

Kerstin Beyer, geb. Wenz

*„Biografische Besonderheiten psychisch kranker Straftäter
anhand von Patientendaten einer nordbayrischen Klinik
und daraus resultierende sozialpädagogische
Konzeptionsentwicklung“*

**Schriftenreihe zur psychosozialen
Gesundheit**

Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit

IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit

Wissenschaftliche Einrichtung an der

Fachhochschule Coburg

Herausgeber der Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit

Prof. Dr. Helmut Pauls, Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Michael Reicherts, Universität Fribourg, Schweiz

Prof. Dr. Anton Schlittmaier, Berufsakademie Sachsen

SCHRIFTENREIHE ZUR
PSYCHOSOZIALEN GESUNDHEIT

Band 5

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Kerstin Beyer, geb. Wenz

Biografische Besonderheiten psychisch kranker Straftäter anhand von Patientendaten einer nordbayrischen Klinik und daraus resultierende sozialpädagogische Konzeptionsentwicklung.

Coburg: IPSG 2004

ISBN 978 – 3 – 934247 – 14 – 7

Alle Rechte vorbehalten

© 2004 IPSG 2004

Herstellung: FH Coburg

ISBN 978 – 3 – 934247 – 14 – 7

IPSG - INSTITUT FÜR PSYCHO-SOZIALE GESUNDHEIT

Gemeinnützige Gesellschaft mbH

Wissenschaftliche Einrichtung an der Fachhochschule Coburg - Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe - Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927;

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

Das IPSG ist eine gemeinnützige wissenschaftliche Einrichtung mit folgenden Aufgaben:

Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung von Angehörigen des psycho-sozialen Berufsfeldes

Anwendungsbezogene Weiterentwicklung psycho-sozialer Interventionsformen in Theorie und Praxis

Betrieb einer Einrichtung der Klinischen Sozialarbeit für Kinder, Jugendliche und Familien (IPSG-Zentrum für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe)

Kooperation mit Hochschulen, Bildungsträgern, Praxis-Institutionen und Fachverbänden

IPSG-Sekretariat und IPSG-Zentrum
für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe
Mönchswiesenweg 12 A
D-96479 Weitramsdorf-Weidach
Tel./Fax (09561) 33197
e-mail: sekretariat@ipsg.de

IPSG an der Fachhochschule Coburg
Fachbereich Sozialwesen
Friedrich-Streib-Strasse 2
D-96450 Coburg
e-mail: pauls@fh-coburg.de

Georg – Simon - Ohm – Fachhochschule Nürnberg
Fachbereich Sozialwesen

**„Biografische Besonderheiten psychisch kranker Straftäter
anhand von Patientendaten einer nordbayrischen Klinik
und daraus resultierende sozialpädagogische
Konzeptionsentwicklung“**

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Diplom – Sozialpädagoge (FH) / Diplom – Sozialpädagogin (FH)

Verfasser/in: Kerstin Beyer, geb. Wenz

Betreuerin: Fr. Prof. Gabriele Kawamura-Reindl

Abgabedatum: 22.09.2004

Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg
Diplomarbeit Fachbereich Sozialwesen

„Biografische Besonderheiten psychisch kranker Straftäter anhand von Patientendaten einer nordbayrischen Klinik und daraus resultierende sozialpädagogische Konzeptionsentwicklung“

Poster

Gegenstand/Zielsetzung:

- 1) Biografische Besonderheiten psychisch kranker Straftäter
- 2) Sozialpädagogische Konzeptionsentwicklung

Vorgehensweise:

- 1) Datenerhebung in einer nordbayrischen Klinik
- 2) Darstellung der Ergebnisse anhand von Grafiken und Tabellen
- 3) Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse
- 4) Abgeleitete Zielentwicklung zur Behandlungsplanung
- 5) Entwicklung der sozialpädagogischen Behandlungsplanung

Schlussfolgerung:

Durch das systematische Vorgehen von der Datenerhebung bis hin zur Behandlungsplanung können biografische Besonderheiten psychisch kranker Straftäter bei der sozialpädagogischen Konzeptionsentwicklung berücksichtigt werden.

Schlüsselbegriffe:

Maßregelvollzug, psychisch kranke Straftäter, Erhebung von Patientendaten, biografische Besonderheiten, sozialpädagogische Konzeptionsentwicklung, Behandlungsplanung

Diplomandin: Kerstin Beyer, geb. Wenz

Abgabedatum: 22.09.04

Betreuerin: Fr. Prof. Gabriele Kawamura-Reindl

Georg – Simon - Ohm – Fachhochschule Nürnberg
Fachbereich Sozialwesen

Thema der Diplomarbeit „Biografische Besonderheiten psychisch kranker Straftäter
anhand von Patientendaten einer nordbayrischen Klinik und
daraus resultierende sozialpädagogische Konzeptionsentwicklung“

Verfasserin Kerstin Beyer, geb. Wenz

Abstract

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen psychisch kranker Straftäter. Die Unterbringungs- und Behandlungssituation dieser Patientengruppe scheint nicht mehr so desolat zu sein wie 1988 von Leygraf beschrieben. Unabdingbar für die Behandlungsplanung ist allerdings die Erarbeitung eines Behandlungskonzepts für den gesamten Maßregelvollzug und für einzelne Berufsgruppen. Das setzt fundiertes Basiswissen voraus, dass sich z.B. zuverlässig aus Erhebungen gewinnen lässt. Durch das systematische Vorgehen von der Bedarfsermittlung hin zur Konzeptionsentwicklung können die biografischen Besonderheiten der Patienten in der Behandlungsplanung dann auch berücksichtigt werden.

Meine Arbeit zielt letztendlich darauf ab sozialpädagogische Maßnahmen speziell auf den konkreten Bedarf der Patienten einer nordbayrischen Klinik abzustimmen. Grundlage sind Patientendaten, die ich in dieser Klinik erhoben und anschließend ausgewertet habe. Ergebnisse der Basisdaten, der allgemeinen und der forensischen Anamnese und der Verlaufsdaten werden in Grafiken veranschaulicht und kurz beschrieben. Aus der Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse habe ich die Zielsetzung zur sozialpädagogischen Behandlungsplanung abgeleitet. Die Bestimmung der sozialpädagogischen Methoden zur Maßnahmenplanung mündet direkt in die sozialpädagogische Behandlungsplanung. Schwerpunktmäßig werden die Patienten inhaltlich auf die Entlassung vorbereitet, da die Hälfte aller Wiederaufnahmen innerhalb der ersten 15 Monate nach der Entlassung erfolgen. Die Zielsetzung beinhaltet daher die Planung der nötigen Grundversorgung nach der Entlassung, die Behebung spezieller Problematiken der Patienten, die Anbahnung und Vertiefung tragfähiger Sozialkontakte und die Förderung sinnvoller Freizeitaktivitäten.

Inhaltsverzeichnis

1	<u>VORWORT</u>	11
2	<u>ÜBERBLICK PSYCHIATRISCHE MAßREGELBEHANDLUNG</u>	13
2.1	<u>Rechtsgrundlagen</u>	13
2.1.1	<u>Historische Entwicklung</u>	13
2.1.2	<u>Bayrischer Maßregelvollzug</u>	14
2.1.3	<u>Schuldfähigkeit</u>	15
2.1.4	<u>Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus</u>	15
2.1.5	<u>Prognose/Entlassung</u>	16
2.2	<u>Behandlung</u>	17
2.2.1	<u>Behandlungseinrichtungen und -formen</u>	17
2.2.2	<u>Aktuelle bundesweite Situation</u>	18
2.2.3	<u>Zusammenfassung von Leygrafs Patientendaten</u>	19
2.2.4	<u>Problem der Begrifflichkeiten</u>	20
2.2.5	<u>Sozialtherapeutische Tätigkeit</u>	20
2.2.6	<u>Vollzugslockerungen</u>	21
3	<u>PATIENTENDATEN EINER NORDBAYRISCHEN KLINIK</u>	23
3.1	<u>Methodische Anmerkungen</u>	23
3.1.1	<u>Aufbau der Unterpunkte</u>	23
3.1.2	<u>Formale Erläuterungen meiner Erhebung</u>	23
3.1.3	<u>Formale Unterschiede von Leygrafs und meiner Erhebung</u>	24
3.1.4	<u>Reflexion der Aktenanalyse</u>	24
3.2	<u>Basisdaten</u>	25
3.2.1	<u>Geschlecht</u>	25
3.2.2	<u>Alter</u>	26
3.2.3	<u>Geburtsland/Staatsangehörigkeit</u>	26
3.2.4	<u>Familienstand/Kinder</u>	27

3.3	Allgemeine Anamnese	29
3.3.1	<u>Geburtsstatus/Heimaufenthalte</u>	29
3.3.2	<u>Erkrankungen in der Primärfamilie.....</u>	30
3.3.3	<u>Berufstätigkeit der Eltern</u>	30
3.3.4	<u>Geschwisterposition und -zahl</u>	31
3.3.5	<u>Schulbildung/Schwächen.....</u>	32
3.3.6	<u>Berufsqualifikation und -tätigkeit.....</u>	33
3.3.7	<u>Intelligenz</u>	34
3.3.8	<u>Krankheitsbeginn</u>	35
3.3.9	<u>Psychiatrische Erstdiagnose</u>	35
3.3.10	<u>Stationäre psychiatrische Vorbehandlungen</u>	36
3.3.11	<u>Wohnsituation vor der jetzigen Unterbringung</u>	37
3.4	Forensische Anamnese	39
3.4.1	<u>Vordelikte.....</u>	39
3.4.2	<u>Alkohol-/Drogeneinfluss bei Delikten</u>	40
3.4.3	<u>Registereinträge</u>	40
3.4.4	<u>Erste Inhaftierung</u>	41
3.4.5	<u>Unterbringungsdelikt</u>	42
3.4.6	<u>Rechtsgrundlage der jetzigen Unterbringung</u>	44
3.4.7	<u>Parallelstrafe/Reihenfolge der Vollstreckung</u>	45
3.4.8	<u>Aktuelle psychiatrische Diagnose/ Verhaltensauffälligkeiten.....</u>	46
3.5	Verlaufsdaten	48
3.5.1	<u>Behandlungsmonat</u>	48
3.5.2	<u>Aktuelle Lockerung</u>	48
3.5.3	<u>Therapien/Gespräche und Förderungen/Angebote</u>	49
3.5.4	<u>Gesetzliche Betreuung</u>	50
3.5.5	<u>Teilnahme an der Arbeitstherapie.....</u>	51
3.5.6	<u>Kontakte.....</u>	52

4	SOZIALPÄDAGOGISCHE KONZEPTIONSENTWICKLUNG	53
4.1	Vorbemerkung	53
4.2	Darstellung der nordbayrischen Klinik.....	53
4.2.1	Aufbau der Klinik	53
4.2.2	Aufbau der forensischen Abteilung	54
4.2.3	Institutsambulanz	54
4.2.4	Einbettung der Forensik in der Klinik	55
4.2.5	Multiprofessionelles Team	56
4.2.6	Sozialpädagogische Tätigkeit	57
4.2.7	Erste Schlussfolgerungen für die Planung der Maßnahmen	57
4.3	Aus den Patientendaten resultierender Bedarf für die Behandlung.....	58
4.3.1	Der durchschnittliche Maßregelpatient	58
4.3.2	Zusammenfassung und Interpretation der Basisdaten	59
4.3.3	Zusammenfassung und Interpretation der allgemeinen Anamnese	60
4.3.4	Zusammenfassung und Interpretation der forensischen Anamnese.....	62
4.3.5	Zusammenfassung und Interpretation der Verlaufsdaten	64
4.4	Aus den vorgestellten Ergebnissen abgeleitete Zielentwicklung	66
4.4.1	Allgemeine Überlegungen	66
4.4.2	Richtziel der Planung sozialpädagogischer Maßnahmen	66
4.4.3	Grobziele	67
4.4.4	Feinziele.....	68
4.4.5	Schaubild der operationalisierten Ziele in Schlagworten	70
4.5	Allgemeiner Einblick in ausgewählte sozialpädagogische Methoden	71
4.5.1	Methodenbestimmung	71
4.5.2	Das soziale Training in der Straffälligenhilfe	71
4.5.3	Aufgaben der Beratung.....	72
4.5.4	Methodeneinsatz	73
4.5.5	Umfang und Größe der geplanten Gruppen	73

4.6	Sozialpädagogische Behandlungsplanung	74
4.6.1	Inhaltliche Eingrenzung	74
4.6.2	Planung der nötigen Grundversorgung nach der Entlassung	75
4.6.2.1	Organisation der finanziellen Situation des Patienten nach der Entlassung	75
4.6.2.2	Maßnahmen zur Integration der Patienten am Arbeitsmarkt	77
4.6.2.3	Klärung der geeigneten Wohnform	80
4.6.3	Behebung spezieller Problematiken	83
4.6.3.1	Bildungsangebote	83
4.6.3.2	Suchtberatung	85
4.6.3.3	Erlernen eines gesellschaftlich akzeptablen Umgangs mit Aggressionen	86
4.6.3.4	Klärung und Unterstützung ausländischer Patienten mit deren Zukunft	88
4.6.3.5	Klärung des individuellen Hilfebedarfs	89
4.6.4	Anbahnung und Vertiefung tragfähiger Sozialkontakte	91
4.6.4.1	Interne Maßnahmen	91
4.6.4.2	Besuch externer Angebote	93
4.6.5	Förderung sinnvoller Freizeitaktivitäten	94
4.6.5.1	Interne Angebote	94
4.6.5.2	Externe Angebote	95
5	AUSBLICK	97
6	LITERATURVERZEICHNIS	98
7	ANHANG	103
7.1	Patientenbezogener Erhebungsbogen	103
7.2	Legende zum Erhebungsbogen	105
7.3	Danksagung	111
7.4	Erklärungen	112

1 Vorwort

Psychisch kranke Straftäter sind wenig beliebte Patienten. Laut Volckart (1991) mag die Ursache sein, dass unter anderem die psychiatrische Fachwelt und die Öffentlichkeit nicht hinreichend über den Maßregelvollzug informiert ist (vgl. Stolpmann 2001, S.13). Diese Aussage möchte ich im folgenden mit einigen Fakten bestätigen.

Die Vernetzung von Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie sowie mit therapeutischen Einrichtungen ist nicht zufriedenstellend gelungen (nachzulesen unter 2.1.1. „Historische Entwicklung“). Es existieren immer noch Vorbehalte gegenüber der Behandlung schwieriger und gefährlicher Patienten. Das liegt mitunter daran, dass für dieses Berufsfeld spezifisches Fachwissen bis heute nicht Bestandteil der universitären oder akademischen Ausbildung ist. In einem Entwurf der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wurde angeregt besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Maßregelbehandlung vorauszusetzen, beispielsweise durch eine einjährige Fortbildungszeit in einer Maßregeleinrichtung. Die Schaffung und Sicherung qualifizierter Fortbildung im Maßregelvollzug könnte gleichzeitig ein Anfang sein der Öffentlichkeit die Sorge zu nehmen, die Kliniken würden leichtfertig mit Lockerungs- und Entlassentscheidungen verfahren.

Wie sieht es überhaupt mit Kenntnissen der Öffentlichkeit über den Maßregelvollzug aus? In den letzten Jahren wurde der politische Diskurs vornehmlich von dem wachsenden Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit geprägt. Die gezielte mediale Aufbereitung tragischer Einzelschicksale (der öffentliche Diskurs wird von Blättern v.a. aus dem Hause Springer genährt) wirkt sich auf die öffentliche Meinung aus und die wiederum auf Politik und Gesetzgebung. Gerade im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Sexualstraftaten sind gesetzliche Neuregelungen erlassen worden, z.B. was die Voraussetzungen für eine bedingte Entlassung aus der Unterbringung betrifft. Was viele allerdings nicht wissen: nur ein geringer Teil der Maßregelpatienten ist Sexualstraftäter (die meisten Sexualstraftäter verbüßen ihre Strafe in einer Justizvollzugsanstalt). Diese Verschärfungen betreffen in erster Linie Patienten, die wegen anderen Delikten untergebracht sind. Dadurch wird gleichzeitig ein höherer Anteil zu Unrecht für allgemeingefährlich gehaltener Patienten in Kauf genommen (vgl. Stolpmann 2001, S.13 - 14). Konsequenzen für diese Patienten sind u.a. eine längere Verweildauer und damit einhergehend verschlechterte Resozialisierungsbedingungen.

Allgemein lässt sich zur Maßregelbehandlung anmerken: Die Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Straftäter scheint nicht mehr so desolat zu sein wie 1988 von Leygraf beschrieben (vgl. Leygraf 1988, S.183 - 184). Seitdem wurden die Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen durchaus verbessert. Man darf allerdings nicht erwarten, dass die

Maßregelbehandlung allgemeingültig systematisiert wurde. Standards - wie sie beispielsweise vom Pflegepersonal verwendet werden - können bestenfalls Handlungsempfehlungen sein. Grundlegende Orientierungspunkte zur Behandlungsplanung lassen sich zuverlässig aus Evaluationen gewinnen (vgl. Stolpmann 2001, S.115 und 98). Daher habe ich eine eigens angefertigte Datenerhebung zur Grundlage meiner Diplomarbeit gemacht (siehe unter Punkt 3 „Patientendaten einer nordbayrischen Klinik“). Die Erhebung habe ich in einer nordbayrischen Klinik durchgeführt. Mein Ziel war aus den Ergebnissen in meinem Datenteil den aktuellen Stand der dort nach §63 StGB untergebrachten Patienten zu ermitteln und eine sozial-pädagogische Konzeption auf die Bedürfnisse dieser Patienten zugeschnitten zu entwickeln. Für ein allgemein besseres Verständnis über die Unterbringung nach §63 StGB habe ich einen Überblick über die Maßregelbehandlung vorangestellt (siehe unter Punkt 2 „Überblick psychiatrische Maßregelbehandlung“).

Es erscheint mir wichtig mit meiner Diplomarbeit einen Beitrag zur Aufklärung über Unterbringungs- und Behandlungssituation psychisch kranker Straftäter zu leisten. Denn ein langfristiges Ziel ist in meinen Augen der Öffentlichkeit näher zu bringen, wohin die momentane Entwicklung hinführen könnte: zu einer erneuten „Hinkehr zum Verwahrgedanken“. Stolpmanns Aussage (2001) stimmt nachdenklich: „Zum Stellenwert der forensischen Psychiatrie und insbesondere der psychiatrischen Maßregelbehandlung lässt sich generell sagen, dass sich am Umgang der Gesellschaft mit Minderheiten zeigt, wie human diese Gesellschaft ist, wie sozial ihre Grundhaltung ist und wie sie mit unbequemen Mitgliedern in kritischen Situationen verfahren könnte“ (Stolpmann 2001, S.14). Somit wird deutlich, dass sowohl die Haltung der Allgemeinpsychiatrie als auch die der Öffentlichkeit durchaus daran beteiligt ist ob humane Bedingungen für diese unbeliebte und ausgegrenzte Patientengruppe geschaffen werden.

Im Maßregelvollzug tätige Personen gestalten die Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen der Patienten direkt vor Ort aus. Daher ist es für forensische Mitarbeiter besonders wichtig den aktuellen Behandlungsbedarf der Patienten zu kennen. Durch die Entwicklung einer sozialpädagogischen Konzeption (siehe unter Punkt 4 „Sozialpädagogische Konzeptionsentwicklung“) für die nordbayrische Klinik meiner Erhebung kann ich durch den Konzeptionsteil meiner Arbeit dazu beitragen passende Behandlungsangebote speziell für die dort untergebrachten Patienten zu formulieren und so einen direkten Beitrag für die Arbeit mit psychisch kranken Straftätern leisten.

2 Überblick psychiatrische Maßregelbehandlung

2.1 Rechtsgrundlagen

2.1.1 Historische Entwicklung

Am 24. November 1933 erlies die nationalsozialistische Reichsregierung das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“. Nach §42b StGB-GewVbrG wurde die Unterbringung (vermindert oder aufgehoben) zurechnungsfähiger Straftäter in eine Heil- und Pflegeanstalt angeordnet, sofern „die öffentliche Sicherheit es erfordert“. 1969 wurden im westlichen Teil Deutschlands durch das 2. Strafrechtsreformgesetz die Bestimmungen zur Schuldfähigkeit (§20 StGB) neu geregelt. Die Paragraphen 63 und 64 StGB ersetzen seitdem die alten Paragraphen 42b und 42c StGB-GewVbrG. Im wesentlichen erweiterte sich der Kriterienkatalog, der jetzt zum Schuldausschluss nach §20 StGB führt und damit den Begriff der Zurechnungs(un)fähigkeit ablöste. Die Zweckerreichungsformel zur Beendigung der Maßregel („so lange, als ihr Zweck es erfordert“) wurde durch die Erprobungsformel zur Beendigung der Maßregel („sobald verantwortet werden kann zu erproben“) ersetzt (vgl. Stolpmann 2001, S.16). In der DDR wurde der Maßregelvollzug zu dieser Zeit abgeschafft; gefährlich geltende psychisch kranke Straftäter wurden ab diesem Zeitpunkt allgemein-psychiatrisch behandelt (vgl. Leygraf 1988, S.2).

1975 benannte der Gesetzgeber die „Maßregeln der Sicherung und Besserung“ in „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ um, um die „Abkehr vom Verwahrgedanken“ deutlich zu machen (vgl. Leygraf 1988, S.2). Die vorgesehene Unterbringung besonders schwieriger und gefährlicher (Sexual-)Straftäter in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach §65 StGB fand aus finanziellen Gründen nie im geplanten Umfang statt und wurde 1984 ersatzlos gestrichen. Bis heute gibt es nur ein paar Modellanstalten (vgl. Stolpmann 2001, S.17).

Allerdings bleiben nach wie vor Fragen zur Behandlungssituation offen. Es ist noch immer ungeklärt, ob psychisch kranke Straftäter allgemein-psychiatrisch versorgt oder in zentralen Sondereinrichtungen untergebracht werden sollen. Strittig ist, ob diese dem Strafvollzug oder den psychiatrischen Krankenhäusern anzugliedern sind. Leider begegnet nicht nur die Gesellschaft, sondern auch die Allgemeinpsychiatrie und therapeutische Einrichtungen den Maßregelpatienten mit Vorbehalten. Bereits Mitte der 80er wurden zwei Drittel der Maßregelpatienten in Maßregelkliniken behandelt, die nicht mit allgemein-psychiatrischen Krankenhäusern verbunden waren. Eine Vernetzung ist nach wie vor nur sehr unzureichend gelungen, gerade was Nachsorgeeinrichtungen für forensische Patienten betrifft. Entgegen den Vorschlägen der Psychiatrie-Enquete findet bis heute eine Ausgrenzung der psychisch

kranken Straftäter aus den allgemein-psychiatrischen Versorgungsstrukturen statt (vgl. Stolpmann 2001, S.61).

Die jüngste einschneidende Gesetzesänderung wurde Ende Januar 1998 erlassen. Seither gilt die Änderung des §67d Abs.2 StGB zur Verschärfung der Strafen von Sexualstraftätern. Die Erprobungsformel wurde von einer Erwartungsformel abgelöst. Die Entlassung aus der Maßregel ist nur noch möglich „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte (...) keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“ (vgl. Stolpmann 2001, S.18). Im Vorwort habe ich bereits darauf hingewiesen, dass die Änderung alle Maßregelpatienten nach §63 StGB unabhängig von ihrem Einweisungsdelikt betrifft.

2.1.2 Bayrischer Maßregelvollzug

Einzelne Bundesländer haben eigene Maßregelvollzugsgesetze erlassen. Bayern hat dies nicht getan, sondern orientiert sich an bestehenden Unterbringungsgesetzen („Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung - Unterbringungsgesetz“). Wichtige Fragen, die durch die spezielle Unterbringungssituation entstehen, bleiben dabei leider ungeklärt.

Die Fachaufsicht für den Vollzug der Maßregeln liegt beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (StMAS). Vorgabe zur Durchführung der Maßregeln ist der „Vollstreckungsplan für das Land Bayern“ (BayVollstrPl). Dort wird u.a. die örtliche Zuständigkeit der 13 bayrischen Vollzugs-einrichtungen geregelt. Dort ist auch der Finanzierungsmodus der forensischen Abteilung bekannt. Darüber hinaus wacht diese Stelle über die korrekte inhaltlich fachliche Arbeit der forensischen Mitarbeiter. Die Dienstaufsicht liegt beim Bezirk Mittelfranken beim Gesundheits- und Krankenhausreferat. Diese Stelle ist für die arbeitsrechtliche Überprüfung zuständig. Eine Besuchskommission überprüft die Forensik in unregelmäßigen Abständen.

In Bayern sind rund 750 Patienten nach §§63, 64 StGB untergebracht. Kostenträger ist der Freistaat Bayern (vgl. die unveröffentlichte Diplomarbeit von Gernot Hahn zur Erlangung des akademischen Grades Diplom-Sozialpädagoge (FH) am Fachbereich Sozialwesen der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg mit dem Titel "Erwachsenenbildung in Deutschland zwischen 1933 und 1945"). Eine detaillierte Beschreibung der bayrischen Maß-regelsituation liegt meines Wissens leider nicht vor. An dieser Stelle kann ich nur auf die Beschreibung der bundesdeutschen Situation (siehe unter 2.2.2 „Aktuelle bundesweite Situation“) und auf die Zusammenfassung der Ergebnisse aus der bundesdeutschen Erhebung psychisch kranker Straftäter von Leygraf (siehe unter 2.2.3 „Zusammenfassung von Leygrafs Patientendaten“) verweisen.

2.1.3 Schuldfähigkeit

Für die Anordnung des §63 StGB muss die Schuldunfähigkeit (§20 StGB) oder verminderte Schuldfähigkeit (§21 StGB) des Straftäters sicher festgestellt worden sein.

§20 StGB (Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen)

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer *krankhaften seelischen Störung*, wegen einer *tiefgreifenden Bewusstseinsstörung* oder wegen *Schwachsinn*s oder einer *schweren anderen seelischen Abartigkeit* unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§21 StGB (Verminderte Schuldfähigkeit)

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in §20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach §49 Abs.1 gemildert werden.

Ex- bzw. Dekulpierungen dürfen nicht allein auf bestimmten Krankheiten oder Störungen beruhen. Wesentlich sind deren Auswirkungen zum Tatzeitpunkt, welche die Einsichts- bzw. Steuerungsfähigkeit beeinträchtigt oder aufgehoben haben. Die vier Exkulpierungsmerkmale des §20 StGB sind juristische Begriffe und müssen im Einzelfall psychiatrisch interpretiert werden (vgl. Stolpmann 2001, S.28 - 29).

2.1.4 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Die Unterbringung nach §63 StGB erfolgt nach Vorgaben des Art.22 Abs.1 bis 3 und 5 des Gesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes – AGBSHG. Dort ist bestimmt, dass die Bezirke auf Ersuchen der Vollstreckungsbehörden die Unterbringung von Personen in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgrund einer strafgerichtlichen Entscheidung zu vollziehen haben. Die Grundlage der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist im Strafgesetzbuch im Dritten Abschnitt (Rechtsfolgen der Tat) unter den sog. Freiheitsentziehenden Maßregeln zu finden. Ein Sachverständiger nimmt vor Gericht Stellung zur Schuldfähigkeit (nachzulesen unter 2.1.3 „Schuldfähigkeit“) und der Notwendigkeit einer Maßregelunterbringung. Die Länder haben entweder eigene Maßregelvollzugsgesetze geschaffen oder greifen zur Ausgestaltung der Maßregel auf bestehende Unterbringungsgesetze zurück (wie bereits unter 2.1.2 „Bayrischer Maßregelvollzug“ geschildert wurde).

§63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus)

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist“.

Der Maßregelvollzug ist damit ein staatlicher Eingriff in die Grundrechte der Patienten, die Grundrechtseinschränkungen sind durch die Ländergesetzgebung geregelt und mit dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten legitimiert. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (§62 StGB) ist bei der Anordnung einer Maßregel zu beachten, da es sich um einen schweren Eingriff in die Freiheit des psychisch kranken Straftäters handelt (vgl. Stolpmann 2001, S.34). Die Unterbringung wird bei einem schuldunfähigen Straftäter durch den Schutz der Allgemeinheit legitimiert, da nach dem im deutschen Strafrecht geltenden Schuldprinzip eine Bestrafung von schuldunfähigen Straftätern nicht möglich ist.

Die Unterbringung nach §63 StGB ist die einzige Maßregel, die zeitlich nicht begrenzt ist. Einmal pro Jahr ist von den Strafvollstreckungskammern der Gerichte zu prüfen, ob die Unterbringung zur Bewährung auszusetzen ist (§67e StGB). Wird die Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt untersteht der Patient max. fünf Jahre der Führungsaufsicht (§68 StGB). Es können bestimmte Weisungen oder Auflagen mit der Aussetzung verknüpft werden. Bei einem Bewährungswiderruf (§67g StGB) wird der Patienten wieder in den Maßregelvollzug eingewiesen (vgl. Leygraf 1988, S.3).

2.1.5 Prognose/Entlassung

Obwohl der Therapiegedanke bei der Umbenennung der Maßregeln vorangestellt wurde hat die Therapie keinen generellen Vorrang vor dem Sicherheitsaspekt. Einzelnen Urteilen zufolge dient der Maßregelvollzug nach §63 StGB sogar vorrangig dem Schutz der Allgemeinheit (vgl. Stolpmann 2001, S.34 - 35). Dem möchte ich folgende Aussage gegen-überstellen: „Zwar geschehen die meisten Zwischenfälle im Maßregelvollzug im Rahmen von Vollzugslockerungen, dennoch wird deren tatsächliche Gefahr meist überschätzt“ (Leygraf 1988, S.158).

Für die Entlassung ist die Beurteilung des zu erwartenden Delinquenzrisikos, die sog. Kriminalprognose (§67d Abs.2 StGB) entscheidend. Die Unterbringung wird zur Bewährung ausgesetzt, „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“ (vgl. Nedophil 1996, S.24). Die bedingte Entlassung aus der Maßregel wird in der Praxis auch Dauerbeurlaubung genannt. Da das Gericht die Entscheidung in der Regel nicht aus eigener Kompetenz treffen kann vermitteln psychiatrische Sachverständige grundlegendes Wissen (vgl. Nedophil 1996, S.185).

Prognosen sind allerdings schwierig, da sie die Zukunft menschlichen Handelns betreffen. Die Beantwortung der Frage nach dem Risiko künftiger Straftaten ist ziemlich kompliziert. Faktoren wie eine eingeschränkte Erfahrungsbasis mit seltenen Ereignissen wie schweren Delikten, Patienten mit unberechenbaren Verhaltensweisen, der zeitlich unbegrenzte Raum „Zukunft“ und die Gefahr, Patienten irrtümlich für gefährlich zu halten und weiterhin zu Unrecht unterzubringen erschweren die Prognosefindung (vgl. Stolpmann 2001, S.302 - 304). Ein gewisses Restrisiko ist nicht auszuschließen und wird vom Gesetz auch nicht erwartet. Wichtig ist ein verantwortungsvoller Umgang mit der Erprobung zur Entlassung (vgl. Nedophil 1996, S.24).

2.2 Behandlung

2.2.1 Behandlungseinrichtungen und -formen

In Deutschland gibt es ca. 36 Maßregeleinrichtungen zur Behandlung psychisch kranker und suchtkranker Straftäter nach §§ 63, 64 StGB. Die Behandlung kann getrennt in jeweils spezialisierten Kliniken bzw. Abteilungen oder Stationen erfolgen. Es gibt allerdings auch Maßregeleinrichtungen, in denen beide Patientengruppen in gemischten Abteilungen auf getrennten oder gemischten Stationen untergebracht sind. Am günstigsten hat sich eine Größe von 80 bis 100 Patienten pro Einrichtung erwiesen. Der Maßregelvollzug ist bisher ausschließlich als vollstationäre Behandlung konzipiert. (vgl. Stolpmann 2001, S.68 - 69). Eine ambulante Nachbetreuung gibt es daher bislang erst in ein paar Modellprojekten. Die Patienten aus meiner Erhebung werden zum Beispiel klinikintern ambulant nachbetreut siehe unter 4.2.3 „Institutsambulanz“).

Es haben sich verschiedene Organisationsmodelle in den einzelnen Bundesländern durchgesetzt, mit zentralen oder dezentralen Unterbringungseinrichtungen (letzteres ist weitgehend in Bayern der Fall). 40% der forensischen Patienten in Deutschland sind in einer dezentralen Organisationsform untergebracht. Darunter fallen forensisch-psychiatrische Stationen, forensisch-psychiatrische Abteilungen und forensisch-psychiatrische Krankenhäuser. Die eigenständigen forensische Abteilungen und Stationen sind in der Regel innerhalb des (Groß-)Krankenhauses in die institutionelle Verwaltungs-, Versorgungs- und Therapiestruktur integriert (vgl. unveröffentlichtes Sommersemesterskript 2002 des Dozenten Gernot Hahn / Studienschwerpunkt „Resozialisierung“ an der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule).

Vorteile einer dezentralen Organisation ist die wohnortnahe Behandlung, da der Patient in seinem bekannten sozialen Nahraum verbleibt und später auch wieder dorthin entlassen wird. In einzelnen Fällen ist allerdings ein Wohnortwechsel günstiger, um den Patienten aus einem kriminalitätsfördernden Bekanntenkreis zu lösen oder um einer Stigmatisierung entgegenzuwirken. Zentrale Organisationen dagegen bieten den Vorteil differenzierter Behandlungsmöglichkeiten mit umfassenden Angeboten. Die Vernetzung mit Nachsorge- und komplementären Einrichtungen kann sich hier allerdings durch die Vielzahl der Patienten schwierig gestalten, da sich die Anzahl entlassener Patienten in der Region rund um die Einrichtung „ballt“. Problematisch ist dann auch die Vermittlung in eine dezentrale ambulante Nachbetreuung.

Eine Vermischung beider Organisationsformen in einem Bundesland hat zwar den Vorteil, dass auf die verschiedenen Anforderungen (Sicherung und Behandlung) je nach Situation des einzelnen Patienten besser eingegangen werden kann. Nachteilig ist der daraus entstehende „Patiententourismus“ durch die Verlegungssituationen, wie sie zum Beispiel in Krisensituationen entstehen kann (vgl. Stolpmann 2001, S.61 - 63).

2.2.2 Aktuelle bundesweite Situation

Im Maßregelvollzug nach §63 StGB sind zur Zeit etwa 5.800 Personen auf unbestimmte Zeit untergebracht. Das entspricht in etwa zehn Prozent der in Justizvollzugsanstalten untergebrachter Straftäter (vgl. die unveröffentlichte Diplomarbeit von Gernot Hahn zur Erlangung des akademischen Grades Diplom-Sozialpädagoge (FH) am Fachbereich Sozialwesen der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg mit dem Titel "Erwachsenenbildung in Deutschland zwischen 1933 und 1945").

