



dgs gb

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

Michael Seidel & Erik Weber (Hrsg.)

**Dienste und Einrichtungen der
Eingliederungshilfe als Anschluss-
perspektive nach dem Maßregelvollzug
für straffällig gewordene Menschen mit
geistiger Behinderung**

Hintergründe, Rahmenbedingungen und Entwicklungsbedarf

**Dokumentation der Fachtagung der DGSGb
am 17. März 2017 in Kassel**

Materialien der DGSGb

Band 39

Berlin 2017

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-938931-40-0

® 2017 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@posteo.de

1. Aufl. 2017

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

**Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe als
Anschlussperspektive nach dem Maßregelvollzug für
straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung**
Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 17. März 2017 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Erik Weber	4
Einführung in das Thema	
Michael Seidel	11
Die Neuregelung des Rechts der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB - Hintergründe, rechtliche Grundlagen und Auswirkungen auf Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe	
Anke Behnsen	33
Veränderte Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen bei der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung im Anschluss an den Maßregelvollzug (1)	
Ulrich Reitis-Münstermann	41
Veränderte Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen bei der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung im Anschluss an den Maßregelvollzug (2)	
Ramona Strohm	48
Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen bei der Begleitung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen im Anschluss an den Maßregelvollzug	
Tatjana Voß & Vera Schneider-Njepel	53
Anforderungen an die Kooperation zwischen forensischer Nachsorge sowie Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe	
Ruth Coester	62
Rechtliche Rahmenbedingungen in den Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe	
DHG/DGSGB Appell und Anschreiben	69
Autorinnen und Autoren	74

Einführung in das Thema

Erik Weber

Die gegenwärtige Situation der Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung im Maßregelvollzug ist sicherlich nicht direkt vergleichbar mit den Beschreibungen in folgendem Zitat von Martin HAHN aus dem Jahre 1987. Aber dieses Zitat soll dennoch am Beginn der kurzen Einführung in die Thematik der Hintergründe, Rahmenbedingungen und Entwicklungsbedarfe für Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe als Anschlussperspektive *nach* dem Maßregelvollzug für straffällig gewordene Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung stehen. Das Zitat ist zwar schon etwas älter, aber es kann die Hintergründe der Debatte um die Situation von Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung im Maßregelvollzug immer noch treffend beleuchten:

„Wir erkennen:

- *mangelndes Problembewusstsein bei den direkt und indirekt dafür Verantwortlichen,*
- *Abstumpfung als Gewöhnungseffekt,*
- *institutionelle Bedingungen, die zur Routine- und Massenpflege führen,*
- *Entpersönlichungsmuster der totalen Institution,*
- *Mißachtung von Bedürfnissen,*
- *keine oder nur wenig Zeit für Kommunikation,*
- *kein Korrektiv für die Fachkräfte bei den Betroffenen, weil sie sich nicht oder nur schwer artikulieren können,*
- *ungenügende personelle Voraussetzungen für menschenwürdiges Zusammenleben,*
- *und ungenügende äußere Voraussetzungen für menschenwürdiges Zusammenleben (...)*“ (HAHN 1987, S. 65).

Obschon das Zitat aus einem anderen Kontext stammt, nämlich den Enthospitalisierungsbestrebungen der 1980er Jahre, kann es dennoch hilfreich sein, sich an die genannten problematischen Aspekte, die HAHN nennt, zu erinnern und zu reflektieren, ob nicht einige davon immer noch hoch aktuell sind.

Es soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass sich die DHG schon seit längerer Zeit mit der Thematik der straffällig gewordenen Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung im Maßregelvollzug beschäftigt. So hat sie u. a. mit einer Expertise im Jahr 2012 mit dem Titel *„Perspektiven für Menschen mit geistiger*

Behinderung im Maßregelvollzug“ (DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT 2012) auf dieses Feld aufmerksam gemacht.

Die Inhalte dieser – mittlerweile an einigen Stellen überarbeitungswürdigen – Expertise waren:

- Ein erster Problemaufriss: Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung und delinquentes Verhalten;
- Der Maßregelvollzug;
- Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung im Maßregelvollzug (Delikte, Verweildauer, therapeutische Zugänge);
- Ausgewählte Problemfelder (lange Verweildauern, konzeptionelle Uneinheitlichkeit, das Primat der ‚ärztlichen Gesichtspunkte‘, Fragen der Nachsorge und Prävention);
- Handlungsbedarfe und Empfehlungen (vgl. ebd.).

Zudem hat die *Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V. (DHG)* zu dieser Thematik im Jahr 2012 eine Fachtagung veranstaltet, einen umfangreichen Tagungsband herausgegeben (DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT 2013) und ein Positionspapier verfasst (DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT 2014).

Ebenso hat die *Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DGSGB)* in ihrer Schriftenreihe „Materialien der DGSGB“ in den Jahren 2001 und 2010 auf diese Thematik aufmerksam gemacht (vgl. SEIDEL & HENNICKE 2001 bzw. HOFFMANN 2010). Befasst mit dem Problemfeld sind u. a. auch zwei Arbeitskreise der Bundesdirektorenkonferenz (der AK Forensik unter der Leitung von Jutta Muysers und der AK geistige Behinderung unter Leitung von Franziska Gaese); vgl. URL: <http://www.bdk-deutschland.de/arbeitskreise/ak-forensik> (Abruf am 13.04.2017) bzw. URL: <http://www.bdk-deutschland.de/arbeitskreise/ak-geistige-behinderung> (Abruf am 13.04.2017)].

In der erwähnten Expertise der DHG wurden letztlich bezüglich der Thematik folgende Handlungsbedarfe und Empfehlungen beschrieben:

- Dialog und Diskurs;
- einheitlichen Sprache;
- konzeptionelle Weiterentwicklungen in Diagnostik;
- konzeptionelle Weiterentwicklungen in Therapie;
- konzeptionelle Weiterentwicklungen in Nachsorge;
- Reformbedarf im Strafvollzugsgesetz;
- Eckpunkte für Prävention (vgl. DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT 2012, S. 51ff.).

Es lässt sich feststellen, dass diese Handlungsbedarfe noch immer aktuell sind.

Eine Randnotiz sei an dieser Stelle erlaubt. Darf gefragt werden, ob folgender Sachverhalt, abseits jeglicher Fachöffentlichkeit, symptomatisch für die Diskussion ist. Zitiert sei dafür aus der Antwort des Berliner Senats auf die Anfrage des Abgeordneten Alexander Spies (PIRATEN) vom 21.09.2016 (Abgeordnetenhaus Berlin Drucksache 17/19074) auf folgende ausgewählte Frage (die Anfrage enthielt insgesamt zwölf Fragen an den Senat): „12. Teilt der Senat die Auffassung, dass die in §20 StGB gewählten Termini zur Bestimmung der Schuldunfähigkeit teilweise historisch belastet sind und Menschen in diskriminierender Weise herabwürdigend? Was wird der Senat unternehmen, um auf eine Änderung des §20 StGB hinzuwirken?“ Die knappe Antwort des Senats: „Zu 12.: Nein.“ [S. 2; vgl. URL: <https://kleineanfragen.de/berlin/17/19074-menschen-mit-einer-sogenannten-geistigen-behinderung-im-massregelvollzug-eine-benachteiligte-gruppe.txt> (Abruf am 13.04.2017)].

Herausforderungen für die Eingliederungshilfe

Um in das Thema der Hintergründe, Rahmenbedingungen und Entwicklungsbedarfe für Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe als Anschlussperspektive *nach* dem Maßregelvollzug für straffällig gewordene Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung weiter einzuführen, soll an dieser Stelle eine zusammenfassende Darstellung ausgewählter, zentraler Aspekte der Diskussionsrunden des am 18.11.2016 durchgeführten DHG/DGSGB-Fachgesprächs zum Thema „*Straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung. Maßregelvollzug und Anschlussperspektiven: Organisatorische, konzeptionelle und finanzielle Aspekte*“ erfolgen.

Das Fachgespräch folgte drei größeren Themenkomplexen: Die Praxis im Maßregelvollzug selbst, Fragen der forensischen Nachsorge und letztlich die Herausforderungen für die Eingliederungshilfe. Folgende Aspekte wurden im Themenblock *Herausforderungen für die Eingliederungshilfe* diskutiert, dokumentiert¹ und sollen an dieser Stelle komprimiert wiedergegeben werden:

- Die Frage einer Kostenübernahme bei psychotherapeutischer Behandlung von Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung und das damit verbundene Problem, dass es kaum qualitativ gute psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis gibt.
- Das Problem, dass diese Klientel für Psychiater_innen und Psycholog_innen wenig „attraktiv“ ist, aufgrund des großen (unbezahlten Zeit-) Aufwandes (strukturelle Hindernisse), aber auch in Bezug auf einstellungsbezogene

¹ Die Zusammenfassung beruht auf protokollarischen Mitschriften der Studierenden Laura Steiner und Dennis Menze von der Ev. Hochschule Darmstadt, Studiengang Inclusive Education/Integrative Heilpädagogik und wurde vom Autor redaktionell bearbeitet.

Hindernisse/Vorurteile bei Ärzt_innen und Therapeut_innen gegenüber dieser Klientel.

- Die Beobachtung, dass Vorbehalte in den Einrichtungen die gesellschaftliche Situation widerspiegeln, obwohl Menschen mit Behinderung und deren Angehörige eigentlich toleranter sind. Damit verbunden die Erkenntnis, dass es wenig Sinn macht, Widerstände mit Institutionsmacht (bspw. durch eingestreute Plätze) zu bekämpfen, sondern Einrichtungen, die entsprechende Betreuung leisten können, sollten unterstützt werden. Das betrifft allgemein Menschen mit herausforderndem Verhalten, auch ohne forensischen Hintergrund. Die Finanzierung ist kein grundsätzliches volkswirtschaftliches Problem (durch die geringe Zahl der Betroffenen), sondern die Finanzierung sollte umgestaltet werden, um die richtigen Leistung(-stypen) zu entwickeln. Damit verbunden die Notwendigkeit, die Betroffenzahl nicht groß zu reden (die Entscheidungsträger schrecken sonst vor einer Finanzierung zurück), sondern es ist nötig, auf die große Not der wenigen Betroffenen hinzuweisen.
- Eine optimistische Einschätzung: In den letzten 10-15 Jahren wurden gute Handlungs-/Wohnkonzepte im pädagogisch-therapeutischen Spektrum entwickelt, um mit diesem Personenkreis zu arbeiten.
- Aber auch eine pessimistische Einschätzung: Nicht nur die ökonomische Entwicklung, sondern auch die Reformdebatte in der Behindertenhilfe bewirkt negative Folgen für diesen Personenkreis, der häufig nicht mitgedacht wird. Dies führt zu neuen Formen von Exklusion. Im Bundesteilhabegesetz wird die Problematik der 24-Stundendienste und 1:1 - Betreuung, sowie deren Finanzierung nicht geklärt. Ebenso wenig die Frage der Entlassung nach dem forensischen Aufenthalt. Damit verbunden die Einschätzung, dass es beeindruckend ist, wie in der Forensik und der Nachsorge gearbeitet wird. Die Eingliederungshilfe möchte teilweise auch so arbeiten, benötigt jedoch die entsprechenden Ressourcen.
- Die offene Frage, was die DHG/DGSGB und ähnliche Vereinigungen nicht nur auf Bundes-, sondern auf Landesebene politisch verändern können. Damit verbunden die Erkenntnis, dass man alleine nicht weiter kommt, sondern die Notwendigkeit besteht, sich zusammenzutun und interdisziplinär Konzepte zu entwickeln, die für alle gültig sein können. Damit verbunden die Notwendigkeit, einerseits den Schulterschluss auf Bundesebene, aber auch auf Landesebene, zum Beispiel in Landesarbeitsgemeinschaften zu suchen. Schwierigkeiten bereiten die Unterschiede in den einzelnen Bundesländern. Damit verbunden die Beobachtung, dass die Behindertenverbände stark unter Druck geraten sind, beispielsweise durch das Bundesteilhabegesetz und die Pflegestärkungsgesetze. Dadurch wird

das Thema Menschen mit sog. geistiger Behinderung im Maßregelvollzug immer wieder vernachlässigt.

- Die Beobachtung, dass Konzepte notwendig sind. Es werden sowohl Konzepte als auch Ressourcen, um diese Konzepte umzusetzen, benötigt (z. B. Weiterbildungen). Bei kleineren sozialraumorientierten Einrichtungen ist eine Einstreuung von Plätzen nur schwer realisierbar.
- Die Frage nach Kostenalternativen und der Frage nach einem Verbleib in der Forensik und der evtl. Hinzuziehung anderer Kostenträger. Damit verbunden die Beobachtung, dass die Motivation, Regelungen zu ändern, durch Kostengründe gebremst wird. Behörden haben bspw. kein Verständnis für die individuellen Konsequenzen eines Verbleibs in der Forensik.
- Die Frage nach der taktisch besten Situation, um Veränderungen anzuregen. Damit verbunden die regionale Beobachtung (Oberbayern), dass Entlassungen aus dem Maßregelvollzug unter Verhältnismäßigkeitsaspekten die Politik und die Bevölkerung aufgeschreckt haben. Damit verbunden die Einschätzung, dass Entlassungen aus dem Maßregelvollzug unter Verhältnismäßigkeitsaspekten ein Türöffner oder „Themenplatzierer“ sein können und die Notwendigkeit eines Dialogs zwischen Eingliederungshilfe, Forensik und Justiz.
- Die Einschätzung, ehemalige Patient_innen nicht nur als Mehrarbeitsaufwand zu betrachten, sondern auch wahrzunehmen, dass sie ebenso eine Bereicherung sein können. Damit verbunden die Notwendigkeit, öfter über positive Aspekte anstatt ausnahmslos über negative zu sprechen.

Anregungen für DHG und DGSGB

Aus den Diskussionsrunden des DHG/DGSGB-Fachgesprächs vom 18.11.2016 ergaben sich zudem einige konkrete Anregungen für die künftige Weiterarbeit im Kontext dieses Themas. Diese Anregungen sollen hier ebenfalls kurz dokumentiert werden:

- Die Notwendigkeit, das Thema bei den Landesbehindertenbeauftragten vorzustellen.
- Die Durchsetzung der Erkenntnis, dass es individueller Instrumente anstatt pauschaler Lösungen bedarf. Bei Kostenverhandlungen sollten Leistungsentgelte nicht pauschal, sondern individuell eingefordert werden (Personenzentrierung).
- Damit verbunden die Berücksichtigung der Problematik, dass bei einigen Trägern eine Personenzentrierung nicht gewollt ist, da befürchtet wird, dass daraus ein großer Mehraufwand entstehen könnte.

- Damit verbunden die Beobachtung, dass immer noch eine Institutionszentrierung statt einer Personenzentrierung vorherrscht und vom Standardangebot aus gedacht und gehandelt wird.
- Die Notwendigkeit einer Weiterführung der Diskussion um Personenzentrierung, um Hilfen nach Maß anzuerkennen. Das verschachtelte System aus Eingliederungshilfe, Forensik, usw. stellt hier nach wie vor ein Hindernis dar.
- Die Notwendigkeit einer Weiterführung des Austausches zu Leitlinien, Konzepten, etc. und die Erzielung von Synergieeffekten.

Die genannten Punkte sind Appell und Arbeitsauftrag zugleich. Beendet werden sollen diese kurzen einführenden Bemerkungen mit dem übergeordneten Appell, die in der UN-Behindertenrechtskonvention zugrunde gelegte Menschenrechtsthematik vom Maßregelvollzug her zu denken. Nichts weniger bedeutet eine Befassung mit dieser komplexen Thematik.

Literatur

- DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (DHG) (Hrsg.) (2012): Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Expertise von Erik Weber. Darmstadt/Düren: Eigenverlag (DHG-Schriften Nr. 17). URL: <http://dhg-kontakt.de/wp-content/uploads/2015/12/DHG-Schrift-17.pdf> (Abruf am 13.04.2017).
- DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (DHG) (Hrsg.) (2013): Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug – Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 06. und 07.12.2012 in Berlin. Düren: Eigenverlag (DHG-Schriften Nr. 18). URL: <http://dhg-kontakt.de/wp-content/uploads/2015/12/DHG-Schrift-18.pdf> (Abruf am 13.04.2017).
- DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (DHG) (Hrsg.) (2014): DHG-Positionspapier (Juni 2014) Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug Handlungsbedarfe und Perspektiven. URL: <http://www.dhg-kontakt.de/pdf/schriften/DHG-MRV-Positionspapier%206.2014final.pdf> (Abruf am 13.04.2017).
- HAHN, M. (1987): Zum Verhältnis von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie. In: DREHER, W.; HOFMANN, T.; BRADL, C. (Hrsg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 50-73
- HOFFMANN, K. (2010): Delinquenz und geistige Behinderung im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 20.03.2009 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 20. Berlin: Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, Berlin.
URL: <http://www.dgsgb.de/downloads/volumes/978-3-938931-21-9.pdf> (Abruf am 13.04.2017).
- SEIDEL, M.; HENNICKE, K. (2001): Delinquentes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung – eine interdisziplinäre Herausforderung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 10.11.2000 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 4. Berlin: Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, Berlin. URL: <http://www.dgsgb.de/downloads/volumes/3-938931-03-5.pdf> (Abruf am 13.04.2017).

Die Neuregelung des Rechts der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB Hintergründe, rechtliche Grundlagen und Auswirkungen auf Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Michael Seidel

Vorbemerkung

Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fachtagung und unter den Leserinnen und Lesern der vorliegenden Dokumentation werden viele sein, denen die Materie des Maßregelvollzugs (MRV) und die damit zusammenhängenden Probleme fremd oder auch nur ungenügend vertraut sind. Deshalb wird der vorliegende Beitrag einiges Grundlegende enthalten. Die schriftliche Fassung ist gegenüber dem bei der Fachtagung vorgetragenen Vortrag deutlich erweitert worden.

Anliegen der Fachtagung

Die *Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V. (DHG)* und die *Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DGSGB)* haben sich, wie schon im vorstehenden Beitrag von Erik WEBER dargelegt, bereits wiederholt mit dem Thema der straffällig gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung befasst. Dabei stehen unter anderem zwei Fragestellungen in engem wechselseitigem Zusammenhang:

1. Wie sind im MRV die Angebote für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung beschaffen? Gibt es zielgruppenspezifische Angebote? In welche Richtung müssen sie entwickelt werden?
2. Welche Anschlussperspektiven gibt es für diese Personengruppe für die Zeit nach dem MRV? Wie sollten derartige Angebote aussehen und welche Voraussetzungen sind dafür zu schaffen?

SEIFERT (2014) hat auf die Probleme des MRV für Menschen mit geistiger Behinderung hingewiesen: Sie haben bislang nur wenig Beachtung erhalten. Das spiegelt sich wider in den knapp gefassten Kapiteln der Lehrbücher und im geringen wissenschaftlichen Interesse an dieser Personengruppe.

Die Fachtagung fokussiert auf die zuletzt genannten Fragestellungen, also auf die Frage nach den Anschlussperspektiven nach dem MRV. Grundsätzlich sind

diese Fragen nicht neu, haben aber infolge einer Gesetzesnovelle eine neue Dringlichkeit gewonnen.

Die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe haben sich aus verschiedenen Gründen noch nicht ausreichend mit der Frage befasst, ob und unter welchen Umständen sie sich um Menschen mit geistiger Behinderung, die straffällig geworden sind und im Maßregelvollzug untergebracht sind oder den MRV schon hinter sich haben, kümmern (können). Es gibt dennoch einige Einrichtungen und Dienste, die auf diesem Gebiet schon Erfahrungen gemacht haben. Nur sind es noch zu wenige.

Das Anliegen der Fachtagung besteht darin, erneut die Aufmerksamkeit der Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe auf dieses dringliche Thema zu lenken und fachliche Impulse zur notwendigen Entwicklung beizusteuern.

Aktueller Anlass der Fachtagung

Der Deutsche Bundestag hat im Sommer 2016 die gesetzlichen Bestimmungen des Strafgesetzbuches im Hinblick auf die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus und weitere diesbezüglich relevante Regelungen erheblich verändert. Er reagierte damit auf eine lange Diskussion in der Fachwelt und vor allem auf die öffentlichkeitswirksame Diskussion in den deutschen Medien. Letztere machte sich vor allem am sog. Fall Mollath, betreffend Gustl Mollath (https://de.wikipedia.org/wiki/Gustl_Mollath), dessen Unterbringung im MRV und die darüber erfolgende Auseinandersetzung, fest. Das breite – nicht immer von Sachverstand geprägt – Echo auf diesen Fall war wohl letztendlich auch der Auslöser für die Gesetzesnovellierung.

Hinter der Diskussion in der forensisch-psychiatrischen Fachöffentlichkeit stand eine ganze Reihe von Faktoren:

- In den letzten Jahren befand sich eine stetig steigende Zahl von Menschen im Maßregelvollzug, darunter eine große Anzahl von Personen mit geistiger Behinderung.
- Die sehr lange Unterbringungsdauer im MRV steht oft im Hinblick auf die konkrete Tat in der Regel in keinem adäquaten Verhältnis zum Strafmaß im regulären Strafvollzug.
- Es können sich nach langem Aufenthalt im MRV erhebliche Hospitalisierungseffekte, vor allem soziale und alltagspraktische Kompetenzdefizite, herausbilden.
- Es fehlen sehr oft geeignete Anschlussperspektiven, sodass sich gewissermaßen eine Art „Rückstau“ im MRV ausbildet

- Erst noch wenige Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe sind für diesen Personenkreis engagiert.

