



dgsgb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Knut Hoffmann
(Hrsg.)**

**Delinquenz und geistige Behinderung
im Spannungsfeld zwischen Recht
und Hilfe**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am
20.3.2009 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 20**

Berlin 2010

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-21-9

© 2010 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2010

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Delinquenz und geistige Behinderung im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 20.3.2009 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Knut Hoffmann	4
Geistige Behinderung und Delinquenz im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe - Einführung und historischer Exkurs	
Jutta Muysers	9
Die Behandlung von intelligenzgeminderten Patientinnen/Patienten im Maßregelvollzug	
Helma Ahlemeyer	14
Intelligenzminderung - Beschaffenheit der Störung und Bedeutung für die Delinquenz	
Hans Viellehner & Markus Sollinger	30
Geistige Behinderung und Delinquenz - Das Angebot der Stiftung Ecksberg	
Anne Kortleben	39
Delinquente Menschen mit geistiger Behinderung - Die Arbeit der Polizei	
Autorinnen und Autoren	46

Geistige Behinderung und Delinquenz im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe Einführung und historischer Exkurs

Knut Hoffmann

Seitdem Menschen in Gruppen zusammenleben geben sie sich (implizit oder explizit) Regeln, die ein solches Zusammenleben organisieren und für den Einzelnen möglichst problemlos gestalten sollen. Auch schon immer haben Verstöße gegen derartige Regeln zu Konsequenzen unterschiedlicher Art geführt. Bereits vor tausenden von Jahren war es gesellschaftlicher Konsens, dass nicht alle Individuen einer Gesellschaft in der Lage sind, den jeweiligen Regeln anspruchsgerecht zu folgen. Oft war diese Frage (und ist es immer noch) mit einer grundsätzlichen Diskussion um die Fähigkeit zur freien Willensbildung des Menschen verknüpft. Exemplarisch sei hier auf Veröffentlichungen von DÖLLING, MÜLLER-SUUR, SASS, HADDENBROK und nicht zuletzt des Deutschen Bundestages verwiesen. Auch sei hier auf den Streit zwischen MARTIN LUTHER (1483-1546) und ERASMUS VON ROTTERDAM (1466-1536) hingewiesen. Ersterer apostrophierte den freien Willen als göttliche Eigenschaft, die für Menschen nicht erreichbar sei, ERASMUS ging von einer grundsätzlichen Fähigkeit des Menschen zur freien Willensbildung aus.

Bereits ARISTOTELES beschreibt in seiner *Nikomachischen Ethik* (ca. 322 v. Chr.) Seelenzustände, welche zu einer verminderten Verantwortlichkeit des Individuums führen. Im Römischen Reich regelte das sog. *Zwölf Tafelgesetz* (*Leges duodecim tabularum*) die allgemeinen rechtlichen Belange. Hier fanden sich verschiedene Sachverhalte, die zu einer Schuld minderung oder gar Aufhebung führten; neben anderen fand sich der Begriff der *mente capti* (die Verblödeten), welcher dem heutigen Begriff der Intelligenzminderung analog zu sehen ist. Eine Begründung der deculpierenden Wirkung fand sich darin, dass die Erkrankung als schon ausreichende Strafe betrachtet wurde. Es ist jedoch nicht bekannt, wie weitere legalpräventorische Maßnahmen gestaltet waren.

Der erste weitgehend paneuropäische Rechtskodex, die *Constitutio Criminalis Carolina* (kurz: Carolina), wurde 1532 durch Karl V. im „Heiligen Römischen Reich Deutscher Nation“ eingeführt und behielt in weiten Teilen bis Ende des 18. Jahrhundert hinein Gültigkeit. Ähnlich wie in der Aristotelischen Anschauung wurde hier die Reife des Kindes als Vergleichsmaßstab bei der Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit durch Störungen kognitiver Leistungen herangezogen (Art. 179: „von übelhättern die jugent oder anderer sachen halb, jre sinn nit haben“). Unter anderem wurden Geisteskranke von der Todesstrafe und teilweise auch der Folter (peinlicher Frag) ausgeschlossen. Dies war aber auch von der Art des Deliktes abhängig.

Einen weiteren entscheidenden Schritt sowohl in der Klassifizierung psychischer Störung als auch deren Bezug auf strafrechtliche Verantwortung wurde dann durch

PAOLO ZACCHIA (1584 -1659) vollzogen. ZACCHIA muss als einer der letzten Universalgelehrten angesehen werden, war Theologe, Arzt, Philosoph und Jurist sowie Leibarzt der Päpste Innozenz X. und Alexander VII. Historisch muss er als Begründer der rechtsmedizinischen Wissenschaft angesehen werden. Weiterhin war er Berater der höchsten kirchlichen Rechtsinstanz, der *Rota Romana*, welche sich auch heute noch einen psychiatrischen Berater leistet.

In einem ersten, vielbändigen rechtsmedizinischen Werk (*De Quaestiones Medico-Legales*) machte er auch dezidierte Aussagen zu möglichen Auswirkungen seelischer Störungen auf die rechtliche Verantwortlichkeit. So klassifizierte er unterschiedliche Schweregrade kognitiver Beeinträchtigungen (*obtuitas, fatuitas, stupiditas*) und bemaß deren Einfluss bezüglich verschiedener rechtlicher Aspekte. Abgesehen von der zeittypischen Begrifflichkeit haben hier auch die modernen psychiatrischen Klassifikationssysteme und die moderne juristisch/forensische Literatur zu keiner wesentlichen weiteren Erhellung geführt.

Mit Beginn der Aufklärung und einer zunehmenden Säkularisierung im 17. Jahrhundert kam es zu einem allgemeinen Wissenszuwachs, welcher dann letztendlich auch Voraussetzung für die Entstehung von wissenschaftlichen Disziplinen wie Psychiatrie und Psychologie, aber auch Pädagogik waren. Auf juristischer Ebene fand sich dieses erstmalig konkretisiert in den Schriften des J. S. FR. BÖHMER (1704 – 1772) wieder, welcher, ähnlich wie ZACCHIA, ein dreistufiges Modell von Graden der Intelligenzminderung einführte. Auch führte er erstmals ein differenziertes forensisch-psychiatrisches Modell mit entsprechend ausformulierten exekutiven Konsequenzen ein.

Letztendlich fanden diese Erkenntnisse dann Eingang in das *Preußische Landrecht* von 1794, welches dann weitere Modifikationen im Preußischen Strafgesetzbuch von 1850 (§ 40) und im *Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches* von 1871 (§ 51) erfuhr. Inhaltlich fanden seitdem bezüglich der juristischen Bewertung von Intelligenzminderungen auf die Schuldfähigkeit nur noch marginale Änderungen statt. Auch die Begrifflichkeit des „*Schwachsinn*“, welche im historischen Sprachgebrauch dem Normsinn gegenüberstand, fand keine Änderung.

Aber immer noch stellt Delinquenz bei Menschen mit Intelligenzminderung, insbesondere in Deutschland, ein weithin unbearbeitetes Problemfeld dar. Wenn aus anderen Ländern bzgl. dieses Personenkreises epidemiologische Daten sowohl über die Delinquenz im Allgemeinen als auch über die Repräsentanz in Haftanstalten und im Maßregelvollzug (MRV) vorliegen, gilt dies für Deutschland nur sehr eingeschränkt. Es ist bekannt, dass Menschen mit niedriger Intelligenz, wobei dies nicht mit Inhalt gefüllt wird, in Haftanstalten überrepräsentiert sind; eine genaue Aufschlüsselung derartiger Daten liegt jedoch nicht vor. Die Messung oder Einschätzung der Intelligenz in Erkenntnisverfahren ist nicht zwangsläufig deren Bestandteil. Erst, wenn diesbezüglich Defizite sehr eklatant zu Tage treten, werden einzelne oder alle Verfahrensbeteiligten einen Gutachter hinzuziehen. Es kann auch nicht Aufgabe des Gerichts sein, diesbezüglich eigenständig Schlüsse zu ziehen. Vielmehr ist seine Aufgabe, bei hinreichendem Verdacht weitere Ermittlungen anzustellen und evtl. im obigen Sinne zu handeln.

Bezüglich der Prävalenz geistiger Behinderungen im MRV wurden hier bereits auf einer früheren Fachtagung der DGSGB im Jahre 2000 die vorliegenden Daten zusammengetragen (Abb.1):

Abb. 1: Häufigkeit intelligenzgeminderter Patienten im Maßregelvollzug
(erweitert nach STEINBÖCK 2000)

Autor	Jahr der Veröffentlichung	Stichtagsjahr	Population	Patienten mit Minderbegabung		
				n	von	%
LEYGRAF	1988	1984	MRV BRD			
			Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung			25,4
			Intellektuelle Behinderung			6,1
			Summe	622	1973	31,5
SEIFERT & LEYGRAF	1997	1994	MRV NRW			
			Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung			22,3
			Intellektuelle Behinderung			7,7
			Summe		556	30,0
JÖCKEL & MÜLLER-ISBERNER	1994	1993	MRV Hessen			17,6
PRIOR	1999		MRV Hamburg	10	66	15,0
STEINBÖCK	2000	2000	MRV Haar	3	135	2,2
MÜLLER-ISBERNER	2007	2007	MRV Haina		436	
			Intelligenzminderung mit Persönlichkeitsstörung	38		11,1
			Intellektuelle Behinderung	46		10,5

Diesbezügliche epidemiologische Untersuchungen sind insbesondere deshalb schwierig, da eine Intelligenzminderung nur äußerst selten primärer Grund einer forensischen Unterbringung sein dürfte und eine einfache statistische Abfrage der vorgeschriebenen psychiatrischen Basisdokumentation (BADO) hier sicher nicht ausreicht. Zudem ist insbesondere bei diesem Eingangsmerkmal der Kenntnisstand der Begutachtenden oft nicht ausreichend; es finden sich sicher viele Menschen im MRV, bei denen eine Intelligenzminderung vorliegt, aber nicht diagnostiziert ist. Der umgekehrte Fall dürfte aber auch nicht selten sein. Hierzu ist anzumerken, dass der Themenbereich geistige Behinderung erst seit wenigen Jahren im Facharztcurriculum für Psychiatrie auftaucht.

Im Folgenden seien noch einige Zahlen aus dem Ausland referiert, welche eine ebenfalls recht uneinheitliche Datenlage zeigen (Kasten 1):

Kasten 1: Zur Prävalenz intelligenzgeminderter Menschen in verschiedenen forensischen Stichproben (ausländische Studien)¹

BROWN & COURTLESS (1968)	England	9.5 % IM in Gefängnissen
GUDJONSSON et al. (1993)	England	8% IM in Polizeigewahrsam
LYALL et al. (1995)	England	4.4 % leichte IM, 0.4% schwere IM, 10 % Sonderschule
MURPHY et al. (1995)	England	insgesamt keine IM in Gefängnissen
HAYES (1996)	Australien	24 % aller Menschen vor Gericht IQ < 70
WINTER et al. (1997)	England	1 % GB in Polizeigewahrsam
MASON (1998)	England	10 % eines Bewährungssamples IM
STAUFFENBERG (2000)	England	Screening der britischen Hochsicherheitsabteilungen mit (unbekannten) Autismusfragebogen, ca. 20 % PDD
MASON & MURPHY (2002)	England	7 % IM, signifikant jünger
JONES (2007)		2-40 % IM bei Delinquenten
VANNY et al. (2009)	Australien	10 % IM, 20 % LB

Nicht unterschlagen werden darf im Übrigen, dass auch „zivilisierte“ Staatsgebilde keine Hemmungen haben, Menschen mit geistiger Behinderung der Todesstrafe zuzuführen (USA: *Atkins vs. Virginia*; vgl. BRACKEL 2006)

Nun kann grundsätzlich über den Sinn und Unsinn strafrechtlicher Maßnahmen gegenüber Menschen mit Intelligenzminderung nachgedacht werden. Aber nach Meinung des Referenten existiert auch diese Personengruppe nicht in einem rechtsfreien Raum und hat letztlich im Sinne einer umfassenden Inklusion sogar Anspruch auf eine Gleichbehandlung. Eine forensische Unterbringung bedeutet für den betroffenen Menschen zwar einen empfindlichen Eingriff in seine persönliche Freiheit, stellt aber - zumindest theoretisch - eine Chance auf eine umfassende Behandlung dar, wie sie sich im Regelversorgungssystem der GKV sicher nicht realisieren lässt.

Vorraussetzung für eine Sinnhaftigkeit, welche den Besserungsaspekt des § 63 StGB in den Vordergrund stellt, was in der Konsequenz immer eine Behandlung meint, ist natürlich die Schaffung entsprechender Behandlungs- und Therapieangebote, welche speziell auf diesen Personenkreis zugeschnitten sind. Bisher ist dies erst in sehr wenigen Standorten in Deutschland realisiert worden. Zwei Repräsentantinnen solcher Spezialkonzepte werden im Folgenden noch zu Wort kommen. Ebenfalls wird hier ein sozusagen „außerforensisches Modell“ einer Betreuung delinquent gewordener Menschen mit Intelligenzminderung aus Bayern vorgestellt werden.

¹ IM = Menschen mit Intelligenzminderung; GB = Geistige Behinderte; PDD = Pervasive Developmental Disorder (tiefgreifende Entwicklungsstörung); LB = Lernbehinderung. Gemeinsam sind diesen Untersuchungen erhebliche methodische Mängel, z. B. ist häufig nicht vermerkt, wie die Intelligenzmessung erfolgte.

Literatur

- Aristoteles: Nikomachische Ethik. Reclam-Verlag Stuttgart, 1969
- Brakel SJ (2006): Individualizing justice after Atkins. *J Am Academy Psychiatry Law* 34(1), 103-4
- Brown BS, Courtless TF (1968): The mentally retarded in the penal and correctional institutions. *Am J Psychaitry* 124(9), 1164-70
- Bundestagsdrucksache 16/7821 (2008). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/078/1607821.pdf>
- Dölling D (2007): Zur Willensfreiheit aus strafrechtlicher Sicht. *Fores Psychiatr Psychol Kriminol* 1, 59-62
- Gudjonsson GH, Clare I, Rutter S, Pearse J (1993): Interviews in police custody: The indentification of Vulnerabilities. Research Study Report no 12. London: Royal commision on criminal justice
- Haddenbrock S (1956): Krankheitswert, Seinsgradminderung und Freiheitsgrad. *Arch Psychiatrie Zschr Neurol* 195, 186-92
- Jones J (2007): Persons with intellectual disability in the criminal justice system. *Int J Offend Therapy Comparative Criminology* 51(6), 723-33
- Lyll I, Holland AJ, Collins S, Styles P (1995): Incidences of persons with learning disability detaining in police custody: A needs assesment for service development. *Med Sci Law* 35, 61-71
- Mason J, Murphy G (2002): Intellectual disability amongst people on probation: prevalence and outcome. *J Intellect Disabil Res* 46(3), 230-8
- Müller-Suur (1966): Über kulturelle Bedingtheit des Begriffs der Normalität. *Social Psychiatr* 1, 138-41
- Murphy GH, Harnett H, Holland AJ (1995): A survey of intellectual disability amongst men on remand in prison. *Ment Handicap Res* 8, 81-98
- Saß H (2007): Willensfreiheit, Schuldfähigkeit und neurowissenschaften. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 1, 237-240
- Schröder H-C (Hrsg.): Die peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V. und des Heiligen Römischen Reichs von 1532 (Carolina). Reclam-Verlag, Stuttgart 2000, S.107
- Stauffenberg (2001): Autism in British high security settings. Vortrag auf dem 3. Kongress mental Health in Intellectual Disability, Berlin 2001
- Steinböck, H. (2000): Forensisch-psychiatrische Aspekte delinquenten Verhaltens geistig behinderter Menschen. In: Seidel, M., Hennicke, K. (Hrsg.): *Delinquentes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung – eine interdisziplinäre Herausforderung*. Materialien der DGSGB, Bd. 4, Berlin, S. 30-43
- Vanny KA, Levy MH, Greenberg DM, Hayes SC (2009): mental illness and intellectual disability in magistrate courts in New South Wales, Australia. *J Intellect Disabil Res* 53(3), 289-97
- Winter N, Holland AJ, Collins S (1997): Factors predisposing to suspected offending by adults with self-reported learning disabilities. *Psychol Med* 27, 595-607
- Zacchia P: *Questiones medico-legales*, Tomus I, Liber II, Titulus I, Quaestiones VII. Rom 1621

Die Behandlung von intelligenzgeminderten Patientinnen/Patienten im Maßregelvollzug

Jutta Muysers

Juristische Grundlagen

Eine Unterbringung im Maßregelvollzug kann nur erfolgen, wenn eine Straftat begangen worden ist und weitere Gefahr für erneute strafbare Handlungen besteht. Dabei muss ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einer vorliegenden psychischen Erkrankung und der Neigung zu Straftaten hergestellt werden. Das Vorhandensein einer Intelligenzminderung allein prädestiniert nicht zur Kriminalität, es müssen zusätzliche Problemfelder vorhanden sein.

§ 20 StGB - Schuldunfähigkeit:

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung einer Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung, wegen Schwachsinn, oder wegen einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen, oder nach dieser Erkenntnis zu handeln.