Insgesamt nimmt die Deliktschwere bei den nach §63 StGB verurteilten Straftätern zu, genauer gesagt der Anteil an Körperverletzungs- und Sexualdelikten (siehe auch 2.2.3

„Zusammenfassung von Leygrafs Patientendaten“). Dadurch steigen die Anforderungen an die Sicherheit: die „schwereren“ Delikte gehen mit einer längeren Unterbringungsdauer einher. Die Maßregelvollzugsanstalten stehen unter einem hohen Belegungsdruck mit zum Teil langer Wartelisten. Die mittlere Unterbringungsdauer konnte zwar reduziert werden, die Neufassung des §67d Abs.2 StGB wird aber womöglich wieder zu längeren Unterbringungszeiten führen. Durch den öffentlichen Druck wird die Bereitschaft zu positiven Entlassentscheidungen vermindert. Die ambulante Nachsorge und Weiterbehandlung in komplementären Einrichtungen wird durch diese Vorbehalte zusätzlich erschwert (vgl. Stolpmann 2001, S.48 - 52).

„Die Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen psychisch kranker Straftäter sind in den meisten Einrichtungen der Bundesrepublik desolat. Der Gesamteindruck des Maßregelvollzugs ist deprimierend. Die baulichen Voraussetzungen und die menschliche Atmosphäre sind in den meisten Einrichtungen ebenso unzulänglich wie die personelle Ausstattung und die therapeutische Aktivität“ (Leygraf 1988, S.183). Um einen Einblick zu bekommen was sich seit dieser Bestandsaufnahme vor ca. 15 Jahren getan hat und wie Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen psychisch kranker Straftäter heute konkret aussehen können verweise ich an dieser Stelle auf Punkt 3 „Patientendaten einer nordbayrischen Klinik“.

2.2.3 Zusammenfassung von Leygrafs Patientendaten

Laut Leygraf sind Maßregelpatienten nach §63 StGB bezüglich der demografischen Daten den Straftätern im normalen Vollzug ähnlich. Der durchschnittliche Maßregelpatient ist ca. 40 Jahre alt. Nur jeder fünfte Patient ist oder war verheiratet. Augenfällig ist die soziale Randständigkeit der Patienten. Fast die Hälfte der Patienten stammt aus der unteren Unterschicht („sozial Verachtete“). Das niedrige Bildungsniveau zeigt sich darin, dass nur die Hälfte der Patienten über einen Hauptschulabschluss und nur jeder vierte über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt. Jeder dritte Patient war zum Teil in einem Heim untergebracht, was häufig der Beginn der „Institutionskarriere“ war: über die Hälfte der Patienten war bereits ein- oder mehrmals in der Psychiatrie untergebracht und gut ein Drittel der Patienten ein- oder mehrmals in Haft. Bei jedem vierten Patienten war beides der Fall.

Die durchschnittliche Unterbringung im Maßregelvollzug liegt bei 4,6 Jahren, sofern es sich nicht um Langzeitpatienten handelt (vgl. 4.3.5 „Zusammenfassung und Interpretation der Verlaufsdaten“). Bei der Hälfte der Patienten liegt eine Persönlichkeitsstörung oder eine intellektuelle Minderbegabung vor, stellenweise in Kombination miteinander. Die Intelligenzminderung unterliegt dabei oft einem „klinischen Eindruck“ und nicht testpsychologischer Ergebnisse. Eine schizophrene Störung findet sich bei einem Drittel der Patienten, wobei die Zahl starken regionalen Schwankungen unterliegt. Der Anteil an affektiven Störungen ist

gering. Eine Suchtproblematik wurde neben der Hauptdiagnose bei einem Drittel der Patienten festgestellt. Bei den Anlassstraftaten überwiegen Straftaten „gegen das Leben“ und „die körperliche Unversehrtheit“, gefolgt von Straftaten „gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ (vgl. Leygraf 1988, S.176 - 179).

2.2.4 Problem der Begrifflichkeiten

Durch das Zusammenwirken verschiedener Wissenschaften in der forensischen Psychiatrie kommt es zu einer Vermischung der Begrifflichkeiten, die zum Teil problematisch ist. Ein Beispiel für eine höchst unglückliche gewählte und damit stigmatisierende und diskriminierende Formulierung ist das Exkulpierungsmerkmal der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ des §20 StGB (vgl. Stolpmann 2001, S.99). Der juristische Begriff muss im Einzelfall individuell mit psychiatrischen Inhalten (Diagnose) gefüllt werden, da es eine „schwere andere seelische Abartigkeit“ im psychiatrischen Sprachgebrauch nicht gibt (vgl. Stolpmann 2001, S.28 - 29).

Ein inhaltliches Problem ist zum Beispiel „der Ausschluss einer psychischen Störung“ im Gutachten. Die Beantwortung der Frage ist von bedeutender rechtlicher Relevanz, aus psychiatrischer Sicht jedoch nicht ohne weiteres zu klären. Moderne Klassifikationsschemata haben durch eine operationalisierte Beschreibung der Symptome den juristischen Zugang zu psychiatrischen Inhalten erleichtert. Der Sachverständige ist aber deswegen nicht zu ersetzen als Entscheidungshilfe fürs Gericht.

Schwerpunkte der einzelnen Berufsgruppen werden schon allein durch die Formulierung des Unterbringungsbegriffs deutlich. Juristen sprechen vom Maßregelvollzug, Therapeuten dagegen verwenden den Begriff der Maßregelbehandlung (vgl. Stolpmann 2001, S.19 - 21). Während sich der juristische Blickwinkel über den Vollzug hinaus auch auf die Resozialisierung des Maßregelpatienten richtet beziehen sich alle medizinisch - psychiatrischen Maßnahmen auf die Linderung, Besserung oder Heilung der Störung (vgl. Stolpmann 2001, S.99). Ich persönlich gehe aber davon aus, dass eine multiprofessionelle Zusammenarbeit trotz der Sprachbarrieren gut funktionieren kann und sich Schwierigkeiten im Umgang mit den berufsspezifischen Begrifflichkeiten durch Berufserfahrung reduzieren lassen.

2.2.5 Sozialtherapeutische Tätigkeit

Obwohl für die Ausgestaltung der Maßregel die psychiatrischen Krankenhäuser zuständig sind, wird der Freiraum des therapeutischen Personals durch die gesetzlichen Grundlagen stark eingegrenzt. In der forensischen Psychiatrie vereint sich ein generalpräventiver und ein spezialpräventiver Auftrag. Ersteres bezieht sich auf die rechtlichen Rahmenbedingungen

des Maßregelvollzugs, zweites auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Da die therapeutische Hilfe schon von Berufswegen primär auf Behandlung ausgerichtet ist, geht sie vom Berufsverständnis gesehen erst sekundär dem Bedürfnis der Allgemeinheit nach Sicherheit nach. Durch die Formulierung „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ hat der Gesetzgeber der Spezialprävention Vorrang eingeräumt. Trotzdem soll primär die Einhaltung bestimmter Verhaltensnormen gesichert werden. Die bloße Verwahrung des Patienten ist aber nur dann zulässig, wenn keine Besserung oder Heilung möglich erscheint und ist als absolute „Notmaßnahme“ zu betrachten, da sie den Betroffenen keine Möglichkeit mehr zur Rehabilitation einräumt (vgl. Stolpmann 2001, S.21 - 22).

Zum therapeutischen Personal gehören Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter. Bei dem häufig angewandten Modell der Bezugspersonenarbeit wird festgelegt, welcher Mitarbeiter des therapeutischen Personals primär für die Belange des jeweiligen Patienten zuständig ist. Die Bezugspersonenarbeit kann während der gesamten Maßregelbehandlung durchgehend bei dieser Patientenverteilung bleiben oder bei Stationsverlegungen wechseln. Sozialpädagogische Aufgaben sind unter 4.2.6 „Sozialpädagogische Tätigkeit“ dargestellt.

Das therapeutische Personal steht im Spannungsfeld zwischen dem Behandlungsauftrag und der Einhaltung der Rechtsnormen (Überwachungsfunktion). Der doppelte Auftrag der „Besserung und Sicherung“ ist nicht konfliktfrei. Der therapeutische Mitarbeiter muss sich mit ethischen Grundprinzipien auseinandersetzen und sein berufliches Selbstverständnis überprüfen. Schwierig ist auch, dass Informationen aus der Behandlung an Dritte (das Gericht) weitergegeben werden müssen. Der Interessenskonflikt zwischen den Bedürfnissen des Klienten und den Anforderungen des Gerichts muss vom therapeutischen Mitarbeiter akzeptiert und dementsprechend vertreten werden (vgl. Stolpmann 2001, S.22 - 23).

2.2.6 Vollzugslockerungen

In den meisten Kliniken wird mit einem Stufenkonzept als Grundlage der Behandlung gearbeitet. Dem Patienten werden Vollzugslockerungen gewährt, die von Stufe zu Stufe einen zunehmenden Bewegungsradius - zuerst innerhalb und dann auch außerhalb des Geländes - ermöglichen. Das Stufenkonzept beinhaltet bei einigen Einrichtungen ein Stufensystem.¹ Häufig beinhaltet es bereits eine Anleitung im Umgang mit Sanktionsformen bei Fehlverhalten (z.B. sog. Rückstufungen). Kritiker kreiden jedoch an, dass die Gewährung einer freizügigeren Unterbringung nicht als „Belohnung für Wohlverhalten“ dienen darf.

Die Vergabe von Lockerungen richtet sich nach dem vermuteten Grad der Gefährlichkeit des Patienten und seiner Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Zur tatsächlichen Gefährdung der Allgemeinheit durch Vollzugslockerungen habe ich mich unter 2.1.5 „Prognose/Entlassung“ in einem Zitat Volckarts geäußert. Ein wesentlicher Aspekt der Gewährung von Vollzugslockerungen die Möglichkeit zur Verhaltenserprobung, die durch Freigänge entsteht. Hier zeigt sich die Fähigkeit des Patienten auf Station gezeigte Verhaltensänderungen auf andere Umweltbedingungen zu übertragen. Die Lockerungen ermöglichen außerdem einen externen Arbeitseinsatz und verbesserte Freizeitbedingungen. Prinzipiell wird die Notwendigkeit von Vollzugslockerungen in der Fachliteratur nicht angezweifelt.

Durch die Lockerungspraxis kann Hospitalisierungsschäden vorgebeugt werden und der soziale Empfangsraum des Patienten wird schon vor der Entlassung vorbereitet.

Es gibt bei der Vergabe von Lockerungen allerdings Unterschiede in der Gesetzgebung: In Bayern muss jeder Ausgang außerhalb des Krankenhauses ohne Begleitung durchs Personal vom zuständigen Staatsanwalt schriftlich genehmigt werden. In Nordrhein-Westfalen obliegt diese Entscheidung allein dem ärztlichen Leiter der Einrichtung (vgl. Leygraf 1988, S.156 - 158).

¹ Unter 4.2.7 „Erste Schlussfolgerungen für die Planung der Maßnahmen“ ist das Stufensystem der Klinik, in der ich meine Daten erhoben unter der Fußnote 35 nachzulesen. An der exemplarischen Darstellung verdeutlichen sich Aufbau und Handhabung eines Stufensystems.

3 Patientendaten einer nordbayrischen Klinik

3.1 Methodische Anmerkungen

3.1.1 Aufbau der Unterpunkte

Vom Aufbau der einzelnen Punkte aus den Basisdaten, der allgemeinen Anamnese, der forensischen Anamnese und der Verlaufsdaten nenne ich zuerst die Ergebnisse meiner Auswertung und veranschauliche sie anhand einer Grafik bzw. Tabelle. Unterhalb der Grafiken kann die Stichprobengröße "n" erfasst werden, das heißt von wie vielen Patienten tatsächlich Daten zu diesem Punkt erfasst werden konnten. Bei den Tabellen kann die Stichprobengröße der Spalte „Total“ entnommen werden. Zusätzlich nenne ich am Ende des Unterpunktes die Anzahl der jeweils fehlenden Patientendaten. Die an dieser Stelle angegliederte Fußnote beinhaltet Anmerkungen zum jeweiligen Sachverhalt, eingeschlossen konkreten Erhebungsschwierigkeiten. Stellenweise habe ich meine Ergebnisse auch mit Literatur unterlegt.

3.1.2 Formale Erläuterungen meiner Erhebung

Ich konnte im Erhebungszeitraum von 69 nach §63 StGB untergebrachten Maßregel-patienten der nordbayrischen Klinik Datenmaterial erheben. Bei den Punkten, bei denen ich nicht die Daten von allen 69 Patienten erfassen konnte habe ich darauf hingewiesen (siehe oben). Tatsächlich waren zu dem Zeitpunkt 74 psychisch kranke Patienten in der Klinik untergebracht. Zu fünf Akten hatte ich aus organisatorischen Gründen im Erhebungszeitraum keinen Zugang. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 08.03.2004 bis zum 19.03.2004. Änderungen der Verlaufsdaten in diesem Zeitraum konnten - wenn der Patient bereits erfasst wurde - nicht mehr berücksichtigt werden (z.B. aktuelle Lockerungsentscheidungen). Ein Anspruch an Repräsentativität wird von mir aufgrund der geringen Fallzahl nicht erhoben.

Problematisch ist, dass ich keine Prozentangaben bei meinen Ergebnissen benutzen kann: da die Prozentangaben zahlenmäßig höher ausfallen als die Fallzahl meiner Erhebung (z.B. entsprechen 14 Patienten 20% der Fallzahl) würde diese Benennung der Ergebnisse den Gesamteindruck auf statistisch unzulässige Art und Weise verfälschen. Dazu käme noch der Gebrauch von Dezimalstellen, der die Prozentangaben (einer so geringen Fallzahl wie bei meiner Erhebung) unbrauchbar macht. Daher verwende ich keine Prozentangaben zur Darstellung meiner Ergebnisse.

Mein selbst entwickelter Erhebungsbogen und die dazugehörige Legende sind im Anhang unter 7.1 „Patientenbezogener Erhebungsbogen“ und 7.2 „Legende zum Erhebungsbogen“

einzusehen. Trotz der unter 3.1.4 „Reflexion der Aktenanalyse“ erläuterten Schwierigkeiten habe ich die gesuchten Daten relativ vollständig erheben können. Ausgewertet wurden die Daten mit dem Programm SPSS 11.0 von Windows. Die Präsentation der Patientendaten von 3.2 „Basisdaten“ bis inkl. 3.5 „Verlaufsdaten“ ist sehr ausführlich und detailliert geschehen. Die Zusammenfassung und Interpretation der Patientendaten, auf der die Zielentwicklung und die Behandlungsplanung basiert, erfolgt erst im Konzeptionsteil.

3.1.3 Formale Unterschiede von Leygrafs und meiner Erhebung

Bei einigen Punkt nenne ich die Ergebnisse Leygrafs aus der bundesweiten Querschnittserhebung psychisch kranker Straftäter. Nach §63 StGB erfasste Leygraf 2.042 Patienten, die Krankengeschichte von 1.973 Patienten konnte in die Untersuchung miteinbezogen werden (= Datenmaterial von fast 84% der erfassten Patientendaten). Der Erhebungszeit-raum erstreckte sich über 24 Monate: vom 1.06.1984 bis zum 31.05.1986 (vgl. Leygraf 1988, S.17 und 11).

Leygraf veröffentlichte seine Ergebnisse 1988 in Buchform. So eine umfangreiche Untersuchung wie die von Leygraf wurde seitdem nicht wiederholt und dient nach wie vor als Orientierungspunkt in der Fachwelt. Trotzdem habe ich auf einen direkten Vergleich meiner Datenauswertung mit der von Leygraf verzichtet. Meistens hat er seine Ergebnisse auf eine detailliertere Art als ich aufgeschlüsselt, die keinen Vergleich mit meinen Ergebnissen zulässt. Dennoch äußert er sich im Einzelnen nicht zu allen Punkten, die ich erfasst habe, obwohl ich seinen Erhebungsbogen als Orientierungshilfe genommen habe. Leygraf benutzt fast ausschließlich Prozentangaben zur Darstellung seiner Ergebnisse. Das ist der ausschlaggebende Punkt, warum kein direkter Vergleich zwischen Leygrafs Ergebnissen und meinen Ergebnissen möglich ist (siehe unter 3.1.2 „Formale Erläuterungen meiner Erhebung“).

3.1.4 Reflexion der Aktenanalyse

Zur Datenerhebung habe ich eine sog. Sekundäranalyse der Patientenakten vorgenommen. Nur einzelne Informationen (speziell die Verlaufsdaten) habe ich dem klinikinternen Netz entnommen. Dies Vorgehensweise ist hier sinnvoll, da es schwierig gewesen wäre im Gespräch mit den psychisch kranken Patienten verwertbare Informationen zu erhalten. Viele Fragen lassen sich außerdem gut durch die Aktenanalyse beantworten. Trotzdem hat sich die Datenerhebung problematischer als erwartet erwiesen. Es macht auf mich den Anschein, dass einzelne Mitarbeiter im internen Netz Einträge nicht sofort ergänzen oder ändern. Gerade was pädagogische Angebote betrifft habe ich kaum Angebote zu Lese- und Rechtschreibtraining, kognitivem Training etc. in den sog. Stundenplänen der Patienten gefunden. Auch die Bezugspersonengespräche werden stellenweise nachlässig einge-

tragen. Das stellt ein Erfassungsproblem für mich dar: wie soll ich so den genauen Umfang der Therapien, Gespräche, Förderungen und Angebote erfassen?

Es lassen sich einige Schwierigkeiten zur Handhabung der Patientenakten nennen. Grundsätzlich gleicht keine Akte der anderen. Prinzipiell sollten die Quellen aber schon die gleichen sein (z.B. Urteil, Gutachten, Fallbesprechungsdokumentation). Manchmal sind Dokumente aber nicht in der Akte abgeheftet (manchmal fehlt ein Registerauszug oder die Betreuungsweisung). Aus welcher Rubrik sich dann am besten die einzelnen Daten erfassen lassen ist im Einzelfall sehr unterschiedlich. Da kann es natürlich passieren, dass ich Informationen übersehe. Auch der Umgang mit einzelnen Dokumenten hat sich als schwierig erwiesen. Zum Beispiel gleichen sich die Urteile der einzelnen Gerichte aus unterschiedlichen Bundesländern formal nicht. Es kommt vor, dass das Unterbringungsdelikt nicht direkt auf dem Urteil steht. Ich musste dann natürlich in anderen Dokumenten nachsehen. Das beeinträchtigt natürlich das Ergebnis einer Statistik, da die Erhebung ja zu einem einheitlichen Ergebnis führen soll.

Auch die interne Dokumentationsform hat Schwierigkeiten beinhaltet. Problematisch ist, dass einzelne Berufsgruppen ihre Dokumentationen nicht in der Patientenakte zugänglich machen: manche Rubriken in der Patientenakte werden kaum genutzt. Das ist zum Beispiel bei den Psychologen und den Pädagogen der Fall. Es ist außerdem Personenabhängig, wie gut die Akten geführt werden. Der Vermerk „keine Vorkommnisse im Berichtszeitraum“ gibt keinen Aufschluss über den Verlauf eines Patienten. Vermeidbar wäre hingegen folgendes Problem: die Dokumente einzelner Mitarbeiter sind komplett unbrauchbar, da die Handschrift nicht zu entziffern ist. Besser wäre eine Dokumentation mit dem Computer: ein Ausdruck des Dokuments wird in der Patientenakte abgeheftet. Diese Dokumentationsform hat noch mehr Vorteile: der Verfasser kann unkompliziert beim Anfertigen von Stellungnahmen oder Sozialberichten auf die Inhalte am Computer zurückgreifen.

3.2 Basisdaten

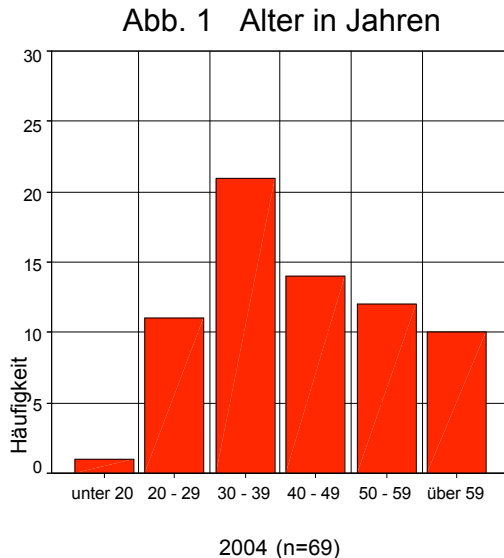
3.2.1 Geschlecht

Alle 69 erfassten Patienten sind männlich.²

² In der Klinik meiner Datenerhebung werden ausschließlich männliche Maßregelpatienten behandelt. Der Anteil weiblicher Maßregelpatienten liegt in der Bundesrepublik nur zwischen 3% und 4%. Böker und Häfner (1973) vermuten auch, dass „die Geschlechtszugehörigkeit ganz allgemein mehr Einfluss auf das Gewaltisiko hat als die Krankheit“ (Leygraf 1988, S.26).

3.2.2 Alter

Der Altersdurchschnitt beträgt bei den von mir erhobenen Patienten ziemlich genau 43 Jahre. Der jüngste nach §63 StGB verurteilte Patient war zum Erhebungszeitpunkt 19 Jahre alt. Der älteste psychisch kranke Maßregelpatient der Klinik ist bereits 73 Jahre alt.



Das Alter konnte von allen 69 Patienten erfasst werden.³

3.2.3 Geburtsland/Staatsangehörigkeit

59 von insgesamt 69 Patienten stammen aus Gesamtdeutschland und haben die deutsche Staatsangehörigkeit.

³ Das errechnete Alter bezieht sich nicht auf den Erhebungszeitraum – der Patient ist bereits so alt oder wird im Jahr 2004 so alt. Das liegt daran, dass ich bei der Erhebung der Daten nur das Geburtsjahr erfasst habe.

Das durchschnittliche Alter der Patienten nach §63 StGB lag bei der Untersuchung Leygrafs bei fast 40 Jahren. Der jüngste Patient war 16 Jahre, der älteste Patient bereits 83 Jahre alt (vgl. Leygraf 1988, S.20). Leygraf fand einen Altersgipfel zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr heraus. Laut Leygraf sind bei den Strafgefangenen mehr jüngere Altersklassen vertreten, es überwiegt die Alterstufe der Jugendlichen und Heranwachsenden und die der höheren Alterstufen gegenüber den Maßregelpatienten. Rotthaus (1971) stellte den Rückgang der kriminellen Energie bei seelisch Kranken mit zunehmenden Alter und eine bessere soziale Anpassung fest. Dies entspricht den Ergebnissen von Tölle (1966 und 1986) über die Abschwächung pathologischer und sozio-pathischer Persönlichkeitsmerkmale mit zunehmenden Alter (vgl. Leygraf 1988, S.22).

Abb. 2 Geburtsland

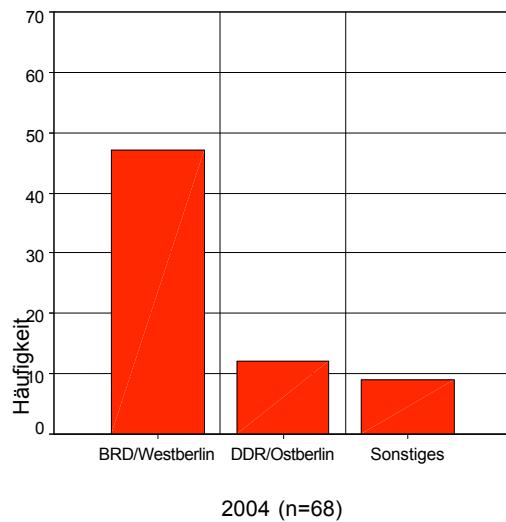
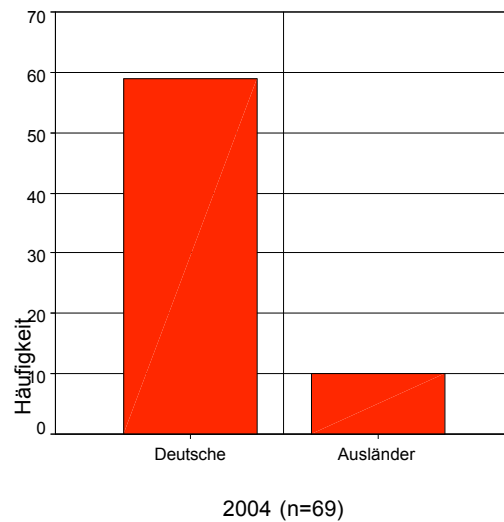


Abb. 3 Staatsangehörigkeit



Bei der Erhebung des Geburtslandes konnte ein Patient nicht erfasst werden.⁴

3.2.4 Familienstand/Kinder

Ich habe herausgefunden, dass 48 Patienten ledig und neun Patienten verheiratet sind. 12 Patienten sind geschieden.

49 Patienten haben keine eigenen Kinder. Sieben Patienten haben ein Kind, 12 Patienten haben zwei Kinder und mehr.

⁴ Ausländische Maßregelpatienten nehmen hier vom Anteil her gesehen eine randständige Position ein. Die einzelnen Nationalitäten ausländischer Patienten habe ich nicht dokumentiert. Zumeist handelt es sich jedoch um italienische und türkische Patienten. Ob russlanddeutsche Patienten darunter sind konnte ich nicht erfassen. Der Migrationshintergrund ausländischer Patienten und einschneidende Maßnahmen wie eine drohende Abschiebung spielen eine nachhaltige Rolle bei den Resozialisierungsbemühungen des ausländischen Patienten und müssen in der Behandlung berücksichtigt werden.

Abb. 4 Familienstand

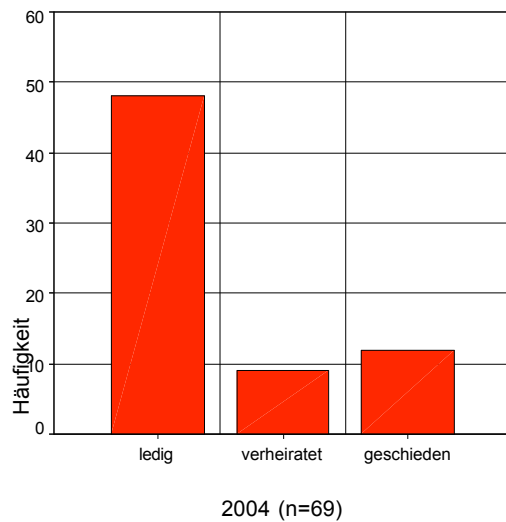
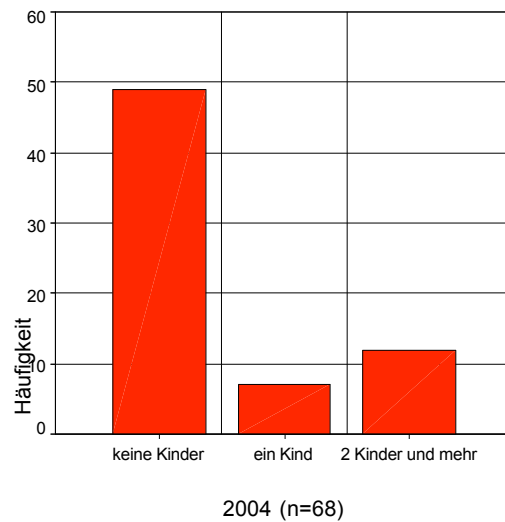


Abb. 5 Anzahl eigener Kinder



Bei der Erhebung der Kinderzahl konnte ein Patient nicht erfasst werden.⁵

⁵ Bei der Erfassung des Familienstands ist mir aufgefallen, dass vor allem ausländische Maßregelpatienten meistens verheiratet sind oder waren. Der Anteil der geschiedenen Maßregelpatienten ist bei meiner Untersuchung höher als bei Leygraf ausgefallen. Das kann damit zusammenhängen, dass sich heute insgesamt mehr Paare scheiden lassen als noch vor 15 Jahren.

Im Zusammenhang mit dem hohen Ledigenanteil unter Maßregelpatienten ist der hohe Anteil kinderloser Patienten nicht überraschend. Interessant ist allerdings, dass Patienten mit Kind tendenziell gleich mehrere Kinder haben. Ich vermute, dass gerade ausländische Maßregelpatienten aufgrund kultureller Unterschiede zu den kinderreichen Familien zählen, was sich hier dann in den Zahlen niederschlägt.

Leygraf stellte fest, dass der Ledigenanteil bei den Maßregelpatienten wesentlich höher als bei der Allgemeinbevölkerung liegt. Auch Strafgefangene weisen einen niedrigeren Ledigenanteil auf. Diese hohe Ledigenquote könnte auf frühzeitig bestehende Auffälligkeiten hinweisen. Möglich wäre auch, dass fehlende partnerschaftliche Bindungen mitbestimmend sind für delinquentes Verhalten. Das ist wiederum von großer Bedeutung für die Behandlungsplanung.

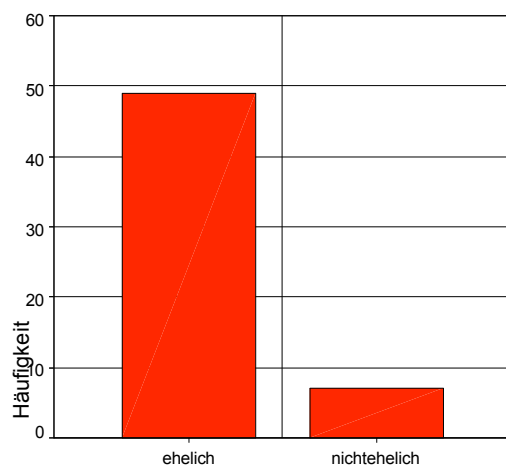
3.3 Allgemeine Anamnese

3.3.1 Geburtsstatus/Heimaufenthalte

Einen unehelichen Geburtsstatus weisen bei meiner Untersuchung sieben Maßregel-patienten auf. 49 Patienten wurden ehelich geboren.

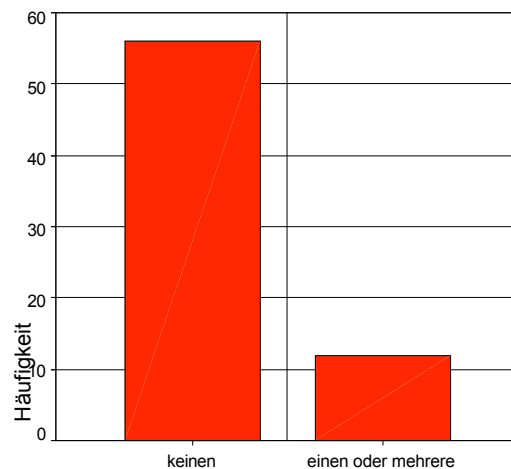
12 Patienten waren während ihrer Kindheit und/oder Jugend mehrmals in einem Heim. Bei 56 Patienten meiner Untersuchung fand ich keinen Hinweis auf eine Heimunterbringung.

Abb. 6 Geburtsstatus



2004 (n=56)

Abb. 7 Heimaufenthalte



2004 (n=69)

Von 13 Patienten konnte der Geburtsstatus nicht erhoben werden, da er aus der internen Dokumentation der Klinik nicht immer einwandfrei abzuleiten war.⁶

Forschungsergebnisse zeigen bei ledigen Patienten stets eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit an psychischen Krankheiten an als bei verheirateten Patienten (vgl. Leygraf 1988, S.23 - 24).

⁶ Ein unehelicher Geburtsstatus ist durchaus als ein Stigmata zu bezeichnen. Der Geburtsstatus allein sagt allerdings noch nicht viel über die soziale Herkunft der Patienten aus, sondern muss mit den Ergebnissen der anderen Daten aus der allgemeinen Anamnese meines Bogens betrachtet werden.

Bei einem Patienten konnte ich nicht erfassen, ob er ein- oder mehrmals in einem Heim untergebracht war. Dabei ist das ein wichtiger Hinweis zum Verlauf der Kindheits- und Jugendentwicklung. Es beeinflusst den Lebenskontext des Patienten, ob er mit beiden Elternteilen, einer alleinerziehenden Mutter oder im Heim aufgewachsen ist.

Wenn keine Heimunterbringung der Fall war lässt das allerdings nicht den Umkehrschluss zu, dass diese Patienten dann automatisch im Elternhaus wohnten. Gerade bei den alleinerziehenden Müttern wuchsen die Kinder z.B. teilweise bei den Großeltern auf. Interessant ist, dass in der Kriminologie bekannt ist, dass nicht die unvollständige, sondern die in sich zerrüttete Primärfamilie zu einer höheren Delinquenzbelastung führt (vgl. Leygraf 1988, S.37).

23 Patienten wuchsen ohne Vater auf (siehe Grafik „Berufstätigkeit Vater“ unter 3.2.3) und 3 Patienten ohne Mutter (siehe Grafik „Berufstätigkeit der Mutter“ unter 3.2.3). Allerdings kann ich nicht mit Sicherheit sagen ob diese Situation bei den betroffenen Patienten durchgängig der Fall war, da ich in der Regel keine Zeitangaben zu dem Vermerk „ohne Vater oder Mutter aufgewachsen“ gefunden habe. Die Lebenssituation während der Kindheit und Jugend lässt sich anhand der Fragen meines Erhebungsbogens leider nicht umfassend analysieren.

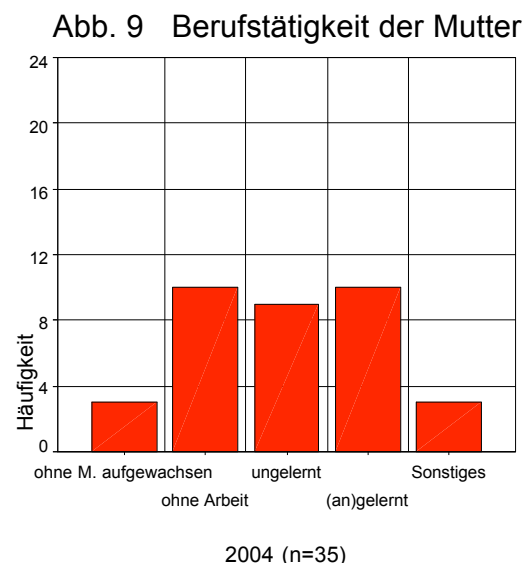
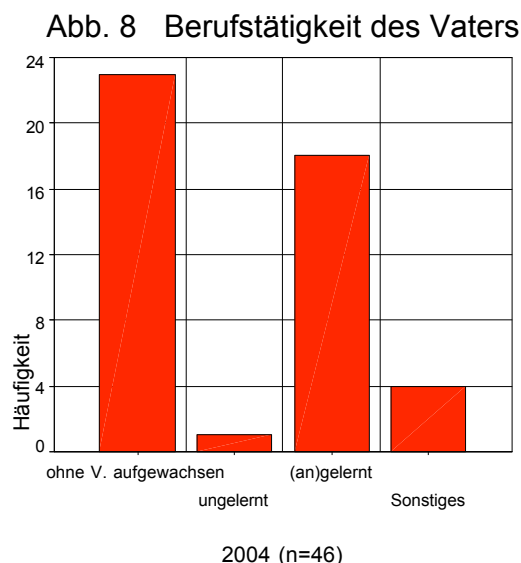
3.3.2 Erkrankungen in der Primärfamilie

Bei 11 Maßregelpatienten meiner Untersuchung konnte bei Angehörigen der Primärfamilie eine Sucht, Minderbegabung oder psychische Erkrankung festgestellt werden. Auf-geschlüsselt bedeutet das, dass Eltern von acht Patienten alkohol- und/oder drogensüchtig sind oder waren, ein Elternteil minderbegabt ist und zwei Elternteile psychisch krank sind. Bei 55 Patienten sind diesbezüglich keine Informationen in der Akte vorhanden.⁷

3.3.3 Berufstätigkeit der Eltern

Väter von 23 Maßregelpatienten sind oder waren berufstätig, davon einer ungelernt und 18 (an-)gelernt. Vier Väter verübten „sonstige“ Tätigkeiten (z.B. Soldat).