Die amtliche Strafvollzugsstatistik zu den im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachten, Maßregelvollzug, vom Juni 2016 (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzug5243202149004.pdf?__blob=publicationFile) gibt Auskunft (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl der richterlich Untergebrachten in einem psychiatrischem Krankenhaus (§ 63 StGB) und in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) (Datenquelle: Strafvollzugsstatistik https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzug5243202149004.pdf?__blob=publicationFile)

Jahr	Untergebrachte in psychiatrischem Krankenhaus und Entziehungsanstalt (§§ 63, 64 StGB) (insgesamt)	Untergebrachte in psychiatrischem Krankenhaus (§ 63 StGB)	Untergebrachte in Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)
1995	4275	2902	1373
2000	5872	4098	1774
2005	8113	5640	2473
2010	9590	6569	3021
2014	10362	6540	3822

Die Anzahl der Untergebrachten nach §§ 63, 64 StGB ist zwischen 1995 und 2014 von 4 275 Personen auf 10 362 Personen angestiegen, hat sich also in nur 20 Jahren mehr als verdoppelt. Die steigende Zahl – und damit eine Überbelegung des MRV – geht zurück auf die Zunahme der gerichtlichen Unterbringungsanordnungen sowie eine in den letzten Jahren zunehmend restriktivere Entlassungspraxis. Allerdings bestehen im bundesdeutschen Vergleich erhebliche regionale Unterschiede, die u. a. auf unterschiedlicher Annahme von Schuldunfähigkeit bzw. unterschiedlichen Entlassungsprognosen auf der Grundlage psychiatrisch-gutachterlicher Stellungnahmen beruhen.

Die Fallzahlsteigerung ist auch das Resultat einer populistisch motivierten Strafrechtspolitik. Schon 2004 war zu lesen: *„Den Umgang mit psychisch kranken Straftätern dominiert seit 1998 eine populistische und kurzsichtige Politik, ausgesetzt dem Druck der Medien, die Bilder der Opfer vor Augen. Der*

Kanzler sprach vom dauerhaften Wegsperrern der „nicht behandelbaren“ Sexualstraftäter. Strafen wurden verschärft, die Sicherungsverwahrung erleichtert, die Entlassung zur Bewährung im Strafvollzug, aber auch im Maßregelvollzug erschwert: Entlassungen sind nicht mehr zur Erprobung, sondern nur noch bei Erwartung der straffreien Bewährung, also sehr günstiger Legalprognose, möglich. Unter rechtlich administrativem Druck steht Sicherung im Zweifel vor Behandlung... Wegen einiger weniger Hochrisikopersonen werden nach § 63 StGB unbefristet zu viele Patienten zu lange untergebracht. Der Bettenbedarf wächst ungebremst, Abteilungen werden gegründet, oft auf Kosten der Allgemeinpsychiatrie. Die Kapazitäten reichen nicht aus. Nordrhein-Westfalen benötigt allein 470 Betten. Die Folge sind oft Überbelegungen oder riskante Fehlbelegungen in der Allgemeinpsychiatrie. Bürgerinitiativen bekämpfen neue Standorte. Mehr Haushaltsmittel fließen in überhöhte baulich-technische Sicherung, weniger in Behandlung und Rehabilitation. Schon im Jahr 2000 kostete der Maßregelvollzug über eine Milliarde DM (rund 480 Millionen Euro). Ein rationales Management des Gesamtproblems ist nicht in Sicht. Die Politik droht an ihren Ansprüchen zu ersticken“. (SPENGLER 2004)

Die Verteilung der Diagnosen, die der Entscheidung für die Unterbringung im MRV zugrunde liegen, gibt beispielsweise die Statistik des *Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL)*, eines Trägers von Maßregelvollzugskliniken, wieder. Unter den am 1.1.2017 nach § 63 StGB in den LWL-Kliniken untergebrachten 714 Personen hatten 57 % die Hauptdiagnose Schizophrenie, 31 % die Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung, doch nur 3 % die Hauptdiagnose Intelligenzminderung erhalten. Allerdings gibt es in Westfalen-Lippe noch eine große MRV-Klinik, die Christophorus-Klinik (<http://www.christophorusklinik.de/home/>) in Trägerschaft der Alexianer Christophorus GmbH mit 54 Plätzen für straffällig gewordene, intelligenzgeminderte Patienten. Zählt man diese MRV-Patienten hinzu, dann fällt der Anteil der Patienten mit der Hauptdiagnose Intelligenzminderung deutlich höher aus.

Im Ergebnis der noch näher darzulegenden gesetzlichen Neuregelung der Unterbringung als Reaktion auf die öffentliche Aufmerksamkeit infolge des Falles Mollath, aber auch auf die dargestellte Fallzahlsteigerung und Verweildauer entsteht ein hoher Druck auf die Gerichte und auf die MRV-Kliniken (die „Forensiken“, wie sie im Jargon genannt werden), MRV-Patienten mit sehr langen Aufenthaltszeiten im MRV unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit zu entlassen. Damit stellt sich für viele Menschen im MRV, gerade auch solcher mit geistiger Behinderung die Frage nach einer geeigneten Anschlussperspektive nach dem MRV.

² Gemeint ist Bundeskanzler Gerhard Schröder(M. S.)

Einige Grundbegriffe

Schuldunfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit und deren Voraussetzungen

Wenn jemand eine Straftat begeht, geht man zunächst davon aus, dass er dies *schuldhaft* tut. *Schuldfähigkeit* meint ein Mindestmaß an Selbstbestimmung, das für die strafrechtliche Verantwortlichkeit verlangt wird. Fehlende oder verminderte Schuldfähigkeit des Täters kann sich aus seinem Alter (§ 19 StGB) oder aus gänzlich fehlender persönlicher *Einsichts- und Steuerungsfähigkeit* (§ 20 StGB) oder verminderter Einsichts- und Steuerungsfähigkeit (§21 StGB) ergeben. Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr gelten infolge vermuteter geistiger und sozialer Unreife als schuldunfähig. Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gelten als sogenannt bedingt schuldfähig; ihre Schuldfähigkeit hängt von ihrer individuellen Entwicklungsreife ab und ist demgemäß im Einzelfall zu durch Sachverständige zu prüfen (§ 3 JGG) (https://www.gesetze-im-internet.de/jgg/__3.html).

Es gibt Umstände, Tatumstände, Informationen zur Vorgeschichte, Verhaltenseigentümlichkeiten bei der Vernehmung usw., die fragen lassen, ob der (erwachsene) Täter tatsächlich schuldfähig ist. Es erhebt sich damit zuerst die Frage, ob etwa eine psychische Krankheit oder eine geistige Behinderung vorliegt. Dem Gericht, den Richtern fehlt das psychiatrische Fachwissen, dies selbst feststellen zu können. Zur Klärung der Schuldfähigkeit zieht das Gericht deshalb einen *psychiatrischen Sachverständigen* heran. Der Sachverständige hat zu klären und in einem *Gutachten* darzulegen, welche psychische Störung vorliegt und vor allem, in welchem Zusammenhang sie mit der begangenen Straftat steht. Das Gericht berücksichtigt die sachverständigen Darlegungen bei seinem Urteil.

Die Einbeziehung eines Sachverständigen hat übrigens eine lange Tradition. Das geht beispielsweise aus den Ausführungen von SCHÜRMYER, eines Autors aus der Mitte des 19. Jahrhunderts, hervor: „Dass ein Mensch geistig gesund sei, wird in der großen Mehrzahl der verständige Richter zu erkennen vermögen; ob aber ein Mensch wirklich oder zweifelhaft geisteskrank sei, diese Entscheidung auf Gründe der Wissenschaft und folglich zur Überzeugung, vermag nur der psychische Arzt zu geben, sowie es auch nur mittels gründlicher psychisch-medicinischer Kenntnisse möglich ist, zu beurtheilen, welchen Einfluss ein gewisser krankhafter geistiger Zustand auf ein gewisses Handeln ausüben könne (SCHÜRMYER 1850, S. 367)

Die Schuldfähigkeit einer Person wird nicht in einer allgemeinen oder abstrakten Weise geprüft bzw. festgestellt, sondern immer im Bezug zur konkreten Straftat. Anders ausgedrückt: Allein das bloße Vorliegen einer

psychischen Störung oder einer geistigen Behinderung begründet für sich genommen noch keine Minderung oder Aufhebung der Schuldfähigkeit. Vielmehr muss deren Auswirkung auf die konkrete Tat geprüft werden. Das folgt aus den materiell-rechtlichen Bestimmungen des deutschen Strafgesetzbuches.

Das Strafgesetzbuch unterscheidet zwischen *Schuldunfähigkeit* (§ 20 StGB) und *verminderter Schuldfähigkeit* (§ 21 StGB) (<http://www.juraforum.de/lexikon/schuldunfaehigkeit-ss-20-21-stgb>).

Für die *Schuldunfähigkeit* gilt folgende materiell-rechtliche Bestimmung: „Ohne Schuld handelt, wer wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“ (§ 20 StGB). Für die *verminderte Schuldfähigkeit* legt das Strafgesetzbuch fest: „Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden“ (§ 21 StGB).

Eine historische Anmerkung: Das Strafgesetzbuch der DDR (StGB-DDR) verwendete nicht die Begriffe *Schuldunfähigkeit* bzw. *verminderte Schuldfähigkeit*, sondern die Begriffe *Zurechnungsunfähigkeit* bzw. *verminderte Zurechnungsfähigkeit*³.

³ Das Strafgesetzbuch der DDR (StGB-DDR) bestimmte die materiell-rechtlichen Voraussetzungen folgendermaßen:

„§ 15. Zurechnungsunfähigkeit. (1) Strafrechtliche Verantwortlichkeit ist ausgeschlossen, wenn der Täter zur Zeit der Tat wegen zeitweiliger oder dauernder krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Bewußtseinsstörung unfähig ist, sich nach den durch die Tat berührten Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens zu entscheiden.

(2) Das Gericht kann die Einweisung in psychiatrische Einrichtungen nach den dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen anordnen.

(3) Wer sich schuldhaft in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rauschzustand versetzt und in diesem Zustand eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, wird nach dem verletzen Gesetz bestraft.

§ 16. Verminderte Zurechnungsfähigkeit. (1) Strafrechtliche Verantwortlichkeit ist gemindert, wenn der Täter zur Zeit der Tat infolge der im § 15 Absatz 1 genannten Gründe oder wegen einer schwerwiegenden abnormen Entwicklung seiner Persönlichkeit mit Krankheitswert in der Fähigkeit, sich bei der Entscheidung zur Tat von den dadurch berührten Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens leiten zu lassen, erheblich beeinträchtigt war.

(2) Die Strafe kann nach den Grundsätzen über die außergewöhnliche Strafmilderung herabgesetzt werden. Dabei sind die Gründe zu berücksichtigen, die zur verminderten Zurechnungsfähigkeit geführt, haben. Das gilt nicht, wenn sich der Täter schuldhaft in einen die Zurechnungsfähigkeit vermindern den Rauschzustand versetzt hat.

Es sind allerdings einige elementare Erläuterungen zu den Begriffen nötig und zweckmäßig. Bezüglich der kritischen Diskussion der Begrifflichkeiten, die auf einem mittlerweile überholten Krankheitsmodell und dem klassischen triadischen System der Psychiatrie beruhen, muss auf die umfangreiche psychiatrische und juristische Fachliteratur verwiesen werden.

Unter einer *krankhaften seelischen Störung* versteht man eine Störung auf intellektuellem oder emotionalem Gebiet, die nicht mehr im Rahmen verstehbaren Erlebens liegt, sondern auf einer Verletzung oder fassbaren oder mutmaßlichen Erkrankung des Gehirns beruht. Dazu gehören etwa Demenzen (ICD-10: F00-F03), schizophrene Störungen (ICD-10: F20) oder affektive Störungen (ICD-10: F30). Auch eine *Intelligenzminderung* (ICD-10: F70-79), für die eine organische Ursache, also etwa eine frühkindliche Hirnschädigung oder eine genetische Ursache (z. B. eine Trisomie 21), nachgewiesenermaßen vorliegt, gilt gemäß diesem Verständnis als krankhafte seelische Störung.

Unter einer *tiefgreifenden Bewusstseinsstörung* – einem „juristisch wie psychiatrisch gleichermaßen schwierigen Begriff“ (FOERSTER & VENZLAFF 1994, S. 254) – versteht das Gesetz eine tatezeitaktuelle Störung der Fähigkeit, die die Vergegenwärtigung des eigenen Erlebens beeinträchtigt, die das Selbstbewusstsein oder das Außenweltbewusstsein trübt bzw. teilweise ausschaltet (vergl. SCHNEIDER et al. 2015, S. 136 ff.), die jedoch keine krankhafte Ursache haben darf. Der Hauptanwendungsfall dieses Begriffs ist die Affekthandlung, einer Tat, die aus einem höchsten Erregungszustand heraus erfolgt.

Unter *Schwachsinn* versteht man eine angeborene Intelligenzminderung ohne eine nachweisbare oder fassbare Ursache.

Schwere andere seelische Abartigkeit ist ein Sammelbegriff für sehr schwere Ausprägungsformen von Persönlichkeitsstörungen (früher *Psychopathien*), von Neurosen und Paraphilien. Die *Paraphilien* (früher auch als *sexuelle Perversionen* oder *Triebstörungen* bezeichnet) sind sexuelle Neigungen, die deutlich von der Norm abweichen. Dazu rechnet man insbesondere ausgeprägte und wiederkehrende sexuelle Fantasien, Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich auf unbelebte Objekte (sexueller Fetischismus), Schmerz oder Demütigung (sexueller Sadismus) nicht einverständnisfähiger Personen wie Kinder oder auf Tiere beziehen (<https://de.wikipedia.org/wiki/Paraphilie>).

(3) Das Gericht kann anstelle oder neben einer Maßnahme der strafrechtlichen Verantwortlichkeit die Einweisung in psychiatrische Einrichtungen nach den dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen anordnen.“ (<http://www.verfassungen.de/de/ddr/strafgesetzbuch74.htm>)

Wenn nun der Sachverständige eine krankhafte seelische Störung, eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn oder eine schwere andere seelische Abartigkeit – man nennt sie in der Fachliteratur auch *Eingangsmerkmale erster Stufe* – als zum Zeitpunkt der Tat vorliegend festgestellt hat, obliegt ihm im nächsten Schritt, die Frage nach der *Einsichtsfähigkeit* und die Frage nach der *Steuerungsfähigkeit* zu beantworten.

1. Hat die festgestellte psychische Störung die Fähigkeit des Täters aufgehoben oder vermindert, das Unrecht der Tat einzusehen (Einsichtsfähigkeit)? Ist dies aus gutachterlicher Sicht zu bejahen, liegen die Voraussetzungen der *Schuldunfähigkeit* oder der *verminderten Schuldfähigkeit* vor.
2. Wenn hingegen die Einsicht in das Unrecht der Tat nicht vermindert oder gar aufgehoben war, ist noch zu prüfen, ob und ggf. inwieweit die vorliegende psychische Störung die Fähigkeit des Täters beeinträchtigt hat, dieser Einsicht gemäß zu handeln (*Steuerungsfähigkeit*).

Die Klärung dieser Frage wird auch als *zweite Stufe der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit* bezeichnet. Es liegt dann in der Zuständigkeit des Gerichts, die Feststellungen des Sachverständigen zu berücksichtigen bei seiner Entscheidung, ob eine *Maßregel angeordnet* (später weitere Erläuterungen) oder eine *Strafe verhängt* wird.

Maßregeln der Besserung und Sicherung

Das deutsche Strafrecht ist durch seine *Zweispurigkeit* – auch als dualistisches Rechtsfolgesystem bezeichnet – gekennzeichnet; es kennt nämlich einerseits die *Maßregeln*, andererseits die *Strafe*.

Maßregeln dienen der Besserung und Sicherung. Als solche Maßregeln führt der § 61 StGB (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_61.html) auf:

1. die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus,
2. die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt,
3. die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung,
4. die Führungsaufsicht,
5. die Entziehung der Fahrerlaubnis,
6. das Berufsverbot.

Im vorliegenden Zusammenhang sind die Unterbringung in einem *psychiatrischen Krankenhaus* oder die Unterbringung in einer *Entziehungsanstalt* relevant.

Maßregelvollzug

Unterbringungen gemäß §§ 63; 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt werden als Maßregelvollzug (MRV) (<https://de.wikipedia.org/wiki/Maßregelvollzug>) bezeichnet. Im MRV („Forensische Psychiatrie“ = „Forensik“) werden nach § 63 StGB (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__63.html) psychisch kranke Straftäter und nach § 64 StGB (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__64.html) suchtkranke Straftäter entsprechend den Maßregeln der Besserung und Sicherung untergebracht. Der MRV findet dementsprechend nicht in der Zuständigkeit der Justiz statt, sondern im Rahmen des Gesundheitswesens. Die Details des MRV werden durch die jeweiligen MRV-Gesetze der einzelnen Bundesländer geregelt. (<https://de.wikipedia.org/wiki/Maßregelvollzug>).

Vom MRV zu unterscheiden ist übrigens die Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) für besonders gefährliche Straftäter (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__66.html) im Anschluss an die Strafverbüßung. Sie dient ausschließlich dem Schutz der Öffentlichkeit.

Maßregeln sind von der Schuld unabhängig und werden aufgrund einer positiven (also vorliegenden) Gefährlichkeitsprognose zum Schutz vor gefährlichen Straftätern oder zu deren Besserung angeordnet. Deshalb können Maßregeln der Besserung und Sicherung – anders als Strafen – auch gegen *schuldunfähige* erwachsene Straftäter angeordnet werden.

Gemäß § 62 StGB (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__62.html), der dem Grundsatz der *Verhältnismäßigkeit* Ausdruck verleiht, darf eine Maßregel der Besserung und Sicherung nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht.

Die *Einweisung* in die forensische Psychiatrie, in den MRV, erfolgt in der *Hauptverhandlung* durch das Gericht. Dafür ist – wie schon ausgeführt – durch den psychiatrischen Sachverständigen zu klären:

1. Ist die Schuldfähigkeit des Täters durch seine psychische Krankheit vermindert oder aufgehoben?
2. Besteht die Gefahr weiterer erheblicher Straftaten aufgrund seines Zustands?

MRV ist also weder Strafvollzug noch Sicherungsverwahrung. Dem MRV obliegt die fachgerechte Behandlung („Besserung“) einerseits, die sichere Unterbringung (Sicherung) von Straftätern, die wegen ihrer psychischen oder ihrer Suchterkrankung das Unrecht ihrer Straftat nicht einsehen oder sich nicht gemäß dieser Einsicht verhalten konnten (Schuldunfähigkeit, verminderte

Schuldfähigkeit). Weil der Aufenthalt im MRV einerseits der Sicherung, andererseits der Therapie (Besserung) dient, bestimmt das Strafvollzugsgesetz: „Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich, soll er geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist, (...)“ (§ 136 StVollzG) (https://www.gesetze-im-internet.de/stvollzg/_136.html).

Zum Konzept des MRV und seiner Begründung im Auftrag, zu „bessern“ (Therapie) gehören *Lockerungen*, die natürlich weder den Behandlungserfolg gefährden noch ein Sicherheitsrisiko bedingen dürfen. Nach wohl überwiegender Auffassung der Fachliteratur steht den MRV-Patienten sogar ein Anspruch auf Lockerung zu, da die Maßregeln im Gegensatz zu Strafe nicht durch Schuld legitimiert sind.

Lockerungen des Freiheitsentzuges sind wesentlicher Bestandteil der Therapie im Maßregelvollzug. Wenn die Therapie eines Patienten Fortschritte bewirkt hat, kann die Therapeutische Leitung den Freiheitsentzug entsprechend dem Therapieerfolg gezielt und kontrolliert stufenweise verringern, denn schrittweises Erlernen eigenverantwortlichen Handelns ist Bestandteil des therapeutischen Programms. Die erste Stufe der Lockerung ist in der Regel ein Ausgang in 1:1-Begleitung durch eine Mitarbeiterin, einen Mitarbeiter zu einem vorher vereinbarten Ziel und Zweck, etwa zu einer Freizeitaktivität. Weitere Lockerungen, etwa unbegleiteter Einzelausgang bis hin zu einer längerfristigen Beurlaubung, schließen sich nur dann an, wenn weitere Behandlungsfortschritte nachgewiesen werden können und der Patient sich auf vorhergegangenen Lockerungsstufen bewährt hat. Eine Gefährdung der Bevölkerung muss bei allen Lockerungen nach bestem ärztlichem und therapeutischem Wissen ausgeschlossen werden kann. Aufgrund fehlender Therapiefortschritte können manche Patienten lange Zeit auf einer bestimmten Lockerungsstufe verbleiben oder gar keine Lockerungen erhalten. In bestimmten Fällen ist die Staatsanwaltschaft vor der Gewährung von Lockerungen zu beteiligen. Gemäß ihrem Erprobungscharakter können Lockerungen bei gegebenem Anlass jederzeit zurückgenommen werden.

Über die verschiedenen Lockerungen entscheidet also grundsätzlich die *Kriminalprognose*. Die *Kriminalprognose* trifft auf der Grundlage kompetenter sachverständiger Beurteilung konkrete Aussagen über das Risiko, dass wieder delinquente Verhaltensweisen bei dem konkreten MRV-Patienten auftreten. Die Erarbeitung der Kriminalprognose ist aufs engste mit Behandlungsplanung und der Behandlung im MRV verbunden. Im Verlauf der Behandlung muss sie naturgemäß immer wieder überprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden. Hierzu bedarf es u. a. umfangreichen Fachwissens und Erfahrungen mit kriminalprognostischen Methoden und Instrumenten.