§ 21 StGB - verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit der Täterin/des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen, oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 StGB bezeichneten Gründe bei der Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe gemildert werden.

§ 63 StGB - Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung der Täterin/des Täters und ihrer/seiner Taten ergibt, dass von ihr/ihm in Folge ihres/seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und sie/er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

In den §§ 20, 21 StGB finden sich juristische Merkmale, die zu einer verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit führen können. Dabei findet sich die Intelligenzminderung sowohl unter dem Stichwort der krankhaften seelischen Störung wieder als auch unter dem Begriff des Schwachsinn, der alle Störungen der Intelligenz zusammenfasst, welche auf nachweisbaren organischen Grundlagen beruhen.

Die Anordnung einer Maßregel erfolgt, wenn bei der/dem Straftäterin/Straftäter erhebliche Gefahr für erneute Straftaten besteht. In den meisten Fällen erfolgt bei Vorliegen einer Intelligenzminderung eine Anordnung zur Unterbringung gemäß § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus. Zu einer Unterbringung in einer

Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB kommt es bei Intelligenz geminderten Patientinnen/Patienten nur in Ausnahmefällen.

Eine Unterbringung gemäß § 63 StGB wird zwar jährlich seitens des zuständigen Gerichts im Hinblick auf ihre weitere Notwendigkeit überprüft, eine Entlassung kann aber erst erfolgen, wenn keine Gefahr für erneute Straftaten mehr besteht. Die mittlere Behandlungsdauer im Maßregelvollzug liegt zurzeit bei etwa sechs Jahren. Im Maßregelvollzug werden überwiegend männliche Patienten untergebracht, der Anteil weiblicher Patientinnen liegt deutlich unter 10 %. Neben Persönlichkeitsstörungen und Psychosen liegt der Anteil Intelligenz geminderter Patientinnen/Patienten im Mittel bei unter 10 %, maximal etwa 15 %. Eine Untersuchung von STEINBÖCK aus Bayern im Jahr 2000 ergab einen Anteil von 2,2 %. Wenn man allerdings die Patientinnen/Patienten mit Lernbehinderungen dazu nimmt, liegt der Anteil bei etwa 30 % (SEIFERT & LEYGRAF 1997).

Eine Untersuchung von SCHALLAST aus dem Jahr 2003 bezüglich Patientinnen/Patienten mit geringen Entlassungsaussichten aus dem Maßregelvollzug fand bei einer Stichprobe von 225 Patientinnen/Patienten etwas 25 % Patientinnen/Patienten mit einer Intelligenzminderung. Die Vorgeschichte dieser Patientinnen/Patienten wies als Unterbringungsdelikte Sexualdelikte (70 %), Erziehungsprobleme (80 %) und vorherige Heimaufenthalte und vorherige psychiatrische Behandlungen (etwa 50 %) als prognostisch negativ zu wertende Kriterien auf, ebenso wie eine fast vollständig fehlende berufliche Ausbildung.

Eine Untersuchung von SEIFERT zur Entlassungssituation bei Intelligenz geminderten Patientinnen/Patienten aus dem Maßregelvollzug ergab 2004, dass insbesondere die Unterbringung in einer Heimeinrichtung und Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte als relevante Kriterien für einen positiven Rehabilitations- und Entlassungsverlauf zu werten seien.

Störungsbilder und Behandlung von Intelligenz-geminderten Patientinnen/Patienten im Maßregelvollzug

Neben dem Vorliegen einer Intelligenzminderung, welche sich bei den Patientinnen/Patienten im Maßregelvollzug häufig im Bereich einer leichten geistigen Behinderung bewegt, finden sich oft schwierige familiäre Verhältnisse, schwere Verhaltensstörungen, dissoziale Lebensgeschichten und Heimkarrieren. SEIFERT fand 2004 eine Verteilung der Delinquenz in dem Sinne, dass zu 35 % Brandstiftungen vorlagen, Sexualdelikte ohne Gewalt zu 16 %, Sexualdelikte mit Gewalt zu 13 % und Eigentumsdelikte zu 19 % vorlagen, während Körperverletzungshandlungen nur zu 10 % ermittelt wurden.

Im Rahmen der Behandlung ist es jedoch wichtig, die Delinquenz zu analysieren und zuzuordnen, ob es sich um ein fixiertes oder Konflikt gebundenes Handlungsmuster gehandelt hat, welche Rolle die Aggression gespielt hat und welche situativen Faktoren wirksam geworden sind sowie des Weiteren, inwieweit es zu einem Einfluss von Suchtmitteln oder zur Beeinflussung durch andere gekommen ist. Diese Fragen ermöglichen neben einer Analyse der Delinquenz,

entsprechende Behandlungsziele festzulegen und später auch rückfallprophylaktische Strategien zu erarbeiten.

Aus der Behandlungsdauer im Maßregelvollzug von einigen Jahren geht hervor, dass die einzelnen Behandlungsschritte geduldig und langsam abgearbeitet werden müssen, um somit auch dem Störungsbild adäquat gerecht werden können. Für die Behandlung ist es aller Erfahrung nach sinnvoll, die Intelligenz geminderten Patientinnen/Patienten auf gesonderten Stationen und Abteilungen zu behandeln. Damit begegnet man nicht lösbarer Alltagskonflikten mit anderen Patientinnen/Patienten des Maßregelvollzugs.

Das Stationssetting muss einfache und überschaubare Regeln und Strukturen bieten. Zusätzlich sind realistische Teilziele erforderlich, häufige Wiederholungen und eine klare Tagesstruktur.

Nach der Durchführung einer umfangreichen Aufnahme- und Diagnostikphase erfolgt der Einstieg in die Behandlung. Wesentliche Elemente der Behandlung sind:

- Verbesserung sozialer Kompetenzen,
- Förderung von schulischen und ergotherapeutischen Fähigkeiten,
- Deliktbearbeitung,
- Aufarbeitung der Lebensgeschichte und ggf. medikamentöse Behandlungsstrategien.

Die Verbesserung sozialer Kompetenzen wird durch das sozio- und milieutherapeutische Setting der Station gewährleistet, innerhalb dessen es zur realen Einübung von Alltagssituationen kommen kann. Hierzu gehören z. B. die Verbesserung von Fertigkeiten des Umgangs mit Geld, aber auch der alltäglichen Notwendigkeiten der Selbstsorge.

Die Integration sozialer Normen kann durch das überschaubare Regelwerk des Stationssettings mit klarer Verantwortungszuordnung z. B. für bestimmte Aufgaben verbessert werden. Weitergehende soziale Kompetenzen können in einem für Intelligenz geminderte Patientinnen/Patienten modifizierten modularen Gruppentraining erworben werden.

Die im Maßregelvollzug untergebrachten Intelligenz geminderten Patientinnen/Patienten haben oft nur eine begrenzte schulische Bildung. Die Nachbeschulung erfolgt in Einzel- und Kleingruppenunterricht sowie enger Abstimmung mit der Behandlungsplanung und bringt oft erhebliche Verbesserungen der Intelligenz.

Eine enge Abstimmung ist auch bei der Integration in die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie notwendig. Neben Erkenntnissen über das Durchhaltevermögen und die Gruppen- und Konzentrationsfähigkeit besteht die Möglichkeit, eine zukünftige Arbeitstätigkeit, z. B. in betreute Werkstätten, vorzubereiten.

Die Straftaten intelligenzgeminderter, forensisch untergebrachter Patientinnen/Patienten sind oft aus einem bestimmten Lebenszusammenhang oder einer konflikthafter Lebenslage erklärbar. Dennoch ist es erforderlich, die Neigung zu Delikthandlungen speziell zu bearbeiten. Auch hier gelten die Prinzipien der Klarheit, der Überschaubarkeit und häufiger Wiederholung. Bewährt haben sich verhaltenstherapeutische und nonverbale Methoden. Die Erfahrung zeigt, dass

Patientinnen/Patienten mit Intelligenzminderungen auch lernen können, ihre Impulse wahrzunehmen und zu kontrollieren. Dazu muss das Delikt, auch z. B. ein Sexualdelikt, mit seinem gesamten Vorfeld und Nachtatverhalten durchgegangen werden und ggf. müssen im Sinne der Rückfallprophylaxe Handlungsalternativen für zukünftige Gefahrensituationen erarbeitet werden. Oft kann das Rückfallrisiko durch die Verbesserung aller anderen, eher der Tat verwandten Faktoren vermindert werden.

Medikamentöse Behandlungsstrategien spielen im Setting des Maßregelvollzugs bei der Behandlung von Intelligenz geminderten Patientinnen/Patienten eher eine untergeordnete Rolle. Medikamentös behandelt werden neben somatischen Erkrankungen psychische Auffälligkeiten wie z. B. aggressive, depressive oder gelegentlich auch wahnhaftige Störungen. Eine Trieb dämpfende Behandlung von Sexualstraftätern, z. B. mit einem Antiandrogen, ist oft von unrealistischen Hoffnungen auf eine damit verbundene Problemlösung begleitet.

Rehabilitation und ambulante Nachbehandlung

Nach dem Abschluss der eigentlichen Behandlung beginnt die Phase der Rehabilitation, d. h., Vorbereitung auf ein Leben und Arbeiten außerhalb der Klinik. Für die intelligenzgeminderten Patientinnen/Patienten gilt, dass in der Regel arbeiten, leben und wohnen nur unter professioneller Betreuung stattfinden kann.

Viele Patientinnen/Patienten benötigen nach der hochfrequenten geschlossenen Behandlung das Setting einer noch forensischen, aber offenen Station oder Wohngemeinschaft, um Alltagserfahrungen, Autonomie und Verantwortung unter engmaschig betreuten Bedingungen zu üben, bevor eine Beurlaubung oder Entlassung aus dem Maßregelvollzug stattfinden kann. In dieser Zeit wird ein ausführlicher Krisen- und Notfallplan entwickelt, der zukünftige Gefahrensituationen mit entsprechenden Handlungsanweisungen beinhaltet und jeder/jedem mit der/dem Patientin/Patienten befasste/n Betreuerin/Betreuer zur Verfügung gestellt wird, ebenso wie der/dem Patientin/Patienten selbst.

Ganz wichtig sind für intelligenzgeminderte Patientinnen/Patienten der schrittweise Übergang in ein neues Setting und der Erhalt der Beziehungskontinuität. Oft sind weniger therapeutische Interventionen erforderlich, als vielmehr die Begleitung im Alltag und die ständige Wiederholung der geltenden Regeln. Eine kurzfristige Erhöhung der Kontaktfrequenz, oder auch eine stationäre Krisenbehandlung, können immer wieder notwendig werden, ermöglichen aber die Fortführung der Rehabilitationsbemühungen.

Eine gute Abstimmung aller professionell zuständigen Personen in Helferkonferenzen ist erforderlich. Im Rahmen der Entlassung, welche immer nur zur Bewährung erfolgt, erhält die/der Patientin/Patient als zusätzliche Hilfestellung eine/einen Bewährungshelferin/Bewährungshelfer.

Viele Heimeinrichtungen, oder andere spezielle Einrichtungen für intelligenzgeminderte Menschen tun sich mit der Aufnahme forensischer Patientinnen/Patienten sehr schwer. Hier ist eine gute Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit mit den Nachsorgeeinrichtungen vonnöten.

Mit der Sicherstellung ambulanter Nachsorge und Übernahme der forensischen Kontrolle durch die Nachsorgeambulanz, also der Überwachung der deliktrelevanten Kriterien, gelingt es manchmal, Maßregelvollzugspatientinnen/-patienten in solche Heimeinrichtungen zu integrieren. Einige der Patientinnen/Patienten schaffen es auch, mit entsprechender Betreuung in einer eigenen Wohnung zu leben. Auch, wenn es bezüglich der forensischen Unterbringung von intelligenzgeminderten Patientinnen/Patienten sehr viele Vorbehalte und Vorurteile gibt, gelingt es doch, bei einem großen Teil der Patientinnen/Patienten mit einem solch durchstrukturierten und multimodalen Behandlungsprogramm die Gefährlichkeit zu reduzieren und eine Re-Integration in das Versorgungssystem der Gemeinde durchzuführen.

Literatur

- Seifert, D, Leygraf, N (1997): Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63) in Nordrhein-Westfalen. Vergleich der aktuellen Situation mit der vor Einführung des Massregelvollzugsgesetzes vor 10 Jahren. Psychiatrische Praxis 24(5), 237-44
- Schalst, N. (2003): Projektbericht: Patienten des Massregelvollzugs gem § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. LVR Rheinland - Institut für forensische Psychiatrie der Universität Duisburg – Essen, Sep. 2003
- Seifert, D., Kutscher, S., Müller - Musavi, S. (2005): Verlauf und Rückfallrisiko entlassener intelligenzgeminderter Patienten aus dem Massregelvollzug. In: Osterheider, M. (Hrsg.): 19. Eickelborner Fachtagung 2005
- Steinböck, H. (2005) : Modelle spezialisierter psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Materialien der DGSGB , Band 4

Intelligenzminderung - Beschaffenheit der Störung und Bedeutung für die Delinquenz

Helma Ahlemeyer

Dem Fortbildungsthema möchte ich mich nähern mit der Frage, was denn eine Intelligenzminderung ist. Begriffe und Definitionen stehen unumgänglich am Anfang, auch wenn dies zugegebenermaßen ein trockener, theoretischer Teil ist; aber wir müssen wissen, worüber wir reden.

Begriffe und Definitionen

Begriffe, die heute immer wieder finden sind und die synonym verwendet werden, sind z. B. die Begriffe Oligophrenie, geistige Behinderung, Intelligenzminderung und Lernbehinderung, wobei man unter Lernbehinderung in der Regel eine leichtere Form der Intelligenzminderung versteht. Alle Begriffe sind in unterschiedlichen Zusammenhängen geprägt worden und haben ihren je eigenen geschichtlichen Kontext.

Der Begriff Oligophrenie heißt wörtlich übersetzt „wenig Verstand“. Er ist heute veraltet. Er wurde früher als Oberbegriff verwendet und dann weiter unterteilt. Anstelle von Debität, Imbezillität und Idiotie spricht man heute von leichter, mittelschwerer und schwerer Intelligenzminderung. Der Begriff „geistige Behinderung“ hat einen sozialrechtlichen Hintergrund und wurde im Zusammenhang mit dem Sozialrecht geprägt, bevor er dann auch in anderen Zusammenhängen verwendet wurde.

Das Wort Behinderung fand nach dem ersten Weltkrieg breiten Einzug in den Sprachgebrauch, nachdem viele verletzte Soldaten mit bleibenden Schäden aus dem Krieg zurückkamen und auch in der Amtssprache als „Krüppel“ bezeichnet wurden. Dieser Begriff wurde schnell als diskriminierend empfunden und durch den der „Körperbehinderung“ ersetzt. Das Wort Behinderung fand dann schnell Eingang in das Sozialrecht z.B. in Form von „Sehbehinderung“ oder auch „geistige Behinderung“. Gemeint waren hiermit alle Beeinträchtigungen, die die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erschweren und somit einen Anspruch auf Eingliederungshilfe begründen.

Das Wort „Intelligenz“ heißt übersetzt „Verstand“ Inhaltlich ist der Begriff „Intelligenzminderung“ somit vergleichbar mit dem Begriff „Oligophrenie“. Der Begriff Intelligenzminderung hat heute im deutschen Sprachraum Einzug in den internationalen Diagnoseschlüssel gehalten (ICD-10 F 70 – 73). Der Begriff „Lernbehinderung“ stammt letztlich aus der Schulorganisation und sollte aus meiner Sicht auch nur hier Verwendung finden, da er auch nur aus diesem Zusammenhang heraus mit Inhalt zu füllen ist.

Abb. 1: Zur Unterscheidung von Lern- und geistiger Behinderung

Lernbehinderung (IQ 70-85)	geistige Behinderung (IQ 30-75)
Besuch der Sonderschule für Lernbehinderte; Oberstufe oder Bildungsgang der Grund- und Hauptschule nicht ausreichend zu schaffen.	Besuch der Sonderschule für Intelligenzgeminderte, Bildungsgang der Sonderschule für Lernbehinderte nicht ausreichend zu schaffen.
Sinnentnehmendes Lesen einfacher Texte ist möglich.	Kann nicht lesen oder aber liest nur Einzelworte, so dass auch einfache Texte nicht sinnentnehmend gelesen werden können.
Einfache schriftliche Äußerungen sind möglich.	Schrift nur abmalen. Worte diktieren ist nicht möglich.
Einfache Rechenoperationen auch im Zahlenbereich über 10 sind durchführbar.	Kann zählen; nur anschauliches Zu- und Wegnehmen im Zahlenraum bis 10 ist durchführbar.
Hat schon einmal auf dem freien Arbeitsmarkt gearbeitet oder diese Tätigkeit ist aufgrund der geistigen Fähigkeiten prinzipiell leistbar.	Kann dauerhaft allenfalls in einer WfMB arbeiten.
Hat bereits in einer eigenen Wohnung gelebt oder aber ist aufgrund der geistigen Fähigkeiten prinzipiell dazu in der Lage.	Ist dauerhaft zu einer eigenständigen Lebensführung nicht in der Lage.
Kann in Gruppen gefördert werden.	Kann nur in einer Kleinstgruppe oder aber in 1:1 Betreuung gefördert werden.