Mütter von 10 Patienten waren oder sind ohne Arbeit. Mütter von 22 Maßregelpatienten arbeiten oder haben gearbeitet, wobei sie tendenziell weniger qualifizierte Tätigkeiten als die Väter der Patienten ausüben oder ausübten. Neun Mütter sind oder waren ungelernt tätig und 10 Mütter (an-)gelernt. Drei Mütter verüben oder verübten „sonstige“ Tätigkeiten (z.B. in der eigenen Landwirtschaft).



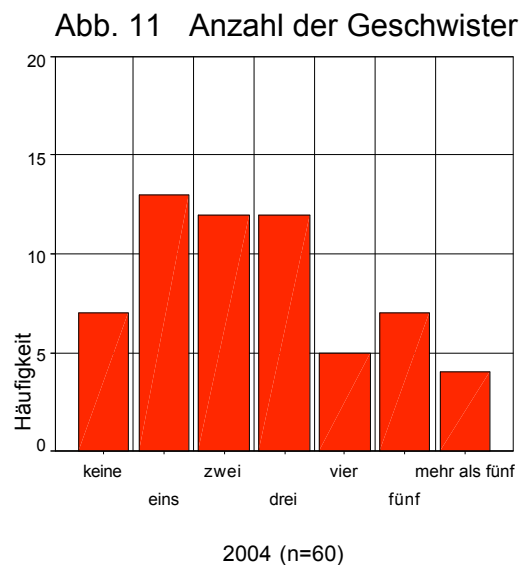
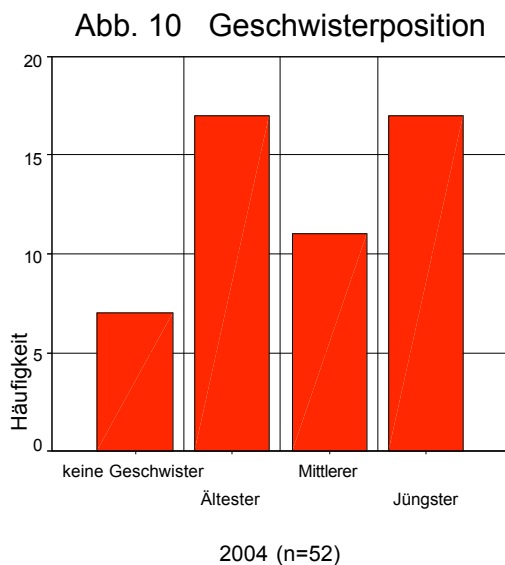
⁷ Leider bleibt ein Großteil psychisch kranker Angehöriger unbekannt, da dieser Aspekt eher unvollständig in der Krankheitsgeschichte eines Patienten dokumentiert wird. Neben der Suche nach einschlägiger Vorbelastung geht es auch darum das Vorkommen psychischer Krankheiten in der Familie überhaupt anzugeben. Es gibt ohnehin das Problem vorhandene Diagnosen zu spezifizieren und in bestehende Klassifikationsschemata ein-zuordnen. Es ist schwierig unter den Umständen eine Aussage über die Belastung mit psychischen Krankheiten in der Familie zu machen (vgl. Leygraf 1988, S.29).

Straftaten in der Primärfamilie wurden bei keinem einzigen Patienten in der Klinik erfragt bzw. dokumentiert. Dabei wäre es durchaus interessant zu wissen, ob Kriminalität der Eltern ein Thema während der Kindheit und Jugend der Patienten war.

Von 23 Vätern und 34 Müttern konnte nicht erfasst werden, ob und wie sie berufstätig waren oder sind.⁸

3.3.4 Geschwisterposition und -zahl

Sieben Patienten haben keine Geschwister, je 17 Patienten sind sowohl Ältester als auch Jüngster in der Geschwisterreihenfolge und 11 Patienten haben sowohl ältere als auch jüngere Geschwister. 13 Patienten haben (oder hatten) einen Bruder bzw. eine Schwester. Je 12 Patienten haben (oder hatten) zwei bis drei Geschwister, fünf Patienten vier Geschwister, sieben Patienten fünf Geschwister und vier Patienten mehr als fünf Geschwister.



Von 17 Patienten konnte die Geschwisterposition und von neun Patienten die Geschwisterzahl nicht erfasst werden.⁹

⁸ Leider kenne ich die Arbeitssituation der Eltern nicht zu Kinderzeiten der Patienten. Vermutlich kann man aber davon ausgehen, dass die Art der Tätigkeit von der Qualifizierung her ähnlich geblieben ist. Adoptiveltern wurden in meiner Untersuchung wie leibliche Eltern behandelt, da ich ursprünglich nicht die Bedeutung dieser speziellen Situation für die Entwicklung des Patienten bedacht habe.

Weniger qualifizierte Tätigkeiten geben geringere Verdienstmöglichkeiten her. Vor allem Patienten, die nur mit einem Elternteil aufgewachsen sind, finden tendenziell eine finanziell schlechtere Situation im Elternhaus vor als Patienten, wo beide Eltern mitverdient haben. Das bedeutete für manchen Maßregelpatienten eine relative Armut in der Kindheit und eingeschränkte Sozialisationsbedingungen. Die Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung eines Kindes werden in der Literatur bestätigt.

⁹ Die Patienten und ihre Geschwister sind nicht immer gemeinsam aufgewachsen. Gründe können u.a. eine Trennung der Eltern und aus einer weiteren Bindung hervorgehende Stiefgeschwister sein oder ein Heimaufenthalt. Von der Geschwisterposition her gesehen sind die Maßregelpatienten meiner Untersuchung tendenziell Erst- oder Letztgeborene, und hatten somit oft die Rolle des „Aufpassers“ oder des „Nesthäkchens“ in der Geschwisterkonstellation. Mehr als die Hälfte der Patienten hat zwischen einem und drei Geschwistern, wobei 16 Patienten sogar noch mehr Geschwister haben. Damit kommt doch ein Viertel der Patienten aus einer kinderreichen Familie. Robins (1978) zum Beispiel sah im Aufwachsen mit einer großen Geschwisterzahl einen Risikofaktor für delinquentes Verhalten (vgl. Leygraf 1988, S.29).

3.3.5 Schulbildung/Schwächen

Mehr als die Hälfte der Patienten meiner Untersuchung absolvierte die Hauptschule, mehr als ein Viertel davon allerdings ohne Abschluss. Fast drei Viertel der Patienten verfügt über das Bildungsniveau vom Besuch einer Hauptschule oder Schule zur individuellen Lern-förderung bzw. Lebensbewältigung.

Tabelle 1

Schulbildung	Anzahl
kein Schulbesuch	1
Schule zur individuellen Lernförderung bzw. zur individuellen Lebensbewältigung	11
Hauptschule ohne Abschluss	23
Hauptschule mit Abschluss	16
Realschule ohne Abschluss	2
Realschule mit Abschluss	5
Gymnasium ohne Abschluss	3
Gymnasium mit Abschluss	2
(Fach-)Hochschule mit Abschluss	1
Total	64
Fehlende Daten	5
Patientenzahl insgesamt	69

Von je fünf Patienten konnte die Schulbildung nicht erhoben werden.¹⁰

Bei einem kleinen Teil der Patienten sind Schwächen in der Vorgeschichte verzeichnet, die zumindest in der Kindheit bestanden und sich vermutlich auf die schulische Entwicklung ausgewirkt haben. Bei fünf Patienten ist von einer sprachlichen Retardierung die Rede. Eine Sehschwäche, sprachliche Retardierung, Lernbehinderung, ein Sprachfehler oder Epilepsie gehört eher zu den Ausnahmen, da sie jeweils entweder bei einem oder maximal zwei Patienten bekannt ist. Analphabeten sind mir keine bekannt.

¹⁰ Leygraf stellte einen deutlichen Mangel an schulischer und beruflicher Bildung bei den Maßregelpatienten fest. Gut 90% der Patienten aus seiner Untersuchung verfügten über das Bildungsniveau vom Besuch einer Hauptschule oder Schule zur individuellen Lernförderung bzw. Lebensbewältigung. Darüber hinaus betrug die Zahl der Analphabeten in seiner Untersuchung fast 14%. Seine Befunde wiesen ein noch geringeres Bildungsniveau auf als in Göppingers Vergleichsgruppe „Strafgefangene“ festgestellt wurde. Bei dessen Vergleichsgruppe „Normalbevölkerung“ verhalten sich die Zahlen genau umgekehrt zu den Ergebnissen der Maßregelpatienten: gut 90% der Normalbevölkerung verfügt über das Bildungsniveau von Hauptschule und höheren Schulabschlüssen (vgl. Leygraf 1988, S.32 - 33).

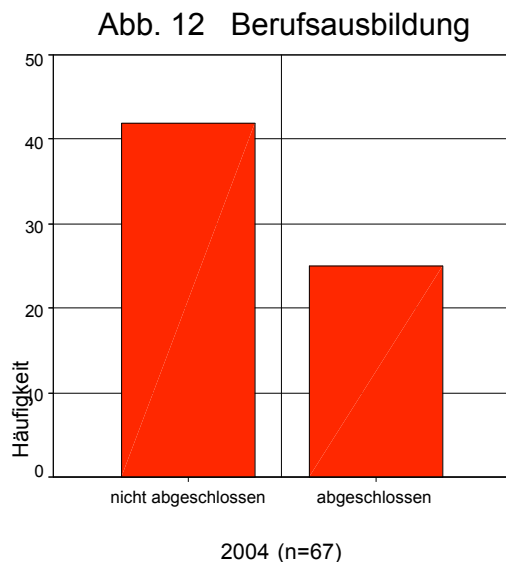
Tabelle 2

Individuelle Schwächen	Anzahl
Keine	48
sprachliche Retardierung	5
Sehschwäche	2
Sprachfehler	2
Epilepsie/Krampfanfälle	2
Lernbehinderung	1
Sonstige	4
Total	64
Fehlende Daten	5
Patientenzahl insgesamt	69

Bei fünf Patienten war es mir nicht möglich Aussagen über das Vorhandensein von etwaigen Schwächen zu machen.

3.3.6 Berufsqualifikation und -tätigkeit

Über die Hälfte der Patienten meiner Untersuchung hat keine abgeschlossene Berufsausbildung. Das betrifft genauer gesagt 42 Patienten aus meiner Erhebung.



Von zwei Patienten konnte die Berufsausbildung nicht erfasst werden.¹¹

Bei der Berufstätigkeit der Patienten meiner Untersuchung kamen sehr unterschiedliche Angaben heraus. 22 Patienten waren vor der Unterbringung arbeitslos. 14 Patienten gingen

¹¹ Leygraf stellte in seiner Untersuchung fest, dass drei Viertel der Patienten keine abgeschlossene Berufsausbildung haben (vgl. Leygraf 1988, S.34).

häufig wechselnden Gelegenheitsarbeiten nach. 11 Patienten waren vollbeschäftigt und drei Patienten in Ausbildung. Neun Patienten bezogen bereits vor der Unterbringung Rente, sechs Patienten waren in einer Arbeitstherapie oder beschützenden Werkstatt tätig.

Tabelle 3

Berufstätigkeit vor der Unterbringung	Anzahl
ohne Arbeit	22
häufig wechselnde Gelegenheitsarbeit	14
Vollbeschäftigt	11
(Früh-)Rentner	9
Arbeitstherapie/beschützende Werkstatt	6
in schulischer/beruflicher Ausbildung	3
Sonstiges	1
Total	66
Fehlende Werte	3
Patientenzahl insgesamt	69

Von drei Patienten ist mir die Berufstätigkeit vor der Unterbringung nicht bekannt.¹²

3.3.7 Intelligenz

Bei 23 Patienten aus meiner Untersuchung ist eine Intelligenzminderung dokumentiert worden. Bei 46 Patienten scheint eine Intelligenzminderung nicht der Fall zu sein.

Die Intelligenz konnte von allen Patienten erschlossen werden.¹³

¹² Leygraf stellte eine schlechte berufliche Integration seiner Patienten fest. Mehr als die Hälfte der Patienten seiner Untersuchung war arbeitslos (vgl. Leygraf 1988, S.35). Die Defizite in Schul- und Berufsausbildung und die Arbeitsmarktsituation für Maßregelpatienten sind bei der Behandlungsplanung noch ausführlich Thema.

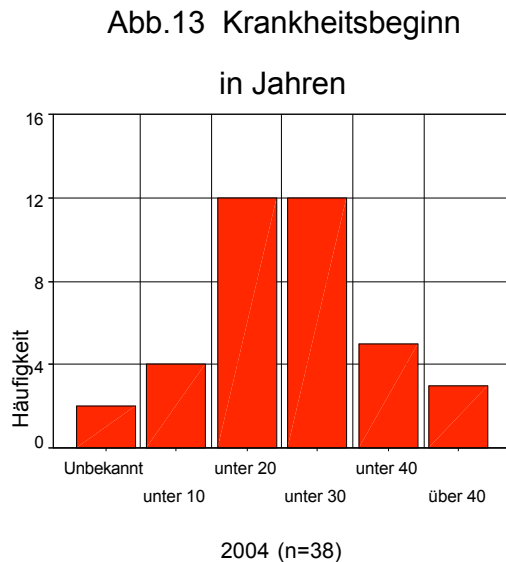
¹³ Ursprünglich habe ich „Intelligenzminderung nicht vorhanden“ und „Intelligenzminderung unbekannt“ getrennt erfasst. Wenn nichts dokumentiert wurde kann man im Prinzip beides gleich handhaben – wäre eine Intelligenz-minderung vermutet worden hätte man wahrscheinlich die Intelligenz des Patienten getestet.

Ergebnisse aus IQ-Testungen sind im Kontext meiner Arbeit kaum zu verwenden, da ich nicht weiß, wie die Ergebnisse handzuhaben sind. Die Testergebnisse werden weder in der Aktenrubrik „Fallbesprechung“ noch im Gutachten so beschrieben, dass sie ein „Nicht-Psychologe“ versteht bzw. selbst einordnen kann. Wörtlich zitierte Beschreibungen wie „weibliche Interessensrichtung“, „der Patient ist eher schwernehmend und empfindlich“, „der Patient ist besser und stabiler, dennoch weiterhin Nervosität und Ängstlichkeit mit körperlichen Beschwerden“ sind im gewöhnlichen Sprachgebrauch nicht verständlich. Dazu widersprechen sich manchmal für mein Empfinden die Tests, wenn z.B. der Patient einmal „dazu neigt der Schuldfrage auszuweichen“ und gleichzeitig „eigene Schuldgefühle stark betont“. (Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite)

Mit solchen Aussagen kann ich leider nicht vernünftig arbeiten. Besser verständlich wäre für mich eine Tendenz zu benennen, in der die häufig mehr als fünf Testungen kurz und präzise zusammengefasst werden. Schlussendlich konnte ich daher nur auswerten, ob eine Intelligenzverminderung bekannt ist oder nicht.

3.3.8 Krankheitsbeginn

Bei 24 Patienten wurde der Krankheitsbeginn zwischen dem 10. und 29. Lebensjahr datiert. Sechs Patienten erkrankten vor dem 10. Lebensjahr, fünf Patienten zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr und drei Patienten ab dem 40. Lebensjahr.



Der Krankheitsbeginn ist bei den oben genannten Patienten laut Aktenlage tatsächlich bekannt. Von 31 Patienten konnte der Krankheitsbeginn nicht erfasst werden.¹⁴

3.3.9 Psychiatrische Erstdiagnose

Bei 39 Patienten fand ich eine Erstdiagnose z.B. im Gutachten dokumentiert. Den größten Anteil machen schizophrene Störungen aus, von denen 15 Patienten betroffen sind. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen betreffen vier Patienten. Von affektiven Störungen sind drei Patienten betroffen.

Leygraf vermisst neben den standardisierten Testverfahren so etwas wie eine „klinische Intelligenzprüfung“, um eventuelle fehlerhafte Schätzungen einer Begutachtung aufzudecken (vgl. Leygraf 1988, S.51).

¹⁴ Wenn aus den Akten nichts hervorgeht (unabhängig von meiner Vermutung, die keine Rolle spielt bei einer wissenschaftlichen Datenerhebung) musste ich von der korrekten Verfahrensweise her „unbekannt“ vermerken.

Der Krankheitsbeginn hängt nicht unbedingt mit der stationären Erstaufnahme zusammen und ist daher schwierig aus der Akte des Patienten herauszufiltern.

Psychische Erkrankungen habe ich bezüglich des Krankheitsbeginns schon vor Feststellung eines forensischen Krankheitswertes erfasst, d.h. der Patient muss nicht gleichzeitig straffällig geworden sein. Intelligenzminderung wird nicht mit „von Geburt an“ gekennzeichnet, da eine Intelligenzminderung an sich keine Krankheit ist. Ein Krankheitsbeginn wird erst erfasst, wenn zu der Intelligenzminderung ein Krankheitswert im forensischen Sinn dazukommt.

Von Persönlichkeitsstörungen sind fünf Patienten betroffen. Eine relativ große Gruppe stellen die von mir nicht klassifizierbaren Störungen dar, die in der Anmerkung zu diesem Punkt näher beschrieben werden.

Tabelle 4

Psychiatrische Erstdiagnose	Anzahl
Keine Erstdiagnose	18
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	15
Persönlichkeitsstörungen	5
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4
Affektive Störungen	3
Nicht klassifizierbar	12
Total	57
Fehlende Werte	12
Patientenanzahl insgesamt	69

Von 12 Patienten ist mir die Erstdiagnose nicht bekannt.¹⁵

3.3.10 Stationäre psychiatrische Vorbehandlungen

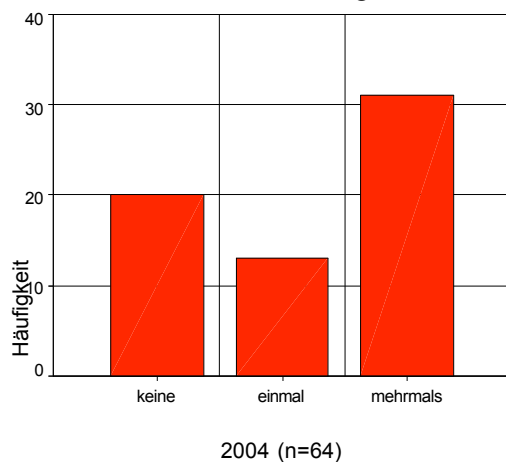
Insgesamt 54 Patienten wurden stationär vorbehandelt. Auffallend ist hier, dass „nur“ 13 Patienten einmal stationär vorbehandelt wurden und 31 Patienten mehrmals. 20 Patienten wurden vor der Aufnahme in der Forensik überhaupt nicht stationär behandelt.

¹⁵ Ich habe nicht die Kompetenz eines Mediziners. Da ich aber gezwungen war die einzelnen Diagnosen in ein für mich auswertbares System zu packen habe ich die Diagnosen nach einer bestimmten Vorgehensweise eingestuft. Sofern mehrere Diagnose vor der aktuellen Unterbringung gestellt wurden habe ich die zu aller erst bekannte Diagnose erfasst.

Die Diagnose Alkoholdemenz wurde unter „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ klassifiziert. Im Gegensatz zur Verhängung des §64 StGB, wo der „Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“ zugrunde liegen muss und die Begehung der rechtswidrigen Tat auf den Hang zurückzuführen ist basiert die Verhängung des §63 StGB auf anderen Faktoren (siehe unter 2.1.4 „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“). Wurde neben der Diagnose Alkoholdemenz also eine zusätzliche Diagnose genannt (z.B. eine Persönlichkeitsstörung) und hat vermutlich diese primär zur Unterbringung geführt, wird der Alkoholmissbrauch bzw. die Sucht unter dem Punkt Zweitdiagnose aufgeführt. Epilepsie taucht unter „Schwächen“ und nicht in der Diagnose auf, da sie ebenfalls nicht primär zur Unterbringung führt. In der Diagnose taucht die Intelligenzverminderung nicht auf, allein für sich genommen hat sie keinen Krankheitswert. Daher gruppiere ich bei festgestellter Oligophrenie die zusätzliche Störung mit forensischem Krankheitswert ein, z.B. Pädophilie. Nicht klassifizierbar waren für mich „frühkindlicher Hirnschaden“ (der wurde anhand verschiedener Klassifizierungen vermerkt), Suizidversuche und Entgiftungen. Sehr weit gefasste Begriffe wie z.B. „Neurotisch Psychopatische Persönlichkeit“ konnte ich ebenfalls nicht klassifizieren.

Leygraf stellte fest, dass der geringe Anteil affektiver Psychosen den Erwartungen entspricht. In der Regel führen sie nicht zu gewalttätigen Straftaten und melancholische Phasen bieten so etwas wie einen Schutzwall gegenüber dem straffällig werden bietet. Der Anteil schizophrener Erkrankungen weist in der Literatur große Unterschiede auf, die zum Teil regional bedingt sind. Auch bei Leygraf wurde eine schizophrene Psychose am häufigsten als Erstdiagnose aufgeführt (vgl. Leygraf 1988, S.46 - 47).

Abb. 14 stationäre psychiatrische
Vorbehandlungen



Von fünf Patienten konnten stationäre psychiatrische Vorbehandlungen nicht erfasst werden.

16

3.3.11 Wohnsituation vor der jetzigen Unterbringung

Anteilmäßig wohnten der Reigenfolge nach 16 Patienten vor der Unterbringung alleine, 12 Patienten zusammen mit Angehörigen der Primärfamilie und neun Patienten zusammen mit Angehörigen der eigenen Familie. Neun Patienten waren vor der Aufnahme in die Forensik in einem Krankenhaus und 10 Patienten in einer betreuten Wohnform untergebracht. Vier Patienten waren vor der Unterbringung wohnungslos und zwei Patienten saßen im Gefängnis.

Tabelle 5

¹⁶ Leygraf kommt zu dem Ergebnis, dass über 60% der Patienten seiner Untersuchung einmal oder mehrmals stationär vorbehandelt wurden. Seinen Ausführungen nach betrifft das vor allem häufiger Patienten mit schizo-phrenen und affektiven Psychosen und hirnorganischen Störungen. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind seltener davon betroffen (vgl. Leygraf 1988, S.55).

Wohnsituation vor der Unterbringung	Anzahl
Alleinstehend	16
mit Angehörigen der Primärfamilie	12
mit Angehörigen der eigenen Familie	9
Krankenhaus	9
Komplementäre Einrichtung	10
Wohnungslos	4
Gefängnis	2
Sonstiges	2
Total	64
Fehlende Werte	5
Patientenanzahl insgesamt	69

Von fünf Patienten konnte die Wohnsituation vor der Unterbringung nicht ermittelt werden.¹⁷

¹⁷ Bei dem Punkt „Wohnungslosigkeit“ darf man dass Stigmata und damit verbundene Schamgefühle nicht unterschätzen, weswegen vielleicht mancher wohnungslose Patienten einen festen Wohnsitz angibt, beispielsweise die Adresse von Freunden. Bei der Dokumentation durch den aufnehmenden Mitarbeiter wird der Wahrheitsgehalt nicht zwangsläufig beim Einwohnermeldeamt gecheckt. Das erschwert natürlich die Erfassung und Auswertung dieses Punktes.

Leygraf stellte in seiner Untersuchung fest, dass zwei Drittel der Patienten vor der Unterbringung alleinstehend waren oder mit Angehörigen der Primärfamilie zusammenwohnten. Jeweils ca. 10% der Patientengruppe waren in einem Wohnheim untergebracht oder lebten mit Angehörigen der eigenen Familie zusammen. Im Krankenhaus waren bei ihm nur ca. 3% der Patienten vor der Unterbringung untergebracht. Fast 10% der Patienten waren wohnungslos (vgl. Leygraf 1988, S.23).

Bei Leygraf wohnten weitaus mehr Patienten mit Angehörigen der Primärfamilie zusammen als ich bei meinen Auswertungen feststellte. Dass kann mitunter mit allgemeinen Veränderungen der Lebensumstände zu tun haben, dass eventuell immer weniger psychisch kranke Patienten zu Hause versorgt werden (können). Andererseits können auch regionale Unterschiede mit hinein spielen, da beispielsweise am Land eventuell die Bereitschaft höher ist psychisch Kranke noch zu Hause zu versorgen anstatt sie in einem Heim unterzubringen.

3.4 Forensische Anamnese

3.4.1 Vordelikte

15 Patienten begingen vor der Unterbringung laut ihrem Registerauszug keine Straftaten. 10 Patienten begingen vor der Unterbringung Delikte, die in einem Abschnitt des sog. besonderen Teils des Strafgesetzbuches zusammengefasst sind. Bei 12 Patienten verteilen sich die Vordelikte auf zwei Abschnitte, bei 11 Patienten auf drei Abschnitte, bei vier Patienten auf vier Abschnitte und bei 10 Patienten auf mehr als vier Abschnitte des sog. besonderen Teils des Strafgesetzbuches.

Tabelle 6

Anzahl an Vordelikten	Anzahl
keine Vorstrafen	15
Straftaten summiert in einem Abschnitt des StGB	10
Straftaten summiert in zwei Abschnitten des StGB	12
Straftaten summiert in drei Abschnitten des StGB	11
Straftaten summiert in vier Abschnitten des StGB	4
Straftaten summiert in mehr als vier Abschnitten des StGB	10
Total	62
Fehlende Werte	7
Patientenanzahl insgesamt	69

Bei sieben Patienten konnte ich die Vordelikte nicht erfassen.¹⁸

¹⁸ Die etwas ungewöhnliche Eingruppierung der Vordelikte in Abschnitte des sog. besonderen Teils des Strafgesetzbuches dient dem Versuch die Einschlägigkeit der Delikte messbar zu machen. Bei 25 Patienten ist die Kriminalitätsentwicklung nach diesem Vorgehen tendenziell wenig einschlägig verlaufen, da diese Patienten Straftaten begingen, die in drei und mehr verschiedene Abschnitte des sog. besonderen Teils des Strafgesetzbuches eingeteilt sind. Die Anzahl der Delikte wird hier nicht berücksichtigt, sondern unter dem Punkt „Registereinträge“ ausgeführt!

Die Einschlägigkeit der Kriminalitätsentwicklung ist durch meine Eingruppierung leider nicht immer korrekt festzustellen: Ein Patient hat beispielsweise Delikte wie Sachbeschädigung, Diebstahl, Körperverletzung, Betäubungsmittelbesitz, Betäubungsmittelerwerb, Handel mit Betäubungsmitteln, Hausfriedensbruch und Fahren ohne Fahrerlaubnis begangen. Stellenweise beging er die Delikte in Tateinheit miteinander bzw. wurden mehrere Straftaten miteinander abgeurteilt. Das bedeutet einerseits, dass er Delikte beging, die in sechs verschiedenen Abschnitten des sog. besonderen Teils des Strafgesetzbuches zusammengefasst sind. Dem Leser fällt hier vielleicht zuerst die Ballung der Delikte, die nach dem Betäubungsmittelgesetz strafbar sind auf und er vermutet hier eine Einschlägigkeit. Tatsächlich ist aber eine andere deutliche Einschlägigkeit festzustellen, die nicht durch diese Art der Eingruppierung deutlich wird: der Patient hat vor der Unterbringung bereits 13 Diebstähle begangen, die strafrechtlich verfolgt wurden und das Unterbringungsdelikt lautet ebenfalls Diebstahl, und das gleich in vier Fällen.

Leygraf fand im Vergleich der Vordelikte zum Unterbringungsdelikt eine starke Einschlägigkeit bei Eigentums- und Sexualdelikten ohne Gewalt heraus. Vergleichsweise gering ist die Einschlägigkeit bei Tötungsdelikten (vgl. Leygraf 1988, S.78).

3.4.2 Alkohol-/Drogeneinfluss bei Delikten

26 Patienten standen bei Vordelikten nicht unter Alkohol- oder Drogeneinfluss. Während sieben Patienten unter Alkoholeinfluss standen waren nur zwei Patienten unter Drogeneinfluss beim Begehen ihrer Vordelikte.

Bei der Begehung des Unterbringungsdelikts standen 38 Patienten unter keinem Alkohol- oder Drogeneinfluss. 20 Patienten waren alkoholisiert. Unter Drogeneinfluss stand nur ein Patient.

Abb. 15 Alkohol-/Drogeneinfluss

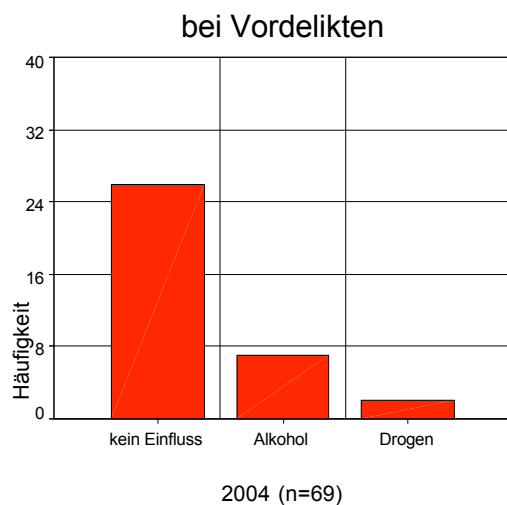
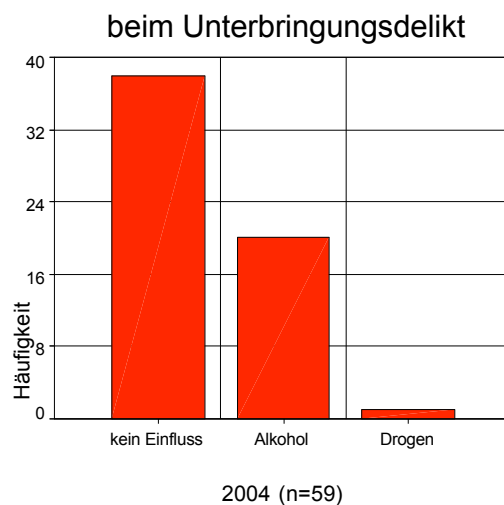


Abb. 16 Alkohol-/Drogeneinfluss



Bis auf 10 Patienten konnte ich beim Unterbringungsdelikt den Alkohol- oder Drogeneinfluss ermitteln.¹⁹

3.4.3 Registereinträge

Über ein Drittel der Patienten erhielt zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr zum ersten Mal einen Vermerk im Bundeszentralregister und 12 Patienten zwischen dem 25. und 34. Lebensjahr. Nur fünf Patienten waren zum Zeitpunkt ihres ersten Registereintrags jünger als

¹⁹ Gerade bei den Vordelikten wurde der Alkohol- oder Drogeneinfluss häufig nicht dokumentiert. Bei fast der Hälfte der Patienten ist mir der Einfluss bei den Vordelikten daher unbekannt. Bei den anderen Patienten bestand der Alkohol- oder Drogeneinfluss bei mindestens einem Delikt. Leider konnte ich darüber hinaus nicht differenzieren bei wie vielen Delikten Alkohol- oder Drogeneinfluss festgestellt wurde.

Hier wurden auch die Patienten mit „kein Einfluss“ erfasst, die gar keine Vordelikte begangen haben! Dadurch ist das Ergebnis von Alkohol- oder Drogeneinfluss bei den Vordelikten vorsichtig zu interpretieren. Hier hätte ich besser „ohne Vorstrafen und deswegen ohne Alkohol- oder Drogeneinfluss“ gesondert codieren müssen, um ein eindeutiges Ergebnis zu erzielen. 15 Patienten haben keine Vordelikte begangen. Rein rechnerisch bleiben 11 Patienten mit Vordelikten übrig, bei denen kein Alkohol- oder Drogeneinfluss festgestellt wurde.

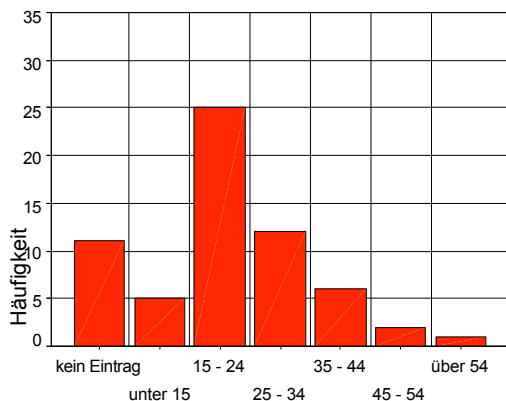
Die kriminogene Bedeutung des Alkohols wurde vielfach untersucht und gilt als gesichert. Leider liegen in der Literatur unterschiedliche Aussagen über den Anteil alkoholbeeinflusster Täter vor. Der Anteil Strafgefangener mit geschätztem Alkoholmissbrauch (aufgrund anamnestischer Daten) wird auf 60% geschätzt. Bei Leygrafs Untersuchung variiert der Anteil alkoholbeeinflusster Maßregelpatienten beim Unterbringungsdelikt je nach Art

15 Jahre und nur neun Patienten waren 35 Jahre alt oder älter. 11 Patienten wurden vor der Unterbringung noch nicht registriert.

Fast die Hälfte der Patienten wurde vor der Unterbringung zwischen einem und fünf mal im Bundeszentralregister vermerkt. 15 Patienten wurden zwischen sechs und 10 mal bzw. zwischen 11 und 15 mal registriert. Nur zwei Patienten haben mehr als 15 Einträge.