Die zuständige *Strafvollstreckungskammer* gemäß § 78a GVG (Gerichtsverfassungsgesetz) prüft regelmäßig, ob der Freiheitsentzug zum Schutz der Allgemeinheit noch gerechtfertigt ist. Die behandelnde *MRV-Klinik* nimmt auf der Grundlage ihrer Erkenntnisse und Beobachtungen im Sinne der Kriminalprognose Stellung, ob weitere erhebliche Straftaten aufgrund seines Zustandes vom Patienten zu erwarten sind. Wenn der MRV-Patient nach einer erfolgreichen Therapie nach bestem ärztlich-therapeutischen Wissen keine Gefährdung für die Allgemeinheit mehr darstellt, entscheidet das Gericht, die Unterbringung zu beenden. Zunächst erfolgt die *bedingte Entlassung* (§ 67d Abs. 2 StGB). Die Vollstreckung der Maßregel wird in diesem Fall zur *Bewährung* ausgesetzt; die Entscheidung über die bedingte Entlassung trifft die *Strafvollstreckungskammer* beim Landgericht nach Einholung eines Sachverständigengutachtens. Für jeden Einzelfall wird entschieden, wo der Patient des MRV am besten leben kann, in einer eigenen Wohnung, in einer stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtung, in einer Wohnstätte oder in einer ambulant betreuten Wohnform.

Das Gericht formuliert für die bedingte Entlassung bestimmte *Auflagen*. Wenn der Patient während der bedingten Entlassung erneut auffällig wird, Straftaten begeht oder sich nicht an die erteilten Auflagen hält, kann das Gericht jederzeit (!) die *Wiedereinweisung* in den stationären MRV anordnen. Wenn der Patient sich über einen vorab (!) definierten Zeitraum – bislang zumeist mehrere Jahre – bewährt hat, erfolgt die endgültige Entlassung.

Die *Führungsaufsicht* ist gemäß § 61 StGB eine der möglichen Maßregeln der Besserung und Sicherung. Führungsaufsicht dauert mindestens zwei und höchstens fünf Jahre; doch in Einzelfällen kann das Gericht eine unbefristete Führungsaufsicht anordnen (§ 68c StGB). Der *Bewährungshelfer* und die *Aufsichtsstelle* stehen im Einvernehmen miteinander dem Patienten helfend und betreuend zur Seite (§ 68a StGB). Die Aufsichtsstelle überwacht im Einvernehmen mit dem Gericht und mit Unterstützung des Bewährungshelfers das Verhalten des Patienten und die Erfüllung der Weisungen, die ihm das Gericht erteilt hat (§ 68b StGB).

Des Weiteren gibt es im Zusammenhang mit dem MRV die *forensische Nachsorge*: Sie kann als nichtstationäre Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen nach Entlassung aus dem MRV nach § 63 StGB zur Anwendung kommen. Ein forensisch spezialisiertes Angebot sind die *Forensischen Nachsorgeambulanzen* (vgl. den Beitrag von VOSS & SCHNEIDER-NJEPEL in diesem Band).

Eine besondere Herausforderung bei Menschen mit geistiger Behinderung im MRV besteht darin, dass Intelligenzminderung oder geistige Behinderung neben dem intellektuellen Defizit durch Mängel sozialer und praktischer Kompetenzen gekennzeichnet ist. Namentlich der intellektuelle Mangel ist

nicht wesentlich zu beeinflussen, schon gar nicht im klassischen Sinne zu therapieren. Die oft ausgeprägten emotionalen Entwicklungsrückstände hingegen können sehr wohl im Sinne der Besserung adressiert werden. Natürlich gelingt das nicht durch eine medizinische Therapie, sondern durch ein heilpädagogisches Herangehen, das beispielsweise den entwicklungs-theoretischen Grundlagen und praktisch-methodischen Vorgehensweisen nach DOŠEN (2010), praxisnah dargelegt bei SAPPOK & ZEPPERITZ (2017), oder SENCKEL & LUXEN (2017), folgt.

Anders gelagert ist natürlich der Fall, wenn die Straftat der Person mit einer geistigen Behinderung im vom Sachverständigen festgestellten Zusammenhang mit einer typischen psychiatrischen Störung (z. B. Schizophrenie) steht, die also *zusätzlich* zur geistigen Behinderung vorliegt („Doppeldiagnose“). Eine solche zusätzliche Störung ist gegebenenfalls einer psychiatrischen Therapie zugänglich.

Die häufigsten Straftaten von Menschen mit geistiger Behinderung sind nach LEYGRAF (1988):

- Sexualstraftaten (50,2 %)
- Eigentumsdelikte (18,4 %)
- Brandstiftung (13,2 %)
- Tötungsdelikte (12,4 %)
- Körperverletzung (5,0 %)

Exkurs: Geistige Behinderung und Autismus-Spektrum-Störung

In vielen Studien und Konzepten wird mit dem Begriff *Geistige Behinderung* oder mit dem gleichbedeutenden Begriff *Intelligenzminderung* (ICD-10: F70ff) nicht definitionsgemäß umgegangen. Oder es werden andere, mehr oder minder unbestimmte Begriffe (z. B. Lernschwierigkeiten) verwendet. Die Folgen derartiger Ungenauigkeiten liegen auf der Hand. Deshalb sind hier doch einige grundsätzliche Bemerkungen zur Terminologie vonnöten:

Trotz mancher Unterschiede im Detail existiert für die Begriffe *geistige Behinderung* (DSM-VI), *Intelligenzminderung* (ICD-10) und *Intellektuelle Beeinträchtigung* (DSM-5) (siehe Abbildung 1) folgende Kriterien-Trias:

1. Unterdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten (IQ unter 70 +/-5)
2. Erhebliche Beeinträchtigungen der Fähigkeiten, den Alltagsanforderungen zu entsprechen
3. Auftreten *vor* Abschluss der Entwicklungsperiode (ca. 18. Lebensjahr)

Abbildung 1: Diagnostische Kategorien und deren Begrifflichkeit in den verschiedenen Klassifikationssystemen

KLASSIFIKATION	ENGLISCHES ORIGINAL	DEUTSCHE ÜBERSETZUNG
ICD-10	Mental Retardation	Intelligenzminderung
DSM-IV	Mental Retardation	Geistige Behinderung
DSM-5	Intellectual Disability	Intellektuelle Beeinträchtigung
ICD-11 (ENTWURF)	Disorders of Intellectual Development	?

Autismus-Spektrum-Störungen – ein zunehmend Verwendung findender und im DSM-5 schon aufgenommener Oberbegriff für die „klassischen“ Diagnosen wie *Frühkindlicher Autismus*, *Asperger-Syndrom* oder *atypischer Autismus* – sind eine häufige Komorbidität von geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung. Obwohl sie die häufigkeitsbezogene Liste der komorbiden psychiatrischen Diagnosen bei geistiger Behinderung anführen, werden sie in der Praxis oft nicht diagnostiziert. Demzufolge bleiben die durch den Autismus bedingten – oft sehr problematischen – Verhaltensweisen oft unverstanden. Sie werden gegebenenfalls als Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen oder sogar als Psychosen interpretiert und behandelt (s. Beitrag von STROHM in diesem Band).

Autismus-Spektrum-Störungen besitzen forensisch-psychiatrische Relevanz (vgl. REMSCHMIDT 2011). Es ist deshalb notwendig, auch im Hinblick auf forensische Aspekte mehr als bisher die Aufmerksamkeit auf diese besondere Komorbidität bei Menschen mit geistiger Behinderung zu lenken (vgl. Beitrag von STROHM in diesem Band).

Im vorliegenden Zusammenhang kann nur knapp auf die Merkmale der *Autismus-Spektrum-Störungen* eingegangen werden. Das DSM-5 (APA) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2015, S. 34-37) nennt folgende Merkmale für eine Autismus-Spektrum-Störung:

- A) Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und Interaktion über verschiedene Kontexte hinweg.
- B) Eingeschränkte repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten
- C) Symptome müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase vorzeigen

D) Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

E) Diese Störungen können nicht besser durch eine Intellektuelle Beeinträchtigung oder eine Allgemeine Entwicklungsverzögerung erklärt werden.

Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug im Lichte der UN-BRK

Wie schon erläutert, wenn es nicht um eine andere psychiatrische Diagnose geht, besteht das Problem bei Menschen mit geistiger Behinderung darin, dass geistige Behinderung nicht einer klassischen psychiatrischen Therapie zugänglich ist. Hier kommt es vielmehr auf einen pädagogisch-heilpädagogischen Zugang an, dessen Ziel und anderem in einer emotionalen Nachreifung und in einem Erwerb sozialer und praktischer Kompetenzen liegt. Hier konfligiert der häufige Mangel an zielgruppenspezifischen Handlungskonzepten innerhalb des MRV und damit das Unterlassen geeigneter Maßnahmen der „Besserung“ mit den Bestimmungen der UN-BRK, die durch den Beschluss des Deutschen Bundestages über das Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verbindliche Geltung im Deutschland erhalten hat (Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2008, Teil II, Nr. 35, Bonn 31. Dezember 2008.) Dies soll näher ausgeführt werden.

Artikel 12 Absatz 4 UN-BRK (Gleiche Anerkennung vor dem Recht) formuliert: *„Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass zu allen die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffenden Maßnahmen im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern. Diese Sicherungen müssen gewährleisten, dass bei den Maßnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden, es nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommt, dass die Maßnahmen verhältnismäßig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sind, dass sie von möglichst kurzer Dauer sind und dass sie einer regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen. Die Sicherungen müssen im Hinblick auf das Ausmaß, in dem diese Maßnahmen die Rechte und Interessen der Person berühren, verhältnismäßig sein.“*

Artikel 14 Absatz 1 UN-BRK (Freiheit und Sicherheit der Person) verlangt: „Die Vertragsstaaten gewährleisten,

- a. dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen,
- b. dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Falle eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.“

Die gesetzliche Neuregelung der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB

Der Gesetzgeber hat mit dem *Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 8. Juli 2016* (Bundesgesetzblatt 2016, Teil I, Nr. 34, Bonn 14.7.2016) das Recht zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus aus rechtspolitischen Erwägungen novelliert. Er hat, wie weiter oben schon dargelegt, damit auf vielseitige Kritik der Öffentlichkeit und der Fachwelt reagiert.

Im Kern geht es bei der Neuregelung darum, die *Verhältnismäßigkeit* der Aufenthaltsdauer im MRV im Vergleich zum Strafvollzug zu fördern. Die Ergebnisse einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB, niedergelegt in einem Ergebnisbericht (http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF/BL-AG%20Novellierung%2063%20StGB%20-%20Ergebnisbericht.pdf;jsessionid=609CC24CB0D1CD0C7D3BD522E24DA8F2.1_cid334?__blob=publicationFile&v=3) wurden berücksichtigt.

Inhaltlich besteht die Neuregelung in einer Konkretisierung der Anordnungsvoraussetzungen nach § 63 StGB insbesondere in folgenden Aspekten:

- Anhebung der Voraussetzungen, soweit Taten drohen, durch die nur wirtschaftlicher Schaden entsteht.
- Konkretisierung der Voraussetzungen, soweit Taten drohen, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich geschädigt oder gefährdet werden.
- Normierung der Darlegungsanforderungen, wenn aus nicht erheblichen Anlasstaten auf die Gefahr erheblicher Taten geschlossen wird.
- Konkretisierung der Anforderungen an die Fortdauer der Unterbringung über sechs und zehn Jahre hinaus nach § 67d Absatz 6 StGB, insbesondere Fortdauer über sechs Jahre grundsätzlich nur noch, wenn Taten drohen,

durch die die Opfer körperlich oder seelisch schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren seelischen oder körperlichen Schädigung gebracht werden; insbesondere die Gefahr rein wirtschaftlicher Schäden reicht für eine Fortdauer in der Regel nicht mehr.

- Fortdauer über zehn Jahre nur noch – wie bei der Sicherungsverwahrung – bei der Gefahr von Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden.

Die Gesetzesnovellierung hat auch Veränderungen an der Strafprozessordnung, speziell im § 463 Abs. 4 und 6 StPO, vorgenommen, um die Anordnung unverhältnismäßig langer Unterbringungen zu vermeiden. Im § 463 StPO wurden folgende Neureglungen vorgenommen:

- Konkretisierung der Anforderungen an die jährlichen gutachterlichen Stellungnahmen der Klinik.
- Erhöhung der Frequenz für externe Gutachten von fünf auf *drei Jahre*, für Unterbringungen ab sechs Jahren auf *zwei Jahre*.
- Pflicht zum Wechsel der externen Gutachter: Der herangezogene Gutachter soll nicht das letzte vorangegangene externe Gutachten im Erkenntnis- oder Vollstreckungsverfahren erstellt haben.
- Mit der Begutachtung sollen nur ärztliche oder psychologische Sachverständige beauftragt werden, die über forensisch-psychiatrische Sachkunde und Erfahrung verfügen.
- Zwingende mündliche Anhörung des Untergebrachten vor jeder Entscheidung, in der es um die Fortdauer bzw. Beendigung der Unterbringung geht, also auch bei der Entscheidung über die Erledigung der Unterbringung.

Außerdem wurde festgelegt:

- In Umsetzung eines Urteils des Bundesverfassungsgerichts soll in Härtefällen die Zeit des Vollzugs der Maßregel auch auf eine „verfahrensfremde“, also in einem anderen Verfahren angeordnete Freiheitsstrafe möglich sein.
- Für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB soll klargestellt werden, dass sie in Fällen, in denen sich die Unterbringungszeit wegen der gleichzeitigen Verhängung einer Freiheitsstrafe verlängert, auch dann erfolgen kann, wenn die Behandlung des Untergebrachten voraussichtlich mehr als zwei Jahre dauern wird.

Der § 63 StGB wurde demzufolge erheblich verändert⁴: „Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der

⁴ Die neu eingefügten Textpassagen wurden durch *kursive* Schrift hervorgehoben.

verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, *durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird*, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. *Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.*“

Auch § 64 StGB, die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt betreffend, wurde ergänzt, allerdings nicht so umfangreich wie § 63 StGB⁵: *„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.*“

Ein zentrales Anliegen der Neureglung war, die Dauer der Unterbringung verhältnismäßig zu gestalten. Darum war auch eine Neufassung des § 67 StGB, der diese regelt, erforderlich⁶:

„(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Dauert die Unterbringung

⁵ Die neu eingefügten Textpassagen sind durch *kursive* Schrift hervorgehoben.

⁶ Die neu eingefügten Textpassagen sind durch *kursive* Schrift hervorgehoben.

sechs Jahre, ist ihre Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden. Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen, gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird.“

Die dargestellte Gesetzesnovellierung hat weitreichende Folgen. Es resultiert vor allem ein erhöhter Entlassungsdruck auf die MRV-Kliniken. Gleichzeitig hat die gesamte Neureglung auch ihre Kritiker gefunden. Einen guten Überblick geben und eine dezidiert kritische Position vertreten KASPAR & SCHMIDT (2016). Es gibt nun schon bundesweit – wenn auch regional wohl unterschiedlich – Beobachtungen, dass die Gerichte langdauernde Unterbringungen unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit erledigen (siehe den Beitrag von REITIS-MÜNSTERMANN in diesem Band).

Auswirkungen auf Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die dargelegten Neuregelungen und deren Konsequenzen für die Gerichte, für die MRV-Kliniken, für die Bewährungshilfe und für die forensische Nachsorge haben einige deutliche Auswirkungen auf die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe.

1. Es wird mehr und wohl vor allem auch kurzfristig Nachfragen für Menschen aus dem MRV geben, die (noch) eine ungünstige Prognose im Hinblick auf ihr Verhalten im Hinblick auf die Unterlassung von Straftaten (Legalprognose) haben. An dieser Stelle sei nachdrücklich darauf verwiesen: Die Legalprognose ist die prognostische Einschätzung der *Gefährlichkeit*. Nur die fortbestehende Gefährdung der Allgemeinheit rechtfertigt nämlich die Unterbringung im Maßregelvollzug, nicht hingegen eine ungünstige Krankheitsprognose.
2. Es ist weiterhin und künftig wohl mehr denn je erforderlich, dass sich Dienste und Einrichtungen für die Anschlussperspektive für Menschen mit geistiger Behinderung *nach* dem MRV bzw. während der *bedingten Entlassung* zur Verfügung zu stellen.
3. Das wird die Akzeptanz dieser Personen bei angefragten Diensten und Einrichtungen möglicherweise beeinträchtigen und die Anforderungen in der Begleitung dieser Menschen steigern.

4. Die Rahmenbedingungen in den Diensten und Einrichtungen müssen dieser Anforderung angepasst werden.
5. Durch Politik und Kostenträger müssen geeignete Rahmenbedingungen bereitgestellt werden.

Es gibt grundsätzlich zwei Konstellationen, in denen die Behindertenhilfe beansprucht ist:

- Übernahme der Verantwortung während *bedingter Entlassung bzw. längerfristiger Beurlaubung* aus dem stationären MRV
- Übernahme der Verantwortung nach endgültiger Beendigung der Maßregel.

Dabei kommen verschiedene rechtliche Aspekte in den Blick:

- Die Bestimmungen des Betreuungsrechtes (§ 1906 BGB) sind nicht geeignet, Restriktionen im Hinblick auf die Vermeidung *fremdgefährdender* Verhaltensweisen, hier also strafrechtlich relevanter Handlungen, durchzusetzen. Gleichwohl formulieren psychiatrische Gutachter und Gerichte nicht selten derartige Erwartungen.
- Gleichzeitig muss die Einhaltung der *gerichtlichen Bewährungsaufgaben* kontrolliert werden. Es ist unvermeidbar, dass Dienste oder Einrichtungen der Behindertenhilfe darüber Auskunft geben und mit Bewährungshelfern, Führungsaufsichtsstelle und Nachsorgeambulanz zusammenarbeiten.
- Es ist unverkennbar, dass dieser Arbeitsauftrag durchaus von *Loyalitätskonflikten* geprägt ist. Gerade dafür sind klare, verbindliche Regelungen sowie regelmäßige und anlassbezogene Supervision notwendig.
- Ein ganz eigenes Gebiet sind die Aufgaben eines *gesetzlichen Betreuers*, der ausschließlich dem Wohl des Betreuten verpflichtet ist und keinen Auftrag im Interesse Dritter gegenüber dem Betreuten umsetzen darf.
- Die Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung aus dem MRV stellt erhebliche fachliche und persönliche Anforderungen an die Mitarbeitenden der Dienste und Einrichtungen.
- Die Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung aus dem MRV stellt erhebliche organisatorische Anforderungen an die Träger und an die verlässliche Schnittstellengestaltung mit dem MRV.

Ein besonderes Problem stellt sich bei den Mitarbeitenden der Dienste und Einrichtungen und den Leitungskräften der Behindertenhilfe im Hinblick auf die Straftaten der zu übernehmenden MRV-Patienten dar. Straftaten wie Körperverletzung, Vergewaltigungen, Kindesmissbrauch, Brandstiftung usw. in der Vorgeschichte wirken auf sie bedrohlich und ängstigend. Vor allem die Angst vor Wiederholungen der gleichen oder anderer Straftaten führt

zwangsläufig zur Befürchtung bei Leitungsverantwortlichen und Mitarbeitenden, kritisiert oder gar belangt zu werden. Dabei kann es um individuelle Beschuldigungen für vermeintliches oder tatsächliches Fehlverhalten gehen. Aber auch Dienste und Einrichtungen befürchten, sie könnten sich Kritik bis hin zur öffentlich wirksamen Anfeindung ausgesetzt sehen – etwa durch Nachbarschaft oder Angehörige anderer Klientinnen und Klienten der Dienste und Einrichtungen. Dies alles stellt erfahrungsgemäß – die Beispiele gelingenden Engagements beweisen es – kein unüberwindliches Problem dar, bedarf aber guter konzeptioneller, organisatorischer, personalwirtschaftlicher und anderer Rahmenbedingungen. Vor allem gehören eine zielorientierte Personalentwicklung und die Implementierung verlässlicher Supervision dazu.

Die Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe werden in den Beiträgen von BEHNSEN und REITIS-MÜNSTERMANN in diesem Band dargestellt. Die Gegebenheiten, insbesondere die rechtlichen und leistungsrechtlichen, in der Eingliederungshilfe werden im Beitrag von COESTER erörtert.

Auf jeden Fall ist deutlich, dass die komplexe Thematik nur im Zusammenwirken verschiedener Akteure aus Gesetzgebung, Politik, Verwaltung, Leistungsträgern und Leistungserbringern zu bewältigen sein wird.

Bedenkenswert ist folgende Aussage eines erfahrenen Gutachters: „Andererseits könnte ein Großteil der fehlplazierten Patienten in weniger gesicherten Einrichtungen, d. h. außerhalb des MRV, untergebracht und behandelt werden. Auf die Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung spezialisierte Einrichtungen, die optional auch freiheitsentziehende Maßnahmen realisieren können, käme alternativ zum stigmatisierenden und häufig unverhältnismäßigen Maßregelvollzug eine große Aufgabe und Verantwortung zu“ (HÄBLER 2011, S. 322). Dass mit diesen Ausführungen von HÄBLER sogar noch die wichtige Frage angestoßen wird, ob es nicht von vornherein für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung zweckdienliche Alternativen zum MRV klassischer Prägung geben sollte, rundet die Problemanzeigen ab.

Literatur

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015): Diagnostische Kriterien DSM-5®. Deutsche Ausgabe herausgegeben von FALKAI, P. & WITTCHEN, H. U. Hogrefe, Göttingen
- DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT e. V. & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG e. V. (2017): Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug (http://www.dgsgb.de/downloads/documents/DGSGB_DHG_Appell.pdf); (auch in diesem Band)

- DOŠEN, A. (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene Deutsche Bearbeitung: HENNICKE, K., & SEIDEL, M., Hogrefe, Göttingen.
- FOERSTER, K. & VENZLAFF, U. (1994): In: VENZLAFF, U., FOERSTER, K. (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. 2. neubearb. u. erweiter. Aufl. Fischer Stuttgart, Jena, New York, S. 245-256
- HÄßLER, F. (2011): Intelligenzminderung mit Verhaltensstörungen. In: HÄßLER, F., KINZE, W., NEDOPIL, N. (Hrsg.): Praxishandbuch Forensische Psychiatrie des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 309-327
- KASPAR, J. SCHMIDT, Ph. (2016): Engere Grenzen nur in engen Grenzen - zur Novellierung des Rechts der Unterbringung gem. § 63 StGB. Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik 11, 757-762
- LEYGRAF, N. (1988): Psychisch kranke Straftäter. Springer, Berlin, Heidelberg
- SCHNEIDER, F., FRISTER, H., OLZEN, D. (2015): Begutachtung psychischer Störungen. 3. vollst. überarbeit. u. aktualisierte Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg.
- SCHÜRMAN, I. H. (1850): Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Enke, Erlangen
- SPENGLER, A. (2004): Maßregelvollzug: Ungebremster Zuwachs. Deutsches Ärzteblatt 101(41): A-2730 / B-2301 / C-2208
- REMSCHMIDT, H. (2011): Entwicklungsstörungen. In: HÄßLER, F., KINZE, W., NEDOPIL, N. (Hrsg.) Praxishandbuch Forensische Psychiatrie des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 329-340
- SAPPOK, T. & ZEPPERITZ, S. (2017): Das Alter der Gefühle. Hogrefe, Bern.
- SEIFERT, D. (2014): Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 8, 183-190
- SENCKEL, B. & LUXEN, U. (2017) Der entwicklungsfreundliche Blick. Entwicklungsdiagnostik bei normal begabten Kindern und Menschen mit Intelligenzminderung. Weinheim, Beltz

Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug

Die *Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V. (DHG)* und die *Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DGSGB)* haben sich im April 2017 aus Sorge um die ungelösten Probleme, die auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen werden, mit einem gemeinsamen *Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug* gezielt an Verantwortliche in Fachverbänden für Menschen mit Behinderung, Politik, Verwaltung, Justiz usw. gewandt (DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT e. V. & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG e. V. 2017). Dieser Appell war schon bei der Fachtagung im März 2017, die in diesem Band der „Materialien der DGSGB“ dokumentiert wird, im Entwurf vorgestellt worden. Der Entwurf fand einhellige Zustimmung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Wichtige inhaltliche Ergänzungen wurden aus deren Kreis beigetragen. Das zeigt die Notwendigkeit, entschlossene Schritte zu gehen. Es ist umso bedauerlicher, dass bis zum Zeitpunkt der Drucklegung im September 2017 kaum eine inhaltliche Antwort oder ein wahrnehmbares fachliches Echo aus dem Kreis der Adressaten (Zeitpunkt der Drucklegung im September 2017) kam.

Der erwähnte Appell und das Anschreiben sind im Anhang wiedergegeben. Sie finden sich auch auf der Website der DGSGB.

Veränderte Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen bei der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung im Anschluss an den Maßregelvollzug (1)

Anke Behnsen

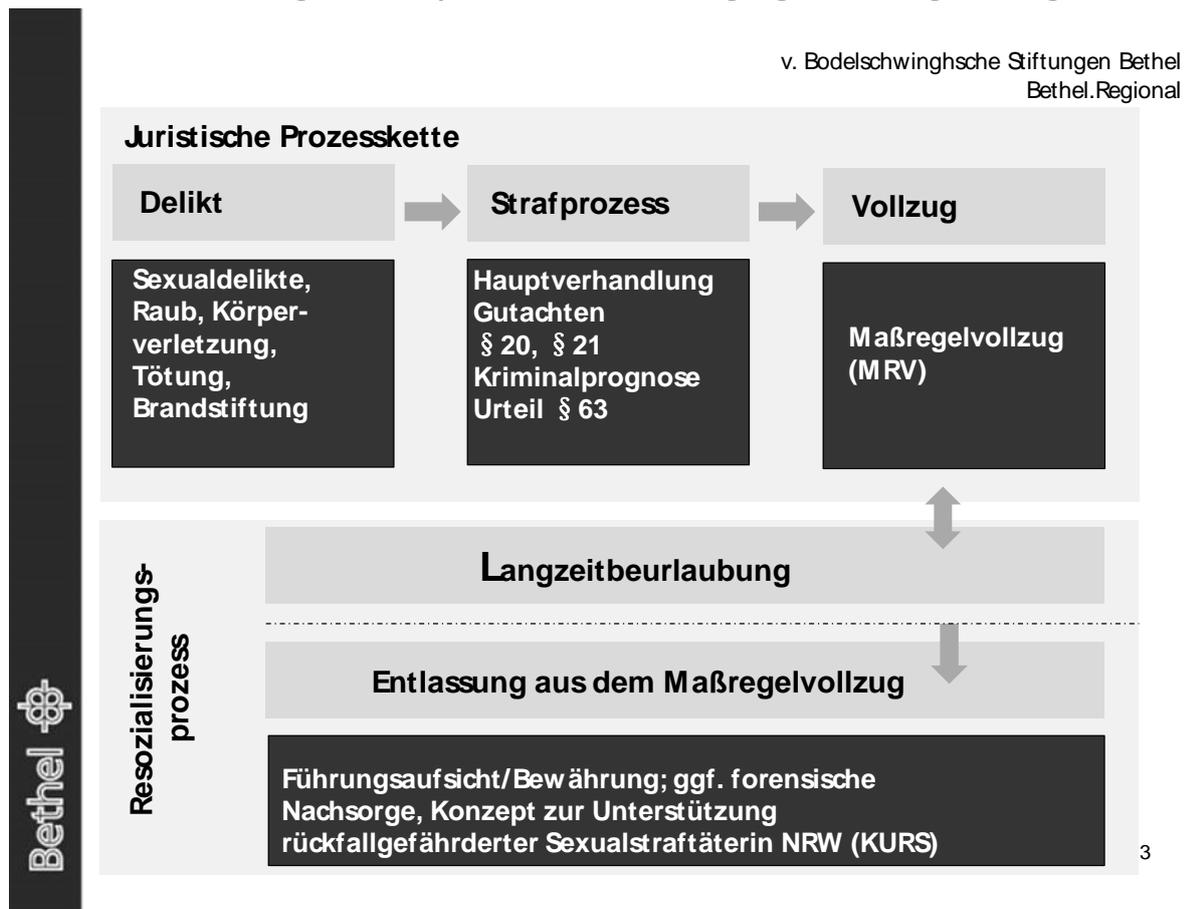
Derzeit erleben wir eine zunehmende Verunsicherung der Kollegen und Kolleginnen bei der Betreuung von Klienten, die aus dem Maßregelvollzug kommen. Immer wieder wird deutlich, dass unsere derzeitigen Angebote nur bedingt ausreichen und dass die Neufassung des § 63 StGB und anderer gesetzlicher Bestimmungen in diesem Zusammenhang zur Vorsicht anhält, Entscheidungen gelähmt und Ängste provoziert werden. Der „Notstand“ wird derzeit in den forensischen Kliniken deutlich, die dringend nach Einrichtungen der Behindertenhilfe als Anschlussperspektive suchen, die mit der Thematik vertraut sind und in dieser Arbeit Professionalität bieten. Die Anfragesituation in den Einrichtungen ist entsprechend hoch und kann trotz der Dringlichkeit der Fälle nicht bedient werden. Hieraus ist ein dringlicher Handlungsbedarf abzuleiten, der die Politik, Kostenträger, Ministerien, Kommunen und Träger betrifft.

In unserem Vortrag – mein Kollege Ulrich REITIS-MÜNSTERMANN und ich teilen uns das Thema – ist es uns wichtig, Ihnen einen Eindruck zu vermitteln, wie sich die neue Rechtsprechung auf den Maßregelvollzug sowie die Eingliederungshilfe auswirkt.

Wir werden rechtliche Hintergründe und Ansprüche beleuchten, Möglichkeiten und Grenzen eines Betreuungssettings vorstellen und auf notwendige Rahmenbedingungen verweisen, die für die Betreuung einer solchen Klientel notwendig sind (vgl. Abbildung 1).

Die entscheidendsten Veränderungen aus der Anpassung des § 63 StGB werden sich bei der Verweildauer der Klienten im Maßregelvollzug und der Form Ihrer Entlassung ergeben. Es ist anzunehmen, dass weniger Klienten in die Langzeitbeurlaubung gehen und es häufiger zu sog. Erledigungen (https://www.lwl.org/massregelvollzug-download/Abt62/Service/Glossar/Glossar_MRV.pdf) bei unverhältnismäßig langer Unterbringung kommt. Hier ist abzuwarten, wie die Gerichte mit dem Thema Führungsaufsicht und Bewährungszeit umgehen und das Thema Nachsorge berücksichtigen.

Abbildung 1: Ablaufprozess zur Unterbringung im Maßregelvollzug



Für intelligenzgeminderte Straftäter ergibt sich aus dem §53 SGB XII ein Anspruch auf Eingliederungshilfe. Dort heißt es:

„(1) Personen, die durch eine Behinderung ... wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben bedroht sind, ... erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange ... Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann ...

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“

Daraus resultiert, dass Straftäter mit Intelligenzminderung aus dem Maßregelvollzug anschließend einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, einen Anspruch auf Versorgung, Behandlung und Teilhabe haben.

Voraussetzungen, die innerhalb einer Einrichtung im Vorfeld getroffen werden können

Einstellung und Haltung gegenüber der Klientel:

Hier geht es maßgeblich darum, diesen Menschen mit einer wertschätzenden Haltung gegenüberzutreten, die von Achtsamkeit, Vertrauen, Ernstnehmen, aber auch von Gelassenheit, Mut und der Bereitschaft, Verantwortung zu tragen, geprägt ist. Diese Haltung muss in der Einrichtung zu spüren sein und von der Organisation gelebt und getragen werden. Selbstverantwortliches Handeln und die situativ richtige Entscheidung zu treffen sind die Grundlagen für Teilhabe. Die Auseinandersetzung mit dem realen Leben, den schönen Seiten, aber auch den Niederlagen und Frustrationen sind die Herausforderungen der täglichen Arbeit.

Eine Anzahl von Aspekten muss bei der Betreuung von Klienten, die aus dem Maßregelvollzug übernommen werden, im Vorfeld berücksichtigt werden. Hierzu gehören organisatorische Aspekte innerhalb einer Einrichtung und Organisation, so die Frage nach Therapieangeboten und Arbeitsangeboten sowie die Auseinandersetzung mit der Lebensperspektive der Klienten.

Notwendige Abklärung von vorgelagerten Themen und Inhalten:

- Übergeordnete Leitungsebenen tragen diese Arbeit mit und unterstützen bei Organisation und Ablauf.
- Kooperationsvereinbarungen mit forensischer Klinik sind getroffen.
- Klientenakte und entsprechende Gutachten liegen vor (unbedingte Transparenz bei der Aufnahmeentscheidung).
- Behandlungsplan und Rückfallpräventionsplan liegen vor und wurden besprochen.
- Den Klient ist informiert über das Betreuungsangebot (Auflagen, Ablauf, Teilnahme an Gruppen); der Klient ist zur Teilnahme verpflichtet und muss dem Angebot zustimmen.
- Kostenzusage bzw. Vereinbarung liegen vor.
- Kontaktpersonen für die Nachsorge sind bekannt.
- Betreuungsteam steht zur Verfügung und stimmt der Aufnahme nach Sichtung der Unterlagen zu.
- Kooperationspartner für die Bereiche Arbeit und Betreuung stehen zur Verfügung.

Organisatorische Gegebenheiten in der Einrichtung:

- Ein geeigneter Wohnplatz in entsprechender Gruppe oder Einrichtung steht zur Verfügung; Klient muss sich wohl fühlen können.
- Die Mitarbeitenden sind informiert, sie begleiten die Aufnahme und haben Zeit, um die ersten Tage zu gestalten.
- Ein Bezugsmitarbeiter ist festgelegt und umfassend informiert.
- Der Klient ist informiert.
- Auflagen und Krisenplan sind transparent für alle Kollegen.

Des Weiteren sind notwendig:

Therapeutisches Setting (Netzwerk):

- Gestaltung des therapeutischen Angebotes (Einbindung in Therapiegruppen)
- Forensische Nachsorge
- Bewährungshilfe und Führungsaufsicht
- Anwendung von KURS (Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern in NRW) (vgl. JEUSCHEDE 2010)
- Arbeitsangebot
- Team

Arbeit und Beschäftigung:

- Kooperationspartner finden und
- durch Information Ängste abbauen
- verschiedene Arbeitsangebote zur Auswahl stehen zur Verfügung
- Auflagen können berücksichtigt werden, ggf. Kostenübernahmen (Rentenversicherung, Arbeitsamt, Krankenkasse) abklären

Lebensperspektive und Zukunft gestalten:

- Kooperationspartner finden für unterschiedliche Wohn- und Betreuungsangebote
- Ideen für Perspektiven entwickeln und auf Tragfähigkeit prüfen
- Kooperationspartner an die Arbeit heranzuführen – Form der Zusammenarbeit abklären

Therapeutische Begleitung in unserer Einrichtung Kana

Eine gelingende Therapie muss geprägt sein von Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und der Bereitschaft, Zeit und Engagement zu investieren. Dabei liegt ein

entscheidender Erfolgsfaktor in der Verzahnung der vor- und nachgelagerten Betreuungseinrichtungen mit inhaltlicher Kongruenz der Ziele. Aus diesem Grund haben wir uns sehr bewusst und auf der Grundlage von positiven Erfahrungen für die Zusammenarbeit mit dem LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt und mit der Christophorus-Klinik für Forensische Psychiatrie in Münster-Amelsbüren entschieden.

Die aus diesen Kliniken kommenden Klienten werden in der Betheler Einrichtung Kana in Kleingruppen betreut und von speziell geschulten Mitarbeitern begleitet. Die Arbeit ist von einer hohen Beziehungskontinuität geprägt. Sie erfolgt auf der Grundlage des Therapiekonzeptes der *entwicklungsfreundlichen Beziehungsgestaltung* (SENCKEL 2001, LUXEN 2001).

Die Begleitung der Klienten erfolgt im Einzelkontakt und im Gruppensetting. Der Einzelkontakt bietet sich an bei Klienten, die deutlich intelligenzgemindert sind und ein geringes Entwicklungsalter haben. Dieser Einzelkontakt sollte täglich mit dem Bezugsmitarbeiter stattfinden und das Ziel verfolgen, eine tragfähige verlässliche Beziehung aufzubauen. Nur auf dieser Grundlage ist eine effiziente Beratung, Hilfestellung und Begleitung möglich. In unterschiedlichen Gruppenangeboten kann eine weitere differenzierte Begleitung der Klienten mit unterschiedlicher Therapieerfahrung und Entwicklungsniveau vorgehalten werden. Die Gruppen sind ein soziales Lernfeld. Sie dienen der Selbstreflexion, Auseinandersetzung, Konfrontation, Beratung, Krisenbewältigung, Kompetenztraining, Verantwortungsübernahme und der Netzwerkbildung.

Das Klein- und das Großgruppenangebot stellen sich wie folgt dar:

Kleingruppenangebot

Teilnehmer: nur Mitglieder der Wohngruppe oder Klienten, die für eine Aufnahme vorgesehen sind, behandelnder Arzt, Mitarbeiter der Einrichtung und Mitarbeiter der forensischen Nachsorge.

Ziel: Themen des Alltags (z.B. Probleme in der Wohngruppe, Beziehungen, Kontakte), Stärkung der Gemeinschaft, Bindung, Kompetenztraining.

Zeit: ca. 1,5 Std.

Nachbesprechung:

- ohne Klienten
- Form der Begleitung wird durch die Bezugsmitarbeiter abgestimmt
- wenn besondere Themen auftreten wird das Vorgehen besprochen

Großgruppe

Teilnehmer: Mitglieder der Wohngruppe, Klienten, die die Einrichtung Kana bereits verlassen haben, Psychologe, Arzt, Bezugsmitarbeiter, Mitarbeiter der forensischen Nachsorge Mitarbeiter der Anschlusseinrichtungen, zweimal jährlich mit Vertreter der Kriminalpolizei.

Ziel: Reflexion der aktuellen Situation, Austausch, Feedback, Beratung durch die Gruppenmitglieder, Lernen vom Gegenüber, Auseinandersetzung, Stellung beziehen, „Erdung“, Erkennen und Umgang mit eigenen Schwächen, Kontaktraum schaffen, Netzwerk pflegen. Es ist die Gruppe ein Übungsfeld, um sich selbst vertreten zu lernen, ein Übungsraum für einen achtsamen Umgang mit sich und anderen Klienten.

Zeit: ca. 3 Std.

Nachbesprechung:

- ohne Klienten

- Gefährdungsbeurteilung, Ausrichtung der Therapie und Begleitung, Koordination von Unterstützungsangeboten, Beratung der Fallverantwortlichen bzw. Bezugsmitarbeiter

Seit fünfzehn Jahren ist forensische Nachsorge ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt in unserer Einrichtung und wurde immer wieder angepasst. In dieser Zeit haben wir ca. 47 Klienten, die aus dem Maßregelvollzug gekommen waren, betreut und mittlerweile 32 Klienten erfolgreich entlassen. Währenddessen gab es zwar Rückführungen im Rahmen von Beurlaubung zur Krisenintervention, aber keine mit Straftatbestand.

Deshalb können wir sagen, dass diese Form von Begleitung und Therapie für eine bestimmte Zielgruppe erfolgversprechend ist. Dennoch haben sich in jüngster Zeit durch die jüngst veränderte Gesetzgebung und Rechtsprechung die Ausgangsbedingungen verschoben, die Auswirkungen auf unsere Arbeit haben werden. Wie sich das genau auswirken wird, kann man zum jetzigen Zeitpunkt nur erahnen und daraus Annahmen treffen, die für die Betreuung relevant sind.

Was ist zu erwarten?

- kürzere Verweildauern im stationären Maßregelvollzug
- Klienten erhalten weniger Therapie,
- oft noch unzureichende oder gar fehlende Therapiebereitschaft, geringe Entwicklung des Norm- und Werteverständnisses, meist sozial verwahrlost
- weniger Erprobungsmöglichkeiten, da ein höheres Risiko besteht
- geringere Belastbarkeit der Klienten
- Klienten überschätzen sich häufig, hohes Bestreben nach Autonomie.
- hoher Grad an Hospitalisierung (Angst vor Veränderung)
- Klienten mit sehr langem Aufenthalt im Maßregelvollzug sind in der Regel austherapiert, besitzen aber noch ein hohes Potential, Prognosegutachten sind gegebenenfalls nicht positiv.

- Klienten werden häufig entlassen ohne Übergangsphasen (Beurlaubung), Zeit zur Erprobung fehlt
- Kostenzusagen brauchen Vorlauf, es entstehen Betreuungslücken
- Erledigungen, also bedingungslose Entlassungen, werden vermehrt ausgesprochen. Das hat Auswirkungen auf die Führungsaufsicht bzw. Bewährung und forensische Nachsorge.
- Die rechtliche Absicherung der Begleitung der Klienten, die im Rahmen einer Beurlaubung (bedingten Entlassung) noch unter der Unterbringung gemäß § 63 StGB stehen, entfällt, und birgt somit für die Betreuung durch die Anschlusseinrichtung erhebliche Risiken.

Welche Aspekte können wir beeinflussen?

- Rahmenbedingungen und Strukturen deutlicher am Klientel ausrichten
- Beziehungsangebote stärken und die emotionale Entwicklung, namentlich die emotionale Bindungsfähigkeit, fördern
- Einflussnahme auf Bewährungsauflagen nehmen
- Forensische Nachsorge einfordern
- Therapieangebot erweitern
- Netzwerk anpassen (Maßregelvollzugsklinik, Forensische Nachsorge, Polizei, Beratungsstellen)

Die Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung im Anschluss an die Maßregel kann gelingen, wenn sich folgende Rahmenbedingungen ändern:

- Versorgungslücken müssen geschlossen und Strukturen aufgebaut werden.
- Flexible Beschlüsse und Weisungen, die das Thema „Fremdgefährdung“ betreffen, müssen vorliegen.
- Ein aktives Netzwerk zwischen Bewährungshilfe, Polizei, Forensik, Betreuungsteam und Therapeuten muss vorgehalten werden.
- Durchlässige Strukturen müssen geschaffen werden.
- Eine Verbesserung der therapeutischen Versorgungsstruktur und der Finanzierung muss erfolgen.
- Krisenplätze müssen geschaffen werden.
- Schnellere Bearbeitung von Kostenzusagen muss erfolgen.
- Anschlussperspektiven geschaffen werden.
- Der Beurlaubungsstatus (bedingte Entlassung) und die forensische Nachsorge werden an Bedeutung gewinnen.

- Forensische Nachsorge muss ein fester Bestandteil der Nachsorge werden.
- „Legalisierung von Gewalt“ muss entgegengewirkt werden.
- Das Recht auf Unversehrtheit auch für Mitarbeitende muss zum Thema gemacht werden.

Nachsorge kostet Geld und verlangt Einsatz- und Handlungswillen. Sie ist somit nicht kostenneutral zu bewältigen und braucht vor allem gesellschaftlichen Rückhalt.

Literatur

- JEUSCHEDE, H. (2010): KURS NRW. Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern in Nordrhein-Westfalen. (<https://www.bdk.de/lv/nordrhein-westfalen/bv/koeln/blickpunkt/blickpunkt-3-2010/kurs-nrw>)
- LUXEN, U. (2001): Schwere Verhaltensstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als Herausforderung für Psychotherapie und heilpädagogischen Alltag. Ein Bericht aus der Praxis. Geistige Behinderung 40; 350-361
- SENCKEL, B. (2001): Die entwicklungsfreundliche Beziehung. Ein Angebot für Menschen mit schwerer Verhaltensauffälligkeit. Geistige Behinderung 40, 337-349.

Veränderte Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen bei der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung im Anschluss an den Maßregelvollzug (2)

Ulrich Reitis-Münstermann

Sehr angetan bin ich davon, dass der Vorstand der DGSGB bei der Themenwahl dieser Tagung den Maßregelvollzug in den Blick genommen hat und damit am Puls der Zeit hinsichtlich der aktuellen Entwicklung eines versteckten aber brisanten Themas ist. Danke für die Einladung.

Man hat mich gebeten, bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fachtagung für eine Öffnung gegenüber der forensischen Klientel zu werben – ebenfalls eine sehr wohltuende Haltung für mich als langjährig mit der Rehabilitation und Nachsorge forensischer Patienten Betrauten – immer damit konfrontiert, eine Versorgungsbereitschaft zu erzielen, diese durch eigenes Engagement bei der gemeinsamen Begleitung zu unterstützen und forensisches know how einzubringen.

Leider kann ich diesem Wunsch des Werbens heute nicht richtig gerecht werden. M. E. hätten wir ein Rezept für die Betreuung dieser Menschen, es fehlen aber einige zentrale Zutaten. Frau BEHNSEN hingegen vertritt eher die Auffassung, wir hätten die Zutaten, es fehle allerdings das Rezept – vielleicht ist an beidem etwas dran.

Ich möchte die jetzige Situation aus meiner Sicht als Brückenbauer zwischen Maßregelvollzug und Behindertenhilfe beschreiben, Erfordernisse an zu schaffende Rahmenbedingungen und auch Haltungen benennen, mit denen es gehen könnte, forensische Patienten in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu integrieren.

Die Situation im Maßregelvollzug

Die Situation im Maßregelvollzug hat sich bzw. wird sich durch die Akzentuierung auf Freiheitsrechte und die in der Konsequenz neuen Befristungsgrenzen stark verändern. Über das Ausmaß kann derzeit nur spekuliert werden, da es noch zu wenig Erfahrungswerte gibt, wie die Gerichte und nach welchen Kriterien sie entscheiden. Während vormals bei der Frage der Fortdauer der Unterbringung durch prognostische Stellungnahme darzulegen war, dass bei einer angedachten Entlassung keine weiteren Straftaten zu erwarten sind – eine hohe Hürde für eine Entlassung –, muss jetzt bei zunehmender Dauer der Unterbringung konkretisiert dargelegt werden,

dass noch Straftaten zu erwarten sind – mit zunehmender Unterbringung eben auch eine hohe Hürde, aber in umgekehrter Richtung. Die Hürde besteht nicht mehr gegenüber der Freiheit, sondern gegenüber einer Fortdauer der Unterbringung. Befürchtungen eines Rückfalls reichen dabei allein nicht aus, wie das Bundesverfassungsgericht in einem Beschluss von Februar 2016 festgestellt hat. Das Gericht verlangt eine *"Konkretisierung der Art und des Grades der Wahrscheinlichkeit zukünftiger rechtswidriger Taten. Dabei ist auf den jeweiligen Einzelfall einzugehen. Zu erwägen sind das frühere Verhalten des Unterbrachten und die von ihm bislang begangenen Taten. Abzuheben ist aber auch auf die seit Anordnung der Maßregel eingetretenen Umstände, die für die zukünftige Entwicklung bestimmend sind. Dazu gehören der Zustand des Unterbrachten und die zukünftig zu erwartenden Lebensumstände."* (2 BvR 517/16, 4, Abs. 21) http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2016/10/rk20161020_2bvr051716.html). Beispielsweise könne von dem Versuch *"während der Unterbringung im Rahmen telefonischer Kontakte Kinder zu sexuellen Handlungen zu bewegen"*, wegen der langjährig zurückliegenden Begehung *"nicht ohne Weiteres auf die Gefahr erneuter gleichartiger Taten in der Zukunft geschlossen werden"* (vgl. 2 BvR 517/16, S. 5 Abs. 25).

Das zuständige Gericht hat dann den Patienten zu entlassen, auch wenn keine entsprechende aufnehmende Einrichtung gefunden werden kann, da es dem Patienten nicht angelastet werden könne, wenn die Gesellschaft keine adäquaten Einrichtungen zur Verfügung stelle – so z. B. die übliche Beschlusspraxis des OLG Hamm. Manchmal gibt es Beschlüsse mit der Formulierung: „in ein geschlossenes Heim“. Eine Rechtsgrundlage in Gestalt des § 1906 BGB gibt es allerdings hierfür nur bei konkreter Selbstgefährdung, nicht jedoch für die hier abzuwendende allgemeine Fremdgefährdung.

Bislang gibt es noch keine genaue Klarheit darüber, welche Patienten von den Gerichten und nach welchen Kriterien sie bezogen auf die 6- und auf die 10-Jahresfrist entlassen werden. In Westfalen sind aktuell rund ein Drittel der Maßregelvollzugspatienten länger als zehn Jahre untergebracht, deutlich länger als die Zeiten des Strafvollzuges voll schuldfähiger Täter.

Es gibt eine sehr unterschiedliche Spruchpraxis der Gerichte. In den Forensischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Westfalen sind in den letzten sieben Monaten dreizehn Unterbringungen für erledigt, also ohne besondere Auflagen als beendet erklärt worden, alle durch das Landgericht Paderborn, alle aus unserem LWL-Zentrum Lippstadt. NRW-weit handelt es sich bislang um 60 Fälle (HOLLWEG 2016). In der Regel lässt das Gericht im Beschluss noch einige Monate zur Vorbereitung bis zum Entlassungstag.

In unserer Abteilung für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen könnten allein 40 von 120 Patienten bei den Anhörungen binnen Jahresfrist für eine Entlassung in Frage kommen. Bei den untergebrachten Personen mit einer geistigen Behinderung dürften es auf Grund der gewöhnlich langen Unterbringungszeiten prozentual erheblich mehr sein. In der Christophorus-Klinik in Münster-Amelsbüren, einer Maßregelvollzugsklinik speziell für geistig behinderte Menschen, sind in den letzten Monaten von 54 untergebrachten Patienten fünf per Erledigung entlassen worden. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen zwar in der Regel nicht die hohe Sicherheit einer forensischen Klinik, aber dennoch beschützende und somit begrenzende Lebensbedingungen.

Aufgrund der klinikinternen Risikoeinschätzung haben Patienten mit Erledigungsaussicht allenfalls begleitete Ausgänge. Sind sie dagegen erst einmal entlassen, unterliegen sie zwar der Führungsaufsicht. Ihre Freizügigkeit lässt sich aber dann nicht mehr maßgeblich einschränken, so dass wenig Einfluss darauf genommen werden kann, wohin, etwa in welches Milieu, sich diese Ex-Patienten des Maßregelvollzuges bewegen und welche Risiken sie dabei eingehen. Die Schere der zu bewältigenden Anforderungen zwischen der Unterbringung im Maßregelvollzug und einem Leben draußen klafft gerade bei diesen Patienten sehr weit auseinander. Hinzu kommt, dass bei geistig behinderten Menschen die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit fortgesetzt begrenzt bleibt. Ihr Handeln ist oft stimmungs- und augenblicksgestimmt. Mehrdimensionale Betrachtungen und eine Abwägung eventueller Konsequenzen jenseits des Lustprinzips bleiben ihnen Zeit ihres Lebens fremd.

Sie bedürfen vielfach zwar nicht der hohen technischen Sicherheitsvorkehrungen einer Maßregelvollzugsklinik, jedoch einer gewissen baulichen Sicherung und begleiteter Ausgänge, vielleicht der Aussicht auf spätere, gezielte und begrenzte Ausgänge. Allenfalls ist über die Wohnatmosphäre und konstante anleitende und haltgebende Führungspersönlichkeiten Einfluss auf ihr Lebenshaltungsselbstverständnis zu nehmen. Wir benötigen hier auf jeden Fall bessere gesetzliche Rahmenbedingungen für die Erteilung von Weisungen durch das Gericht. Denn Teil-Unfreiheiten können zu einer größeren Freiheit verhelfen als völlige Freiheit, mit der derjenige nicht umgehen kann und Risiken eingeht. Aber auch hier ist eine Liberalisierung hin zur Freiheit festzustellen.

Ausgangslage

Es geht um Patienten mit schlechter Prognose und somit höheren Risiken des Rückfalls in Delinquenz, zumeist primär mit vorheriger Sexualdelinquenz bzw. Pädosexualität ohne unbegleiteten Ausgang, allenfalls mit 1:1-Begleitung oder

in Gruppe, ohne Langzeiturlaub (bedingte Entlassung), also ohne Auffangnetz mit einer Rücknahmemöglichkeit oder Krisenintervention.

Wir haben eine Forensik, die auf den erhöhten ambulanten Betreuungsbedarf aktuell nicht eingerichtet ist, denn mehr Entlassene mit gleichem Personal bedeuten eine Leistungsreduzierung in jedem Einzelfall. Wir sind konfrontiert mit einer unzureichenden personellen Präsenz in der Forensischen Nachsorge (FNA) – und das alles bei stärker risikobehaftetem Klientel. Hinzu kommt, dass die Maßregelvollzugskliniken aktuell personell nicht planen können, da sie nicht wissen, „*wohin der Zug fährt bzw. wie viele Fahrgäste drin sitzen*“.

"Wer sollte denn da als Wohnheim noch bei Erledigungen zugreifen" – in Abwandlung einer Zigarettenwerbung aus den 60er und 70er Jahren – *"greife lieber zu HB"* – hier: hauptsächlich Behinderten – also ohne forensischen Hintergrund. Und das alles vollzieht sich vor dem Hintergrund, dass vollstationäre Plätze in der Behindertenhilfe abgebaut werden sollen.

Der Hilfebedarf der Klienten

Der Hilfebedarf der Klienten besteht neben und gerade auch wegen der forensischen Vorgeschichte. Diese Vorgeschichte ist oftmals brisant auf Grund der vorherigen Sexualdelinquenz. Die Klienten ohne Hilfe zu lassen bedeutet unterlassene Hilfeleistung. Kontrolle ist ebenso eine notwendige Hilfeform. Kontrolle zu unterlassen bedeutet, sie "ins Messer laufen zu lassen" – mit neuen Opfern. Und auch die Täter gehen beschädigt aus einer Tat heraus

Was sollten Sie bei Aufnahmeanfragen von den Forensiken erwarten?

Umfangreiche Unterlagen und weitere Informationsquellen müssen Ihnen vorab zu Verfügung stehen:

- Das Unterbringungsurteil (daraus geht meistens gut die damalige Lebenssituation hervor. Was hat der Betreffende gedacht, was hat er gefühlt? Das erlaubt den Abgleich zur jetzigen Ist- bzw. zur geplanten Situation, denn geeignete Rahmenbedingungen reduzieren maßgeblich Gefährlichkeit.
- Das aktuelle Prognosegutachten und den aktuellen Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan mit Behandlungs-, Sozial- und Kriminalprognose,
- Die letzte Stellungnahme zur Fortdauer der Unterbringung gemäß § 67e StGB, den aktuellen Beschluss des Gerichtes.
- Vor den Deliktinformationen sollen Sie aber nicht in Ohnmacht fallen, denn das Urteil liest sich oft so, als ob die Tat erst gestern war.

- Als Korrektiv des Eindrucks vom Urteil ist Ihr eigener persönlicher Eindruck von dem Patienten wichtig. Auf der Basis Ihrer Menschenkenntnis relativiert sich einiges. Die Person tritt in den Vordergrund, das Delikt wird zu einem bloßen Teil des Klienten – nicht umgekehrt.
- Vorstellungsgespräche: Informationen zu Ressourcen und Risiken, Mustern, Bedürfnissen: "Wie tickt der Patient, der zukünftige Bewohner der Einrichtung?"
- Besuch in der Maßregelvollzugsklinik, um den aktuellen Lebenshintergrund des Klienten aufnehmen zu können.
- Auch vermeintlich "unfachliches" Unbehagen sollten Sie besprechen, und ergründen: *"Diffuses muss ans Licht, konkretisiert, durchdekliniert, versprachlicht werden, sonst wirkt es im Hintergrund"* – und da dann mit aller Macht.

Erst dann sollten Sie die Entscheidung zur Aufnahme treffen, wenn Sie ein klares Bild davon haben, um wen es geht und wie es gehen kann. Solange Ihnen das nicht klar ist, wieder auf "Los" und "das Projekt weiter nach Ungereimtheiten durchkämmen". Alles soll dem Motto folgen: Potentielle Gefahr erkannt, Gefahr gebannt. Es ist gefährlich, etwaige Risiken auszublenden.

Es handelt sich sozusagen immer um Einzelanfertigungen. Eine Arbeit von der Stange verbietet sich wegen des Risikopotentials. Nach Möglichkeit trotz Erledigung durch das Gericht vorherige "Langzeit-"Beurlaubung anstreben. Dann ist das Risiko noch teilbar und besser kalkulierbar. Auf die Rahmenbedingungen kann noch Einfluss genommen werden.

Notwendig ist die Vereinbarung einer konstanten, engagierten, verbindlichen und qualifizierten Forensischen Nachsorge zur Bewertung, Reflexion und Steuerung des Betreuungsprozesses vor Ort mit jeweiligen Vorgesprächen, gemeinsamen Gespräch mit dem Klienten und anschließender Auswertung, am Anfang wöchentlich, dann vierzehntägig, monatlich – immer bedarfsorientiert. Der Gradmesser ist, *„dass sich immer alle sicher fühlen“*. Die Arbeit mit und im Helfernetz mit Führungsaufsicht, Arbeits- und Beschäftigungsbereich, eventuell mit behandelndem Arzt, gesetzlichem Betreuer, Kriminalpolizei (in NRW: KURS) (JEUSCHEDE 2010) und Forensischer Nachsorge in halbjährlichen Runden Tischen bzw. kurzfristig bei Krisen sind essentiell. Jeder Beteiligte kann den Runden Tisch einberufen.

Strukturelle und grundsätzliche Änderungen sollten nur nach Erörterung bei diesen Treffen erfolgen. Dadurch entsteht Stabilität; sie wirkt sich auf den Klienten aus, gibt ihm und den Helfern Halt und Orientierung.

Das führt zu einem annähernd gleichen Kenntnisstand der Beteiligten. Die Unsicherheit, nicht zu wissen, was man vielleicht nicht weiß, ist immer eine große Schwachstelle im Helfersystem, die zu „*Unwuchten mit entsprechender Schwungmasse*“ führt.

Der Klient hat durch die Vorab-Treffen verantwortliche Repräsentanten der künftigen Rahmenbedingungen vor Augen, an denen er sich orientiert, „auch wenn die Personen weg sind“ (soweit er nicht sehr tiefgreifend emotional gestört ist und seine Objekt Konstanz funktioniert).

Alles das bedingt aber auch die Bereitschaft zur ständigen fachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema. Ein reflektierter Umgang mit eigenen Gefühlen (z. B. Ekel, Ablehnung in Anbetracht der oftmals pädosexuellen Einweisungsdelikte). Ein Abspalten der eigenen Gefühle geht nicht, deren Integration ist vielmehr gefragt. Wie sonst sollte der Klient mit seiner Zerrissenheit und sich zu Recht kommen?

Unbedingt müssen einschlägige Fortbildungen und Supervisionen zum Thema durchgeführt werden.

Die Arbeit und die übernommene Verantwortung kann nur im Zusammenschluss getragen werden. Sicherheit kann man nur schaffen, wenn man sich gegenseitig im Helfernetz Transparenz verschafft und Sicherheit gibt. Verantwortung zu übernehmen heißt, die geeignete Antwort auf Problemsituationen zugeben. Das ist eine Integrationsleistung. Stabilität ist nur durch *personare* Präsenz (*personare* = durchklingen, durchtönen) zu erwirken. Das heißt vor allem, mit der eigenen Person zu arbeiten, sich selbst als Person einzubringen und immer die Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit zu betreiben.

Strukturelle Erfordernisse: politisch, juristisch, finanziell und therapeutisch

- Es bestehen in Anbetracht verkürzter Unterbringungszeiten neue Anforderungen an den Maßregelvollzug. Wo bleibt die vermeintlich „vertane Zeit“, die Zeit für Motivation und Entwicklungszeit?
- Die neue Situation erfordert eine verstärkte Verlagerung von Behandlung „auf die Zeit danach“, auf die Zeit in Anschlussstrukturen – etwa in der Behindertenhilfe – und eine entsprechende personelle Ausstattung der Forensischen Nachsorge, also konzeptionell eine „Ambulantisierung des MRV“.
- Die MRV-Kliniken haben sich die Kernfrage zum eigenen Selbstverständnis zur Nachsorge bei bedingungslosen Entlassungen (Erledigungen) durch die Gerichte zu stellen und zu beantworten: „Flüchten oder Stand halten“

- Die gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Führungsaufsicht bzw. Forensischen Nachsorge müssen an die an die neue Situation angepasst werden. Die Sicherstellung eines Überganges über tragfähige Auflagen gibt es gerade auch wegen der Erledigung nicht. Der Klient muss Änderungen nicht mehr von der Führungsaufsicht genehmigen lassen, er muss sie nur unverzüglich anzeigen.
- Es müssen überregionale Aufnahmen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe möglich sein, gerade wenn es darum geht, die Distanz zu einem gefährdenden Milieu zu sichern.
- Die umfassende Versorgungsverpflichtung der Behindertenhilfe inklusive ihres örtlichen oder überörtlichen Kostenträgers für Menschen, die aus dem Maßregelvollzug kommen, hat auch eine lokalpolitische Komponente. Die angemessene Unterstützung von aus dem Maßregelvollzug entlassenen Personen mit geistiger Behinderung zur Vermeidung von Rückfällen in strafbares Verhalten ist auch ein Beitrag zu Rechtssicherheit und Rechtsfrieden in der Gesellschaft. Sie unterstützt damit auch die vorbehaltlose Inklusion von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft.
- Die umfassende Versorgungsverpflichtung ohne Ausnahmen gibt politischen Rückhalt für aufnehmende Einrichtungen. Denn diese übernehmen viel Verantwortung und bekommen bei einem Rückfall in Delinquenz auch noch „Prügel“ in Form rechtlicher Auseinandersetzungen oder negativen Berichten in der Presse.

Es bleibt aber: Letztlich helfen kann man nur dem, der will. Pädagogische Interventionen haben auch ihre Grenzen.

Literatur

- HOLLWEG, M. (2016) Vortrag auf der 32. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie. Eickelborn 01.03.2017–03.03.2017.
- JEUSCHEDE, H. (2010): KURS NRW. Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern in Nordrhein-Westfalen. (<https://www.bdk.de/lv/nordrhein-westfalen/bv/koeln/blickpunkt/blickpunkt-3-2010/kurs-nrw>)
- STEINBÖCK, H. (2016): Neujustierung des Maßregelvollzugs – zwischen Freiheitsrechten und Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft, Pabst Science Publishers, Lengerich

Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen bei der Begleitung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen im Anschluss an den Maßregelvollzug

Ramona Strohm

Diagnostische Fehlbewertungen

Seit dem Jahr 2003 hat sich das AMEOS Klinikum für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Ueckermünde ausgehend von einem ersten Patienten, der erst in der hiesigen Klinik als solcher identifiziert wurde, intensiv mit autistischen Störungen beschäftigt und abweichend von einem integrativen Behandlungskonzept, den Pflegedienst, die Therapeuten und Co-Therapeuten einer kleinen Wohngruppe in der Behandlung von autistischen Störungen geschult.

Trotz vielfacher Vorbehandlungen im Versorgungssystem der Psychiatrie, Betreuungen in Eingliederungsinstitutionen und mindestens einem Vorgutachten wurden bis auf eine Ausnahme bei allen 6 erwachsenen jungen Männern die typischen Kernsymptome der tiefgreifenden Kommunikations- und Interaktionsstörungen wie auch die Spezialinteressen und rigiden stereotypen Verhaltensmuster diagnostisch fehlgedeutet. Bei 4 Patienten war nach DSM-V eine Autismus-Spektrum-Störung (nachfolgend ASS genannt) mit leichter intellektueller Beeinträchtigung an der Grenze zur Normbegabung zu diagnostizieren.

Delinquentes Verhalten

Bei den jungen Männern unserer Klinik trat jeweils im Zusammenhang mit einer Zunahme der sozialen und kommunikativen Anforderungen in Schwellensituationen und/oder bei Veränderungen des sozialen Kontextes gravierendes aggressives Verhalten in Form von Gewaltdelinquenz, Brandstiftungen, Sachbeschädigungen und sexueller Übergriffe auf.

Das Ausmaß der Aggressivität korrelierte bei unseren 6 Patienten stärker mit der Schwere der sozialen Beeinträchtigungen und dem Ausmaß der repetitiven Verhaltensweisen und weniger mit niedrigem IQ und Sprachdefiziten.

Behandlung im Maßregelvollzug

Auch wenn nach aktuellen internationalen Studien (YOUNG JI & FINDLING 2015), die mit unseren Erfahrungen übereinstimmen, sich besonders die

atypischen Neuroleptika Risperidon und Aripiprazol zur Minderung von Erregung, Hyperaktivität, Aggressionen und Wutanfällen sowie Methylphenhidat und Atomoxetin zur Reduzierung einer komorbiden ADHS Problematik bewährt haben, existiert bislang keine effiziente medikamentöse Therapie der Kernsymptome autistischer Störungen. Wegen der individuell sehr unterschiedlichen Ansprechbarkeit der Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen muss die medikamentöse Einstellung auch unter dem Druck einer hohen Gewaltbereitschaft besonders vorsichtig und langsam erfolgen. (POUSTKA et al. 2011)

Ausnahmslos zeigten alle unsere Patienten nach Aufnahme für circa 2 Jahre intermittierend eine Zunahme problematischer Verhaltensweisen. Ein Patient mit hochfrequent schwersten Aggressionen wurde in unserer Klinik aufgenommen, nachdem er in einer anderen Klinik in der Therapie nicht mehr führbar war, weil er unvorhersehbar gewalttätige Übergriffe gegen Mitpatienten und Personal ausführte.

Unter konsequenter und extrem personalaufwändiger Soziumilieu- und Psychotherapie mittels spezifischer verhaltenstherapeutischer Interventionen tritt nach unseren bisherigen Erfahrungen spätestens im 2. Behandlungsjahr eine Verbesserung mit phasenweisen Rückschritten ein.

Durch sozial störende repetitive Verhaltensweisen und scheinbar unvermittelt unberechenbare Impulsdurchbrüche ist das Pflegepersonal in der Anfangsphase der Behandlung im Wohngruppenalltag sehr hohen Belastungen ausgesetzt.

Auf der Basis einer funktionalen Bedingungsanalyse zur Identifizierung von Motivationsproblemen und individuellen Verstärkern werden verhaltenstherapeutische Module und Maßnahmen (z. B. TEACCH und Freiburger Autismus spezifisches Konzept für Erwachsene; EBERT et al. 2013) eingesetzt. Der Einsatz moderner Videotechnik hat sich in unserer Klinik nicht nur zur Schulung der Mitarbeiter, sondern auch zur Feinabstimmung der therapeutischen Interventionen und zur Fehlerkorrektur als außerordentlich nützlich erwiesen.

Wie bei allen Patienten in der Forensischen Psychiatrie wird zudem eine *individuelle Delinquenztheorie* (DAHLE 2005) erstellt. Davon können dann präventive und Deeskalationsstrategien sowie für den Patienten berechenbare Sanktionen und Konsequenzen zum Aufbau von alternativem Verhalten und zur Entlastung und Stressreduktion abgeleitet und implementiert werden.

Überleitung und Rehabilitationsplanung

Ist der Patient stabilisiert und sind die sozial störenden und delikt-nahen Verhaltensweisen ausreichend minimiert, wird unter Einbeziehung der

Forensischen Ambulanz nach einer geeigneten Rehabilitationsperspektive gesucht.

Nach unserer Erfahrung ist es derzeit einfacher, Sexualdelinquenten als einen autistischen Patienten zu rehabilitieren. Die wenigen spezifischen Wohnprojekte für erwachsene Menschen mit ASS setzen meist einen hohen Grad der Selbständigkeit voraus. Rehabilitations- und damit auch Entlassungshindernisse bestehen dahingehend, dass es kaum spezialisierte stationäre Einrichtungen der Eingliederung für erwachsene, leicht geistig behinderter Menschen mit ASS, die trotz fehlender Pflegestufe einen sehr hohen Betreuungsbedarf haben, gibt.

Um Leere und Langeweile zu vermeiden, die rasch in maladaptive Stereotypen und deliktne Verhaltensweisen münden können, muss zudem eine Eingliederung in eine Werkstatt für behinderte Menschen oder eine andere geeignete Tätigkeit erfolgen und auch in diesem Bereich ein Verständnis für die Besonderheiten der autistischen Person geweckt werden.

Noch vor Beginn der Beurlaubung wird die Eingliederungseinrichtung an wesentlichen Schritten der Rehabilitationsplanung in Form von *Rehabilitationsfallkonferenzen* und Absprachen mit dem Rechtsbetreuer des Patienten beteiligt. Die *Strukturpläne* des Patienten werden an die Bedingungen der avisierten komplementären Institution angepasst. Zudem wird die Nachsorgeeinrichtung über zu erwartende Auflagen und strafbewehrte Weisungen der Führungsaufsicht und Bewährungshilfe und den *Behandlungsvertrag*, den die Forensische Ambulanz mit dem Patienten und potentiellen Bewohner abschließt, informiert.

Ein *Beurlaubungsdokument* enthält in komprimierter Form alle relevanten Informationen und Kontaktdaten, einschließlich einer 24h-Notrufnummer der Forensischen Klinik.

Anforderungen an Einrichtungen und Dienste

Worauf sich die Einrichtung einstellen sollte

Die Mitarbeiter müssen sich, sofern nicht bereits ohnehin darauf spezialisiert, mit wesentlichen Grundlagen der autistischen Störungen, dem Einzelfall sowie Möglichkeiten und Grenzen der Beziehungsinteraktionen vertraut machen.

Übliche *pädagogische Lernstrategien mit Übertragung des Gelernten auf neue Situationen funktionieren nicht*. Aber der detailversessene, zwanghaft konkretistische Mensch mit ASS überrascht mit erstaunlichen Leistungen, wenn man sich auf seine Wahrnehmungs- und Verständnismöglichkeiten einlässt und geduldig nach motivationalen Lösungen sucht.

Ein konsequentes und genaues Durchhalten der vorab auf die Bedingungen der Einrichtung angepassten Tagesstruktur muss durch alle Mitarbeiter, nicht nur die Bezugsbetreuer, gewährleistet werden.

Die sonst übliche schrittweise Beurlaubung ist bei Menschen mit ASS wegen der dadurch bedingten wiederholten Wechsel des Settings nicht sinnvoll. Umstellungsschwierigkeiten können in den ersten 1-3 Wochen des Probewohnens dadurch kompensiert werden, dass der autistische Bewohner fortwährend zusätzlich durch einen geeigneten Mitarbeiter des Pflegedienstes oder Co-Therapeuten der Forensischen Klinik im Alltag der Eingliederungseinrichtung und am Arbeitsplatz flankiert wird. Längerfristig sind anfangs häufiger Fallkonferenzen zur Analyse auffälligen Verhaltens erforderlich.

Besonderheiten und Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit ASS

Die *räumlichen Bedingungen* müssen den Bedürfnissen der autistischen Patienten nach Reizabschirmung und Rückzugsmöglichkeiten angepasst werden, weswegen bei Bewohnern mit ASS optisch wie auch akustisch reizarm gestaltete Einzelzimmer unabdingbar sind.

Personelle Wechsel, Differenzen und Missstimmung im Team werden von den Patienten sehr schlecht verkraftet.

Aus therapeutischen und pädagogisch-erzieherischen *Fehlinterpretationen* resultieren meist falsche motivationale Anreize mit prompt einsetzendem problematischem Verhalten. Letzteres wird auch durch *ungenügendes Einhalten der minutiösen Tagesstruktur und mangelnde Durchsetzung von Grenzen* verstärkt.

Seitens des Bewohners erschwert und verzögert ein sehr geringes Funktionsniveau die Integration erheblich. Motivationseinbrüche, Leerlauf, Langeweile, wechselnde und maßlose Bedürfnislagen aber auch „herausforderndes Verhalten“ als inadäquate Kontaktversuche können Verschlechterungen bedingen.

Fazit

Die Erfahrungen des Ueckermünder Klinikums für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie wie auch neuere Studien (MOURIDSON 2012) legen nahe, dass Psychiater und Psychologen trotz tendenziell steigender Diagnosestellung Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter haben.

Es existieren wirksame psychotherapeutische Behandlungsprogramme, deren individualisierte und auf Deliktvermeidung fokussierte Anwendung eine

nachhaltig verbesserte Legalprognose garantiert. Unterstützend haben sich insbesondere die atypischen Neuroleptika Risperidon und Aripiprazol bewährt, auch wenn eine medikamentöse Therapie der Kernsymptomatik bislang nicht existiert.

Mittels einer guten Vernetzung und ausschließlich aufsuchender Unterstützung durch die Maßregelklinik und die Forensische Ambulanz in der Überleitungsphase, während der Probebeurlaubung und nach der Entlassung ist eine Versorgung von ehemals forensischen Patienten mit ASS sowohl in spezialisierte Einrichtungen, als auch in solche mit keinen oder geringen Vorerfahrungen möglich.

Die Eingliederung autistischer Patienten mit leichten Intelligenzminderungen, die schwere Straftaten begangen haben, stellt für die Betreuungsteams eine enorme Herausforderung dar und ist mit erhöhtem Personalbedarf verbunden. Zu beklagen ist, dass für die relativ kleine, jedoch besonders aufwändige Gruppe sowohl für die Behandlung im Maßregelvollzug als auch bezüglich der Nachsorge nach der Entlassung keine angemessenen Finanzierungskonzepte der zuständigen Kostenträger existieren.

Literatur

- DAHLE, K.-P. (2005): Psychologische Begutachtung zur Kriminalprognose. In: KRÖBER, H.-L., STELLER, M. (Hrsg.): Psychologische Begutachtung in Strafverfahren. Indikationen, Methoden und Qualitätsstandards S. 153-159
- EBERT, D., FANGMEIER, T., LICHTBLAU, A., PETRES J., BISCALDI, M., TEBARTZ VAN ELST, L. (2011): Asperger Autismus bei Erwachsenen-Ein Therapiemanual. Hogrefe, Göttingen
- MOURIDSON, S. E. (2012): Current status of research on autism spectrum disorders and offending. Research in Autism Spectrum Disorders Vol 6, 79-86
- POUSTKA, L., BANATSCHEWSKI, T., POUSTKA, F. (2011): Psychopharmakologie autistischer Störungen. Nervenarzt 82, 582-589
- YOUNG, J. I. N., FINDLING, R. (2015): An Update on Pharmacotherapie for Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. Current Opinion Psychiatry 28, 91-101

Anforderungen an die Kooperation zwischen forensischer Nachsorge sowie Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Tatjana Voß & Vera Schneider-Njepel

Einleitung

Die rechtlichen Grundlagen zur forensischen Nachsorge von Menschen unter Führungsaufsicht bzw. Entlassenen aus dem Maß- und Strafvollzug, die schwerwiegende Straftaten begangen haben, sind klar geregelt (FREESE 2010). Eine Behandlung in einer forensischen Ambulanz unter Führungsaufsicht unterscheidet sich von der regulären Behandlung in einer psychiatrischen Ambulanz oder nervenärztlichen Praxis auf dem Boden der gesetzlichen Krankenkasse. Sie ist gesetzlich verankert im Rahmen der Führungsaufsicht, die eine „*Maßregel der Besserung und Sicherung ohne Freiheitsentzug*“ darstellt. Die Möglichkeit, einen Menschen zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu verpflichten, wurde 2007 im reformierten § 68 StGB gesetzlich festgelegt.⁷ Demnach kann eine Person aus dem Maßregelvollzug auf Bewährung entlassen werden, wenn er der Auflage zustimmt, sich danach psychiatrisch-psychotherapeutisch sowie soziotherapeutisch vorzustellen und weiter behandeln zu lassen. Der Gesetzestext sieht vor, dass die forensische Ambulanz einer verurteilten Person nach der Entlassung aus dem Vollzug einerseits „*helfend und betreuend*“ zur Seite steht, andererseits jedoch auch das Verhalten und die Erfüllung erteilter Weisungen überwacht (§ 68a StGB). Forensische Nachsorge bzw. Rehabilitation ist also durch den aktiven Einbezug eines rechtlichen Rahmens gekennzeichnet und erfordert in diesem Zusammenhang neben der Betreuung und Behandlung des entlassenen Straftäters auch eine kontinuierliche kriminalprognostische Beurteilung seines Verhaltens.

Die Behandlung bzw. Betreuung in einer forensischen Ambulanz bezeichnet man auch als forensische Rehabilitation. Hier sind derzeit drei Behandlungskonzepte von klinischer Relevanz. Neben dem risikobezogenen Ansatz (ANDREWS & BONTA 2010) und dem störungsbezogenen Modell (McCANN et al. 2007) findet seit einigen Jahren ein Konzept der positiven Psychologie aus Neuseeland viel Beachtung, das sogenannte *Good Lives Model*

⁷ „Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung“ (BGBl I, S. 513)

(GLM) (YATES & PRESCOTT 2011). Darin heißt es, dass Menschen straffällig werden, wenn wertvolle Güter in ihrem Leben nicht berücksichtigt werden; dies spielt vor allem auch bei der Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderung eine besondere Rolle (WILLIS et al. 2012; BARNAO 2013). Die Sicherstellung eines guten Lebens unter Beachtung des Rückfallrisikos sowie Berücksichtigung fachärztlicher Behandlung etwaiger psychischer Störungen wie Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Paraphilien und Suchterkrankungen ist somit der übliche forensische Rahmen, in dem die Behandlung – auch von geistig behinderten Straftätern – in entsprechenden Ambulanzen stattfindet (LINDSAY et al. 2013). Auch die Berliner Forensisch-Therapeutische Ambulanz (FTA) der Charité arbeitet an dieser Schnittstelle zwischen Maßregelvollzug bzw. Strafvollzug und Eingliederungshilfe.

Straftäter mit Intelligenzminderung

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung geht es sehr häufig um die Integration und praktische Umsetzung verschiedener Sichtweisen und Ansätze aus den Fachbereichen der Heilpädagogik und der Psychiatrie/Psychotherapie. Soll es darum gehen, zu begrenzen oder zu unterstützen, zu fördern oder zu fordern, Medikamente zu verabreichen oder Verhalten zu analysieren? In der forensischen Rehabilitation kommen zudem die Erkenntnisse aus dem Fachgebiet der Kriminologie hinzu: Wann werden Menschen straffällig und warum? Hier stellt sich dann die Frage, ob kriminologische Konzepte ohne weiteres auf Menschen mit geistiger Behinderung übertragbar sind.

Straftaten von Menschen mit Intelligenzminderung lassen sich besser verstehen, wenn Kriminalitätskonzepte mit entwicklungspsychologischer Perspektive herangezogen werden. Das Jugendalter wird hier als eine labile Übergangsphase mit Krisen und psychischem Aufruhr beschrieben, als kritischer Wendepunkt zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Aus entwicklungspsychologischer Sicht geht die Adoleszenz mit einer Orientierungskrise einher, bei der einerseits bisherige Handlungsmaximen destabilisiert und andererseits neue stabile Handlungskonzepte aufgebaut werden müssen. In dieser Phase von Desorientierung und Loslösung aus vertrauten Beziehungen entstehe ein allgemeines Risikomoment, wodurch abweichendes Verhalten und Kriminalität des Jugendlichen, z. B. als Protestreaktion auf Anpassungserwartungen, begünstigt werde (OERTER & MONTADA 2002). Der weitere Verlauf einer kriminellen Karriere werde dann von einem Interaktionsprozess bestimmt, in dem spezifische Risiko- und Schutzfaktoren der betreffenden Person, die Eigendynamik der bisherigen

Delinquenz sowie die Art und Dynamik der gesellschaftlichen Reaktion ineinandergreifen (ebd.).

Kriminalität ist als ein multifaktorielles, komplexes Phänomen anzusehen. Menschen werden häufiger straffällig, wenn sie jung sind, männlich sind, einen niedrigen sozialen Status besitzen, suchtkrank und/oder psychisch krank sind. Straftäter kommen häufig aus niedrigen sozialen Schichten, leben von Kindheit an oft am Rande der Gesellschaft, sind desintegriert oder wachsen in gewalttätigen, vernachlässigenden familiären Bezügen auf. Insgesamt haben sie ein erhöhtes Risiko sowohl für psychische Erkrankungen als auch für kriminelle Entwicklungen (z. B. SCHNEIDER 2013).

Dieselben Risikofaktoren gelten auch für geistig behinderte Straftäter: junges Alter, männliches Geschlecht, erhebliche psychosoziale Belastungen in Kindheit und Jugend wie Erfahrungen von Gewalttätigkeit, Straffälligkeit der Eltern, Suchterkrankung und Inkonstanz von Bezugspersonen, frühe Heimunterbringung und/oder psychiatrische Komorbiditäten (SALEKIN et al. 2010; TORR 2008). Straftäter mit Intelligenzminderung fallen frühzeitig auf durch Verhaltensprobleme und eine verminderte Fähigkeit, in Arbeit, Tagesstruktur oder Beschäftigung zu kommen; der Eingliederungshilfe und dem Hilfesystem, also Erziehungsberatungsstellen, psychologischen Diensten, der Familienhilfe und dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, sind sie in der Regel früh bekannt (LINDSAY 2011). Hinzu kommen psychische Probleme, die Menschen mit Intelligenzminderung insgesamt zu einer vulnerablen Risikopopulation machen: eine hohe Bedürfnisspannung mit geringer Flexibilität bei der Bedürfnislenkung und beschränkte Möglichkeiten, Bedürfnisse auf sozial zulässige Art zu befriedigen (WHEELER et al. 2013) sowie eine geringe Umstellungsfähigkeit aufgrund kognitiver Einschränkungen und ein mangelhafter Überblick über den Zusammenhang von Handlungsfolgen (SALEKIN et al. 2010). Vor allem aber besteht bei den Betroffenen in der Regel eine geringe Problemlösekompetenz, die mit der sozioemotionalen Reife korreliert. Straffälliges Verhalten von Menschen mit Intelligenzentwicklungsstörungen lässt sich damit auch verstehen als Folge ihrer verminderten Fähigkeit zu sozial erlaubtem Verhalten, ihrer reduzierten Impulskontrolle, geringen Kenntnis von Zusammenhängen und eingeschränkter Möglichkeit, ein sozial akzeptables Leben zu führen (COCKRAM 2000; LINDSAY et al. 2004). Die beiden wichtigsten Säulen in der Straftäterrehabilitation von Menschen mit Intelligenzminderung sind – wie bei nicht intelligenzgeminderten Straftätern auch – Arbeit und Wohnung (THE ARC'S NATIONAL CENTER ON CRIMINAL JUSTICE AND DISABILITY 2015).

Während Menschen mit Intelligenzminderung in früheren Jahren aufgrund einer stärkeren Kontrolle durch Institutionen und damit eingeschränkter Möglichkeit, überhaupt Straftaten zu begehen, weniger häufig im System der

Strafverfolgung in Erscheinung traten, eröffneten sich mit der Enthospitalisierung und Inklusion auch für diese Personengruppe vermehrt Gelegenheiten, Straftaten zu begehen (COCKRAM 2000; JOHNSON 2008). Heute geht man davon aus, dass Menschen mit geistiger Behinderung im System der Strafversorgung überrepräsentiert sind (SEIFERT & LEYGRAF 1997). So sollen bis zu 10 % der Straftäter im deutschen Maßregelvollzug komorbide an einer Intelligenzminderung leiden.

Aktuelle Studien zeigen, dass sich Straftäter mit Intelligenzminderung zwei verschiedenen Gruppen zuordnen lassen (FARRINGTON 2000). Auf der einen Seite gibt es die geistig behinderten Straftäter, die in der Eingliederungshilfe nie auftauchen und die – im Obdachlosenbereich unversorgt und unbehandelt – dann im Maßregelvollzug oder Strafvollzug möglicherweise zum ersten Mal richtig eingeschätzt und betreut werden. Es sind Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung und gravierender sozialer Benachteiligung durch eine kriminelle Belastung in der Herkunftsfamilie, die in der Eingliederungshilfe nicht bekannt werden, dafür aber in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Störung des Sozialverhaltens auffällig werden. Es handelt sich in der Regel um sogenannte *Early Starter*, heimatlos, mit wechselnder Heimunterbringung, Substanzmissbrauch und familiärer Dysfunktion. Zur zweiten Gruppe gehören Patienten mit schweren Verhaltensauffälligkeiten im System der Eingliederungshilfe, deren zum Teil schweren Delikte aufgrund einer hohen Toleranz in der Institution mitgetragen werden, ohne dass begleitend eine spezifisch forensisch-psychiatrische Betreuung erfolgt.

Lebenszufriedenheit bei Straftätern mit Intelligenzminderung

Eine Studie von WHEELER et al. (2013) befasst sich mit der Untersuchung kontextueller Faktoren und deren möglichen Einflüssen auf straffälliges Verhalten geistig behinderter Menschen. Die Autoren weisen darauf hin, dass in den vergangenen Jahren die historischen, personalen Faktoren bei Menschen mit Intelligenzminderung große Beachtung fanden, jedoch dynamische, situative Faktoren wie Stress, Über- und Unterforderung vernachlässigt wurden – obwohl diesen sowohl für die Prognose bei Straftätern allgemein als auch bei Straftätern mit Intelligenzminderung eine entscheidende Bedeutung zukommt (vgl. auch LOFTHOUSE et al. 2014). WHEELER et al. (2013) verweisen dabei auf die bekannte kriminologische Theorie von HIRSCHI (1969), welcher die Ansicht vertrat, dass Menschen grundsätzlich aus Eigeninteresse handeln und daher von Natur aus zu kriminellen Handeln neigen. Lediglich das Ausmaß an sozialer Kontrolle und die Dichte des Geflechts sozialer Bindungen (*Social Bonds*) könne verhindern, dass Menschen stehlen, lügen, rauben,

brandschatzen, vergewaltigen etc. Soziale Bindungen werden von HIRSCHI als Bindung an die Familie beschrieben, als positive Bewertung sozialer Normen, Einbindung in Aktivitäten sowie die Überzeugung, dass diese Dinge wichtig und erstrebenswert sind. Nach seiner Theorie begehen vor allem diejenigen Menschen weniger Straftaten, bei denen diese vier Elemente auch untereinander stark verbunden sind: Familie, Institutionen, persönliche Ziele und die Einbindung in Arbeit oder Beschäftigung.

WHEELER et al. (2013) haben verschiedene Selbstbeurteilungsbögen bei Menschen mit geistiger Behinderung angewandt, um herauszufinden, wie stark sich diese einerseits eingebunden und andererseits durch ihre Lebenssituation belastet und gestresst fühlen. In ihrer Studie verwendeten sie u. a. auch den *Personal Wellbeing Index ID* (CUMMINS & LAU 2005). Dieser Fragebogen erfasst, wie glücklich sich Menschen mit geistiger Behinderung fühlen, und zwar hinsichtlich der Dinge, die sie besitzen, ihrer Gesundheit, Dingen, die sie tun oder lernen, Umgang mit anderen Menschen und dem Gefühl von Sicherheit. Abschließend wird hier eine Frage nach der Zukunftsorientierung und den Zukunftserwartungen gestellt.

Im Vergleich von 27 geistig behinderten Straftätern und 19 Menschen mit Intelligenzminderung, die keine Straftat begangen hatten, stellten sie in der Tat fest, dass Straftäter zum Zeitpunkt des jeweiligen Delikts weniger zufrieden mit ihren Lebensumständen waren und insbesondere eine allgemeine Lebensunzufriedenheit angaben. Wheeler et al. betonen, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine besonders verletzliche Risikopopulation darstellen. Sie seien überdurchschnittlich belastet, da sie grundsätzlich einem erhöhten Stressrisiko ausgesetzt seien. Sie hätten durchgängig nicht die Möglichkeit, Ziele wie Geld, Partnerschaft, Status oder Autorität zu erreichen. Beim Verlust positiver Stimuli wie Elternhaus oder Partnerschaft und bei dauerhaftem Einwirken aversiver Stimuli, z. B. in einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe, komme es zu einer geringeren sozialen Kontrolle, zur sozialen Exklusion und damit zu einer messbar verminderten Lebenszufriedenheit (*Quality of Life, QoL*; Ager 2002). Damit Menschen mit Intelligenzminderung ein befriedigendes Leben führen können, müssen Dienste der Eingliederungshilfe sie unterstützen bzw. die notwendige Unterstützung sicherstellen (THE ARC'S NATIONAL CENTER ON CRIMINAL JUSTICE AND DISABILITY 2015).

Straftäter mit Intelligenzminderung in der forensisch-therapeutischen Nachsorge in Berlin

In den vergangenen fünf Jahren wurden insgesamt 13 verurteilte Straftäter mit einem IQ unter 70 in der Forensisch-Therapeutischen Ambulanz in Berlin

betreut. Die meisten waren Missbrauchstäter, je hälftig aus dem Strafvollzug und dem Maßregelvollzug, und über die Hälfte war einschlägig vorbestraft. Das durchschnittliche Alter betrug bei Behandlungsbeginn 41 Jahre, die durchschnittliche Haft- oder Unterbringungsdauer 71 Monate, also knapp 6 Jahre, mit einem Spitzenreiter von 216 Monaten, also fast 20 Jahren. Der überwiegende Anteil der Patienten hatte eine leichte Intelligenzminderung und bei allen bestanden psychiatrische Komorbiditäten einschließlich behandlungsbedürftiger Verhaltensauffälligkeiten. Die medikamentöse Behandlung umfasste das gesamte Spektrum antiaggressiver und antilibidinöser Medikation. Die Risikoeinschätzung bei den aus dem Maßregelvollzug entlassenen Straftätern ergab ein moderat niedriges Rückfallrisiko (anderenfalls wäre eine Entlassung auch nicht möglich gewesen).

Hinsichtlich der *Wohnsituation* zum Zeitpunkt des Delikts war festzustellen, dass nur 2 von den 13 betreuten Patienten in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe integriert waren und ebenfalls nur 2 Personen, vermutlich dieselben, in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Alle anderen waren ohne adäquate Wohn- oder Berufsbetreuung. Das Alter der Straftäter zum Tatzeitpunkt betrug im Durchschnitt 27 Jahre.

Ein vergleichbar entmutigendes Bild ergab sich aus der Frage nach der sozialen Eingliederung im Sinne von HIRSCHI. Hiernach lag bei 7 von 13 Patienten keine soziale Unterstützung vor, 11 von 13 kamen aus einer hochbelasteten Herkunftsfamilie und 7 von 13 wiesen zum Tatzeitpunkt keine psychosoziale Begleitung auf. Partnerschaften und sexuelle Kontakte bestanden zum Zeitpunkt der Delikte ebenso wenig wie eine strukturierte Freizeitbetreuung. So konnte es offenbar auch ohne weitere kritische Lebensereignisse zum jeweiligen Delikt kommen.

Interessant ist in diesem Kontext die unterschiedliche Einschätzung der *Lebenszufriedenheit* aus Sicht der Therapeuten einerseits und der Patienten andererseits. Nach Angabe Letzterer waren 9 von 13 zufrieden mit ihrer Lebenssituation, wohingegen 10 von 13 Therapeuten die Lebenssituation ihrer Patienten als unbefriedigend einschätzten.

Anforderungen an die Kooperation zwischen forensischer Nachsorge sowie Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Vor allem laut angloamerikanischer Literatur sei die forensische Nachsorge von Straftätern mit Intelligenzminderung „einfach“. Es bedürfe lediglich einer guten gemeindepsychiatrischen Einbettung, einer erfolgreichen Eingliederung in Wohnen und Arbeit sowie einer ausreichenden Arbeit am positiven Selbstbild.

Ressourcenorientierte integrative Ansätze seien dabei eindeutig erfolgsversprechender als ein defizitorientierter Fokus mit dem Ziel, problematische Verhaltensweisen zu unterdrücken (THE ARC'S NATIONAL CENTER ON CRIMINAL JUSTICE AND DISABILITY 2015). Erfolgreiche Behandlungsprogramme fokussierten auf die Ansprechbarkeit und Fähigkeit von geistig behinderten Menschen, zu lernen und sozioemotional nachzureifen, unter Berücksichtigung ihrer eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und aktive Einbeziehung der Lebensumstände. Soweit die Theorie.

Im Alltag der forensisch-therapeutischen Nachsorge ist hingegen bei der Integration von Menschen mit Intelligenzminderung in die Eingliederungshilfe mit einer Reihe ungünstiger Faktoren zu rechnen (THE ARC'S NATIONAL CENTER ON CRIMINAL JUSTICE AND DISABILITY 2015):

1. Menschen mit Intelligenzminderung verhalten sich in sozialen Situationen meist nicht angemessen und erst recht nicht altersentsprechend
2. Sie sind leicht manipulierbar
3. Sie handeln impulsiv und verstehen die Konsequenzen ihrer Taten nicht
4. Sie verstehen die Folgen einer Verurteilung nicht
5. Sie haben einen verminderten Zugang zu prosozialen Freizeitaktivitäten bzw. einer prosozialen Peer Group

Betreuende Teams benötigen Supervision, um bei ihren Patienten nachvollziehen zu können, wie vermehrter innerer Stress in verschiedenen Lebensumständen wie Arbeit, Wohnen und Freizeit zutage treten kann. Auch interne Faktoren wie körperliche Gesundheit, Schwierigkeiten bei der Mitarbeit, fehlende Medikation oder Tagesschwankungen müssen bei der ganzheitlichen Betrachtung von intelligenzgeminderten Straftätern berücksichtigt werden. Ohne eine entsprechende Unterstützung durch die Eingliederungshilfe haben Menschen mit Intelligenzminderung schlechte Voraussetzungen, Weisungen einzuhalten, therapeutische Empfehlungen umzusetzen, Tages- und Motivationsschwankungen zu überwinden und erfolgreich mitzuarbeiten. Gelingen oder Misslingen forensischer Rehabilitation wird daher maßgeblich von der betreuenden Einrichtung mitgestaltet.

Fazit

Zusammenfassend gibt es inzwischen einige erfolgsversprechende Ansätze zur forensischen Rehabilitation von Straftätern mit Intelligenzminderung nach Haft oder Maßregelvollzug. Damit dies erfolgreich gelingen kann, bedarf es eines gut gestalteten Übergangs in die Einrichtungen der Eingliederungshilfe und einer verlässlichen Kooperation mit den Institutionen der forensischen Nachsorge.

Für eine gute Prognose sind die Integration in eine Wohngruppe und eine externe Tagesstrukturierung von entscheidender Bedeutung.

Die Kooperation an der Schnittstelle Nachsorge und Eingliederungshilfe gelingt umso besser

- je geringer bei den Betroffenen das Ausmaß an psychiatrischen Komorbiditäten, insbesondere Persönlichkeitsstörungen, ist,
- je zuverlässiger und verbindlicher die gegenseitige Kommunikation gelingt (E-Mails, Telefonate, Fallbesprechungen, Intervisionen), und
- je größer die Bereitschaft der Einrichtungen ist, sich auf forensisch-psychotherapeutische Behandlungselemente einzulassen, z. B. erwünschtes Verhalten bei den Betroffenen zu verstärken und damit deren Lebenszufriedenheit zu verbessern.

Literatur

- AGER, A. (2002): 'Quality of Life' assessment in critical context. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15, 369-376
- ANDREWS, D. A., BONTA, J. (2010): *The psychology of criminal conduct*. 4thed. Anderson, Newark
- BARNAO, M. (2013): The Good Lives Model tool kit for mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Practice* 15, 157-170
- BUNDESGESETZBLATT (2007): Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung. Jahrgang 2007, Teil I, Nr. 13, ausgegeben zu Bonn am 13.04.2007
- COCKRAM, J. (2002): Justice or differential treatment? Adult offenders with an intellectual disability. In: *The Criminal Justice System. Research*. (<http://ro.ecu.edu.au/theses/1532>).
- CUMMINS, R. A., LAU, A. L. D (2005): *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability (English)*. 3rd ed. Manual. Deakin University, Melbourne
- FARRINGTON, D.P. (2000): Psychosocial causes of offending. In: GELDER, M. G., LOPEZ-IBOR, J. J., ANDREASEN, N. (eds.): *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Vol. 2. Oxford University Press, Oxford, pp. 2029-2036
- FREESE, R. (2010): Nachsorge ehemals strafgerichtlich untergebrachter Menschen in Deutschland – formale Strukturen, Inhalte und Überlegungen. In: HAHN, G., STIEHLS-GLENN, M. (Hrsg.): *Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention*, Psychiatrie Verlag, Bonn, S. 126-149
- HIRSCHI, T. (1969): *Causes of delinquency*. University of California Press, Berkeley
- JOHNSON, P. R. (2008): Sexual offences of men with intellectual disabilities: a view from private practice. *Journal on Developmental Disabilities* 14 (2), 79-82
- LINDSAY, W. R. (2011): People with intellectual disability who offend or are involved with the criminal justice system. *Current Opinion in Psychiatry* 24 (5), 377-381
- LINDSAY, W. R., HOLLAND, A. J., CARSON, D., TAXLOR, J. L., BRIEN, G. O., STEPTOE, L., WHEELER, J. (2013): Responsivity to criminogenic need in forensic intellectual disability services. *Journal of Intellectual Disability Research* 57 (2), 172-181
- LINDSAY, W. R., STURMEY, P., TAYLOR, J. (2004): Natural history and theories of offending in people with developmental disabilities. In: LINDSAY, W. R., TAYLOR, J., STURMEY, P. (eds.): *Offenders with developmental disabilities*, Wiley, Chichester, p. 3-21

- LOFTHOUSE, R. E., TOTSIKA, V., HASTINGS, R. P., HOGUE, T. E., TAYLOR, J. L. (2014): How do static and dynamic risk factors work together to predict violent behavior among offenders with an intellectual disability? *Journal of Intellectual Disability Research* 58 (2), 125-133
- McCANN, R., IVANOFF, A., SCHMIDT, H., BRADLEY, B. (2007): Dialectical behavior therapy in residential forensic settings with adults and juveniles. In: DIMEFF, L., KOERNER, K. (eds.): *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. Guilford Press, New York, pp. 112-144
- OERTER, R., MONTADA, L. (2002): *Entwicklungspsychologie*. 5. Aufl. Beltz, Weinheim
- SALEKIN, K. L., OLLEY, J. G., HEDGE, K. A. (2010): Offenders with intellectual disability. Characteristics, prevalence, and issues in forensic assessment. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 3, 97-116
- SCHNEIDER, H. J. (2014): Grundlagen der internationalen Kriminologie. In: SCHNEIDER, H. J. (Hrsg.) (2014): *Kriminologie. Ein internationales Handbuch*. Bd. 1: Grundlagen. De Gruyter, Berlin/Boston, S. 153-182
- SEIFERT, D., LEYGRAF, N. (1997): Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Psychiatrische Praxis* 24, 237-244
- THE ARC'S NATIONAL CENTER ON CRIMINAL JUSTICE AND DISABILITY (NCCJD) (2015): *Sex offenders with intellectual/developmental disabilities*. The Arc, Washington D. C.
- TORR, J. (2008): Personality disorder and offending in people with learning disabilities. *Pavilion Journals* 2 (1), 4-10
- WHEELER, J. R., CLARE, I. C. H., HOLLAND, A. (2013): Offending by people with intellectual disabilities in community settings: a preliminary examination of contextual factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 26, 370-383
- WILLIS, G. M., YATES, P. M., GANNON, T. A., WARD, T. (2012): How to integrate the good lives model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse*, 20, 1-20
- YATES, P. M., PRESCOTT, D. S. (2011): *Building a better life: a good lives and self-regulation workbook*. Safer Society Press, Brandon

Rechtliche Rahmenbedingungen in den Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Ruth Coester

Vorbemerkung

Juristinnen und Juristen haben oft die etwas undankbare Aufgabe, bei Planungen und Überlegungen die Euphorie zu bremsen und die Grenzen des rechtlich Machbaren aufzuzeigen. So ist es auch heute und in diesem Zusammenhang. Ich bin gebeten worden darzulegen, wie Rahmenbedingungen für eine Anschlussperspektive nach dem Maßregelvollzug für Menschen mit geistiger Behinderung nach geltender Rechtslage aussehen. Dieser Aufgabe komme ich gerne nach, wenngleich ich jetzt schon weiß, dass nicht alle Ausführungen dem einen oder der anderen gefallen werden, oder dass manches zwar Probleme aufzeigt, aber nicht unbedingt Lösungen bereithält.

Mein Vortrag gliedert sich in drei wesentliche Aspekte: solche des Leistungsrechts, solche des Leistungserbringungsrechts und einen Ausblick, der insbesondere die Veränderungen, die durch das BTHG möglicherweise im Raum stehen, in den Blick nimmt.

Aspekte des Leistungsrechts

Aufgabe und Grenzen der Eingliederungshilfe

Betrachtet man die Grundlagen des Leistungsrechts, die im vorliegenden Zusammenhang von Relevanz sind, geht es zunächst um die Aufgaben und Grenzen der Eingliederungshilfe. Diese sind zunächst im SGB XII zu finden, genauer im sechsten Kapitel. Zentrale Norm ist dabei § 53 SGB XII Leistungsberechtigte und Aufgabe. Hier heißt es in § 53 Abs. 1 SGB XII unter der Überschrift *Leistungsberechtigte und Aufgabe*:

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

Schon an dieser Formulierung ist unschwer zu erkennen: Der Personenkreis, um den es hier geht, ist eindeutig vom Leistungsbereich des Eingliederungshilferechts umfasst. Dies bedeutet zwar nicht, dass die Regelungen der Eingliederungshilfe in jedem Einzelfall zur Anwendung kommen, da für die individuelle Leistungsgewährung natürlich eine Reihe von Voraussetzungen vorliegen müssen; ein grundsätzlicher Zugang ist jedoch gegeben. Die Norm ist als Anspruch formuliert, so dass sich nicht die Frage stellt, *ob* die Eingliederungshilfe – und damit meine ich zu aller erst die Leistungsträger, denn sie werden durch die Norm verpflichtet – sich für diese Menschen zuständig fühlt oder fühlen möchte. Sie ist es.

Weiter bestimmt § 53 Abs. 3 SGB XII

(2) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Während Abs. 1 den Personenkreis, der grundsätzlich Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen kann, bestimmt, wird in dieser Norm die besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe hervorgehoben. Neben anderen Zielen wird die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft genannt. Dies ist nicht zufällig so, sondern zeigt, um was es der Eingliederungshilfe in ihrem Wesenskern geht. Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft beinhaltet selbstverständlich und zuvörderst auch den Aspekt des Wohnens und des gesellschaftlichen Miteinanders. Soweit also ein Mensch Leistungsberechtigter der Eingliederungshilfe nach SGB XII ist, geht es auch um diese Aspekte und damit um die Frage, in welchen Settings die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erfolgt, um das Ziel der Eingliederungshilfe, nämlich die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern, zu erreichen. Hier kommen die Einrichtungen und Dienste in den Blick, die genau dies ermöglichen sollen.

In den folgenden §§ 54 ff SGB XII in Verbindung mit den Vorschriften des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wird geregelt, wie die Erfüllung dieser Aufgabe durch konkrete Leistungen auszugestaltet ist. Hier bestimmt zum Beispiel § 55 Abs. 2 Nummer 6 SGB IX Hilfen zu selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten oder § 55 Abs. 2 Nummer 7 Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben. Dabei sind diese Leistungen, die im vorliegenden Zusammenhang besonders wichtig erscheinen und daher von mir herausgegriffen wurden, nicht

abschließend aufgeführt. Entsprechend dem im SGB XII und zukünftig auch im neuen Eingliederungshilferecht nach Bundesteilhabegesetz (BTHG) geltenden Satz der Individualisierung ist der Leistungskatalog des § 54 SGB XII nicht abschließend ausgestaltet, sondern es handelt sich um einen *offenen Leistungskatalog*. Dies bedeutet, dass auch andere als die explizit genannten Leistungen gewährt werden können und müssen, soweit sie dem individuellen Bedarf eines Leistungsberechtigten entsprechen. Ein ebenfalls in der Eingliederungshilfe elementarer Grundsatz ist das *Wunsch- und Wahlrechts* des Leistungsberechtigten, das ebenfalls stets bei der Auswahl der konkreten Leistung zu berücksichtigen ist. Ein weiterer Grundsatz der Eingliederungshilfe und der Sozialhilfe überhaupt ist der *Grundsatz der Bedarfsdeckung*. Alle diese Grundsätze gelten in der Leistungsgewährung für jeden Leistungsberechtigten, auch wenn er einen hohen oder sehr speziellen Bedarf aufweist. Der zuständige Leistungsträger ist grundsätzlich rechtlich verpflichtet, diesen Bedarf zu decken. Es gibt natürlich auch Einschränkungen des Wunsch und Wahlrechts des wie z. B. die Angemessenheit der Wohnung.

Zusammenfassend kann man also die Frage, ob Menschen mit geistiger Behinderung, die den Maßregelvollzug verlassen, einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, derart beantworten, dass eine Leistungsberechtigung gegeben ist, wenn folgende Aspekte vorliegen:

- Eine vorliegende oder eine drohende wesentliche Behinderung
- Aufgabe der Eingliederungshilfe kann erfüllt werden

Für Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug sind diese Voraussetzungen in der Regel zu bejahen. Damit ist die Eingliederungshilfe für diese Menschen zuständig. Hieraus ergibt sich ein Sicherstellungsauftrag des Leistungsträgers, d.h., der Leistungsträger der Eingliederungshilfe hat die individuelle bedarfsdeckende Leistung zur Verfügung zu stellen.

Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention

Nicht zu vergessen ist, dass ergänzend zu den bisherigen Ausführungen die *UN-Behindertenrechtskonvention* (UN-BRK) als weitere rechtliche Grundlage des Leistungsrechts heranzuziehen ist. Die UN-BRK ist seit 2009 geltendes Recht in Deutschland. Sie verpflichtet in erster Linie den Staat. Bis auf wenige Ausnahmen ergibt sich aus ihr nach herrschender juristischer Meinung kein unmittelbarer Rechtsanspruch des einzelnen Bürgers, der einzelnen Bürgerin, da es hierfür zunächst noch eines so genannten Umsetzungsaktes in nationales Recht bedarf. Die UN-BRK ist jedoch bei der Auslegung von Gesetzen zu beachten. Als wichtige Normen seien beispielhaft der Artikel 1 benannt, der als Ziel die „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft“ benennt sowie der Artikel. 12 Abs. 4, der die gleiche Anerkennung vor dem

Recht verlangt. Hierauf wurde schon detailliert von Herrn Seidel hingewiesen, so dass nähere Ausführungen an dieser Stelle unterbleiben können.

Weitere Rahmenbedingungen

Im Zusammenhang mit dem Maßregelvollzug dürfen natürlich, wenn man sich mit den rechtlichen Rahmenbedingungen beschäftigt, nicht nur diejenigen des Eingliederungshilferechts oder des Teilhaberechts in den Blick genommen werden. Von zentraler Bedeutung sind auch die Normen des Strafrechts und der Strafprozessordnung, in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung insbesondere die umfangreichen Regelungen zur Führungsaufsicht.

So bestimmt § 67 Abs. 4 StGB (Dauer der Unterbringung) *„mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird.“*

§ 67 b Abs. 2 StGB (Aussetzung zugleich mit der Anordnung) bestimmt: *„mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.“*

Fazit: Führungsaufsicht ist in der Regel angeordnet. Dies geht mit erheblichen rechtlichen Folgen einher, die in den §§ 68-68 StGB geregelt sind. Im Einzelnen sind zu nennen:

- Es gibt eine Aufsichtsstelle.
- Für die Dauer der Führungsaufsicht wird ein Bewährungshelfer bestellt.
- Es besteht ein Doppelauftrag der Bewährungshilfe zwischen Helfen und Betreuen auf der einen Seite, Überwachen des Verhaltens und der Erfüllung der Weisungen auf der anderen Seite.
- Der Bewährungshelfer untersteht den Anweisungen des Gerichts.
- Forensische Ambulanzen sind teilweise in Kontrollfunktionen einbezogen, ihre Schweigepflicht gegenüber Aufsichtsstelle, Gericht und Bewährungshelfer ist eingeschränkt.

Was bedeutet dies nun rechtlich für die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe? Klar ist, die Eingliederungshilfe hat nicht die Rolle von Bewährungshelfern, auch nicht die Rolle von forensischen Ambulanzen. Es gibt keine Rechtsgrundlage für die Einbeziehung in Kontrollfunktion. Hinzu kommt, dass gemäß § 203 StGB immer Schweigepflichten sowie auch berufsrechtliche Pflichten zu beachten sind. In Betrachtung dieser Rahmenbedingungen wird ohne weiteres deutlich, dass es hier leicht zu Rollenkonflikten kommen kann und die praktische Umsetzung der pädagogisch ausgerichteten Eingliederungshilfe im Alltag in der Arbeit mit und bei der Betreuung von Menschen im Anschluss an den Maßregelvollzug vor besondere Herausforderungen gestellt wird.

Eine weitere Herausforderung betrifft den Umgang mit bzw. die Prävention von fremdgefährdendem Verhalten. Dies stellt in der Praxis mitunter ein großes Problem für Einrichtungen und Dienste dar. Allerdings ist dies selbstverständlich kein Spezifikum allein dieses Personenkreises, gegebenenfalls gibt es hierfür jedoch eine höhere Wahrscheinlichkeit. Hier gestaltet sich oftmals problematisch, dass in diesen Fällen die betreuungsrechtliche Regelung des § 1906 BGB keine Rechtsgrundlage für die Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen gegenüber fremdgefährdendem Verhalten ist, da diese Norm nur bei – zumindest auch – Selbstgefährdung greift. Außerhalb der Rechtsgrundlagen der Psychisch-Krankengesetze der Länder (im Rahmen des Ordnungsrechts) oder der Notwehr bzw. des Notstands gibt es keine Rechtsgrundlage, die bei rein *fremdgefährdendem* Verhalten Maßnahmen gestatten würde. Auch hierauf hat Herr Seidel in seinem Beitrag bereits hingewiesen. Auch hiermit müssen Einrichtungen und Dienste umgehen.

Der Vollständigkeit halber möchte ich noch darauf hinweisen, dass sich an den rechtlichen Bedingungen und Voraussetzungen der Leistung der Eingliederungshilfe durch die kürzlich erfolgte Reform des Maßregelvollzugs nichts geändert hat. Die Anschlussperspektive nach Beendigung des Maßregelvollzugs, die in vielen Fällen, wie gezeigt, richtigerweise über die Regeln der Eingliederungshilfe zu gestalten ist, spielte und spielt bei der Debatte über den reformbedürftigen Maßregelvollzug leider keine Rolle.

Aspekte des Leistungserbringungsrechts

Auf einige Folgen für die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe und damit deren Leistungserbringer bin ich vorstehend schon eingegangen. Ich möchte nun vor allem darauf eingehen, inwieweit eine Verpflichtung der Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe zur Aufnahme von Menschen Behinderung, die den Maßregelvollzug verlassen, besteht.

In Bezug auf die UN-BRK, die in diesem Zusammenhang oftmals als Grundlage angeführt wird, ist zu sagen, dass diese wie oben bereits aufgezeigt, Leistungserbringer nicht direkt verpflichtet. Allerdings gibt es in verschiedener Hinsicht *Eigenverpflichtungen* der Leistungserbringer, die UN-BRK umzusetzen. Man kann wohl sagen, dass dies auch dem allgemeinen Selbstverständnis der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe entspricht und auch ein hohes Interesse daran besteht, an der Verwirklichung der UN BRK mitzuwirken. Mittelbar können Verpflichtungen aus der UN-BRK aus vertraglichen Beziehungen mit hoheitlichen Trägern bestehen (zum Beispiel im Zuwendungsrecht).

Eine eindeutige rechtliche Verpflichtung der Leistungserbringer besteht aus der Vertragsbeziehung mit den Leistungsträgern im sozialrechtlichen Dreieck. Hier muss die jeweilige Vertragsgestaltung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern in den Blick genommen werden, insbesondere die vertraglichen Inhalte der Leistungsvereinbarungen, da deutschlandweit in der Eingliederungshilfe eine sehr unterschiedliche Landschaft der Leistungsträger besteht. Auch die vertraglichen Inhalte der Leistungsvereinbarungen sind im bundesweiten Vergleich sehr unterschiedlich gestaltet. Somit hängt die Aufnahmepflicht eines Leistungserbringers im Einzelfall von der jeweiligen getroffenen vertraglichen Vereinbarung ab. Daher können sich Leistungserbringer zumindest vordergründig darauf berufen, im Einzelfall keine Aufnahmeverpflichtung für einen Menschen, der aus dem Maßregelvollzug entlassen wird, zu haben, wenn dieser bestimmte Herausforderungen in Bezug auf Verhalten, Personalbedarf etc. mit sich bringt, die angesichts der Konzeption und der vertraglichen Grundlagen durch den jeweiligen Leistungserbringer nicht bewältigt werden können. An dieser Stelle ist angesichts des oben Gesagten, insbesondere auch des Selbstverständnisses der in der Eingliederungshilfe tätigen Leistungserbringer, allerdings auch zu sagen, dass die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe sich perspektivisch und zunehmend diesem Personenkreis nicht werden verschließen können. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass Leistungsträger wie oben gezeigt einen Sicherstellungsauftrag für die bedarfsdeckende Leistung haben, den sie (mithilfe der Leistungserbringer) umzusetzen haben.

Welche Folgen ergeben sich hieraus für die Leistungserbringung?

Um diese Aufgabe bewältigen zu können, müssen sich Leistungserbringer „gut aufstellen“. Sie müssen

- konzeptionell und in Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen den Personenkreis und die verbundenen besonderen Anforderungen (zum Beispiel in Bezug auf Personal, Ausstattung, Räumlichkeiten) beachten und entsprechend mit dem Leistungsträger verhandeln.
- Bei der Teilnahme am bzw. der Zuarbeit für das Teilhabeplanverfahren müssen bestehende Bedarfe vollständig beschrieben werden, da diese Bedarfe die Grundlage der Leistungsgewährung sind.
- Die Klärung von Zuständigkeiten und Kompetenzen, insbesondere gegenüber dem System der Führungsaufsicht ist unerlässlich. Mögliche Rollenkonflikte, die sich möglicherweise nicht ganz auf heben lassen werden, sollten reflektiert, thematisiert und durch entsprechende Ausgestaltung der Rahmenbedingungen möglichst gering gehalten werden.
- Von besonders hoher Wichtigkeit für die Leistungserbringer ist es, den hierdurch verursachten Aufwand zu beachten und mit Leistungsträgern refinanzieren und zu verhandeln.

Auswirkungen im Zusammenhang mit dem Bundes- teilhabegesetz

Abschließend möchte ich angesichts der großen Bedeutung für die Eingliederungshilfe noch auf mögliche Änderungen durch das BTHG eingehen. Erklärtes Ziel des Gesetzgebungsverfahrens war es, den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe nicht grundlegend zu verändern. Die entsprechende Vorschrift, die den Zugang ins System der Eingliederungshilfe künftig regeln wird, wird allerdings bis zum Jahr 2023 neu gefasst werden. In Bezug auf den hiesigen Zusammenhang ist dennoch davon auszugehen, dass die Eingliederungshilfe für den hier im Vordergrund stehen Personenkreis weiterhin zuständig sein wird.

Bereits ab dem Jahr 2018 sind Vertragsverhandlungen auf Grundlage eines erheblich geänderten Vertragsrechts für den Zeitraum ab 2020 zu erwarten. Zu diesem Zeitpunkt wird die Reform des Eingliederungshilferechts einschließlich des Leistungserbringungs- und Vertragsrechts – abgesehen von wenigen Ausnahmen, die bereits vorher gelten – in Kraft treten. Einige Länder stehen dementsprechend bereits in den Startlöchern für (neue) Rahmenvereinbarung. Die Neuregelungen des BTHG bieten aus meiner Sicht in Bezug auf den Personenkreis der Menschen mit Behinderung im Maßregelvollzug mögliche Chancen und Risiken. Als Chance für die Gewährung der im Einzelfall notwendigen Leistungen und deren leistungserbringerrechtliche Absicherung ist die sogenannte *Personenzentrierung* zu nennen. Dieses Kernelement der Reform der Eingliederungshilfe kann zu einer (noch) stärkeren Fokussierung auf individuelle Bedarfe der Leistungsberechtigten führen und hierfür auch als Argument angeführt werden. Eine weitere Chance besteht hinsichtlich der Einführung eines umfassenden und gegebenenfalls trägerübergreifenden *Verfahrens der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung*, das ebenfalls mit dem BTHG eingeführt wurde. Unter Einbeziehung aller relevanten Akteure soll dies zu einer umfassenden Bedarfsdeckung und einer besseren Vernetzung der Leistungserbringung führen.

Die Reform beinhaltet jedoch auch Risiken: Hier ist insbesondere die *sogenannte Trennung der Leistungen* zu nennen, die zu einer grundlegenden Strukturreform in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe ab 2020 führen wird. Die gesetzlichen Regelungen und deren Umsetzung sind nach wie vor unklar, Details und Auswirkungen nicht absehbar. Es besteht die Befürchtung, dass Bestandteile der bisherigen Komplexleistungen der stationären Eingliederungshilfe „unter den Tisch“ fallen könnten. Auch ist zu befürchten, dass die Verhandlung von zusätzlichen Komponenten, die nach

dem Wegfall der Komplexleistungen einzeln verhandelt werden müssen, sehr aufwendig werden kann.

Literatur

- DIAKONIE DEUTSCHLAND UND BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE (BeB) (2015):
Positionspapier „Eckpunkte für eine Reform des Maßregelvollzugs“ [https://beb-ev.de/wp-content/uploads/2017/08/2015-05-18-Diakonie_BeB_Positionspapier_Massregelvollzug.pdf]
- FACHVERBÄNDE FÜR MENSCHEN MITBEHINDERUNGEN (2016): Stellungnahme zum Entwurf der
Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von
Menschen mit Behinderungen http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2016-09-12_KFV_Stellungnahme_BTHG_RegE.pdf]
- Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen
(Bundesteilhabegesetz - BTHG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, ausgegeben zu
Bonn am 29. Dezember 2016 [<https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf>]

DHG

Deutsche
Heilpädagogische
Gesellschaft e.V.

dgsgb

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

Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug vom 11.4. 2017

Adressaten

- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen
Mauerstraße 53, 10117 Berlin
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
Warendorfer Straße 26 – 28, 48133 Münster
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
- Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e. V.
Schloßstraße 9, 61209 Echzell-Bingenheim
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V.
Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
Leipziger Platz 15, 10117 Berlin
- Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V.
Brehmstraße 5-7, 40239 Düsseldorf
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.
Karlstr. 40, 79104 Freiburg
- Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
- Deutscher Bundestag
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
- Deutscher Landkreistag
Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11, 10785 Berlin
- Deutscher Städtetag
Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin
- Deutscher Städte- und Gemeindebund
Marienstraße 6, 12207 Berlin
- Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales-
Geschäftsstelle
Henning-von-Tresckow-Str. 2-13, 14467 Potsdam

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DGSGB)
Geschäftsstelle: Erlenstraße 15, 32105 Bad Salzuflen
E-Mail: dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. (DHG)
Geschäftsstelle: Am Schulzentrum 9-11, 52428 Jülich
E-Mail: mail@dhg-kontakt.de

Nachrichtlich

- Beauftragte der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung
Winzerer Straße 9, 80797 München
- *Beauftragte der Landesregierung Baden-Württemberg für die Belange von Menschen mit Behinderungen*
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart
- Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen
Friedrich-Ebert-Allee 12, 65185 Wiesbaden
- Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung in NRW
Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf
- Beauftragter der Landesregierung von Sachsen-Anhalt für die Belange der Menschen mit Behinderungen
Turmschanzenstraße 25, 39114 Magdeburg
- Beauftragter der Thüringer Landesregierung für Menschen mit Behinderungen
Werner-Seelenbinder-Straße 6, 99096 Erfurt
- Bürgerbeauftragter des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Schloßstraße 8, 19053 Schwerin
- Beauftragter der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen
Henning-von-Tresckow-Straße 2-13, 14467 Potsdam
- Landesbehindertenbeauftragte des Landes Bremen
Am Markt 20, 28195 Bremen
- *Beauftragter der Sächsischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen*
Albertstr. 10, 01097 Dresden
- Betreuungsgerichtstag e. V.
Kurt-Schumacher-Platz 9, 44787 Bochum
- Deutscher Richterbund
Kronenstraße 73, 10117 Berlin
- Deutsches Institut für Menschenrechte
Zimmerstraße 26/27, 10969 Berlin
- Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen
Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover
- Landesbeauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderungen im Saarland
Franz Josef Röder Straße 23, 66119 Saarbrücken
- Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung in Berlin
Oranienstraße 10, 10969 Berlin
- Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung in Rheinland-Pfalz
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
- Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein
Postfach 7121, 24171 Kiel
- Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen
Osterbekstraße 96, 22083 Hamburg

Bielefeld, 11. April 2017

Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir, die *Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.* (DGSGB) und die *Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V.* (DHG), legen Ihnen hiermit unseren gemeinsamen *Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug* vor.

Wir bitten Sie mit Nachdruck, sich der darin angesprochene Problematik und des vielschichtigen Handlungsbedarfs ergebnisorientiert anzunehmen, um einen langjährigen skandalösen Missstand, zugleich eine schwerwiegende Verletzung der Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention, alsbald zu überwinden.

DGSGB und DHG beschäftigten sich wiederholt mit dem Themenkomplex straffällig gewordener Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug und mit den Notwendigkeiten geeigneter Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe). Eine Reihe einschlägiger Publikationen von DHG und DGSGB liegt vor.

Am 17. März 2017 fand in Kassel die Fachtagung der DGSGB zum Thema "Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe als Anschlussperspektive nach dem Maßregelvollzug für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung – Hintergründe, Rahmenbedingungen und Entwicklungsbedarf" statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachtagung stimmten per Akklamation dem Vorschlag zu, der Vorstand der DGSGB möge einen Appell zur Schaffung und Weiterentwicklung von Anschlussperspektiven in der Eingliederungshilfe formulieren. Der Vorstand der Deutschen Heilpädagogische Gesellschaft e. V. schloss sich dem Appell an.

Der gemeinsame Appell formuliert das Anliegen von DGSGB und DHG zusammenfassend:

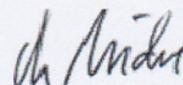
Dringend bitten die DGSGB und die DHG sowohl die sozialpolitischen Entscheidungsträger in Legislative und Exekutive als auch die Leistungsträger der Eingliederungshilfe, vor allem die Fachverbände für Menschen mit Behinderung sowie die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe), sich energisch der Herausforderung zu stellen, den eklatanten Versorgungsmangel im Anschluss an den Maßregelvollzug zu überwinden.

Selbstverständlich sind wir gerne bereit, die Problematik bei Bedarf näher zu erläutern, auch gerne im persönlichen Gespräch.

Freundliche Grüße



Dr. Monika Seifert
Vorsitzende der DHG



Prof. Dr. med. Michael Seidel
Vorsitzender der DGSGB

PS: Appell und vorliegendes Anschreiben werden auch auf unseren Websites publiziert werden.

Anlage: Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug

Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug!

Am 17. März 2017 fand in Kassel-Wilhelmshöhe die Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DGSGB) zum Thema "Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe als Anschlussperspektive nach dem Maßregelvollzug für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung - Hintergründe, Rahmenbedingungen und Entwicklungsbedarf" statt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachtagung stimmten per Akklamation dem Vorschlag zu, der Vorstand der DGSGB möge einen Appell zur Schaffung und Weiterentwicklung von Anschlussperspektiven in der Eingliederungshilfe formulieren. Der Vorstand der Deutschen Heilpädagogische Gesellschaft e. V. schloss sich dem Appell an, der deshalb als gemeinsamer Appell von DGSGB und DHG vorgelegt wird.

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DGSGB) und die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V. (DHG) befassten sich wiederholt mit dem Thema straffällig gewordener Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug und mit den Notwendigkeiten geeigneter Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe).

Schon lange besteht das Problem: Noch immer zu wenige Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe finden sich bereit, Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Maßregelvollzug zu übernehmen, wenn diese bedingt entlassen werden oder die Maßregel beendet wird. Der Übergang in ausreichend ausgestattete und fachlich kompetente Formen der Nachsorge ist notwendig, weil mit dem Verlassen der restriktiven Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs sehr hohe Anforderungen im Hinblick auf die soziale Eingliederung und nicht zuletzt ein hohes Rückfallrisiko im Hinblick auf erneutes strafbares Verhalten bestehen. Den erheblichen Unterstützungsbedarf dieser speziellen Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung zu negieren, sie gegebenenfalls mangels Anschlussperspektiven in die Obdachlosigkeit zu entlassen – wie es in an einigen Orten stattfindet –, verletzt deren Anspruch auf bedarfsdeckende Leistungen der Eingliederungshilfe. Es stellt überdies einen groben Verstoß gegen die UN-Behindertenrechtskonvention dar.

Das Fehlen geeigneter Anschlussperspektiven ist einer der Gründe, warum Menschen mit geistiger Behinderung besonders lange Verweildauern in der forensischen Psychiatrie (Maßregelvollzug) auf-

weisen und die Dauer ihres Aufenthalts im Maßregelvollzug in keinem Verhältnis zur Dauer einer Strafverbüßung im Strafvollzug steht.

Die Veränderung der gesetzlichen Grundlagen des Maßregelvollzugs durch das *Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften* vom 8.7.2016 zwingt nun vermehrt dazu, für straffällig gewordene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung Anschlussperspektiven außerhalb des Maßregelvollzuges zu finden. Es wächst der Druck auf den Maßregelvollzug und auf die Gerichte, unverhältnismäßig lange Unterbringungen zu beenden. Dabei wird das Fehlen von ausreichenden Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) noch deutlicher spürbar als in der Vergangenheit.

Die gestiegenen Anforderungen resultieren nicht allein aus den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen, sondern auch aus dem fortschreitenden Umbau der Eingliederungshilfe in Richtung dezentraler und vorwiegend ambulanter Angebote, aus der künftigen Auflösung des Unterschieds zwischen ambulanten und stationären Angebotsformen usw.

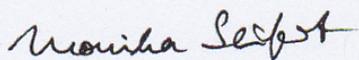
Die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) sehen sich den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet. Deshalb müssen sie sich dieser Herausforderung ungeachtet der damit verbundenen Schwierigkeiten und ungelösten Fragen annehmen.

Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind allerdings weder fachlich-konzeptionell und organisatorisch noch im Hinblick auf die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen ausreichend in die Lage versetzt, diese Aufgaben zu erfüllen. Dies zeigen nicht zuletzt die Erfahrungen derjenigen Dienste und Einrichtungen, die sich der Herausforderung bisher schon stellen.

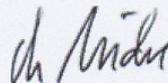
Insgesamt stellen sich Aufbau und Weiterentwicklung geeigneter Anschlussperspektiven an den Maßregelvollzug als hochkomplexe Herausforderung dar. Sie kann nicht allein durch die Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) bewältigt werden, sondern bedarf eines strukturierten Zusammenwirkens von Eingliederungshilfe, Maßregelvollzug, forensischer Nachsorge und psychiatrischem Versorgungssystem. Nicht nur die dichte personelle Unterstützung der ehemaligen Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten, sondern auch der unverzichtbare Aufwand für die Koordination aller beteiligten Stellen im Interesse einer kontinuierlichen Zusammenarbeit müssen angemessen vergütet werden.

Dringend bitten die DGSGB und die DHG sowohl die sozialpolitischen Entscheidungsträger in Legislative und Exekutive als auch die Leistungsträger der Eingliederungshilfe, vor allem die Fachverbände für Menschen mit Behinderung sowie die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe), sich energisch der Herausforderung zu stellen, den eklatanten Versorgungsmangel im Anschluss an den Maßregelvollzug zu überwinden.

Bielefeld/Berlin, 4.4.2017



Dr. Monika Seifert
Vorsitzende der DHG



Prof. Dr. Michael Seidel
Vorsitzender der DGSGB

Autorinnen und Autoren

Anke Behnsen

Bereichsleitung im Stiftungsbereich Bethel.regional der v. Bodelschwingschen
Stiftungen Bethel, Fliednerweg 8, 33689 Bielefeld
E-Mail: anke.behnsen@bethel.de

Ruth Coester

Rechtsanwältin, Justiziarin
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.
Invalidenstr.29, 10115 Berlin
E-Mail: coester@beb-ev.de

Ulrich Reitis-Münstermann

Diplom-Sozialarbeiter für Rehabilitation und Nachsorge
LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt
Eickelbornstr. 19, 59556 Lippstadt
E-Mail: ulrich.reitis-muenstermann@lwl.org

Vera Schneider-Njepel

Dipl.-Psychol., Psychol. Psychotherapeutin
Forensisch-therapeutische Ambulanz
Institut für Forensische Psychiatrie
Charite – Universitätsmedizin Berlin
Seidelstraße 38, 14050 Berlin

Michael Seidel,

Prof. Dr. med.
E-Mail: seidelm2@t-online.de

Ramona Strohm

Dipl.-Med., Leitende Chefarztin
AMEOS Klinikum für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Ueckermünde,
Ravensteinstraße 15a, 17373 Ueckermünde

Tatjana Voß

Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie

Forensisch-therapeutische Ambulanz

Institut für Forensische Psychiatrie

Charite – Universitätsmedizin Berlin

Seidelstraße 38, 14050 Berlin

E-Mail: tatjana.voss@charite.de

Erik Weber

Prof. Dr. päd.

Ev. Hochschule Darmstadt, Studiengangsleitung im BA-Studiengang Inclusive Education/Integrative Heilpädagogik

Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt

E-Mail: erik.weber@eh-darmstadt.de

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 an die Redaktion erbeten.

Die Druckauflage ist eng begrenzt auf die Mitglieder der DGSGB. Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)

Geschäftsstelle
Frau Steffi Kirch
Erlenweg 15, 32105 Bad Salzuflen
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
12203 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

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 Krankenhauspsychiatrie, 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 Fachtagungen 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)
Dipl. Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)
Juniorprof. Dr. Pia Bienstein, Köln
Dr. Knut Hoffmann, Bochum
Priv.Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

Postanschrift

Geschäftsstelle der DGSGB
Frau Steffi Kirch
Erlenweg 15, 32105 Bad Salzuflen
Tel.: +49 52229830590
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de