Fassen wir zusammen, dass die heute üblicherweise verwendeten Begriffe Intelligenzminderung und geistige Behinderung sind (mit Bevorzugung des Begriffes Intelligenzminderung in der Psychiatrie). Der Begriff geistige Behinderung findet vorrangig Verwendung im Sozialrecht. Der Begriff Lernbehinderung stammt aus der Schulorganisation.

Was bedeutet jetzt aber Intelligenzminderung?

Der Begriff Intelligenz (übersetzt: Verstand) ist ein Sammelbegriff, hinter dem sich ein ganzes Bündel von Fähigkeiten und Fertigkeiten verbirgt. Das Phänomen der Intelligenz setzt sich aus vielen Fertigkeiten und Fähigkeiten zusammen. Ein Begriff, der in diesem Zusammenhang immer wieder als eine Fähigkeit genannt wird, die das Intelligenzniveau mitbestimmen, ist der Begriff der Kognition. Weitere Fähigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen sind:

- Sprache (Wortschatz, Wortflüssigkeit, Satzbau usw.)
- Motorik
- soziale Fähigkeiten
- moralische Fähigkeiten
- emotionale Fähigkeiten.

Der Begriff Kognition ist ein Sammelbegriff und meint Fähigkeiten wie:

- Wahrnehmen
- Erkennen
- Denken

- Vorstellen
- Abstraktionsvermögen
- Erinnern
- Urteilen

Betrachtet man diese übliche Definition von Intelligenz, so fällt auf, dass man von einem Sammelbegriff zum nächsten gelangt, womit Sie sehen, wie schwierig es ist, Intelligenz zu definieren.

In der Medizin wird heute sehr klar zwischen Intelligenzminderung und Demenz unterschieden. Für den Verlust oder Rückgang von Fähigkeiten wird der Begriff Demenz verwendet; d.h. bereits erworbene Fähigkeiten gehen wieder verloren. Der Begriff Intelligenzminderung bezieht sich dagegen auf eine Störung, bei der bestimmte Fähigkeiten oder Fertigkeiten gar nicht erst erworben werden; d.h. die Entwicklung gelangt nicht an ihren Endpunkt, sie ist verzögert und/oder bleibt auf einem ganz bestimmten Niveau stecken. Heute wird Intelligenzminderung ganz klar als Entwicklungsverzögerung verstanden.

Zur Intelligenzminderung als Entwicklungsverzögerung

Ich möchte mich an dieser Stelle näher mit dem Phänomen der Intelligenzminderung als Entwicklungsverzögerung befassen und Ihnen einen Ansatz vorstellen, der in der Abteilung für intelligenzgeminderte Rechtsbrecher am LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn erarbeitet wurde. Ich habe lange an diesem Zentrum u. a. als Chefarztin gearbeitet. Der Ansatz basiert auf den entwicklungspsychologischen Arbeiten namhafter Wissenschaftler zur kognitiven, sozialen und moralischen Entwicklung von gesunden Kindern und Jugendlichen.

Ihnen allen werden vielleicht die grundlegenden entwicklungspsychologischen Arbeiten von PIAGET und sein Stufenmodell zur kognitiven Entwicklung gesunder Kinder und Jugendlicher bekannt sein. In Deutschland weit weniger bekannt sind spätere entwicklungspsychologische Untersuchungen und Modelle zur sozialen und moralischen Entwicklung. KOHLBERG, SELMAN, YOUNISS und DAMON (alle in den USA) haben in diesem Zusammenhang ebenfalls konkrete Stufenmodelle entwickelt. Also: PIAGET hat eine Stufentheorie zur kognitiven Entwicklung und die Amerikaner haben Stufentheorien zur sozialen und moralischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erarbeitet.

Wir wissen heute, dass intelligenzgeminderte Erwachsene die gleichen Entwicklungsstufen durchlaufen wie normalbegabte auch, nur dass sie diese Stufen später und hohe Entwicklungsstufen möglicherweise gar nicht erreichen. Veranschaulichen möchte ich dies am Beispiel der motorischen Entwicklung: intelligenzgeminderte müssen genau wie normalbegabte erst sitzen und stehen lernen, bevor sie laufen können; allerdings lernen sie später laufen und erreichen hohe Stufen der Feinmotorik möglicherweise gar nicht. Wie in der motorischen Entwicklung lassen sich auch Stufen zur kognitiven, sozialen und moralischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen darstellen. Wie ich noch zeigen werde, finden sich diese Stufen bei intelligenzgeminderten Erwachsenen wieder.

Ich möchte Ihnen diese Entwicklungsstufen im Folgenden im Überblick darstellen und beschränke mich dabei auf die Entwicklungsstufen, die für intelligenzgeminderte Erwachsene Relevanz haben.

Zur kognitiven Entwicklung nach PIAGET

PIAGET unterscheidet vier Entwicklungsstufen:

1. Sensomotorisches Stadium: Geburt bis ca. 2. Lebensjahr
2. Das präoperationales Stadium: ca. 2. bis 7. Lebensjahr
3. Konkret-operationales Stadium: ca. 7. bis 11. Lebensjahr
4. Formal-operationales Stadium: ca. ab 11. Lebensjahr.

Ich möchte auf eine genauere Darstellung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren, auf die sensomotorische Entwicklung, hier verzichten. Diese Entwicklung umfasst die Differenzierung des Sehens, Hörens und Tastens und die zunehmende Beherrschung der Motorik, d.h. Sitzen, Greifen, Stehen usw. Diese Entwicklungsstufe spielt für unsere Belange keine Rolle. Die nächsten beiden Entwicklungsstufen werden wir bei intelligenzgeminderten Erwachsenen allerdings wieder finden; das letzte Entwicklungsstadium, das formal-operatorische, werden intelligenzgeminderte nicht erreichen.

Zum voroperationalen Stadium

Das voroperationale Stadium ist charakterisiert durch die Zentrierung auf eine Dimension und die eigene aktuelle Denkweise, d.h. durch den *Egozentrismus*. Daneben benennt PIAGET als weitere Defizite dieser Entwicklungsstufe unangemessene Generalisierungen und Vergleiche sowie zirkuläre Erklärungen. Der Egozentrismus dieses Entwicklungsstadiums zeichnet sich zum einen dadurch aus, dass ein Kind dieser Entwicklungsstufe im mathematischen Sinne keine Klassen bilden kann. Nehmen Sie eine größere Menge von Spielsachen, die sich in Farbe, Material und Funktion unterscheiden. Nehmen Sie jetzt einen grünen Ball heraus und bitten Sie ein Kind, Gegenstände dazu zu legen, die dazu passen. Es wird vielleicht zunächst ein Auto holen, weil man auch damit spielen kann. Dann wird es einen grünen Bauklotz holen, weil er grün ist. Es betrachtet also jedes Mal einen anderen Einzelaspekt und kann nicht gleichzeitig mehrere Aspekte betrachten. Es könnte nicht alle grünen Bälle aussortieren, weil hierzu zwei Aspekte gleichzeitig betrachtet werden müssten (Farbe und Funktion). Auch Patienten mit einer mittelgradigen Intelligenzminderung können meist keine Klassen bilden.

Der Egozentrismus zeigt sich aber auch wesentlich darin, dass ein Kind lange Zeit glaubt, dass seine aktuelle Sicht die einzig mögliche Sicht ist und nicht eine unter vielen. Das Kind kann den Blickwinkel eines anderen nicht einnehmen und sich nicht vorstellen, dass im Kopf eines anderen Menschen etwas anderes ist als in seinem eigenen.

Wie egozentrisch und nur auf die Zentrierung einer Dimension und die eigene aktuelle Sichtweise fixiert die Sichtweise auf dieser Entwicklungsstufe ist, zeigt der Drei-Berge-Versuch von PIAGET. Er setzte Kinder vor eine Pyramide aus Pappe und zwar so, dass die Kinder immer nur eine Seite sehen konnten. Jede Seite der Pyramide zeigte ein anderes Bergmotiv. Die Kinder sollten das Motiv beschreiben.

Kinder im voroperationalen Stadium konnten nur die Seite beschreiben, vor der sie gerade saßen. Fragte man sie, wie die Seite ausgesehen hat, vor der sie davor gesessen hatten, so erfolgte keine Antwort. Wer so im Egozentrismus befangen ist, kann auch keinen historischen Perspektivenwechsel durchführen; d. h. z. B. sich nicht mehr in die Situation hinein versetzen, in der er sein Delikt beging. Auf diesen Egozentrismus, der sehr bedeutsam für die Delinquenz intelligenzgeminderter Rechtsbrecher ist, werden wir im Zusammenhang mit der sozialen Entwicklung noch eingehen.

Beispiele für unangemessene Generalisierungen und Vergleiche bei Kindern sind:

Wenn Du einmal klein bist, darfst Du auch mit meinem Dreirad fahren!

Man hat die Felsen dahin getan, große und starke Leute haben das getan. Die waren erst klein, die Felsen und sind dann gewachsen.

Ein Beispiel für eine zirkuläre Erklärung wäre die Aussage: *Der Wind bewegt die Wolke, die Wolke bewegt den Wind.*

Ein ganz typisches Beispiel für unangemessene Generalisierungen bei erwachsenen Intelligenzgeminderten ist ein Erklärungsversuch für das Entstehen von Ebbe und Flut: *Da hat wohl jemand den Stöpsel aus der Wanne gezogen.*

Zum konkret-operationalen Niveau

In dieser Phase lernt das Kind die Bewältigung der Schwierigkeiten des vorhergehenden Alters. Die jetzt gewonnenen Verfahrensweisen des Urteilens und Denkens sind sehr wesentlich. Sie werden beim Fortschreiten der Entwicklung nicht ersetzt, sondern nur noch ergänzt. Wesentlich für die Entwicklung dieser Altersstufe ist, dass das Kind jetzt die Wirklichkeit unter mehreren Aspekten betrachten kann, Systeme bilden und Widersprüche erkennen kann. Typischerweise lernt das Kind jetzt die Verschachtelung von Klassen.

Das Kind lernt den Zahlbegriff. Hierzu muss das Kind lernen, von Einzelaspekten zu abstrahieren. Zahlbegriff bedeutet, die immer gleiche Anzahl von Einzelheiten unabhängig von deren Beschaffenheit und Anordnung als von der Anzahl gleich erfassen zu können. Das Kind muss lernen, alle Objekte als gleiche Einheiten zu behandeln, unabhängig von ihrer Anordnung. Das Aufzählen der Zahlenreihe allein genügt dabei nicht zum Verständnis des Zahlbegriffes, der Abstraktionsschritt $1 < 2 < 3$ usw. muss ebenfalls verstanden werden.

Das Kind lernt in diesem Alter die Bewältigung der Schwierigkeiten des vorhergehenden Alters. Die jetzt gewonnenen Verfahrensweisen des Urteilens und Denkens sind sehr wesentlich. Sie werden beim weiteren Fortschreiten der Entwicklung, im formal-operationalen Stadium, nicht mehr ersetzt sondern nur noch durch komplexere Systeme ergänzt. Wesentlich für diese Entwicklung ist, dass das Kind die Wirklichkeit jetzt gleichzeitig unter mehreren Aspekten betrachten und Systeme bilden und Widersprüche erkennen kann. Typisch für dieses Stadium sind die Entwicklung des Zahlbegriffs und das Erlernen der Verschachtelung von Klassen.

Der *Zahlbegriff* an sich setzt schon eine gewisse Abstraktion voraus: Ich muss lernen von Einzelaspekten zu abstrahieren. Erst wenn ich das kann, kann ich rechnen. Kinder in der ersten Klasse können manchmal noch nicht $3+4$ zusammenrechnen,

aber sagen, wie viel drei Gänse und vier Gänse sind. Der Abstraktionsschritt $1 < 2 < 3$ usw. muss verstanden werden, das Aufzählen der Zahlenreihe alleine genügt nicht.

Einfachstes Beispiel ist die *Verschachtelung von Klassen* im Sinne von Obermengen. Dies schafft ein Kind auf dem präoperationalen Stadium nicht, da es wie ausgeführt nicht mehrere Aspekte gleichzeitig wahrnehmen kann. Dies gelingt einem Kind auf dem konkret-operationalen Niveau. Ein Kind kann jetzt Perlen nach Farbe, Form und Material sortieren (mehrere Aspekte gleichzeitig wahrnehmen.)

Erwachsene Intelligenzgeminderte, die das konkret-operationale Niveau erreicht haben, können damit auch z.B. Aufgaben übernehmen wie z. B. in einer Keramikwerkstatt Ordnung in ein Regal mit Keramikwaren zu bringen, sie können jetzt nach Farbe und Funktion sortieren und alle roten Teller zusammenstellen, alle gelben oder Vergleichbares.

Zum formal-operationalen Stadium

Typisch für diese Entwicklungsstufe ist das Hinausgehen über vorgefundene oder vorgegebene Informationen. Bei der formal-operationalen Denkweise muss nicht mehr nur auf gegebene Informationen zurückgegriffen werden, seien sie konkret-anschaulich oder sprachlich repräsentiert. Das Kind entwickelt Verständnis für Proportionen.

Wie wir gesehen haben, kann das konkret-operational denkende Kind bereits mit abstrakten Zeichensystemen (Zahlen) umgehen. Es ist auch nicht das Abstützen des Denkens durch anschauliche Gegebenheiten, was den Unterschied zum formal-operatorisch denkenden Kind wesentlich ausmacht. Im konkret-operationalen Denken beschränkt sich das Kind auf gegebene Informationen, seien sie konkret-anschaulich oder sprachlich repräsentiert. Im formal-operationalen Denken geht das Kind in spezifischer Weise über vorgefundene oder gegebene Informationen hinaus. Es wird jetzt in typischer Weise versucht, weitere Informationen einzuholen oder zu gewinnen.

Dazu als Beispiel der *Pendelversuch*: Kindern werden Pendel vorgelegt, die sich durch die Länge und Schwere des Pendels unterscheiden und die Frage gestellt, welches Pendel schneller schwingt, ein kurzes schweres oder langes leichtes. Da Kinder auf dem präoperationalen Stadium keine zwei Merkmale gleichzeitig betrachten können, werden sie die Frage nicht beantworten können und irgendetwas behaupten. Kinder auf dem konkret-operationalen Niveau werden die Pendel beobachten und die Frage entsprechend beantworten. Kinder auf dem formal-operationalen Niveau werden sagen, dass sie zunächst auch ein langes schweres und ein leichtes kurzes beobachten müssen, um die Frage zu beantworten und gehen damit über das vorgegebene hinaus. Wer über ausreichende Physikkenntnisse verfügt, wird die Frage auch bereits theoretisch lösen können.

Ich selber habe die fehlenden Fähigkeiten des formal-operationalen Stadiums bei einem intelligenzgeminderten Erwachsenen auf einer Zugfahrt erlebt, der mit den modernen Toiletten im Zug nicht klar kam, die er noch nicht kannte; der Patient

kam nicht auf die Idee, den Knopf mit dem Symbol WC zu betätigen und suchte nach etwas zum Ziehen bzw. einen Hebel zum Drücken.

Zu ergänzen ist noch, dass Kinder in diesem Entwicklungsstadium auch Verständnis für Proportionen entwickeln.

Bärbel INHELDER, eine enge Mitarbeiterin PIAGETS, hat nachgewiesen, dass sich die von PIAGET anhand der Entwicklung von Kindern beschriebenen Stufen auch bei erwachsenen Intelligenzgeminderten wiederfinden. INHELDER ordnet das präoperationale Niveau einer mittelschweren Intelligenzminderung zu; das konkret-operationale Niveau einer leichten Intelligenzminderung und nur wer das formal-operationale Niveau erreicht wird als normal begabt bezeichnet. Intelligenzgeminderten fehlt die Möglichkeit über Vorgefundenes hinaus zu gehen oder das, was Intelligenz im eigentlichen Sinne ausmacht, nämlich die Abstraktionsfähigkeit.

Das fehlende Abstraktionsvermögen muss bei delinquenten Handlungen intelligenzgeminderter natürlich immer berücksichtigt werden, beispielsweise wenn gezündelt wird und die Folgen dieses Zündelns, das Ausmaß des z.B. sich plötzlich ausbreitenden Feuers gar nicht vorweg genommen werden und bedacht werden konnte, da formal-operatorische Fähigkeiten eben nicht vorhanden sind.

Zur sozio-moralischen Entwicklung nach KNAPHEIDE

Die Stufentheorie zur kognitiven Entwicklung nach PIAGET haben Sie im Überblick kennen gelernt; ich möchte mich jetzt den Stufentheorien zur sozialen und moralischen Entwicklung zuwenden, so wie Herr Dr. KNAPHEIDE sie dargestellt hat. Herr KNAPHEIDE ist Diplompädagoge und arbeitet an der Abteilung für intelligenzgeminderte Rechtsbrecher am Zentrum für Forensische Psychiatrie (ZFP) in Lippstadt-Eickelborn. Ich hatte bereits erwähnt, dass KOHLBERG eine Stufentheorie zur moralischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen vorgelegt hat und andere Entwicklungspsychologen wie SELMAN oder YOUNISS zur sozialen Entwicklung. Herr KNAPHEIDE hat basierend auf diesen Theorien einen Ansatz entwickelt, der die Entwicklungsstufen intelligenzgeminderter Erwachsener erfasst und hierüber eine Doktorarbeit an der Universität Bielefeld geschrieben; diesen Ansatz möchte ich Ihnen im Folgenden vorstellen.