Abb. 17 Alter in Jahren beim

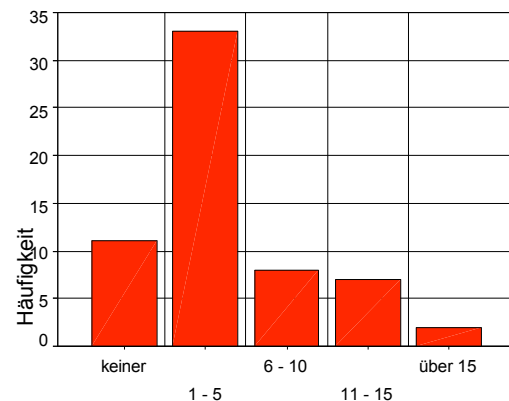
1. Eintrag im Bundeszentralregister



2004 (n=62)

Abb. 18 Anzahl der

Registereinträge



2004 (n=61)

Bei sieben Patienten konnte ich den ersten Registereintrag nicht erfassen, bei acht Patienten fehlt mir die Anzahl der Registereinträge.²⁰

3.4.4 Erste Inhaftierung

In meiner Untersuchung haben 30 Patienten keine Hafterfahrung. Zwei Patienten mit Hafterfahrung waren zum Zeitpunkt der ersten Inhaftierung jünger als 15 Jahre, 19 Patienten waren zwischen 15 und 24 Jahre alt. Sieben Patienten waren zu diesem Zeitpunkt zwischen

der Straftat stark. Bei Brandstiftung und Sexualdelikten waren über 60% der Täter alkoholbeeinflusst. Bei Tötungsdelikten dagegen standen nur etwa 30% der Täter unter Alkoholeinfluss (vgl. Leygraf 1988, S.97).

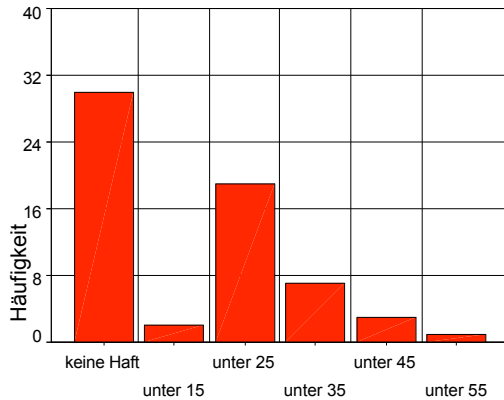
²⁰ War der erste Registereintrag unbekannt so lag das mitunter daran, dass der Auszug aus dem Bundeszentralregister nicht in der Akte vorlag. Das kann vorkommen, wenn beispielsweise ein Patient erst kürzlich aufgenommen wurde.

Der letzte Registereintrag ist manchmal schon das Unterbringungsdelikt, in manchen Fällen ist aber das Unterbringungsdelikt (noch) nicht im Register enthalten. Ich habe das jeweils so übernommen, wie es im Einzel-fall im Bundeszentralregister angegeben war, da mir der Unterschied nicht gleich zu Beginn der Datenerfassung aufgefallen ist.

Auch bei Leygraf zeigt sich eine früh einsetzende Delinquenzentwicklung bei Maßregelpatienten: zwei Drittel der Patienten seiner Untersuchung waren zum Zeitpunkt der ersten Delinquenz jünger als 25 Jahre. Ein Delinquenz-beginn nach dem vierten Lebensjahrzehnt ist eher selten (vgl. Leygraf 1988, S.82). Zwei Drittel der Patienten waren bei vor der Begehung des Unterbringungsdeliktes schon ein- oder mehrmals vorbestraft (vgl. Leygraf 1988, S.76). Interessant ist, dass Leygraf soziobiografische Unterschiede zwischen vorbestraften und nicht vorbestraften Patienten feststellte: Patienten mit Vordelinquenz entstammen häufiger der untersten Sozialschicht und verfügen über eine schlechtere schulische und berufliche Qualifikation (vgl. Leygraf 1988, S.80).

25 und 34 Jahre alt und drei Patienten zwischen 35 und 44 Jahre alt. Nur ein Patient war bei seiner ersten Inhaftierung älter als 45 Jahre.

Abb. 19 Alter in Jahren bei der
ersten Inhaftierung



2004 (n=62)

Bei sieben Patienten konnte ich den Zeitpunkt der ersten Inhaftierung nicht erfassen, da mir kein Registerauszug vorlag.²¹

3.4.5 Unterbringungsdelikt

27 Patienten verübten Straftaten gegen das Leben und die körperliche Unversehrtheit. 17 Patienten begingen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. 10 Patienten begingen sog. gemeingefährliche Straftaten – durch die Bank handelt es sich dabei um Brandstiftung. Sechs Patienten wurden wegen einem Unterbringungsdelikt wie Diebstahl oder Raub verurteilt. Je zwei oder drei Patienten verübten Delikte aus anderen Abschnitten des sog. besonderen Teils des Strafgesetzbuches.

²¹ Die Untersuchung von Enzmann&Greve (2002) deutet darauf hin, dass sich der Jugendstrafvollzug zum „Heranwachsendenstrafvollzug“ verschiebt. Ein Großteil der dort erfassten Insassen war bei Haftantritt 18 Jahre und älter (Bereswill&Greve, S.114).

Leygraf erwähnt, dass fast 40% der Patienten seiner Untersuchung bereits eine oder mehrere Haftstrafen verbüßt haben. Gut 40% der Patienten aus dieser Gruppe begingen (zum allergrößten Teil gewaltlose) Eigentumsdelikte und gut 20% Sexualdelikte mit und ohne Gewalt. Ca. 13% der Patienten begingen Körperverletzungen und 2% (versuchte)Tötungsdelikte, wobei es hier Mehrfachtäter gab (vgl. Leygraf 1988, S.77 - 78).

Tabelle 7

Art des Unterbringungsdeliktes	Anzahl
Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit	13
Straftaten gegen das Leben	14
Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	17
Diebstahl/Unterschlagung	6
Raub/Erpressung	3
Betrug/Untreue	2
Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz	2
gemeingefährliche Straftaten	10
Sonstige	2
Total	69

Beim Unterbringungsdelikt

konnten alle Patienten erfasst werden.²²

Ein Drittel der Patienten war zum Zeitpunkt des Unterbringungsdeliktes zwischen 20 und 29 Jahre alt und ein Viertel zwischen 30 und 39 Jahre alt. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit ein Unterbringungsdelikt zu begehen tendenziell ab.

Tabelle 8

Alter beim Begehen des Unterbringungsdeliktes	Anzahl
Im Alter von unter 20 Jahren	4
Im Alter von 20 bis 24 Jahren	11
Im Alter von 25 bis 29 Jahren	14
Im Alter von 30 bis 34 Jahren	10
Im Alter von 35 bis 39 Jahren	8
Im Alter von 40 bis 45 Jahren	6
Im Alter von 45 bis 49 Jahren	6
Im Alter von 50 bis 54 Jahren	4
Im Alter von 55 Jahren und älter	6
Total	69

Der Zeitpunkt des

²² Fanden mehrere Delikte in Tateinheit statt wurde das schwerwiegendere Delikt eingruppiert (bei Vergewaltigung mit Todesfolge z.B. „Straftaten gegen Leib und Leben“ und nicht in „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“). „Sonstige Delikte“ weisen einen unterschiedlichen Schweregrad auf.

Leygraf stellte fest, dass bei den nach §63 StGB untergebrachten Patienten Anlaßstraftaten aus dem Bereich „Straftaten gegen Leib und Leben“ mit fast 40% überwiegen. Hier wurden Tötungen, Tötungsversuche sowie Körperverletzungen versch. Schweregrade zusammengefasst. Sexualdelikte machen gut ein Viertel der Straftaten aus und Brandstiftung gut 10% (vgl. Leygraf 1988, S.68).

Unterbringungsdelikts konnte von allen Patienten erfasst werden.

3.4.6 Rechtsgrundlage der jetzigen Unterbringung

Bei 50 Patienten wurde die Unterbringung nach §63 StGB erstmalig ausgesprochen. Sechs Patienten erhielten wiederholt den §63 StGB. Bei vier Patienten wurde der §63 StGB nach früherer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß §64 StGB ausgesprochen. Bei acht Patienten wurde die Bewährung entweder nach der Unterbringung oder eines primär zur Bewährung ausgesetzten §63 StGB widerrufen.

Tabelle 9

Rechtsgrundlage der Unterbringung	Anzahl
Erstmalig ausgesprochener § 63 StGB	50
Widerruf eines primär zur Bewährung ausgesprochenen § 63 StGB	5
Widerruf eines nach bedingter Entlassung aus einer Unterbringung zur Bewährung ausgesetzten §63 StGB	3
erneut ausgesprochener § 63 StGB	6
Erstmalig ausgesprochener § 63 StGB nach früherem § 64 StGB	4
Total	68
Fehlende Werte	1
Patientenanzahl insgesamt	69

Die

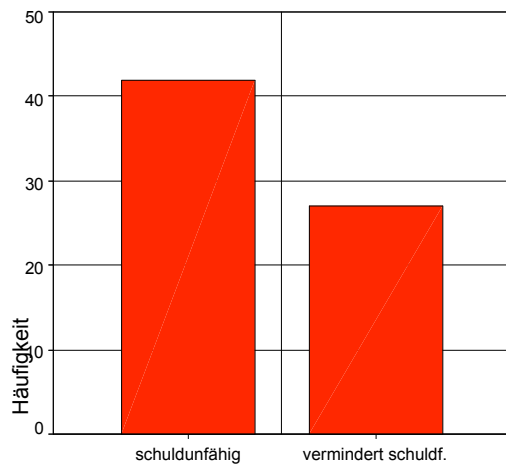
Rechtsgrundlage der Unterbringung konnte von einem Patient nicht erfasst werden.²³

Der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus liegt die Klärung der Schuldfähigkeit zugrunde (nachzulesen unter 2.1.3 „Schuldfrage“). Bei 42 Patienten erkannte das Gericht in Bezug auf das Unterbringungsdelikt Schuldunfähigkeit an und bei den restlichen 27 Patienten eine verminderte Schuldfähigkeit.²⁴

²³ Gut 80% der Patienten aus Leygrafs Untersuchung waren erstmalig gemäß §63 StGB untergebracht, ca. 17% dagegen ein- oder mehrmals (Bewährungswiderrufe mit eingerechnet). Ähnliche Ergebnisse sind auch in der Literatur bekannt (vgl. Leygraf 1988, S.43).

²⁴ Zur Schuldfrage äußerte sich Leygraf nur bezüglich der Vordelinquenz. Er stellte fest, dass nur bei jedem vierten vorbestraften Patienten bereits bei der ersten Aburteilung eine verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit anerkannt wurde (vgl. Leygraf 1988, S.76).

Abb. 20 Schulfähigkeit



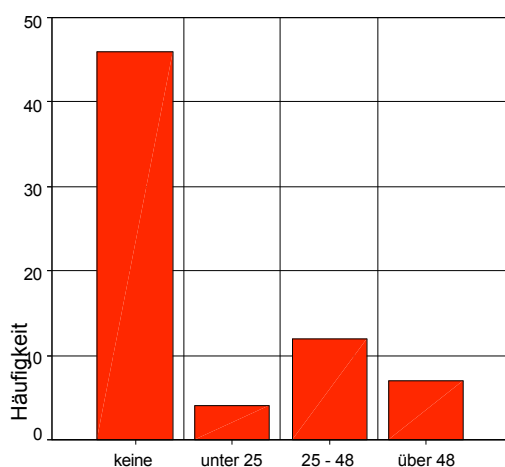
2004 (n=69)

3.4.7 Parallelstrafe/Reihenfolge der Vollstreckung

46 Patienten bekamen vom Gericht im Unterbringungsverfahren keine Parallelstrafe verhängt. Bei 19 Patienten wurde eine Haftstrafe von 25 Monaten und mehr verhängt, bei vier Patienten von weniger als 25 Monaten.

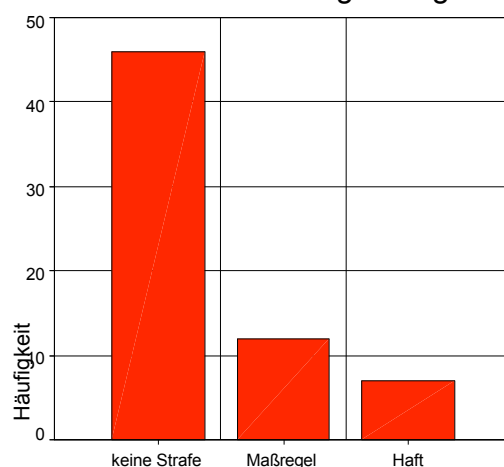
Bei 12 Patienten wird die Maßregel vorwegvollzogen, bei sieben Patienten erfolgte zuerst die Inhaftierung. Allerdings gibt es auch noch die Möglichkeit des Zwischenvollzuges, auf den ich hier nicht näher eingehen möchte, da ich diese Daten nicht erfassen konnte.

Abb. 21 Parallelstrafe in Monaten



2004 (n=69)

Abb. 22 Vorwegvollzug



2004 (n=65)

Von vier Patienten konnte die Reihenfolge der Vollstreckung nicht erfasst werden.²⁵

3.4.8 Aktuelle psychiatrische Diagnose/ Verhaltensauffälligkeiten

Bei fast der Hälfte der Patienten wurde eine schizophrene Störung diagnostiziert, bei fast einem Drittel eine Persönlichkeitsstörung. Bei sechs Patienten wurde eine psychische oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen festgestellt.

Tabelle 10

Aktuelle psychiatrische Diagnose	Anzahl
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	31
Persönlichkeitsstörungen	22
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6
Affektive Störungen	2
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1
Nicht klassifizierbar	7
Patientenanzahl insgesamt	69

Die aktuellen psychiatrischen Diagnosen konnten von allen Patienten erfasst werden.²⁶

²⁵ In meiner Untersuchung bezeichne ich die Haftstrafe auch als Parallelstrafe, da sie im gleichen Verfahren wie die Unterbringung parallel angeordnet wird. Wenn der Großteil der Haftstrafe (auch durch U-Haft) schon abgesessen wurde habe ich Vorwegvollzug der Haftstrafe eingetragen. Wurden nur wenige Tage oder Wochen vor der Unterbringung in Haft verbracht habe ich den Vorwegvollzug der Maßregel vermerkt. Da ich diesen Punkt aus Fakten wie dem Wohnsitz vor der Unterbringung ableiten musste (sofern nicht im Urteil die Reihenfolge der Vollstreckung benannt wurde) beruhen diese Ergebnisse auf der Interpretation des Verfassers und sind vorsichtig zu verwenden.

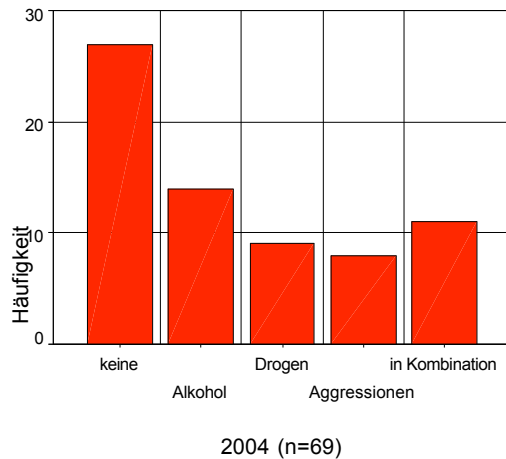
Die Freiheitsstrafe an sich hat insofern im Behandlungsplan eine Bedeutung, da die Haft nicht die Resozialisierungsmaßnahmen wie die Unterbringung leisten kann. Wird die Freiheitsstrafe im Anschluss an die Behandlung vollzogen gefährdet die Haft den Resozialisierungserfolg – eingeleitete Maßnahmen wie Arbeits- und Wohnungssuche müssen wegen der Inhaftierung abgebrochen werden. Der Vollzug leistet kaum Integrationshilfen als Entlassvorbereitung. Nicht selten werden Inhaftierte in die Wohnungs- und Arbeitslosigkeit entlassen.

Leygraf fand heraus, dass bei 35% der Patienten neben der Anordnung des §63 StGB eine Freiheitsstrafe verhängt wurde (im Durchschnitt 3 _ Jahre). Bei über 30% betrug die Freiheitsstrafe weniger als 2 Jahre. Das ist ein Zeitrahmen, der bei einer allgemeinen Freiheitsstrafe noch Bewährung zugelassen hätte. Bei Gewaltanwendung war die Freiheitsstrafe höher angesetzt: bei Tötungsdelikten durchschnittlich 8 Jahre (vgl. Leygraf 1988, S.73).

²⁶ Ich benutze das Eingruppierungsschema der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, 10. Revision, kurz: ICD 10. Um den Vergleich nicht zu komplizieren beziehe ich diagnostische Schwierigkeiten nicht mit ein. Patienten mit Schizophrenien sind stark vertreten, was allerdings auch in der Natur der Unterbringungsform und der Schuldfähigkeit begründet ist. „Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung... gekennzeichnet... Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedanken-eingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungs-wahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome (vgl. <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2004/fr-icd.htm?navi.htm+a00>). (Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite)

Bei 14 Patienten wurde Alkoholmissbrauch bzw. eine Sucht festgestellt, bei neun Patienten Drogenmissbrauch bzw. eine Sucht. Bei 19 Patienten wurde (zum Teil in der Vorgeschichte) verbal oder tätlich aggressives Verhalten dokumentiert. Bei acht Patienten aus dieser Gruppe wurde sowohl aggressives Verhalten als auch Stoffmissbrauch genannt.

Abb. 23 Stoffmissbrauch/-sucht
und aggressives Verhalten



Es konnten bei diesem Punkt alle Patienten erfasst werden.²⁷

Bey Leygraf sind unter den aktuellen Diagnosen ebenfalls die schizophrenen Psychosen und die Persönlichkeitsstörungen am stärksten vertreten (vgl. Leygraf 1988, S.48). Außerdem stellte er bei seinen Auswertungen fest, dass ca. 30% der Patienten Alkohol missbrauchen oder eine Sucht vorliegt. Davon sind ca. 5% der Patienten substanzabhängig oder es liegt ein Substanzmissbrauch vor (vgl. Leygraf 1988, S.54).

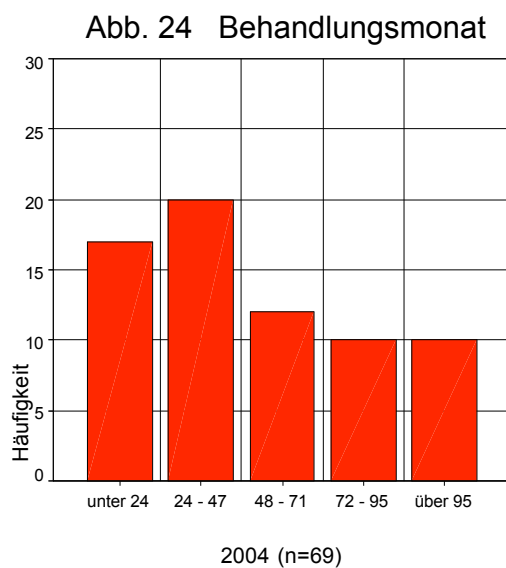
²⁷ Aus erfassungstechnischen Gründen konnte ich nur bestimmte Zweitdiagnosen oder Verhaltensauffälligkeiten erheben, die für meine Belange interessant erschienen. Sexuelle Fehlentwicklungen wurden zum Beispiel von mir nicht erhoben.

Aggressionen können schon aus der Vorgeschichte bekannt sein, können aber auch im Rahmen des Urteils oder durch Einschätzungen des Pflegepersonals in der Fallbesprechung dokumentiert worden sein. Festgehalten wurde von mir unabhängig von Medikation oder Krankheitsphasen aufgetretenes aggressives Verhalten.

3.5 Verlaufsdaten

3.5.1 Behandlungsmonat

17 Patienten meiner Untersuchung sind zum Erhebungszeitpunkt maximal zwei Jahre in der Unterbringung. 20 Patienten sind bereits zwischen zwei und vier Jahren im Maßregelvollzug untergebracht und 12 Patienten zwischen vier und sechs Jahren. Je 10 Patienten sind zum Erhebungszeitpunkt zwischen sechs und acht Jahren bzw. länger als acht Jahre in der Maßregelunterbringung. Die Spannweite der Unterbringung liegt somit zwischen zwei Monaten und 13 _ Jahren. Die durchschnittliche Unterbringungsdauer beträgt ziemlich genau 4 _ Jahre.



Der Behandlungsmonat konnte von allen 69 Patienten erfasst werden.²⁸

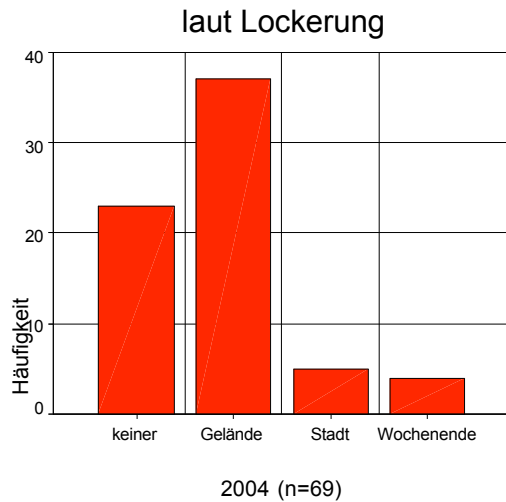
3.5.2 Aktuelle Lockerung

23 Patienten meiner Untersuchung verfügte zum Erhebungszeitpunkt über keinerlei Vollzugslockerungen. Bei 37 Patienten hat das Gericht Geländeausgang genehmigt. Fünf Patienten dürfen in den Stadtausgang und vier Patienten die Forensik übers Wochenende verlassen.

²⁸ Unter 2.1.4 „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“ sind Fakten zur zeitlichen Unbefristetheit und Verhältnismäßigkeit der Maßregel nach §63 StGB nachzulesen (vgl. Leygraf 1988, S.110).

Bei Leygraf reicht die Spannweite der Unterbringung von einem Monat hin zu 38 Jahren. Die durchschnittliche Unterbringungsdauer in seiner Untersuchung beträgt 6,3 Jahre (vgl. Leygraf 1988, S.109).

Abb. 25 Aktueller Ausgang



Die aktuelle Lockerung konnte von allen 69 Patienten erfasst werden.²⁹

3.5.3 Therapien/Gespräche und Förderungen/Angebote

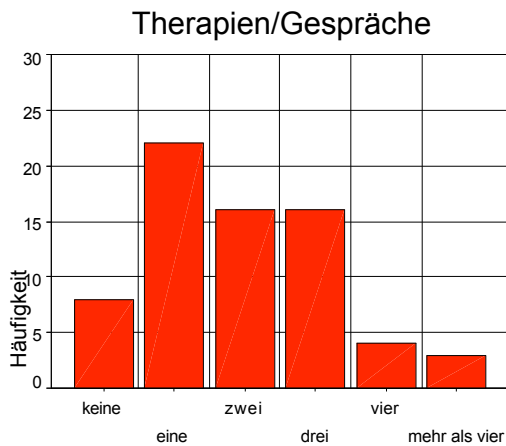
Zum Erhebungszeitpunkt nahmen acht Personen an keiner Einzel- oder Gruppentherapie teil. 22 Patienten nahmen an einer Therapie teil, je 16 Patienten an zwei oder drei Therapien. Sieben Patienten nahmen an mehr als vier Therapien teil.

21 Patienten sind in keine Angebote oder Fördermaßnahmen integriert. 31 Patienten nahmen an Kontaktangeboten teil, 15 Patienten davon außerdem an Sportangeboten. 10 Patienten nahmen an Kreativangeboten teil, drei Patienten davon in Kombination mit Sportangeboten. Insgesamt nahmen 25 Patienten an Sportangeboten teil.

²⁹ Lockerungen haben natürlich auch mit der Verweildauer des Patienten zu tun. Einerseits sind Lockerungen aufgrund der Kürze der Verweilzeit noch nicht angebracht. Unter Umständen dauert das Erreichen bestimmter Lockerungsstufen heute jedoch länger als beispielsweise vor 15 Jahren, denn die veränderte Lockerungspraxis wird mit durch den gesellschaftlichen Druck bestimmt.

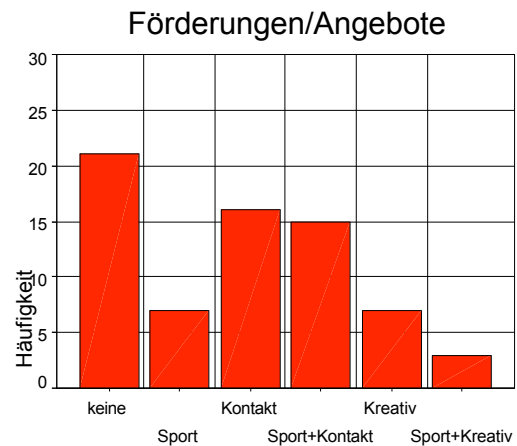
Leygraf verglich die Häufigkeit der Lockerungen in den einzelnen Bundesländern. Ermittelt wurden Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate vor der Erhebung zumindest einmal beurlaubt waren. In Hessen hatten 40% und in Berlin 50% der Patienten freien Ausgang außerhalb der Klinik, in Bayern dagegen nur 11% und in Rheinland-pfalz nur 4% der Patienten (vgl. Leygraf 1988, S.159).

Abb. 26 Wahrgenommene



2004 (n=69)

Abb. 27 Wahrgenommene



2004 (n=69)

Bei beiden Punkten konnten alle 69 Patienten erfasst werden.³⁰

3.5.4 Gesetzliche Betreuung

42 Patienten stehen unter gesetzlicher Betreuung.

Der Betreuer eines Patienten ist nur für die Vermögenssorge zuständig. Die Betreuer von drei Patienten sind für den Bereich Gesundheitsfürsorge bestellt worden. Bei 28 Patienten kümmern sich Betreuer um mehrere Wirkungskreise, die mir bei 10 Patienten nicht im Einzelnen bekannt waren.

³⁰ Ich habe hier nur Therapien/Gespräche und Förderungen/Angebote erfasst, die im internen Netz eingetragen sind: Ich nehme nichts an, ich übernehme nur. Wenn beispielsweise Bezugspersonengespräche nicht ein-getragen sind gehe ich theoretisch davon aus, dass sie nicht stattfinden. Das interne Netz wirkt auf mich leider nicht so, als ob alle Beteiligten gewissenhaft ihre Gruppen und Termine eintragen!

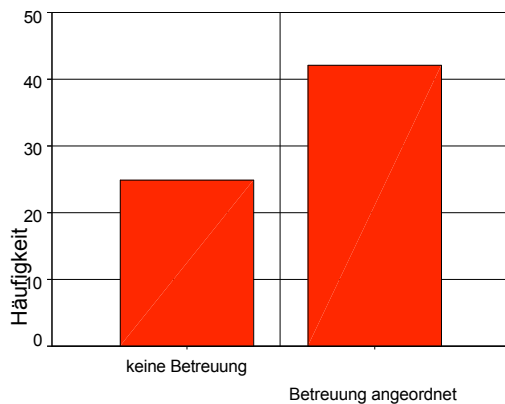
Unter Therapien/Gespräche fallen bei meiner Auswertung unter anderem die Bezugspersonengespräche, die Einzeltherapien, die „Interpersonelle Psychotherapie“ (IPT), die „WEHA“-Sexualstraftätergruppe, die Gruppe „Partnerschaft und Sexualität“, das „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“, das „Kognitive Training“, die „Selbsterfahrungsgruppe“ und die Gruppe „Pegasus“.

Das Patientenforum wurde von mir weder bei den Therapien noch bei den Förderungen erfasst, da es für alle Patienten verpflichtend ist!

Zu den Kontaktangeboten zähle ich „Treffpunkte“ auf den verschiedenen Stationen und die „Begleiterkonferenz“. Zu den Kreativangeboten habe ich die (offene) Beschäftigungstherapie, Musikgruppen, die Gestaltungs- und die Ergotherapie zusammengefasst. Sportangebote sind unter anderem Sporttherapie, Volleyball, Kraftsport und Qi Gong.

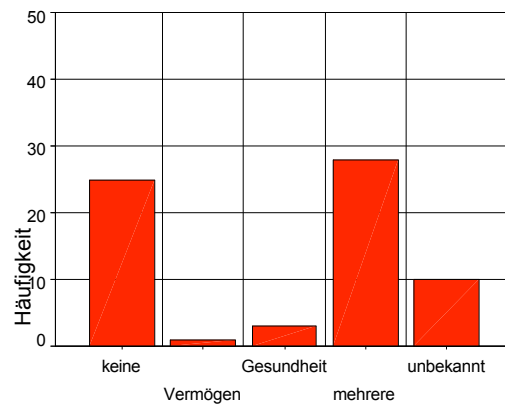
Angebotskombinationen waren zum allergrößten Teil eindeutig, ansonsten habe ich die Kategorie ausgewählt, die knapp überwiegt.

Abb. 28 Vom Gericht
angeordnete Betreuung



2004 (n=67)

Abb. 29 Wirkungskreise
der Betreuer



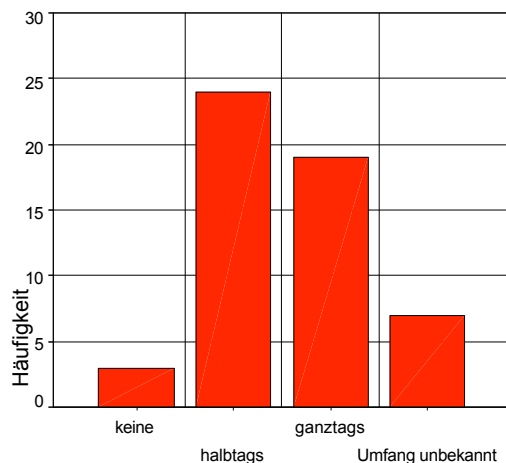
2004 (n=67)

Bei zwei Patienten konnte nicht erfasst werden ob eine Betreuung besteht.³¹

3.5.5 Teilnahme an der Arbeitstherapie

Weit über zwei Drittel der Patienten nehmen halbtags oder ganztags an der Arbeitstherapie (AT) teil. 24 Patienten arbeiten halbtags (vormittags oder nachmittags) und 19 Patienten ganztags. Bei sieben Patienten ist mir der Umfang der Teilnahme an der AT nicht bekannt. Drei Patienten nehmen nicht an der AT teil.

Abb. 30 Teilnahme an der AT



2004 (n=53)

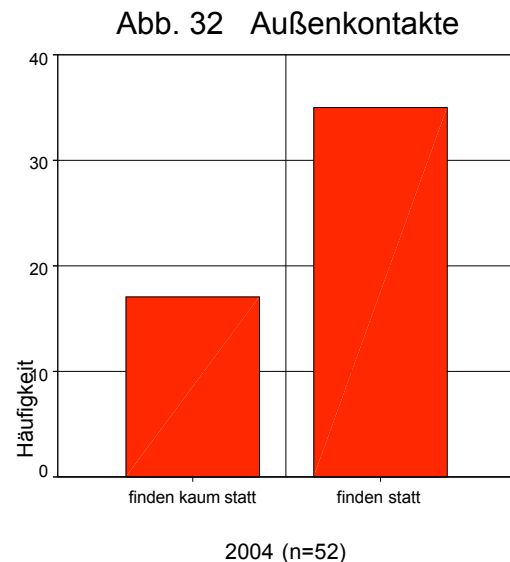
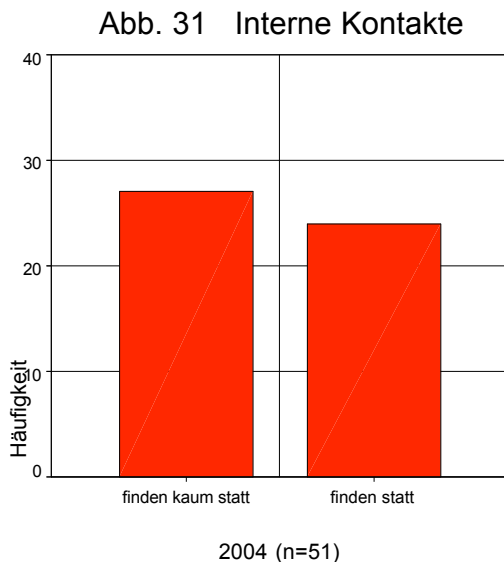
³¹ Es war mir leider nicht möglich die vielen einzelnen sozialpädagogischen Kontakte mit Ämtern, Behörden und anderen Diensten, Einrichtungen oder Personen in Gruppen zusammenzufassen. Hier fallen Tätigkeiten wie eine Wohnungsauflösung des Patienten, Anträge zur Aufenthaltsgenehmigung oder zur Rente, Kontakte zur Selbsthilfegruppe, der Schuldnerberatung und externen Arbeitgebern etc. rein bzw. auch eher seltene Kontakte wie zur Gehörlosenstation, zu Mitarbeitern des ökumenischen Arbeitslosenzentrums oder zur anonymen „Messi-Gruppe“.

Von 16 Patienten konnte ich nicht erfassen, ob sie in der AT oder vielleicht außerhalb der Klinik arbeiten.³²

3.5.6 Kontakte

24 Patienten pflegen Kontakte zu Mitpatienten, bei 27 Patienten finden kaum interne Kontakte statt.

35 Patienten halten Kontakt zu Angehörigen oder Freunden. Meistens handelt es sich um Angehörige der Primärfamilie. Betreuerkontakte wurden hier nicht gezählt. 17 Patienten haben kaum Kontakte außerhalb der Klinik.



Bei 18 bzw. 17 Patienten konnte ich die internen bzw. externen Kontakte nicht erfassen.

³² Die Arbeit in der internen Gärtnerei habe ich zur AT dazugerechnet. Die Teilnahme der Patienten an der AT ist in der Forensik relativ hoch. Im Vergleich zu den Arbeitsmöglichkeiten im normalen Strafvollzug stellt die Klinik aus meiner Untersuchung genügend Einsatzmöglichkeiten für ihre Patienten zur Verfügung. In der JVA, die in derselben Region wie die Klinik meiner Erhebung liegt, sollen die Chance auf interne Arbeit nur bei knapp 50% liegen. Arbeit ist jedoch die beste Möglichkeit eine zufriedenstellende Tagesstruktur der Gefangenen zu gewährleisten und um Hospitalisierungsschäden vorzubeugen.

4 Sozialpädagogische Konzeptionsentwicklung

4.1 Vorbemerkung

Formal korrekt betrachtet müsste ich jetzt mit der Einschränkung der sozialpädagogischen Konzeptionsentwicklung beginnen. Da mir aber entscheidende Erkenntnisse, welche die Einschränkungen bedingen, erst späterer Stelle deutlich wurden möchte ich aus Gründen des Verständnisses diese Erklärungen nicht vorwegnehmen. Meines Erachtens leidet die Nachvollziehbarkeit, sofern der Ablauf der Konzeptionsentwicklung bis hin zur Zielentwicklung noch nicht verfolgt wurde. An dieser Stelle möchte ich lediglich darauf hinweisen, dass die Eingrenzung der sozialpädagogischen Konzeptionsentwicklung im Anschluss an die Zielentwicklung erklärt wird.

4.2 Darstellung der nordbayrischen Klinik

4.2.1 Aufbau der Klinik

Die (Groß-)Klinik besteht genaugenommen aus vier Kliniken: eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Klinik für Sucht und psychotherapeutische Medizin, eine Klinik für Neurologie und neurologische Rehabilitation und einer psychiatrischen Tagesklinik.

Im Kontext meiner Diplomarbeit ist es an dieser Stelle für das Verständnis der Klinikstruktur wichtig den Aufbau der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie näher darzustellen. Diese Klinik im Großklinikum verfügt über 17 Stationen mit insgesamt 385 Betten und eine Institutsambulanz, sowie zwei Tageskliniken (42 Plätze) und eine Nachtambulanz (3 Plätze). Für spezielle Diagnosegruppen und Anforderungen gibt es besondere stationäre Angebote, die ich hier nur nennen möchte: die Institutsambulanz, eine allgemeinspsychiatrische Tagesklinik, eine Akutpsychiatrie und eine weiterführende Psychiatrie, eine Abteilung für psychisch kranke Hörgeschädigte, eine Psychotherapiestation, eine gerontopsychiatrische Abteilung und die forensische Abteilung (vgl. http://www.klinikum-am-europakanal.de/kae/kaeportal.nsf/ContentPages/psych_struktur).

In der Klinik besteht eine große Vielfalt an Therapieangeboten. Das jeweilige Behandlungsteam entscheidet gemeinsam, welche Therapien und mit welcher Zielsetzung diese sinnvoll angewandt werden sollen. Die baldige Genesung oder zumindest eine deutliche Minderung der Beschwerden ist oberste Richtschnur des therapeutischen Handelns (vgl. <http://www.klinikum-am-europakanal.de/kae/kaeportal.nsf/ContentPages/klinik1>).

4.2.2 Aufbau der forensischen Abteilung

Die forensische Abteilung der nordbayrischen Klinik ist zuständig für den Maßregelvollzug gemäß §§63,64 StGB. Beide Patientengruppen werden auf gemischten Stationen behandelt (nachzulesen unter 2.2.1 „Behandlungseinrichtungen und –formen“). Neben der Behandlung bereits verurteilter Maßregelpatienten ist eine andere Aufgabe dieser forensischen Abteilung die Begutachtung von Patienten, die in der Regel im Auftrag der zuständigen Staatsanwaltschaft bzw. eines Gerichts durchgeführt werden. Diese können entweder ambulant erfolgen oder die Patienten werden zu diesem Zwecke stationär eingewiesen (nach §§81 oder 126a StPO). Weibliche Patienten werden nicht aufgenommen. Die Anzahl weiblicher Untergebrachter im Maßregelvollzug ist bundesweit – analog zur Situation im Strafvollzug – äußerst gering.

Die Anlassstrafataten der Patienten bewegen sich hinsichtlich des Schweregrades meist im erheblichen Bereich. Die Bandbreite reicht von Tötungs- und Sexualdelikten, Körperverletzungen, Brandstiftung, Betrug, Raub, Betäubungsmittel- und Verkehrsdelikten bis hin zu Serienebstählen.

Die forensische Abteilung verfügt über vier Stationen mit insgesamt 90 Betten, auf denen ausschließlich männliche Patienten betreut werden. Aufgrund der strafrechtlichen Problematik gelten besondere Sicherheitsbestimmungen. Die erste Station fungiert als Aufnahme- und Hochsicherheitsstation. Die zweite Station wird als weiterführende geschlossene Behandlungsstation der Abteilung genutzt. Auf der dritten Station befindet sich die fakultativ offene Station. Station vier ist die offene Resozialisierungsstation. Die Entlassung erfolgt in den meisten Fällen zur Bewährung. Die Patienten werden im Rahmen der Bewährungshilfe und durch die institutseigene Ambulanz nachbetreut (vgl. unveröffentlichte Konzeption der Forensischen Abteilung).

4.2.3 Institutsambulanz

Seit 1997 werden die forensischen Patienten der nordbayrischen Klinik in der institutseigenen Ambulanz nachbetreut. Die ambulante Nachbetreuung wird stationsübergreifend von Ärzten, Psychologen und einem Sozialpädagogen (momentan) zusätzlich zu den Aufgaben auf den forensischen Stationen geleistet. Der Sozialpädagoge ist in der Institutsambulanz für die Betreuung von 20 Patienten zuständig und leitet außerdem zusammen mit einem Kollegen eine ambulante Therapiegruppe für Sexualstraftäter.

Die Nachsorge dauert in etwa so lange wie die Patienten unter Bewährung stehen: fünf Jahre. Die Ambulanz kooperiert dabei mit der Bewährungshilfe und übernimmt inhaltlich die psychiatrische und sozialtherapeutische Arbeit mit den Patienten. Die Bewährungshilfe dagegen leistet vorwiegend administrative und kontrollierende Aufgaben der Patientenbetreuung. Aufeinander abgestimmt werden die Maßnahmen in einer Helferkonferenz (siehe unter 4.6.3.5 „Klärung des individuellen Hilfebedarfs“). Finanziert wird die ambulante Nachbetreuung von der Krankenkasse des Patienten als „ambulante psychiatrische Leistung“.

Im Schnitt können in der Ambulanz 100 Patienten betreut werden. Die entlassenen Maßregelpatienten machen allerdings nur die Hälfte der Ambulanzpatienten aus. Bei der anderen Hälfte handelt es sich um entlassene Straftäter aus dem Strafvollzug, die im Rahmen einer richterlichen Weisung während der Führungszeit an ambulanten Therapien (v.a. Sexualtherapien) in Einzel- oder Gruppensitzungen teilzunehmen haben.³³

4.2.4 Einbettung der Forensik in der Klinik

Die forensische Abteilung ist in die Klinikstruktur integriert (nachzulesen unter 2.2.1 „Behandlungseinrichtungen und –formen“). Es besteht zum Beispiel die Möglichkeit bei einer orthopädischen Erkrankung auf die zentrale Krankengymnastik zurückzugreifen. Drogen-screensings oder Alkoholtестungen werden ebenfalls in einem zentralen klinikinternen Labor ausgewertet. Abteilungsübergreifend besteht eine Vernetzung zur forensischen Arbeitstherapie und zur Gärtnerei. Die Arbeitstherapie verfügt über unterschiedliche Stationen, da hier nicht nur forensische Patienten eine Tagesstruktur und eine geringe Zuverdienstmöglichkeit suchen. In der Regel werden hier einfache Verpackungstätigkeiten im Auftrag von Firmen durchgeführt. In der Gärtnerei arbeiten von der Klinik festangestellte Gärtner, die geeignete forensische Patienten bei der anfallenden Arbeit am Gelände anleiten.

Dennoch arbeitet die forensische Abteilung aufgrund ihrer speziellen Aufgabenstellung relativ eigenständig. Therapien und Fördermaßnahmen werden stationsintern oder stationsübergreifend vom Personal der forensischen Abteilung angeboten (nachzulesen unter 3.5.3 „Therapien/ Gespräche und Förderungen/Angebote“). Die offene Beschäftigungstherapie der psychiatrischen Klinik wird von forensischen Patienten nicht aufgesucht, da im multiprofessionellen Team genug qualifizierte Mitarbeiter vorhanden sind um die verschiedenen Bedürfnisse des Patienten aufzugreifen (nachzulesen unter 4.2.5 „Multiprofessionelles Team“). Die stationsinternen Ergotherapeuten beispielsweise helfen dem Patienten über kreativ zu gestaltende Angebote verlorengegangene oder nicht vorhandene

³³ Zusammenfassung aus mündlichen Informationen des in dieser Forensik angestellten Sozialpädagogen.

Fähigkeiten zu erlernen oder zu üben und sich mit eigenen Gefühlen und Wünschen und denen anderer Gruppenmitgliedern auseinander zusetzen.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle noch die Kostenübernahme der Resozialisierungsbehandlung. Nach Prüfung der Antragstellung werden Ausgaben der Patienten beispielsweise für Fahrkarten zur externen Suchtgruppe oder einen Gabelstapler- oder PC-Kurs übernommen. Die Stelle, welche die Kostenübernahmen genehmigt orientiert sich dabei an so etwas wie einem bestehenden „Leistungskatalog“. Die geforderten Maßnahmen, die dort nicht eingetragen sind, werden nur in seltenen Fällen finanziert.³⁴

4.2.5 Multiprofessionelles Team

Ab Aufnahme werden die Patienten der nordbayrischen Klinik von einem multi-professionellen Team intensivst betreut. Das Personal der Abteilung setzt sich aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen, einer Erzieherin, einem bereichsleitenden Krankenpfleger, Fachpflegepersonal, Krankenpflegerpersonal, Sicherheits- und Pflegehilfspersonal, Ergotherapeuten, einer Schreibkraft und Stationshilfen zusammen.

Die Behandlung und Betreuung der Patienten beinhaltet neben der medikamentösen Behandlung die Planung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie arbeits- und beschäftigungstherapeutische Angebote. Psychotherapeutisch kommen tiefenpsychologisch orientierte und verhaltenstherapeutische Programme (in Gruppen- und Einzeltherapie) zur Anwendung. In den Teamkonferenzen werden die Behandlungsmöglichkeiten einzelner Patienten, ihre therapeutischen Fortschritte sowie genau definierte Prognosekriterien besprochen und daraufhin die in Frage kommende Lockerung gemeinsam beschlossen oder abgewiesen. Ergänzt wird die Behandlung der Patienten durch sozialtherapeutische Behandlungsmaßnahmen und die sog. Coachtätigkeit. Diese beinhaltet die Steuerung und Überwachung individueller Behandlungsschritte (vgl. unveröffentlichte Konzeption der Forensischen Abteilung). Die Patientenakten mit dem Urteil, einer Strafzeitbemessung, einem Auszug aus dem Bundeszentralregister, den Gutachten, dem Krankenblatt, den Lockerungsanträgen und Genehmigungen durch die zuständige Staatsanwaltschaft, Sicherheitsstufenwechsel, Fallbesprechungen inklusive der Prognosekriterien etc. bedarf einer ausführlichen Dokumentation der beteiligten Mitarbeiter. Die Pflege und die Sozialpädagogen führen zusätzlich ein eigenes Dokumentationssystem mit spezifisch relevanten Daten.

³⁴ Zusammenfassung aus mündlichen Informationen des in dieser Forensik angestellten Sozialpädagogen.

4.2.6 Sozialpädagogische Tätigkeit

Zum direkten Klientenkontakt gehört die einzelfallbezogene Betreuung und Behandlung der Bezugspatienten und die sozialpädagogische Betreuung aller Patienten, Hilfestellung und Anleitung der Patienten bei der sozialadministrativen Grundversorgung, die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation der Patienten, Hilfestellung in sozialrechtlichen Fragen (unter Beachtung des Rechtsberatungsgesetzes) und die Klärung und Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche, die Entlassungsplanung und –vorbereitung, der angeleitete Kontakt zu komplementären und nachsorgenden Einrichtungen und die Übernahme von Teilen der Freizeitgestaltung der Patienten. Zur sozialpädagogischen Tätigkeit gehört aber auch die Erledigung der Schriftpost (Korrespondenz mit Ämtern, Institutionen, Einrichtungen, Justiz etc.), die interne Dokumentation, die Teamarbeit und die Mitarbeit in der sozialtherapeutischen Arbeit und sozialpädagogischen Gruppenarbeit (vgl. unveröffentlichte sozialpädagogische Stellenbeschreibung der Forensischen Abteilung).

4.2.7 Erste Schlussfolgerungen für die Planung der Maßnahmen

Als Faustregel kann man also sagen, dass ich hauptsächlich abteilungsinterne Maßnahmen planen werde. Wo es sinnvoll erscheint werde ich konkret auf externe Leistungen und Angebote verweisen. Als Beispiel denke ich hier an Umschulungsmaßnahmen durchs Arbeitsamt, da bei dieser Maßnahme Zuschüsse gezahlt werden, die nicht von demselben Kostenträger übernommen werden, der auch die internen Resozialisierungsmaßnahmen zahlt. Ein weiteres Beispiel könnte der Besuch einer externen (Sucht-)Selbsthilfegruppe (kurz vor Behandlungsende) sein, um den Patienten schon vor der Entlassung mit anderen Angeboten als denen in der Klinik vertraut zu machen. Man weiß ja aus der Suchtarbeit, dass der Austausch mit anderen Betroffenen eine hilfreiche Unterstützung für ein in Zukunft suchtfreies Leben sein kann. Eine Kombination aus vermehrt internen und ergänzenden externen Angeboten bietet sich also an.

Intern können die Angebote je nach Bedarf stationsübergreifend oder stationsintern erfolgen. Es wird sicherlich Angebote für Patienten geben, die nicht direkt in der Klinik stattfinden und wo sie sich relativ frei in der Stadt oder Nachbarstadt der Klinik bewegen. Das geht natürlich nur bei Patienten mit entsprechendem Lockerungsstatus³⁵. Diese Patienten sind vor allem auf

³⁵ Ich möchte an dieser Stelle exemplarisch das Modell erläutern, nach dem die Patienten in der Klinik, in der ich meine Daten erhoben habe, Lockerungen im Laufe der Unterbringung erfahren. Wenn ihrem Antrag im Stationsteam und in der Prognoseberatenden Konferenz (PBK) kein besonderes Risiko für die Allgemeinheit beigemessen wird erfolgt ein schriftlicher Antrag durch die zuständige Bezugsperson an die zuständige Staatsanwaltschaft, die eine Kurzbiographie mit krimineller-/Suchtentwicklung bzw. psychischem Erkrankungsverlauf beinhaltet sowie Therapieverlauf, soziale Integration auf der Station und im außerklinischen Umfeld sowie eine Prognose über die Gefährdung der Allgemeinheit zum momentanen Zeitpunkt. Erst nach der Genehmigung durch die Staatsanwaltschaft und nach schriftlichem Eintrag durch einen Arzt in der Pflegedokumentationsakte auf der Station darf der Patient die gewährte Lockerung nehmen.

der offenen Resozialisierungsstation untergebracht, also können Angebote mit dieser Zielsetzung stationsintern geplant werden. Stationsübergreifend können z.B. Angebote zur Freizeitgestaltung geplant werden, da die Interessen der einzelnen Patienten natürlich nichts mit der Unterbringung auf einer bestimmten Station zu tun haben.

Über die konkrete Ausstattung der Forensik, ob beispielsweise Räumlichkeiten für die Angebote oder finanzielle Ressourcen vorhanden sind bin ich im Einzelfall nicht informiert. Hier gibt es vermutlich Einschränkungen für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen, die ich später im „Ausblick“ betrachten möchte. An dieser Stelle der Konzeptplanung soll eindeutig der Bedarf der Patienten und die sozialpädagogischen Handlungsmöglichkeiten im Vordergrund stehen.

4.3 Aus den Patientendaten resultierender Bedarf für die Behandlung

4.3.1 Der durchschnittliche Maßregelpatient

Obwohl die Gruppe der psychisch kranken Maßregelpatienten nicht als homogen bezeichnet werden kann zeichnen sich doch Tendenzen hinsichtlich der biografischen Besonderheiten der Patienten ab. Der durchschnittliche Maßregelpatient der nordbayrischen Klinik ist

Die Ausgänge müssen zeitlich mit der Bezugsperson bzw. Pflege besprochen werden. Bei Lockerungen mit Übernachtung muss prinzipiell die Adresse und Telefonnummer hinterlegt werden, unter welcher der Patient verbindlich zu erreichen ist. So kann der Patienten stichprobenartig für einen Alkoholttest zurückgeholt werden.

Bei einem Sicherheitsstufenwechsel sind von der Bezugsperson Sicherheitseinschätzungen von den verschiedenen beteiligten Mitarbeitern einzuholen. In der PBK, an der mindestens 12 Mitarbeiter, maximal 14 Personen des therapeutischen und ärztlichen Teams sowie Pflege und der Sicherheitsbeauftragte teilnehmen, wird nach Darstellung der Stationsmeinung die Entscheidung diskutiert. Letztendlich wird die Lockerung intern vom Leiter der Forensik und extern durch die zuständige Staatsanwaltschaft entschieden. Vor einem Sicherheitsstufenwechsel sollte eine Fallbesprechung abgehalten werden. Die Bezugsperson holt von allen Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen (die mit dem Patienten zu tun haben) Stellungnahmen ein und moderiert den Verlauf in der PBK anhand des dafür entwickelten Katalogs. Die dort festgelegten Ziele sind die Grundlage für die weitere Vorgehensweise. Die Lockerungsstufen des Sicherungsstufensystem (SIS) sehen so aus:

I = kein Ausgang, Vorführung z.B. zu externen Arztbesuchen mit zwei Personen in Begleitung und Fesselung,
II = Geländeausgang in Personalbegleitung,
III = Geländeausgang mit externer Begleitung,
IV = Geländeausgang ohne Begleitung,
V = Stadtausgang in Begleitung,
VI = Stadtausgang ohne Begleitung, Tagesausgänge und tägliche Beurlaubung zur Arbeitsaufnahme,
VII = Wochenendausgang zuerst mit, dann ohne Begleitung

Deutscher, zwischen 30 und 44 Jahren alt, ledig und kinderlos. Er unterhielt vor der Unterbringung keine eigene Wohnung und war nicht oder nur gelegentlich berufstätig. Er hat selbst Geschwister und war unter Umständen während seiner Kindheit oder Jugend im Heim. Möglicherweise ist er in seiner Intelligenz vermindert oder zeigt tendenziell aggressive Verhaltensweisen. Er hat maximal die Hauptschule besucht und wahrscheinlich keinen Schulabschluss und keine Berufsausbildung abgeschlossen. Vor dem 30. Lebensjahr erkrankte er vermutlich an einer Krankheit aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer Persönlichkeitsstörung und wurde vor der Maßregelunterbringung schon mehrmals stationär vorbehandelt. Mit spätestens 30 Jahren erhielt er den ersten Eintrag im Bundeszentralregister und hat insgesamt wahrscheinlich nicht mehr als fünf Einträge. Außerdem hat der durchschnittliche Patient Hafterfahrung und war zum Zeitpunkt der ersten Inhaftierung vermutlich jünger als 25 Jahre alt. Er ist jetzt erstmalig nach §63 StGB untergebracht und schuldunfähig. Es wurde keine Parallelstrafe verhängt. Er stand vielleicht bei der Begehung des Unterbringungsdelikts unter Alkohol- oder Drogen und beging wahrscheinlich ein Delikt gegen das Leben oder die körperliche Unversehrtheit. Er ist bereits mindestens fünf Jahre untergebracht und darf sich von seinem Lockerungsstatus her gesehen maximal am Gelände bewegen. Oft steht er unter gesetzlicher Betreuung und hat wenig Kontakte zu Personen innerhalb und außerhalb der Maßregelklinik.

4.3.2 Zusammenfassung und Interpretation der Basisdaten

Die **Altersverteilung** der psychisch kranken Straftäter der nordbayrischen forensischen Abteilung erstreckt sich doch über eine große Spannbreite. Es gibt fast genauso viel relativ alte wie junge Patienten. Ungefähr die Hälfte der Patienten ist jedoch zwischen 30 und 44 Jahre alt. Diese Ergebnisse prägen natürlich die Resozialisierungsbemühungen, da man hier von einer altersbedingt unterschiedlichen Arbeitsfähigkeit der Patienten ausgehen muss. Davon wiederum hängt die Sicherung der finanziellen Situation der Patienten nach der Entlassung ab. Wenn zum Entlasszeitpunkt oder dauerhaft keine Arbeitsvermittlung möglich ist müssen zur Existenzsicherung sozialrechtliche Ansprüche durch den zuständigen Sozialarbeiter abgeklärt werden.

Relativ homogen ist die Patientengruppe in Hinblick auf ihr **Geburtsland** und die **Staatsangehörigkeit**. Mehr als drei Viertel der 69 Patienten der nordbayrischen forensischen Abteilung sind deutschstämmig und haben die deutsche Staatsbürgerschaft. Die Ergebnisse müssen trotzdem detailliert in die Resozialisierungsbemühungen einfließen. 12 der deutschen Patienten kommen aus den neuen Bundesländern. Für diese Patienten gestaltet sich bei einer Rückkehr die Integration am Arbeitsmarkt aufgrund der aktuellen wirtschaftlichen Lage noch schwieriger als für entlassene Patienten in Westdeutschland.

10 Patienten stammen aus anderen Ländern als Deutschland und haben keine deutsche Staatsbürgerschaft. Bei einer drohenden Abschiebung orientieren sich die therapeutischen Bemühungen nicht an einer Integration in Deutschland, sondern bereiten den Patienten auf die Situation in sein Abschiebeland vor. Prinzipiell stellt sich hier die Frage, wie die Patienten auf ihren sozialen Empfangsraum vorbereitet werden können.

Wenn man den **Familienstand** der psychisch kranken Patienten der nordbayrischen forensischen Abteilung betrachtet entsteht ein erster Anhaltspunkt für den Mangel an Beziehungsfähigkeit der Patienten. Betrachtet man das Ergebnis näher, dass 60 Patienten ledig oder geschieden sind und nur 9 Patienten verheiratet, wird der Unterschied zur „Allgemeinbevölkerung“ schnell deutlich. Diese Ergebnisse deuten konkret auf Ehe- und Familienprobleme hin. Bedenklich ist hier vor allem eine unreflektierte Haltung was die eigenen Kinder betrifft, die ungewollt und außerhalb von festen Bindungen gezeugt werden oder welche durch die Trennung/Scheidung der Eltern den Kontakt zum Vater verlieren. Mit dieser Aussage muss man allerdings vorsichtig umgehen, da andere Faktoren als die Ausprägung der Beziehungsfähigkeit des Patienten ausschlaggebend sein können für eine fehlende Bindung ans eigene Kind.

4.3.3 Zusammenfassung und Interpretation der allgemeinen Anamnese

Sieben Patienten wurden **unehelich geboren**. Ein Drittel der Patienten wuchs ohne Vater und drei Patienten ohne Mutter auf. Weit mehr als zwei Drittel der Patienten haben oder hatten (ältere bzw. jüngere) **Geschwister** und 16 Patienten mehr als vier Geschwister. 12 Patienten wurden während der Kindheit oder Jugend ein- oder mehrmals im **Heim** untergebracht. Die **Wohnsituation** der Maßregelpatienten vor der Unterbringung war sehr gemischt. Man kann aber davon ausgehen, dass die Hälfte der 69 Patienten Hilfe im täglichen Leben bedurften oder zumindest keine eigene Wohnung unterhielten. Patienten, die im Heim oder zum Beispiel bei den Großeltern aufwachsen können über eine defizitäre Persönlichkeitsstruktur verfügen, die sich etwa in Bindungsunfähigkeit, Kontaktarmut und Isolierung äußert.³⁶ Heimunterbringungen weisen jedoch auf eine frühzeitige Beeinträchtigung der Sozialisationsbedingungen hin und können als Grundstein der „Institutionskarriere“ betrachtet werden. Zwischenstationen zur Maßregelbehandlung können das psychiatrische Krankenhaus oder der Strafvollzug sein (vgl. Leygraf 1988, S.177) und in die Wohnungslosigkeit führen. Neben "gesellschaftlichen Bedingungen" von Wohnungslosigkeit wie Arbeitslosigkeit, Einkommensschwierigkeiten, Mietschulden etc. vermutete man als Auslöser

³⁶ Laut Erikson entwickelt ein Kind durch die Interaktion mit seinen Bezugspersonen Urvertrauen zur Umgebung, wenn eine starke und stabile Beziehung besteht (vgl. Zimbardo 1995, S.90). Eine starke und stabile Beziehung wird als Bindung bezeichnet. Die frühe Nähe zur Mutter muss keine notwendige Bedingung

zusätzlich Schwierigkeiten in zentralen sozialen Beziehungen (vgl. [http:// user page.fu-berlin.de/~zosch/diss/7aus/1a.html](http://user.page.fu-berlin.de/~zosch/diss/7aus/1a.html)). Der Maßregelpatienten muss sich daher schon vor der Entlassung mit einer für seine Entwicklung realistischen Wohnform auseinandersetzen.

Es gibt noch mehr Daten, die auf die **soziale Randständigkeit** der Maßregelpatienten hinweisen.³⁷ Ein Drittel der Maßregelpatienten wuchs ohne Vater auf. Dazu kommt das mind. ein Drittel der Mütter berufstätig ist oder war. Das lässt mich schlussfolgern, dass ein großer Teil der Maßregelpatienten nicht die Unterstützung zu Hause bekommen hat, wie es vergleichsweise in intakten Familien der Fall ist. Doch dazu muss man noch weitere Daten betrachten. Drei Viertel der Patienten verfügt maximal über das **Bildungsniveau** vom Besuch einer Hauptschule oder Schule zur individuellen Lernförderung bzw. Lebensbewältigung. Bei 16 Patienten sind zum Teil sehr unterschiedlichen **Schwächen** bekannt, die sich sehr wahrscheinlich auf die schulische und berufliche Entwicklung auswirkten. Bei einem Drittel der Patienten aus meiner Untersuchung ist eine **Intelligenzminderung** dokumentiert worden. Über die Hälfte der Patienten meiner Untersuchung hat keine abgeschlossene **Berufsausbildung**.³⁸ Die Hälfte der Patienten war vor der Unterbringung nicht **berufstätig** oder verübte häufig wechselnde Gelegenheitsarbeiten. Neun Patienten bezogen bereits vor der Unterbringung Rente, sechs Patienten waren in einer Arbeitstherapie oder beschützenden Werkstatt tätig. Leygraf geht aber davon aus, dass diese Patienten aufgrund ihres intellektuellen Leistungsvermögens ein höherer schulischer oder beruflicher Abschluss möglich gewesen wäre (Leygraf 1988, S.177).

Ich ziehe daraus den Schluss, dass Bildungsmaßnahmen während der Unterbringung unter Berücksichtigung eventuell noch vorhandener Schwächen nötig und angebracht sind, um den Patienten den Zugang zum Arbeitsmarkt zu erleichtern.

Ein Drittel der 69 Patienten **erkrankte** zwischen dem 10. und 29. **Lebensjahr** psychisch, sechs Patienten vor dem 10. Lebensjahr und 8 Patienten nach dem 30. Lebensjahr. Bei etwas über der Hälfte der Patienten fand ich eine **Erstdiagnose** zum Beispiel im Gutachten dokumentiert. Den größten Anteil machen schizophrene Störungen aus, von denen 15 Patienten betroffen sind. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen betreffen vier Patienten, affektive Störungen drei Patienten und Persönlichkeitsstörungen fünf Patienten. Von 11 Maßregelpatienten meiner Untersuchung konnte bei

zur Bindungsfähigkeit sein. Eine hochwertige emotionale Beziehung kann auch zu einer Pflegeperson aufgebaut werden (vgl. Zimbardo 1995, S.82).

³⁷ Leygrafs Befund weist auf eine soziale Randständigkeit dieser Patientengruppe hin (vgl. Leygraf 1988, S.176).

Enzmann&Greve (2001) stellten eine soziale Benachteiligung inhaftierter Jugendlicher/Heranwachsender auf mehreren Ebenen fest: massive Defizite in der Sozialisation, eine soziale und wirtschaftliche Randständigkeit der Herkunftsfamilie, eine extrem schlechte Schul- und Berufsausbildung und eine hohe Arbeits- und Erwerbslosenrate der jugendlichen Inhaftierten (vgl. Bereswill/Greve u.a. 2001, S.140).

Angehörigen der Primärfamilie eine Sucht, Minderbegabung oder psychische Erkrankung festgestellt werden. Weit mehr als zwei Drittel der Patienten wurde vor der Maßregelunterbringung bereits **stationär vorbehandelt**, mehr als die Hälfte dieser Patienten sogar mehrmals. Hier zeigt sich die beträchtliche Vorbelastung der Patienten mit ihrer Krankheit. Zusätzlich zur medizinischen Behandlung hinaus ist es schon aus ethischen Gesichtspunkten wichtig den Lebensraum der Patienten während der Unterbringung mit einer größtmöglichen Lebensqualität auszustatten. Ziel der Unterbringung ist außerdem den Patienten weitgehend zu rehabilitieren und ihn mit dem nötigen Maß an Unterstützung in eine geeignete Lebensform zu entlassen. Die Maßnahmen sollen sich aber nicht ausschließlich an Defiziten der Patienten orientieren. Zur **Ressourcenorientierung** gehört es Interessen und Fähigkeiten der Patienten freizulegen und zu fördern. Sobald der nötige Lockerungsstatus erreicht ist sollten daher vom Patienten auch externe Freizeitangebote besucht werden, um sich schrittweise mit der zukünftigen Umgebung vertraut zu machen. Dadurch wird auch die Möglichkeit der internen und externen Kontaktaufnahme mobilisiert.

4.3.4 Zusammenfassung und Interpretation der forensischen Anamnese

Zwei Drittel der 69 Patienten beging vor der Unterbringung laut **Registerauszug** zwischen einer und 22 Straftaten, die unterschiedlich einschlägig verliefen. Über die Hälfte der Patienten erhielt zwischen dem 15. und 34. Lebensjahr zum **ersten Mal einen Vermerk im Bundeszentralregister**, wobei über ein Drittel dieser Patienten zu diesem Zeitpunkt sogar jünger als 25 Jahre alt war. Fast Ein Drittel der Patienten mit **Hafterfahrung** war zum Zeitpunkt der ersten Inhaftierung jünger als 25 Jahre alt und nur 11 Patienten waren älter. Die **Auswirkungen einer Inhaftierung** sind in der Literatur weitgehend bekannt.³⁹ Die Unterbringung im Maßregelvollzug birgt dieselben drastischen Auswirkungen, da hier noch die doppelte Stigmatisierung als „verrückter Krimineller“ dazukommt.

Bei mehr als drei Viertel der Patienten wurde die **Unterbringung** nach §63 StGB erstmalig ausgesprochen. Sechs Patienten erhielten einen erneut ausgesprochenen §63 StGB und vier Patienten erhielten den §63 StGB nach früherer Unterbringung in einer Entziehungs-anstalt gemäß §64 StGB. Bei acht Patienten wurde die Bewährung entweder nach der Unterbringung oder eines primär zur Bewährung ausgesetzten §63 StGB widerrufen. Bei fast zwei Drittel der Patienten erkannte das Gericht in Bezug auf das Unterbringungsdelikt eine **Schuldunfähigkeit** an. Bei einer verminderten Schuldfähigkeit wird meist neben der

³⁹ „Eine Inhaftierung stellt, insbesondere wenn es sich um eine erstmalige Haftstrafe handelt, einen gravierenden Einschnitt im Leben einer Person dar. Die radikale Veränderung der Lebensumstände, der Verlust von Freiheit, Selbstbestimmtheit und Autonomie, das Fehlen von Privatsphäre, der Zwang zur Unterordnung und besonders der weitgehende Verlust der bisherigen sozialen Kontakte werden für viele Inhaftierte zur Belastungsprobe“ (Bereswill/Greve u.a. 2001, S.320).

Unterbringung eine Freiheitsstrafe ausgesprochen. Zwei Drittel der Patienten bekamen vom Gericht im Unterbringungsverfahren keine sog. **Parallelstrafe** verhängt. Bei 19 Patienten wurde allerdings eine Haftstrafe zwischen 25 und 99 Monaten angeordnet. In der Regel wird die Maßregel vorwegvollzogen. Da die Patienten also zum Großteil mehrfach im Gefängnis oder bereits in einer Maßregelinrichtung untergebracht waren ist es wichtig Maßnahmen zu schaffen, die vor allem die Integration des Patienten am Arbeitsmarkt betreffen, um so konkret die **Auswirkungen der Haftstrafen und der Unterbringung** aufzufangen.⁴⁰

Die am häufigsten gestellten **Diagnosen**: Bei fast der Hälfte der 69 Patienten wurde eine schizophrene Störung diagnostiziert und bei fast einem Drittel eine Persönlichkeitsstörung. Bei sechs Patienten wurde eine psychische oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen festgestellt. Bei einem Drittel der Patienten wurde Alkoholmissbrauch/-sucht oder Drogenmissbrauch/-sucht festgestellt. Neun Patienten standen beim Begehen der **Vordelikte** unter **Alkohol-** oder **Drogeneinfluss**. Bei der Begehung des **Unterbringungs-delikts** stand fast ein Drittel der Patienten unter **Alkohol- oder Drogeneinfluss**. Da sich ein übermäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum bei vielen Patienten bereits über einen sehr langen Zeitraum erstreckt halte ich es für sinnvoll eine Suchtberatung anzubieten, um das Trink- und Konsumverhalten der einzelnen Patienten aufzuschlüsseln und Abstinenzwege theoretisch aufzuzeigen.

Die häufigsten **Unterbringungsdelikte** der Reihenfolge nach sind: Delikte gegen das Leben und die körperliche Unversehrtheit (mehr als ein Drittel der 69 Patienten), Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (17 Patienten), Brandstiftung (10 Patienten) und Diebstahl/ Raub (sechs Patienten). Es sind viele gewalttätige Delikte bei den Unterbringungsdelikten dabei.⁴¹ Bei etwas mehr als einem Drittel der Patienten wurde in der Vorgeschichte oder während der Unterbringung **verbal oder tätlich aggressives Verhalten** in der Akte dokumentiert. Aggressives Verhalten verhindert in der Regel eine verbale Konfliktlösung. Daher ist es sinnvoll Aggressionen in geeigneten Sportarten zu kanalisieren um langfristig eine Verhaltensänderung zu bewirken.

⁴⁰ Grob geschildert handelt es sich bei den Auswirkungen um das Problem der kulturellen Entfremdung der Außenwelt und Anpassung an die interne Subkultur der Unterbringung, dem Verlust sozialer Kontakte, dem Wegfall der aktiven Teilnahme an einer Gemeinschaft und einer Zunahme körperlicher Beschwerden (vgl. unveröffentlichte Zusammenfassung von Fr. Prof. Gabriele Kawamura-Reindl zum Vortrag „Entlassung nach langem Freiheitsentzug - Chancen und Erfordernisse für eine Rückkehr in die Gesellschaft“ des Symposiums der Diakonie Rosenheim 2001, S.1-4)

⁴¹ Leygraf stellte eine deutliche Verschiebung zu schwererwiegenden Straftaten fest (Leygraf 1988, S.178).

4.3.5 Zusammenfassung und Interpretation der Verlaufsdaten

Bei fast zwei Drittel der 69 Patienten **dauert die Unterbringung** zum Erhebungszeitpunkt bereits maximal fünf Jahre an, bei etwas mehr als einem Drittel maximal 13 _ Jahre. Unklar ist jedoch, ab wann ein Freiheitsentzug lang ist. Eine allgemeingültige Definition gibt es dazu nicht.⁴² 1999 waren 13% aller Strafgefangenen in Deutschland länger als fünf Jahre untergebracht (vgl. unveröffentlichte Zusammenfassung von Fr. Prof. Gabriele Kawamura-Reindl zum Vortrag „Entlassung nach langem Freiheitsentzug - Chancen und Erfordernisse für eine Rückkehr in die Gesellschaft“ des Symposiums der Diakonie Rosenheim 2001, S.1). Leygraf erwähnt in seiner Veröffentlichung 1988, dass 10% der Maßregelpatienten Langzeitpatienten sind (siehe unter 2.2.3 „Zusammenfassung von Leygrafs Patientendaten“). Es geht mir an dieser Stelle schlussendlich darum, wie die Aufnahme von externen Kontakten nach dieser Zeit der Isolierung von der Gesellschaft aussehen kann. Ein Drittel der 69 Patienten pflegt **Kontakte** zu Mitpatienten, bei etwas mehr als einem Drittel der Patienten finden kaum interne Kontakte statt. Gut die Hälfte der Patienten hält Kontakt zu Angehörigen oder Freunden. 17 Patienten haben kaum Kontakte außerhalb der Klinik. Schon vor der Entlassung müssen also erste Schritte zur sozialen Integration der Patienten eingeleitet werden, um den Teufelskreis zwischen Straffälligkeit und erneuter Straffälligkeit zu durchbrechen (vgl. unveröffentlichte Zusammenfassung von Fr. Prof. Gabriele Kawamura-Reindl zum Vortrag „Entlassung nach langem Freiheitsentzug - Chancen und Erfordernisse für eine Rückkehr in die Gesellschaft“ des Symposiums der Diakonie Rosenheim 2001, S.7). Die **soziale Integration** der Patienten zur Wiedereingliederung und zur Vermeidung der Aufnahme kriminalitätsfördernder Sozialkontakte darf prinzipiell nicht unterschätzt werden im Hinblick auf den Resozialisierungserfolg.

Fast zwei Drittel der 69 Patienten stehen unter **gesetzlicher Betreuung**. Bei wiederum zwei Dritteln aus dieser Patientengruppe ist der Betreuer für mehrere Wirkungskreise zuständig. Darüber hinaus erhalten natürlich alle Patienten Hilfestellung von forensischen Sozialarbeitern bei anfallenden Ämter- und Behördenkontakten sowie bei Kontakten mit anderen Diensten, Einrichtungen oder Personen. Der individuelle Hilfebedarf der Patienten muss auch noch während der ambulanten Weiterbetreuung im Einzelfall geklärt und koordiniert werden.

Ein Drittel der Patienten verfügte zum Erhebungszeitpunkt über keinerlei **Vollzugslockerungen**. Bei fehlenden Lockerungen ist es schon aus ethisch-moralischen Gesichts-

⁴² Bei Stolpmann (2001) gilt: Langzeitpatient ist, wer mind. 9 Jahre (und damit das zweifache der durchschnittlichen Behandlungszeit) untergebracht ist. Mir persönlich ist diese Definition zu mathematisch ausgerichtet. Die Haftauswirkungen, auf die ich hinaus will können bereits bei einer kürzeren Behandlungsdauer eintreten (vgl. Stolpmann 2001, S.239).

punkten wichtig den Lebensraum der Patienten während der Unterbringung mit einer größtmöglichen Lebensqualität auszustatten. Dazu sind zum Beispiel Freizeitangebote, die intern und unabhängig vom Lockerungsstatus wahrgenommen werden können und zur Erhaltung der geistigen und körperlichen Gesundheit beitragen nötig. Bei etwas mehr als der Hälfte der Patienten hat das Gericht **Geländeausgang** genehmigt und bei neun Patienten externe Ausgänge. Lockerungen sind prinzipiell nötig, damit der Patient schon vor der Entlassung Wohnung und Arbeit suchen kann und um Kontakte außerhalb der Station aufzunehmen.

Zum Erhebungszeitpunkt nahmen acht Personen an keiner **Einzel- oder Gruppentherapie** teil. Fast ein Viertel der 69 Patienten nahm an einer Therapie teil, mehr als die Hälfte der Patienten nahmen zwei bis vier Therapien. Allerdings ist fast ein Drittel der Patienten in kein **Angebot oder eine Fördermaßnahme** integriert. Leider weiß ich nicht, um welche Patienten es sich dabei handelt. Knapp die Hälfte der 69 Patienten nimmt an Kontaktangeboten teil, fast ein Viertel davon außerdem an Sportangeboten. 10 Patienten nehmen an Kreativangeboten teil, drei Patienten davon in Kombination mit Sportangeboten. Insgesamt nehmen mehr als ein Drittel der Patienten an Sportangeboten teil. Meine Behandlungsplanung entwickle ich unabhängig vom bestehenden Angebot der Klinik. Das wird ziemlich wahrscheinlich zu Überschneidungen führen. Daher werde ich darauf achten spezielle Angebote, die meines Erachtens zur Ergänzung sinnvoll wären zu wählen. Kraftsport ist in der Straffälligenhilfe zum Beispiel ein übliches Sportangebot und muss von mir nicht „entdeckt“ werden.

Weit über zwei Drittel der 69 Patienten nehmen an der **Arbeitstherapie** (AT) teil, ein Drittel davon halbtags (vormittags oder nachmittags) und 19 Patienten ganztags. Die Arbeitstherapie ist ein wichtiges Behandlungselement, um dem Kompetenzverlust der Patienten entgegenzuwirken.

4.4 Aus den vorgestellten Ergebnissen abgeleitete Zielentwicklung

4.4.1 Allgemeine Überlegungen

Hinter einer intentionalen Zielsetzung steht eine bewusste Absicht und Einflussnahme seitens des Sozialarbeiters. Effekte durch funktionale Einflüsse, die ohne Intention des Sozialarbeiters wirken, werden in meiner Konzeptplanung nicht berücksichtigt.⁴³ Im theoretischen Kontext dieser Arbeit können Ergebnisse von funktionalen Einflüssen nicht konkretisiert und überprüft werden. Das wäre anders, wenn ich zum einen die Patientengruppe kennen würde und funktionale Einflüsse nicht pauschalisieren müsste und zum anderen nach der Umsetzung der Maßnahmen eine Evaluation machen könnte. Daher beschäftige ich mich im theoretischen Kontext meiner Diplomarbeit ausschließlich mit der Entwicklung sog. Konzeptziele, die eindeutig aus meiner Datenauswertung hervorgehen. Ich werde die Konzeptziele operationalisieren. Bei diesem Vorgang werden aus Richtzielen die Grobziele und daraus wiederum die Feinziele abgeleitet. Die operationalisierten Feinziele werden anhand einer konkreten Verhaltensbeschreibung formuliert. So wird in der Praxis eine Überprüfung des Lernresultats ermöglicht (vgl. Huppertz/Schindler 1995, S.53 - 54).⁴⁴

Zunächst werden die verschiedenen Stadien der Zielsetzung beschrieben, bevor ich die einzelnen Ziele (in Schlagworten) in einem Schaubild zusammenfasse.

4.4.2 Richtziel der Planung sozialpädagogischer Maßnahmen

Der Gesetzgeber gibt in diesem Fall das Ziel der Maßregelunterbringung⁴⁵ vor, dass gleichzeitig auch zum Richtziel meiner Planung führt. Das eigentliche Ziel der Anordnung der Unterbringung im Maßregelvollzug ist die Entlassung zur Bewährung. Mit dem Ende der Unterbringung geht der Gesetzgeber also davon aus, dass die „Gefährlichkeit“ des Patienten reduziert oder beseitigt wurde. In einer anderen Formulierung als dem Gesetzestext heißt

⁴³ In der Pädagogik wird zwischen *intentionaler* und *funktionaler* Erziehung unterschieden. Hinter funktionalen Einflüssen steht keine Absicht und Einflussnahme des Erziehers. Durch funktionale Einflüsse stellen sich bestimmte Effekte beim Zu-Erziehenden ein, z.B. Konsumwünsche durch Werbefernsehen. Wurde das Medium „Fernsehen“ absichtlich vom Erzieher eingesetzt z.B. um ein Stück Zeitgeschichte zu veranschaulichen handelt es sich um funktionale Erziehung (vgl. Huppertz/Schindler 1995, S.51).

⁴⁴ Das Vorgehen der Operationalisierung von Zielen hat auch Grenzen. Dimensionen, die sich der Überprüfbarkeit entziehen, da sie beispielsweise nicht nur in der Unterbringung stattfinden, können nur unter Vorbehalt operationalisiert werden (z.B. soziales Verhalten). Daher stößt man gerade in der Sozialpädagogik und speziell in der Erwachsenenbildung bei diesem Prinzip an Grenzen. Trotzdem überwiegen für mich die Vorteile der Operationalisierung. Ein Vorzug ist etwa, dass sich aus den Zielangaben Inhalte, Mittel und Methoden zur Umsetzung bestimmen lassen. Eine Kompromisslösung wird also sein die Vorzüge zu nutzen und die Gefahren im Hinterkopf zu behalten und gegebenenfalls zu benennen (vgl. Huppertz/Schindler 1995, S.56).

das, dass der Gesetzgeber damit rechnet, dass der entlassene Maß-regelpatient ein in Zukunft straffreies Leben führen wird. Die Frage, die sich mir hier stellt ist, wodurch der Patient dazu befähigt werden soll nicht mehr mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten. Den Bedarf der Patienten konnte ich ja bereits aus den Patientendaten ersehen. Die Resozialisierungsbemühungen müssen also genauer konkretisiert werden um eine bedarfsgerechte Planung sozialpädagogischer Maßnahmen zu entwickeln. Dazu muss ich in den nächsten Schritten detaillierte Ziele formulieren, die der Richtschnur folgen „**der Patient wird unterstützt ein in Zukunft straffreies Leben zu führen**“.

4.4.3 Grobziele

Aus der Zusammenfassung und Interpretation der Patientendaten lassen sich Grobziele für die Planung der sozialpädagogischen Maßnahmen herleiten, die dem Richtziel folgen „den Patienten zu unterstützen ein in Zukunft straffreies Leben zu führen“. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass konkrete Resozialisierungsbemühungen seitens des Sozialarbeiters in die Zielsetzung einfließen müssen. Absolut wichtig ist also die Überlegung, wie die nötige Grundversorgung der Patienten nach der Entlassung erfolgen soll. Ebenso wichtig ist die Anbahnung und Vertiefung tragfähiger Sozialkontakte. Spezielle Problematiken der psychisch kranken Straftäter, die sich aus den Patientendaten erschließen lassen, müssen außerdem angegangen werden. Die Resozialisierung umfasst aber mehr als die Versorgung der Grundbedürfnisse. Die Erreichung einer gewissen Lebensqualität wird durch eine Viel-zahl von Dingen geprägt, beispielsweise durch die Schaffung sinnvoller Freizeitaktivitäten.

In einer Zielformulierung zusammengefasst heißt das:

- 1) Die nötige Grundversorgung der Patienten nach der Entlassung wird konkret geplant
- 2) Spezielle Problematiken der psychisch kranken Straftäter werden behandelt und so weit wie möglich behoben
- 3) Die Anbahnung und Vertiefung tragfähiger Sozialkontakte wird initiiert
- 4) Sinnvolle⁴⁶ Freizeitaktivitäten werden gefördert

Wie die Umsetzung konkret aussehen kann werde ich im nächsten Abschnitt durch die Formulierung von Feinzielen verdeutlichen.

⁴⁵ §67d. Abs. 2 „Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird (...)“

⁴⁶ Unter „sinnvoll“ verstehe ich in diesem Kontext eine kriminalitätsvermeidende Freizeitgestaltung.

4.4.4 Feinziele

Um die Operationalisierung der Ziele nachvollziehbar zu gestalten muss ich mich nun der Reihe nach den einzelnen Grobzielen widmen. Die Reihenfolge ist erst mal willkürlich gewählt und soll nichts über die Gewichtung der einzelnen Ziele aussagen. Natürlich ließen sich die Feinziele noch viel umfassender aufzählen, als ich es tun werde. Mir genügt an diese Stelle die meines Erachtens augenscheinlichsten Feinziele zu benennen. Diese dienen später als Fundament zur Planung sozialpädagogischer Maßnahmen. Den Anspruch an eine Vollzähligkeit der Ziele kann ich daher nicht erheben.

- 1) Zur Planung der nötigen Grundversorgung der Patienten nach der Entlassung gehört unter anderem:
 - 1.1) Die finanzielle Situation des Patienten nach der Entlassung wird gemeinsam mit dem Patienten organisiert (der Patient lernt den Umgang mit Geld; eventuell muss eine Schuldentilgung erfolgen)
 - 1.2) Patienten organisieren und besuchen (mit Hilfe des Sozialarbeiters) Maßnahmen zur Integration am (sog. ersten, zweiten oder dritten) Arbeitsmarkt. Das beinhaltet z.B. Besuche des Arbeitsamtes oder ein Praktikum in einer Firma
 - 1.3) Der Patient sucht sich (mit Hilfe des Sozialarbeiters) eine für ihn geeignete und finanzierbare Wohnung oder komplementäre Wohnform
- 2) Spezielle Problematiken der psychisch kranken Straftäter werden behandelt und möglichst behoben. Ich denke dabei zum Beispiel an folgende Angebote:
 - 2.1) Betroffene Patienten besuchen grundlegende Bildungsangebote, die z.B. die Lese- und Rechtschreibfähigkeit trainieren und so die Eingliederungsmöglichkeiten des Patienten am Arbeitsmarkt verbessern
 - 2.2) Eine Suchtberatung zeigt den betroffenen Patienten Ursachen und Auswege aus der Sucht oder dem Missbrauch auf
 - 2.3) Betroffene Patienten erlernen einen gesellschaftlich akzeptablen Umgang mit Aggressionen. Eine Möglichkeit ist Aggressionen mit geeigneten Sportarten zu begegnen (z.B. Tai Chi)
 - 2.4) Die Zukunft ausländischer Patienten wird geklärt (ob z.B. eine Abschiebung erfolgt). Der ausländische Patient wird auf die zukünftige Situation (im Heimatland) vorbereitet.
 - 2.5) Der individuelle Hilfebedarf während der Dauerbeurlaubung wird mit dem einzelnen Patienten geklärt (z.B. gesetzliche Betreuung). Die Kontaktaufnahme mit verpflichtenden weiterführenden Maßnahmen (ambulante Nachbetreuung, Bewährungshilfe)

und bei Bedarf mit freiwilligen Maßnahmen (z.B. Anbindung an sozialpsychiatrische Beratungsstellen) wird zusammen mit dem Patienten organisiert.

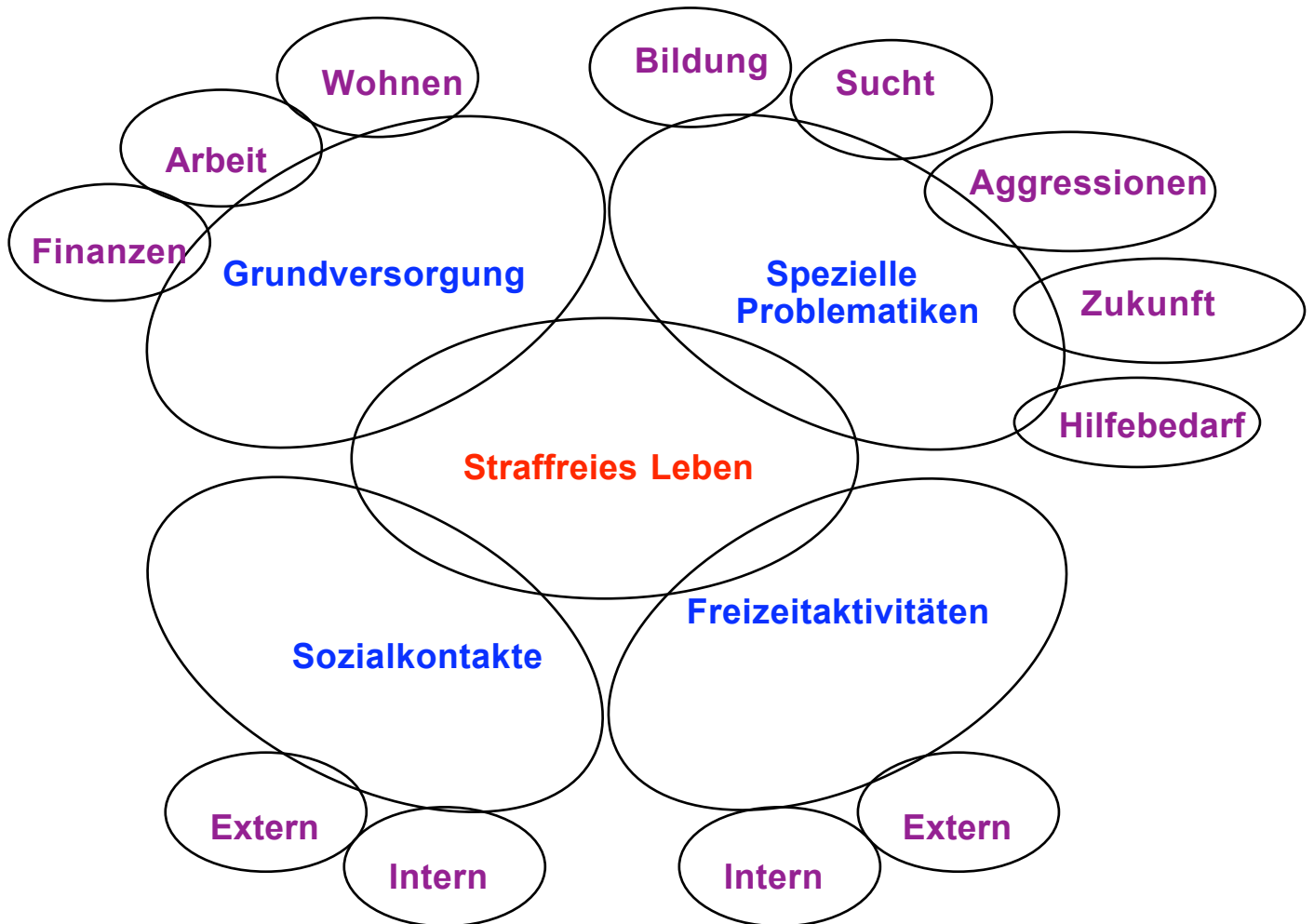
- 3) Die Anbahnung und Vertiefung tragfähiger Sozialkontakte beinhaltet beispielsweise:
 - 3.1) Interne Angebotsgruppen werden geschaffen (nicht zwingend ausschließlich unter diesem Gesichtspunkt), die den Aufbau einer verlässlichen und kontinuierlichen Beziehung zwischen Patient und Sozialarbeiter und unter den Patienten ermöglichen⁴⁷ (z.B. aus dem Bereich der Erlebnispädagogik)
 - 3.2) Patienten besuchen (sofern sie den nötigen Lockerungsstatus erreicht haben) externe Angebote (siehe unter 4.3)⁴⁸

- 4) Sinnvolle Freizeitaktivitäten sollen laut Interessenslage entdeckt und gefördert werden. Dies kann in etwa so aussehen:
 - 4.1) Interne Angebote werden geschaffen, die den verschiedenen Interessen und Bedürfnissen der Patienten (z.B. durch eine lange Unterbringung bedingt) gerecht werden (z.B. Sport)
 - 4.2) Der Patient besucht individuell je nach Bedarf ergänzend zum internen Angebot externe Angebote (Volkshochschulkurse, Vereine, etc.)

⁴⁷ Der Patient hat unter Umständen bisher noch keine verlässliche und kontinuierliche Beziehung erlebt und muss so ein Beziehungsverhältnis erst kennen lernen.

⁴⁸ Bei diesem Punkt wird die Überschneidung mit anderen Zielen sehr deutlich: der Besuch einer Selbsthilfegruppe dient der externen Kontaktaufnahme, passt inhaltlich aber mehr zu vermittelten Maßnahmen der Suchtberatung, die ich zur Behebung spezieller Problematiken zähle. Ich möchte hier auf Beispiele aus dem Bereich der Freizeitgestaltung ausweichen, da die Überschneidung zur Anbahnung und Vertiefung tragfähiger Sozialkontakte auch hier sehr deutlich wird.

4.4.5 Schaubild der operationalisierten Ziele in Schlagworten



4.5 Allgemeiner Einblick in ausgewählte sozialpädagogische Methoden

4.5.1 Methodenbestimmung

Bevor ich die erforderlichen Maßnahmen planen kann muss ich erst definieren, mit welchen Methoden ich arbeiten möchte. Dazu muss ich aus der Methodenvielfalt der sozialen Arbeit auswählen. Ich möchte mich bei der Umsetzung der Maßnahmen zwei verschiedenen sozialpädagogischen Methoden zuwenden. Zuerst möchte ich das Sozialen Training in der Straffälligenhilfe vorstellen. Eine weitere angewandte Methode wird die Beratung sein. Beide Methoden halte ich für sehr geeignet um die erforderlichen Maßnahmen umzusetzen, da sie eine große Bandbreite an möglichen Maßnahmen beinhalten. Außerdem können diese zwei Methoden meines Erachtens Hand in Hand miteinander gehen.

4.5.2 Das soziale Training in der Straffälligenhilfe

Beim Sozialen Training handelt es sich um ein Bildungsangebot, dass sich sowohl auf die Behandlungs- als auch auf die Entlasssituation der Patienten bezieht. Hierbei handelt es sich um spezifische soziale Gruppenarbeit, bei der Fähigkeiten zur Bewältigung von Alltagssituationen erlernt werden. Soziales Training orientiert sich zentral an dem Ziel den Patient zu unterstützen ein in Zukunft straffreies Leben zu führen. Mit Hilfestellung lernt der Patient seine vielfältigen Problemlagen zu bewältigen ohne erneut straffällig zu werden. Dadurch grenzt sich Soziales Lernen von rein schulischen und beruflichen Maßnahmen, Freizeitveranstaltungen und therapeutischen Maßnahmen ab und kann als „soziale Bildungsmaßnahme ohne Schulcharakter“ verstanden werden. Dem liegt die Annahme zugrunde zwischen Straffälligkeit und fehlerhafte Bewältigungsstrategien im Alltag besteht ein Zusammenhang. Soziales Training bereitet den Patienten somit auf die Problemsituationen nach der Entlassung vor und kann als „Entlasstraining“ angesehen werden. Daher umfassen die Inhalte Aspekte, die sich nach der Entlassung als problematisch erweisen. Dazu möchte ich zentrale Elemente dieser Methode vorstellen: neben organisierten Bildungsangeboten, bei denen das Lernen „Zweck der Maßnahme“ ist gibt es zielgruppenorientierte Bildungsangebote, die als Ausgangspunkt an der Lebenswelt der Patienten anknüpft. Des weiteren gibt es teilnehmerorientierte Bildungsangebote. Hier bildet der Bedarf die Ausgangslage. Bei den entwicklungsorientierten Angeboten steht der Lernprozess und nicht das Ziel im Mittelpunkt der Bemühungen. Handlungsorientierte Angebote richten den Fokus speziell auf das Erlernen und Einüben von Verhaltensweisen (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.1 – 3).

Ich orientiere mich bei der Maßnahmenplanung am Leitfaden der Arbeitsgruppe für empirische Bildungsforschung. Der Leitfaden ist in 12 konkrete Lerneinheiten ausgestaltet.⁴⁹ Durch seinen offenen Charakter kann er nicht als Lehrplan angesehen werden. Vielmehr dient er als Orientierung und Hilfestellung bei der konkreten Maßnahmenplanung. An dieser Stelle ist es mir vom Umfang her nicht möglich die 12 Lerneinheiten des Leitfadens vorzustellen. Vielmehr haben die für mich interessanten Lerneinheiten Eingang in meine Maßnahmenplanung genommen und können so im Einzelfall nachvollzogen werden (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.18 - 19).

4.5.3 Aufgaben der Beratung

Die Beratung ist eine weitverbreitete und vielfältige Hilfeform. Beratung ist der Oberbegriff für die Form der Interaktion zwischen Helfer und Klient und zieht sich durch nahezu alle Hilfeformen durch. Neben einem eher unspezifischen Unterstützungsangebot kann Beratung eine wichtige Kommunikationsform zwischen Sozialarbeiter und Patient sein und umfasst darüber hinaus die Vermittlung von Wissen im engeren Sinn. Der Klient wird in bezug auf ein Problem unterstützt mehr Wissen, Orientierung und Lösungskompetenz zu erreichen. Die Bandbreite reicht von kognitiver über emotionaler hin zu praktischer Problemlösung und Bewältigung und findet in verschiedenen Systemen statt, z.B. in Einzelkontakte oder Gruppen (vgl. Sickendiek, Engel u.a. 2002, S.13).

Die Beratung erfüllt verschiedene Aufgaben. Der Fokus der Beratung richtet sich u.a. auf aktuell bestehende Schwierigkeiten und auf den Umgang mit Folgen von Beeinträchtigungen. Die Schwierigkeiten der Klienten lassen sich zwar meist nicht bis in letzter Konsequenz beheben. Die Beratung kann allerdings helfen Schwierigkeiten zu reduzieren oder deren Folgen abzumildern. Letztendlich wird der Klient dabei unterstützt mit den bestehenden Problemen und Folgen von Beeinträchtigungen besser zu leben.

Beratung darf aber nicht mit „Ratgeben“ gleichgesetzt werden. Das bedeutet, der Sozialarbeiter gibt dem Patient keine Anleitung was er zu tun und zu lassen hat.

Beratung zielt vielmehr auf die Förderung und (Wieder-)Herstellung von Problemlösungsstrategien und Bewältigungskompetenzen ab (vgl. Sickendiek, Engel u.a. 2002, S.13 - 14).

⁴⁹ Das Curriculum der Arbeitsgruppe für empirische Bildungsforschung e.V. (AfeB) wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft entwickelt und 1980 in einem dreibändigen Endbericht vorgelegt. 1985 wurde der Auftrag erteilt das vorliegende Curriculum zu überarbeiten. Das Curriculum wurde ergänzt und die Ergebnisse 1988 veröffentlicht. Um den Entwicklungsprozess deutlich zu machen und um eine Offenheit des Konzepts zu betonen wurde das Curriculum in Leitfaden umbenannt. Der Leitfaden knüpft an das Curriculum an. Er gestaltet sich aber differenzierter als das Curriculum (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.6-11).

4.5.4 Methodeneinsatz

Die Maßnahmen der sozialpädagogischen Behandlungsplanung orientieren sich methodisch sowohl am Leitfaden der AfeB als auch an der Beratung. Der Methodeneinsatz wird jeweils direkt bei der Planung der einzelnen Maßnahmen benannt. Die Gruppenformen werden konkret unter den Unterpunkten „Organisation der Maßnahmen“ definiert. Ich habe eine Trennung der beiden Methoden in Gruppen des sozialen Trainings (Trainingsgruppen) und in Gruppen der Beratung (Beratungsgruppen) vorgenommen. Im Gegensatz zum Sozialen Training findet die Beratung aber auch in Einzelkontakten statt und erweitert so den Handlungsspielraum.

4.5.5 Umfang und Größe der geplanten Gruppen

Folgende Richtschnur soll für alle internen Gruppen gelten:

Die Gruppengröße sollte zwischen mindestens drei und maximal zwölf Personen liegen. Ideal ist eine Größe von sechs bis zehn Teilnehmern, da hier die Möglichkeit zur Wortmeldung für den einzelnen Patienten ausreichend gegeben ist. Ist eine eher intensive Auseinandersetzung mit dem Thema nötig (z.B. bei sehr komplexen oder emotions-beladenen Inhalten) empfiehlt sich eine geringere Gruppengröße von fünf bis sechs Teilnehmern. Das betrifft Trainingsgruppen, in denen praktische Bewältigungsstrategien für konkrete Alltagssituationen erlernt werden. Zur Generierung umfassender Informations-einheiten sind dagegen größere Gruppen geeigneter, was bei den Beratungsgruppen der Fall ist. Hier erweitern die Patienten ihr theoretisches Wissen um Problemlösungs-kompetenzen zu erweitern.

Insgesamt werden je nach Thematik zwischen vier und zwölf Termine angeboten, an denen der Patient verbindlich teilzunehmen hat. Alle Gruppenangebote sollten rechtzeitig im Einzelfall rechtzeitig eingeplant werden, damit der Patient die Gruppen bis zum Entlasszeit-punkt vollständig durchlaufen hat.

4.6 Sozialpädagogische Behandlungsplanung

4.6.1 Inhaltliche Eingrenzung

Im Bereich des psychiatrischen Strafvollzugs wird mit einem interdisziplinären Behandlungskonzept gearbeitet. Ziel meiner Bemühungen konnte schon allein des Umfangs wegen nicht sein eine Konzeptionsentwicklung für das ganze multiprofessionelle Team zu leisten. Die Entwicklung einer Gesamtkonzeption für die forensische Abteilung würde zudem eine enge Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen voraussetzen, da ich nicht ausreichend Wissen über deren Wirken habe um eine „Arbeitsanleitung“ auszuarbeiten.

Daher werde ich mich ausschließlich einer sozialpädagogischen Konzeptionsentwicklung widmen. Da das Fundament der Konzeptionsentwicklung aus den Patientendaten der nordbayrischen Klinik besteht fertige ich die Konzeption natürlich gerade für die Patienten dieser Klinik an. Meine Ansatzpunkte zur Maßnahmenplanung sind aber auch in der Literatur zu finden. Die entwickelten Maßnahmen müssten sich daher auch auf andere forensische Kliniken übertragen lassen. Regionale Besonderheiten sollten also keine große Rolle spielen.

Doch auch für den sozialpädagogischen Bereich muss ich Einschränkungen hinnehmen, die sich bereits aus meiner Themenstellung ergeben. Da ich biografische Besonderheiten psychisch kranker Straftäter anhand von Patientendaten einer nordbayrischen Klinik dargestellt habe und daraus die sozialpädagogische Konzeptionsentwicklung resultiert, habe ich meine Vorgehensweise von vorne herein richtungsweisend bestimmt. Die Patientendaten der nordbayrischen Klinik meiner Untersuchung habe ich anhand eines selbst entwickelten Erhebungsbogens erfasst und mit einem PC-Programm ausgewertet. Der Behandlungsbedarf geht aus der Zusammenfassung der Patientendaten hervor. Die Zielsetzung habe ich wiederum vom Behandlungsbedarf abgeleitet.

Die sozialpädagogische Zielsetzung müsste von der Vollständigkeit her gesehen allerdings den gesamten klinischen Bereich forensischer Sozialarbeit miteinbeziehen: Die Aufnahme- und Behandlungssituation sowie die Situation der Entlassung. Betrachtet man unter 4.4 die „aus den vorgestellten Ergebnissen abgeleitete Zielentwicklung“ stellt man fest, dass ich mich umfassend mit dem Aspekt der Entlassungsvorbereitung beschäftigt habe und zu einem guten Teil mit der Behandlungssituation. Beide Bereiche lassen sich natürlich nicht sauber voneinander abgrenzen. Ich habe also auch Ziele benannt, die inhaltlich nicht erst in der Entlassungssituation umgesetzt werden, sondern zur Vorbereitung auf eine erwünschte Entlassung erfolgen (z.B. spezielle Problematiken der psychisch kranken Straftäter werden gefördert und behoben). Man kann sagen, dass ich mich größtenteils am Ende der statio-

nären Maßregelbehandlung orientiert habe und stets aus diesem Blickwinkel hinterfragt und argumentiert habe.

Meinen Erhebungsbogen habe ich an dem von Leygraf aus seiner Untersuchung von 1988 orientiert. Dadurch hatte ich mir eine (für meinen Bedarf) so gut wie vollständige Datenerhebung erhofft. Leygrafs Intention war allerdings (damals) aktuelle Behandlungsbedingungen zu analysieren. Er hat sich auch 1988 bei der Veröffentlichung der Ergebnisse in dem Buch „Psychisch kranke Straftäter“ nicht weiter mit der Aufnahmesituation beschäftigt. Da ich sein Vorgehen quasi kopiert habe, habe ich ungewollt komplett den Bereich der Aufnahmesituation ausgespart. Mein Datenteil enthält dazu absolut keine Informationen.

Da meine Zielsetzung auf den Ergebnissen der Patientendaten basiert fehlt mir jetzt ein Teil des sozialpädagogischen Arbeitsfeldes bei der Behandlungsplanung. Daher kann ich der sozialpädagogischen Konzeptionsentwicklung leider nicht so umfassend gerecht werden, wie ich es mir erhofft hatte. Ich denke aber, dass ich mit den Entlassvorbereitungen einen wichtigen Teil des sozialpädagogischen Arbeitsfeldes erfasst habe. Darüber hinaus werden einige Maßnahmen auch der Unterbringungssituation gerecht. Durch den systematischen Aufbau der einzelnen Maßnahmen kann zudem der konzeptionelle Leitfaden der Behandlungsplanung jederzeit vom sozialpädagogischen Team der Klinik erweitert werden.

4.6.2 Planung der nötigen Grundversorgung nach der Entlassung

4.6.2.1 Organisation der finanziellen Situation des Patienten nach der Entlassung

Problemlage „Geld“:

Die ökonomische Situation der Patienten nach der Entlassung ist häufig sehr angespannt (siehe auch unter 4.3.2 unter „Altersverteilung“). Das verfügbare Geld zur Bestreitung des Lebensunterhaltes ist sehr gering. Faktoren können ein niedriges Einkommen, relativ geringe Leistungen von Arbeitsamt, Sozialamt oder der Rentenanstalt oder eine Schuldentilgung sein.⁵⁰ Bei bestehenden Schulden werden die Forderungen der Gläubiger häufig pünktlich zum Entlasszeitpunkt geltend gemacht. Zur Bewältigung der Forderungen muss rechtzeitig eine adäquate Schuldentilgung eingeleitet werden um keine „Entlassungskrise“ herbeizuführen. Insgesamt muss das verfügbare Geld des Patienten sorgfältig eingeteilt

⁵⁰ Die Arbeitsgruppe für empirische Bildungsforschung (AfeB) stellte fest, dass rund drei Viertel der Strafgefangenen verschuldet sind, wobei die Summe der Verschuldung kumulativ zur Strafdauer steht (Becker, Marggraf u.a. 1988, S.41)

werden um das Abzahlen der Schulden und das Abdecken lebensnotwendiger Ausgaben sicherzustellen. Der Wunsch des Patienten sich darüber hinaus etwas gönnen zu können muss in der Planung der Ausgaben ganz hinten angestellt werden. Prinzipiell muss der Umgang mit frei verfügbaren Mitteln erlernt werden um ein weiteres Ansteigen des Schuldenbergs zu verhindern (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.41 und S.63 - 64).⁵¹

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Zuerst werden vom Sozialarbeiter sozialrechtliche Ansprüche abgeklärt, damit der bedürftige Patient nach der Entlassung auch die in Frage kommende finanzielle Leistung erhält. Der Kontakt zur Schuldnerberatung wird um eine Schuldentilgung einzuleiten hergestellt. Darüber hinaus wird intern vom Sozialarbeiter die Vermeidung erneuter Schulden aufgezeigt. Die Gefahr einer erneuten Straffälligkeit durch einen unrealistischen Umgang mit den verfügbaren Mitteln muss dem Patienten unbedingt deutlich gemacht werden.

Der Patient lernt sich in der Konsumvielfalt zu orientieren und sinnvolle Kaufentscheidungen zu treffen. Orientierung bieten zum Beispiel Warentests oder Verbraucherzentralen, die über das Preis-, Leistungsverhältnis von Produkten aufklären. Die Finanzierung von Konsumwünschen wird besprochen. Es wird auf Vor- und Nachteile von Ratenzahlungen und Krediten aufmerksam gemacht. Patienten werden außerdem über Rechte und Verpflichtungen, die sich aus einem Kaufvertrag ergeben informiert.

Der Patient erlernt eine vorausschauende Haushaltsplanung und zur Kontrolle der Ausgaben die Führung eines Haushaltsbuches. Der Haushaltsplan enthält zuerst Ausgaben für die fixen Lebenshaltungskosten und dann für Essen, Kleidung und Genussmittel sowie längerfristig geplante Anschaffungen. Die Patienten werden außerdem über Grundlagen von Pflicht- und freiwilligen Versicherungen informiert (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.42 - 48 und S. 65 - 76)

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Inhaltlich wird mit Alltagserfahrungen der Patienten (z.B. der Weg in die Verschuldung) und realen Fällen (wie eine Kaufsituation korrekt abzulaufen hat) gearbeitet. Dabei werden Muster von Informationsblättern, Versicherungsanträgen, Kaufverträgen etc. eingesetzt.

⁵¹ Aufgrund des Mangels an aktueller Literatur verweise ich im Folgenden regelmäßig auf ältere Literatur von der Arbeitsgruppe für empirische Bildungsforschung, die meines Erachtens vom Grundgedanken betrachtet immer noch aktuell ist und gut als Ausgangspunkt zur konkreten Maßnahmenplanung eingesetzt werden kann.

Etwaigen gesetzlichen Änderungen wird dadurch Rechnung getragen, dass ich als Autor Anregungen für meine Diplomarbeit sozusagen überarbeite und gegebenenfalls modernisiere.

Ein System zur Haushaltsplanung wird an verschiedenen Beispielen eingeübt. Zum praktischen Handeln gibt es ein selbst kreierte und realistisch umgesetztes „Monopoly“, bei dem es um (Sammel-)Bestellungen in Kaufhäusern geht, in dessen Spielverlauf die Mitspieler pleite werden, sofern sie nicht sinnvolle Kaufentscheidungen treffen. Dazu zählen auch Übungen mit nicht geplanten Ausgaben, Rückzahlungsschwierigkeiten etc. umzugehen (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.48 - 49 und S.76 - 77).

Die Schuldnerberatung übernimmt die Insolvenz-Beratung und informiert (unter Umständen auch im Vorfeld online) über ihr Vorgehen (vgl. http://www.forum-schuldnerberatung.de/service_ratgeber/veroeff/v0021.htm).

Organisation der Maßnahmen:

Diese Maßnahmen sind für Patienten gedacht, bei denen eine Entlassung abzusehen ist. In einer Beratungsgruppe wird über Hilfen zur Kaufentscheidung informiert, über den Kaufvertrag und Arten der Finanzierung. Mögliche Ursachen von Verschuldung werden im Erfahrungsaustausch der Betroffenen aufgedeckt und die Gefahr erneuter Schulden angesprochen. In einer Trainingsgruppe wird ein System zur Haushaltsplanung eingeübt. Bis auf die Schuldnerberatung handelt es sich hier um interne Gruppenangebote. Der Kontakt zur Schuldnerberatung wird schon Monate vor der Entlassung angebahnt um Wartezeiten abfangen zu können. So wird gewährleistet, dass die Vorgehensweise mit dem Patienten in einem Erstgespräch geklärt werden konnte und er ab dem Entlasszeitpunkt tatsächlich von der Schuldnerberatung vertreten wird.

4.6.2.2 Maßnahmen zur Integration der Patienten am Arbeitsmarkt

Problemlage „Arbeit“:

Arbeiten ist mehr als nur eine Einnahmequelle. Arbeit bietet eine zeitliche Strukturierung des Alltags, prägt die Identität des Einzelnen, ermöglicht soziale Beziehungen und ermöglicht die Identifikation mit anderen Arbeitnehmern, die dieselben Ziele verfolgen. Arbeit trägt somit auf vielfältige Weise zum Sinn des Lebens bei. Arbeit zu finden ist ein wichtiges Ziel der Resozialisierung, denn es ermöglicht eine legale Lebensführung (siehe auch unter 4.3.4 unter „Auswirkungen von Haft und Unterbringung“). Die Arbeitsmarktsituation ist nach wie vor angespannt.⁵² Erschwerend kommt dazu, dass Maßregelpatienten als schwer vermittelbar gelten. Faktoren sind eine unzureichende Schul- und Berufsausbildung, die Unkenntnis einer

⁵² „Die Zahl der Erwerbslosen in Deutschland ist im Juni im Vergleich zum Vormonat zwar überraschend von 10,4 auf 10,2 Prozent gesunken. Damit sind allerdings weiterhin mehr Menschen ohne Job als im vergangenen Jahr. Zum Monatsende waren 4.257.400 Menschen ohne Beschäftigung. Mit 85.000 fiel der Rückgang mehr als doppelt so stark aus wie im Durchschnitt der letzten zehn Jahre. Es waren aber immer noch 303.100 mehr Menschen ohne Beschäftigung als vor einem Jahr.“ (<http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/artikel/139/14125/>).

erfolgreichen Arbeitssuche und Schwierigkeiten bei Bewerbungen und Vorstellungsgesprächen. Dazu kommen Vorurteile der Arbeitgeber gegenüber ehemaliger Maßregelpatienten. Bisher konnte ein Teil der Maßregelpatienten in Zeitarbeitsfirmen unterkommen. Doch durch die sog. "Hartz - Gesetze" können sich die Einsatzmöglichkeit der Maßregelpatienten teilweise weiterhin verengen.⁵³

Arbeit zu finden ist die eine Sache. Die Arbeit zu behalten ist jedoch ein wichtiger Schritt für Maßregelpatienten nicht erneut kriminell zu werden. Viele Patienten schlugen sich vor der Unterbringung mit Gelegenheitsarbeiten durch und kennen keine längerfristige berufliche Orientierung. Darüber hinaus haben Maßregelpatient oft Schwierigkeiten mit Sozialkontakten angemessen umzugehen, d.h. Vorgesetzten und Kollegen adäquat zu begegnen. Aufgrund einer niedrigen Frustrationstoleranz können so Kritik und Misserfolge schnell zum Abbruch des Arbeitsverhältnisses beitragen. Die hohe Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit steht somit im Spannungsfeld mit einer der grundlegenden Voraussetzungen zur Entlassung: einem Arbeitsplatz (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.93, S.103 und S.115)

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Schon während der Unterbringung besucht der Patient regelmäßig die Arbeitstherapie um aufs Arbeitsleben vorbereitet zu werden (siehe auch unter 4.3.5 unter „Arbeitstherapie“). Für Patienten, die (noch) nicht für den ersten Arbeitsmarkt geeignet sind bahnt der Sozialarbeiter Kontakte an, um für den Patienten einen Platz am sog. zweiten oder dritten Arbeitsmarkt zu suchen.⁵⁴ Externe Praktika erlauben dem Patienten einen Einblick in die Anforderungen der freien Wirtschaft und dienen als Erprobung der Arbeitsfähigkeit des Patienten unter realistischen Arbeitsbedingungen am ersten Arbeitsmarkt. Das Verhalten am Arbeitsplatz wird reflektiert und in Rollenspielen alternativ erarbeitet.

Zu den alltagspraktischen Problemlösungsmöglichkeiten, die helfen sollen bestehende Handlungsspielräume der Patienten zu erweitern, gehört es realistische Arbeits- und

⁵³ „Grundsätzlich betrachtet der Bundesrat die Deregulierung der Zeitarbeit als positiven Beitrag zu einer Erhöhung der Beschäftigung. Allerdings hält er die grundsätzlich gleiche Entlohnung von Stamm- und Leiharbeitnehmern für verfehlt. Sie stelle statt der erforderlichen Deregulierung eine gravierende Verschlechterung der Rahmenbedingungen für Zeitarbeit dar und werden Beschäftigungschancen bei Zeitarbeitsunternehmen in großem Umfang vernichten. Gerade die Vermittlungschancen von schwer vermittelbaren Arbeitslosen würden dadurch erheblich eingeschränkt.“(http://www3.bundesrat.de/Site/Inhalt/DE/1_20Aktuelles/1.2_20Presse/1.2.1_20Pressemitteilungen/1.2.1.2_20Pressemitteilungen_202002/HI/243_2F2002,templateId=renderUnterseiteKomplett.html).

⁵⁴ Der zweite Arbeitsmarkt beinhaltet Maßnahmen, die das Arbeitsamt vergibt, wie AB-Maßnahmen (ABM), Beschäftigungsschaffende Maßnahmen (BSM) und Strukturanpassungsmaßnahmen (SAM) (vgl. <http://www.vsp-vernetzt.de/soz/000611.htm>). Am dritten Arbeitsmarkt sind ebenfalls Maßnahmen angesiedelt, die das Ziel verfolgen Menschen zu rehabilitieren, damit sie auf dem freien Arbeitsmarkt wieder vermittelbar werden, z.B. in Werkstätten für psychisch kranke Menschen. Dort können die Betroffenen auch dauerhaft arbeiten, falls sie aufgrund ihrer Einschränkungen nicht mehr am ersten Arbeitsmarkt integriert werden können.

Berufswünsche mit dem Patienten in Hinblick auf die aktuelle Arbeitslage zu entwickeln und über Form und Inhalt von Bewerbungen und Vorstellungsgesprächen zu informieren. Ein konstruktiver Umgang mit einer möglichen Arbeitslosigkeit wird veranschaulicht. Handlungsmöglichkeiten wie der Einsatz von Eigeninitiative oder eine Verbesserung der Arbeitsmarktchancen durch Weiterbildung wird erörtert. Die finanzielle Absicherung während der Arbeitslosigkeit durch verschiedene Hilfen wird besprochen (Leistungen des Arbeitsamtes, des Sozialamtes) und es wird auf mögliche Ermäßigungen und Vergünstigungen aufmerksam gemacht. Wichtig ist auch auf psychosoziale Probleme der Arbeitslosigkeit einzugehen und auf die Gefahr eines (erneuten) Suchtproblems durch die Arbeitslosigkeit. Halt geben können Arbeitsloseninitiativen, über die informiert wird.

Der Patient wird außerdem über Hilfen zur Arbeitssuche informiert (Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlung durchs Arbeitsamt) und über Rechte und Pflichten als Arbeitnehmer. Außerdem lernt er den Umgang mit Arbeitspapieren kennen. Mögliche Startschwierigkeiten ins Arbeitsleben werden besprochen und Bewältigungsstrategien aufgezeigt (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.94 - 99, S.104 - 110 und S.116 - 124).

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Collagen stellen ein Instrument dar nonverbal Themen wie „Mein Traumberuf“ oder „Mein Wunscharbeitsplatz“ zu eröffnen den Gesprächseinstieg.“ Der Einsatz eines „Zukunftskalenders“ unterstützt eine realistische Planung einzelner Schritte ins Berufsleben. Ausgangslage bilden bereits erworbene Kenntnisse, eine Ausbildung (falls vorhanden) und Interessen des Patienten. Endpunkt ist der Wunschberuf bzw. –Arbeitsplatz. Anhand einer Zeitleiste werden die Zwischenschritte zur Erreichung des Zieles vollständig und konkret entwickelt.

Rollenspiele eignen sich um ein sozial verträgliches Verhalten am Arbeitsplatz konkret durchzuspielen. Inhalte wie die Kontaktaufnahme mit Kollegen, der Umgang mit Kritik oder Beschuldigungen sowie eine angemessene Konfliktregelung werden dabei in Dialogen durchgespielt. Dabei kann man auf Vorlagen zu Rollenspielen zurückgreifen (z.B. Pielmaier, H., „Training sozialer Verhaltensweisen“, München 1980).⁵⁵

Muster, Broschüren und Anträge von Ämtern und Behörden sowie betriebliche Unterlagen eignen sich auch hier als Informations- und Übungsmaterial (vgl. Becker, Marggraf u.a. Leitfaden für das soziale Training 1988, S.99 – 100, S.111 - 112 und S.125). Außerdem wird eine Auflistung der Stellen in der Region, die informieren oder weiterhelfen können an die Patienten weitergegeben (vgl. <http://hugo.nuernberg.de/17/2290/259/>).

Organisation der Maßnahmen:

Die Arbeitstherapie gehört zu den internen Maßnahmen, an denen Patienten unabhängig davon, ob sie auf der Aufnahmestation oder auf einer weiterführenden Station untergebracht sind teilnehmen. Die restlichen Maßnahmen richten sich an Patienten, die kurz vor der Dauerbeurlaubung stehen. Dazu gehört das Erarbeiten realistischer Arbeits- und Berufswünsche, die Organisation externer Praktika oder eines Arbeitsplatzes am zweiten oder dritten Arbeitsmarkt in Einzelkontakten. In einer Trainingsgruppe werden adäquate Umgangsformen mit Vorgesetzten und Kollegen und Bewältigungsstrategien bei Startschwierigkeiten ins Arbeitsleben mittels Rollenspiel eingeübt. In einer Beratungsgruppe wird über die Form und den Inhalt von Bewerbungen und Vorstellungsgesprächen und über den Umgang mit Arbeitspapieren und Rechte und Pflichten als Arbeitnehmer informiert. Beim Thema Arbeitslosigkeit werden psychosoziale Auswirkungen, ein konstruktiver Umgang mit dieser Situation und die Möglichkeit der finanziellen Absicherung thematisiert.

Der Besuch des Arbeitsamtes zählt zu den externen Maßnahmen.

4.6.2.3 Klärung der geeigneten Wohnform

Problemlage „Wohnung“:

Dem Wohnen kommt neben der Sicherung des Lebensunterhalts und dem Finden eines Arbeitsplatzes eine zentrale Bedeutung für die Integration des Patienten nach der Haftentlassung zu: es stellt einen Eckpfeiler einer geregelten Lebensform dar. Viele Patienten wohnten vor der Unterbringung nicht alleine (siehe unter 4.3.3 unter „Wohnsituation“). Dazu kommt die jahrelange Hospitalisierung durch die Unterbringung. Viele Patienten benötigen daher vorübergehend oder dauerhaft eine Einrichtung, welche die komplette Versorgung einer stationären Unterbringung beibehält (vgl. Hax-Schoppenhorst, Schmidt-Quernheim 2003, S.181). Es kann manchmal zwingend ratsam sein ein Wohnheim oder eine betreute Wohngemeinschaft als Übergangslösung oder dauerhafte Lebensform auszuwählen, um eine Entlassung zur Bewährung überhaupt befürworten zu können.⁵⁶ Der Bruch zur Voll-

⁵⁵ Aufgrund des Mangels an aktueller Literatur verweise ich an dieser Stelle auf ältere Literatur, die meines Erachtens vom Grundgedanken her betrachtet immer noch aktuell ist und gut als Ausgangspunkt zur konkreten Maßnahmenplanung eingesetzt werden kann.

⁵⁶ Die überwiegende Zahl der Maßregelpatienten wird in eine betreute Wohnform entlassen (vgl. Hax-Schoppenhorst, Schmidt-Quernheim 2003, S.180)

versorgung der Maßregelunterbringung ist im Gegensatz zum Einzelwohnen nicht so stark und schützt vor Überforderung des Patienten. Maßregelpatienten stellen aber leider in der Regel schlecht vermittelbares Klientel dar. Einrichtungen haben zuerst mal Bedenken die Verantwortung für einen zur Bewährung entlassenen Maßregelpatienten zu übernehmen. Darüber hinaus bestehen oft Berührungsängste von Seiten des Personals, das neben dem gewohnten Klientel keine „kriminellen“ Patienten betreuen möchten.

Patienten, die eine eigene Wohnung suchen stehen Problemen wie hohen Mietpreisen, schlechten Wohnlagen und Vorurteilen von Vermietern gegenüber. Erschwerend kommt der Teufelskreis „ohne Wohnung keine Arbeit und ohne Arbeit keine Wohnung“ dazu. Eine mögliche Finanzierung der Wohnung ohne (ausreichendes) Einkommen muss daher von vorneherein geklärt werden (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.83 - 84).

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Wohnbedürfnisse und die in Frage kommenden Wohnmöglichkeiten müssen realistisch abgeglichen werden. Kontakte zu betreuten Wohnformen werden vom Sozialarbeiter in Zusammenarbeit mit dem Patienten systematisch hergestellt. Wurde eine geeignete Wohnform gefunden bewirbt sich der Patient mit Hilfe des Sozialarbeiters um einen Platz. Danach erfolgt die Kostenklärung und Koordination aller beteiligten Stellen in der Verlegungssache.

Die Suche einer Wohnung am Wohnungsmarkt erfordert ebenfalls planvolles Vorgehen. Der Patient muss sich über Wohnungsangebote (z.B. Genossenschaftswohnungen, Sozialwohnungen) informieren. Es kommen nur seriöse Angebote in Frage. Die Finanzierung der Wohnung muss geklärt werden sofern (noch) kein (ausreichendes) Einkommen vom Patienten bezogen wird.

Der Patient bekommt einen Einblick ins Mietrecht (Mieterschutzbund), um die Bedeutung eines Mietvertrags deutlich zu machen. Der Patient wird auf Gefahren wie ungesetzmäßige Klauseln im Mietvertrag oder unberechtigte Mietkostenerhöhungen aufmerksam gemacht. Über Regelungen zur Kündigung der Wohnung wird informiert. Der Patient wird auf die Meldepflicht und Konsequenzen bei der Nichteinhaltung aufmerksam gemacht. Soziale Aspekte werden thematisiert. Dazu gehört ein geregeltes Zusammenleben in einer betreuten Wohnform, der Umgang mit der Hausordnung, ein adäquater Umgang mit Vermietern und Nachbarn und konstruktive Möglichkeiten der Auseinandersetzung bei Mietstreitigkeiten (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S. 85 - 89).

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Die Aufgaben und das Antragswesen des Wohnungsamtes werden mittels Broschüren und Musteranträgen veranschaulicht. Eine Auflistung der Stellen in der Region, die informieren oder weiterhelfen können wird an die Patienten weitergegeben (vgl. <http://hugo.nuernberg.de/17/2290/259/>). Informationsquellen zur Wohnungssuche und der richtige Umgang mit geeigneten Medien werden den Patienten vorgestellt.⁵⁷

Über Leistungen von Anbietern wie dem Mieterschutzbund können sich Patienten zum Beispiel auch online ausführlich informieren (vgl. <http://www.mieter-helfen-mietern.de/>). Der kontrollierte Zugang zu einem PC mit Internetzugang sollte dazu Klinikintern auf der Entlassstation bereitgestellt und geregelt werden. So können vom Patienten auch Anzeigen und Gesuche zur Wohnungsfindung geschaltet werden (z.B. unter <http://www.alleszeitung.de/>). Pfleger der Station könnten den Zugang der Patienten zum Internet koordinieren (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S. 89 - 90).⁵⁸

In der Literatur kann man zum Aufgreifen sozialer Aspekte, die mit dem Thema Wohnen zusammenhängen, auf Lernbücher zurückgreifen (z.B. Andritzky, H./ Selle, G. „Lernbereich Wohnen“, Band 1 und 2, Reinbeck 1979).⁵⁹

Organisation der Maßnahmen:

Diese Maßnahmen werden vor der Dauerbeurlaubung angeboten. In internen Einzelkontakten werden Wohnbedürfnisse und eine geeignete Wohnform zur Entlassung mit dem Patienten abgeklärt und gegebenenfalls eine Verlegung in eine betreute Wohnform in die Wege geleitet. Eine Hilfestellung bei der Wohnungssuche und das Abklären der Finanzierung findet ebenfalls in internen Einzelkontakten statt. Das Wohnungsamt überprüft zudem Zugangsvoraussetzungen zum Erhalt einer Sozialwohnung (= externe Maßnahme).

In einer internen Beratungsgruppe wird über die Meldepflicht und Grundlagen des Mietrechts (Mietvertrag, Mieterhöhung, Kündigung) informiert. Der Eintritt beim Mieterschutzbund (= externe Dienstleistung) wird darüber hinaus dringend empfohlen, da die Rechtsberatung eines erfahrenen Juristen bei Mietstreitigkeiten nicht ersetzt werden kann. In einer internen Trainingsgruppe wird anhand von Rollenspielen ein geregeltes Zusammenleben und der Umgang mit Vermietern und Nachbarn geübt.

⁵⁷ Ein Herausgeber, dessen Anzeigen online und in Druckform erscheinen schaltet Anzeigen beispielsweise im Internet schon bis zu 2 Tage vor dem Erscheinen der Zeitung im Netz frei. Informiert man sich über die Zeitung und reagiert dann auf ein Angebot haben ziemlich sicher schon vorher Interessenten zugeschlagen, die sich online informiert haben.

⁵⁸ Mittlerweile ist es außerdem kein Problem mehr das Aufrufen unerwünschten Seiten zu unterbinden, indem die Sicherheitsstufe im Browser dementsprechend angepasst wird. So können Missbrauchsmöglichkeiten mit dem Medium eingegrenzt werden.

⁵⁹ Aufgrund des Mangels an aktueller Literatur verweise ich an dieser Stelle auf ältere Literatur, die meines Erachtens vom Grundgedanken her betrachtet immer noch aktuell ist und gut als Ausgangspunkt zur konkreten Maßnahmenplanung eingesetzt werden kann.

4.6.3 Behebung spezieller Problematiken

4.6.3.1 Bildungsangebote

Problemlage „Bildung“:

Die soziale Randständigkeit der Patienten wird unter anderem in einem Mangel an Schul- und Berufsausbildung deutlich (siehe auch unter 4.3.3. unter „soziale Randständigkeit“). An dieser Stelle möchte ich die Verkettung von Problemen ausgelöst durch Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten herausgreifen. Ein dauerhaftes Versagen im Erlernen dieser zentralen Kulturtechnik führt zu einer Katastrophe, da sie Zugang zu Bildung, Information und Kommunikation eröffnet.

>>Der Leistungsgesellschaft und ihren inhumanen Schulen fallen Tausende von Schülern zum Opfer<< (Betz/Breuninger 1998, S.1). Folgenlos bleibt das nicht, wenn das System in dem ich mich bewege auf eine bestimmte Leistung besteht. Eine Ursache fehlender Schul- und Berufsausbildung sind Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten.⁶⁰ Diese können als Folge von Defiziten auftreten, führen aber fast immer in eine strukturelle Lernstörung.⁶¹ Für viele Menschen ist die Fähigkeit des Lesens und Schreibens immer noch ein Gradmesser für Intelligenz, was leicht zu einer moralischen Bewertung hinführt. Der Lernende wird nur zu leicht als "Fauler" und "Dummer" stigmatisiert und mit weiteren charakterlichen Mängeln behaftet. Müßig hingegen ist der Versuch einer Unterscheidung in „echte“ und „unechte“ Legastheniker, denn Legasthenie bedeutet nichts anderes als Leseschwäche.

Der Bereich der Störungen geht allerdings über das Lernen und Schreiben hinaus. Es gehen Verhaltens- und Selbstwertstörungen damit einher. Legastheniker leiden unter der Unzufriedenheit anderer, den Misserfolgen und den Vorwürfen, die sie sich selbst machen. Bestehende Leistungs- und Selbstwertstörungen werden allerdings als lernhemmende Faktoren angesehen. Die sozial erwünschte Kompensation gelingt oft nicht, wird z.B. durch Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen verhindert, was zu erneuter Frustration führt. Wo die Kompensation nicht gelingt entstehen generell gravierende Folgen für das weitere Lernen (vgl. Betz/Breuninger 1998, S.3 - 8).

⁶⁰ Leygraf fand heraus, dass fast 14% der Patienten aus seiner Untersuchung Analphabeten sind. Er vermutet allerdings, dass die tatsächliche Zahl der Analphabeten weitaus höher liegt und oft in der Krankenakte nicht dokumentiert wird (vgl. Leygraf 1988, S.32).

⁶¹ Der Lernprozess ist an sich schon mühselig und kann erfolglos sein, ohne dass sich eine Lernstörung dahinter verbirgt. Die ganze Lernstruktur spielt eine Rolle, neben Kognition und Motivation spielen auch Gefühle und das soziale Umfeld eine Rolle (vgl. Betz/Breuninger 1998, S.3 - 8).

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Zu meinen folgenden Überlegungen erscheint mir die Definition des Deutschen Bildungs-rates von Erwachsenenbildung bzw. Weiterbildung passend. Sie sieht darin die „Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer unterschiedlich aus-gedehten ersten Bildungsphase“ an (vgl. <http://www.bibb.de/de/11929.htm>). Im Hinblick auf eine gewünschte Integration am Arbeitsmarkt werden grundlegende Lese- und Recht-schreibfähigkeiten erlernt und vertieft. Dazu wird zuerst der Stand der bisherigen Kenntnisse ermittelt und ein individueller Förderplan erstellt. Dazu gehört das Erlernen, Vertiefen, Habitualisieren oder Erneuern der Lesefertigkeit und die Vermittlung von Kenntnissen schriftlicher Kultur und ihrer Medien (vgl. <http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/1997/18/>).

Gleichzeitig werden durch die Gruppenarbeit soziale Kompetenzen geschult. Der Patient wird außerdem über externe Weiterbildungsmaßnahmen und Kontaktstellen, die informieren und vermitteln aufgeklärt.

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Computer sind heute von kaum einem Arbeitsplatz wegzudenken. Um die Patienten im Umgang mit einem Computer (wieder) vertraut zu machen eignet sich dieses Medium hervorragend zum Lese- und Rechtschreibtraining. Es gibt dazu speziell entwickelte Soft-wareprogramme. Denkbar wäre der Einsatz eines Softwarequiz, das gleichzeitig mit Bild-symbolen arbeitet. Durch multimediale Fähigkeiten des Rechners werden Wortmitteilungen in verschiedenen Schwierigkeitsstufe mit Bildsymbolen verknüpft.

Lesen kann auch durch den Einsatz einer Tageszeitung mit relativ großem Druck, leicht verständlichen Inhalten und einem relativ einfachen Wortschatz geübt werden.

Methodisch kann mit Kleingruppenarbeit zur Schulung der Teamfähigkeit gearbeitet werden.

Organisation der Maßnahmen:

Das Bildungsangebot wird in internen Trainingsgruppen stationsübergreifend angeboten. Kurse mit verschiedenen Anforderungen werden der Reihe nach vom Patienten je nach Bedarf durchlaufen. Ergänzt wird das Bildungsangebot durch externe Leistungen wie Volks-hochschulkurse, die z.B. bestehende Computerkenntnisse vertiefen können oder grund-legendes „Computerenglisch“ vermitteln.

4.6.3.2 Suchtberatung

Problemlage „Alkohol“:

Alkohol- oder Drogenmissbrauch bzw. Sucht ist auch bei den psychisch kranken Maßregelpatienten ein Thema (siehe auch unter 4.3.4 unter „Alkohol- und Drogeneinfluss“). Prinzipiell ist Alkoholismus in unserer Gesellschaft keine Randerscheinung und darf nicht bagatellisiert werden.⁶² Das Alkohol ernst zunehmende Gefahren birgt ist längst bekannt: seit den 60er Jahren wird Alkoholismus weltweit als Krankheit anerkannt.

Bei Alkoholismus handelt es sich um ein komplexes Phänomen höchst unterschiedlicher Ausprägungen (vgl. <http://www.pcfutter.de/loa/seiten/alk.htm#4.1.%20Grenzwerte%20des%20%20Alkoholkonsums>). Folgen der Abhängigkeit oder des chronischen Missbrauchs können der Abbau sozialer Verantwortung, Unzuverlässigkeit, ein nachlassendes Interesse an Bezugspersonen, die Vernachlässigung der Körperpflege, eine Reduzierung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und ein Verlust an Kritik- und Urteilsfähigkeit sein (vgl. Nedophil 1996, S.80 - 81).

Der Alkoholmissbrauch oder ein Rückfall in die Sucht gefährden weitreichend die Resozialisierung des Patienten. Ein Bewährungswiderruf und die erneute Unterbringung drohen dem bedingt entlassenen Patienten sofern dazu konkrete Anhaltspunkte bestehen. Der Kontaktabbruch zum Bewährungshelfer ist da z.B. denkbar, da dieser schließlich eine Kontrollinstanz darstellt.⁶³ Der Missbrauch oder die Sucht können auch zu einem Rückfall in die Kriminalität führen, sei es zur Beschaffung von Alkohol oder aufgrund herabgesetzter Hemmschwellen beim Begehen von Straftaten. Langfristig gesehen führen gravierende Alkoholprobleme zudem nicht selten in die Arbeits- und Wohnungslosigkeit und legen so die Grundvoraussetzungen eines geregelten Lebens lahm.

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Psychosoziale und biografisch begründete Faktoren der Alkoholsucht oder des Missbrauches werden am Einzelfall thematisiert. Der Prozess des Suchtverlaufs wird anhand von Entwicklungsstufen aus der Literatur erläutert. Individuelle Suchtverläufe werden nach diesem Schema analysiert, um den betroffenen Patienten Ursachen und Wege aus der Sucht aufzeigen zu können. Ergänzend ist die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ratsam, damit der Patient sich auch nach der Entlassung mit Betroffenen austauschen kann. Im Hinblick auf

⁶² Neuere Ermittlungen weisen darauf hin, dass der Anteil der Alkoholabhängigen und Gefährdeten in der Bevölkerung bei etwa 10% liegt. Experten gehen allerdings sogar von einer viel höheren Dunkelziffer aus (vgl. <http://www.pcfutter.de/loa/seiten/alk.htm#4.1.%20Grenzwerte%20des%20%20Alkoholkonsums>).

⁶³ §67g Abs.1 StGB „Widerruf der Aussetzung“: Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung, wenn der Verurteilte

1. während der Dauer der Führungsaufsicht eine rechtswidrige Tat begeht,
2. gegen Weisungen gröblich oder beharrlich verstößt oder
3. sich der Aufsicht und Leitung des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht und sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel seine Unterbringung erfordert.

eine mögliche Rückfallgefahr wird die Dringlichkeit weiterführender externer Maßnahmen am Einzelfall erörtert (Anbindung an eine Suchtberatungsstelle oder die Verlegung in eine geeignete Nachsorgeeinrichtung).

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Eine einheitliche Beschreibung zur Suchtberatung gibt es nicht. Da die Sozialpädagogen in der Klinik bereits mit den Entwicklungsstufen von Professor Dr. Jellinek arbeiten möchte ich an dieser Stelle auch auf diesen verweisen (<http://www.pcfutter.de/loa/seiten/alk.htm#4.1.%20Grenzwerte%20des%20%20Alkoholkonsums>).

Organisation der Maßnahmen:

In internen Trainingsgruppen findet die Suchtberatung stationsübergreifend statt. Auf externe, in der Region angesiedelte Stellen wird aufmerksam gemacht, die informieren und bei Suchtproblemen weiterhelfen können.

4.6.3.3 Erlernen eines gesellschaftlich akzeptablen Umgangs mit Aggressionen

Problemlage „Aggressionen“:

Gewalt wird in der Soziologie u.a. als Abweichung von der gesellschaftlichen Norm definiert, welche die soziale Ordnung einer Gesellschaft bedroht. Von Seiten des Staats werden Gewalttaten daher auch strafrechtlich verfolgt. Es gibt jedoch Menschen, die sich nur mittels Gewalt behaupten können und diese als Instrument zur Durchsetzung ihrer Interessen benutzen. Zu dieser Gruppe gehören vor allem die gewalttätigen Wiederholungstäter. Man muss allerdings an dieser Stelle anmerken, dass insgesamt viele gewalttätige Delikte unter den Anlassstraftaten waren und aggressives Verhalten einzelner Patienten (stellenweise aus der Vorgeschichte) bekannt ist (siehe auch unter 4.3.4 unter „Unterbringungsdelikte/verbal oder tätlich aggressives Verhalten“). Zusätzlich waren viele Patienten im Maßregelvollzug bereits im Gefängnis. Die Subkultur eines Gefängnisses ist bekanntlich ein „Traininglager“ für Gewaltbereitschaft. Dieses gewaltlegitimierende und –fördernde Milieu wirkt sich negativ auf die Resozialisierung der Patienten aus. Besonders schwierig für einen von Fachpersonal initiierten Lernprozess stellt die mangelnde Kooperations- und Veränderungsbereitschaft der gewalttätigen Patienten dar. Ein passender Zugang zu den Patienten muss also gefunden werden. Es gilt mittlerweile als unumstritten, dass Sport eine Einflussnahme auf die Gefangenen eröffnet und ein Lernfeld zum Umgang mit sozialen Regeln bietet (vgl. Nickolai/ Rieder u.a. 1992, S.24).

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Problematisch ist die Auswahl der geeigneten Sportart, da instrumentelle oder affektive Gewalt keinstenfalls gefördert werden soll. Normaler Mannschaftssport scheidet also aus. Auf den Grundlagen asiatischer Kampfkünste wird die Aggressivität und Gewaltbereitschaft der Teilnehmer gezielt und systematisch reduziert. In westlichen Kampfsportarten geht es um die Erniedrigung, Verletzung und „Vernichtung“ des Opfers. Asiatische Kampfkünste dagegen unterliegen moralethischen Vorgaben fernöstlicher Tradition und Religion. Es geht nicht um den Sieg über den Gegner, sondern um den Sieg über sich selbst durch die Beherrschung von Körper und Geist. Aggressive Verhaltensweisen werden vom Sportler als erfolgloses Handeln erlebt und verlernt, da sie zwangsläufig zu einem Misslingen der Übungen und der Disqualifikation führen (vgl. Nickolai/Rieder u.a. 1992, S.24 - 25). So wird eine regelgeleitete und kontrollierte Aggressionsbewältigung erlernt. Aggressive Verhaltensmuster fallen manchmal im Sport besonders augenfällig auf und werden dadurch erst zugänglich. Entspannungsübungen unterstützen dabei die Fähigkeit zur Selbstberuhigung. Das Ritual der Versöhnung kann darüber hinaus auf Alltagssituationen übertragen werden (vgl. Hax-Schoppenhorst, Schmidt-Quernheim, S.90).

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Sowohl Arbeitsweise und Materialien hängen vom konkreten Angebot ab. Tai Chi zum Beispiel ist eine Bewegungsmeditation, die Geist und Körper harmonisiert. Beim Karate-Do werden Gedanken und Gefühle kontrolliert und ausgeblendet. In der Aktion wird vor der Berührung des Gegners gebremst im Hinblick auf den Verzicht einer Trefferwirkung (vgl. Nickolai/Rieder u.a. 1992, S.25).⁶⁴ In der nordbayrischen Klinik wird zum Beispiel Qi Gong von einer Sozialpädagogin angeboten. Qi Gong bedeutet wörtlich übersetzt „Energiearbeit“. Es wird versucht durch beständiges Ausführen von Qi-Übungen die Kontrolle über den inneren Fluss der Lebensenergie zu erlangen und den Willen zu stärken (<http://www.qigong-verband.de/inhalt.htm>).

Organisation der Maßnahmen:

Tai Chi oder Karate-Do wird in internen Trainingsgruppen stationsübergreifend angeboten. Es gibt keine zeitliche Begrenzung des Angebots. Nach der Entlassung kann der Patient in einem Verein oder Fitnessstudio weitertrainieren.

⁶⁴ Konzepte mit lerntheoretisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtetem sozialen Anti-Aggressions-Training möchte ich hier nicht anführen. Inhaltlich wird in diesen Trainings aggressives Verhalten durch Kritik und Konfrontation „verlernt“. Methoden wie Demütigung oder gezielte Provokation des Patienten erscheinen mir keine adäquate Form der Auseinandersetzung mit dem Thema zu sein. Praktische Übungen fehlen oft. Außerdem stellt sich die Frage, ob ein Übertrag auf den Alltag möglich ist.

4.6.3.4 Klärung und Unterstützung ausländischer Patienten mit deren Zukunft

Problemlage „Asyl“:

Nicht alle Maßregelpatienten der nordbayrischen Klinik sind Deutsche oder haben die deutsche Staatsbürgerschaft (siehe auch unter 4.3.2 unter „Geburtsland/Staatsangehörigkeit“). Das bundesdeutsche Asylrecht mit seinem hohen Anspruch der Verfassungsgarantie ist das Ergebnis bitterer geschichtlicher Erfahrungen mit politischer Verfolgung während des Nationalsozialismus.⁶⁵ Das Grundrecht auf Asyl ist das einzige Grundrecht, das nur Ausländern zusteht. Es gilt allein für politisch Verfolgte, d.h. für Personen, die eine an asyl-erhebliche Merkmale anknüpfende staatliche Verfolgung erlitten haben bzw. denen eine solche unmittelbar droht.⁶⁶ Gründe, die den weiteren Verbleib in Deutschland nicht rechtfertigen führen dazu, dass die erforderliche Aufenthaltsgenehmigung entzogen wird.⁶⁷ Abschiebung ist die Durchsetzung der Ausreisepflicht durch die Ausländerbehörde. Um den Aufenthalt zu beenden ordnet das Amtsgericht auf Antrag der Ausländerbehörde die Abschiebehaft an, damit die Rückkehr in den Heimatstaat vorbereitet und durchgeführt werden kann. Die Abschiebehaft wird vom Patienten als eine Verlängerung der Unterbringung empfunden, die schon an sich als erschwert erlebt wurde: im Hinblick auf die drohende Abschiebung blieben oft Lockerungen während der Unterbringung versagt. Es ist aber nicht nur der Freiheitsentzug, unter dem die betroffenen ausländischen Patienten leiden: die Aussicht der erzwungenen Rückkehr wird zu einer traumatischen Erfahrung für die Patienten, der sie sich hilflos ausgeliefert fühlen (vgl. Cornel 2002, S.37 - 38).

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Bei ausländischen Patienten ist die Bestellung eines Betreuers, der über spezielle Kenntnisse des Asylrechts verfügt meist unerlässlich. Der Patient braucht kompetente Unterstützung und Begleitung hinsichtlich der folgeschweren und komplizierten gesetzlichen Bestimmungen zum Aufenthaltsstatus und einer eventuellen Rückführung ins Heimatland (vgl. Hax-Schoppenhorst, Schmidt-Quernheim 2003, S.185).

⁶⁵ Mit der Aufnahme des Satzes „Politisch Verfolgte genießen Asylrecht“ in den Grundrechtskatalog des Grundgesetzes (Artikel 16 Abs.2 Satz 2 Grundgesetz) ist das Asylrecht als einklagbarer Rechtsanspruch mit Verfassungsrang ausgestattet worden (vgl. <http://www.fh-potsdam.de/~Sozwes/werkstatt/adf/index.html>).

⁶⁶ Asyl-erhebliche Merkmale sind nach dem Wortlaut der Genfer Flüchtlingskonvention die Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe und politische Überzeugung. Allgemeine Notsituationen - wie Armut, Bürgerkriege, Naturkatastrophen oder Arbeitslosigkeit - sind damit als Gründe für eine Asylgewährung ausgeschlossen (<http://www.fh-potsdam.de/~Sozwes/werkstatt/adf/index.html>).

⁶⁷ §47 Abs.1 und 2 des Bundesgesetzblattes 1993 Teil I Seite 1063 besagt, dass ein Ausländer ausgewiesen wird, wenn er

1. (...) rechtskräftig zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt worden ist oder (...) innerhalb von fünf Jahren zu mehreren Freiheits- oder Jugendstrafen von zusammen mindestens drei Jahren (...) oder (...) Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist oder
2. wegen einer vorsätzlichen Straftat nach dem Betäubungsmittelgesetz, wegen Landfriedensbruches (...) oder einer verbotenen öffentlichen Versammlung (...) zu einer Jugendstrafe von mindestens zwei Jahren oder zu einer Freiheitsstrafe verurteilt und die Vollstreckung der Strafe nicht zur Bewährung ausgesetzt worden ist (vgl. <http://www.fh-potsdam.de/~Sozwes/werkstatt/adf/index.html>).

In Gesprächen mit dem ausländischen Patienten und dem Sozialarbeiter werden Befürchtungen, die mit der drohenden Abschiebung einhergehen thematisiert. Ängste stehen im Raum im Heimatland sozial verachtet zu werden oder physisch nicht überlebensfähig zu sein. Auch wenn Gerichte hier von einer subjektiven Furcht der Betroffenen ausgehen muss die psychische Verfassung des Patienten ernst genommen werden. Der Beziehungsabbruch zu Familienmitgliedern, die in Deutschland zurückbleiben ist ebenfalls ein wichtiges Thema. Es besteht die trostlose Alternative Familienmitglieder mit in die Ungewissheit und somit in ein Leben mit weniger Chancen als in Deutschland vorhanden sind mitzunehmen. Allein schon für diese Entscheidung braucht der Patient den Rückhalt und die Gesprächsbereitschaft des Sozialarbeiters. Denkbar ist auch, dass der Patient in Deutschland aufgewachsen ist und noch nie in seinem Heimatland wohnhaft war (vgl. Cornel 2002, S.37). Er muss erst auf die veränderten Lebensbedingungen vorbereitet werden und sich mit diesen auseinandersetzen. Die Unterstützung eines Psychologen in dem Prozess der Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Zukunft ist ratsam, damit der Patient individuelle Bewältigungsstrategien erlernt.

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Es gibt Bücher in der Erwachsenenliteratur, die sich mit dem Thema „Asyl“ anhand von Einzelschicksalen auseinandersetzen und dem Patienten über seine Resignation hinweghelfen können. Das Ausländeramt hält zwar Informationsmaterial für Abschiebehäftlinge bereit, allerdings wird hier thematisch rein auf den Vorgang der Abschiebung eingegangen.

Um Patienten den Umgang mit dieser angespannten Situation zu erleichtern sind Angebote wie Tai Chi oder Progressive Muskelentspannung ratsam, da diese Entspannungstechniken keine speziellen deutschen Sprachkenntnisse voraussetzen.

Organisation der Maßnahmen:

Kontakte zum Sozialarbeiter und Psychologen finden in internen Einzelgesprächen statt. Der Betreuer, der nicht zum Klinikpersonal zählt koordiniert in Einzelkontakten mit dem Patienten den Ablauf mit den beteiligten Ämtern und unterrichtet den Sozialarbeiter über den aktuellen Stand seiner Bemühungen.

4.6.3.5 Klärung des individuellen Hilfebedarfs

Problemlage „Hilfebedarf“:

Während der Unterbringung steht ein Teil der Patienten bereits unter gesetzlicher Betreuung. Die Wirkungskreise des Betreuers richten sich dabei nach der Einschränkung des Patienten (siehe auch unter 4.3.5 unter „Gesetzliche Betreuung“). Die Patienten sind in

unterschiedlichem Ausmaß von individuellen Auswirkungen des Maßregelvollzugs betroffen. Durch die Unterbringung verliert der Patient seine bisher gültigen Rollen und Bezüge: er ist nur noch Patient (vgl. Hax-Schoppenhorst, Schmidt-Quernheim 2003, S.91). Feste Arbeits- und Tagesabläufe strukturieren den einzelnen Tag und machen ihn austauschbar. Dazu kommt, dass der Patient über keine persönliche frei bestimmbare Zeit mehr verfügt. Der Verlust von Autonomie, zunehmende Passivität und Lebensuntüchtigkeit erschweren die Resozialisierungsbemühungen. (vgl. unveröffentlichte Zusammenfassung von Fr. Prof. Gabriele Kawamura-Reindl zum Vortrag „Entlassung nach langem Freiheitsentzug - Chancen und Erfordernisse für eine Rückkehr in die Gesellschaft“ des Symposiums der Diakonie Rosenheim 2001, S.3 - 5).

Da stellt sich die Frage welche Voraussetzungen der einzelne Patient für eine Wiedereingliederung mitbringt. Prinzipiell gibt es im Maßregelvollzug Patienten, die schon vor der Unterbringung kein geordnetes Leben geführt haben. Ziel ist langfristig gesehen den Patienten in ein soweit wie möglich unbetreutes Lebensfeld zu entlassen. Ohne eine spezielle Nachsorge ist das allerdings schlecht möglich, da die Gefahr eines Rückfalls und einer erneuten Inhaftierung auf ein vertretbares Maß reduziert werden muss.⁶⁸ Es hängt von verschiedenen Faktoren ab, ob die Resozialisierung gelingt.⁶⁹ Im Einzelfall muss konkret entschieden werden wie intensiv und umfassend Maßnahmen zur Nachsorge des Patienten nötig sind.

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Mit diesen Maßnahmen werden Patienten angesprochen, die bereits ambulant nachbetreut werden. Dazu gehört dem Patienten eine realistische Einschätzung seiner Möglichkeiten aufzuzeigen und damit Selbstüberschätzung sowie unrealistische Pläne einzugrenzen. Die Vernetzung von Hilfen und Leistungen der Kooperationspartner zu einem Komplexleistungsprogramm ermöglicht eine individuelle Nachbetreuung des Patienten und somit größtmögliche Resozialisierungschancen.

Regionale komplementäre Einrichtungen werden schon im Vorfeld erschlossen. Vernetzt werden die Hilfen für den einzelnen Patienten in einer „Helferkonferenz“ mit festgelegten Zuständigkeiten. Diese Konferenz wird von der ambulanten Nachbetreuung organisiert. Eine zentrale Rolle spielt die Beteiligung von Bewährungshelfer und Führungsaufsicht im Resozialisierungsverlauf. Eine zusätzliche Unterstützung bietet die Bestellung eines Betreuers

⁶⁸ „Die meisten Patienten kommen innerhalb des ersten Jahres zurück, die Hälfte aller Wiederaufnahmen erfolgt innerhalb der ersten 15 Monate nach der Entlassung“ (Leygraf 1988, S.126)

(sofern dies nicht schon während der Unterbringung geschehen ist), der eine stabilisierende Funktion im Hilfeprozess darstellt. Gelingt die Integration ins Versorgungsnetz kann sich die

Ambulanz nach der Aussetzung der Maßregel zurückziehen (vgl. Hax-Schoppenhorst, Schmidt-Quernheim 2003, S.172 – 175).

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Ratsam ist der Einsatz eines schriftlichen Resozialisierungsplans. Zuerst wird der Bedarf des Patienten festgestellt und dokumentiert. Anschließend werden Vereinbarungen mit dem Patienten hinsichtlich seiner Zielsetzung getroffen. Anhand der Zielsetzung werden dann die angezeigten Maßnahmen vom Patienten in Unterstützung vom Sozialarbeiter ausgewählt. Vernetzt und koordiniert werden die Maßnahmen dann im Zusammenwirken aller Beteiligten in der Helferkonferenz. Da alle Schritte des Resozialisierungsplans schriftlich fixiert werden eignet er sich auch als Überprüfungsgrundlage und zu Evaluationszwecken.

Organisation der Maßnahmen:

Die Klärung des individuellen Hilfebedarfs findet in internen Einzelkontakten statt. Mit Hilfe der (in diesem Fall) instituteigenen Ambulanz werden externe Maßnahmen miteinander verknüpft.

4.6.4 Anbahnung und Vertiefung tragfähiger Sozialkontakte

4.6.4.1 Interne Maßnahmen

Problemlage „interne Beziehungen“:

Maßregelpatienten waren häufig schon vor der Unterbringung in soziale Schwierigkeiten verstrickte Menschen (siehe auch unter 4.3.2 unter „Familienstand“). Probleme im Elternhaus, die durch materielle Not oder psychische Konflikte geprägt waren haben nicht selten zu einer Fremdunterbringung geführt. Zu den Auswirkungen dieser Kindheits- und Jugenderfahrungen zählen Beziehungsstörungen, die wie ein "Rattenschwanz" Folgeprobleme nach sich gezogen haben. Die „kriminelle Karriere“ des Patienten sieht typischerweise folgendermaßen aus: durch die Beziehungsstörungen wurde die Schul- und Berufsausbildung beeinträchtigt, der Heranwachsende kam mit einer Peer-Group in Kontakt die delinquentes Verhalten gefördert hat und dies führte langfristig gesehen zu Aufenthalt in

⁶⁹ Da die Nachsorge auch Bereiche wie Arbeit, Wohnen, Finanzen und Vermeidung von Sucht bzw. Stoffmissbrauch beinhaltet wurden einzelnen Maßnahmen bereits in vorangegangenen Punkten angesprochen.

Halteanstalten und so zum sozialen Lernen im subkulturellen Milieu der Haftanstalten. Die Entwicklung der Fähigkeit befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen aufzunehmen und aufrechtzuerhalten ist eine schwierige und langwierige Aufgabe im Hinblick auf die vom Patienten erlebten Enttäuschungen, Zurückweisungen und Beziehungsabbrüche. Da der Kern jeder Maßnahme auf einem Beziehungsaufbau zwischen Patient und Betreuer basiert gilt es Maßnahmen des sozialen Trainings zu wählen, die einen Zugang zum Patienten ermöglichen. Wenn es dem Betreuer gelingt eine tragfähige Beziehung zum Patienten aufzubauen kann auch an den in der Beziehung auftauchenden Konflikten gearbeitet werden (vgl. Rauchfleisch 1991, S.8 - 10).

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

„Erlebnispädagogik kann dazu beitragen sinnstiftende Rituale dort zu schaffen, wo schwierige Übergänge (z.B. Heimaufnahme, Ablösung) problematische Rituale zu provozieren drohen. (...) In den allermeisten Fällen dient die erlebnispädagogische Maßnahme der Aufnahme von Beziehungen und ist so Startschuss für pädagogische und therapeutische Bemühungen“ (Heckmair, Michl 2002, S.81). Das gemeinsame Handeln steht hier ebenso im Vordergrund der Maßnahme wie das Artikulieren der eigenen Bedürfnisse. Das im Alltag vertraute Fortbewegungsmittel Fahrrad bietet im Rahmen einer Radtour Lernchancen in der Gruppe an und die Auseinandersetzung mit eigenen Kräften und der Natur. Eine Radtour an sich stellt schon eine soziale Herausforderung dar: Entscheidungen müssen getroffen werden, Absprachen müssen eingehalten werden, Rücksicht auf andere Teilnehmer muss genommen werden, Spannungen durch Pannen und Konflikte müssen gemeistert werden und die Konditionsschwächen einzelner Fahrer müssen konfliktvermeidend aufgefangen werden. Werden Patienten an den Vorbereitungen beteiligt müssen sie Verantwortung für sich selbst und die Gruppe übernehmen und entwickeln schon vor Abreise ein Wir-Gefühl. Daher bieten solche Aktivitäten vielfältige Erfahrungsmöglichkeiten an und werden so zu prägenden Erlebnissen (vgl. Heckmair, Michl 2002, S.180 - 181).

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Aktivitäten, die in der Erlebnispädagogik gezielt eingesetzt werden bieten eine Einstiegsmöglichkeit zum Aufbau von Beziehungen an und sind methodisch dem sozialen Training zuzuordnen. In „Abenteuer-bezogenen“ Kursen werden nach und nach neue Erkenntnisse und Einsichten gewonnen (vgl. Heckmair, Michl 2002, S.54). Zum Aufnehmen von Kontakten und zur Ausgestaltung dieser lernt der Patient eigene Rechte, Forderungen und berechnete Interessen adäquat gegenüber anderen durchzusetzen. Wesentlich hierbei ist mit Kritik konstruktiv umzugehen und an der Kompromissbereitschaft zu arbeiten. Dazu gehört auch Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und in Beziehungen einzubringen (vgl.

Stolpmann 2001, S.102). Gerade Angebote, die kein teures Equipment oder eine bestimmte regionale Lage voraussetzen eignen sich hier gut: z.B. Radtouren oder Wanderungen.

Organisation der Maßnahmen:

Es wird sich hier um interne Aktivitäten handeln, die von internen Mitarbeitern außerhalb des Klinikgeländes in Trainingsgruppen durchgeführt werden. Soll die Dauer der Aktivität einen Tag überschneiden bietet sich eine „Urlaubswoche“ der Patienten an. Die Aktivitäten lassen sich daher am einfachsten stationsintern organisieren.

4.6.4.2 Besuch externer Angebote

Problemlage „externe Beziehungen“:

Der Patient befürchtet nach der Entlassung die Stigmatisierung als „verrückter Krimineller“. Er hat Ängste was den Umgang mit Leuten außerhalb der Unterbringung betrifft, da er dort auf andere Umgangsformen, Inhalte etc. als mittlerweile gewohnt stößt. Diese Gefühle behindern eine neu orientierte Kontaktaufnahme im privaten und öffentlichen Bereich nach der Entlassung. Es besteht also die berechtigte Gefahr, dass der Patient auf der Suche nach sozialem Rückhalt Kontakt zu alten Freunden und Bekannten aufnimmt. Diese Rückkehr beinhaltet allerdings auch die Gefahr des Rückfalls in die Kriminalität. Während der Neuorientierung im subkulturellen Milieu verfällt der Patient relativ leicht in alte Verhaltensmuster, zudem er auch beweisen will, dass er immer noch derselbe wie vor der Unterbringung ist (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.131). Die Anbahnung neuer externer Kontakte vor der Entlassung in einem kriminalitätsvermeidenden Milieu ist ein weiterer Auftrag im Resozialisierungsprozess des Patienten (siehe auch 4.3.5 unter „Unterbringung/soziale Integration“).

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Patienten erleben beim Aufbau eines neuen Beziehungsgefüges Gefühle wie Unsicherheit und die Angst, sich nicht adäquat verhalten zu können. Es bestehen Schwellenängste auf fremde Menschen zuzugehen. Kontakte lassen sich am besten über ein Medium erschließen, z.B. über den Arbeitsplatz, über Freizeitaktivitäten (s.u.) oder durch den Besuch von Selbsthilfegruppen. Das erfordert allerdings Eigeninitiative, was auch mit dem Patienten thematisiert wird (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.135)

Thema ist außerdem, wie der Patient Fragen begegnet, die seine Vergangenheit betreffen. Der Gefahr eines kopflosen Kontaktabbruchs wird so vorgebeugt. Je nach Bereich ist es ratsam, die Vergangenheit offen darzulegen (z.B. dem Arbeitgeber gegenüber) oder zumindest in Teilen (z.B. die Suchtentwicklung gegenüber Mitgliedern der Selbsthilfegruppe) bzw. sich angemessene Reaktionsmöglichkeiten auf solche Fragen vorher zu überlegen (z.B. um

Vereinsmitgliedern höflich und unverfänglich im lockeren Gespräch begegnen zu können). Wichtig ist den Patienten bewusst zu machen dass solche Fragen kommen werden, damit sie sich darauf vorbereiten können.

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Vor dem Besuch externer Maßnahmen sollten interne Maßnahmen besucht worden sein, die prinzipiell Trainingsmöglichkeiten bei Beziehungsstörungen bieten (siehe auch 4.6.4.1 „Interne Maßnahmen“) und gezielt auf spezielle Bereiche eingehen (siehe auch 4.6.2.2 „Maßnahmen zur Integration der Patienten am Arbeitsmarkt“).

Mögliche Arbeitsweisen und einsetzbare Materialien externer Angebote sowie deren Organisation fallen sehr unterschiedlich aus und können zudem nicht von mir „geplant“ werden.

4.6.5 Förderung sinnvoller Freizeitaktivitäten

4.6.5.1 Interne Angebote

Problemlage „Freizeit“:

Freizeit der Patienten ist während der Unterbringung durch eine Vielzahl von Reglementierungen eingeschränkt (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.147). Gerade Patienten, die nicht über den nötigen Lockerungsstatus für den Besuch externer Freizeitveranstaltungen ohne Begleitung durchs Personal verfügen sind in der Ausübung ihrer Interessen behindert (siehe auch unter 4.3.5 unter „Vollzugslockerungen“). Das betrifft prinzipiell alle Patienten zu Beginn der Unterbringung. Ausgänge in Begleitung des Personals zu Freizeit Zwecken finden aus organisatorischen Gründen oft nur in größeren Gruppen (z.B. mit der ganzen Station) statt. Da ist der Auswahlradius des einzelnen natürlich stark begrenzt. Problematisch ist, wenn hier zum großen Teil Aktivitäten am Plan stehen, die keine Veränderung in der Konsumhaltung der Patienten bewirken (z.B. Essen gehen, Kinobesuche, der Besuch von Freizeitparks). Dies bietet sich als bequeme Lösung an, da kaum ein Patient sich gegen diese Art der Freizeitgestaltung aussprechen wird. Von einer aktiven Freizeitgestaltung kann hier allerdings nicht die Rede sein. Daher ist es wichtig den Patienten von interner Seite Maßnahmen zur Freizeitgestaltung anzubieten, die eine sinnvolle und sinnbringende Freizeitgestaltung fördern.

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Sport ist sehr gut geeignet um Patienten zu erreichen, die überdurchschnittlich starke psychische und soziale Belastungen aufweisen, die sich aus den Umständen der Unterbringung ergeben. Schädliche Folgen des Freiheitsentzugs können dadurch kompensiert werden. Es wird dem institutionell bedingten Bewegungsmangel begegnet, der sozialen Isolierung und dem Entzug von Verantwortung. Sport verhindert, dass Patienten zu sehr in ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit abbauen. Es wird die Körperwahrnehmung und ein positives Körpererleben ermöglicht.

Durch die Vielfältigkeit des Sports kann je nach Interessenslage und Leistungsfähigkeit das passende Angebot für den jeweiligen Patienten ausgewählt werden. Zu denken ist hier an einen Lauf-Treff, Stretching, Rückentraining, Autogenes Training, Pilates, Schwimm-Schule (Schwimmunterricht), Gymnastik, Gerätetraining, Cardio- und Ausdauertraining, Thai Bo, Radfahren, Wandern, Inline-Skaten und Yoga. Insgesamt trägt Sport zur Humanisierung der Lebensbedingungen bei. Die Vermittlung sportlicher Qualifikation steht dabei nicht im Vordergrund. Die Patienten lernen vielmehr mit dem erhöhten Belastungspotential adäquat umzugehen (vgl. Nickolai, Rieder u.a. 1992, S.13 - 15).

Mögliche Arbeitsweise und einsetzbare Materialien:

Die Auswahl der Arbeitsweisen und Materialien ist abhängig vom konkreten Angebot. Methodisch kann ich die Angebote weder dem sozialen Training noch der Beratung zuordnen, da hier die sportliche Betätigung im Vordergrund steht.

Organisation der Maßnahmen:

Es handelt sich hier um interne Sportangebote, die zeitlich nicht begrenzt sein müssen.

4.6.5.2 Externe Angebote

Problemlage „Freizeit“:

Die meisten Patienten begingen ihre Straftaten in ihrer Freizeit. Freizeitverhalten und Straffälligkeit stehen damit in einem engen Zusammenhang. In der Regel haben die Patienten kein sinnvolles Freizeitverhalten gelernt. Es ist geprägt von Ziellosigkeit und einem Mangel an (bewusster) Interessen. Das Freizeitverhalten der Patienten vor der Unterbringung ist typischerweise strukturlos und geprägt von passiver Konsumhaltung und momentaner Bedürfnisbefriedigung. Regelmäßige Kneipenbesuche verbunden mit hohem Alkoholkonsum sind häufig zentrales Element der Freizeitgestaltung. Obwohl dieses Freizeitverhalten weitgehend inhaltsleer ist erscheint es dem Untergebrachten nach wie vor sehr attraktiv, wohl auch, da er im Maßregelvollzug auf diese Form der Freizeitgestaltung verzichten muss

(vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.133). Daher ist es wichtig die Freizeit-gestaltung mit Inhalten zu füllen (siehe auch unter 4.3.3 unter „Ressourcenorientierung“).

Inhaltliche Zusammenfassung der Maßnahmen:

Ortsansässige Vereine oder Volkshochschulen gibt es überall. Dort wird eine breite Palette denkbarer Interessensgebiete angeboten (z.B. Sport, kreative Kurse, (weiter-)bildende Kurse). Der Eintritt in Vereine oder die Teilnahme an Kursen birgt die Chance das Freizeitverhalten der Patienten in Ansätzen zu strukturieren. Dazu muss der Einzelne jedoch erst mal wissen, welche Tätigkeitsfelder für ihn in Frage kommen. Ressourcen und Interessen werden im Verlauf der Unterbringung durch Maßnahmen wie der Beschäftigungstherapie und Angeboten v.a. aus dem Bereich Sport entdeckt oder wiederbelebt. Zu den themenbezogenen Gruppen gehört auch die (externe) Selbsthilfegruppe, die in der Freizeit betroffener Patienten regelmäßig besucht wird.

Veranstaltungen von Kirchengemeinden, Sport oder Musikveranstaltungen ergänzen das Angebot im Freizeitbereich (vgl. Becker, Marggraf u.a. 1988, S.135 - 136).

Mögliche Arbeitsweisen und einsetzbare Materialien externer Angebote sowie deren Organisation fallen sehr unterschiedlich aus und können zudem nicht von mir „geplant“ werden.

5 Ausblick

„Lässt sich Delinquenz behandeln?“ (Stolpmann 2001, S.98). Was ist im psychiatrischen Maßregelvollzug mit „Behandlung“ gemeint? (vgl. Stolpmann 2001, S.100). Ich denke, dass ich mit der Beschreibung der biografischen Besonderheiten psychisch kranker Straftäter anhand von Patientendaten einer nordbayrischen Klinik verdeutlichen konnte, dass nicht die Delinquenz der Patienten, sondern ihre soziale Benachteiligung bei der sozialpädagogischen Behandlungsplanung berücksichtigt werden muss.

Verschiedentlich wurde in der Literatur der Mangel an Konzepten angeprangert, und dass bundesweit nur wenig empirisch gesicherte Daten über den Maßregelvollzug vorliegen. Eine einheitlich standardisierte Form der Behandlung psychisch kranker Straftäter im Sinne eines „Rezepts“ gibt es nicht. Für die Praxis kann es nur Handlungsempfehlungen geben, die Orientierungspunkte zur Behandlungsplanung vorgeben. Dabei müssen die skizzierten Grundzüge den Besonderheiten vor Ort Rechnung tragen (vgl. Stolpmann 2001, S.98 - 99). Die zuvor genannten Kritikpunkte habe ich zum Anlass meiner Diplomarbeit genommen und mir die Grundlagen zur Behandlungsplanung schrittweise selbst erarbeitet. Die Beschreibung der Maßnahmen, die ich aus der Zusammenfassung und Interpretation der Patientendaten abgeleitet habe verstehen sich als Leitfaden zur Ausgestaltung konkreter Angebote vor Ort. Ich sehe in diesem Vorgehen prinzipiell die Chance einer problemzentrierten und zugleich ressourcenorientierten sowie bedarfsgerechten Behandlungsplanung der Patienten.

Sorgen machen mir eher organisatorische Schwierigkeiten. Durch die zentrale Verwaltung der einzelnen Abteilungen in der Großklinik sind die Dienstwege in Angelegenheiten, die einer Kooperation bedürfen kompliziert und zeitaufwendig. Die Zusammenarbeit kann daher stellenweise frustrierend sein, z.B. wenn Gelder nicht genehmigt werden oder die Entscheidungsfindung dazu mehrere Wochen andauert und so den Resozialisierungserfolg des einzelnen Patienten gefährdet. Zeitaufwendig kann auch die Planung konkreter Maßnahmen durch das Abstimmen auf den bereits feststehenden Behandlungskatalog sein. Es ist nicht einfach einen Zeitraum zu finden, an dem die gewünschte Patientengruppe auch erreichbar ist und nicht bereits anderweitig an Therapien, Gesprächen, Förderungen oder Angeboten teilnimmt. Dazu kommen Überlegungen, ob beispielsweise Räumlichkeiten für die Angebote vorhanden sind oder ob die Mobilität für externe Maßnahmen gewährleistet ist durch klinikinterne Fahrzeuge oder die Infrastruktur vor Ort. Organisatorische Schwierigkeiten sollten erst in allerletzter Konsequenz den Umfang der Maßnahmen minimieren. Beim forensischen Mitarbeiter werden sie jedenfalls zu einer gewissen „Systemmüdigkeit“ führen.

6 Literaturverzeichnis

a) Monographien

Andritzky, Michael / Selle, Gert (Hrsg.). Lernbereich Wohnen. Didaktisches Sachbuch zur Wohnumwelt vom Kinderzimmer bis zur Stadt. Band 1: Historische Wohnweisen, Politisch-ökonomische Bedingungen, Wohnraum und Wohnung, Wohnverhalten. Band 2: Wohnhaus und Wohnumgebung, Umweltgestalt, Architektur und Siedlungsform, Wohnen auf dem Land Rororo Verlag / Reinbeck bei Hamburg 1979.

Becker, Katrin / Marggraf, Judith u.a. Leitfaden für das soziale Training. Zwölf Lerneinheiten für die Bildungsarbeit im Strafvollzug. Publikation der Arbeitsgruppe für empirische Bildungsforschung e.V. / Heidelberg 1988.

Bereswill, Mechthild / Werner Greve u.a. Forschungsthema Strafvollzug. Nomos Verlagsgesellschaft / Baden Baden 2001.

Betz, Dieter / Breuninger, Helga. Teufelskreis Lernstörungen. Theoretische Grundlegung und Standardprogramm. Materialien für die klinische Praxis. 5. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union / München 1998.

Cornel, Heinz (Hrsg.). Neue Kriminalpolitik und Soziale Arbeit. Nomos Verlagsgesellschaft / Baden Baden 2002.

Hax-Schoppenhorst, Thomas / Schmidt-Quernheim, Friedhelm u.a. Professionelle forensische Psychiatrie. Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe. Verlag Hans Huber / Bern 2003.

Heckmair, Bernd / Michl, Werner. Erleben und Lernen. Einstieg in die Erlebnispädagogik. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Hermann Luchterhand Verlag / Neuwied 2002.

Huppertz, Norbert / Schindler, Engelbert. Grundfragen der Pädagogik. Eine Einführung für sozialpädagogische Berufe. Stam Verlag / Köln 1995.

Klann, Notker / Hahlweg, Kurt u.a. Beratungsbegleitende Forschung – Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. W. Kohlhammer Verlag / Bergisch Gladbach 1994.

Leygraf, Norbert. Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Springer Verlag / Berlin und Heidelberg 1988.

Nedophil, Norbert. Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme Verlag / Stuttgart 1996.

Nickolai, Werner / Rieder, Hermann u.a. Sport im Strafvollzug. Pädagogische und therapeutische Modelle. Lambertus Verlag / Freiburg im Breisgau 1992.

Pielmaier, Herbert (hrsg.) Training sozialer Verhaltensweisen. Ein Programm für die Arbeit mit dissozialen Jugendlichen. Kösel Verlag / München 1980.

Rauchfleisch, Udo. Begleitung und Therapie straffälliger Menschen. Matthias Grünewald Verlag / Mainz 1991.

Sickendiek, Ursel / Engel, Frank u.a. Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Juventa Verlag / Weinheim und München 2002.

Stolpmann, Georg. Psychiatrische Maßregelbehandlung. Eine Einführung. Hogrefe Verlag / Göttingen 2001.

Zimbardo, Philip G. Psychologie. Bearbeitet und Herausgegeben von Hoppe-Graff, Siegfried. 6. erweiterte und überarbeitete Auflage. Springer Verlag / Berlin und Heidelberg 1995.

b) Unveröffentlichte Beiträge

Unveröffentlichte Diplomarbeit von Gernot Hahn zur Erlangung des akademischen Grades Diplom-Sozialpädagoge (FH) am Fachbereich Sozialwesen der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg mit dem Titel "Erwachsenenbildung in Deutschland zwischen 1933 und 1945"

Unveröffentlichtes Sommersemesterskript 2002 des Dozenten Gernot Hahn vom

Studienschwerpunkt „Resozialisierung“ an der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule

Unveröffentlichte Konzeption der Forensischen Abteilung des Klinikum am Europakanal

Unveröffentlichte sozialpädagogische Stellenbeschreibung der Forensischen Abteilung des Klinikum am Europakanal zum Praxismarkt 2002 an der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule.

Unveröffentlichte Zusammenfassung von Fr. Prof. Gabriele Kawamura-Reindl zum Vortrag „Entlassung nach langem Freiheitsentzug - Chancen und Erfordernisse für eine Rückkehr in die Gesellschaft“ des Symposiums der Diakonie Rosenheim 2001

c) Quellen aus dem Internet

„Alkoholismus? Eine anerkannte Krankheit!“ Hausarbeit von Doreen Strecker. Online veröffentlicht auf der Homepage „Leben ohne Alkohol“. Herausgeber: Manfred Grünwald und Olaf Strecker. Goslar, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 18.08.04 um 14:19 Uhr. Erhältlich im World Wide web: <http://www.pcfutter.de/loa/seiten/alk.htm#4.1.%20Grenzwerte%20des%20%20Alkoholkonsums>

„Alles“. Eine Auswahl stets aktualisierter Kleinanzeigen von Privat an Privat. Veröffentlichungen u.a. in der "Alles" sowie im Internet. Herausgeber: Quoka AG und Quoka Verlag GmbH ("Quoka"). Lampertheim, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 07.09.04 um 11:39 Uhr. