krankengymnastik)
14. Beschulung
15. Milieu- und Soziotherapie
16. Kunst- oder Musiktherapie

Jeder Patient erhält zwei Bezugsbetreuer, in der Regel beiden Geschlechts, sozusagen als „Elternäquivalent“. Es gibt etwa 12-13 Vollstellen im pädagogisch-pflegerischen Dienst, überwiegend aus dem pädagogischen Bereich. Peerkontakte finden erst ab höherem Lockerungsstatus statt, häufig kommt es durch den Zaun zu ungeordneten Kontakten. Angedacht sind allerdings gemeinsame Aktivitäten mit den anderen Jugendstationen. Bei engeren Kontakten wird vorausgesetzt, dass die Eltern des anderen Jugendlichen einwilligen. Für weitere Kontakte ist Voraussetzung, dass der Patient / die Patientin bereits entlassen ist. Die Eltern werden allgemein darüber informiert, dass sich auf der Station akut geschlossenen Untergebrachte und forensische Patienten befinden. Dann können auch Besuche stattfinden, was derzeit bei allen Patienten tatsächlich auch stattfindet. Mit den Angehörigen der Besucher(in) wird ein Aufklärungsgespräch gemeinsam mit dem Patienten geführt, es wird erwartet, dass der Patient seine Tat bei einem engeren Kontakt dann auch offen legt.

Lockerung und Verlegung

Lockerungen bedürfen in Berlin nicht der richterlichen Zustimmung, da es kein Maßregelvollzugsgesetz gibt. Lediglich im Einzelfall werden Lockerungsentscheide mit dem Einrichtungsleiter, Herrn Beyerl, oder dem Chefarzt Herrn Bilke besprochen. Ausführungen in Handschellen werden als Hoheitsrecht von der Klinik selbst wahrgenommen, Rückfragen mit dem Gericht finden in der Regel diesbezüglich nicht statt.

Verlegung: Bei sehr schwierigen und sehr aggressiven Patienten besteht eine unkomplizierte Möglichkeit der Verlegung in die Erwachsenenklinik.

Schule und Ausbildung

Die Beschulung erfolgt zunächst intern, Patienten mit einem höheren Lockerungsstatus werden auf die öffentliche Hauptschule, die sich in der Nähe befindet, geschickt. Schule ist Pflicht. Ein Ausbildungsangebot besteht nicht, falls jemand entsprechende Lockerungen erreicht hat sowie einen Schulabschluss besitzt, wird ein Ausbildungsverhältnis über das Arbeitsamt angestrebt, wo man sich ausreichend unterstützt fühlt. Ein arbeitstherapeutisches Angebot gibt es nicht. Es besteht vereinzelt die Möglichkeit zur Hausarbeit sowie in einem Gartenprojekt mit Gewächshaus und Verkauf, zu arbeiten.

Nachsorge

Beurlaubungen werden z.B. in therapeutischen Wohngemeinschaften durchgeführt. Man ist sich bewusst, dass die vollständige Verantwortung beim therapeutischen Team verbleibt. Die Nachsorge wird nicht schriftlich dargestellt.

Berliner Besonderheiten

Durchgängig fällt beim Besuch der Einrichtung die Berliner Finanznot auf, die sich in dem Mangel an Sicherheitsvorkehrungen, aber auch sehr direkt in dem Mangel an Mobiliar und Personal ausdrückt. Die Einrichtung steht immer wieder unter öffentlichem Druck (z.B. durch die Berliner Zeitung BZ).

Für Berlin wird ein Minimalbedarf von mindestens 9 Planbetten postuliert. Es besteht der Wunsch auf eine rein forensische Station, ohne Mischbelegung mit Akutpatienten. Dies wird insbesondere mit den schnell zu irritierenden forensischen Patienten durch die akuten Patienten in dem gemischten Setting begründet.

7.2.1.3 Klingenmünster (Rheinland-Pfalz)²⁷

Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung

Das Pfalzinstitut – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist Teil des Pfalzlinikums für Neurologie und Psychiatrie ist gemeinsam mit der Rheinhessen Fachklinik Alzey, Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Versorgung für alle forensisch untergebrachte Jugendliche für das Bundesland Rheinland-Pfalz zuständig. Gegenwärtig sieht der Vollstreckungsplan vor, dass Jugendliche gem. §126a StPO und §63 StGB in Klingenmünster untergebracht werden, gem. §64 StGB in Alzey.

Die Klinik verfügt über 70 stationäre Behandlungsplätze sowie 2(!) Planbetten für den Maßregelvollzug, sowie eine Institutsambulanz und eine Tagesklinik mit 20 Plätzen in Kaiserslautern. Neben den Unterbringungen durch ein Strafgericht werden auch Jugendliche mit expansiven Verhaltensstörungen und anderen psychischen Störungen mit den Rechtsgrundlagen § 1631 b BGB oder PsychKG (selten), in Ausnahmefällen auch freiwillig in der Abteilung aufgenommen. Im Bereich der Sekundär-Prophylaxe (SGB V) beschränkt sich das Einzugsgebiet auf die Pfalz. Die Belegung erfolgt gemischtgeschlechtlich.

Die Dauer der Behandlung kann bei Maßregelpatienten bis zum 21. Lebensjahr fortgesetzt werden, bei den SGB V Patienten endet diese in der Regel bei Vollendung des 18. Lebensjahres.

Chefarzt: Dr. M. Brünger

Die Abteilung ST wird geleitet von W. Weissbeck, OA (Autor).

Personal

Alle Teammitglieder, mit Ausnahme des Mototherapeuten und der Kreativtherapeutinnen, sind der Station fest zugeordnet. Die Personalbemessung

²⁷ Konzeption der Sozialtherapeutischen Abteilung im Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ein Organisationsmodell des Maßregelvollzugs und der Sozialtherapeutischen Behandlung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das ausführliche Konzept findet sich in: Brünger, M., Weissbeck, W. Hrsg. (2008): Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

erfolgt auf der Grundlage eines angenommenen Mischungsverhältnisses der Einstufung nach KJ 3 (Jugendliche Intensivpatienten) und KJ2 (Jugendliche Regelpatienten) aus der Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) für alle forensischen Patienten unabhängig vom Lockerungsstatus.

Zum multidisziplinären Team der Station zählen:

- Oberarzt
- Stationsärztin
- Psychologe
- Fachkrankenschwester
- Krankenschwester/Pfleger
- Erzieher/innen
- Sozialpädagogen
- Arbeitstherapeuten
- Gärtner- und Schreinermeister

Belegungssituation (Stichtagserhebung 2005)

	Gesamtzahl (14-21)	Jugendliche	Heran- wachsende	Altersdurch- schnitt
Aktuell (Stich- tag)	18	3 (§126a) 4 (§63)	0 (§126a) 11 (§63)	19,0 Jahre
Bei Aufnahme		3 (§126a) 15 (§63)	0 (§126a) 0 (§63)	16,5 Jahre

Abbildung 40 (Tabelle): Belegungssituation Klingenmünster (Stichtag 2005) (Anmerkung: Bei Aufnahme war kein Jugendlicher älter als 18. Laut Vollstreckungsplan Rheinland-Pfalz werden Jugendliche gem. § 64 StGB in Alzey aufgenommen.)

Rechtsgrundlage	Anzahl Patienten
§ 81 oder 126 a StPO	3
§ 63 StGB	15
§ 64 StGB	-

Abbildung 41 (Tabelle): Rechtsgrundlage Klingenmünster (Stichtag 2005)

In den Jahren 1999 bis 2002 gab es einen Anstieg von jugendlichen Maßregelpatienten in Rheinland-Pfalz von ursprünglich 2 auf 11 Patienten. Dieser Trend hielt bis 2005 unverändert an. Zeitweise waren 18 Jugendliche und Heranwachsende untergebracht. Aktuell nimmt die Belegungssituation tendenziell ab.

Räumliche Struktur

Das Gebäude: In dem zurzeit genutzten ehemaligen, umgebauten Schwesternwohnheim bestehend aus 2 Geschossen plus Keller werden in einem zweistufigen System 10 + 6 Patienten betreut. Im mehr gesicherten Untergeschoss mit vergittertem Balkon und Anschluss an den mittels eines Ordnungszäunes (3,5m) gesicherten Garten befinden sich neben dem Stationszimmer drei Videoüberwachte Patientenzimmer (Einbettzimmer), eines davon mit integrierter Nasszelle, die anderen Patientenzimmer (Zweibettzimmer), ein sogenannter BGR (besonders gesicherter Raum / *Time-out-Raum*), die Küche, der Ess- und Aufenthaltsbereich, für Mädchen und Jungen getrennte Toiletten- und Duscheinrichtungen sowie eine technisch gesicherte Schleuse. Der Fernsehraum ist nicht vom Aufenthaltsbereich zu trennen.

Alle Fenster im EG und im Keller sind gesichert. Im weniger bzw. gar nicht gesicherten Obergeschoss sind Zimmer für 6 gelockerte Patienten, die Arztzimmer, Psychologenzimmer, Sanitäreinrichtungen und Aufenthaltsraum. Im Keller befinden sich Freizeiträume (Tischtennis, Tischfußball, Fitnessmöglichkeiten, kein Krafttraining), 2 mit Maschinen und Werkzeug ausgestattete Arbeitstherapie-, Beschäftigungstherapie-, Lagerräume, Musiktherapie und Waschmaschinen für die Patienten.

Das Gebäude weist einen erheblichen Sanierungsbedarf auf. Das Mobiliar müsste dringend erneuert werden. Seit mehreren Jahren wird ein Neubau geplant und nun auch umgesetzt.

Nach derzeitigem Planungsstand umfasst das Raum- und Funktionsprogramm für den Neubau:

- Sicherheitsbereich, aufgeteilt in zwei Gruppen (8 Patienten und 6 Patienten):
- Offener Bereich für 6 Patienten: dieser beinhaltet auch die sogenannte Verselbstständigungsgruppe.
- 4 Appartements: hier soll vor der Entlassung unter möglichst realistischen Bedingungen (Realfeld) die Selbstständigkeit erprobt und überprüft werden.
- Schulräume.
- Werkstattbereich: zur Arbeitserprobung, -therapie und Ausbildung
- Therapieräume, Fitnessraum und Bandraum.
- Besucherraum: um auch Patienten, die den Bereich ohne Aufsicht nicht verlassen können, Besuche zu ermöglichen.
- Therapeutenzimmer im offenen und geschlossenen Bereich.
- Stationszimmer sind gleichzeitig Sicherheitszentralen.

Abläufe und Organisation

Patientenbezogene Abläufe

Nach Aufnahme erfolgt eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung. Diese umfasst unter anderem eine erste Gefährlichkeitseinschätzung sowie eine Reihe somatischer und psychologischer Befunderhebungen.

Gegebenenfalls weitere Diagnoseverfahren: z.B. motopädische, logopädische Diagnostik. *Erste Fallbesprechung* zur Entwicklung eines Therapie- und Behandlungsplanes erfolgt innerhalb der ersten 6 Wochen. Die Definition der notwendigen Sicherungsmaßnahmen erfolgt sofort nach Aufnahme mit wöchentlicher Überprüfung. Jeder Pat. wird ärztlich, psychologisch und pädagogisch – pflegerisch betreut und je nach individuellen Bedürfnissen gefördert. In der ST ist ein Bezugspersonenmodell implementiert das jedem Jugendlichen einen festen Ansprechpartner zuweist. Individuelle Therapieziele werden in einem Therapievertrag in den Einzelsitzungen mit den Jugendlichen erarbeitet.

Tagesstruktur

Für die Patienten beginnt der Tag (außer am Wochenende oder in den Ferien) ab 6.00 Uhr. Für jeden Patienten gibt es einen Stundenplan, aus dem er ersehen kann, welche Termine er im Laufe der Woche vor sich hat. Tägliche Pflichten wie Zimmer aufräumen, Körperhygiene, Arbeitstherapie, Schule oder Ausbildung sind vermerkt. Gemeinsam findet eine Wochenplanung statt. Diese Termine sind verbindlich.

Zeiten für ärztliche Sprechstunden, gemeinsame Mahlzeiten, Hausaufgabenzeit, Ausgang, gruppenpädagogisches Angebot, Sport sind geregelt. Termine für Einzel- und Gruppentherapien sind ebenfalls im Stundenplan festgehalten.

Für die Mitarbeiter des pädagogisch-pflegerischen Dienstes gibt es Arbeitsablaufpläne, welche die Zuständigkeiten im allgemeinen Tagesablaufplan regeln. Ausreichende Besprechungszeiten sichern den kontinuierlichen und engen Informationsaustausch zwischen den im Schichtdienst arbeitenden Mitarbeitern des pädagogisch-pflegerischen Dienstes. Routinetätigkeiten sind einer festen Dienstform zugeordnet.

Wöchentlich finden Zimmervisiten, Stufenplanbesprechung, Chefarztvisite, Kurvenvisite, Fallbesprechung, Stationskonferenz und Mitarbeitergespräch statt.

Täglich findet eine Tagesreflexion mit den Patienten statt, die am Abend durch pädagogische Mitarbeiter durchgeführt wird.

Es bestehen bis zu einem Neubau erhebliche strukturelle Probleme, die z.T. aufwendige Sicherheitsprozesse erforderlich machen.

Fortbildung für alle Berufsgruppen

Die Fortbildung und Personalentwicklung orientiert sich an den aktuell gültigen forensischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Standards. Die Einführung aller Mitarbeiter in die praktische Arbeit erfolgt durch ein gezieltes Einarbeitungsprogramm. Ein Austausch innerhalb des Arbeitskreises aber

auch mit der benachbarten forensischen Klinik mit gemeinsamen Weiterbildungen, wie beispielsweise gemeinsamen Prognoseseminaren, finden regel- und planmäßig statt. 14-tägig findet eine stationsinterne Weiterbildung statt. Eine monatliche Teamsupervision erfolgt durch einen erfahrenen externen Supervisor. Aktuell erfolgt eine DBT-F Schulung für alle Mitarbeiter des Bereiches.

Therapieangebote und Konzept:

Konzeption der Sozialtherapeutischen Abteilung im Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ein Organisationsmodell des Maßregelvollzugs und der Sozialtherapeutischen Behandlung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Übergeordnetes Ziel ist es, die betroffenen Jugendlichen durch geeignete Maßnahmen wieder in die Gesellschaft zu reintegrieren. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden versteht sich die Einrichtung als *Kompetenzzentrum* für Beratung, ambulante, auch aufsuchende Hilfe, Begutachtung, stationäre Therapie, ambulante Nachsorge und Betreuung.

Bei der Reintegration wird das Prinzip der individuellen Geschlossenheit verfolgt, d.h. die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gegenüber Patienten werden individuell auf das absolut Notwendige beschränkt.

In der Adoleszenz müssen Untergebrachte wesentliche Entwicklungsaufgaben der Loslösung und Autonomiegewinnung innerhalb einer Einrichtung vollbringen. Dieser Anspruch erweitert die Anforderungen an die Therapie, in der die Problembereiche des potentiellen Delinquenzverhaltens parallel zu den psychischen Störungen klientenzentriert durchgängig zu bearbeiten sind. Das therapeutische Angebot hat somit die Entwicklungsaufgaben zu berücksichtigen und zu begleiten.

Der gesetzliche Auftrag ist erst dann erfüllt, wenn davon aus zu gehen ist, dass von dem Betroffenen keine rechtswidrigen Taten mehr zu erwarten sind. Daher dient die erste Behandlungsphase der Durcharbeitung des Ur-

teils und der Anlasstat. Ein Dilemma ist insbesondere, dass die psychiatrische Therapie auf die Behandlung von psychischen Störungen ausgerichtet ist und nicht, wie hier erwartet, auf die Behandlung von Kriminalität. Die forensische Psychiatrie hat infolge dieser Erwartung die sogenannte Kriminaltherapie entwickelt. Grundvoraussetzung ist die Erarbeitung einer Therapiemotivation.

Therapeutisches Angebot

- Psychotherapie (Verhaltenstherapeutische Konzepte zur gezielten Modifikation von Verhalten (Antiaggressionstraining, DBT-A, DBT-F²⁸, Kriminaltherapie)
- Spezifische Behandlungsverfahren insbesondere bei Sexualstraftätern
- Einzel- und Gruppentherapeutisches Setting (Maßregelvollzugsgruppe, Problemlösegruppe)
- Psychoedukation
- Leitlinienorientierte, individualisierte, multimodale, interdisziplinäre Stufenbehandlung
- Behandlungsprogramme für dissoziale Jugendliche
- Psychopharmakotherapie
- Sozio- und Milieuthherapie
- Soziales Kompetenztraining
- Entspannungsverfahren
- Mototherapie
- Familientherapie
- Kunst- und Musiktherapie
- Soziotherapie bei Pflege im Bezugspersonensystem
- Arbeitstherapie und -training
- Verselbständigungstraining im Kontext von Leben, Arbeiten und Sozialem Umfeld
- Erziehung und Pädagogik
- Schule und Ausbildung

- Berufsvorbereitung
- Sozialdienst

Die Therapie muss auf die (Lern-) Fähigkeiten der Täter ausgerichtet sein, auf deren kognitiven Struktur und deren Lerngewohnheit.

Auch der Grad der Gefährlichkeit ist von Bedeutung: Je höher das Risiko, desto intensiver ist die Behandlung.

Es besteht die Notwendigkeit, die Problembereiche des tendenziellen Delinquenzverhaltens wie auch der psychischen Störung durchgängig parallel zu bearbeiten.

Das Spektrum an Zielen sollte klar definiert sein und auf die individuelle Gefährlichkeit und die individuellen Risiken abzielen. Ambulante Maßnahmen sollten nach abgeschlossener stationärer Behandlung dies fortsetzen.

Allgemeine Behandlungsziele sind im Kapitel 7.3 wiedergegeben.

Es werden 5 Phasen in der Behandlung unterschieden:

1. *Motivationsphase*: Aufbau der therapeutischen Beziehung.
2. *Behandlungsphase*: Durcharbeitung des Urteils und der Anlasstat. Dazu gehört:
Deliktkreis: Funktionale Analyse der auslösenden, verstärkenden und aufrecht erhaltenden Bedingungen.
Erfassung von Ressourcen, Bewältigungskompetenzen.
Problemlösung: Verbesserung der Bewältigungskompetenzen und Coping-Strategien für Risikosituationen, Gefühlswahrnehmung und –regulation.
Kognitive Umstrukturierung: Veränderung irrationaler Einstellungen und kognitiver Verzerrungen.
3. *Verselbstständigungsphase*: Mit *Aufbau sozialer Beziehungen* außerhalb der Einrichtung und Rückfallprävention.
4. *Wiedereingliederungsplanung*
5. *Nachbetreuung*

²⁸ Im Aufbau.

Lockerung und Verlegung

Lockerungsstufen und Lockerungsentscheidungen

Im Maßregelvollzugsgesetz von Rheinland-Pfalz sind folgende Stufen definiert:

Ausgang (Verlassen der Einrichtung ohne Begleitung)

Freigang (Arbeiten außerhalb der Einrichtung ohne Aufsicht)

Beurlaubung (Verlassen der Einrichtung ohne Begleitung mit Übernachtung)

Außenbeschäftigung (Beschäftigung unter Aufsicht)

Vor der Gewährung von Freigang oder Ausgang ist die Vollstreckungsbehörde zu hören.

Die sogenannte Ausführung im Lockerungsprozess ist nicht gesetzlich definiert und findet in der Regel nach Maßgabe der Klinik statt.

Die Lockerungsentscheidungen sind zwei- bis dreistufig:

1. Stufe: Diskussion im multiprofessionellen Team und ausführlicher Dokumentation, wie es zu dem Entscheidungsprozess kam.
2. Stufe: Diskussion der Entscheidung des multiprofessionellen Teams mit dem Letztverantwortlichen (Maßregelvollzugsleiter).
3. Stufe: Falls ein Gericht in die Entscheidung involviert werden muss, wird die zuständige Jugendkammer angeschrieben. Nach Rücklauf der schriftlichen Antwort wird die Lockerung im Team auf Aktualität überprüft und umgesetzt, falls der Umsetzung keine neuen Erkenntnisse entgegen stehen.

Die Lockerungskriterien entsprechen allgemeinen Standards, verwendet werden die Kriterien nach Prof. Dittmann, Zürich.

Das Stufensystem definiert den Grad der Lockerung des einzelnen Patienten. In jeder Patientenakte im Stationszimmer befindet sich eine aktuelle Ü-

bersicht der jeweiligen Stufe. Die Überprüfung der Stufe erfolgt in der Regel zweiwöchentlich. In Einzelfällen häufiger.

Verselbständigungsgruppe: Bereits bei Erprobung von erreichten Verhaltensänderungen, spätestens vor der Entlassung erfolgt eine schrittweise Erprobung in einem gelockerten Rahmen erfolgen. Um dies zu ermöglichen, bedarf es einer geänderten Struktur für diese Gruppe. Diese Phase der Behandlung findet im ungesicherten OG der Abteilung statt.

Die pädagogischen Ziele der Wiedereingliederungsgruppe dienen in erster Linie der Verselbständigung in den Bereichen Haushalt, Behördengänge, Selbstversorgung, eigenständige Tagesstrukturierung, Hygiene, Orientierung nach außen, eigene, sinnhafte Freizeitgestaltung sowie Sozialkontakte nach außen.

Es wird kein ständiges Angebot vorgehalten. Ziel ist die Verselbständigung und keine ständige Betreuung.

Ambulante Nachbetreuung / stationäre Nachsorge

Zur Sicherung des Behandlungserfolgs unter Erhalt der – soweit möglich – Kontinuität der Betreuung erfolgt eine ambulante therapeutische und sozialpädagogische Weiterbetreuung. Diese wird individuell auf den Patienten zugeschnitten. So kann es erforderlich sein, einen Hausbesuch wöchentlich durchzuführen, bei anderen Patienten genügen monatliche therapeutische Kontakte. Hochproblematisch ist bislang die mangelnde Finanzierung dieser Maßnahmen.

Da sie aber für den Erfolg unerlässlich sind, werden sie zur Zeit zur Gänze über die stationären Ressourcen getragen.

Schule und Ausbildung

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit der Beschulung. Teilweise findet sie auf Station statt, später in der Klinikschule, bei einzelnen Patienten in den

Schulen der Umgebung. Schulbildung hat für die weitere Entwicklung sowie die Prognose einen hohen Stellenwert.

Es existiert ein Werkstattbereich: zur Arbeitserprobung, -therapie und Ausbildung. Ziel ist es, möglichst frühzeitig den Patienten neben der Therapie die Schul- und Berufsausbildung zu ermöglichen. Gegenwärtig besteht einrichtungsintern die Möglichkeit der Ausbildung zum Gärtner und Schreiner.

Besonderheiten

Die Konzeption in Klingenmünster betont ausdrücklich die Kompatibilität von Maßregelvollzug und Sozialtherapie im Jugendalter: Dies wird damit begründet, dass neben einer psychiatrischen Störung die Mehrzahl der hier untergebrachten Patienten im Maßregelvollzug erhebliche dissoziale Symptome aufweisen. „Bekannt ist, dass der Grad der Dissozialität im Wesentlichen die zukünftige Straffreiheit determiniert. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass auch bei Patienten im Maßregelvollzug eine Straffreiheit entsprechend der Forderung des Gesetzgebers nur dann zu erreichen ist, wenn es gelingt, dissoziale Kognitionen und Denkmuster sowie Verhaltensweisen nachhaltig zu ändern“ (Müller-Isberner 1998).

Die Abteilung wurde durch Prof. Dr. Häbler extern begutachtet und supervidiert. Sie ist in die Adaptation der KTQ Kriterien auf die Forensik beteiligt.

7.2.1.4 Marburg (Hessen)

Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Lahnhöhe

Ärztlicher Direktor: Dr. Wolf.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Lahnhöhe ist einer von 5 Betriebszweigen des Zentrums für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lahnhöhe ist

im gemeinsamen Gelände untergebracht. Sie hat insgesamt 62 Plätze. Davon 6-10 für den Maßregelvollzug.

Die Klinik Lahnhöhe ist zuständig für die Vollstreckung der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung nach den §§ 63 und 64 StGB, § 7 JGG in Abhängigkeit vom Gerichtsbezirk. Laut Vollstreckungsplan des Landes Hessen ist die Klinik Lahnhöhe für die Landgerichtsbezirke Kassel, Marburg und Fulda zuständig. Für weitere Gerichtsbezirke ist die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters im Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick in Eltville formal zuständig. Während in Eltville nur selten Patienten gem. §126a StPO aufgenommen werden (siehe auch Kapitel 7.1.2), besteht in Marburg seit einigen Jahren eine eigene Station, die regelhaft belegt ist. Die Kliniken sind nicht zuständig für Heranwachsende.

Seit über 20 Jahren werden Jugendliche im Maßregelvollzug in der Klinik Lahnhöhe untergebracht. Seit 2002 werden vom Hessischen Sozialministerium für die Klinik Lahnhöhe 8 Planbetten für den Jugendmaßregelvollzug ausgewiesen.

Belegungssituation (Stichtagserhebung 2005)

	Gesamtzahl (14-21)	Jugendliche	Heranwachsende	Altersdurchschnitt
Aktuell (Stichtag)	9	1 (§126a) 4 (§63) 1 (§64)	0 (§126a) 3 (§63) 0 (§64)	17,9 Jahre
Bei Aufnahme		1 (§126a) 7 (§63) 1 (§64)	0 (§126a) 0 (§63) 0 (§64)	15,9 Jahre

Abbildung 42 (Tabelle): Belegungssituation Marburg (Stichtag 2005) (Anmerkung: Bei Aufnahme hatte keiner das 18. Lebensjahr vollendet.)

Rechtsgrundlage	Anzahl Patienten
§ 81 oder 126 a StPO	1
§ 63 StGB	7
§ 64 StGB	1

Abbildung 43 (Tabelle): Rechtsgrundlage Marburg (Stichtag 2005).

Während in den vergangenen Jahren nur 1-2 Patienten pro Jahr aufgrund einer gerichtlichen Verurteilung in die Klinik eingewiesen wurden, stieg seit 1996 die Anzahl auf nun ca. 7 Patienten Durchschnittsbelegung pro Jahr.

Das Hessische Sozialministerium beauftragte Prof. Kröber vom Institut für Forensische Psychiatrie im Jahre 2001 zur „Bedarfsermittlung im Bereich der psychiatrischen Versorgung und des Maßregelvollzugs in Hessen“. Für den MRVZ sollte sowohl eine Ist-Analyse, als auch eine Prognose bis ins Jahr 2007 erstellt werden. Hierin heißt es zur Situation in der KJP: „Für den Bereich des Jugendlichen-Maßregelvollzugs ist bis zum Jahr 2007 mit einem Ansteigen der Zahl der Patienten zu rechnen.“ Gleiches postuliert er für die Patientenzahl bei Unterbringungen gem. §64 StGB (Kröber2001). Kröber weiter: „Für den Bereich des Jugendlichen-Maßregelvollzugs wird empfohlen, auf spezialisierten forensischen Stationen oder Stationshälften ein spezialisiertes Angebot für Jugendliche mit einer Unterbringung nach § 126a StPO oder einer Maßregel nach § 63 StGB vorzuhalten, da diese wegen der Schwere ihrer Störung nicht in einer allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht werden können. Der Vorschlag der beiden Kliniken Marburg/Lahnhöhe und Eltville/Rheinhöhe, nämlich zunächst in der Klinik Marburg/Lahnhöhe eine Spezialeinheit mit 5 Plätzen im offenen/halboffenen sowie weiteren 5 Plätzen im geschlossenen/ gesicherten / hochgesicherten Bereich aufzubauen und insofern auf die bisherige „Regionalisierung“ zu verzichten, erscheint sachgerecht. Die Entwicklung eines spezifischen Angebots für diese Jugendlichen ist wichtiger als ein kurzer Anfahrtsweg für Angehörige. Bei einem weiteren Anstieg des Bedarfs könnte dann eine spezielle Einheit in Eltville /Rheinhöhe aufgebaut werden.“

Räumliche Struktur

In einem kleeblattförmigen Gebäude sind insgesamt 3 Gruppen mit unterschiedlichen Sicherungsstufen untergebracht. Die Jugendmaßregelvollzugspatienten sind bislang auf einer Regelbehandlungsstation integriert, die für diesen Zweck nach Empfehlungen des Landeskriminalamtes baulich gesichert wurde. Dies bedeutet, dass nicht forensische Patienten unter Hochsicherheitsbedingungen behandelt werden müssen.

Neben baulichen Vorrichtungen wird vor allem auf Personal zur Sicherung gesetzt. Dennoch existieren eine Reihe von Sicherheitsvorkehrungen wie beispielsweise ein doppelläufiger Zaun, der den LKA Vorstellungen (und damit den Anforderungen an eine Jugendstrafanstalt) entspricht.

Ein Neubau ist in Planung.

Ein schriftliches Konzept liegt bislang nicht vor, daher kann wenig zu **Abläufen und Organisation, Therapieangebote und Konzept** gesagt werden. Aus eigener Kenntnisnahme entsprechen die Abläufe und Organisation sowie Therapie und Konzept allgemeinen Standards der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Lockerung und Verlegung

Keine Angaben.

Schule und Ausbildung

Eine Klinikschule ist vorhanden.

Nachsorge

Keine Angaben.

Lockerung und Verlegung

Die Patienten werden häufig bald nach Erreichen der Volljährigkeit in den Vollzug für Erwachsene verlegt, wenn bis dahin keine Entlassung erreichbar war.

Besonderheiten

Die Klinik Marsberg ist personell bundesweit am Besten ausgestattet. Es besteht zwischen Klinikleitung und dem hessischen Sozialministerium Einigkeit darüber, dass im Maßregelvollzug bei Jugendlichen ein hoher personeller und damit auch finanzieller Einsatz erforderlich ist.

Ähnlich wie in Nordrhein-Westfalen finden sich im Bundesland 2 Einrichtungen mit Versorgungsauftrag, wobei nur eine der Einrichtungen in belegt wird und ein spezialisiertes Angebot entwickelt hat.

7.2.1.5 Marsberg (Nordrhein-Westfalen)**Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung**

Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, St. Johannisstift Marsberg. Träger der Klinik ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Die Klinik ist zuständig für die Versorgung aller Jugendlicher im Maßregelvollzug nach §63 StGB sowie für einen Teil der jungen Erwachsenen in Westfalen-Lippe²⁹.

Chefarzt: Dr. Burchard.

Das multiprofessionelle Team umfasst:

- Oberarzt
- Stationsarzt
- Gruppe Pflegeberufe und Erziehungsdienst
- Ergotherapeut
- Sozialarbeiter (1/2 Stelle)
- Psychologe (1/2 Stelle)
- Mototherapeut (7 Std. die Woche).

²⁹ Für den Versorgungsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland ist die Rheinische Landeslinik Bedburg-Hau zuständig. In dem bevölkerungsreichsten Bundesland, welches in seiner psychiatrischen Versorgungsstruktur in 2 Landschaftsverbände gegliedert ist, finden sich also 2 Kliniken. Auch diese fällt in die Kategorie Einrichtungen mit integrierter Versorgung angegliedert an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe auch Kapitel 7.1.2).

Belegungssituation (Stichtagserhebung 2005)

	Gesamt- zahl (14-21)	Jugendliche	Heran- wachsende	Altersdurch- schnitt
Aktuell (Stich- tag)	17	1 (§126a) 3 (§63)	0 (§126a) 13 (§63)	19,4 Jahre
Bei Aufnahme		1 (§126a) 15 (§63)	0 (§126a) 1 (§63)	16, 4 Jahre

Abbildung 44 (Tabelle): Belegungssituation Marsberg (Stichtag 2005). (Anmerkung: Der bei Aufnahme über 18jährige wurde in der Auswertung der Stichtagserhebung unter 5.2 nicht berücksichtigt. Es erfolgten keine Unterbringungen gem. § 64 StGB.)

Rechtsgrundlage	Anzahl Patienten
§ 81 oder 126 a StPO	1
§ 63 StGB	16
§ 64 StGB	0

Abbildung 45 (Tabelle): Rechtsgrundlage Marsberg (Stichtag 2005)

Räumliche Struktur

Die zuständige Station, die ausschließlich mit forensischen Patienten belegt ist, befindet sich in einem separaten mehrstöckigen Gebäude, in dem mittlerweile auch eine gelockerte Gruppe (ohne direkte kontinuierliche Aufsicht) untergebracht wurde. Es gibt ein großzügiges umzäuntes Gelände mit Sportplatz. Separat findet sich in einer getrennten Umzäunung ein Hühnerhof. Im Keller finden sich Freizeitbereiche sowie ein Bandraum.

Insgesamt ist das Gebäude, in dem sich die Station befindet, von der Größe, was individuelle Bereiche, aber auch Gemeinschaftsbereiche betrifft, großzügig geschnitten. Ein Isolationszimmer mit Videoüberwachung ist für Krisensituationen vorhanden. Ursprünglich war die Station auf 10 Behandlungsplätze ausgelegt.

Die dargestellte Konzeption wurde ursprünglich von Dr. Thomas, Oberarzt, mittlerweile im Ruhestand, erarbeitet.

Abläufe und Organisation

Dienstübergaben finden dreimal täglich statt. Das sogenannte Multiteamgespräch findet alle 14 Tage statt. Hierbei ist das Ziel, die Problemstellung eines jeden Patienten aus unterschiedlicher Sicht darzustellen und zu besprechen. Dieses Gespräch dient zur Vorbereitung der Visite. Supervision findet einmal im Monat statt, die Inhalte sind sowohl Team- als auch patientenbezogen, wobei jeweils ein Patient mit seiner Krankengeschichte vorgestellt wird. Ziel ist es hierbei, dem *Multiteam* mehr Hintergrundwissen zukommen zu lassen, zu einem einfühlsameren Verständnis zu führen sowie für die Zukunftsplanung für den Patienten ausreichende Information zu geben.

Visite: Täglich findet eine Kurzvisite statt, bei der auch die Patienten die Gelegenheit haben, einen Arzt zu sprechen. Einmal wöchentlich findet die Visite mit Ober- und Stationsarzt sowie dem Stationsleiter oder dessen Vertreter, Psychologen, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten statt. Hierbei werden Verhaltenweisen, Wünsche, Zukunftsperspektiven und Therapieverlauf jedes Patienten besprochen.

Es besteht ein vielfältiges Freizeit- und Beschäftigungsangebot vom Tischtennis bis zum Reiten. Jeder Patient hat einen ausgeklügelten Wochenplan.

Therapieangebote und Konzept

Es stehen für die bis zu 16 Patienten eine Vielzahl an geeigneten Therapie- und Behandlungsangeboten zur Verfügung. Das ausführliche Stationskonzept (Stand: Februar 2002) umfasst folgende Punkte:

- Das Pflegeleitbild der Station
- Beschreibung der Station
- Patienten im Maßregelvollzug
- Die personelle Ausstattung

- Das multiprofessionelle Team
- Die Stationsordnung
- Koordination der pflegerischen Arbeit (Organisationsform von der Dienstübergabe bis zur Teambesprechung)
- Supervision
- Patientenorientierte Organisation wie Visiten, Tagesablauf, etc.
- Allgemeine Ziele, Maßnahmen
- Spezielle pflegerische therapeutische Angebote
- Sozio- und Milieuthherapie
- Stationsordnung
- Lockerungsregelungen
- Der Pflegeprozess (Bezugspflegesystem)
- Internes Qualitätsmanagement
- Im Anhang der Konzeption finden sich sämtliche für den Stationsablauf relevanten Pläne

Als allgemeine Ziele und Maßnahmen werden beschrieben:

- Aufbau und Stärkung von Vertrauen
- Aufbau von Sicherheitsgefühl
- Aufbau und Stärkung des Selbstwertgefühles
- Förderung der Selbstwahrnehmung
- Problemerkennung und Problembewältigung
- Abbau von Hemmschwellen
- Erkennen der Eigenverantwortlichkeit
- Förderung von sozialem Lern- und sozialem Umgang
- Entwicklung von Gemeinschaftsgefühlen
- Förderung der Gruppenfähigkeit
- Aufbau einer größtmöglichen Selbständigkeit in allen Bereichen

Um diese Ziele zu erreichen, gibt es eine Reihe von Maßnahmen innerhalb des Bezugspflegemodells.

Als verhaltenstherapeutischer Rahmen wird ein Programm dargestellt, das als Unterstützung zum Erreichen größtmöglicher Selbständigkeit des Patienten im Bezug auf Aktivität des täglichen Lebens gedacht ist. Es gibt ein Schulnotensystem.

Bewertet werden:

1. allgemeines Verhalten auf der Station
2. Soziale Verhaltensweisen
3. Verhalten in der Beschäftigungstherapie
4. Schulisches Verhalten

Seit 2005 wird die Wohngruppe nach dem Prinzip der *therapeutic community* betrieben.

Lockerung und Verlegung

Es gibt ein 5-stufiges Stufensystem von Stufe 0 (1 Std. „Gartenausgang“ nach dem MRV-Gesetz von NRW) bis zu Stufe 4 (Freier Einzelausgang, zeitlich begrenzt, ggf. Arbeitserprobung).

Daneben gibt es ein ausführliches Lockerungsregelungskonzept, das gut strukturiert und durchdacht ist.

Für Nordrhein-Westfalen gibt es ein ausführliches Konzept des Trägers als Vorgabe zur Behandlung von Patienten im Maßregelvollzug innerhalb der integrierten Behandlung in nichtforensischen Kliniken. Es wurde ein Sicherheitskonzept entlang der Sicherheitsrichtlinien für Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen erarbeitet (Stand: Dezember 2002). Im Wesentlichen geht es hierbei um Sicherheitsrelevante Prozesse wie Lockerungen, es werden die Anforderungen an die Lockerungsentscheidung definiert sowie wie das Entscheidungsverfahren zu konzipieren ist und auf welche Weise Verlaufskontrollen erfolgen sollen. Weiter wird beschrieben, welche Anforderungen an Therapiepläne gestellt werden, wobei hier lediglich auf die rechtliche Grundlage der Frist hingewiesen wird. Hervorzuheben ist, dass spätestens nach Ablauf von 3 Jahren als zwingend ein externes Prognosegutachten erstellt werden muss. Die Zeit nach § 126a StPO wird nicht mitgerechnet. Die Rech-

ten und Pflichten von Patientinnen und Patienten werden beschrieben sowie die Grundsätzlichkeit der Freiwilligkeit bei Behandlungsmaßnahmen sowie die Entlassung nach Betreuung.

Schule und Ausbildung

Es bestehen schulische und arbeitserprobende Möglichkeiten.

Nachsorge

Eine Wohngruppe (innerhalb des geschlossenen Gebäudes) sowie teilstationäre und tagesklinische Ansätze sorgen für einen nahtlosen Resozialisierungsprozess.

Besonderheiten

Aufgrund der Größe der Einrichtung weist die Einrichtung in Marsberg einen hohen Differenzierungsstand und differenzierte Möglichkeiten der Therapie auf, die hier nur ansatzweise skizziert wurden. Die personelle und finanzielle Ausstattung ist im bundesdeutschen Vergleich sehr gut. Durch die Vorgaben des Sozialministeriums *zur Behandlung von Patienten im Maßregelvollzug innerhalb der integrierten Behandlung in nichtforensischen Kliniken* besteht ein mit anderen forensischen Einrichtungen vergleichbarer Standard sicherheitsrelevanter Prozesse, ohne Vernachlässigung des Besserungsauftrages. Wie bereits erwähnt finden sich im Bundesland 2 Einrichtungen mit Versorgungsauftrag, ähnlich wie in Hessen, wobei nur eine der Einrichtungen in größerem Umfang belegt wird und ein spezialisiertes Angebot entwickelt hat.

7.2.1.6 Rodewisch (Sachsen)

Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie einschließlich Psychosomatik ist Teil des Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch und ist neben Arnsdorf für den Maßregelvollzug für Jugendliche und Heranwachsende in Sachsen zuständig. Der frühere

Chefarzt Herr Dr. Anstock war von Anfang an Mitglied des Arbeitskreises Maßregelvollzug bei Jugendlichen und ist seit 1. Februar 2005 in Ruhestand. Ein Nachfolger wurde bislang nicht gefunden. Die Einrichtung wurde bislang noch nicht besucht.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie einschließlich Psychosomatik verfügt über 50 vollstationäre Betten sowie 10 tagesklinische Plätze in Plauen und ab 2005 weitere 10 tagesklinische Plätze in Buchholz sowie eine Institutsambulanz.

In der Klinik sind 18 Plätze für den Maßregelvollzug integriert.

Träger des Krankenhauses ist der Freistaat Sachsen, vertreten durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales.

Belegungssituation

Es liegen keine Daten aus Rodewisch vor.

Räumliche Struktur

Das Bundesland Sachsen hat in einen Neubau investiert. Näheres ist nicht bekannt.

Abläufe und Organisation

Keine Angaben.

Therapieangebote und Konzept

Näheres über das *Behandlungskonzept* ist nicht bekannt.

Lockerung und Verlegung

Keine Angaben.

Schule und Ausbildung

Eine Klinikschule ist vorhanden, weitere Angaben fehlen.

Nachsorge

Keine Angaben.

7.2.2 Gruppe der spezialisierten Einrichtungen angegliedert an eine forensische Klinik für Erwachsene

Hier werden die Einrichtungen mit Behandlungskonzept für Jugendliche und Heranwachsende dargestellt, welche in einer forensischen Klinik entwickelt wurden, also ohne kinder- und jugendpsychiatrische Tradition. Die Konzeptentwicklung in Moringen und Rostock fand allerdings unter Beteiligung eines Kinder- und Jugendpsychiaters statt.

7.2.2.1 Moringen (Niedersachsen)**Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung**

Das Landeskrankenhaus Moringen ist zuständig für den Maßregelvollzug in Niedersachsen. Es handelt sich um eine rein forensische Klinik. (Siehe auch Kapitel 7.1.4) Dort werden alle Jugendlichen und Heranwachsenden in Niedersachsen aufgenommen, obgleich der Vollstreckungsplan auch andere Landeskrankenhäuser entsprechend der Landgerichtsbezirke benennt. Wenn der Aufnahme in anderen Landeskrankenhäusern vollzugsorganisatorische Gründe entgegenstehen – genannt ist als Beispiel Überbelegung – ist zunächst im Landeskrankenhaus Moringen nachzusuchen.

Jugendliche und Heranwachsende gem. §64 StGB werden dem Landeskrankenhaus Brauel (siehe 7.2.3.1) in Niedersachsen zugewiesen.

Ärztliche Direktor: Dr. Schott.

Die zuständigen Stationen werden durch den Oberarzt Dr. Mathiessen geleitet.

Die Unterbringung von Jugendlichen im Landeskrankenhaus Moringen hat bereits eine lange Tradition. Das niedersächsische Landeskrankenhaus Moringen ist mitten in dem 4.000-Seelenort Moringen gelegen. In früheren Zeiten hatte es eine wechselhafte Geschichte vom Waisenhaus bis hin zum so-

genannten Jugendschutzlager von 1940 – 1945 gegeben. Es besteht ein offener, kritischer Umgang mit der zum Teil unrühmlichen Vergangenheit. In der Einrichtung befindet sich ein Dokumentationsraum, in dem speziell die Zeit als Jugendschutzlager versucht wird aufzuarbeiten und offen zu legen.

Ab 1966 wurde es in eine psychiatrische Klinik umgewandelt. Im Vordergrund stand in der Tradition der Einrichtung schon immer die geschlossene Unterbringung. Die sogenannte Jugendlichen-Station besteht seit 1980, Aufnahmen erfolgen nach eigenen Angaben auch aus dem süddeutschen Raum.

Zum Zeitpunkt des Besuchs im November 2004 waren bei 300 Planbetten (für alle Altersbereiche) 340 belegt³⁰, wobei ein Teil der Patienten sich im Probewohnen befanden. Zehn Wohngemeinschaften befinden sich innerhalb des Geländes. Die Gestaltung des Geländes ist bemüht, den Sicherheitsaspekt in den Hintergrund treten zu lassen, berühmt sei nach eigenen Angaben, die sogenannte „Moringe Hecke“, der Stacheldraht wird hier bewusst von einer Dornenhecke beinahe unsichtbar gemacht, was den optischen Eindruck von weniger Martialität vermitteln soll, ohne an Rückhaltefähigkeit zu verlieren. Es besteht eine Behandlungseinheit für Frauen. Zum angegebenen Zeitpunkt befanden sich 30 Frauen in Moringen. Wenn weibliche Jugendliche aufgenommen werden, kommen diese ebenfalls in diesen Bereich.

Personal

Insgesamt arbeiten 230 Krankenschwestern und Krankenpfleger im Niedersächsischen Landeskrankenhaus. Die Einrichtung ist an eine Fachkrankenschule angeschlossen, unter den 230 befinden sich 40 Fachpfleger. Speziell pädagogisches Personal findet sich im sog. pädagogischen Dienst: 4 Dipl.-Pädagogen, 5 Lehrerinnen, 2 Erzieherinnen, 1 Heilerziehungspfleger, 1 Logopäde, 1 Ergotherapeut. Ärzte und Psychologen sind innerhalb des Teams gleichberechtigt.

³⁰ D.h. sie sind in offenen Einrichtungen außerhalb untergebracht, hier aber mitgezählt worden.

Das multiprofessionelle Team der 3 hier zu berücksichtigenden Stationen setzt sich aus Mitarbeitern der Krankenpflege und dem ärztlich-psychologischen Dienst sowie dem Sozialdienst zusammen. Es gibt zusätzlich einen leitenden Arzt im Bereich. Assoziiert sind eine Gestaltungstherapeutin, ein Sporttherapeut, Pädagogen, Ergotherapeuten, Handwerksmeister, Hauswirtschafterin, Einzeltherapeut und Logopädin. Ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie war zeitweise als Bereichsleiter tätig. Eine fachärztliche Konstanz der Versorgung bestand zuletzt nicht.

Belegungssituation

Aus datenschutzrechtlichen Bedenken hat Moringen bislang an keiner Stichtagserhebung teilgenommen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Moringen wird mit etwa 7 Jahren angegeben. Beim Probewohnen geht man mittlerweile von einer Dauer von etwa 3 Jahren aus.

Räumliche Struktur

Es existieren insgesamt 3 Stationen, die schwerpunktmäßig Jugendliche und Heranwachsende aufnehmen, wenngleich eine strikte Trennung nicht durchgehalten wird. Pro Station befinden sich bis zu 15 männliche Jugendliche und junge Erwachsene gemäß § 63 StGB zur Behandlung. Die Unterbringung erfolgt in Mehrbettzimmern, häufig kann lediglich durch einen Schrank als Sichtsperr ein Minimum an Rückzugsmöglichkeit geschaffen werden.

Betont wird insbesondere die Möglichkeit der hohen Differenzierung und der Behandlungskonstanz. Auf *Station 4* findet die Aufnahme Jugendlicher und Heranwachsender statt (wenn in Moringen von Jugendlichen gesprochen wird, sind in der Regel alle Patienten unter 24 gemeint). Auch hier handelt es sich um keine Station ausschließlich für Jugendliche. Die *Station 5 und 6* besitzen einen Bereich für Jugendliche und Heranwachsende. Im Bereich der *Station 6* befinden sich vor allem diejenigen, die „strukturelle Schwächen“ aufweisen, beispielsweise aufgrund hirnorganischer Veränderungen oder intellektuellen Einschränkungen sowie psychotische Patienten. Insgesamt

befinden sich etwa 30 Patienten in diesem Bereich. Die Altersstruktur wird zwischen 15 und 25 Jahren angegeben.

Therapieangebote und Konzept

Allgemeines: Der ärztliche Direktor, Dr. Schott, führte in einem Referat vor dem Arbeitskreis (2004) aus, dass die besondere Problematik von Jugendlichen insbesondere in einem forensischen Kontext darin bestehe, dass sie insgesamt schwer einzuschätzen seien. Agieren stehe häufig im Vordergrund, aber auch dass sich-in-der-Gruppe-behaupten spiele eine wesentliche Rolle und sei typisch für diese Altersphase. „Die besondere Lebenssituation dieser Altersgruppe verlangt ein pädagogisch orientiertes, spezifisches Behandlungskonzept, das sich ständig weiter entwickelt“.

Eine Zuordnung einzelner Psychotherapeuten zu bestimmten Abteilungen findet sich nicht, da das Therapiekonzept darin besteht, Therapie und Maßregelvollzug, soweit es eben möglich ist, zu trennen. Man ist bemüht, von außerhalb Psychotherapeuten für die Behandlung innerhalb zu gewinnen. Der Therapeut soll nach Möglichkeit von der Aufnahme bis zur Entlassung für denselben Patienten zuständig sein, auch bei weiteren Verlegungen innerhalb der Einrichtung. Das Konzept ist tiefenpsychologisch orientiert. Betont wird die Beziehungskonstanz zum Therapeuten.

Die Therapie wird im Sinne eines „ambulanten“ Systems betrieben. Der Therapeut ist explizit nicht für Lockerungen zuständig. Nur bei ausdrücklicher Entbindung von der Schweigepflicht berichtet er vor Lockerungen in Form eines Berichtes über die Fortschritte innerhalb der Therapie. Nach Einschätzung von Dr. Schott handelt es sich bei der Einzeltherapie und der hiermit verbundenen Schweigepflicht um das höhere Rechtsgut. Der Vertrauensraum innerhalb der therapeutischen Beziehung wird stark betont.

Es gibt ein sehr breites und differenziertes Spektrum an Behandlungsangeboten, Freizeitmöglichkeiten und anderen Angeboten: Diese reichen von Ergotherapie und Werkstättenbereich über eine Gärtnerei, es gibt ein Sozialzentrum mit Cafe, Bücherei und vieles mehr. Bekannt ist das Tierprojekt, das

speziell von Jugendlichen und Heranwachsenden betreut wird, mit der Idee, hier Verantwortung übernehmen zu können, bzw. Verantwortungsübernahme zu erlernen, aber auch Beziehung zu einem Tier herzustellen. Zitiert bei dem Tierprojekt wird Alexander Mitscherlich, aber auch Ingrid Stephan: „Ein ganz wichtiger Punkt ist, dass Tiere absolut vorurteilsfrei mit uns Menschen umgehen, egal wie wir aussehen, ob wir schön oder hässlich sind.“

Das Behandlungskonzept umfasst:

- Zusammenarbeit des Behandlungsteams mit allen extern involvierten Berufsgruppen
- Behandlungskonferenzen (2x jährlich je Patient)
- Geplante Bezugspflege und Behandlung auf Basis des Pflegeleitbildes
- Rehabilitatives Milieu zur Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Intensive Familienarbeit
- Schulische Förderung
- Spezielle Einbindung in Tierprojekt
- Medikamentöse Therapie
- Gruppenpsychotherapie
- Einzelpsychotherapie
- Arbeitstherapie
- Beschäftigungstherapie
- Pädagogische Förderung
- Pflegerische Behandlung
- Berufsausbildung
- Somatische Behandlung
- Milieuthherapie
- Logopädie
- Sporttherapie
- Sozialtherapeutische Aktivitäten

Es gibt eine Vielzahl an laufenden Projekten, die nicht nur der Freizeitgestaltung dienen, sondern auch einen pädagogischen und therapeutischen Hintergrund haben: Diese Projekte reichen von einer eigenen herausgegebenen Zeitung über ein durch Patienten bewirtschaftetes Schülercafe bis hin zu erlebnispädagogischen Maßnahmen. Es finden regelmäßig Reiterferien und Segeltörns auf Ost- und Nordsee statt. Insgesamt besitzt die Einrichtung Ausbildungsangebote in 6 Berufen.

Jede der 3 Stationen hat ihr eigenes Profil mit eigenen Schwerpunkten:

Im sonderpädagogischen Förderbereich wird der Schwerpunkt auf Aktivieren, Erhalten und Fördern alltagspraktischer, sozialer und elementar kultureller Kompetenzen gelegt.

Die Station 04 dient neben der Aufnahme vor allem auch der Krisenintervention bei allgemeinen Regelverletzungen, aggressiven Übergriffen oder Drogenkonsum, aber auch bei Suizidalität oder einer Fluchttendenz sowie bei psychotischer Dekompensation. Hier gibt es auch Wachräume, mit direktem Einblick aus dem Stationszimmer in diese Räume. Ziele dieser Station sind die Stabilisierung, aber auch die ergänzende Diagnostik sowie die erneute Überprüfung der Therapieziele. Bei Erfolg wird an die anderen Stationen zurück bzw. weiter überwiesen.

Kriterien für die Übernahme auf die Station 05 sind: Eine abgeschlossene Diagnostik, ausreichende Behandlungsbereitschaft, die Teilnahme an pädagogischen und ergotherapeutischen Angeboten, Drogenfreiheit, keine ausgeprägte Impulssteuerungsstörung, Gemeinschaftsfähigkeit, erste interne Lockerungen sind bereits möglich.

Ausdrücklich keine Kriterien sind: Krankheitsspezifität oder Deliktspezifität.

Das stationäre Behandlungsmilieu setzt den Schwerpunkt auf einem Familienmodell: Ziele sind die Förderung der Selbständigkeit und Selbstverantwortung, aber auch das gemeinsame Erleben des Alltags in allen Bereichen und

die Unterstützung bei Pflichten und der Freizeitgestaltung. Der Stationsprospekt ist überschrieben mit „Leben lernen“.

Das Stationsteam der Station 06 umfasst einen Arzt, 0,5 Sozialarbeiter, 1 Erzieherin, 2 Fachkrankenschwester, 9 Krankenschwester, 2 Krankenschwestern, 1 Heilerziehungspfleger, 1 Krankenpflegehilfe.

Man bemüht sich, eine wohnliche Atmosphäre zu schaffen und eine individuelle Raumgestaltung zu ermöglichen. Ziel der Behandlung auf der Station 06 ist vor allem die Förderung der Gemeinschaftsfähigkeit durch vielfältige niederschwellige, strukturierte Gruppenangebote. Kriseninterventionen sind auch hier möglich. Die Anleitung bei Pflichten und in der Freizeitgestaltung, das gemeinsame Erleben des Alltags in allen seinen Erfordernissen und Facetten, sowie die sozialpädagogische Intensivförderung werden als wichtige Ziele benannt.

Kriterien für die Übernahme auf die Station 06 sind: Abgeschlossene Diagnostik, Drogenfreiheit, ausreichende Gemeinschaftsfähigkeit, aber auch ein höherer Betreuungsaufwand.

Bezüglich *Sicherheit* wird vor allem die Sicherheit durch positive Beziehungen zu den Patienten, die therapeutische Arbeit, ein gutes und soziales Klima und vernünftige, akzeptable bauliche und organisatorische Maßnahmen betont. Zitat: „Sorglos kann man nur sein, wenn sich jemand kümmert, sich sorgt. Dieses sich Sorgen um die Patienten ist innere Haltung, die eine Entwicklung der Patienten ermöglicht und damit auch Sicherheit schafft.“

Lockerung und Verlegung

Halbjährlich finden sogenannte Therapieplansitzungen statt: Hier fließen Lockerungsanträge ein, die dann vom ärztlichen Direktor behandelt werden. Lockerungsvorschläge kommen aus dem Stationsteam.

Es gibt ein Lockerungskonzept, das über Lockerungen innerhalb der Einrichtung bis hin zu Probewohnen in 10 Stufen verläuft.

Als wichtigste Lockerung wird der begleitete Ausgang angesehen, da sich ab diesem Stadium neue Erprobungsräume finden lassen.

Schule und Ausbildung

Es findet eine sogenannte pädagogische Eingangsdiagnostik statt, die sich insbesondere auf das schulische und berufliche Förderungsbild bezieht. Die Förderungsmöglichkeiten reichen von der Einzelförderung, individueller Unterricht, Nachhilfe bis hin zu PC-Kursen. Patienten haben die Möglichkeit einen PC im Zimmer betreiben zu dürfen, ein Internetzugang besteht nicht.

Vor Absolvierung einer Lehre in den möglichen Bereichen Elektrowerkstatt / Malerei / Küche / Tischlerei / Schlosserei / Gärtnerei arbeitet der Jugendliche in der Regel als Helfer mit, bevor er ein Praktikum absolviert und dann bei Eignung eine Lehre beginnen kann.

Nachsorge

Zur Nachsorge stehen externe Wohngemeinschaften sowie eine Sozialarbeiterin, die aufsuchende Arbeit macht, zur Verfügung.

Besonderheiten

Als Besonderheit hat man in Moringen die sogenannte „tiergestützte Therapie“ entwickelt. Es besteht ein sehr differenziertes Behandlungs- und Ausbildungsangebot. Die Trennung Jugendlicher und Heranwachsender von erwachsenen Patienten wird nicht konsequent umgesetzt.

7.2.2.2 Rostock (Mecklenburg-Vorpommern)³¹

Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung

Die Klinik für forensische Psychiatrie in Rostock ist die einzige forensische Klinik in Deutschland mit direkter Anbindung an einen Lehrstuhl.

Leitung: Prof. Dr. Detlef Schläfke.

Eine Therapiegruppe für 10 Jugendliche und Heranwachsende, die nach den §§ 63, 64 StGB oder 126a StPO eingewiesen sind, ist in die Klinik für Forensische Psychiatrie an der Universität Rostock mit insgesamt 80 Therapieplätzen (8 Aufnahmebetten, 54 im Suchtbereich für Erwachsene, 8 Reha-Betten und 10 im Jugendbereich) integriert. Im Erwachsenenbereich werden nur Patienten nach § 64 StGB aufgenommen und behandelt. Die Klinik wurde am 16.03.2001 eröffnet und entspricht den neuesten Erkenntnissen.

Der Vollstreckungsplan für das Land Mecklenburg-Vorpommern sieht die Unterbringung aller Patienten nach §7 JGG in der Klinik für forensische Psychiatrie in Rostock vor.

Insgesamt sind in der Klinik 105 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegedienst tätig. Hinzu kommt ein Team von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pädagogen und Ergotherapeuten. In der Jugendlichenstation wird der Psych-PV für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung getragen.

Belegungssituation (Stichtagserhebung 2005)

	Gesamtzahl (14-21)	Jugendliche	Heranwachsende	Altersdurchschnitt
Aktuell (Stichtag)	10	4 (§126a) 2 (§63)	4 (§63)	17,6 Jahre
Bei Aufnahme		4 (§126a) 6 (§63)	0 (§126a) 0 (§63)	16,1 Jahre

³¹ Das Rahmenkonzept der forensischen Einrichtung in Rostock ist ausführlich nachzulesen in: *Schläfke, D. u. Häbeler, F. (2001). Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden. In: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jörg M. Fegert, Karl Späth, Ludwig Salgo (Hrsg.), Münster: Votum-Verlag: 223-242*

Abbildung 46 (Tabelle): Belegungssituation Rostock (Stichtag 2005) (Anmerkung: Von den in der Einrichtung aufgenommenen Heranwachsenden wurden 2005 keine Erhebungsbögen gesendet, da bekannt war, dass die bei Aufnahme älter als 18jährigen in der Auswertung der Stichtagserhebung unter 5.2 nicht berücksichtigt werden. Wieder Erwarten befanden sich keine Jugendlichen gem. § 64 StGB in Rostock zum Erhebungszeitpunkt.)

Rechtsgrundlage	Anzahl Patienten
§ 81 oder 126 a StPO	4
§ 63 StGB	6
§ 64 StGB	

Abbildung 47 (Tabelle): Rechtsgrundlage Rostock (Stichtag 2005)

Räumliche Struktur

Die Station befindet sich innerhalb des umzäunten Geländes räumlich mit dem Hauptgebäude der forensischen Klinik verbunden. Ein doppelläufiger Zaun wurde nachträglich auf politischen Druck um das gesamte, mit einer Mauer begrenzten, Gelände gezogen. Die „Jugendstation“ verfügt über 4 Einzel- und 3 Doppelzimmer, einen Kriseninterventionsraum, einen Tagesraum, einen Gruppenraum, eine Gemeinschaftsküche, 2 Wirtschaftsräume und einen eigenen Innenhof für sportliche Freizeitaktivitäten.

Abläufe und Organisation

Es wird strikt auf eine Trennung zwischen Jugendlichen und Erwachsenen geachtet.

Therapieangebote und Konzept

In Rostock wurde aus der Vorstellung, eine Verzahnung zwischen Erwachsenen- und Jugendmaßregelvollzug entspreche den ökonomischen Notwendigkeiten und den Qualitätsvorstellungen von fachübergreifender Kooperation, eine Anbindung an die forensische Klinik gewählt. Dennoch ist man sich im Klaren, dass Jugendliche einer spezifischen jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Betreuung bedürfen. Arztrechtlich gelte es, rund um

die Uhr den Facharztstandard zu gewährleisten. Dies bedeutet, dass zum Beispiel auch im Nachtdienst immer ein fachspezifischer Hintergrunddienst erreichbar sein muss, was durch die Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) unter der Leitung von Prof. Häßler gewährleistet wird. Im Gegensatz zur psychiatrischen Behandlung Erwachsener muss bei der Behandlung von Jugendlichen und nach dem Jugendstrafrecht verurteilter Heranwachsender auch ein erzieherisches Ziel verfolgt werden. Basierend auf dem Bezugspflegesystem sind für jeden Patienten mindestens 2 Mitarbeiter zuständig. Schule, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie komplettieren das sowohl verhaltenstherapeutisch als auch tiefenpsychologisch ausgerichtete Therapiekonzept.

Therapeutische Mindestanforderungen:

die von Schläfke und Häßler (2001) formulierten *Mindestanforderungen* sowie die in der Konzeption verankerten *allgemeinen Behandlungsziele* werden im Kapitel 7.3 wiedergegeben.

Spezielle Behandlungsziele - Ablauf des therapeutischen Problemlösungsprozesses der Drogenabhängigkeit (Petry 1996)

1. Behandlungsmotivierung

Aufbau der therapeutischen Beziehung; Klärung der motivationalen Ambivalenz gegenüber dem Suchtmittel und dem Veränderungsprozess

2. Problemdefinition

Funktionale Analyse der auslösenden und verstärkenden Bedingungen; Erfassung von Bewältigungskompetenzen

3. Problemlösung

Verbesserung der Bewältigungsfertigkeiten für Risikosituationen, Gefühls-wahrnehmung und -regulation

4. Veränderung des Selbstschemas

Veränderung irrationaler Einstellungen und kognitiver Verzerrungen über den Drogenkonsum, das Selbst und die sozialen Bedingungen

5. Rückfallprävention (siehe unter *Nachsorge*)

Struktur der Therapiephasen

Phase I (Einführung und Motivationsarbeit)

- Binnentraining und -therapie - Einzel- und Gruppengespräche (tiefenpsychologisch)
- Einzel- und Gruppentherapien (VT, KT, Sozialtraining, Kommunikationstraining etc.)
- Arbeit- und Ausbildung (Schule)
- Freizeit
- Mitverantwortung (Gruppenrat etc.)
- Kontrollen (Patientenwohnraum, Urin etc.)
- Außentraining
- Erstgespräch mit Angehörigen
- Besuch im Gruppenraum

Phase II (*Behandlung*)

-Wie in Phase I

Zusätzlich:

- Besuch (Besucherräume)
- Lockerungsmaßnahmen
- Ausgang in Begleitung
- Normalisierung des Alltags (Telefonieren, Geldbesitz etc.)

Phase III (Ablösung und Transfer)

-Wie in Phasen I und II

Zusätzlich:

- weitere Lockerung
- Ausgangskontingent
- Entlassungsvorbereitung

Lockerung und Verlegung

„In den Entscheidungsprozess jeder einzelnen Lockerungsstufe sind alle an der Behandlung und Betreuung des Patienten beteiligten Mitarbeiter der Klinik einbezogen. Daneben wird die Frage, ob eine Erweiterung des Freiheits-

grades zu verantworten ist, auch von Mitarbeitern der Klinik beurteilt, die keinerlei Bezug zu dem Betroffenen haben. So wird ausgeschlossen, dass nur das Urteil von in die Therapie einbezogenen Mitarbeitern zum Tragen kommt, die möglicherweise von dem Betroffenen durch angepasstes Verhalten „eingewickelt“ wurden oder „betriebsblind“ geworden sind.“ (Universität Rostock 2006)

In Mecklenburg - Vorpommern gibt es verbindliche Vorgaben des Justiz- und Sozialministeriums zu den *Lockerungsstufen*:

- Stufe 1: Ausführung unter Aufsicht von mindestens 2 Mitarbeitern der Klinik
- Stufe 2: Ausführung unter Aufsicht 1 Mitarbeiters der Klinik
- Stufe 3: Gruppenausführung von bis zu 3 Patienten unter Aufsicht 1 Mitarbeiters
(In diesen drei ersten Lockerungsstufen haben die Mitarbeiter Handschellen mitzuführen)
- Stufe 4: Ausgang in Begleitung eines Mitarbeiters der Klinik und/oder eines geeigneten Dritten (Begleitgang)
- Stufe 5: Gruppenausgang bis zu 4 Patienten in Begleitung mindestens 1 Mitarbeiters der Klinik und/oder eines geeigneten Dritten
- Stufe 6: Ausgang bis zu 6 Stunden
- Stufe 7: Tagesausgang – Verlassen der Klinik für eine bestimmte Zeit innerhalb eines Kalendertages. Diese Stufe umfasst auch den Fall, dass der Patient die Klinik regelmäßig verlässt, um einer Beschäftigung nachzugehen oder an einer arbeitstherapeutischen Maßnahme teilzunehmen.
- Stufe 8: Kurzurlaub bis zu 3 Tagen (d.h. Übernachtung außerhalb der Klinik an bis zu 3 aufeinander folgenden Tagen)
- Stufe 9: Urlaub bis zu 2 Wochen
- Stufe 10: Langzeiturlaub über 2 Wochen (z.B. Probewohnen)

Die Patienten müssen, um von einer Lockerungsstufe in die nächste zu gelangen, ein umfangreiches Prüfverfahren durchlaufen. Vor der Gewährung der Stufe 6 wird ein sehr langer Bewährungszeitraum verlangt.

Schule und Ausbildung

Alle dafür in Frage kommenden Patienten werden je nach Lockerungsstufe intra- oder extramural durch die Schule für Kranke, welche sich ebenfalls auf dem Gelände des Zentrums für Nervenheilkunde befindet, unterrichtet.

Nachsorge

Nachsorge (z.B. Führungsaufsicht, Bewährungshilfe, sozialpsychiatrische Dienste, Jugendhilfe, Drogenberatung). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Patienten zur Vorbereitung der Entlassung nach gründlicher Prüfung in eine Einrichtung des offenen Vollzugs zu verlegen, wenn sie den mit dieser Unterbringungsform verbundenen Anforderungen genügen und ein Missbrauch nicht zu befürchten ist.

Nachbetreuung

- *Eingangsphase* - Kontakte mit dem Patienten, dem Bezugstherapeuten und dem Behandlungsteam

Sondieren der regionalen Versorgungsangebote, Informationstransfer

Mitwirkung am Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan

- *Überleitungsphase*- Kontakte zum Patienten und zur potentiell nachsorgenden Einrichtung

Einzelfallkoordination

Krisenintervention

- *Nachsorgephase*- beobachtende Begleitung

kontinuierlicher Informationstransfer (inklusive Justiz)

Hilfen bei nicht allein leistbaren Kriseninterventionen

Besonderheiten

Das Konzept der Klinik für forensische Psychiatrie ist ein Modellprojekt und berücksichtigt therapeutische sowie erzieherische Aufgaben und besitzt ein durchdachtes Nachsorgekonzept. (Schläfke, Häßler 2001)

Die Psychiatrie - Personalverordnung (Psych-PV KJ) wird ausdrücklich berücksichtigt: indem sie für „vergleichbare“ Aufgaben im Kindes- und Jugendalter in den KJ - Personalkategorien ungefähr die doppelte Personalausstattung wie in der Erwachsenenpsychiatrie vorsieht.

Sie wird sowohl dem gesetzlichen Therapieauftrag als auch dem Interesse der Bevölkerung an einer sicheren Unterbringung der Patienten gleichermaßen gerecht.

7.2.3 Weitere Einrichtungen

Die beiden hier aufgeführten Einrichtungen sind in den jeweiligen Bundesländern, z.T. auch überregional, für die Versorgung gem. § 93 a JGG zuständig. Der § 93a JGG regelt die Unterbringung in einer *Entziehungsanstalt*. Hier ist ausdrücklich gesetzlich die Behandlung suchtkranker Jugendlicher geregelt. In den als Entziehungsanstalten bezeichneten Einrichtungen sind die für suchtkranke Jugendliche erforderlichen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung zu stellen. Ausdrücklich kann der Vollzug aufgelockert und weitgehend in freier Form erfolgen, wenn es dem angestrebten Behandlungsziel dient.

7.2.3.1 Brauel (Niedersachsen)

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Brauel

Das Landeskrankenhaus Brauel in Zeven-Brauel ist eine Forensisch-Psychiatrische und Psychotherapeutische Fachklinik für Drogenabhängige, mit einer Kapazität von zur Zeit 96 Planbetten. Im Vollstreckungsplan ist Brauel für die sogenannte Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§64 StGB, §§7, 93a JGG) verantwortlich und damit für die Versorgung aller Jugendlicher und Heranwachsender mit Drogen- und Suchtproblematik zustän-

dig. Inwieweit sich in Brauel ein spezifisches Angebot für Jugendliche und Heranwachsende etabliert hat, lässt sich nicht beurteilen.³²

7.2.3.2 Parsberg (Bayern)

Rahmenbedingungen: Organisationsstruktur der Einrichtung

Das Bezirkskrankenhaus Parsberg II

Die Kliniken und Heime des Bezirks Oberpfalz sind auf drei Standorte verteilt. Im Bezirkskrankenhaus Parsberg II, etwa 40 km westlich von Regensburg, sind ein Pflegeheim und eine Fachklinik für junge Drogenabhängige angesiedelt. Dort werden die Patienten im Maßregelvollzug behandelt.

Ärztlicher Direktor: Johann Espach.

Träger der Einrichtung ist der Bezirk Oberpfalz. Die Einrichtung hält 56 Behandlungsplätze vor.

„Ein Team von 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Pflegekräfte, Beschäftigungs-, Arbeits- und Sporttherapeuten, Lehrer, Physiotherapeuten sowie Verwaltungskräfte) hat das Ziel, den Jugendlichen zu ermöglichen, sich in die Arbeits- und Sozialwelt zu integrieren.“ (Bezirk Oberpfalz 2005)

Belegungssituation

Die Befragung des bayrischen Sozialministeriums (2006) ergab folgendes Ergebnis:

Jugendliche	Heranwachsende	Gesamt (14-21 J.)
2 (§64 StGB)	34 (§ 64 StGB)	36

Abbildung 48 (Tabelle): Belegungssituation Parsberg (März 2006)

³² Bisläng hat sich die Klinik nicht dem Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug angeschlossen. Über das Internet lassen sich keine weiterführenden Angaben zu dem Behandlungskonzept recherchieren.

Therapieangebote und Konzept

Wie das Konzept für Jugendliche und Heranwachsende in Parsberg gestaltet ist, lässt sich nicht beurteilen.³³

Besonderheiten:

Bayern weist bundesweit mit Abstand die meisten Unterbringungen gem. § 64 StGB bei Jugendlichen und Heranwachsenden auf.

³³ Fußnote: Bisläng hat sich die Klinik nicht dem Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug angeschlossen. Über das Internet (www.bkh-parsberg.de) lassen sich keine Angaben zu der Behandlungskonzeption recherchieren.

7.3 Therapeutische Mindestanforderungen

Als therapeutische Mindestanforderungen wurden im Rahmen der Anforderung einer Konzeptentwicklung einer eigenen jugendforensischen Abteilung im Auftrag des Landes Mecklenburg-Vorpommern von Schläfke und Häßler (2001)³⁴ eine Reihe von Forderungen gestellt, die es zu überprüfen gilt. Ergänzt wird die Liste durch Forderungen von Jungmann, Schepker und Forderungen des Arbeitskreises Jugendmaßregelvollzug.

In der Abbildung 50 wird wiedergegeben, welche therapeutischen Voraussetzungen von den Einrichtungen umgesetzt wurden.

Therapeutische Mindestanforderungen sind:

1. Der Jugendmaßregelvollzug muss als Feld für soziales Lernen eine überschaubare Größe haben und entsprechend gegliedert sein.
2. Er muss außerhalb des gemeinsamen Akutbereiches (Aufnahmebereich, Krisenintervention) vom Erwachsenenbereich so abgegrenzt sein, dass die eigene Gestaltung der für soziales Lernen notwendigen Verantwortungsbereiche für die jugendlichen Straftäter möglich ist.
3. Er muss mit seinen alltäglichen Lebensbedingungen eine weitgehende Annäherung an Lebensbedingungen außerhalb der Einrichtung stellen können, wozu auch Schule und Berufsausbildung zählen und schrittweise Übergänge von innen nach außen entwickeln.
4. Er muss einen Plan seiner Angebote und Vorgehensweise, des Zusammenwirkens und des beabsichtigten Verlaufes seiner Einflussnahme nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen vorweisen können.
5. Er muss über Mitarbeiter des allgemeinen Maßregelvollzugsdienstes mit besonderen Befähigungen sowie über besondere Fachdienste mehrerer Fachrichtungen verfügen. Dabei müssen folgende Aufgabenbereiche vertreten sein: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädago-

³⁴ Modifiziert nach Specht 1990, der für die sozialtherapeutischen Einrichtungen ähnliche Forderungen aufstellte.

gik, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychotherapie, Psychologie, Ergotherapie, Kreativtherapie.

6. Für die Mitarbeiter müssen Fortbildung, Supervision und externe Teambesprechung gewährleistet sein.

Schepker (2008) fordert, Maßregelvollzug bei Jugendlichen sollte dem jugendpsychiatrischen Setting in nichts nachstehen. Daher sollten folgende strukturellen Bedingungen gegeben sein:

- überschaubare familien- und lebensweltnahe Gruppen, die kleiner sind als in der Allgemeinpsychiatrie und von den Bereichen der Allgemeinpsychiatrie abgegrenzt sind.
- Das Setting soll das Einüben und Stabilisieren von Fähigkeiten zur Selbstversorgung ermöglichen.
- Die Struktur muss so gemeindenah sein, dass Erfahrungen mit Lebenswelten „draußen“ und der sich verändernden Jugendkultur möglich sind.
- gestaffelte Freiheitsbedingungen sollen es ermöglichen, Erfahrungen mit Lehre, Schule, Freizeit, Dating etc. über einen längeren Zeitraum zu machen.
- ambulante Nachbehandlungsmöglichkeiten.

Inhaltlich bedeutet dies:

- Nutzen der Kraft und Möglichkeiten jugendlicher Peergruppen, die durchaus gemischtgeschlechtlich sein könnten und sollten und – außer eventuell bei dissexuellen Jugendlichen – diagnostisch und vom Delikt-spektrum her heterogen strukturiert.
- multiprofessionelle Teams mit pädagogischen Mitarbeitern, und darunter genügend weiblichen Mitarbeitern. Mit Mitarbeitern, die einen Zugang zur eigenen Pubertät nicht verloren haben, nicht nur dem Kontrollgedanken verpflichtet sind und extern supervidiert werden. Mit Mitarbeitern, die den Unterschied zwischen therapeutischer Gemeinschaft

und jugendpsychiatrischer Behandlung mit der oft notwendigen Wiederaufrichtung von Generationsgrenzen nachvollziehen können.

- Einbezug von relevanten Bezugspersonen wie der Familie als originärem Teil des Settings

Zusätzliche Forderungen des Arbeitskreises Jugendmaßregelvollzug:

- Besonderer Öffentlichkeitsschutz, der sich aus den Anforderungen des JGG ergibt.
- Personal: Zur qualifizierten Behandlung von Jugendlichen Im Maßregelvollzug muss Personal mit ausreichender Qualifikation entsprechend dem Erwartungswert der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung stehen.³⁵
- Die Architektur der Einrichtung muss die Anforderungen, die sich aus den obengenannten Forderungen ergeben, sinnhaft unterstützen.
- Zusätzlich zu den Anforderungen Psych-PV besteht Bedarf an zusätzlichen Ergotherapiestellen und zur Berufsausbildung befähigter Mitarbeiter.
- Nachsorge: Ausreichend psychotherapeutisches Personal (Ärzte und Psychologen) mit forensischen Fachkenntnissen und jugendpsychiatrischen Fachkenntnissen.

³⁵ Erwartungswert: Der Erwartungswert stellt das auf lange Sicht zu erwartende Verhältnis von KJ 2 zu KJ 3-Patienten dar, was sich in den einzelnen Konzepten und Einrichtungen unterscheiden kann. Die Unterscheidung ergibt sich vor allem daraus, dass in den Einrichtungen eine unterschiedliche Verlegungspraxis und damit eine unterschiedliche Aufenthaltsdauer besteht. Zusätzlich gibt es unterschiedliche räumliche Voraussetzungen, die auch unterschiedliche Personaldichten erforderlich machen.

Allgemeine Behandlungsziele (Schläfke, Häßler, Weissbeck)	
<ul style="list-style-type: none"> • Differenzierung des Selbst- und Fremdbildes. • Aufarbeitung von Fehlentwicklungen im Bereich von Drogen, Aggressivität, Sexualität. • Erhöhung des Identitäts- und Selbstwertgefühls. • Integration und Differenzierung von Über-Ich- Funktionen. • Entwicklung von Ich-Stärke, d.h. von Frustrationstoleranz, Antizipationsfähigkeit, emotionaler Stabilität, Fähigkeit zu Trieb- und Bedürfnisaufschub, reiferer Abwehrmechanismen • Impulskontrolle • Aufbau einer differenzierten inneren Norm- und Wertewelt • Herstellen von Lernfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Kreativität • Förderung von alternativen Befriedigungsmöglichkeiten (insbesondere bei Sucht) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Beziehungsfähigkeit Entwicklung sozial adäquater Konfliktlösungsstrategien • Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten • Training der sozialen Wahrnehmung • Training des Perspektivwechsel Verbesserung der Realitätsprüfung • Offenheit und Vertrauen • Abwägen und Einbeziehen möglicher Konsequenzen in die Handlungsplanung • Förderung der Verantwortungsübernahme • Auseinandersetzung mit der Straftat und der zugrunde liegenden Dynamik sowie Bearbeitung der motivationalen Zusammenhänge und Entwicklung eines Erklärungsmodells (Deliktarbeit) • Spezifische Behandlungsmaßnahmen richten sich in der Regel nach der Grundstörung

Abbildung 49 (Tabelle): allgemeine Behandlungsziele

Die nachfolgende Tabelle (Abb. 50) gibt einen Überblick über die Umsetzung der therapeutischen Mindestanforderungen in den erwähnten Einrichtungen.

Einrichtungen (Bundesland)	Arnsdorf (Sachsen)	Berlin (Berlin)	Klingenmünster (Rheinland-Pfalz)	Marburg (Hessen)	Marsberg (Nordrhein- Westfalen)	Moringen (Nie- dersachsen)	Rostock (Meck- lenburg- Vorpommern)
1. Überschaubare Größe	√	√	√	√	√		√
2. Außerhalb Akutbereich	√	(√) ³⁶	(√) ¹³	(√) ¹³	√	(√) ³⁷	√
3. Annäherung der Lebensbe- dingungen an außerhalb / Peerkontakte	√	√	√	√	√		(√)
4. Plan der Angebote und Vor- gehensweisen	(√)	√	√		√	(√)	√
5.1 Mitarbeiter des allgemeinen Maßregeldienstes						√	√
5.2 Facharztstandard (KJP)	√	√	√	√	√	³⁸	(√) ³⁹
5.3 andere Berufsgruppen	√	√	√	√	√	(√)	√
6. Fortbildung und Supervisi- on	√	√	√	√	√	√	√

Fortsetzung nächste Seite

³⁶ Es werden auch andere Patienten nach § 1631b BGB oder Psych.-KG, solange diese einer Geschlossenheit bedürfen, hier untergebracht.

³⁷ Die jungen Patienten befinden sich teilweise im Aufnahmebereich der Klinik.

³⁸ Die Einrichtung ist bemüht, einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie einzustellen. Das Konzept wurde ursprünglich von einem Kinder- und Jugendpsychiater (Dr. Tyka) gestaltet.

³⁹ Der Jugendpsychiatrische Facharztstandard wird durch regelmäßige Visiten von Prof. Dr. Häbeler und sichergestellt.

Einrichtungen (Bundesland)	Arnsdorf (Sachsen)	Berlin (Berlin)	Klingenmünster (Rheinland-Pfalz)	Marburg (Hessen)	Marsberg (Nordrhein- Westfalen)	Moringen (Niedersach- sen)	Rostock (Mecklenburg- Vorpommern)
7. weitere, spezielle Therapieangebote	Angebot für jugendliche und heranwachsende Sexualstraftäter		Musiktherapeutisches Bandprojekt, Sexualtätergruppe, Ergotherapie	Anti-Gewalt Training, Bewegungstherapie	Bandprojekt, Tierprojekt, Intramurale Ergotherapie	Tierprojekt als Besonderheit für die Jugendlichen und Heranwachsenden, zusätzlich sind alle anderen therapeutischen Angeboten in der Klinik zugänglich.	
8. Schulabschluss intramural möglich	√	√	√	√	√	√	√
9. Ausbildungsmöglichkeit vorhanden/ zusätzliche Ergotherapiestellen	Nur extern		√ (Gärtner/Schreiner)	√	Nur extern	√	
10. schriftliches Konzept liegt vor	√	√	√	In Arbeit	√		√
11. Wohngruppe	√		√		√	√	
12. Ambulante Nachbehandlungsmöglichkeiten			Über KJP-Ambulanz; Ambulante Sexualtätergruppe			√	√

Abbildung 50(Tabelle): Umsetzung der therapeutischen Mindestanforderungen

Jungmann (2008) formulierte die Anforderungen so: „Eine Station oder Behandlungseinheit, auf welcher therapeutische Maßnahmen des Maßregelvollzuges durchgeführt werden, muss über entsprechend qualifiziertes Personal und ausreichend gestaltete materielle Ressourcen verfügen, die für einen differenzierten Umgang mit den betroffenen jungen Menschen erforderlich sind. Hierzu gehören die Möglichkeit einer den jeweiligen Erfordernissen angemessenen räumlichen Schließung genauso wie eine ausreichende Tagesgestaltung und vor allem soziotherapeutische Übungs- und Begegnungsräume. Intensive Supervision des Personals muss Pflichtteil einer solchen Arbeit sein“.

8. Schlussbemerkungen und Diskussion

Maßregelvollzug auch bei Jugendlichen ist bundesdeutsche Realität. Sicher ist die Anordnung einer solchen tief einschneidenden Maßnahme auch in Zukunft eine Rarität. Beispielsweise zeigte die Essener Inhaltsanalyse von 159 schriftlichen Gutachten, dass unter den 159 Gutachten nur 2 waren, bei denen eine Empfehlung nach § 63 StGB diskutiert und für den Begutachtungszeitpunkt für möglich gehalten wurde. Es fand sich im gleichen Zeitraum kein einziges Gutachten, das den § 64 StGB begründet hätte, obwohl 75 % der Gutachtenprobanden zur Tatzeit alkoholisiert waren oder unter dem Einfluss anderer Substanzen standen (Schepker 1998). Wie Tessenow (2002: S. 172) bereits ausführt, hebt die „geringe“ Zahl der Betroffenen nicht die Frage der Relevanz auf. Es kann aber hier dargestellt werden, dass der Maßregelvollzug doch in einem Umfang stattfindet, der es erforderlich macht, sich Gedanken über geeignete Unterbringungs- und Behandlungsformen zu machen.

Thema der Arbeit ist es nicht, die Rechtmäßigkeit der Unterbringungen zu überprüfen.⁴⁰ Vielmehr geht es hier darum, die Ausgestaltung des Maßregelvollzugs bei Jugendlichen und Heranwachsenden darzustellen. Maßregelvollzug gerade bei Jugendlichen muss eine Chance bieten zur Teilhabe am Leben, zur Reintegration und zur „Besserung“, wie sich der Gesetzgeber ausdrückt. Jungmann (2008): *„Obgleich die Begründung der Intervention dem Jugendlichen die Fähigkeit zur ausreichenden Selbstverantwortung ab spricht, muss sie auf der anderen Seite darauf setzen, dass der Jugendliche die sich ihm nun eröffnende Möglichkeit zu nutzen vermag, um unter therapeutischer Führung, Selbstbesinnung und Reflexion zu einer durchgreifenden Änderung seines problematischen Sozialverhaltens zu kommen.“*

Auftrag ist auch bei Jugendlichen die *Besserung und Sicherung*, die Unterbringung erfolgt, wie es im Gesetz heißt, in einem psychiatrischen Krankenhaus. Sicher ist, vor allem im Vorfeld einer solchen Unterbringung genau zu prüfen, ob nicht andere Maßnahmen – insbesondere im Bereich

der Jugendhilfe – geeigneter, bzw. genauso erfolgsversprechend sind⁴¹. Häufig haben wir es in der Praxis aber mit Jugendlichen zu tun, die bereits durch alle „Raster“ der Jugendhilfe und des sozialen Netzes gefallen sind, und es handelt sich in aller Regel um schwerst gestörte Jugendliche die einer langfristig angelegten Behandlung in einem geschützten Rahmen⁴² bedürfen. Für Jugendliche ist zunächst grundsätzlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie zuständig: Zum Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie zählt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJPP) neben der *Forschung die vorbeugende Gesundheitspflege, die Erkennung und Diagnostik psychischer Störungen von Kind und Familie, die Beratung und Begutachtung und insbesondere die Behandlung und soziale Integration und Rehabilitation psychisch gestörter und kranker Kinder und Jugendlicher. Grundsätzlich umfasst das Fachgebiet die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter* (Jungmann 2000).

Diese Formulierung ist allgemein gefasst, diese Definition beinhaltet als Schnittmenge aber auch jugendliche psychisch kranke Straftäter, zumindest grenzt sie diese nicht ausdrücklich aus: zu den Aufgaben des Fachgebiets zählt auch die *„Begutachtung und insbesondere die Behandlung und soziale Integration und Rehabilitation psychisch gestörter und kranker Kinder und Jugendlicher“*.

Zu diskutieren bleibt allerdings, welches den geeigneten Rahmen für diese Aufgabe für diese hochproblematische Patienten, die in der Regel schwere Straftaten begangen haben und von denen eine Wiederholungsgefahr ausgeht, darstellt. Sicher ist in „leichteren“ Fällen daran zu denken, diese Jugendlichen beispielsweise in einer Jugendhilfeeinrichtung (oder auch im Gefängnis) konsiliarisch und begleitend zu behandeln. Wenn die ambulante Behandlung nicht ausreicht, muss an eine teilstationäre und stationäre Behand-

⁴⁰ Diesbezüglich wären die Eingangsgutachten einer kritischen Prüfung zu unterziehen.

⁴¹ Innerhalb unserer Einrichtung wurden mit je einem Vertreter des zuständigen Sozialministeriums und des Landesjugendamtes sämtliche Fälle in anonymisierter Form mit der Fragestellung erörtert, ob alternativ eine Unterbringung im Bereich der Jugendhilfe möglich sei, es fand sich kein einziger.

⁴² Schutzgebend für den Untergebrachten, aber auch die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten schützend.

lung gedacht werden. Gehen aber von dem Jugendlichen erhebliche Gefährdungen für andere aus, ist der Rahmen so zu gestalten, dass eine Gefährdung nach Möglichkeit auszuschließen ist. Dies kann nun wiederum bedeuten, dass eine Unterbringung im Maßregelvollzug erforderlich wird und nicht zu vermeiden ist, wenn der Betreffende die juristischen Eingangsvoraussetzungen erfüllt. Maßregelvollzug sollte dann einen Entwicklungsrahmen bieten können, wo andere Schutz- und Förderkontexte versagt haben. Im Maßregelvollzug muss eine Chance zu erkennen sein, erst einmal einen Zugang zum jugendlichen Straftäter zu schaffen. Es müssen Chancen für die Persönlichkeitsentwicklung, etwa durch geschlossene Bedingungen mit der Durchbrechung pathologischer Ausweich- und Kommunikationsmuster und mit weniger kustodialer Ausrichtung als im Strafvollzug, erkennbar sein (Scheper, Huck 2008). Im Sinne des ursprünglichen, progressiven Erziehungsgedankens des Jugendgerichtsgesetzes JGG besteht geradezu ein Anrecht auf Förderung und Erziehung, d.h. ein Anrecht auf Entwicklung - und aufgrund des Bestehens einer psychiatrischen Störung ein Anrecht auf angemessene Behandlung, auch im Sinne der §§ 63 und 64 StGB (Scheper 2003).

Strittiger ist die Zuständigkeit für die Versorgung bei Heranwachsenden, die das Gros der gemäß JGG Verurteilten stellen, vergleichbar dem Strafvollzug. Aus pragmatischen Gründen hat sich in einigen Bundesländern die Haltung durchgesetzt, auch entwicklungsverzögerte Heranwachsende, auf welche die Bedingungen des § 105 JGG zutreffen, gemeinsam mit Jugendlichen unterzubringen. In anderen Bundesländern wird relativ rasch bei Erreichen der Volljährigkeit in den Erwachsenenvollzug verlegt, andere nehmen nur im Altersbereich 14 - 18 auf, behandeln dann aber weiter ins Erwachsenenalter hinein. Wieder in anderen Bundesländern wird als Zugangsvoraussetzung die Begehung der Straftat(en) vor Vollendung des 18. Lebensjahres festgelegt. Scheper diskutierte in einem Vortrag (2003) diese Frage und kam letztendlich zu dem Schluss, dass es eine individuelle Betrachtung erfordert, wie institutionelle Kriterien (Ausstattung, Angebot, Patientenmix) zu den patientenbezogenen (Entwicklung, Problem, Therapiebedarf, Prognose) passen.

Übergänge vom Jugendlichen- in den Erwachsenen-Maßregelvollzug sind sorgfältig zu indizieren und zu gestalten.

Kriterien der Beurteilung wären in diesen Fällen:

- Strukturelle Reife
- Emotionale Reife
- Körperliche Reife
- Erreichtes Entwicklungsniveau in Hinsicht auf Schwellensituationen
- Erreichtes Maß an Autonomie
- Verhältnis progressiver und regressiver Verhaltenstendenzen
- Fähigkeit sich von bisherigen therapeutischen Bezugspersonen zu trennen

Die Zuordnung der Zuständigkeit Jugendpsychiatrie versus Erwachsenenpsychiatrie sollte einer interdisziplinären Entscheidungsfindung unterliegen. Problematisch bei einer solchen Vorgehensweise erscheint vor allem die justitielle Praxis, da sich zwar operationalisierbare Kriterien für den jeweiligen Patienten darstellen lassen, die Entscheidung aber an gesetzlich verankerte Bedingungen geknüpft sein muss: pragmatischer wäre die Entscheidung an die Frage der Bejahung des § 105 JGG zu knüpfen und im Rahmen der Begutachtung die hier angeführten Kriterien in die Diskussion einfließen zu lassen.

Eine weitere Diskussion ergibt sich bei der Frage zur Dauer der Zuständigkeit. Hier ist zu beachten, dass es eindeutige gesetzliche Vorgaben gibt, welche die Zuständigkeit dieser Entscheidung in die Hände des Vollstreckungsleiters, also des Jugendrichters vor Ort legen (§ 82-85 JGG). Soweit sich eine Analogie zwischen Straf- und Maßregelvollzug herstellen lässt, entscheidet allein das Gericht über den Ort des Vollzugs. Da es sich bei den Vollstreckungsplänen (s.u.) lediglich um Verwaltungsvorschriften handelt, sind diese letztendlich nicht bindend für den Richter, auch wenn in der Strafvollstreckungsordnung (§ 53 StVollstrO) ausdrücklich darauf hingewiesen wird⁴³. Da-

⁴³ Siehe auch Anmerkungen zum Urteil des Thüringer Verfassungsgerichtshof VerfGH 11/02 auf S. 28.

her ist es bei Unterbringungen gem. JGG grundsätzlich möglich, dass eine Zuständigkeit bis zum 24. Lebensjahr und evtl. darüber hinaus, analog zum Jugendstrafvollzug, bestehen bleiben kann. (Winkler 2007). Die Einrichtung kann, wenn das vordergründige Unterbringungsziel, die Resozialisierung, nicht innerhalb der Einrichtung des Jugendmaßregelvollzugs erledigt werden kann, dem Jugendrichter eine Verlegung in den Erwachsenenvollzug nur dann vorschlagen, wenn dadurch das Vollzugsziel besser umgesetzt werden kann und /oder die besonderen Bedürfnisse (z.B. Reifungsdefizite) nicht mehr bestehen. In der Praxis wird in der Regel verlegt, wenn die Einrichtung an ihre Grenzen kommt: häufige Grenzen sind:

- die Altersgrenze (wird in den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt)
- oder bei schweren Regelverstößen, derer man nicht mehr Herr wird
- oder wenn eine besondere Gefährlichkeit besteht
- oder wenn der Erziehungsgedanke nicht mehr im Vordergrund steht.

Bei Jugendlichen wäre grundsätzlich vor Verlegungen in den Erwachsenenvollzug die Verhältnismäßigkeit zu prüfen.

Diskussion der Vollstreckungspläne: ist eine Trennung Jugendlicher von Erwachsenen Patienten gegeben?

Lediglich in einem Teil der Bundesländer ist eine Trennung Jugendlicher von Erwachsenen vorgesehen. In diesen Bundesländern finden sich Einrichtungen für Jugendliche und auch im Rahmen ihres Vollstreckungsplanes ist eine Trennung Jugendlicher von erwachsenen Patienten im Maßregelvollzug festgehalten. Die Auswirkung in den übrigen Bundesländern ist die, dass sich die Jugendlichen auf viele Einrichtungen ohne spezifisches Behandlungsangebot verteilen, eine jeweils kleine Gruppe (1-8) Jugendlicher und Heranwachsender sich in den forensischen Kliniken findet, insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg. In Bayern finden sich zum Teil Gruppengrößen bis zu 8 Patienten pro Einrichtung: auch hier wäre es erforderlich, therapeutische

Mindeststandards für die Behandlung von Jugendlichen und Heranwachsenden umzusetzen.

In Rostock wird die Trennung der gem. §7 JGG untergebrachten jungen Patienten innerhalb der Einrichtung (eigene Station) umgesetzt. Allerdings sieht der Vollstreckungsplan von Mecklenburg-Vorpommern eine Trennung der Patienten nach §126a StPO nicht ausdrücklich vor, bei jungen Erwachsenen, die nach § 63 StGB eingewiesen werden und deren Entwicklungsstand dem eines Jugendlichen entspricht, bedarf es der Zustimmung des Einrichtungleiters zur Aufnahme.

In Niedersachsen wird die Trennung Jugendlicher und Heranwachsender von erwachsenen Patienten im Maßregelvollzug dadurch umgesetzt, dass in der Regel diese Patienten in das Landeskrankenhaus Moringen eingewiesen werden. Innerhalb der Einrichtung gibt es jedoch keine durchgängige Trennung (so fanden sich bei der Begehung 2004 neben 16-jährigen auch 60-jährige Patienten in demselben Mehrbettzimmer). Die durchgängige Trennung wird hier zugunsten der therapeutischen Differenzierung sowie einer Differenzierung aufgrund von juristischen Vorgaben (§ 119 StPO) nicht vollzogen⁴⁴. Es gibt aber Bereiche, in denen bevorzugt Jugendliche und Heranwachsende aufgenommen werden. Anders in Rostock: Hier wird die Trennung Jugendlicher von Erwachsenen aus anderen juristischen Erwägungen⁴⁵ heraus über die Differenzierung aus therapeutischen Gründen gestellt. Im Maßregelvollzugsgesetz von Sachsen-Anhalt (MVOLLZG LSA: § 4 Abs. 1 Seite 2) ist eine gesonderte Behandlung Jugendlicher und Heranwachsender sogar ausdrücklich gefordert, meinem Kenntnisstand nach wird diese Forderung aber nicht umgesetzt. Ähnliches sehen auch andere Bundesländer vor.

⁴⁴ § 119 StPO [Vollzug der Untersuchungshaft]: findet ausdrücklich Anwendung bei der sogenannten einstweiligen Unterbringung gem. §126a StPO. Hierin wird festgelegt, dass *der Verhaftete* nicht mit anderen in demselben Raum untergebracht werden darf. Ausnahme: auf Antrag oder wenn es sein körperlicher und geistiger Zustand erfordert. In der Praxis führt dies innerhalb der forensischen Kliniken zu Aufnahmestationen, der häufig sicherste Bereich der Einrichtung. Leider findet man hier auch häufig die Therapieabbrecher (§ 64 StGB), was zwar Sicherheitsaspekten genügt, aber nicht unbedingt motivationsfördernd ist.

⁴⁵ In Anlehnung an den § 92 JGG („Die Jugendstrafe wird in Jugendstrafanstalten vollzogen“) wird die Trennung der nach JGG verurteilten Patienten von den Erwachsenen vollzogen. In § 48 des JGG von 1998 ist die Öffentlichkeit in der Verhandlung vor dem erkennenden Gericht ausdrücklich ausgeschlossen, was einerseits den schutzwürdigen Interessen Jugendlicher und andererseits dem Erziehungsgedanken des JGG zuzuschreiben ist.

Selbst Bayern fordert, grundsätzlich Kinder- und Jugendliche entsprechend dem Ausmaß ihrer Störung und ihrem Entwicklungsstand gesondert unterzubringen und zu betreuen (zitiert nach Tessenow Seite 116 – 118 / Bayerisches Unterbringungsgesetz).

In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Trennung jugendlicher (zum Teil heranwachsender) Patienten von Erwachsenen durchgängig gegeben.

Sicherlich wird hier aus unterschiedlichen, zum Teil nicht zu vergleichenden Gesetzestexten zitiert. Die vorhandenen Rechtsgrundlagen sind lückenhaft, bundesweit einheitliche Gesetze fehlen. Tessenow kommt zu dem Schluss, dass die Notwendigkeit eines eigenen Gesetzes für Jugendliche und Heranwachsende bezüglich Jugendstrafe und freiheitsentziehender Maßregeln der Besserung und Sicherung besteht. Die von Ostendorf gerügte Verfassungswidrigkeit der Situation Jugendlicher im Strafvollzug sei ebenfalls für den Jugendmaßregelvollzug als naheliegend zu beanstanden (zitiert nach Tessenow 2002 S. 141).

Lediglich für die gem. § 64 StGB untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden gibt es eine klare juristische Vorgabe im § 93a JGG. Hierin heißt es: „Die Maßregel nach § 61 Nr. 2 des StGB wird in einer Einrichtung vollzogen, in der die für die Behandlung suchtkranker Jugendlicher erforderlichen besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen.“ Da es bundesweit lediglich 3 - neben den Kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, die ebenfalls gem. § 64 StGB aufnehmen - für die Behandlung suchtkranker Jugendlicher und Heranwachsender ausgewiesene Einrichtungen⁴⁶ gem. § 64 StGB gibt, muss die Umsetzung dieser Rechtsvorschrift in weiten Teilen des Bundesgebietes bezweifelt werden.

§ 93a JGG: (1) Die Maßregel nach § 61 Nr. 2 des StGB wird in einer Einrichtung vollzogen, in der die für die Behandlung suchtkranker Jugendlicher erforderlichen besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen.

⁴⁶ Brauel, Parsberg, Rostock.

8.1 Diskussion der Ergebnisse

Von welchem Bedarf ist auszugehen:

Die bundesweite Erhebung *Jugendlicher und Heranwachsender im psychiatrischen Maßregelvollzug* (Tessenow 2002) war die bislang vollständigste Darstellung der Situation der gem. JGG Untergebrachten im Maßregelvollzug bundesweit. Relativierend ist anzumerken, dass diese Untersuchung nur eine Momentaufnahme darstellt. Die erhobenen Zahlen lassen insbesondere keine Rückschlüsse auf Tendenzen und Entwicklungen zu, da die Erhebung lediglich die Prävalenz im Jahr 2000 wiedergibt⁴⁷. Einschränkend bei der Datenerhebung ist hier zu bemängeln, dass aufgrund der Verteilung der Fragebögen über die Sozialministerien, längst nicht an alle Einrichtungen des Vollzugs versandt wurde und davon auszugehen ist, dass ein vollständiger Rücklauf naturgemäß nicht zu erreichen war. Aus den Bundesländern Hessen, Rheinland Pfalz, Sachsen und Berlin ist bekannt, dass nicht alle forensischen Einrichtungen geantwortet haben oder die Fragebögen nicht vollständig zugeleitet wurden. So bleibt der Verdacht, dass die Bundesländer, welche akkurat die Erhebung unterstützt haben, ein „schlechteres“ Ergebnis, im Sinne einer hohen Zahl untergebrachter Jugendlicher und Heranwachsender pro Million Einwohner aufweisen.

Problematisch beim Vergleich der verschiedenen Erhebungen ist nicht nur die Methodik - während Tessenow eine Vollerhebung versuchte wurden von der BAG der leitenden Klinikärzte nur die Mitglieder befragt. Die durch die BAG gemachten Erhebungen müssen als unvollständig gelten, was die gesamte Altersspanne angeht, sie geben aber in etwa die Situation in der Kin-

⁴⁷ Am Beispiel Rheinland-Pfalz kann festgestellt werden, dass sich von 2000 bis 2005 die Gesamtzahl in dem Altersbereich 14 bis 21 Jahre in Klingenmünster auf 15 (stationär + 3 Patienten in Dauererprobung) und somit um das Dreifache erhöht hatte, zuletzt die Belegung aber auf 12 (stationär) sank.

Lt. Tessenow waren in Rheinland-Pfalz zum Zeitpunkt der Untersuchung nur vier Untergebrachte, da offensichtlich der Fragebogen nur von unserer Einrichtung in Rheinland-Pfalz bearbeitet wurde. Tatsächlich befanden sich im Altersbereich bis 21 zu diesem Zeitpunkt lt. einer eigenen Erhebung 33 Jugendliche und Heranwachsende (siehe Tabelle im Anhang A2). Dies illustriert, dass offensichtlich die Zahlen keinesfalls vollständig sein können und die Gesamtzahl deutlich höher liegen muss, mit vermutlich deutlichem Altersschwerpunkt im Bereich der 18- bis 21-Jährigen. Ähnlich wird es in den Bundesländern Hessen, Sachsen und Berlin sein, da auch hier nicht alle forensischen Einrichtungen geantwortet haben oder von den zuständigen Sozialministerien die Fragebögen zugeleitet bekamen.

der- und Jugendpsychiatrie wieder (nicht der Unikliniken, die mitunter ebenfalls Patienten gem. §126a StPO aufnehmen), wenngleich unvollständig, da einige Bundesländer mit Fragezeichen versehen wurden. Das Bundesland Sachsen fällt hier durch den höchsten Anteil an Unterbringungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl was Unterbringungen im Maßregelvollzug, als auch Unterbringungen gem. §126a StPO auf. Geht man davon aus, dass in Sachsen alle nach JGG Verurteilten in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht sind, lässt sich hier ein direkter Vergleich mit den Daten von Tessenow anstellen. Hierbei liegt Sachsen mit 4.1 Patienten auf 1 Million Einwohner im Jahr 2000 im Bundesdurchschnitt.

Auch die Befragung der Sozialministerien ergibt Lücken bzw. ein unscharfes Bild, was mit auf die zu offene Fragestellung zurück zu führen ist und weniger auf eine mangelnde Kooperationsbereitschaft der zuständigen Psychiatriereferenten. Außerdem mussten Angaben durch die eigene Erhebung im Arbeitskreis ergänzt werden, um das Bild zu vervollständigen.

Zu berücksichtigen ist auch, dass Tessenow im Rahmen der Fragebögen auch Erwachsene miterfasst hat, die gemäß § 7 JGG in den Maßregelvollzug kamen und sich immer noch dort befanden, welche einen nicht unerheblichen Anteil an der Gesamtmenge stellten.

So kann festgestellt werden, dass es sich bei der hier vorliegenden Untersuchung (Abbildung 3) um das gegenwärtig genaueste Bild der 14 – 21-Jährigen im Maßregelvollzug handelt.

Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtzahl der untergebrachten 14 bis 21-Jährigen bundesweit bei 300 jugendlichen und heranwachsenden Patienten liegt. Der Anteil Jugendlicher, soweit er sich aus den Angaben herauslesen lässt, beträgt somit lediglich etwa 13 % (er dürfte aufgrund der relativ hohen Zahl ohne Altersangabe insgesamt etwas höher sein). Es muss also davon ausgegangen werden, dass etwa 2/3 der Untergebrachten in diesem Altersbereich gemeinsam mit Erwachsenen untergebracht sind und keine altersentsprechende Therapie erhalten.

Zu den Umfrageergebnissen in den Einrichtungen mit Jugendmaßregelvollzug:

Die Befragung der Mitglieder des *Arbeitskreises Forensik und Maßregelvollzug in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* ist ebenfalls unvollständig, bezogen auf die Gesamtsituation in der BRD und bezogen auf Vollständigkeit⁴⁸. Es ist davon aus zu gehen, dass es neben den hier zusammengeschlossenen Einrichtungen keine weiteren mit einer solchen Spezialisierung gibt, soweit dies mithilfe der verschiedenen Bundesarbeitsgemeinschaften und der zuständigen Sozialministerien sich eruieren lässt. Am zuverlässigsten ergibt sich diese Aussage aus der Kenntnis der Vollstreckungspläne. Man muss annehmen, dass vereinzelt Jugendliche in forensischen Kliniken und in Kinder- und Jugendpsychiatrien aufgenommen wurden. Die tatsächlich gem. der §§ 63 und 64 StGB und § 126a StPO in Kinder- und Jugendpsychiatrischen und Forensischen Kliniken Untergebrachten dürfte also über den hier erhobenen Zahlen liegen. Über den Verlauf aller jugendlichen Untergebrachten im Maßregelvollzug kann daher keine allgemeingültige Aussage gemacht werden, erst recht nicht über die Heranwachsenden, sondern lediglich über die Gruppe innerhalb der Einrichtungen mit Spezialisierung. Von Interesse wäre sicher ein Vergleich des outcome der beiden Gruppen innerhalb und außerhalb spezialisierter Einrichtungen, beispielsweise, ob es gravierende Unterschiede der Aufenthaltsdauer, der Häufigkeitsverteilung bezüglich der zugeordneten Diagnosen sowie langfristig der Rückfallquote gibt.

Neu an der Untersuchung ist, dass es bei Fortsetzung der Erhebungen zum ersten Mal möglich sein wird, zuverlässige Aussagen über Jugendliche, die im Maßregelvollzug untergebracht werden⁴⁹, insbesondere zur Dauer der Unterbringung und was danach erfolgt, zu machen. Bereits jetzt ergibt sich insbesondere bei der kleinen Gruppe der Entlassenen ein allerdings statistisch

⁴⁸ Kein Rücklauf der Erhebungsbögen aus Rodewisch (Sachsen) 2005 und Moringen (Niedersachsen) in den Jahren 2004, 2005.

⁴⁹ Zur Erinnerung: erfasst wird mittels Fragebögen: Alter bei Aufnahme, Dauer der Unterbringung, Alter bei Entlassung, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Wohnsituation vor Aufnahme, Rechtsgrundlage der Unterbringung, Anlassstrafaten, Aufnahmediagnose, Haupt- und psychiatrische Nebendiagnose, Stand der Lockerungen, Lockerungsmisbräuche und schwere Regelverstöße, Schulische und berufliche Bildung, Entlassung, Wohnsituation nach Entlassung.

noch kaum verwertbarer Einblick.

Es konnten 2004 insgesamt 57 Bögen, 2005 sogar 77 Erhebungsbögen ausgewertet werden. Von 2004 bis 2005 kam es somit zu einer Zunahme der Rücklaufquote um 14,9 % (N = 20). Keine Daten wurden in den Einrichtungen in Rodewisch⁵⁰ (Sachsen) sowie in Moringen⁵¹ (Niedersachsen) erhoben, ebenfalls fehlen Angaben aus Parsberg (Bayern, § 64 StGB) und Brauel (Niedersachsen, § 64 StGB), die sich bislang dem Arbeitskreis nicht angeschlossen haben.

Es muss somit festgestellt werden, dass selbst im Arbeitskreis der Rücklauf nicht vollständig war.

Ein wesentliches Ergebnis ist, dass es zu keiner Steigerung der Unterbringungen in dem benannten Zeitraum kam, da 2004 lediglich ein Ist-Stand erhoben wurde, 2005 die zwischen den Stichtagen Entlassenen Patienten mit erfasst wurden. Zieht man nun die im Zeitraum der Erfassung entlassenen bzw. verlegten Patienten (N = 23) von der Gesamtzahl der Bögen 2005 ab, so ergibt sich insgesamt sogar eine geringgradige Abnahme der Patienten (-5,5 %). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass im Vorjahr 3 Patienten aus Rodewisch gemeldet wurden und 2005 kein Rücklauf von dort erfolgte.

Die Belegung -bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten in den Einrichtungen ist in den Jahren 2004 und 2005 weitgehend konstant, berücksichtigt man den hohen Anteil an Patienten gem. § 126a StPO.

Es bedarf noch einmal der besonderen Erwähnung, dass in einigen Bundesländern die Aufnahmepolitik unterschiedlich geregelt wurde. Es wurden nur

⁵⁰ Was im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass derzeit die Stelle des Ärztlichen Leiters nicht besetzt ist und daher z.Zt. kein Ansprechpartner für die Arbeitskreis Maßregelvollzug bei Jugendlichen vorhanden ist.

⁵¹ Dies lag zum Einen an einrichtungsinternen Datenschutzbedenken, die sich auch nach Diskussion nicht ausräumen ließen. Zum Anderen war es in Moringen hoch problematisch, die Einschlusskriterien für die Basisdokumentation, nämlich Aufnahme im Jugendalter, die sich immer noch in der Einrichtung befanden oder im Zeitraum seit der letzten Erhebung entlassen wurden, zu benennen. Der zuständige Oberarzt der Abteilung verwies auf eigene Nachforschungen, bei denen er Patienten gefunden hatte, die sich z.T. bereits seit über 20 Jahren in der Einrichtung befanden. Auch die Vorgabe, lediglich Patienten, die maximal seit dem Jahr 2000 sich in der Einrichtung befanden, führten letztendlich nicht zu einem Rücklauf von ausgefüllten Erhebungsbögen.

diejenigen Patienten in die Untersuchung aufgenommen, die bei Aufnahme in den Einrichtungen noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hatten. Das Durchschnittsalter aller in die Untersuchung aufgenommenen Patienten betrug bei Aufnahme 16,4 Jahre (ohne Berücksichtigung derjenigen, welche bei Aufnahme bereits das Heranwachsendenalter erreicht hatten⁵²), am Stichtag der Erhebung betrug der Altersdurchschnitt 18,5 Jahre, sie befanden sich also im Schnitt bereits seit 2,1 Jahren im Maßregelvollzug⁵³. Es erfolgte somit eine Verschiebung der Belegung in den Heranwachsendenbereich.

Trotz dem Altersdurchschnitt bei Aufnahme von 16,4 Jahren hatten die meisten bei Aufnahme keinen Schulabschluss erreicht, nämlich 91%.

Ein Großteil saß vor Aufnahme im Gefängnis (31%), was aber nicht wirklich die Wohnsituation, sondern den Ort des Aufenthalts vor Aufnahme wiedergibt. Ein weiterer erheblicher Anteil kam aus einer Jugendhilfemaßnahme (Heimunterbringung wurde mit 22% angegeben), also etwa genauso häufig wie Eltern(teil), Adoptiv- und Pflegefamilie zusammen. Es bedarf zur weiteren Klärung der Wohnsituation vor Aufnahme einer Aufschlüsselung der Angabe *Gefängnis*. Bei zukünftigen Befragungen wird dies berücksichtigt.

Schepker (2003) fordert für die Aufnahme in der Jugendpsychiatrie eher reifeabhängige Kriterien. Dies bedarf einer gründlichen Diskussion da vorliegenden Erhebungen deutlich machen, dass der Schwerpunkt der Untergebrachten im Maßregelvollzug nach JGG sich im Altersbereich 18-21 Jahre befindet und damit die Frage aufzuwerfen ist, ob eine Anbindung einer Einrichtung für den Maßregelvollzug gem. JGG besser an die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder an die vorhandenen forensischen Kliniken erfolgen sollte (siehe auch *Diskussion der Modelle* weiter unten).

⁵² In Sachsen befanden sich in den beiden an die Jugendpsychiatrie angegliederten Einrichtungen für Maßregelvollzug in Arnsdorf von 19 Patienten 6, die bei Aufnahme bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatten und nicht berücksichtigt wurden. Ebenso fand sich in Berlin ein Patient mit diesem Ausschlusskriterium für die Auswertung.

⁵³ Die Verweildauer von 2,1 Jahren entspricht nicht der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Diese lässt sich nur aus den durchschnittlichen Verweildauern bei Entlassung berechnen.

Bei der folgenden Diskussion wird auf die wesentlichsten Ergebnisse eingegangen. Zu erwarten war beispielsweise ein hoher Anteil an männlichen Jugendlichen, da diese auch den Löwenanteil der Straftaten begehen. Eher überraschend ist der niedrige Anteil an ausländischen Jugendlichen, da diese im Vergleich zu den Jugendstrafanstalten deutlich unterrepräsentiert sind (Statistisches Bundesamt 2007). Dies mag damit im Zusammenhang stehen, dass bei ausländischen Jugendlichen von den Gerichten weniger Gutachten in Auftrag gegeben werden, hierüber kann allenfalls spekuliert werden. Ohnehin wird in Jugendgerichtsstrafverfahren weniger häufig eine forensische Begutachtung durchgeführt, als bei Erwachsenen (u.a. Freisleder, Trott 1997).

Zur Rechtsgrundlage:

Lag im Jahr 2004 der Anteil derjenigen, die gemäß § 126a StPO untergebracht wurden lediglich bei 5 %, lag der Anteil 2005 bei 22 %. Dieser Anstieg ist damit zu erklären, dass es sich bei der Vorjahresstichprobe um eine reine Stichtagserhebung handelte. Dies hatte zur Folge, dass der Anteil derjenigen, die sich kürzer in einer Einrichtung befanden, sich naturgemäß relativ gering gegenüber denjenigen darstellte, die lange Aufenthaltsdauern aufwiesen. Bei der Stichprobe 2005 wurden auch diejenigen Patienten erfasst, die zwischen den beiden Stichtagen entlassen wurden.

Bei dem relativ niedrigen Anteil an Unterbringungen gem. § 64 StGB (2004 waren es 5% vs. 2005 9%) ist auch zu bedenken, dass der § 64 StGB eine zeitliche Befristung von 2 Jahren aufweist sowie die Möglichkeit, die Maßnahme einseitig zu beenden, wenn sich „keine Aussicht auf Erfolg“ abzeichnet. Außerdem ermöglicht es der Einrichtung, ggf., nach Feststellung nicht hinreichender Therapiemotivation, denjenigen erneut in ein Gefängnis zurückzuverlegen. Soweit ersichtlich, wurde hiervon kein Gebrauch gemacht. Ob sich aus dem Anstieg ein Trend hin zur Unterbringung gemäß § 64 StGB ergibt, muss sich in den nächsten Jahren zeigen.

Anlassstraftaten:

Bei der Erhebung der Anlassstraftaten ist der Direktvergleich mit Tessenow (2002) nur bedingt möglich, da bei ihrer Untersuchung nur eine Einfachnennung, bei unserer Untersuchung Mehrfachnennungen möglich waren. Deutlich höher waren aber sowohl bei Tessenow als auch bei Leygraf der Anteil an Tötungsdelikten (Tessenow 15%, Leygraf 27%, eigene Erhebung 4%). Der Anteil an Brandstiftungen als Eingangsdelikt fiel von 8 % 2004 auf 4 % im Jahr 2005 in unserer Erhebung. Dieser Umstand ist umso erstaunlicher, da sich speziell bei Brandstiftungen in der Literatur einerseits eine relativ hohe Exkulpierungsrate infolge §§ 20,21 StGB findet bei gleichzeitigem Bestehen einer relativ hohen Rezidivrate (Klosinski 2003). Da es sich aber nur um wenige Patienten handelt (2005 wurde viermal Brandstiftung angegeben, 2004 sechsmal), die für die prozentuale Verschiebung verantwortlich sind, kann dies mit der kleinen Stichprobe hinreichend erklärt werden.

Der Anteil der Sexualdelikte ist verglichen mit den Angaben bei Tessenow annähernd gleich hoch (Eigene Erhebung: 28%, Tessenow 23%).

Diagnosen:

Bei den vergebenen Diagnosen fällt besonders auf, dass ein Großteil der Diagnosen aus den Bereichen F9 (*Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) sowie aus der Kategorie F 6 (*Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*) sowohl vor Aufnahme als auch während der Behandlung stammen. Bei der Kategorie F 9 handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Störungen, von der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bis hin zu schweren kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen⁵⁴. Ein Teil dieser Gruppe bildet sicher eine Vorstufe für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen (F6) werden in der Regel erst ab beginnendem Erwachsenenalter als Diagnose vergeben. Aus dieser Tatsache lässt sich sicherlich eine Diskussion ableiten, ob es sich bei diesen Diagnosenkategorien tatsäch-

⁵⁴ Unter der Kategorie F 9 finden sich aber auch die Ticstörung sowie Enuresis und Enkopresis, sowie Stottern / Stammeln. Diese Diagnosen wurden aber erwartungsgemäß nicht als Eingangsmerkmal benannt.

lich um Störungen handelt, welche als Eingangsmerkmale für die Bedingungen der §§ 20, 21 StGB bei Jugendlichen handeln kann und damit, ob die betreffenden Jugendlichen „zu Recht“ in den Maßregelvollzug eingewiesen wurden, dies ist jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit⁵⁵. Bei der Kategorie F 6 (Persönlichkeitsstörungen) lässt sich diskutieren, ob eine solche Diagnosestellung bei Jugendlichen und möglicherweise bei Heranwachsenden überhaupt gerechtfertigt ist. Immerhin fand bei 4 Patienten während des Aufenthaltes ein Wechsel aus der Kategorie F 9 in die Kategorie F 6 statt.

Im Rahmen der forensischen Beurteilung ist sicher immer die Schwere der Störung zu berücksichtigen und zu überprüfen. Es muss bei der Zuweisung in den Maßregelvollzug davon ausgegangen werden, dass dem Betroffenen ein Tatrücktritt nicht mehr möglich gewesen ist und es müssen weitere schwere Straftaten zu erwarten sein (die Eingangsvoraussetzungen für den Maßregelvollzug müssen erfüllt sein). Aus eigener Erfahrung stellt insbesondere die Gruppe der Patienten mit der Diagnose *Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F 91.1 nach ICD 10)* eine heterogene Gruppe mit zum Teil tiefgreifenden Beeinträchtigungen in allen Bereichen dar, meist kombiniert mit einer Intelligenzminderung. Häufig ergibt sich die Schwere einer Störung auch aus dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2001). Wie die Ergebnisse zeigen, liegen häufig zusätzlich Intelligenzstörungen vor. Daneben bestehen häufig schwierigste assoziierte abnorme psychosoziale Umstände⁵⁶, einhergehend mit schweren Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus. Insbesondere die Achse VI ergibt Hinweise zu Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus infolge der psychischen Störung, kann aber nicht in allen Einrichtungen erfasst werden, solange nicht alle Einrichtungen ausreichende Kenntnisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie besitzen.

⁵⁵ Siehe auch Kapitel 4 Jugenddelinquenz und psychische Störungen)

⁵⁶ Die Achse V und VI wurde nicht untersucht, da auch 2 forensische Kliniken dem Arbeitskreis angehören und damit die fachlichen Voraussetzungen für die Verwendung aller MAS Achsen fehlen.

Vergleicht man die Diagnosen mit der Untersuchung von Tessenow gibt es eine Reihe von Schwierigkeiten. Insbesondere handelt es sich bei Tessenow um die Angabe von Schätzwerten (gefragt wurde im Fragebogen, wie sich die Diagnosen aller Altersgruppe versus der Diagnosen bei Jugendlichen und Heranwachsenden verteilen). Die Diagnosekategorien wurden zudem unscharf gewählt. Deutlich wird aber ein höherer Anteil an Psychosen bei Tessenow, sowie der Einschätzung, dass 27 Prozent der Zuweisungen aufgrund einer „Minderbegabung“ erfolgten.

Bei zukünftigen Auswertungen bedarf es einer differenzierteren Darstellung der Einzeldiagnosen auch im Hinblick darauf, inwieweit Prognose und Verlauf der Behandlung im Maßregelvollzug bei den einzelnen Diagnosen voneinander abweichen.

Es stellte sich die Frage, ob es zu einem Diagnosen-Shift zwischen Gutachten- und Behandlungsdiagnose kam. Änderungen der Hauptdiagnosen zwischen Aufnahme und aktueller Behandlungsdiagnose gab es immerhin bei 19 Patienten, was einem Anteil von 33 % entspricht. Dieser Trend war 2005 aber nicht mehr eindeutig festzustellen.

Vergleicht man die einzelnen Einrichtungen untereinander, lässt sich nicht eindeutig ein Trend zu bestimmten Diagnosen feststellen. Ohnehin handelt es sich um sehr kleine Zahlen, bezogen auf die einzelnen Einrichtungen.

Die Mehrheit der untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden hatte zum Stichtag Lockerungen in einem Umfang, der es zumindest möglich und wahrscheinlich macht, ausreichende Erfahrungen auch außerhalb der Einrichtung zu machen. Lediglich 7 (10 %) hatten keinerlei Lockerungen, sieht man von den gem. § 126 a StPO Untergebrachten ab, bei denen Lockerungen ohnehin die Ausnahme darstellen. Diese waren entweder erst seit kurzem untergebracht, oder es war zu erheblichen Regelverstößen gekommen. Tessenow stellte in der untersuchten Klinik in Holstein hingegen fest, dass durchschnittlich 4 Jahre vergehen, bis Ausführungen als Lockerungsstufe gewährt werden!

Ein besonderes Augenmerk bei Betrachtung der gewährten Lockerungen gilt insbesondere denjenigen, welche sich bereits in Dauerurlaub befinden (18 Prozent), da bei diesen Patienten zu erwarten ist, dass diese, falls sie sich bewähren, entlassen werden können. Eine Hauptbefürchtung insbesondere bei jugendlichen Patienten im Maßregelvollzug bleibt, dass die Patienten hospitalisieren und infolgedessen kaum mehr entlassbar sind. Dass es sich um ein nicht unproblematisches Klientel handelt, zeigt das Ausmaß an Lockerungsversagen bzw. schweren Verstößen während der Unterbringung und nicht zuletzt der vollendete Suizid eines Patienten.

Immerhin konnten während des Aufenthaltes 8 Patienten einen Hauptschulabschluss erreichen, der weit größere Anteil erreichte bis dato keinen Schulabschluss. Es wird zu einem späteren Zeitpunkt, wenn man ausreichend Entlassdaten zur Verfügung hat, zu untersuchen sein, wie viele von den entlassenen Patienten tatsächlich einen Schulabschluss erreichen können. Zu berücksichtigen ist hierbei sicherlich auch das Intelligenzniveau. Wie ausgeführt liegt der durchschnittliche IQ bei 80 IQ-Punkten. Ein Großteil der Patienten besuchte vorher Förderschulen für Lernbehinderte oder geistig Behinderte.

Entlassungen:

Als wesentliches Ergebnis konnte gezeigt werden, dass ein erheblicher Teil der untergebrachten Jugendlichen auch wieder entlassen wurde (30 Prozent). Davon, wie zu erwarten, die meisten mit der Rechtsgrundlage § 126a StPO (mit 54 Prozent etwa die Hälfte der entlassenen Patienten). Die Ist-Belegung in den Einrichtungen blieb in etwa konstant.

Bemerkenswert ist auch, dass 3 der real entlassenen (und nicht in einen anderen freiheitsentziehenden Kontext verlegten) Patienten (bezogen auf § 63 StGB) nach Tötungsdelikt, also nach schwersten Straftaten entlassen, und nicht verlegt wurden, offensichtlich nach erfolgreicher Therapie. Vier von sieben aus der Rechtsgrundlage § 63 StGB Entlassenen wurden in Freiheit entlassen. Insgesamt fünf Patienten wurden in den Erwachsenenvollzug verlegt,

davon zwei aus Gründen der Überbelegung in der betroffenen Einrichtung. Bei den vier regulär Entlassenen (nur § 63 StGB) betrug die Aufenthaltsdauer 4,8 Jahre, bei den Verlegungen in den Erwachsenenvollzug betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 2,4 Jahre. Dies ist jedoch statistisch auf Grund der sehr kleinen Zahl mit Vorsicht zu bewerten. Diese Zahlen sind bei den Folgeerhebungen weiter streng zu beobachten, zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann allenfalls eine Tendenz hieraus abgelesen werden. Eine der Verlegungen in den Erwachsenen-Maßregelvollzug, die ja ebenfalls unter „Entlassungen“ geführt wurden, erfolgte nach einer geplanten Geiselnahme, ein anderer wurde nach Entweichung und schweren intramuralen Verstößen verlegt.

In den nächsten Jahren muss insbesondere die Aufenthaltsdauer weiter überprüft werden. Das größte Problem bei den Unterbringungen im Maßregelvollzug ist die Dauer: während eine Unterbringung gem. § 64 StGB auf 2 Jahre⁵⁷ begrenzt ist, bleibt die Unterbringung gem. § 63 StGB zeitlich unbefristet. Dies mag ein Grund sein, weswegen nur in sehr wenigen Fällen überhaupt diese Maßnahme zur Anwendung kommt. Keiner weiß bislang, was mit den Jugendlichen geschieht, die in den Maßregelvollzug gelangen. Die jährliche Überprüfung der Unterbringung legt seit der Reform 1998 die Meßlatte höher: während als Aufnahmekriterium erhebliche Straftaten zu erwarten sein müssen, dürfen bei Entlassung keine Straftaten zu erwarten sein. Eine lebenslange Freiheitsstrafe sieht das JGG nicht vor, seit kurzem aber die nachträgliche Sicherungsverwahrung. Lempp (2003) brachte zum Ausdruck, dass der Leitgedanke des Jugendgerichtsgesetzes die Resozialisierung sei, die oft genug erst eine Sozialisierung sein müsse. Deshalb sollte das JGG ein Täter- und kein Tatstrafrecht sein, das die Persönlichkeit des jugendlichen Täters seine Bedürfnisse und seine Defizite in den Vordergrund der gesellschaftlichen Antwort rückt.

Bei Betrachtung der Aufenthaltsdauer gilt es zu bedenken, dass nach gängigem Standard einer Entlassung bereits eine längere Zeit der Dauererpro-

⁵⁷ Es kann einmalig um maximal weitere 2 Jahre verlängert werden.

bung⁵⁸ (unter Umständen Jahre) vorausging, was in der Regel bedeutet, dass die vollstationäre Behandlung zu diesem Zeitpunkt bereits beendet ist. Es wird bei zukünftigen Erhebungen zu überprüfen sein, wie lange der vollstationäre Aufenthalt in Abgrenzung zum Nachsorgezeitraum dauerte. Möglicherweise lässt sich zeigen, dass die eigentliche Dauer der stationären Therapie deutlich kürzer, als hier dargestellt, ist. Hierauf weist auch der hohe Anteil an Lockerungen im Sinne von *Dauerurlaub* mit 18 Prozent hin.

Nur bei den Entlassenen kann die wirkliche Aufenthaltsdauer im Maßregelvollzug gemessen werden, aufgrund der sehr kleinen Zahl kann das Ergebnis nur mit äußerster Vorsicht interpretiert werden. Ein Vergleich mit der Gesamtaufenthaltsdauer der in den Erwachsenenvollzug eingewiesenen Jugendlichen und Heranwachsenden wäre erforderlich. Die Unterbringungen gemäß § 126a StPO sind getrennt zu betrachten und können bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer nicht berücksichtigt werden, da bei diesen größtenteils die Entlassung zur Gerichtsverhandlung erfolgte (oder sogar noch davor).

Die Entlassungsergebnisse sind bei den Folgerhebungen weiter streng zu beobachten, zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann allenfalls eine Tendenz hieraus abgelesen werden.

Nach der Entlassung (hier: alle Entlassenen, auch § 126a StPO) wohnen/lebten die meisten (8) in einem Heim, lediglich ein Patient lebte wieder bei den Eltern, 2 wechselten in eine Jugendstrafanstalt, 4 lebten allein. Bei 6 der Patienten wurde die Rubrik „sonstige“ gewählt. Aufgrund der im Verhältnis hohen Angabe muss bei späteren Erhebungen diese Angabe differenzierter erfasst werden.

Ein follow-up der in den Erwachsenenvollzug verlegten wäre dringend geboten.

⁵⁸ Die Beurlaubung oder Dauererprobung ist eine Lockerung und keine Entlassung im eigentlichen Sinne, wengleich diese Lockerung in der Regel außerhalb der Einrichtung stattfindet. Eine individuelle Nachsorge findet statt, die mehr oder minder eng ist und auch regelmäßige Wiederaufnahmen zur Überprüfung des Resozialisierungserfolges beinhalten kann. Die Erprobungsmaßnahme kann jederzeit abgebrochen oder unterbrochen werden.

Diskussion der Modelle:

Beschränkt man die Anforderung einer von Erwachsenen getrennten Unterbringung sowie einer altersangemessenen Behandlung lediglich auf die 14 bis 17 jährigen, wäre lediglich bei etwa 40 Jugendlichen zum Untersuchungszeitpunkt im gesamten Bundesgebiet zu diskutieren, wo und wie diese Einzelfälle unterzubringen sind. Es ist davon auszugehen, dass die als *Modell 1* (integrierte Versorgung in forensischen Kliniken) bezeichnete Form der Unterbringung einzelner Jugendlicher gemeinsam mit Erwachsenen aus meiner Sicht weder gesetzeskonform (Winkler 2007) noch in irgendeiner Weise ethisch vertretbar erscheint, noch den gegenwärtigen Standards von Therapie und Diagnostik entspricht, wenngleich es die vermutlich auch heute noch häufigste Form der Unterbringung darstellt. Dieses Modell sollte daher grundsätzlich verworfen werden. Dies führt rasch zur Diskussion der integrierten Versorgung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Insbesondere in den kleineren Bundesländern und in den Flächenstaaten mit geringer Bevölkerungsdichte sind nur wenige jugendliche forensische Patienten zu versorgen. Daher wäre zu überlegen, inwieweit es sich um die zu präferierende Form der Unterbringung handelt. Dies führt aber zu einer Reihe von Schwierigkeiten (siehe auch Kapitel 7.1.2). Die *Nachteile* liegen auf der Hand: In der Regel ist das gesamte Behandlungsteam mit diesen Fällen überfordert. Die Mitglieder des Arbeitskreises, welche zu diesem Modell zu zählen sind (Alzey, Eltville, Bedburg-Hau, Hamm) machen starke Vorbehalte gegen eine solche integrative Versorgung aus ihrer Praxis geltend. Der hohe Durchlauf einer Akutstation sorgt für nicht ausreichend kontinuierliche Behandlungsbedingungen, die akuten Patienten entziehen hier den sich nur in kleinen Entwicklungsschritten entwickelnden Maßregelpatienten die Aufmerksamkeit des Behandlungsteams, es entsteht häufig der Eindruck im Team (bei in allen Häusern ständig bestehendem Belegungsdruck), hier werde ein Bett „blockiert“. Die Betroffenen werden, sobald es geht, in den zuständigen Erwachsenenbereich verlegt, also spätestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Unzufriedenheit mit diesem Behandlungssetting

ist im Behandlungsteam hoch. Es ist weder dem Untergebrachten Jugendlichen noch den anderen Patienten in diesem Setting gedient.

Vorteile sind die Integration unter Gleichaltrigen und den damit verbundenen altersgemäßen Erfahrungsräumen. Dieses altersgemäße Realfeld ist dem im Erwachsenenmaßregelvollzug überlegen, eine Stigmatisierung unterbleibt im Wesentlichen. Die Umsetzung lebensnahe Erlebnisräume (Realfeld) erscheint besser möglich in Angliederung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Nähe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie birgt auch Gefahren: so kann bei den nicht forensischen Patienten und deren Eltern die Bereitschaft einer Behandlung insbesondere derer mit eigener Opfererfahrung in direkter Nachbarschaft mit „Tätern“ erheblich leiden.

Das Modell der spezialisierten Einrichtung angegliedert an eine forensische Klinik (*Modell 3*) für Erwachsene ist gegenwärtig nur an zwei Standorten umgesetzt.⁵⁹ Für dieses Modell spricht vor allem der hohe Anteil an Heranwachsenden, wobei einschränkend hinzuzufügen ist, dass es sich hier im Wesentlichen um Heranwachsende mit Reifungsverzögerung handelt, die laut Gesetz (§ 105 JGG) Jugendlichen gleichzustellen sind. Ein derartiges Modell weist eine Reihe von Vorteilen, jedoch auch eine Reihe von Risiken auf. An Risiken ist insbesondere zu nennen, dass die Trennung Jugendlicher von Erwachsenen nicht ausreichend vollzogen wird und damit einer wesentlichen Forderung nicht entsprochen wird. In der Praxis zeigt sich, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen Konzept und Umsetzung in Moringen im Vergleich zu Rostock besteht. Wesentliche Forderungen (siehe Kapitel 7.3) erscheinen in Moringen nicht in ausreichendem Maße umgesetzt. So weisen die entsprechenden Abteilungen kein ausreichendes Personal entsprechend der Psychiatriepersonalverordnung für Jugendliche auf. In beiden Einrichtungen ist es problematisch, den Facharztstandard (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) aufrecht zu erhalten. Während Moringen eine eher „gewachsene“ Struktur aufweist, erfolgte die

⁵⁹ Anzunehmen ist, dass auch Brauel und Parsberg sich auf Jugendliche und Heranwachsende in besonderer Weise eingestellt haben, diesbezüglich liegen aber keine ausreichenden Daten vor.

Umsetzung in Rostock entsprechend aktuellen wissenschaftlichen Standards und Überlegungen und weist zudem den Vorteil der Möglichkeit einer begleitenden wissenschaftlichen Evaluation (z.B. Häbler 2007). Problematisch aus heutiger Sicht ist hier vor allem die Unklarheit, was aus den nach JGG eingewiesenen Patienten wird. Moringen hat für sich den Weg gewählt, ein möglichst breites und vielschichtiges therapeutisches und Freizeitangebot zu schaffen. Insgesamt besitzt das Landeskrankenhaus Moringen wenig Homogenität des Klientels bezüglich der Altersstruktur, trotz hoch differenziertem therapeutischem Angebot und trotz hohem Engagement aller Beteiligten. Bei Jugendlichen ist es sicher erforderlich, ein jugendgerechtes *pacing* in der Therapie zu gewährleisten, das heißt beispielsweise, dass Lockerungen auch im engen zeitlichen Kontext mit der persönlichen Entwicklung und den therapeutischen Fortschritten erfolgen müssen, natürlich unter Berücksichtigung entsprechender sachgerechter prognostischer Überlegungen. Dieses unter Umständen schnelle Fortschreiten wird in den forensischen Kliniken nicht immer geteilt, zumal hier der direkte Vergleich Jugendlicher mit ihren alterstypischen Problemen (beispielsweise Impulsivität) und Erwachsenen, die diese Probleme altersgemäß nicht mehr aufweisen, allenfalls unter pathologischen Gesichtspunkten gesehen werden (beispielsweise Impulsivität). Die angesprochenen Lockerungen werden hier erst nach längeren Bewährungsfristen gewährt, was zur weiteren Hospitalisierung der Jugendlichen beiträgt.

Spezialisierte Abteilung, angegliedert an die Jugendpsychiatrie: Die meisten der spezialisierten Abteilungen haben sich aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt. Diese Abteilungen wurden soweit die Datenlage es zuließ, ausführlich beschrieben. Die Auseinandersetzung der Jugendpsychiatrie mit diesem Thema hat sicher etwas mit der Relation zwischen Regelpatienten und Maßregelpatienten in traditionell ohnehin kleinen Einheiten zu tun. Dies steht im Gegensatz zu den großen forensischen Einrichtungen, wo selbst bis zu 8 Patienten wie in Bayern offensichtlich nur als „Einzelfallproblematik“

wahrgenommen werden. In Häusern wie Marburg, Klingenmünster, Marsberg oder Berlin entspricht eine Gruppe von 8 Patientin bereits nahezu der üblichen Stationsgröße, zumindest aber einer Gruppengröße. Die Gruppe von 8 Patienten in Berlin stellt hier sogar ein Sechstel der Gesamtkapazität.

Der wesentliche „Nachteil“ dieser Konzeption ist die mangelnde Behandlungskontinuität ins Erwachsenenalter hinein, falls eine solche Dauer der Behandlung und Sicherung erforderlich ist. Ob der Mangel an Erfahrung in der Behandlung im Maßregelvollzug tatsächlich einen Nachteil darstellt, bleibt offen, da hier auch die Chance besteht, fernab von verkrusteten institutionalisierten Strukturen, wie sie viele forensische Kliniken auch heute noch aufweisen, aktuelle Therapiemaßnahmen und innovative Konzepte umzusetzen. Dennoch ergibt sich auch für die Gruppe der diskontinuierlich Behandelten eine Reihe von Vorteilen.

Vorteile sind: Hohe Kompetenz in der Behandlung Jugendlicher mit psychischen Störungen. Kleine Behandlungseinheiten. Hoher Personalschlüssel, entsprechend der Psychiatrie-Personalverordnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Umsetzung lebensnaher Erlebnisräume (Realfeld) erscheint besser möglich in Angliederung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Expositionsstrategien und milieuthérapeutisch-pädagogisch orientierte Maßnahmen in der Behandlung: Maßregelvollzugspatienten im Jugendalter sind in der Regel primär kaum introspektionsfähig und damit mit einem klassischen, ausschließlich psychotherapeutischen Behandlungssetting häufig überfordert. Oder sie weisen Intelligenzminderungen auf, die ebenfalls den psychotherapeutischen Zugang erschweren (Weissbeck 2005). In der Therapie kann zudem nicht auf (Lebens-)Erfahrungen zurückgegriffen werden, da im Vergleich zu Erwachsenen Patienten der Hintergrund an Lebenserfahrung deutlich eingeschränkt ist. Daher erscheint eine umfassende pädagogisch-therapeutische Einflussnahme unter Einbeziehung der Alltagsinteraktionen und der Dynamik in der peer-group essentiell. Besonders gilt dies auch für sexuell deviante Jugendliche (vgl. Günter 2001). Diese alltagsorientierte Arbeit an der Stabilisierung der Jugendlichen kann so

weit reichen, dass unter kontrollierten Bedingungen beispielsweise bei sexuell devianten Jugendlichen mit entsprechender Lockerung Kontakte zu Gleichaltrigen, insbesondere auch andersgeschlechtlichen Jugendlichen, innerhalb, und später außerhalb der Klinik hergestellt werden können, ohne dass hierbei eine Gefährdung entsteht. Hierbei handelt es sich um einen erheblichen Behandlungsvorteil im Realfeld, da unter den üblichen psychotherapeutischen „in-vitro“ Bedingungen speziell bei sexuell devianten Jugendlichen Kontaktstörungen kaum behandelbar sind. Falls in der Einrichtung auch Heranwachsende behandelt werden, können sich aus der räumlichen Nähe wiederum Schwierigkeiten ergeben, da die Altersgruppe der Heranwachsenden sich mitunter deutlich von den Jugendlichen bezüglich ihrer körperlichen Reifeentwicklung abhebt und der Umgang sowie die Aufnahme von Beziehungen zwischen Jugendlichen (hier vor allem der nicht forensischen Patienten) und Heranwachsenden in der Regel unerwünscht ist. Die Mehrheit der Fachleute im Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug lehnt eine Kombination von Maßregelvollzug und Sozialtherapie ab, wengleich Straffällige im Allgemeinen mit (vor allem jugendlichen) Patienten im Maßregelvollzug das Vorliegen von dissozialen Kognitionen, Denkmustern und Verhaltensweisen gemeinsam haben, die es speziell zur Verbesserung der Kriminalprognose zu behandeln bzw. zu verändern gilt (Müller-Isberner 1998).

Gut umsetzbar in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen ist der aus dem JGG erwachsende pädagogische Auftrag. Hierzu bedarf es neben einer altersangemessenen und an die kognitiven Fertigkeiten adaptierten schulischen Förderung der Vorhaltung von Möglichkeiten zur beruflichen Bildung und für die (sozial- und heil-)pädagogische Arbeit ausgebildetes Personal.

Es ist festzustellen, dass alle Einrichtungen, welche ein spezialisiertes Angebot aufweisen, sich aus der Notwendigkeit der Versorgung, aus eigener, intrinsischer Motivation, entwickelt haben. Lediglich in Rostock wurde der Weg umgekehrt beschritten, nämlich nach einer Bedarfsanalyse eine Konzeption vor die Realisierung zu stellen. Berücksichtigt man lediglich die an eine solche Einrichtung zu stellenden Anforderungen, so ist ein weiteres Modell denkbar. Als *fünftes Modell* ist es vorstellbar, in Anlehnung an die Durchführungsbestimmungen des Jugendstrafvollzuges (§ 92 JGG), den Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden in eigens dafür vorgesehenen, eigenständigen und unabhängigen Einrichtungen zu vollziehen. Derartige Einrichtungen existieren aber gegenwärtig bundesweit nicht und wären als solche, unter Berücksichtigung ökonomischer Überlegungen möglicherweise länderübergreifend, aus den bisherigen Erfahrungen neu zu konzipieren.

Welche Einrichtung für welchen Patienten konkret besser oder schlechter geeignet ist lässt sich hier nicht abschließend bewerten. Aus dem Kapitel 7.2, in dem die Einrichtungen beschrieben wurden, ergeben sich - soweit Informationen vorliegen - Hinweise zur Struktur der jeweiligen Einrichtung. Landestypische, räumliche und personelle Besonderheiten führen sicher auch zu unterschiedlichen Ausgestaltungen im Detail, aber auch die ökonomischen Bedingungen sind recht unterschiedlich. Da mittlerweile ein regelmäßiger Austausch unter den Einrichtungen sowohl auf Ebene der ärztlichen Leitung als auch auf der Ebene des pädagogisch-pflegerischen Dienstes stattfindet sind die Strukturen sicher auch im Fluss. Bestrebungen zur Standardisierung von Diagnostik und einzelnen Prozessen sind im Gange. Aus Kapitel 7.3 ergeben sich umgekehrt Hinweise, welche therapeutischen Voraussetzungen formuliert werden und wie diese in den jeweiligen Einrichtungen umgesetzt wurden (siehe insbesondere Abbildung 50: Umsetzung der therapeutischen Mindestanforderungen).

Wesentlicher Teil einer erfolgreichen psychiatrischen Intervention ist der Aufbau einer tragfähigen Zukunftsperspektive. Immer handelt es sich bei der Behandlung der betroffenen jungen Menschen um Jugendliche und Heranwachsende, die in der Regel neben psychotherapeutischer und jugendpsychiatrischer Hilfe auch Leistungen anderer Hilfeträger, vor allem der Jugendhilfe, der Schule und der Arbeitsverwaltung benötigen. Die generelle, fachlich gesicherte Kooperation zwischen diesen Disziplinen wird hier zentral bedeutsam (Jungmann 2008). Dieser Aspekt wird hier nicht ausreichend beleuchtet. Bei der Betrachtung der Einrichtungen wird lediglich erhoben, ob Beschulung intern stattfindet, ob eine Ausbildungsmöglichkeit vorhanden ist sowie Möglichkeiten der Nachsorge bestehen, als Teilaspekte der von Jungmann geforderten Zukunftsperspektive und Vernetzung der Hilfssysteme. Dringend erforderlich ist der bundesweite Aufbau von jugendforensischen Spezialambulanzen zur Nachsorge, aber auch mit Präventionsauftrag, wie es sie mittlerweile in der Schweiz gibt.

Es ist erforderlich, ein Ausbildungsangebot in der Einrichtung vorzuhalten, um dem eigentlichen Ziel der Resozialisierung gerecht werden zu können. Diese Anforderung an die Behandlung Jugendlicher hat der Gesetzgeber mittlerweile erkannt und soll in das längst überfällige Jugendstrafvollzugsgesetz einfließen (DVJJ 2007). Sicher gibt es auch eine Reihe von Patienten, die weder schulbildungs- noch ausbildungsfähig sind. Hier dienen arbeitstherapeutische und arbeitspädagogische Maßnahmen auch der Vorbereitung auf eine spätere Tätigkeit beispielsweise in einer Werkstatt für Behinderte. Es besteht nicht nur ein Recht auf Bildung, es besteht in gewisser Weise auch die Vorhaltepflcht, ähnlich dem Strafvollzug die Möglichkeit zur Schul- und Ausbildung zu schaffen⁶⁰.

⁶⁰ Beispielsweise ist in Rheinland-Pfalz das Pfalzinstitut in Klingenmünster die einzige forensische Einrichtung, die eine Ausbildung ermöglicht. In den forensischen Kliniken des Landes ist Ausbildung erst ab der Lockerungsstufe *Freigang* vorgesehen. In anderen Bundesländern bestehen z.T. auch Ausbildungsmöglichkeiten innerhalb der forensischen Kliniken.

Fazit der Diskussion der Modelle:

Unter Einhaltung bestimmter therapeutischer Rahmenbedingungen (siehe auch Kapitel 7.3) - vorzugsweise in einer hierauf spezialisierten Einrichtung - gelten grundsätzlich als *Minimalvoraussetzungen*:

- eine Trennung von Jugendlichen und Erwachsenen.
- eine Personalbemessung entsprechend der Psychiatriepersonalverordnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie⁶¹ (abhängig von der Größe der Einrichtung oder Abteilung ist zusätzliches Personal für Sicherungsaufgaben⁶² –aber kein Sicherungspersonal- erforderlich).
- Schaffung eines altersgemäßen therapeutischen Milieus.
- Schulbesuch und Ausbildung muss möglich sein.
- klares Konzept (insbesondere auch bezüglich der Nachsorge).

Wenn sich der Gesetzgeber entschließt, vergleichbar dem Jugendstrafvollzug⁶³ auch **Heranwachsende**⁶⁴ mit in den *Jugendmaßregelvollzug* zuzuweisen, ergibt sich eine relative Verschiebung deutlich in den Altersbereich junger Erwachsener. An dieser Stelle wird zu überprüfen sein, inwieweit die Anbindung einer solchen Abteilung noch an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich sein wird. Hier wäre eindeutig zu fordern, dass eigene Einrichtungen geschaffen werden.

Diese eigenständigen Einrichtungen wären in ihrer Zuständigkeit überregional denkbar und sollten in der Lage sein, mehrere Bundesländer zu versorgen, wie es im Ansatz im Suchtbereich⁶⁵ auch jetzt schon geschieht. Aufgrund der zu erwartenden kleinen Zahlen sollte Spezialisierung vor Regionalisierung in diesem Bereich gehen (siehe auch Kröber 2001). Für die Betroffenen nachteilig wäre allerdings im Falle einer überregionalen Unterbringung

⁶¹ Empfehlung des Arbeitskreises: Die Personalbemessung sollte auf der Grundlage eines angenommenen Mischungsverhältnisses der Einstufung nach KJ 3 (Jugendliche Intensivpatienten) und KJ2 (Jugendliche Regelpatienten) aus der Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) für alle forensischen Patienten unabhängig vom Lockerungsstatus erfolgen.

⁶² Hier gilt Sicherung durch Beziehung, es ist also Fachpersonal erforderlich.

⁶³ siehe § 92 JGG

⁶⁴ Auch im Jugendstrafvollzug stellen die Heranwachsenden die deutliche Mehrheit der Insassen dar. (Walter 2007)

⁶⁵ Parsberg II, Brauel, Kapitel 7.2.3.

der infolge der Entfernung eingeschränkte Kontakt zur Herkunftsfamilie und damit auch die eingeschränkte Möglichkeit zu familientherapeutischen Interventionen, welche in der Regel essentiell für die Behandlung sind, sofern noch Kontakt zur Familie besteht. Ähnliche Erfahrungen gibt es auch bei einigen Jugendhilfemaßnahmen, insbesondere bei der geschlossenen Unterbringung. Auch hier kann mangels Angebot häufig eine regionale Unterbringung nicht gewährleistet werden. Bei pädagogischen Auslandsmaßnahmen sind Trennungen und der Mangel an familiären Kontakten häufig sogar implizit gewollt. Weitere Probleme sind auch durch den Transfer schwieriger Jugendlicher und Heranwachsender in andere Bundesländer zu erwarten.

Schafft ein Angebot seinen eigenen Bedarf?

Soweit die gegenwärtige Datenlage dies zulässt muss davon ausgegangen werden, dass die Bundesländer mit spezifischem Angebot für Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug keine erhöhten Zuweisungsraten aufweisen, es entstand kein „Sogeffekt“ durch vorhandene Betten. Bundesweit blieb die Belegungssituation in Bundesländern mit spezialisierten Angeboten des Jugendmaßregelvollzugs weitgehend stabil, trotz der Gesetzesreform von 1998 in deren Folge es zu einem dramatischen Anstieg der Belegungszahlen (von 1991 – 2003 um 107% in den psychiatrischen Krankenhäusern und um 102% in den Entziehungsanstalten) kam und zu einem Rückgang günstiger *Prognosestellungen* (Dünkel 2005). Dies hat mehrere Gründe: es ist schwieriger geworden, Patienten zu entlassen - die gesellschaftliche Toleranz gegenüber der notwendigen Erprobung von Patienten aus dem Maßregelvollzug hat nicht zuletzt aufgrund der ständigen Präsenz in der Presse weiter abgenommen.

Das der Strafvollzug von Erwachsenen getrennt zu vollziehen ist, erscheint logisch. Da es keine eigene Rechtsvorschrift gibt, ist analog zum § 92 JGG(1)⁶⁶ davon auszugehen, dass ähnliches für den Maßregelvollzug gilt, zumal es sich hierbei um Patienten handelt, denen eine Behandlung nach

gängigen Standards nicht vorenthalten werden darf. Wie das Urteil des Thüringer Verfassungsgerichts⁶⁷ aus dem Jahr 2001 deutlich macht, ist der Vollstreckungsleiter, namentlich der Jugendrichter Herr des Verfahrens und entscheidet, wo der Vollzug stattfindet. Es kann bei Anordnung einer „Jugendmaßregel“ sogar ein Rechtsanspruch daraus abgeleitet werden. Ständen in der Vergangenheit keine geeigneten Einrichtungen zur Behandlung im Maßregelvollzug für Jugendliche zur Verfügung, hat sich die Situation in einigen Bundesländern doch deutlich verbessert, in anderen Bundesländern, beispielsweise Bayern, findet eine Auseinandersetzung mit dem Thema statt. So stehen nun in immerhin 7 Bundesländern Einrichtungen zur Verfügung, die auf einen speziellen Jugendmaßregelvollzug ausgerichtet und für den Vollzug geeignet sind.

Nicht zuletzt wegen der Stigmatisierung, aber auch wegen der Unabsehbarkeit der Dauer der Unterbringung bleibt die Anwendung von Maßregeln zur Besserung und Sicherung die ultima ratio, wenn es keine anderen geeigneten Maßnahmen gibt oder, wie es der § 62 StGB vorschreibt, die Unterbringung gerade bei jungen Tätern unverhältnismäßig erscheint.

Jugendpsychiatrische Forensik darf sich nicht auf die Begutachtung beschränken sondern sollte auch Bestandteil kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung sein, Maßregelvollzug bei Jugendlichen kann nicht in hierfür ungeeigneten Settings stattfinden: Als sicher schlechtestes Modell muss die Unterbringung einzelner Jugendlicher im Erwachsenenmaßregelvollzug gelten. Lockerungen (auch Ausführungen) finden hier im Durchschnitt erst nach ca. 4 Jahren statt (Tessenow 2002), was bei Jugendlichen zu nicht ausreichenden Erfahrungen im Realfeld außerhalb der Klinik und mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Hospitalisierungserscheinungen führt.

⁶⁶ § 92 JGG (1) - die Jugendstrafe wird in Jugendstrafanstalten vollzogen .

⁶⁷ Urteil des Thüringer Verfassungsgerichtshof (2001): bei Jugendlichen besteht ein Rechtsanspruch darauf, im Falle der Unterbringung gemäß § 63 StGB, in einer für Jugendliche geeigneten Weise untergebracht zu werden (VerfGH 11/02).

Hierin heißt es unter anderem: „Eine Entscheidung über den Verlegungsantrag des Beschwerdeführers war nicht deshalb entbehrlich, weil es in Thüringen keine für den Jugendmaßregelvollzug geeignete geschlossene jugendpsychiatrische Einrichtung existiert. Die Ausgestaltung der Unterbringung sowohl von Erwachsenen als auch von Jugendlichen und Heranwachsenden in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB ist bundesweit kaum ausgestaltet.“

Bedarfsgerechte Versorgung:

Wenn sich die Unterbringung lediglich auf Jugendliche beschränkt bedarf es flexibler Konzepte sowie der Möglichkeit, bei wechselnder Belegung, diese durch andere Patientengruppen auszugleichen um die Versorgung am Bedarf auszurichten. Um die Einrichtung mit einer angemessenen Größe zu versehen, um ein differenziertes pädagogisches und therapeutisches Angebot sowie Möglichkeiten der Schul- und Berufsausbildung vorzuhalten und somit ausreichend ökonomisch arbeiten zu können bedarf es der überregionalen Zuständigkeit, über Bundesländergrenzen hinweg, wenngleich eine solche Lösung eine Reihe von Schwierigkeiten für den Betroffenen im Hinblick auf sein möglicherweise noch vorhandenes psychosoziales Netzwerk nach sich zieht. Dass so etwas möglich ist, zeigen die in der Vergangenheit abgeschlossenen Länderverträge mit Brauel und Parsberg (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB).

Denkbar ist die Kombination mit einer sozialtherapeutischen Ausrichtung der Abteilung, da ein Großteil der Jugendlichen im Maßregelvollzug sowie in sozialtherapeutischen Einrichtungen neben anderen psychiatrischen Auffälligkeiten eine schwere dissoziale Störung aufweist. Alternativ ist es möglich, den Altersbereich in den Bereich der Heranwachsenden auszudehnen (bei Erfüllung der Voraussetzungen des §105 JGG), um somit auch reifeverzögerten Heranwachsenden die Möglichkeit einer Jugendpsychiatrischen Behandlung angeeignet zu lassen. Gruppengrößen sollten variabel gestaltbar sein.

Kooperation und fachlicher Austausch:

Die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und allen anderen für Jugendliche und Heranwachsende zuständigen Einrichtungen ist enorm wichtig. Eine enge Zusammenarbeit bei der Versorgung schwerst dissozialer und psychisch auffälliger Jugendlicher mit der Jugendhilfe ist unabdingbar. Im Besonderen ist im Rahmen Kinder- und jugendpsychiatrischer aufsuchender Arbeit der Gefahr durch psychische Störung weiter ins Abseits und auf die schiefe Bahn

zu geraten entgegen zu wirken, im Sinne einer Sekundärprophylaxe. Hier sind leider in aller Regel die Mittel sehr begrenzt, sowohl finanziell, als auch personell. Dies zeigte sehr eindrücklich die Ulmer Heimkinderstudie (Fegert 2004): Kinder und Jugendliche, die in Heimen untergebracht sind, sind auch in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie überrepräsentiert, es handelt sich um eine Hochrisikogruppe, die in mehr als 60% externalisierende Störungen aufweisen, ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch mitbringen, überdurchschnittlich häufig unter Depression leiden. Ambulant sind diese Kinder und Jugendliche unterbehandelt. Auch in unserer Stichprobe finden sich um die 20% Patienten⁶⁸, die vorab in einer stationären Jugendhilfemaßnahme waren.

Allgemein ist bekannt, dass die forensische Behandlung zu deutlich weniger Rückfällen führt, als der Strafvollzug. Die Rückfallraten der aus dem Maßregelvollzug (§63 StGB) entlassener Erwachsenen sprechen für die Effizienz dieser Einrichtungen. Jehle et al. (2003) untersuchten 695 aus einer psychiatrischen Maßregel Entlassene, von denen sich 82% legal bewährten, nur 22% der Rückfälligen hatten erneut eine Freiheitsstrafe von bis zu 2 Jahren erhalten. Insgesamt 8% der 1994 aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug Entlassenen zeigten einen gravierenden Rückfall. Weitaus ungünstiger scheint die Bewährungsquote der aus der Entziehungsanstalt Entlassenen zu sein, wo immerhin 60% der 1053 im Jahr 1994 Entlassenen eine Folgeentscheidung aufwiesen. Vergleichbare und belastbare Zahlen aus dem Jugendmaßregelvollzug fehlen bislang. Hier bedarf es weiterer Forschungsanstrengungen. Allein aufgrund des besseren Rückfallschutzes sollte man sich –bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation- dieser Möglichkeit der Behandlung und Veränderung nicht verschließen (Häßler, Schepker 2006). Abseits der rechtlichen Voraussetzungen und der allgemein gültigen Einschränkung, dass bei Jugendlichen die Anwendung des Maßregelvollzugs sehr zurückhaltend eingesetzt werden sollte, ist Maßregelvollzug auch bei Jugendli-

⁶⁸ Da in unserer Stichprobe die Möglichkeit bestand, *Gefängnis* und *Sonstige* anzugeben, ist anzunehmen, dass der Anteil derjenigen, die zuletzt in Freiheit in einer Jugendhilfemaßnahme waren, deutlich höher sein dürfte.

chen in Einzelfällen sinnvoll, wenn sich aus der Notwendigkeit der Behandlung in diesem Kontext eine Perspektive für den Betroffenen ableiten lässt. Aufgrund der kleinen Zahlen ist es verständlich, dass es bislang kaum geeignete Einrichtungen für diese Patientengruppe gibt. Dass es sich hierbei um Patienten handelt, ergibt sich aus der Grundvoraussetzung, dass als eine Eingangsbedingung für den Maßregelvollzug eine psychische Störung erheblicher Ausprägung bestehen muss, die so schwer ist, dass sie zu einer Einschränkung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit geführt hat.

Projekte zur Qualitätssicherung und Evaluation mittels Erhebungen und Auswertung der Daten aus dem stationären und nachstationären Verlauf finden erstmals Einzug in die wissenschaftliche Auseinandersetzung in Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie der Universitäten Tübingen, Rostock, und Ulm und dem forensischen Lehrstuhl in Rostock. Eine weitere Evaluation der Arbeit ist erforderlich.

Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug sind in den meisten Bundesländern immer noch nicht ausreichend versorgt. Dem ist Abhilfe zu schaffen. Für die Durchführung des Vollzuges sind aber besondere Bedingungen zu schaffen. Diese sind im Wesentlichen im Kapitel 7.3 ausführlich beschrieben.

Wie Tessenow (2002: 172) bereits ausführte, hebt die „geringe“ Zahl der Betroffenen nicht die Frage der Relevanz auf. Insbesondere die fragliche Praxis der gemeinsamen Unterbringung mit Erwachsenen und der Mangel an Ausbildungsmöglichkeiten sind Ergebnisse ihrer Untersuchung und – es handelt sich um eine juristische Arbeit – die offensichtlich vom Gesetzgeber versäumten mangelnden juristischen Vorgaben.

Der Maßregelvollzug muss für die betroffenen Jugendlichen eine Chance zur straffreien Teilhabe an der Gesellschaft darstellen. Glaubt man einer dänische Studie (Madsen et. al.2001), so haben jugendliche Straftäter, die psychiatrisch im Rahmen des Gerichtsverfahrens untersucht wurden, eine

schlechte Langzeitprognose hinsichtlich Mortalität (22 % innerhalb von 20 Jahren), aber auch bezüglich der Entwicklung von Psychosen (11 %). 90% fielen durch weitere kriminelle Handlungen von betrunken Autofahren bis Mord auf. Dies illustriert die Notwendigkeit adäquater (Früh-)Interventionen. Zur Verbesserung der Situation für Jugendliche im Maßregelvollzug bedarf es erheblicher Anstrengungen aller Beteiligter Interessengruppen, der Fachgesellschaften, der Justiz und der Politik (Siehe auch *Forderung zur Neuregelung des Rechts der strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus* im Anhang).

9. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit stellt eine Übersicht über die Maßregelvollzugseinrichtungen in Deutschland für Jugendliche, z.T. auch Heranwachsenden dar und gibt einen Einblick in die Struktur der Einrichtungen sowie über die darin untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden. Ein vollständiger Überblick über die Situation Jugendlicher und Heranwachsender im Maßregelvollzug kann nicht gegeben werden. Hierzu trägt auch die unklare Rechtslage, ob nun nach Jugendstrafrecht Verurteilte vergleichbar Straftätern ohne psychische Störung in eigens dafür vorgesehenen Einrichtungen unterzubringen sind, bei. Lediglich 77 der knapp 300 untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden werden bundesweit in den hier genannten Einrichtungen versorgt und nur über diese liegen Daten vor. Als Untersuchungsinstrument diente eine Basisdokumentation, die personenbezogene Daten wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Wohnsituation vor Aufnahme erfasste als auch Dauer der Unterbringung, Alter bei Entlassung, Anlassstraftaten, Diagnosen sowie den Stand der Lockerungen zum Stichtag sowie schulische und berufliche Daten. Es kann gezeigt werden, dass ein Großteil der Patienten wieder entlassen werden konnte, der Löwenanteil fiel auf die gemäß § 126a StPO Untergebrachten, von den 77 Patienten wurden 7 (11 %) aus dem Rechtsstatus des § 63 StGB entlassen bzw. in den Erwachsenenvollzug verlegt. Offen bleibt hierbei die Frage, was mit denjenigen Jugendlichen und Heranwachsenden passiert, die in den Maßregelvollzug für Erwachsene verlegt werden. Zu diesem Thema bedarf es weiterführender Forschungsanstrengungen.

Eine Zunahme der Untergebrachten gemäß §§ 63, 64 StGB konnte 2005, bezogen auf das Vorjahr, nicht festgestellt werden. Die meisten Unterbringungen erfolgten aufgrund der Rechtsgrundlage 126a StPO und § 63 StGB, der Anteil an Unterbringungen gemäß § 64 StGB spielte nur eine geringe Rolle (126a StPO 22%, § 64 StGB 9%). Problematisch bei den Angaben ist die geringe Fallzahl, die z.T. zu erheblichen Schwankungen der Daten führt.

Ein hoher Anteil der Anlassstraftaten stellten Sexualdelikte dar (28%). Bei den Diagnosen dominierten Störungen der Gruppe der *Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)* sowie der Kategorie *Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F6)*. Die Mehrheit der beteiligten Einrichtungen ist an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie angeschlossen. Nachteile der Behandlungsdiskontinuität werden hier aufgewogen durch hohe Fachkompetenz, wenngleich kritisch festzustellen ist, dass gegenwärtig immer noch mehr Patienten in den Erwachsenenbereich verlegt, als tatsächlich aus dem Maßregelvollzug entlassen werden.

Als Mindestanforderungen an die Einrichtungen muss gelten:

- eine Trennung Jugendlicher von Erwachsenen.
- eine Personalbemessung entsprechend der Psychiatriepersonalverordnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (abhängig von der Größe der Einrichtung oder Abteilung ist zusätzliches Personal für Sicherungsaufgaben –aber kein Sicherungspersonal- erforderlich). Zusätzlich zu den Anforderungen Psych-PV besteht Bedarf an zusätzlichen Ergotherapiestellen und zur Berufsausbildung befähigter Mitarbeiter.
- Schaffung eines altersgemäßen therapeutischen und pädagogischen Milieus.
- Schulbesuch und Ausbildung muss möglich sein.
- klares Behandlungskonzept (insbesondere auch bezüglich der Nachsorge)
- Das Setting soll das Einüben und Stabilisieren von Fähigkeiten zur Selbstversorgung ermöglichen.
- Die Struktur muss so gemeindenah sein, dass Erfahrungen mit Lebenswelten „draußen“ und der sich verändernden Jugendkultur möglich sind.
- Gestaffelte Freiheitsbedingungen sollen es ermöglichen, Erfahrungen mit Lehre, Schule, Freizeit, dating etc. über einen längeren Zeitraum zu machen.
- Einbezug von relevanten Bezugspersonen wie der Familie als originärem Teil des Settings.

- Besonderer Öffentlichkeitsschutz, der sich aus den Anforderungen des JGG ergibt.
- Die Architektur der Einrichtung muss die Anforderungen, die sich aus den obengenannten Forderungen ergeben, sinnhaft unterstützen.
- Nachsorge: Ausreichend psychotherapeutisches Personal (Ärzte und Psychologen) mit forensischen Fachkenntnissen und jugendpsychiatrischen Fachkenntnissen.

Im Rahmen der Arbeit wurden vier verschiedene Modelle der Versorgung erörtert. Die Versorgung forensisch untergebrachter Jugendlicher und Heranwachsender sollte entsprechend des Bedarfs im Rahmen einer Einrichtung erfolgen, die Jugendliche getrennt von Erwachsenen unterbringt, dabei die hier aufgelisteten Bedingungen erfüllt und den therapeutische Mindestanforderungen gerecht wird. Als *fünftes Modell* ist es vorstellbar, in Anlehnung an die Durchführungsbestimmungen des Jugendstrafvollzuges (§ 92 JGG), den Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden in eigens dafür vorgesehenen, eigenständigen und unabhängigen Einrichtungen zu vollziehen.

Schlüsselwörter: Jugendmaßregelvollzug; Jugendforensik; psychisch kranke Jugendliche Straftäter.

Abstract

This survey is a synopsis of the structure of psychiatric forensic facilities for adolescents in Germany. The patients inside these facilities have been studied. A general overview is not possible, partly due to the unclear situation in German juvenile law. Juvenile offenders have to be placed in separated institutions such as juvenile prisons, where they are segregated from adults. In case of psychiatric illness combined with major offences the situation is unclear.

Only 77 of about 300 of these adolescent forensic psychiatric patients have been placed in special adolescent forensic psychiatric departments. Therefore only these 77 patients have been surveyed. The questionnaire used as an instrument in this study comprises age, sex, nationality, housing situation

before admission, duration of stay, age at discharge, offences which led to admission, diagnosis, degree of relaxation of controls on reference date and educational data. One result showed that 1/3 of the patients could be discharged within the period. Most of them under the terms of § 126 a StPO. 7 under the terms of § 63 StGB had been either discharged or transmitted to forensic psychiatric hospitals for adults. The question remains what happens to the transmitted patients afterwards. There is a need for further investigation.

In 2005 figures (§ 63, 64 StGB) did not increase in relation to the previous year. Most of the placements were due to 126a StPO and § 63 StGB. § 64 StGB played an inferior role (126a StPO 22%, § 64 StGB 9%). One big problem of the survey is the low number of cases which led partly to substantial fluctuation of the data. Sex offences made up one big part of the offences which led to admission (28%). Diagnosis has been dominated by *behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence (F9)* and *disorders of adult personality and behaviour (F6)*.

Most of the units are related to child- and adolescent psychiatry. Disadvantages of discontinuity in treatment are balanced out by high levels of competence in treating this particular age group. The number of transmissions, which is still higher than the number of discharges, has to be watched carefully.

Minimal standards have to include the following:

- Separation of adults and adolescents
- Staff ratio according to the German legal requirement (Psychiatriepersonalverordnung, Psych-PV) for child and adolescent psychiatry. In addition, occupational therapists and instructors for occupation will be necessary.
- The setting should be appropriate for the age group, both pedagogically and therapeutically.
- Requirement for schooling and training.
- Treatment concepts should be transparent (particularly on aftercare)

- The setting should enable training and stabilising of self-sufficiency skills.
- Structures should closely reflect the community outside. Experiences with changing youth culture should be possible.
- Graded conditions of personal freedom should allow dating, schooling and recreation experiences over a longer period of time.
- Integration of family members and other significant persons.
- Architecture should support the special requirements of these facilities.
- After-care: a sufficient number of psychotherapists with forensic training and special knowledge in adolescent psychiatry.

The survey discusses four different models of forensic psychiatric care for adolescents. Provisions has to be made according to the needs of this specific group of adolescents. An independent and autonomous institution is conceivable as a fifth model.

Key words: adolescent forensic psychiatry; adolescent psychiatry and German youth law; juvenile mentally ill offenders.

.

Literaturverzeichnis

- Bachmann M., Schulte-Markwort., Karle M., Riedesser P. (2002) Erste Ergebnisse in der Anwendung des Ergänzungsmoduls Strafrecht im Rahmen der Basisdokumentation Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie (Poster anlässlich des XXVII. Kongress der DGKJPP in Berlin)
- Beier, K. M. (2003): Behandlung bei sexuellen Verhaltensabweichungen. In: Lempp, Schütze, Köhnken (Hrsg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Darmstadt, Steinkopff. 418-427.
- Beier, K.M. (2004): Sexualität und Geschlechtsidentität- Entwicklung und Störungen. In: Eggers, C., Fegert, J. M., Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer, Berlin. 653-689.
- Bezirk Oberpfalz (2006): Sonderkrankenhäuser, Fachklinik für junge Drogenabhängige /<http://www.bkh-parsberg.de>
- Bogerts, B. (2004): Gewalttaten aus Sicht der Gehirnforschung. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Pabst-Verlag, Heft 3 (2004). 5-21
- Bogerts, B. (2003): Funktionell neuroanatomische und neuropathologische Grundlagen psychischer Erkrankung. In: Möller H.J., Laux, G., Kapf-Hammer, H.P. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin. 106 – 122.
- Brünger, M., Weissbeck, W. Hrsg. (2008): Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Busch , T. P. (2006): Evidenzbasierte Entscheidungsalgorithmen zur strafrechtlichen Zuweisung gemäß § 105 JGG. In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe (ZJJ) Jahrgang 17;4/06.264-272.

- Christian et al. (1997): Psychopathy and Conduct Problems in Children: II. Implications for Subtyping Children with Conduct Problems. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36/2: 233 – 241.
- Dükel F (2005): Reformen des Sexualstrafrechts und Entwicklungen der Sexualdelinquenz in Deutschland. In: Schläfke, D., Häßler, F., Fegert, J.M. (Hrsg.): *Sexualstraftaten*. Schattauer, Stuttgart. 1-31.
- DVJJ - Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.(2007): Mindeststandards für den Jugendstrafvollzug. URL dieses Artikels: <http://www.dvjj.de/veranstaltung.php.php?artikel=842>.
- Ebert, D., Heßlinger, B. (2000): Forensische Beurteilung der ADS/ADHS des Erwachsenenalters. In: *Psycho* 26 (2000). 225-228.
- Esser, G., Fritz, A., Schmidt, M. H. (1991): Die Beurteilung der sittlichen Reife Heranwachsender im Sinne des § 105 JGG – Versuch einer Operationalisierung. In: *Monatszeitschrift für Kriminologie* (6). 356-368.
- Esser, G. (1999): Sind die Kriterien der sittlichen Reife des § 105 JGG tatsächlich reifungsabhängig? In: *DVJJ-Journal*, 10 (1). 37-40.
- Fazel, S., Danish, J., (2002): Serious Mental Disorder in 23.000 Prisoners: A systematic Review of 62 surveys. *The Lancet* (16). 545-50.
- Fegert, J.M. (2004): Der § 35 a SGB VIII im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Politik. Fachtag des CJD am 4.11.2004. <http://www.uni-ulm.de/klinik/kjp/poster>
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T., Horwood L.J. (1996): Adolescent resiliency to family adversity. *Child Psychol Psychiatry* (37/3). 281-292.

Freisleder, F.J., (1989): Reifungskriterien im Jugendstrafrecht - Zur Problematik der §§ 1,3 und 105 JGG aus der Sicht der Jugendpsychiatrie. *Das Gesundheitswesen* 51. 201-206.

Freisleder, F.J., Trott, G.-E. (1997): Das psychiatrische Gutachten im Jugendstrafverfahren. In: Warnke, A., Trott, G.-E., Renschmidt (Hgs.) *Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie / Ein Handbuch für Klinik und Praxis*. Hans Huber, Bern. 210-220.

Günter, M. (2001): Die Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter aus psychoanalytischer Sicht. *Kinderanalyse 1*. Klett-Cotta, Stuttgart. 41-59.

Günter, M. (2004). Strafrechtliche Begutachtung von Jugendlichen und Heranwachsenden. In: Venzlaff, U., Foerster, K., *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. Urban & Fischer, München. 327-359.

Häßler, F., Keiper, P., Schläfke, D., Reis, O., Weissbeck, W.: Treatment of mentally retarded youth offenders in forensic hospitals in Germany (im Druck).

Hare, R.D. (1970): *Psychopathy: Theory and practice*. Wily, New York.

Heinz, Wolfgang (2003): Jugendkriminalität in Deutschland. Kriminalstatistische und kriminologische Befunde. *Konstanzer Inventar Kriminalitätsentwicklung*. www.uni-konstanz.de/rtf/kik/ .77.

Hetger, O. (2003): Aufgaben und Grenzen des Maßregelvollzugs. Vortrag, gehalten am 20.01.2003 im Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit in Mainz.

Hinrichs, G. (2000): Sozialpädagogische Betreuung. Psychotherapie mit Sexualdelinquenten. In: Lempp, Schütze, Köhnken (Hrsg.): *Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters*. Steinkopff, Darmstadt. 403-417.

Hinrichs, G. (2003): Psychologische Betreuung und Psychotherapie In: Fegert, Häßler (Hrsg.): Qualität forensischer Begutachtung, insbesondere bei Jugenddelinquenz und Sexualstraftaten. Centaurus, Herbolzheim. 206-219.

Hinrichs, G., Köhler, D. (2006): Besonderheiten in der Gedanken- und Darstellungswelt junger Tötungsdelinquenten. In: forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (16. Jahrgang/ Heft 3 /2006). Forum Verlag. 38-57.

Hummel, P., Bleßmann, F. (1994): Aggressive Handlungen jugendlicher und heranwachsender deutscher Einzeltäter im Vergleich: Sexualstraftaten und Körperverletzungsdelikte. Recht und Psychiatrie, 12. 154-161.

Jehle J.M., Heinz W., Sutterer, P. (2003): Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik. Forum Verlag, Mönchengladbach.

Jungmann, J. (2000): Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Krankenhauspsychiatrie 2000; 11. 70-73.

Jungmann, J. (2008): Freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Brünger, M., Weissbeck, W. (Hrsg.): Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Justizministerium Baden-Württemberg (2002): Jugendkriminalität In: www.baden-wuerttemberg.de

Kammeier, H. (Hrsg.) (2002): Maßregelvollzugsrecht. 2. Auflage. Walter de Gruyter, Berlin, New York.1-13.

- Klosinski, G. (Hrsg.) (2006): Begutachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Empfehlungen der Kommission „Qualitätssicherung für das Gutachtenwesen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“. 2., überarbeitete Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Klosinski, G. (2003): Sind Wiederholungstaten bei jugendlichen Brandstiftern absehbar? In: Forensische Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Aspekte der forensischen Begutachtung. Häßler, Rebernig, Schnoor, Schläfke, Fegert (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer.149-158.
- Konrad, Norbert (2003): Die Versorgungssituation psychisch Kranker im Justizvollzug. Recht & Psychiatrie, 21. Jhrg., Heft 1/2003. 5-8.
- Kröber, Hans-Ludwig (2001):Bedarfsermittlung im Bereich der psychiatrischen Versorgung und des Maßregelvollzugs in Hessen. Gutachten des Instituts für Forensische Psychiatrie der FU Berlin, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) im Auftrag des hessischen Sozialministeriums. Teil II S.11, S.87.
- Lempp, R. (1999): Steuerungslabilität und Störung der Impulskontrolle bei hyperkinetischen und anderen psychoorganischen Syndromen. In: Lempp, R. Schütze, G, Könken, G. (Herausgeber): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. 1. Auflage. Steinkopff, Darmstadt. 149 –152.
- Lempp, R. (2003): Gedanken zur Strafe bei Jugendlichen und Heranwachsenden. In: Lempp, R. Schütze, G, Könken, G. (Herausgeber): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage. Steinkopff, Darmstadt. 428-430.
- Leygraf (1988) Psychisch kranke Straftäter / Epidemiologie und Aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges, 1988, S. 68.

- Madsen, A. L., Jacoby, M., Kramp, P. (2001): Alvorlig kriminalitet hos ganske unge. II. Kriminalitet, psykiatrisk morbiditet og mortalitet 15-20 ar efter mentalobservation (danish) / Serious criminality among adolescents. II. Criminality, psychiatric morbidity and mortality 15-20 years after the first mental observation. Ugeskrift for Laeger. 163(1): 29-31.
- Müller-Isberner, R. (1998): Prinzipien der psychiatrischen Kriminaltherapie. In: Müller-Isberner, R., Gonzalez Cabeza, S.: Forensische Psychiatrie, Band 9., Forum Verlag, Godesberg. 51-65.
- Mummendey, A. (1996): Aggressives Verhalten. In: Stroebe, W. (Hrsg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.. 421-452.
- Moffit, T.E. (1993): Adolescence Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A. Developmental taxonomy. Psychological review 4. 641 – 701.
- Nedopil, N. (1996): Forensische Psychiatrie: 3-9; 51-52.
- Orlob, S. (1997): Prognose delinquenten Verhaltes bei Jugendlichen. In: Warnke, A, Renschmidt, H, Trott, G.E. (Hrsg.): Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto. 310-323.
- Ostendorf, H. (2000): JGG, 5. Aufl., § 3 Rn. 3, 20 (Albrecht, Jugendstrafrecht, 3. Aufl., § 11 V. 2.; Eisenberg, Jugendgerichtsgesetz, 8. Aufl., § 3 Rn. 39) das OLG Karlsruhe. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht, 2000. 485.
- Ostendorf, H. (2003): Jugendgerichtsgesetz. Kommentar. 6. Auflage. Heymanns, Köln.
- Ostendorf, H. (2008): Übersicht zu den rechtlichen Voraussetzungen der Anordnung und den Grundlagen des Vollzugs sowie der Vollzugspraxis In: Brünger, M.,

- Weissbeck, W. (Hrsg.): Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Paik, H., Comstock, G. (1994): The effects of television violence on antisocial behavior: a meta-analysis. *Commun. Res* (21). 516-546.
- Reichling, U. (2008): Juristische Voraussetzungen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei Jugendlichen - Möglichkeiten und Grenzen des Sachverständigen. In: Brünger, M., Weissbeck, W. (Hrsg.): Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F., (2001): Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P. et al. (2004): Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. (Volume 254/ number 6). 365-371.
- Schäfer, G., Schubert, W., Bartels, M., Foerster, K. (2004): Psychiatrische Konsiliartätigkeit in der Justizvollzugsanstalt Rottenburg. In: *Psychiatrische Praxis* (31/2004). 4-10.
- Schepker, R. (1998): Zur Indikationsstellung jugendpsychiatrischer Gerichtsgutachten. Eine vergleichende Untersuchung zu § 43 (2) JGG. Wilhelm Fink, München.
- Schepker, R., Huck, W. (2008): Erwartungen an den MRV aus Sicht des Gutachters / der Gutachterin. Kriterien für die Empfehlung von § 63/64 StGB. In: Brünger, M., Weissbeck, W. (Hrsg.): Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

- Schepker, R. (2003): Maßregelvollzugsstationen für Jugendliche – wer bürgt für deren Qualität? Vortrag in Marsberg am 14.11.2003, zur kleinen Fachtagung des Arbeitskreises Jugendmaßregelvollzug.
- Schepker, R. et al (2006): Behandlungsstandards für jugendliche Sexualstraftäter-eine Synopse. In: Fegert et al: Psychiatrische Begutachtung in Sexualstrafverfahren. Centaurus, Herbolzheim. 108-115.
- Schläfke, D. u. Häßler, F. (2001). Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden. In: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jörg M. Fegert, Karl Späth, Ludwig Salgo (Hrsg.), Münster: Votum-Verlag: 223-242.
- Schmeck, K. (2004): Störungen des Sozialverhaltens. In: Eggers, C., Fegert, J. M., Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2004, Springer, Berlin. 849-875.
- Schütze, G. Schmitz, G. (2003): Strafrechtliche Verantwortlichkeit, Strafreife und schädliche Neigungen. In: Lempp, R. Schütze, G, Könken, G. (Herausgeber): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage. Steinkopff, Darmstadt. 204-212.
- Schütze, G. (2003): Die schwere andere seelische Abartigkeit. In: Lempp, R. Schütze, G, Könken, G. (Herausgeber): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage. Steinkopff, Darmstadt. 147 – 155.
- Schütze, G. (1999): Die Maßregeln (§§ 63 und 64 StGB). In: Lempp R, Schütze G, Könken G (Hg): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Steinkopff, Darmstadt. 147-148
- Schumann (1987): Psychisch kranke Rechtsbrecher / Eine Querschnittsuntersuchung im Maßregelvollzug. 60- 63.

- Simonoff, E., Pckles, A., Meyer, J.M. at al. (1997): The Virginia Twin Study of Behavioral Development. In: ArchGenPsychiatry 54. 801-808.
- Sonnen, B.-R. (2003): Leichter Rückgang der Jugendkriminalität – weniger jugendliche Tatverdächtige in 2002. In: www.DVJJ.de.
- Spitzer, M. (2006): Vorsicht Bildschirm! Dtv, München. 155-240.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2006) www.destatis.de/thm_rechts.htm
- Statistisches Bundesamt, zitiert nach *Ostendorf (2008)*, Fachserie 10, Reihe 3, Strafverfolgung; Gebiet: bis 1994 altes Bundesgebiet, ab 1995 Bundesgebiet einschließlich Berlin-Ost.
- Statistisches Bundesamt (2007):<http://www.destatis.de>
- Tessenow, Anne (2002): Jugendliche und Heranwachsende im psychiatrischen Maßregelvollzug. Frankfurt, Berlin, Bern, Peter Lang Verlag.
- Tremblay, r.E., Japel, C., Perusse, D. et al. (1999) :The search for the age of onset of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. Crim Behav Mental Health (9). 8-23.
- Universität Rostock (2006). <http://www.forensik.med.uni-rostock.de>.
- Venzlaff, U., Foerster, K. (2004): Psychiatrische Begutachtung. Urban & Fischer, München. S.5.
- Weissbeck, W. (2002): Praxis der Rehabilitation psychisch kranker Rechtsbrecher in der Jugendpsychiatrie – Maßregelvollzug als Chance? (Poster anlässlich des XXVII. Kongress der DGKJPP in Berlin).

Weissbeck, W.(2005): Therapeutische Besonderheiten bei Jugendlichen, ein exemplarischer Verlauf. In: Schläfke, D., Häßler, F., Fegert, J.M. Sexualstraftaten. Stuttgart, Schattauer. 259-265

Weissbeck, W., Günter, M., Brünger, M. (2005): Bedarf es eines eigenen Jugendmaßregelvollzugs? Eine Standortanalyse. In: Osterheider, M.(Hrsg.):19. Eickelborner Fachtagung- Aufbruch oder Stillstand- Forensik 2004. 2005, PGV Verlag, Dortmund. 144-158

Winkler (2007): Vollzug und Kostenzuständigkeit. Fortbildungsveranstaltung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des rheinland-pfälzischen Maßregelvollzuges. Vortrag 27.02.2007, Alzey.

Witzel, J.G., Bausch-Hölterhoff, J., Skirl, W.(2004): Zur Situation des psychisch Kranken in Haft in Nordrhein-Westfalen. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Lengerich, Berlin, Pabst. (Heft 3, 2004).53-67.

Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg (Hrsg)(2002) Forensik-Fibel. Laupheim. 19-20.

Ziegler at al.(2003): Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum der hyperkinetischen Syndroms bei Häftlingen einer Justizvollzugsanstalt. Recht & Psychiatrie, 21. Jhrg., Heft 1/2003. 17-21.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 (Tabelle): Strafrechtliche Unterbringungen gem. JGG	47
Abbildung 2 (Tabelle): Patientenzahl im MRVZ pro Einwohner (Tessenow 2002).....	50
Abbildung 3: Prävalenz (Tessenow 2002).....	522
Abbildung 4: Unterbringungen gem. JGG auf 1 Million Einwohner (Tessenow 2002).....	533
Abbildung 5: Anlasstaten (Tessenow 2002).....	544
Abbildung 6: Diagnosen Jugendliche (Tessenow 2002).....	56
Abbildung 7: Diagnosen aller Altersklassen (Tessenow 2002).....	56
Abbildung 8: Geschätzte Unterbringungsdauer (Tessenow 2002)	56
Abbildung 9: BAG-Erhebung 2002.....	60
Abbildung 10: BAG-Erhebung KJP 2002 auf 1 Mio. Einwohner.....	61
Abbildung 11: Befragung der Sozialministerien 2006.....	62
Abbildung 12: Tabelle Befragung der Sozialministerien Gesamt.	63
Abbildung 13: Tabelle Beteiligte Einrichtungen.....	64
Abbildung 14: Tabelle Gesamtzahl der Untergebrachten 2004-2005.....	66
Abbildung 15: Alterdurchschnitt.....	67
Abbildung 16: Staatsangehörigkeit.....	68
Abbildung 17: Tabelle Wohnsituation vor Aufnahme.....	69
Abbildung 18: Rechtsgrundlage der Unterbringungen 2004	69
Abbildung 19: Rechtsgrundlage der Unterbringungen 2005	69
Abbildung 20: Anlassstraftaten.....	70
Abbildung 21: Hauptdiagnose bei Aufnahme	71
Abbildung 22: Aktuelle Diagnose / Behandlungsdiagnose	72
Abbildung 23: Aktuelle Nebendiagnose	73
Abbildung 24: Schulabschluss vor Einweisung und während des stationären Aufenthaltes	75
Abbildung 25: Tabelle Schulabschluss vorher / während.....	75
Abbildung 26: Lockerungen 2005.....	77
Abbildung 27: Schwere Verstöße / Lockerungsversagen.....	79

Abbildung 28: Tabelle Rechtsgrundlage der Entlassenen.....	80
Abbildung 29: Rechtsgrundlage bei Entlassung	80
Abbildung 30: Tabelle Art der Entlassung	80
Abbildung 31: Tabelle Wohnsituation nach Entlassung	81
Abbildung 32: Tabelle Modelle der Versorgung	82
Abbildung 33: Übersicht über die spezialisierten Jugendforensischen Einrichtungen in Deutschland.	90
Abbildung 34: Tabelle Einrichtungen im Überblick.....	92
Abbildung 35: Tabelle Rechtliche Aufnahmekriterien der einzelnen Einrichtungen.....	93
Abbildung 36: Tabelle Belegungssituation Arnsdorf (Stichtagserhebung 2005)	95
Abbildung 37: Tabelle Rechtsgrundlage Arnsdorf (Stichtag 2005).....	96
Abbildung 38: Tabelle Belegungssituation Berlin 2005	98
Abbildung 39: Tabelle Rechtsgrundlage Berlin (Stichtag 2005)	99
Abbildung 40: Tabelle Belegungssituation Klingenmünster (Stichtag 2005).	106
Abbildung 41: Tabelle Rechtsgrundlage Klingenmünster (Stichtag 2005).	106
Abbildung 42: Tabelle Belegungssituation Marburg (Stichtag 2005).....	116
Abbildung 43: Tabelle Rechtsgrundlage Marburg (Stichtag 2005).....	117
Abbildung 44: Tabelle Belegungssituation Marsberg (Stichtag 2005). ...	120
Abbildung 45: Tabelle Rechtsgrundlage Marsberg (Stichtag 2005).	120
Abbildung 46: Tabelle Belegungssituation Rostock (Stichtag 2005).	135
Abbildung 47: Tabelle Rechtsgrundlage Rostock (Stichtag 2005).	135
Abbildung 48: Tabelle Belegungssituation Parsberg (März 2006).....	141
Abbildung 49: Tabelle allgemeine Behandlungsziele	146
Abbildung 50: Tabelle Umsetzung der therapeutischen Mindestanforderungen	148

Anhang

			1 (§63 StGB) 3 §126a StPO 2 §126a StPO 1 §126a StPO 1 §126a StPO 1 §126a StPO 1 §126a StPO 1 §126a StPO			BKH Werneck BKH Mainkofen BKH Ansbach BKH Gabersee BKH Taufkirchen BKH Regensburg BKH Bayreuth BKH Erlangen
		Ges.4	Ges. 95		99	
Berlin	Ja			6 (§63 StGB) 1 (§126a StPO) 4 (§63 StGB)		Vivantis Klinik (KJP) Krankenhaus des Maßregelvollzugs für Männer und Frauen
				Ges.11	11	
Brandenburg	Nein	1 0 0	8 2 5			Landeskliniken: Brandenburg Eberswalde Teupitz
		Gesamt 1	Gesamt 15		16	
Bremen	Nur bei Drogen (Brauel) (§§ 7, 93a JGG, §64 StGB)			Keine Angabe		Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Bremen Ost Brauel
Hamburg	Nein	1 (§63 StGB)	2 (§63 StGB) 5 (§126a StPO)			
		Ges. 1	Ges. 7		8	
Hessen	Ja (nur Jugendliche)		Keine Angabe			KJP Marburg KJP Eltville
Mecklenburg-Vorpommern	Eingeschränkt	3	7		10	Rostock
Niedersachsen	Nein			Keine Angabe		LKH Moringen
Nordrhein-Westfalen	Nein			14(§63) 2(§64) 10 §126a StPO 10(§63) 3(§64) 6(§126a)		LWL LVR

				24 (§63) 5 (§64) 16 (§126a) Ges.45	45	<i>NRW (Ges)</i>
Rheinland-Pfalz	Ja: wenn Aufnahmealter <18					KJP Klingenstein KJP Alzey
Saarland	Nein			5	5	Klinik für forensische Psychiatrie Merzig
Sachsen	Ja.					KJP Arnsdorf KJP Rodewisch Forensische Klinik Leipzig ⁶⁹
Sachsen-Anhalt	Nein.					Keine Angabe der Ministerien
Schleswig-Holstein	Nein		1 (§63 StGB) 2 (§64 StGB) 1 (§65 StVollG) 1 (§81 StPO) Ges. 5		5	Psychatrium Gruppe Neustadt Fachklinik Schleswig
Thüringen	Nein			1 6 3 Ges.10	10	Hildburghausen GmbH Hainich GmbH Stadtroda GmbH
		Jugendliche	Heranwachsende	Ohne Altersangabe	Alle 14-21	
Gesamt		11	154	71	236	

⁶⁹ undefinierte Gruppe abweichend vom Vollstreckungsplan in Leipzig.

A.2 Ist-Stand (Prävalenz) der im Maßregelvollzug untergebrachten in Rheinland-Pfalz (siehe Kapitel 8.1)

(Stand August 2002)

Rechtsgrundlage	Bis 18 Jahre			Bis 21 Jahre			Summe
	§ 126a	§ 63	§ 64	§ 126a	§ 63	§ 64	
Pi	3	3			4		10
Dauerbeurlaubung Pi					2		2
Andere Einrichtungen in Rheinland-Pfalz	1	1	1	1	6	6	16
Gesamtsumme	4	4	1	1	12	6	28

(Stand Dezember 2000)

Rechtsgrundlage	Bis 18 Jahre			Bis 21 Jahre			Summe
	§ 126a	§ 63	§ 64	§ 126a	§ 63	§ 64	
Pi	1	2			3 (+1 beurl.)		6
Andere Einrichtungen in Rheinland-Pfalz				3	14	10	27
Gesamtsumme	1	2		3	17	10	33

Quelle: eigene Erhebung

A.3 Fragebogen Basisdokumentation Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug

Basisdokumentation Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug

Stichtag:

01.02.2005

Name der Einrichtung

Persönlichkeitsdaten

Fallnummer (Fortlaufende Nummer, wird in der Einrichtung festgelegt)	Alter am Stichtag (in Jahren /Monaten/ Tagen)	Untergebracht seit (in Monaten und Tagen)	Rechtskraft der Maßregel seit (in Monaten und Tagen)	Datum der Entlassung

Anleitung: Dieser Fragebogen wird jeweils zum Stichtag am 1. Februar sowie bei Entlassung eines Patienten im Maßregelvollzug ausgefüllt. Einzubeziehen sind alle Patienten, die als Jugendliche aufgenommen wurden. Bitte nur zutreffendes ankreuzen.

1 Staatsangehörigkeit

Deutsch

EU-Ausländer/in

Sonstige Ausländer

Unbekannt

2 Geschlecht

Weiblich

Männlich

3 Wohnsituation vor Aufnahme

Eltern(teil)	<input type="checkbox"/>
Adoptiv-/ Pflegefamilie	<input type="checkbox"/>
Heim	<input type="checkbox"/>
Allein	<input type="checkbox"/>
Gefängnis	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

4 Rechtsgrundlage

§ 126 a StPO	<input type="checkbox"/>
§ 63 StGB	<input type="checkbox"/>
§ 64 StGB	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>

5 Anlassstraftat(en) Mehrfachnennung möglich

Tötungsdelikt (§§ 211 ff. / 16. Abschnitt StGB)	<input type="checkbox"/>
Sexualdelikt (§§ 174 ff. / 13. Abschnitt StGB)	<input type="checkbox"/>
Delikte gegen das Eigentum (§§ 242 ff. / 19., 20. Abschnitt StGB)	<input type="checkbox"/>
Körperverletzung (§§ 223 ff. / 17. Abschnitt StGB)	<input type="checkbox"/>
Brandstiftung (§§ 306 ff. / 28. Abschnitt StGB)	<input type="checkbox"/>
Andere Delikte:	<input type="checkbox"/>

Diagnosen (ICD-10)

Aufnahmediagnose (Gutachten oder Diagnose bei Aufnahme)

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| 6 | Psychiatrische Hauptdiagnose: | F |
| 7 | Psychiatrische Nebendiagnose: | F |

Aktuelle Diagnose / Behandlungsdiagnose (Falls abweichend von Aufnahmediagnose)

Multiaxiales Klassifikationssystem (MAS)

I. Achse:

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| 8 | Psychiatrische Hauptdiagnose | F |
| 9 | Psychiatrische Nebendiagnose | F |

II. Achse:

- | | | |
|----|-------------------------------------|---|
| 10 | Umschriebene Entwicklungsrückstände | F |
|----|-------------------------------------|---|

III. Achse:

- | | | |
|----|-------------------|----|
| 11 | Intelligenzniveau | IQ |
| 12 | | F |

Lockerungen

- 13 **Stand der Lockerung** (nur die höchste, erreichte Lockerungsstufe am Stichtag, falls vorhanden)

Keine Lockerung

Begleiteter Ausgang (Ausführung)

Ausgang

Außenbeschäftigung / Schule extern, unbegleitet

Urlaub (Über Nacht)

Dauerbeurlaubung / Dauererprobung

- 14 **Lockerungsmissbrauch / Schwere Regelverstöße** (im Zeitraum seit der letzten Stichtagserhebung; mehrere Nennungen möglich)

Kein Lockerungsmissbrauch

Entweichung

Straftaten

Suchtmittelmissbrauch

Schwere einrichtungsinterne Verstöße

Andere:

Schulische / Berufliche Bildung

Zuletzt besuchte Schule / Ausbildungsstätte

	15 Vor Maßregel	16 Während Maßregel
Besuch Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch Förderschule mit Förderschwerpunkt Lernen (L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch Förderschule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch Förderschule mit Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung (EA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschützende Werkstatt oder Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BVJ / BGJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschluss

	17 Vor Maßregel	18 Während Maßregel
Abschluss Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschluss Förderschule mit Förderschwerpunkt Lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere / Unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Entlassung

Ja

Nein

Nachfolgende Fragen sind nur bei Beantwortung der Frage 26 mit *ja* weiter aus zu füllen

20 Entlassungsart:

Erledigung der Maßregel

Verlegung in Erwachsenenforensik

Bedingte Entlassung

Abbruch der Maßregel

Sonstige

21 Wohnsituation nach Entlassung:

Eltern(teil) ; (auch: Adoptiv-/ Pflegefamilie)

Justizvollzugsanstalt

Heim / Betreutes Wohnen

Allein

Sonstiges

22 Berufliche /Schulische Situation

nach Entlassung:

Erwerbstätig

Sozialhilfe

In Ausbildung

Arbeitslos

Beschützende Werkstätte oder Betrieb

BVJ / BGJ

Andere / Unbekannt

Bemerkungen:

A.4 Beteiligte Einrichtungen mit vollständiger Anschrift

Name der Klinik	Ärztliche Leitung Ansprechpartner	Anschrift
Rheinessen Fachklinik Alzey Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie	Dr. Stein Chefarzt	Dautenheimer Land- straße 66 555232 Alzey
Sächsisches Krankenhaus Klinik für Kin- der- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	Dr. Hummel Chefarzt	Hufelandstr. 15 01477 Arnsdorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rhei- nischen Kliniken Bedburg-Hau	Dr. Förster-Rosik Oberarzt	Grüner Winkel 8 47551 Bedburg-Hau
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Rheinhöhe	Frau Dr. Mallmann	Kloster-Eberbach-Str. 4 65346 Eltville
ZFP Weissenau, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie für Kinder und Jugendli- che	Prof. Dr. Schepker Ärztl. Leitung	Weingartshofer Str. 2 88214 Ravensburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Lahnhöhe	Dr. Wolf Ärztlicher Direktor	Cappeler Str. 98 35039 Marburg
Westfälische Klinik für Kinder- und Ju- gendpsychiatrie St. Johannes-Stift Marsberg	Herrn Dr. Burchard Chefarzt	Bredelarer Str. 33 34431 Marsberg
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie - psychotherapie der Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Zentrum für Ner- venheilkunde	Prof. Dr. Häbler Leitung	Ulmenstraße 44 18057 Rostock
Universität Rostock Klinik für forensische Psychiatrie	Prof. Dr. Schläfke	Gehlsheimer Str. 20 18147 Rostock

Pfalzkrlinikum f. Neurologie und Psychiatrie Pfalzkrinstitut Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Dr. Brünger, Chefarzt OA W. Weissbeck	Weinstraße 100 76889 Klingenmünster
Vivantes Klinikum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	Direktor Dr. Bilke OA Frau Dr. Stoever	Frohnauer Str. 74-80 13467 Berlin
Fachkrlinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Hildesheim	Dr. Felbel	Goslarer Landstr. 60 31135 Hildesheim

A.5 Forderung der BAG leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Abstimmung mit dem Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug zur Neuregelung des Rechts der strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Zum Entwurf des Bundeskabinetts vom 18.5.2005, (BMJ Dokument 050518 Maßregelgesetz Fassung vom 9.5.2005; Gesetzentwurf des Bundesrats vom 24.8.2004, BT-Drucks. 15/3652):

Ein gemeinsames Schreiben der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Abstimmung mit dem Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug an die Bundesministerin für Justiz Fr. Zypries zu den vorliegenden Entwürfen zur Reform des Maßregelrechts soll hier in seinen wesentlichen Eckpunkten als wesentliches Ergebnis und Forderung an die Politik dargestellt werden.

Um die besonderen Bedürfnisse Jugendlicher im Maßregelrecht zu berücksichtigen ist es

- fachlich geboten, einer möglichen, mit der Gesetzesnovellierung absehbaren starken Zunahme von Unterbringungen Jugendlicher entgegenzutreten, wie sie mit der Ausdehnung auf die Nichtausschließbarkeit der §§ 20/21 StGB verbunden sein wird.

Insbesondere wäre zu fordern:

- Im Maßregelrecht sollte verankert werden dass Jugendliche nicht gemeinsam mit Erwachsenen untergebracht werden dürfen.

Das Recht auf Schulbildung und das Recht auf eine jugendgemäße Umgebung und pädagogische Begleitung können dort nicht verwirklicht werden.

- Für Jugendliche sollte eine Befristung der Unterbringung nach § 63 StGB ermöglicht werden. Das Entwicklungspotenzial Jugendlicher lässt eine prinzipiell unbefristete Unterbringungsdauer unverhältnismäßig erscheinen. Eine unbegrenzte, d.h. ggfs. unbeeinflussbare Gefährlichkeit kann bei Jugendlichen nur als Rarität angenommen werden.
- Bei Jugendlichen sollte eine Erprobung von Lockerungen möglich sein. Die Gründe dafür sind ähnliche: eine flexible, möglichst schnelle Dehospitalisierung sollte bei Jugendlichen angestrebt werden.
- Eine Sicherungsverwahrung bei Jugendlichen ist nach wie vor auszuschließen – auch nachträglich nach Jugendstrafvollzug.
- Bei Jugendlichen sollte die Möglichkeit, auch bei Nichtausschließbarkeit der §§ 20/21 StGB den § 63 StGB zu verhängen und damit eine Unterbringung im Maßregelvollzug zu verfügen, keine Anwendung finden.

Diese Regelung würde bei Jugendlichen einen enormen Anstieg von Unterbringungen zeitigen. Hier sollte ebenso verfahren werden wie bei der Sicherungsverwahrung - Nichtanwendbarkeit bei Jugendlichen.

Damit der Maßregelvollzug für Jugendliche *eine Chance* darstellt, ist eine Vorhaltepflcht für ein jugendforensisches Angebot zu fordern: ansonsten bleiben Jugendliche im Maßregelvollzug die „Stiefkinder“ der psychiatrischen Versorgung.

Danksagung: ausdrücklich möchte ich mich bei allen Mitgliedern des Arbeitskreises Forensik und Maßregelvollzug bei Jugendlichen bedanken, die mich durch ihre Zusammen- und Zuarbeit bei meinem Unterfangen unterstützt haben. Besonders herzlich bedanken möchte ich mich bei Frau Aglaja Stöver, Frau Marit Becker und Herrn Martin Koller, die es auf sich nahmen, die Arbeit vorab kritisch durchzusehen. Für die lange Geduld bedanke ich mich bei meiner Frau und meinen Kindern.