In der Stufeneinteilung zur moralischen Entwicklung lehnt sich KNAPHEIDE sich eng an KOHLBERG an. KOHLBERG hat Gerechtigkeit als zentralen Punkt seiner Moral herausgestellt. Er hat Kindern und Jugendlichen Dilemmata präsentiert, in denen zwei verschiedene moralische Werte in Widerspruch zueinander geraten und in denen man sich für den höherstehenden Wert entscheiden muss. Anhand der Analyse der Argumentationen der Kinder hat er dann Entwicklungsstufen gebildet. Das bekannteste Dilemma ist das *Heinz-Dilemma*.

Heinz hat eine krebskranke Frau, die gerettet werden könnte, wenn sie mit teuren Medikamenten behandelt würde, dieses Geld hat Heinz aber nicht. Darf Heinz sich jetzt dieses Geld oder die Medikamente durch kriminelle Handlungen aneignen; der höher stehende Wert ist hier natürlich das Leben der Frau.

Anhand der Analysen der Aussagen der Kinder beschreibt KOHLBERG dann seine Entwicklungsstufen. Er beschreibt drei Entwicklungsniveaus, die er noch einmal in zwei Stufen unterteilt und fügt noch eine Stufe 0 hinzu.

Die Stufe 0 ist nach KOHLBERG eine Stufe, in der Kinder beginnen mit moralischen Begriffen zu argumentieren, ohne diese Begriffe mit Inhalt füllen zu können (z.B. das ist nicht fair, wenn mein älterer Bruder länger aufbleiben darf ...). Da man von Moral im eigentlichen Sinne noch nicht sprechen kann, bezeichnet er diese Stufe als Stufe 0. KOHLBERG hat sich für die unteren Entwicklungsniveaus weniger interessiert, dies sind aber gerade die Stufen, die für die Belange intelligenzgeminderter Erwachsener bedeutsam sind und denen Herr KNAPHEIDE sich zugewendet hat.

KNAPHEIDE hat in der Darstellung seiner Stufen zwischen sozialer Kompetenz und moralischer Kompetenz unterschieden, wobei für ihn die moralische Kompetenz die komplexere Ausformung und Weiterentwicklung der sozialen Kompetenz ist. Er stellt als wesentliche Fähigkeit der sozialen Kompetenz die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und als wesentliche Fähigkeit der moralischen Kompetenz die Fähigkeit zum Aufbau eines stabilen Normen- und Wertesystems dar. Hierauf werde ich noch eingehen. Vorab möchte ich jedoch kurz auf den Zusammenhang zwischen kognitiver und sozio-moralischer Entwicklung eingehen. KOHLBERG selbst hat einen Zusammenhang zwischen kognitiver Entwicklung und moralischer Entwicklung hergestellt und führt aus, dass die letzten vier Entwicklungsstufen nur erreicht werden können, wenn das formal-operatorische Stadium nach PIAGET erreicht ist. Für intelligenzgeminderte Erwachsene bedeutet dies, dass sie höchstens die Stufe 2 von 6 beschriebenen Stufen erreichen können. Die Abhängigkeit von kognitiver, sozialer und moralischer Entwicklung und das dazu gehörige Entwicklungsalter stellt Ihnen die folgende Abbildung 2 dar:

Abb.2: Kognitiver, sozialer und moralischer Entwicklungsstand nach Entwicklungsalter

Entwicklungs- alter	kognitive Entwicklung	soziale Entwicklung	moralische Entwicklung
ca. 3 Jahre	Sensomotorisches Stadium		
ca. 5 Jahre	präoperationales Stadium	undifferenzierte und egozentrische Perspektive	Stufe 0
			Stufe 1
ca. 9 Jahre	Konkret-operationales Stadium	selbstreflexive und reziproke Perspektive	Stufe 2
ca. 12 Jahre	Formal-operationales Stadium		
Erwachsene		gesellschaftlich-symbolische Perspektive	Stufe 6

Die y-Achse stellt die Entwicklungsstufen und das dazugehörige Alter bei normaler Entwicklung dar. Entwicklungsstufen müssen nacheinander durchlaufen und können nicht übersprungen werden. Bezüglich der kognitiven Entwicklung kann ich z. B. nicht die präoperationale überspringen; die Entwicklung geht von der sensomotorischen Stufe über die präoperationale zur konkret- und dann formal-operatorischen. Das Gleiche gilt für die soziale und moralische Entwicklung. Die x-Achse stellt die gerichtete Abhängigkeit der moralischen Entwicklung von der sozialen und der sozialen von der kognitiven Entwicklung dar; d.h. soziale Kompetenz setzt kognitive Kompetenz voraus und moralische Kompetenz setzt soziale Kompetenz voraus. In diesem Sinne verstehen wir auch die moralische Kompetenz als die komplexere Weiterentwicklung sozialer Kompetenz. Beispielsweise kann eine Sensibilität für moralische Themen (z.B. Gerechtigkeit) erst dann entstehen, wenn eine Entwicklung weg von der egozentrischen Wahrnehmung hin zur Wahrnehmung auch der Perspektiven anderer erfolgt ist und hierzu ist natürlich erforderlich, dass mindestens das konkret-operatorische Niveau nach Piaget erreicht ist.

Zur Entwicklung sozialer Kompetenz

Der Begriff soziale Kompetenz ist ein Sammelbegriff und setzt ganz viele verschiedene Fähigkeiten voraus, z.B. Kompromissfähigkeit, die Fähigkeit Bedürfnisse aufzuschieben, soziale Zusammenhänge zu verstehen usw. KNAPHEIDE hat als zentrale Fähigkeit der sozialen Kompetenz die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel herausgearbeitet und diese in den Mittelpunkt seiner Entwicklungsstufen gestellt. Die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel meint die Fähigkeit, sich in einen anderen hineinzuversetzen, sich in ihn hineinzudenken. Dabei müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden: die Beziehungen untereinander, die Qualität der Situation, die individuellen Vorerfahrungen (Lebensgeschichte, die Ziele, die Emotionen, kognitive Inhalte wie z. B. sich den Beruf als Kapitän vorstellen können). Wesentlich für die soziale Kompetenz ist zusätzlich die Fähigkeit, gleichzeitig verschiedene Perspektiven von den an einem realen Geschehen beteiligten Personen einnehmen zu können und sie aufeinander beziehen zu können. Die Fähigkeit allgemeine Perspektiven ("Rollen") einnehmen zu können, ermöglicht es, neue Situationen zu strukturieren und in ihnen handlungsfähig zu bleiben. Ein Verständnis für Rollen entwickelt sich erst ab der Stufe 3.

Entwicklungsstufe 0

- egozentrische Sichtweise (die eigenen aktuellen Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt), subjektive Perspektiven können nicht voneinander getrennt werden
- Motive und Intentionen des Handelns werden nicht wahrgenommen, entscheidend für die Bewertung des Verhaltens ist die daraus gezogene Konsequenz
- der situative Kontext ist unwichtig
- Gefühle werden zwar beobachtet, doch können sie nicht eindeutig zugeordnet

werden

- Persönlichkeit wird nur mit äußeren Merkmalen beschrieben
- das Selbstkonzept beruht auf physischen Faktoren
- in einer Gruppe besteht nur Kontakt mit dem situativ wichtigsten Teilnehmer

Entwicklungsstufe 1

- der andere wird als eigenständiges Wesen erlebt, auch hinsichtlich von Gefühlen und Gedanken; die Perspektive des anderen kann noch nicht gut mit Inhalt gefüllt werden.
- Beginn der Trennung von psychischen und physischen Fähigkeiten
- es gibt verschiedene Gefühle, aber nicht zum gleichen Zeitpunkt
- ein Gefühl kann sowohl im Verhalten als auch in Worten gezeigt werden. Das subjektive Befinden wird an Äußerem abgelesen
- Persönlichkeit ist die Summe von Fähigkeiten und Fertigkeiten
- äußere Autorität wird respektiert; wer Autorität hat bestimmt, was richtig und falsch ist
- Mitarbeiter sind auf gleicher Ebene (keine Rollendifferenzierung)
- in einer Gruppe Gespräch nur mit einem (Argumente anderer Teilnehmer werden ignoriert)

Entwicklungsstufe 2

- die Perspektive des anderen kann mit Inhalt gefüllt werden; das Denken über das Denken des anderen beginnt
- mehrer Gefühle sind gleichzeitig möglich
- die innere Realität kann vor anderen verborgen werden
- Täuschungsversuche (gezeigte Stimmung entspricht nicht unbedingt der tatsächlichen)
- verschiedene Reaktionen auf Ereignisse sind kontextabhängig möglich
- Persönlichkeit ist die Summe der Gefühle und Gewohnheiten
- Persönlichkeitsveränderung ist schwierig, weil bestimmte Gewohnheiten für sehr stabil gehalten werden.
- gleichzeitiger Kontakt mit mehreren Gesprächsteilnehmer ist möglich; Argumente werden berücksichtigt
- durch Nachfragen wird ein besseres Verstehen erreicht
- Mitarbeiter häufig Modell für Problemlösung
- Beginn der Vorstellung von Gruppe; eine Gruppe besteht aus ineinander verschränkten Dyaden: Jeder hat mit jedem was zu tun und jeder mag jeden. Das Verbindende ist die gemeinsame Aktion

Ich möchte Ihnen noch kurz einen Ausblick auf die 3 Stufe geben, die intelligenzgeminderte Menschen nicht mehr erreichen. Die höheren Entwicklungsstufen erfordern eine zunehmende Abstraktionsfähigkeit, was in der Stufe 3 auch an der Dritte-Person-Perspektive deutlich wird. Die hohen

Entwicklungsstufen sind schon fast philosophische Stufen, wo die Fähigkeit besteht über moralische Themen nachzudenken.

Entwicklungsstufe 3

- Entwicklung einer Vorstellung von Persönlichkeit (charakterisiert durch bestimmte Haltungen, Werte und Einstellungen, die über lange Zeit stabil sind. Die Einschätzung des anderen geht über die Bewertung eines Verhaltens in einer konkreten Situation hinaus und basiert auf stabilen Annahmen über die Person)
- Dritte-Person-Perspektive ist möglich (Fähigkeit, aus sich herauszutreten und die Beziehung von zwei anderen betrachten können)
- zwei Individuen sehen sich und den anderen und ihre gegenseitige Beeinflussung
- das Verbindende in einer Gruppe sind gemeinsame Werte und Erwartungen

Moralische Entwicklung

KNAPHEIDE stellt die Fähigkeit zum Aufbau eines stabilen Normen- und Wertesystems in den Mittelpunkt der moralischen Entwicklung. Hierzu gehören das Vorhandensein einer Wertehierarchie und der flexible und situativ angepasste Umgang damit, ohne dass die Wertestruktur an sich in Frage gestellt wird. Bezüglich des *Heinz-Dilemmas* bedeutet das, dass Heinz zwar Geld für die Behandlung der Ehefrau besorgen kann, aber ohne zu vergessen, dass es verboten ist, sich am Eigentum anderer zu vergreifen, das Geld für die Behandlung muss die einzige Ausnahme sein. Der Wert des Lebens der Ehefrau wird dann höher gestellt als der Wert des Eigentums. Würde Heinz z.B. sagen, dass es auch ganz nett wäre, noch ein schönes Nachthemd für die Ehefrau fürs Krankenhaus zu kaufen und auch ein Auto für sich, um sie besser besuchen zu können, geriete das ganze Wertesystem ins Wanken.

Stufe 0

Moralische Argumente dienen der Rechtfertigung eigener Bedürfnisse. Normen gelten situativ für andere. Eine Wertehierarchie ist nicht vorhanden. Höherwertig ist das Argument, das zur Rechtfertigung des eigenen Verhaltens situativ besser geeignet ist.

Stufe 1

Externe Wertehierarchien werden übernommen. Die Normgebung soll von Stärkeren vorgenommen werden. In der Argumentation ist keinerlei Flexibilität erkennbar. Alle sollen das Gleiche bekommen. Keine Ausnahmen, d.h. Auseinandersetzung überflüssig. Normen werden nicht inhaltlich begründet. Konflikte zwischen gleichwertigen Normen werden bedürfnisorientiert gelöst.

Stufe 2

Die Handhabung der externen Wertehierarchie wird insofern flexibler, als die individuellen Bedürfnisse, Möglichkeiten und die Befindlichkeiten berücksichtigt werden. Jeder soll das ihm Zustehende bekommen. Äußere Regeln sind gültig, werden aber der Situation angepasst.

Stufe 3

Die Wertehierarchie wird im Gruppenverband vereinbart. Der Nutzen für die Gruppe ist im Konfliktfall der Maßstab, der die jeweilige Wertigkeit der einzelnen Norm festlegt.

Entwicklungsverzögerung und Delinquenz

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass delinquentes Verhalten immer in einem sehr komplexen Bedingungsgefüge entsteht und dass die Intelligenzminderung immer nur eine Einflussgröße ist. Dennoch gibt es nach meiner Erfahrung ganz typische Konstellationen bei intelligenzgeminderten Rechtsbrechern, die ich im Folgenden darstellen möchte.

Vorab möchte ich jedoch kurz darauf eingehen, wie das Klientel in der Abteilung für intelligenzgeminderte Rechtsbrecher in Lippstadt-Eickelborn charakterisiert ist und die Deliktverteilung darstellen, damit Sie hiervon einen Eindruck erhalten. Mit Stand vom 1.10.2007 ist die Abteilung mit 72 Patienten belegt; hinzu kommen 6 Langzeitbeurlaubungen.

Verteilung nach Diagnosen:

- mittelschwere Intelligenzminderung 20,8 %
- leichte Intelligenzminderung 42,1 %
- Demenzen/hirnorganische Schäden ohne Intelligenzminderung 9,1 %
- Doppeldiagnosen (Psychose steht im Vordergrund) 6,5 %
- Grenzbegabung (IQ bis 85) mit erheblicher Entwicklungsverzögerung, darunter junge Patienten unter 20 Jahren 21,6 %.

Sie sehen den hohen Anteil an Demenzen in der Abteilung, die aus meiner Sicht nicht in eine Abteilung für intelligenzgeminderte gehören, ebenso nicht die Psychotiker, da bei dem hier aufgeführten Klientel die Psychose ganz eindeutig im Vordergrund steht. Dagegen gehören aus meiner Sicht die Patienten, die ich zuletzt aufgeführt habe, nämlich die Patienten mit einer Entwicklungsverzögerung in die Abteilung. Hierbei handelt es sich um Patienten, die relativ gut schreiben, lesen und rechnen können - hier befinden sie sich auf dem Niveau von 12-jährigen, bei den aber die Entwicklung von sozialen Fähigkeiten und moralischer Kompetenz weit zurück geblieben ist, bzgl. dieser Fähigkeiten befinden sich diese Patienten häufig auf dem Niveau von 5-jährigen Kindern. Gerade sozio-moralische Kompetenz benötigt man aber zur Durchführung von Psychotherapie und damit zur Deliktbearbeitung.

Zur Deliktverteilung:

- Mord/Totschlag 2,6 %
- vers. Mord/Totschlag 3,9 %
- Sexualdelikte 59,7 %
- Brandstiftung 16,9 %
- Körperverletzung 9,0 %
- Raub/Diebstahl 7,8 %

Da es hier um die Sexualdelikte geht, möchte ich die Sexualdelikte noch weiter differenzieren:

- pädophile Delikte 71,7 %
- pädophile Delikte ohne Gewalt 42,4 %
- vers. Vergewaltigung/Vergewaltigung 23,9 %
- sexuelle Nötigung Erwachsener 4,3 %

Der hohe Anteil an Sexualstraftätern in der Abteilung hat weniger damit zu tun, dass intelligenzgeminderte überproportional häufig Sexualdelikte begehen sondern damit, dass diese Patienten eine lange Verweildauer haben und geeignete Nachsorgeeinrichtungen wenig zur Verfügung stehen bzw. dieses Klientel erst gar nicht aufnehmen. Auch das Überwiegen pädophiler Delikte beruht nicht auf einem hohen Anteil an sog. Kernpädophilen, d.h. von Patienten, die vorwiegend durch Kinder sexuell stimuliert werden sondern darauf, dass sich diese Patienten Erwachsenen eher unterlegen fühlen und normal begabten Frauen wenig als "Mann" begegnen können und Kontakte zu Kindern leichter herzustellen sind.

Wie sie der Folie zur Verteilung der Diagnosen entnehmen konnten, sind die kognitiven Fähigkeiten der intelligenzgeminderten Patienten, die nach Eickelborn eingewiesen werden, gar nicht so schlecht; der überwiegende Teil der Patienten erreicht Grundschulniveau. Im Hinblick auf die sozio-moralische Entwicklung sieht das dagegen anders aus, und damit komme ich auf eine ganz typische Konstellation, die bei dem von den Gerichten eingewiesenen Klientel hoch auffällig ist, nämlich das Auseinanderklaffen von kognitiver und sozio-moralischer Entwicklung. Erreichen die intelligenzgeminderten Patienten bei Aufnahme überwiegend das konkret-operationale Niveau nach PIAGET, so bewegen sie sich bzgl. der sozio-moralischen Entwicklung überwiegend auf der Stufe 0. Das Intelligenzprofil ist somit sehr unausgewogen. Die Patienten verfügen über relativ gute kognitive Fähigkeiten, erreichen aber nicht das dazu gehörige Niveau der sozio-moralischen Entwicklung, die hinter der kognitiven Entwicklung hinterher hinkt. Viele der Patienten in der Abteilung für intelligenzgeminderte Rechtsbrecher in Eickelborn kommen aus Broken-home-Situationen, sind in verwahrlosten Verhältnissen aufgewachsen und hierin liegt sicher begründet, dass die sozio-moralische Entwicklung nicht gefördert wurde. Ich bin aber sicher, dass auch Sie in Einrichtungen für intelligenzgeminderte Erwachsene ebenfalls Bewohner haben, die Ihnen "dissozial" erscheinen und die Sie vielleicht sogar schon so bezeichnet haben. Diese Klientel kann relativ gut lesen und schreiben, hat auch ganz gute praktische Fähigkeiten, aber fällt in seinem Sozialverhalten durch eine erhebliche Egozentrik auf, stört jede Gruppe, hält sich nicht an Regeln und ist rücksichtslos. Da die kognitiven Fähigkeiten relativ gut sind, erwartet man hier natürlich ein anderes Sozialverhalten, was jedoch nicht erlernt wurde. Die Bezeichnung "dissozial" in diesem Zusammenhang ist nicht gerechtfertigt; sie würden auch kein dreijähriges Kind, das Schokolade aus dem Supermarkt nimmt und in seine Tasche steckt als dissozial bezeichnen. Diese Menschen sind entwicklungsverzögert. Dissozial sind Menschen, die höhere Stufen der sozio-moralischen Entwicklung erreichen, aber sich nicht entsprechend verhalten. Gerade dissoziale Menschen

haben häufig eine sehr gute Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, die sie nutzen, um ihre Mitmenschen besser betrügen zu können.

Versuchen wir jetzt einmal, unter Einbeziehung der Stufentheorien zur sozialen und moralischen Entwicklung sehr typisches delinquentes Verhalten intelligenzgeminderter Rechtsbrecher näher zu betrachten. Sie werden sehen, dass nicht nur das Entwicklungsniveau das delinquente Verhalten bestimmt sondern auch ganz entscheidend die Lebensgeschichte.

Mittelschwer intelligenzgeminderte Rechtsbrecher in Eickelborn fallen typischerweise durch Impulskontrollstörungen einschließlich Brandstiftungen auf und durch sexuellen Missbrauch von Kindern. Sie bewegen sich auf dem präoperationalen Niveau nach PIAGET, sie haben keinen Zahlbegriff, sind Analphabeten, können die Uhr nicht lesen und sind völlig egozentrisch. Die sozio-moralische Entwicklung entspricht, wenn sie nach Eickelborn kommen, ausschließlich der Stufe 0, sie haben auch nicht in Teilbereichen die Stufe 1 erreicht und sind nur auf ihre eigenen Bedürfnisse fixiert. In der Regel erreichen mittelschwer intelligenzgeminderte durch ihre Sozialisation zumindest in Teilbereichen die Stufe 1, sie fangen an, Perspektiven zu trennen, die Normgebung soll durch Stärkere vorgenommen werden. Jedes Kind lernt im allerersten Schritt, dass es auch andere Perspektiven als die eigene gibt, indem der Erwachsene sich durchsetzt und die Bedürfnisse des Kindes nicht erfüllt. Das Kind versteht zwar nicht warum, der Erwachsene sich so verhält, aber es lernt, dies zu akzeptieren.

Stellen Sie sich jetzt als Beispiel einen 40-jährigen Patienten mit einer mittelschweren Intelligenzminderung vor, der nie gelernt hat, Grenzen zu akzeptieren. Aufgrund seines Egozentrismus erlebt er sich als Mittelpunkt der Welt, die sich um seine Bedürfnisse zu drehen hat. Dieser Patient hatte bereits als Kind ein hohes Aggressionpotential, im Erwachsenenalter sind Brandstiftungen hinzu gekommen. Ihm war es stets gelungen, in der sehr verwöhnenden Familie mit viel Aggressivität seinen Willen durchzusetzen, dies setzte er später in Einrichtungen fort. Aggressivität wurde belohnt. Er ernährte sich fast ausschließlich von Fleischwurst, das Verhalten ihm gegenüber war geprägt durch die Maxime gebt ihm lieber die Wurst, sonst nimmt er uns die Bude auseinander. Der Patient konnte durch dieses Erziehungsverhalten keinen Schritt in Richtung Stufe 1 machen, nicht lernen, Perspektiven zu trennen. Das Problem ist, dass es vielleicht noch ganz lustig ist, wenn ein dreijähriges Kind seiner Mutter vors Schienbein tritt, wenn es seinen Willen nicht bekommt, wenn ein 40-jähriger mit Stühlen wirft, hört der Spaß auf und so landet er zwangsläufig im Maßregelvollzug, wo jetzt die bis dahin nicht erfolgte Sozialisation mühsam nachgeholt werden muss.

Diese Patienten benötigen dauerhaft einen schützenden und vor allem kontrollierenden Rahmen, die Regeln müssen permanent von außen vorgegeben werden.

Die Sexualdelikte mittelschwer intelligenzgeminderter Patienten bewegen sich überwiegend auf dem Niveau, dass andere - insbesondere Kinder oder auch geistig Behinderte - gegen ihren Willen angefasst werden, dass man sich an ihnen reibt, die Hose herunter lässt, in die Hose des anderen fasst u. ä. Häufig hat sich noch keine Sexualpräferenz herausgebildet, d.h. sowohl das weibliche Geschlecht als auch das männliche sind Sexualobjekte. Häufig können sich diese Patienten keinen Geschlechtsakt vorstellen und den Vorgang nicht antizipieren, den anderen haben

sie als eigenständiges Wesen noch gar nicht entdeckt. Wenn sie selbst Lust haben, jemand anzufassen, kommen sie erst gar nicht auf die Idee, dass ihr Gegenüber andere Wünsche haben könnte. Häufig war das Erziehungsverhalten ihnen gegenüber dadurch geprägt, dass Ihnen selbst keine ausreichende Intimsphäre zugestanden wurde. Obwohl sie ganz gute praktische Fähigkeiten haben, badete die Mutter sie auch noch im Erwachsenenalter oder führte sogar die Toilettenhygiene durch, man schmust mit ihnen herum usw. Ein mittelschwer Intelligenzgeminderter kann hier aber nicht differenzieren, Anfassen ist gleich Anfassen, ob es nun um die Reinigung der Analregion geht oder ein sexuell motiviertes Verhalten. Grenzsetzung und Einhalten von Grenzen ist in der Behandlung dieser Klientel wesentlich, sie müssen lernen äußere Autoritäten zu respektieren, d.h. sie müssen zumindest in Teilbereichen die Stufe 1 der sozio-moralischen Entwicklung erreichen, was ihren kognitiven Fähigkeiten durchaus entspricht. Eine einsichtsorientierte Therapie ist mit Ihnen nicht möglich.

Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher mit einer leichten Intelligenzminderung unterscheiden sich wesentlich von denen mit einer mittelgradigen Intelligenzminderung. Das Auseinanderklaffen der Entwicklungsniveaus fällt hier noch viel mehr ins Auge; auch die Behandlung dieser Klientel unterscheidet sich. Patienten mit einer leichten Intelligenzminderung haben natürlich mehr planerische Fähigkeiten als das vorab beschriebene Klientel, daher unterscheiden sie sich durch die gezieltere Vorgehensweise bei der Begehung von Delikten; diese Patienten wissen, was ein Geschlechtsakt ist. Sie wissen auch sehr klar, dass sie Delikte begehen und dass ihr Verhalten rechtswidrig ist. Mit diesen Patienten kann und muss man einsichtsorientiert arbeiten, wenn man sie wieder entlassen will, dies gilt vor allem auch für die Sexualstraftäter. Um mit Menschen einsichtsorientiert arbeiten zu können oder anders ausgedrückt, um mit Ihnen Psychotherapie auf konkretem Niveau durchführen zu können, muss die Stufe 2 der sozio-moralischen Entwicklung erreicht sein, was auch den kognitiven Fähigkeiten leicht intelligenzgeminderter entspricht.

Einsichtsorientiert kann man nur mit einem Patienten arbeiten, der in der Lage ist, sich in sein Opfer hineinzusetzen. Leicht intelligenzgeminderte Patienten können dies erlernen. Aus einem Leiden an der Unterbringung muss ein Leiden an den Taten werden, sozusagen ein Mitfühlen mit den Opfern, sonst kann man keine Deliktbearbeitung durchführen und sonst können auch keine ausreichenden Hemmmechanismen aufgebaut werden, die von Delikten abhalten. Eine weitere wesentliche Fähigkeit, um Hemmungen aufzubauen und deliktfrei leben zu können, ist das Vorhandensein eines stabilen Normen- und Wertesystems. Es gibt bei Aufnahme durchaus auch Patienten, die über ein einigermaßen stabiles Normen- und Wertesystem verfügen und denen es daher nicht gelingt, im nüchternen Zustand z.B. pädophile Delikte durchzuführen und die vor Begehung der Taten Alkohol benötigen; unter Alkohol brechen Normen- und Wertesysteme ein, das können sie auf jedem Schützenfest sehen, wenn die Hemmungen so langsam fallen.

Die fehlende Fähigkeit, sich in die Opfer hineinzusetzen, können Sie bei der Begehung aller Arten von Delikten sehen. Der Einbrecher, der ins Haus einsteigt

und glaubt, dass sein Delikt doch nicht so schlimm ist, weil er doch nur einem reichen Mann Schmuck geklaut hat, der sich den doch sofort wieder kaufen kann; dieser entwicklungsverzögerte Mann hat nicht verstanden, dass bei Menschen, bei denen eingebrochen wurde, ein tiefer Einschnitt in ihr Leben erfolgt, dass ihr Haus nicht mehr ihr Haus ist, sie zunächst nicht mehr angstfrei schlafen können usw. Der Täter, der am späten Abend Frauen von der Bushaltestelle aus verfolgt, um ihnen im geeigneten Moment sein Glied zu zeigen und sagt, denen habe ich doch gar nichts getan, versteht nicht, wie groß die Angst der Frau ist. Wie soll die Frau denn wissen, dass es beim Zeigen des Gliedes bleibt, zumal der Täter auch noch ganz nah an die Frau heran getreten ist? Der Pädophile, der sagt, dass die Kinder die sexuellen Handlungen an ihnen doch auch wollen, ist sogar so entwicklungsverzögert, dass er noch nicht einmal im Ansatz Perspektiven trennen kann. Während meiner Tätigkeit in Eickelborn habe ich einen solchen Fall durchaus gehabt. Es handelte sich um einen Patienten, der das konkret-operatorische Niveau erreichte, aber noch nicht einmal Perspektiven trennen konnte; zugegebener Maßen ist dieses eher selten und findet sich nach meiner Erfahrung häufiger bei frühkindlichen Hirnschäden.

Ich hoffe, dass ich Ihnen in meinem Vortrag verdeutlichen konnte, dass man ein gutes Verständnis vom Phänomen der Intelligenzminderung bekommt, wenn man diese als Entwicklungsverzögerung versteht. Typisch für intelligenzgeminderte Rechtsbrecher ist das Auseinanderklaffen der Entwicklungsniveaus von kognitiver und sozio-moralischer Entwicklung. Hieraus erklärt sich, dass es diesem Klientel nur schlecht gelingt, Hemmungen aufzubauen, die Delikte verhindern können. Ein stabiles Normen- und Wertesystem fehlt häufig bei Aufnahme in den Maßregelvollzug, in die Perspektive der Opfer kann man sich nicht hinein versetzen. Hier hat daher die Behandlung anzusetzen und die sozio-moralische Entwicklung zu fördern. Wie man dieses macht, ist ein anderes Thema; in Eickelborn ist ein derartiger Behandlungsansatz entwickelt worden und in Tagungsbänden dargestellt.

Literatur

- KNAPHEIDE J (2000): Moralische Entwicklung bei intelligenzgeminderten forensischen Patienten. Theoretische Begründung und Durchführung eines sozialpädagogischen Förderprogramms. Dissertation Fakultät für Pädagogik. Universität Bielefeld
- KOHLBERG L (1996): Die Psychologie der Moralentwicklung. Suhrkamp Frankfurt
- SELMANN R (1984): Die Entwicklung des sozialen Verstehens. Suhrkamp Frankfurt
- MONTADA L (1998): Die geistige Entwicklung aus der Sicht Piagets. In: OERTER R , MONTADA L (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlagsunion Weinheim

Geistige Behinderung und Delinquenz

- Das Angebot der Stiftung Ecksberg -

Hans Viellehner und Markus Sollinger

Betreuungslinien in der Stiftung Ecksberg

Abb.1: Betreuungslinie: Menschen mit geistiger Behinderung in der Stiftung Ecksberg

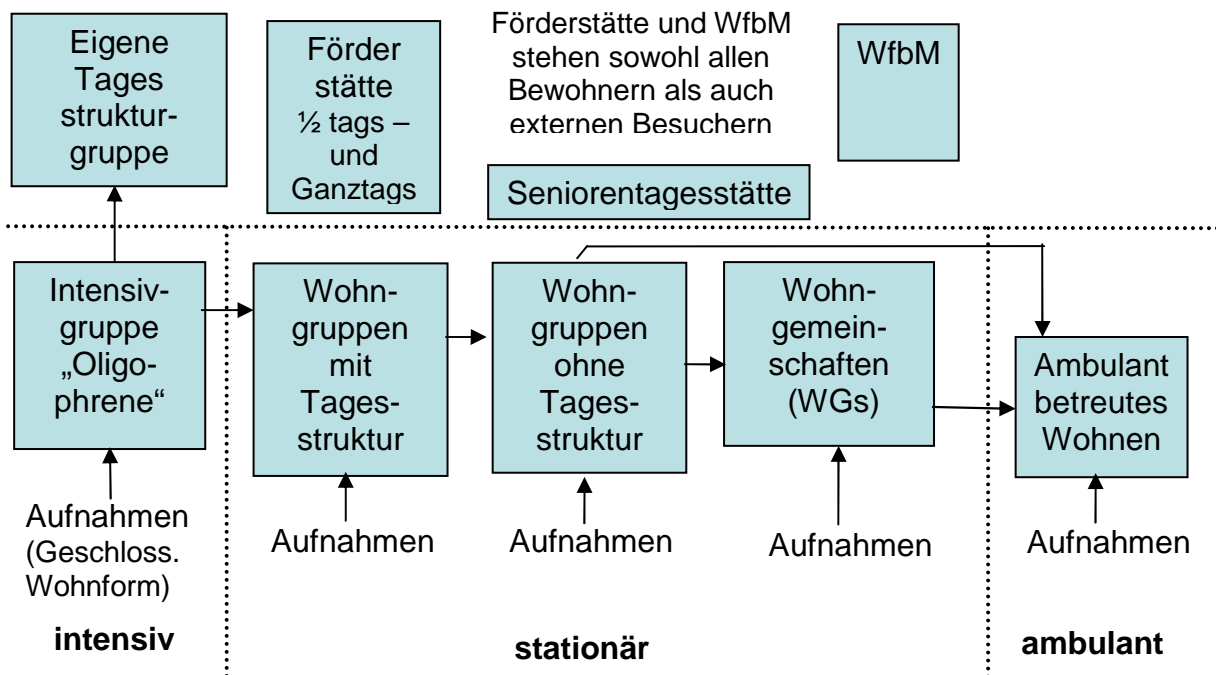
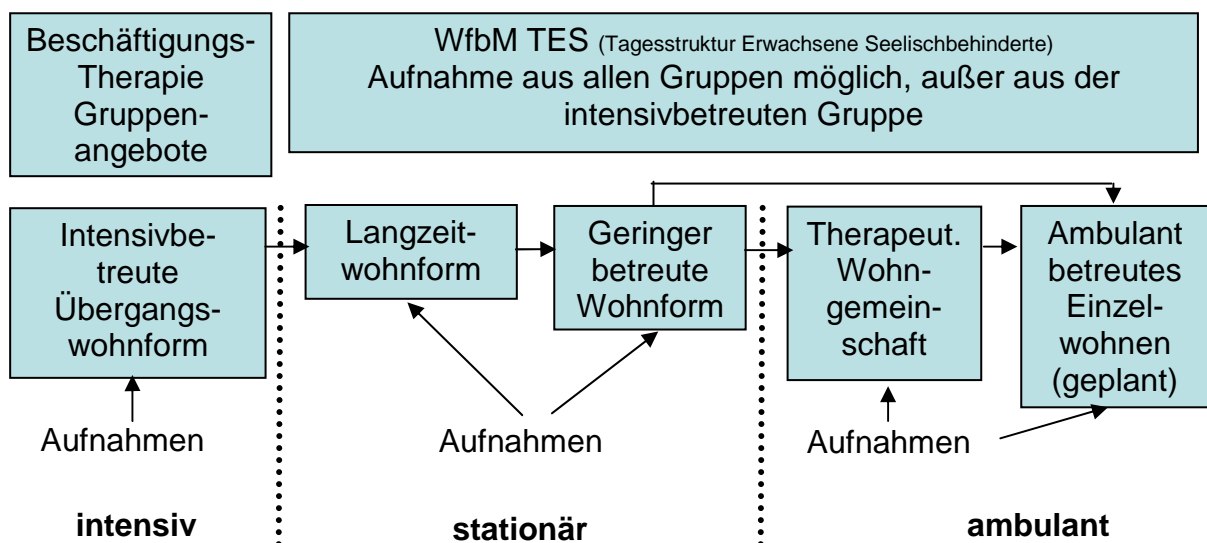
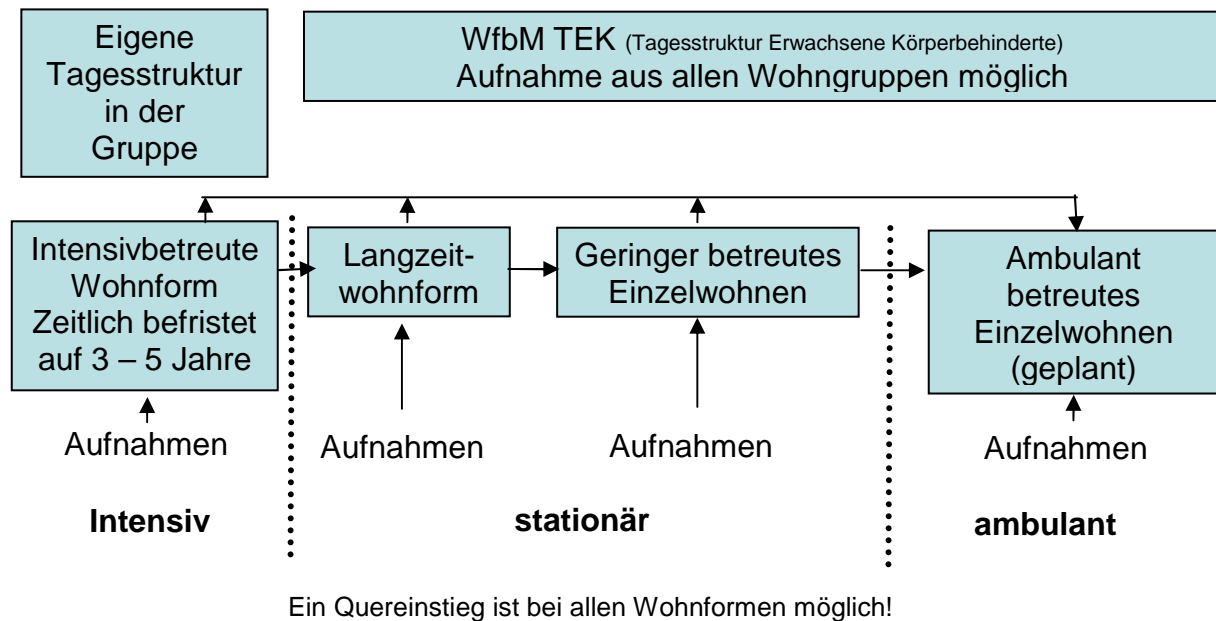


Abb.2: Betreuungslinie: Menschen mit psychischer Erkrankung in der Stiftung Ecksberg



Ein Quereinstieg ist bei allen Wohnformen möglich!

Abb3: Betreuungslinie: Menschen mit einer erworbenen Behinderung in der Stiftung Ecksberg



Zur Situation von Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer zusätzlichen psychischen Störung

Die bestehenden Leistungsangebote WTEG/WEG (Wohnen mit Tagesstruktur Erwachsene Geistigbehinderte / Wohnen Erwachsene Geistigbehinderte) sind nur punktuell geeignet, da die Verhaltens- und sozialen Auffälligkeiten nicht aufgefangen werden können. Die bestehenden Leistungsangebote WES/WTES (Wohnen Erwachsene Seelischbehinderte / Wohnen mit Tagesstruktur Erwachsene Seelischbehinderte) sind nicht geeignet, da die Intelligenzminderung zu ausgeprägt ist. Es wird daher ein spezifisches Leistungsangebot für geistig behinderte Menschen mit einer psychischen Erkrankung (Intensivgruppe) in der Stiftung Ecksberg vorgehalten. In dieser gemischgeschlechtlich belegten Gruppe leben 7 Personen im Alter zwischen 20 und 49 Jahren. Die kognitiven Einschränkungen reichen von leichter bis schwerer geistiger Behinderung. Nach der Leistungsbeschreibung ist der Personenkreis wie folgt bestimmt: Erwachsene Männer und Frauen mit einer primären geistigen Behinderung (§ 2 SGB XII sowie § 53, 1 SGB XII *und* einer zusätzlicher psychischer Erkrankung *mit* schweren, fremd-, auto- und/oder objekt aggressiven Verhaltensweisen sowie schließlich *mit* einem gerichtlichen Unterbringungsbeschluss.

Nicht Aufgenommen werden (Ausschlusskriterien):

- Vorrangig körperbehinderte Menschen
- Menschen mit einer akuten Drogenabhängigkeit
- Vorrangig psychisch kranke Menschen
- Akut krankenhausbehandlungsbedürftige somatisch und/oder psychisch Erkrankte

- Vorrangiger Pflegebedarf nach SBG XI (Intensivpflege)
- Anfrager bei denen nicht alle vier Zugangskriterien erfüllt sind

Die Räumlichkeiten ermöglicht 2 Gruppen (Vormittag und Nachmittag), so dass alle BewohnerInnen der Intensivgruppe an einer regelmäßigen Tagesstruktur außerhalb der Gruppe teilnehmen können (je ein Aktivitäts-, Beschäftigungs- und Ruheraum, hier: Beschäftigungen, kleinere WfbM-Arbeiten, „Radlwerkstatt“, PC mit Drucker). Außerdem übernehmen die BewohnerInnen die Postverteilung im Wohnbereich). In den letzten 2 Jahren konnten 4 BewohnerInnen der Intensivgruppe in eine geringer betreute Wohnform wechseln und einen Förderstättenplatz, bzw. einen Platz in einer WfbM zur Tagesstruktur einnehmen. Aufgrund der in den Urteilen geforderten Betreuungsintensität ist eine Aufnahme von geistig behinderten Delinquenten für uns nur im Rahmen einer Intensivgruppe vorstellbar. Eine zweite Intensivgruppe ist in Planung.

3 Fallbeispiele

Herr S.:

Diagnosen

- Leichte Intelligenzminderung mit deutlichen Verhaltensauffälligkeiten (F70.1)
- Frühkindliche Grand mal Epilepsie (G40.8)

Kurzbiographie:

- Geboren am 12.10.1984
- Besuch des Kindergartens bis Schuleintritt
- Besuch der Sonderschule mit Abschluss L
- Nach Trennung der Eltern lebt er in verschiedenen Heimen.
- Beschäftigt als Arbeiter in verschiedenen WfbM's
- Im Jahr 2007 Aufnahme in den allgemeinpsychiatrischen Bereich eines Bezirkskrankenhauses wegen Verdachts auf sexuellen Missbrauch
- Sechs Wochen später vorläufige Unterbringung nach § 126 a StPO in die forensische Abteilung dieses BZK
- 6 Monate später Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs einer widerstandsunfähigen Person

Urteil:

Aussetzung zur Bewährung (Bewährungsaufgaben)

Es existiert eine geeignete und aufnahmebereite Einrichtung, in der der gegebenen Wiederholungsgefahr durch personelle und organisatorische Vorkehrungen adäquat begegnet werden kann. So steht für den Beschuldigten in der Stiftung Ecksberg ein sogenannter Intensivplatz zur Verfügung, wo er sowohl tagsüber als auch nachts unter ständiger Beaufsichtigung steht. Die Gefahr, dass der Beschuldigte erneut zu weiblichen Mitbewohnerinnen dieser Einrichtung sexuelle Kontakte aufnimmt, ist aus Sicht der Kammer aufgrund der geschilderten Intensivbetreuung ausgeschlossen, so dass eine Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung verantwortet werden konnte.

Herr L.

Diagnosen

- Abnorme Erlebnisreaktion bei organischer schizophrenieformer Störung (F43.0, F06.2)
- Mittelgradige Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (F71.1)
- Epilepsie und angeborener linksseitiger Hirnfehlbildungen (G40.9, Q04.6)
- Verrucae vulgaris plantaris bds. (B07)

Biographie

- Geboren am 24.07.1989
- Viertes von 4 Kindern
- Geburt per Kaiserschnitt
- Peripartale Asphyxie
- Neugeboreneninfektion mit nekrotisierender Enterokolitis, cerebralen Krampfanfällen und Hypoglykämien
- Physische Gewalterfahrungen in Kindheit vermutet
- 90er Jahre Anzeige wegen Steuerhinterziehung gegen Vater, wegen Aussage der Mutter
- Ab 1999 Besuch von Schule und Heipäd. Tagesstätte in einer Einrichtung
- Entweichung vom Elternhaus
- Stat. Aufnahme im Heim veranlasst durch Behörden
- 2007 Aufnahme im Bezirkskrankenhaus wegen des Tatverdachts im Zustand der Schuldunfähigkeit Körperverletzungsdelikte und Bedrohungen begangen zu haben
- Einen Monat später wurde eine Unterbringung nach §126 StPO angeordnet und am gleichen Tag aber wieder außer Vollzug gesetzt, da Herr L. freiwillig im Bezirkskrankenhaus verblieb.
- Ein Jahr später Verurteilung von Herrn L. wegen gefährlicher Körperverletzung.

Urteil

Die Vollstreckung der durch Urteil der Jugendkammer des Landgerichts gegen Herrn L., wegen gefährlicher Körperverletzung ausgesprochen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus wurde zur Bewährung ausgesetzt. (§ 67 StGB in Verbindung mit §63 StGB)

Die Bewährungszeit und Führungsaufsicht beträgt 4 Jahre ab Rechtskraft des Urteils.

Bewährungsaufgaben:

- Er hat den Anordnungen des Bewährungshelfers Folge zu leisten, insbesondere muss er dessen Vorladungen nachkommen.*
- Er hat seinen derzeitigen Wohnsitz in der Stiftung Ecksberg, Ebingerstr.1, 84453 Mühlendorf, beizubehalten, und darf diesen nicht ohne Zustimmung des Gerichts verlassen.*
- Er hat sich weiterhin einer medizinisch-psychiatrischen Behandlung zu unterziehen und die von dem behandelnden Arzt verschriebenen Medikamente zuverlässig nach Anordnung des Arztes einzunehmen.*
- Über die Fortdauer der ärztlichen Behandlung hat der Proband durch seinen Betreuer zum 1. Januar und 1. Juli eines jeden Jahres der Bewährungszeit Nachweise unter Angabe des Aktenzeichens dem Gericht vorzulegen.*

Herr J.

Diagnosen

- Mittelgradige Intelligenzminderung (F71.1)
- V. a. Pathologische Brandstiftung (F63.1)
- Down-Syndrom (Q90.9)

Biografie

- Geboren 1984
- Ältester von 3 Söhnen
- Sonderschule abgeschlossen
- Von 2004 bis 2005 WfbM
- 2005 Ausschluss WfbM wegen Verhaltensauffälligkeiten
- Lebte bis 2005 bei Eltern in einer Patchworkfamilie
- Ab Herbst 2005 Umzug in Wohnheim mit angegliederter WfbM.
- Nach eigenen Angaben zündete er Anfang 2007 nach einem Streit mit einer Betreuerin das Bett eines Mitbewohners an.
- In der Folge sind 2 Mitbewohner der Gruppe durch Rauchvergiftung verstorben.
- Er selbst erlitt leichte Rauchvergiftungen

- Richterliche Anhörung und Begutachtung nach §126a StPO, kann aber in einer geschlossenen Abteilung eines Bezirkskrankenhauses bis zur Verhandlung verbleiben.

Zum Konzept der Intensivgruppe

Auftrag und Selbstverständnis der Gruppe

Erwachsene Menschen mit Behinderungen, die nicht mehr in ihrer Herkunftsfamilie leben können oder keine Familie mehr haben, brauchen ein neues Zuhause. Unsere Gruppe, eingebunden in den Bereich WEG (Wohnen Ecksberg und Wohngemeinschaften für Menschen mit Geistiger Behinderung), will dieses Zuhause sein. Hier soll der Rahmen geboten werden, für persönliche Entfaltung und die soziale Eingliederung. Sich wohl fühlen, Angenommen sein, dazugehören, sich zurückziehen können, Schutzraum haben, Geborgensein erfahren, sind ganz wesentliche Punkte, welches das Wohnen mit Tagesstruktur in ihren Gruppen als Lebensbereich bieten will.

Räumliche Ausstattung

Die Intensivgruppe befindet sich im Erdgeschoße des Hauses "Franziskus" auf dem Gelände der Stiftung Ecksberg.

Individuelle Ziele der Betreuung

- Individualität unserer Bewohner achten
- Selbstbestimmung erleben
- Bezugspersonensystem als wichtiges Hilfsmittel
- Essen und Trinken
- Orientierung an den Bedürfnissen unserer Bewohner
- Wahrung von Privat- und Intimsphäre sowie Privateigentum
- Soziale Kontakte

Zum Konzept der Tagesstrukturgruppe

Die gruppeninterne Tagesstrukturgruppe möchten wir hier näher vorstellen, da diese für uns die Möglichkeit bietet, den Bewohnern mit Bewährungsauflagen und Intensivsatz einen zweiten Lebensraum zu bieten.

Personenkreis:

Die Tagesstrukturgruppe besuchen derzeit zwei Frauen und vier Männer im Alter von 23 bis 48 Jahren. Ihre Diagnosen sind zumeist Doppeldiagnosen, das heißt sie haben eine geistige, psychische und/oder eine körperliche Behinderung und sich daraus ergebende Verhaltensauffälligkeiten, die sich in verschiedener Art und Weise zeigen.

Zeitlicher Rahmen:

Die Tagesstrukturgruppe findet täglich von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00–11.30 Uhr und 13.00–15.30 Uhr statt. Die internen Strukturgruppenschließzeiten sind weitestgehend unabhängig von denen der Förderstätte und der Werkstatt für behinderte Menschen. Dies betrifft Urlaubswochen, Feiertage und mögliche Brückentage.

Ziel

Mit Hilfe der Tagesstrukturgruppe soll den Bewohnern aus den Intensivgruppen ein zweiter Lebensraum ermöglicht werden, mit der Option in die Förderstätte und/ oder in die Werkstatt für behinderte Menschen wieder eingegliedert zu werden, wenn eine Intensivbetreuung nicht mehr notwendig ist.

Individuelle Ziele der Tagesstrukturgruppe:

Es wird auf die Individualität der einzelnen Bewohner geachtet und ein Höchstmaß an Selbstbestimmung ermöglicht, d.h. zum Beispiel eine freie Auswahl der Beschäftigungsangebote. Auch bei schlechter psychischer Verfassung, wird mit vermehrter Motivationsarbeit und intensiven Einzelzuwendungen eine tägliche Teilnahme angestrebt. Mögliche Krisensituationen in der Tagesstrukturgruppe werden dort zeitnah interveniert, sodass der betroffene Bewohner nicht vorzeitig auf die Wohngruppe zurückkehren muss. Weitere Ziele sind das Heranführen an Beschäftigungen, Annehmen von Alternativbeschäftigungen, sowie die Förderung der geistigen, körperlichen, psychischen, emotionalen und sozialen Kompetenzen.

Individuelle Angebote:

Die verschiedenen Beschäftigungsangebote gelten für alle Bewohner gleichermaßen, sind jedoch an jeden einzeln angepasst und werden als Gruppen- und/ oder Einzelmaßnahmen durchgeführt. Dazu gehören Spaziergänge, Einkaufsfahrten, Aufenthalt in der Turnhalle, im Schwimmbad und in den Räumlichkeiten der Kegelbahn. Des Weiteren werden didaktische Spiele, leichte WfbM- Arbeiten, basale Stimulationen, gestalterische Tätigkeiten sowie Gespräche als (non-)verbale Kommunikation angeboten. Zur Unterstützung der zeitlichen und inhaltlichen Orientierung werden individuelle TEACCH- Pläne, wie z.B. Pictogramme und Wecker, erarbeitet und angewandt. Je nach Bedürfnis wird ein individueller Stimmungsplan erstellt und konsequent geführt.

Therapeutische Angebote

Die therapeutischen Angebote der Tagesstrukturgruppe finden jeweils einmal wöchentlich statt.

- Ergotherapie (jeden Dienstag von 9.00-11.30)
- Bewegungstherapie (jeden Donnerstag von 9.00-11.30)
- Schwimmen (jeden Montag von 14.00-17.00)
- Reittherapie (jeden Freitag von 12.45-14.00)

Organisation

Zur Personalstruktur: 70 % der Mitarbeiter sind Fachkräfte (Heilerziehungspfleger, Erzieher, Kranken- und Altenpfleger). Erfahrung in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen ist Voraussetzung.

Die Teilnahme an der regelmäßigen Teamsupervision durch externe Supervisoren ist für die Mitarbeiter verpflichtend. Fortbildungen z.B. zum Thema „Deeskalation und Prävention“ oder „Sexualität und geistige Behinderung“ finden in der Regel als Teamfortbildungen statt. Bei Bedarf können externe Fachleute zur Fallsupervisionen angefordert werden. Die wöchentlichen Teamsitzungen finden unter der fachlichen Begleitung einer Psychologin statt. Regelmäßige fachärztliche Visiten bei allen Bewohnern der Gruppe sind selbstverständlich.

Besondere Erfahrungen und Probleme

Grenzen der Betreuung durch Bewährungsauflagen

Im Falle von Herrn S. versucht der Vater, der zugleich der gesetzliche Betreuer seines Sohnes ist., die o.g. Bewährungsauflagen (ständige Beaufsichtigungsnotwendigkeit) zu negieren, weil er schlicht das Urteil nicht anerkennt. Die Mitarbeiter stehen hierbei in einem ständigen Spannungsfeld zwischen der geforderten Aufsicht durch das Urteil und den Wünschen des Vaters nach regelmäßigen Heimfahrten. Zu fordern sind eindeutige Urteile und Unterstützung der aufnehmenden Einrichtungen durch klare schriftliche Anordnungen der Gerichte wie die Bewährungsauflagen durch die Mitarbeiter zu handhaben sind. Wie aus den Beispielen ersichtlich, sind die Gerichtsbeschlüsse äußerst unterschiedlich.

Die Bewährungshelfer sind mit einer geistig behinderten Klientel oftmals völlig überfordert, auch hier wird die Einrichtung alleine gelassen. Weitere Aufnahmen geistig behinderter Delinquenten kommen für uns nur dann infrage, wenn der Rahmen, in dem wir uns bewegen können, durch die Gerichte/Urteile klar vorgezeichnet wird.

Wir müssen den Gerichten zukünftig auch klar aufzeigen, dass wir eine Einrichtung für erwachsene geistig behinderte Menschen mit einer intensiv betreuten Wohnform sind, jedoch keine Forensik! Für uns stellt sich also die Frage, wie viele Bewohner mit Bewährungsauflagen sollten in der Gruppe betreut werden, ohne dass wir überfordert werden bzw. sich Bedingungen herstellen wie in einer forensischen Station, was wir nicht sind und auch nicht wollen.

Personelle Probleme

Es ist nicht einfach, geeignete Mitarbeiter zu finden und über einen längeren Zeitraum in der Gruppe zu halten. Besondere Belastungen entstehen durch besondere Aufsichtspflicht, die Tag und Nacht gewährleistet werden muss, sowie durch eine realistische, aber auch undramatische Gestaltung des Umgangs mit den Gefahren, die von diesem Personenkreis ausgehen können.

Akzeptanz in der Einrichtung

Die Akzeptanz der Wohngruppe hängt weitgehend von der „Öffentlichkeitsarbeit“ der Mitarbeiter (hier auch vom Gruppenleiter) in der Einrichtung ab. Eine gute Zusammenarbeit mit den übrigen Wohngruppen ist Voraussetzung um eine Eingliederung der Bewohner in eine geringer betreute Wohnform sicherzustellen

Zusammenarbeit mit Ärzten u. Krankenhäusern

Bei der Aufnahme unserer intensiv betreuten Bewohner in Kreiskrankenhäuser sind das dortige Pflege- und Krankenpersonal in der Regel überfordert (unter anderem wegen der Aufsichtspflicht). Eine intensive Zusammenarbeit mit einer guten psychiatrischen Klinik ist zur Unterstützung der Mitarbeiter unbedingt erforderlich.

Zusammenarbeit mit dem Bewährungshelfer

Leider gibt nach unserer Erfahrung kaum Bewährungshelfer, die über Erfahrungen mit geistig behinderten Delinquenten verfügen. Regelmäßige Besuche der Bewährungshelfer unterstützen die Betreuungsarbeit der Gruppe, wenn klare und eindeutige Problemeinschätzungen haben.

Zusammenarbeit mit den Eltern und gesetzlichen Betreuern.

Nach unserer Erfahrung ist es bei geistig behinderten Delinquenten nicht sinnvoll, wenn die Eltern weiterhin als gesetzliche Betreuer eingesetzt sind. Als Lösung würden wir uns einen Verfahrensbetreuer für die Zeit der Bewährungsauflagen oder einen zusätzlichen Amtsbetreuer vorstellen.

Wo bekomme ich die nötige therapeutische Unterstützung (z. B. Sexualbegleitung, Spezielle Therapien, psychologische Begleitung)

Es gibt kaum Therapeuten, die bereit und in der Lage sind mit geistig behinderten Menschen (Delinquenten) zu arbeiten (Sexualtherapie, Verhaltenstherapie). Weitere therapeutische Hilfsangebote existieren nicht, die Einrichtung bleibt auf sich gestellt!

Schluss

Vermehrte Aufnahmeanfragen zeigen uns, dass die beiden hier geschilderten Schicksale keine Einzelfälle sind. Junge geistig behinderte Menschen begehen Straftaten, kommen vor Gericht und werden verurteilt. Soweit entspricht dies dem Ablauf, wie er nach jeder begangenen Straftat in unserer Gesellschaft üblich ist. Eine Unterscheidung zum „normalen“ Ablauf ergibt sich erst dann, wenn die Gerichte bereit sind, diese Urteile zur Bewährung auszusetzen. Diese Bereitschaft, die Urteile zur Bewährung auszusetzen ergibt sich bei Gericht in der Regel nämlich nur, wenn eine Einrichtung bereit ist, einen passenden Wohnplatz anzubieten. Anfragen aus ganz Deutschland zeigen uns, dass sich hier die Einrichtungen der Behindertenhilfe aber noch sehr schwer tun, dies als Aufgabe für sich zu erkennen.

Unsere Möglichkeiten sind begrenzt! Aber der Auftrag, auch für verurteilte geistig behinderte Menschen Wohnplätze anzubieten, bleibt bestehen. Die Einweisung in die Forensik ist nach unserer Erfahrung die schlechtere Alternative!

Delinquente Menschen mit geistiger Behinderung - Die Arbeit der Polizei -

Anne Kortleben

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
 nachdem Herr Koller² Ihnen soeben einen umfangreichen Einblick in die durch diverse gesetzliche Regeln definierte juristische Sichtweise des sinnvollen, verantwortlichen Umganges mit delinquenten Menschen mit geistiger Behinderung in unserer Gesellschaft gegeben hat, möchte ich Ihnen - als Vertreterin der Polizei - einen Eindruck vermitteln, in welcher Art und Weise wir unsere Aufgaben diesbezüglich wahrnehmen. Hierzu möchte ich erläuternd auch auf einige grundsätzliche Dinge, Anschauungen, Überlegungen und Erfahrungen eingehen, die die polizeiliche Arbeit im Umgang mit delinquenten Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch die Zusammenarbeit mit den sie begleitenden bzw. verantwortlich betreuenden Menschen - nämlich Ihnen - prägen. Es ist mir wichtig, gleich zu Beginn herauszustellen, dass wir uns – genau wie Sie - mit unserer gesamten Arbeitsleistung für die Menschen in unserer Gesellschaft einsetzen. Hierbei gilt grundsätzlich: Auch der delinquente Mensch mit geistiger Behinderung ist in erster Linie einmal „Mensch“ und nicht „Täter“.

Im Rahmen unserer Arbeit mit diesen Menschen kommt es zwangsläufig zu Berührungspunkten der Polizei mit Ihnen, den verantwortlichen Ärzten, Psychologen, Betreuern und Sozialarbeitern. Nach meiner Erfahrung ist es sinnvoll, die Arbeit des jeweilig anderen gut zu kennen, um so das bestmögliche Ergebnis zu erreichen. Oft stehen wir gemeinsam im Fokus der Öffentlichkeit. Ich denke hier z.B. an die verantwortlichen Personen, wenn ein Maßregelvollzugspatient in der Lockerung eine schwere Straftat begangen hat und auf alle beteiligten Institutionen ein riesiges, manchmal nur bedingt sachliches Medieninteresse einbricht.

Ich denke, verantwortungsbewusstes und partnerschaftliches Handeln im Rahmen der eigenen Aufgabenwahrnehmung ist der Schlüssel für unser gemeinsames Ziel, eine sichere Gesellschaft mit größtmöglichen Freiheiten für den Einzelnen mit zu gestalten.

Polizeiarbeit in der Bundesrepublik Deutschland ist „Ländersache“, d.h. jedes Bundesland hat eine eigene Gestaltungshoheit, was die polizeiliche Aufgabenwahrnehmung angeht. Dieses föderale Prinzip hat allerdings nicht zu signifikanten Abweichungen in der Zuweisung der Kernaufgaben der Polizeien der Länder und auch nicht zu gravierenden Abweichungen in den einzelnen Polizeigesetzen geführt. So ist jeder Polizist Land auf Land ab gleichermaßen gesetzlich verpflichtet, alles Erforderliche sowohl im Bereich der Gefahrenabwehr als auch im Bereich der Strafverfolgung zu tun. Insofern gibt es trotz der

² Anm. d. Hrsg.: Herr Richter Koller sah sich leider nicht in der Lage, seinen Vortrag „Delinquenz bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Justizbehörden“ zu verschriftlichen.

Individualität einen breiten Nenner für die polizeiliche Arbeit, so dass die von mir dargestellte niedersächsische Arbeits- und Sichtweise durchaus repräsentativen Charakter haben dürfte.

Die polizeiliche Arbeit ist äußerst vielschichtig – dies ist hinlänglich bekannt. Wir kommen im Zuge unserer Tätigkeit zwangsläufig mit allen nur erdenklichen Lebenssituationen in Berührung und haben es hierbei mit Menschen aus allen Schichten unserer Gesellschaft zu tun. Tagtäglich arbeiten wir mit und für Opfer, Täter, hilflose Personen, Unfallopfer oder auch Menschen mit suizidalen Absichten. Wir kümmern uns um aggressive und verzweifelte, alkohol-, drogen- oder medikamentenabhängige Mitbürger. Deutsche, Migranten, Ausländer, Kranke und Gesunde. Jeder kann in Gefahr geraten und viele selbst gefährlich oder auch Straftäter werden. Jeder Polizist in der Bundesrepublik verpflichtet sich mit Dienstaufnahme per Eid zur vollen Hingabe an den Beruf – bis hin zum Lebenseinsatz. Er verpflichtet sich zu Neutralität, Gerechtigkeit und zur unbedingten Gesetzestreue. Das bedeutet, dass wir jedem Bürger, gleich welcher Herkunft, welcher beruflichen Stellung oder auch welcher gesundheitlichen Zustandes zu gleichermaßen verantwortungsvollem und engagiertem Handeln verpflichtet sind.

Im Rahmen der Gefahrenabwehr sind wir gefordert und bemüht, jederzeit Schaden von Personen und Sachen abzuwehren. Es heißt hier: Leben retten, Erste Hilfe leisten, Gefährdete rechtzeitig aufspüren und in ärztliche Behandlung übergeben und natürlich auch, gegen Gefährder einzuschreiten. Oft ist es hierbei erforderlich, sich selbst in Gefahr zu begeben, das eigene Leben zu riskieren, um der Aufgabe gerecht zu werden. Die Berichterstattungen zu dem Amoklauf in Winnenden haben uns dies gerade wieder drastisch vor Augen geführt. Natürlich übernehmen wir im Bereich der Gefahrenabwehr z.B. auch die Verantwortung für die Sicherheit der Menschen, die einer Bedrohung ausgesetzt sind oder betreiben heutzutage einen erheblichen präventiven Aufwand im Bereich der „Häuslichen Gewalt“, in dem wir schon mit dem Ersteinsatz den Betroffenen Hilfestellungen geben und vernetzt mit unterschiedlichen Stellen zusammenarbeiten, um so Sicherheit herzustellen und bestenfalls auch ein gewaltfreies Leben für die Betroffenen zu ermöglichen.

Neuerdings sind wir auch ganz konkret durch Konzepte zur Verhinderung von Wiederholungstaten von aus der Straftat entlassenen Sexualtätern eingebunden. Bei dieser Arbeit - in Niedersachsen *K.U.R.S. („Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualtätern“)* genannt - arbeiten Verantwortliche in Justizvollzugsanstalten, eingebundene Psychologen, Führungsaufsichten, Bewährungshelfer, Richter aus Strafvollstreckungskammern und speziell ausgewählte Polizeibeamte strukturiert zusammen, um ein befürchtetes Wiederholungsrisiko zu minimieren, gleichzeitig aber dem Probanden ein adäquates Leben in Freiheit zu ermöglichen. Die praktischen Erfahrungen des ersten Jahres haben ergeben, dass oft eine Einbindung von z.B. Vorbehandlern aus dem Maßregelvollzug sinnvoll ist. Nach Klärung der Schweigepflichtsmodalitäten erleben wir hier ein gemeinsames Arbeiten zum Schutz der Gesellschaft, aber auch zur Unterstützung des vorbestraften Sexualtäters, der - ist er geoutet - nicht selten in seinem neuen Wohnumfeld durch Anwohner und Medien massiv verfolgt wird.

Es ist wichtig zu wissen, dass für die polizeiliche Arbeit folgender Grundsatz immer gilt: *Gefahrenabwehr geht vor Strafverfolgung*. Das bedeutet, dass jeder Polizist in jedem Einsatz die entsprechende Priorität zu setzen hat. Dies hat z.B. zur Folge, dass selbstverständlich ein Notarzt an einem Gewalttatort alles Erforderliche zur Lebensrettung bzw. Erstversorgung einer Person tun darf, auch wenn hierbei wichtige Spuren vernichtet werden könnten.

Im Bereich der Strafverfolgung heißt es für die Polizeibeamten, die gesamte Deliktpalette des Strafgesetzbuches und einer Vielzahl von Nebengesetzen abzudecken, d.h. sowohl rechtlich versiert als auch kriminalistisch kompetent unter Einbeziehung aller technischen Möglichkeiten zu beherrschen. Um dieser Vielfalt an Anforderungen gerecht zu werden, müssen wir uns spezialisieren und aufgabenteilig arbeiten.

Selbstverständlich liegt auch die Gestaltung der jeweiligen polizeilichen Organisationsform in der Hoheit der einzelnen Bundesländer. Hierdurch bedingt haben wir z.B. unterschiedliche Dienststellenbezeichnungen und auch nicht völlig deckungsgleiche Aufgabenzuweisungen in den einzelnen Fachbereichen. In jeder Länderpolizei gibt es aber sehr ähnliche, aufgabenorientierte Spezialisierungen, so dass nach dem polizeilichen Ersteinsatz die weiteren Tätigkeiten bzw. Ermittlungshandlungen immer durch speziell ausgesuchte und ausgebildete Beamte aus ganz bestimmten Fachbereichen vorgenommen werden. So gibt es in allen größeren Polizeidienststellen in Deutschland spezialisierte Arbeitsbereiche für z.B. die Bearbeitung von Kapitaldelikten (Tötungs-, Brand- und Sexualdelikten), die immer wieder auch von Menschen begangen werden, bei denen sich die Frage der Schuldunfähigkeit bzw. der eingeschränkten Schuldfähigkeit aufgrund mangelnder Einsichtsfähigkeit in das Unrecht der Tat wegen einer geistigen Behinderung stellt. Ich selbst bin Leiterin eines genau auf diesen Bereich spezialisierten Fachkommissariates bei der niedersächsischen Polizei in Göttingen. Göttingen ist Ihnen vermutlich als traditionsreiche Universitätsstadt oder auch aufgrund von beruflichen Bezügen zum ehemaligen Landeskrankenhaus Göttingen, heute privatisierter "Asklepiosklinik Göttingen" bzw. zum ganz in der Nähe befindlichen Landeskrankenhaus Moringen bekannt. Gemeinsam mit meinen Mitarbeitern/Innen bin ich für die abschließende Bearbeitung aller Todes-, Brand- und Sexualdeliktsermittlungen sowie weiterer Gewaltdelikte wie z.B. Entführung, Geiselnahme sowie Körperverletzungs- und Bedrohungsdelikte zuständig.

Nach Kenntniserlangung von einer Straftat haben wir im Rahmen der Strafverfolgung hierbei alles zu tun, was der Erhellung des Sachverhaltes und damit zur Aufklärung der Tat dienen kann. Hierbei sind alle Fakten, be- und entlastende gleichermaßen, zu berücksichtigen. Die rechtlichen Gegebenheiten setzen den Rahmen, ein Nichthandeln oder Unterlassen kann für den Polizisten eine eigene strafrechtliche Verantwortlichkeit wegen "Strafvereitelung im Amt" nach sich ziehen. Es liegt nicht in unserem Ermessen, ob wir z.B. Spuren einer Tat suchen und verfolgen oder Zeugen ermitteln und befragen wollen - wir haben es zu tun! Ich kann Ihnen versichern, dass es uns durch unsere Ausbildung und die praktische Berufserfahrung in Fleisch und Blut übergegangen ist, gewissenhaft all das bestmöglich zu ermitteln, was die nachfolgende juristische Bewertung des

Verhaltens von Personen im Hinblick auf Tatbestandsmäßigkeit, Rechtswidrigkeit und Schuld erlauben soll. Unsere „7 goldenen Ws“ (*Wer hat Wann Wo Was gemacht, Wie, Womit, Warum?*) umreißen immer den Ermittlungsanspruch. Diese 7 Fragen objektiv und gewissenhaft zu beantworten, darf mit Fug und Recht von uns erwartet werden.

In meinem speziellen polizeilichen Arbeitsbereich haben wir es eigentlich in jedem Fall mit Menschen zu tun, die durch ein Ereignis beeinträchtigt worden. Sind, seien sie nun Opfer der Tat, Angehöriger oder Zeuge. Hierbei schauen wir tagtäglich auf alles nur Erdenkliche, was Menschen sich antun bzw. erleiden müssen. Diesbezüglich sind wir auch ständig mit allen nur erdenklichen Formen von Traumatisierung konfrontiert. Aber wir erleben und lernen in unserer alltäglichen Arbeit auch viel in Bezug auf die Abhängigkeit menschlicher Handlungen und Verhaltensweisen von den sie prägenden Umständen und gesundheitlichen Gegebenheiten. Ich glaube, ich kann stellvertretend für jeden erfahrenen Ermittler in diesem speziellen Arbeitsbereich sagen, dass wir wirklich verinnerlicht haben, dass es einfach ein persönlicher Glücksfall ist, gesund geboren zu werden und in einem intaktem Umfeld aufwachsen zu können, um so eine gute Startchance ins Leben zu erhalten. Diese Einsicht, dieses gewisse Maß an Demut sowie ein hohes Maß an Empathie sind für mich ebenso Grundvoraussetzungen eines kompletten Ermittlers in diesem Arbeitsbereich wie umfassende rechtliche, kriminalistische und kriminologische Fertigkeiten.

Aus Ihrer Arbeit heraus wissen Sie, dass gerade im Bereich der Tötungs-, Sexual- und Branddelikte nicht selten Täter handeln, bei denen sich die Frage der geistigen Behinderung als tatuslösendes oder beeinflussendes Element stellt. Wir gewinnen in unserer Ermittlungsarbeit häufiger Anhaltspunkte für psychische Störungen, psychische Krankheitsbilder, nicht selten kombiniert mit Alkohol- und Drogenabusus. Wir kommen in Berührung mit sexuell abweichendem Verhalten, Intelligenzminderung und Persönlichkeitsstörungen. Wenn wir unsere „7 goldenen Ws“ komplett beantworten wollen, dann heißt es, auch das siebte „W“, das *Warum* mit einzubeziehen. Wir ermitteln auch hierzu gewissenhaft; selbstverständlich obliegt es aber im weiteren juristischen Verfahren den psychologischen und psychiatrischen Sachverständigen, diese Frage exakt zu beantworten.

Ich möchte nun anhand eines Beispielen verdeutlichen, wie wir unsere praktische Arbeit in der Strafverfolgung gestalten:

Am Nachmittag des 24.12.2007 begibt sich ein aus dem Massregelvollzug (MRV) entlassener 53-jähriger Mann in die Göttinger Innenstadt. Er trinkt an verschiedenen Orten Alkohol, exhibitioniert sich vor Angestellten einer Kneipe und wird daraufhin des Lokales verwiesen. Auf direktem Wege sucht er nun einen Hinterhof in der Nähe auf. Er weiß, dass hier eine 49-jährige psychisch auffällige Obdachlose lebt. Ganz offensichtlich in sexueller Absicht bemächtigt er sich ihrer. Als sie sich heftig wehrt, tötet er sie, indem er sie durch Zuhalten von Mund und Nase erstickt. Anwohner werden durch Geräusche aufmerksam, verständigen Notarzt und Polizei. Der Täter wird noch am Ort festgenommen, zumal er keine Anstalten zur Flucht unternimmt.

Polizeiliche Maßnahmen am Tatort

- sofortiges Entsenden von Streifenwagen zum Einsatzort nach Notruf
- Eintreffen mit Notarzt, dieser untersucht Opfer, stellt Tod fest

- Sicherung des Tatortes durch Streifenbeamte; Verhinderung vermeidbarer Veränderungen
- Festnahme des Täters und Verbringung zur Dienststelle
- sofortige Einschaltung der Fachdienststellen - hier 1. Fachkommissariat (Kapitaldelikte) und 5. FK (Kriminaltechnik)
- Erhebung des objektiven Befundes, Hinzuziehung eines Rechtsmediziners, anschließend Obduktion
- Erstbefragung vorhandener Zeugen; aktive Suche nach weiteren Zeugen

Maßnahmen mit dem Tatverdächtigen

- Spurensicherung an der Bekleidung, am Körper (z.B. Sicherung von DNA-Spuren, Haarspuren des Opfer)
- Untersuchung durch Rechtsmediziner auf Verletzungen
- Entnahme von Blut- und Urinproben zur Feststellung einer möglichen Alkohol-/Drogen-/Medikamentenbeeinflussung
- erkennungsdienstliche Behandlung
- Vernehmung in Abhängigkeit von körperlicher Verfassung
- ggf. Hinzuziehung Arzt zur Feststellung der Vernehmungsfähigkeit; ggf. Medikation
- ausführliche Belehrung über die Rechte des Beschuldigten, nicht aussagen zu müssen und jederzeit einen Rechtsanwalt hinzuziehen zu können, einzelne Beweisanträge stellen zu können
- grundsätzliches Recht auf Benachrichtigung Vertrauensperson
- exakte Protokollierung, Festhalten des gesprochenen Wortes, aller Begleitumstände, Verhaltensweisen, -eindrücke
- strikte Beachtung des § 136 a StPO (verbotene Vernehmungsmethoden) u. a. keine Gewalt, keine Demütigungen, Pausen bzw. Abbruch bei körperlicher Überlastung, Recht auf Essen, Trinken, Rauchen (→ *striktes Verwertungsverbot bei Nichtbeachtung der Rechte ebenso bei fehlender Einsichtsfähigkeit in seine Rechte*)
- Durchsuchungsmaßnahmen der mitgeführten Sachen des Täters aus der Wohnung
- Richtervorführung spätestens am nächsten Tag; Entscheidung Haft- oder Unterbringungsbefehl

Weitere Ermittlungshandlungen

- Zusammentragen aller wichtigen Informationen zur Lebenssituation von Opfer und Täter; beim Täter insbesondere auch Tatvorverhalten; hier z.B. Aufenthaltsorte, Alkoholkonsum, Kontakte über den gesamten Tag
- Vorerkenntnisse – Hinzuziehung aller vorhandenen Erkenntnisse

Der Tatverdächtige im Beispielfall hat alle Maßnahmen freiwillig mitgemacht; die Vernehmung erfolgte ca. 4 Stunden nach der Tat am Heiligabend – sie war recht kurz, da sich für den erfahrenen Vernehmungsbeamten deutlich eine geistige Beeinträchtigung und damit einhergehend auch die z. B. Frage der realistischen Ansprechbarkeit, der Fähigkeit zum klaren Denken bzw. der zeitlichen, räumlichen Orientierung beim Beschuldigten stellte. Alles, was der Beschuldigte äußerte, wurde wörtlich protokolliert. Hier beispielsweise: „*Es hat sich hergestellt, dass es sich herstellt und vielleicht auf die Bibel geschworen; Gott ist mein Zeuge...*“; eine Passage, die Verwirrtheit andeutet.

Ich möchte an dieser Stelle die Frage , inwiefern die Polizei anders arbeitet, wenn als Tatverdächtiger einer Straftat nicht ein „Gesunder“, sondern ein Delinquent mit möglicher geistiger Behinderung in den Fokus der Ermittlungen rückt, beantworten: *Grundsätzlich gibt es kein abweichendes Vorgehen!* Wir ermitteln gleichermaßen akribisch, neutral und personenunabhängig. Lediglich bei der Vernehmung - wie schon angeführt - ist eine gesteigerte Rücksicht auf die

individuellen Einschränkungen des vermeintlich geistig Behinderten zu nehmen. Hierzu ist selbstverständlich ein Grundwissen um die möglichen Erscheinungsformen Voraussetzung.

Weiterhin ist besonderes Augenmerk in Bezug auf die Frage der Haftfähigkeit zu richten. Hier kann in Absprache mit der Staatsanwaltschaft und auf Anordnung eines Richters eine schnellstmögliche Unterbringung in einem Krankenhaus bzw. in der einen geschlossenen Abteilung eines Landeskrankenhauses erforderlich sein. Ich kann Ihnen versichern, dass wir Rücksicht auf die Defizite der Menschen und hier natürlich insbesondere der Tatverdächtigen/Beschuldigten nehmen.

Wir sind verpflichtet, sämtliche Ermittlungshandlungen, aber insbesondere auch unsere Vernehmungssituation genau zu spiegeln. Das tun wir durch exakte Verschriftungen. In Bezug auf die Dokumentation der Vernehmung bedeutet dies, neben der Protokollierung in wörtlicher Rede auch das Festhalten z.B. von nonverbalen Auffälligkeiten wie z.B. Zittern, besondere Sitzposition, Schweißausbruch.

Teilweise nutzen wir die Möglichkeit der Tonaufzeichnung. Die Möglichkeit der Videoaufzeichnung wird zurzeit in der Bundesrepublik eher für Opfervernehmungen genutzt. Theoretisch könnte sie auch bei Vernehmungen von Beschuldigten eingesetzt werden, wenn diese zustimmen.

Im Beispielfall war der Täter aufgrund von begangenen Sexualstraftaten seit jungem Alter mehrfacher und langjähriger Patient im Maßregelvollzug gewesen. Das Gericht stellte im Rahmen der Hauptverhandlung fest, dass die Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit aufgrund vorliegender Persönlichkeitsstörung und zur Tatzeit vorhandener halluzinatorisch-schizophrener Psychose geschah und verfügte die Unterbringung im Landeskrankenhaus.

Natürlich wurde nach der Tat in der Presse massiv darüber spekuliert, dass der „Heiligabendmord“ zu verhindern gewesen wäre, in dem man den Mann wegen vorhandenem Rückfallrisiko nicht in die Freiheit hätte entlassen dürfen. Insofern wurden Behandler, Gutachter und Strafvollstreckungskammer in den Fokus genommen. Tatsächlich war er trotz Entlassung weiterhin angebunden an ambulante Maßnahmen des LKH. So war er 5 Tage vor der Tat untersucht worden, die beginnende (und sich dann durch Alkoholabusus rasant verschlimmernde) Psychose war dabei nicht zu erkennen gewesen. Dass hier weder ein Versagen von Ärzten noch Verantwortlichen der Strafvollstreckungskammer vorlag, wurde in der Urteilsbegründung durch den vorsitzenden Richter ausführlich herausgestellt. Dies führte zu einer deutlichen Versachlichung in der Berichterstattung.

Fazit

Sie alle haben mit Sicherheit schon durch Ihre Arbeit Berührungspunkte mit Polizeibeamten gehabt. Wir stehen ja nicht nur im Kontakt, wenn es zu einem derart schlimmen Ereignis wie dem soeben geschilderten Tötungsdelikt gekommen ist. Die Polizei wird eingeschaltet, wenn es zu einem Suizid eines Probanden gekommen ist, wenn sich ein Patient, der sich in Freiheit oder Lockerung befindet, nicht an die Auflagen hält und Eigen- oder Fremdgefährdung droht. Häufiger

werden wir auch gerufen, wenn es innerhalb einer Einrichtung zu Übergriffen eines Patienten auf Mitpatienten oder Betreuungspersonal kommt.

Aus meinem ganz persönlichen Arbeitsumfeld in Göttingen kann ich berichten, dass wir in den letzten Jahren mit verantwortlichen Ärzten, Behandlern und Betreuern aus Landeskrankenhaus, Asklepiosklinik, Psychiatrie, Wohngruppen, Behinderteneinrichtungen ein vertrauensvolles Arbeitsklima geschaffen haben. Wir haben uns kennen gelernt und ich denke, gegenseitigen Respekt vor dem Verantwortungsbereich und der Leistung des anderen aufgebaut. Wir arbeiten nicht gegeneinander, weil wir Vorurteile haben, sondern bemühen uns um ein gutes Miteinander zur bestmöglichen Aufgabenerfüllung.

Es ist allerdings erforderlich, diesen Prozess ständig fortzuschreiben, denn wie überall im Leben gibt es Situationen, punktuell inadäquates Verhalten einzelner und auch äußere Zwänge, die die Zusammenarbeit zumindest zeitweise belasten können. Ich denke hier beispielsweise an eine Situation, als wir gezwungen waren, gegen Pflegepersonal des LKH ein Verfahren wegen „unterlassener Hilfeleistung“ einzuleiten, als ein MRV-Patient einen Pfleger niedergestochen hat und aus Äußerungen des Schwerverletzten Anhaltspunkte vorlagen, die zunächst darauf hindeuteten, dass Personen die Gewaltaktion nicht schnell genug unterbunden hätten. Derartige Ermittlungen könnten das Vertrauensverhältnis belasten, wenn man die Arbeit und Arbeitsweise des anderen nicht kennt.

Ich kann mir gut vorstellen, dass einige von Ihnen - hoffentlich nicht viele - auch schon Kontakt mit mürrischen, polterigen Polizisten hatten, die Ihr Anliegen nicht in der gebotenen Form aufgenommen haben. Polizisten sind wie alle Menschen nicht unfehlbar. Dazu kommt, dass im riesigen Aufgabenfeld nicht jeder Polizist die erforderliche Detailkenntnis für jede Sachlage haben kann und immer adäquat reagiert. Gerade zur Bewältigung belastender Momente in der Zusammenarbeit ist es wichtig, eine generelle Wertschätzung der Arbeit des anderen aufgebaut zu haben. Ich denke, diese Wertschätzung ist vorhanden. Sollten Sie im Einzelfall Probleme in der Zusammenarbeit feststellen, möchte ich an Sie alle appellieren, sich vertrauensvoll an die Verantwortlichen Ihrer Polizeidienststelle zu wenden, um einzelne Missverständnisse schnell auszuräumen, damit das Arbeitsverhältnis nicht belastet wird.

Wir haben großen Respekt vor Ihrer Arbeit mit und für delinquente Menschen mit geistiger Behinderung. Wir wissen um Ihre Kompetenz und Ihr Verantwortungsgefühl und erahnen aus Äußerungen und Forderungen, dass Sie teilweise noch besser arbeiten könnten, wenn Sie die notwendigen personellen und finanziellen Möglichkeiten für z.B. für notwendig oder sinnvoll erachtete Nachsorgemaßnahmen für zu entlassende MRV-Patienten hätten. Auch diesbezüglich findet sich in unserer Arbeit eine große Übereinstimmung. Ich weiß, dass Sie mit Ihrer und wir mit unserer Arbeit sehr viel Gutes für die Menschen und das Zusammenleben in unserer Gesellschaft bewirken. Ebenso sicher bin ich allerdings auch, dass wir im Falle des gemeinsamen Kontaktes mit delinquenten Menschen mit geistiger Behinderung das jeweils optimale Ergebnis nur erreichen können, wenn wir kompetent und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Ich denke, dass Optimum anzustreben, lohnt sich immer!

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Helma Ahlemeyer
Ärztin für Psychiatrie, Dipl.-Pädagogin
Kleiner Schulweg 15
59510 Lippetal
E-Mail: ha@marahl.de

Jutta Muysers
Chefärztin Abteilung Forensische Psychiatrie
Rheinische Kliniken Langenfeld
Kölner Straße 82
40764 Langenfeld
E-Mail: jutta.muysers@lvr.de

Annegret Kortleben
Erster Polizeihauptkommissarin(EPHK)
Polizeiinspektion Göttingen
1. Fachkommissariat
Groner Landstraße 51
37081 Göttingen
E-Mail: annegret.kortleben@polizei.niedersachsen.de

Hans Viellehner
Markus Sollinger
Stiftung Ecksberg
Ebinger Straße 1
84453 Mühldorf/Inn
E-Mail: wohnpflege2@ecksberg.de

Dr. med. Knut Hoffmann
Arzt für Psychiatrie
Stellvertr. Chefarzt Sozialpsychiatrie
Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
E-Mail: kn.hoffmann@asklepios.com

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Bestellungen an die Redaktion erbeten (Bestellformular über die Website www.dgsgb.de).

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521 144 2613
Fax 0521 144 3096
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennische
Brüderstr. 5
12205 Berlin
Tel.: 0174 9893134
E-mail klaus.hennische@gmx.de



**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhaupsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- *der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten*
- *der Standards ihrer psychosozialen Versorgung*
- *der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung*
- *des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.*

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

*Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)
Dr. Knut Hoffmann, Göttingen
Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle*

Postanschrift

*Prof. Dr. Michael Seidel
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Maraweg 9
D-33617 Bielefeld
Tel.: 0521 144-2613
Fax: 0521 144-3467
www.dgs gb.de*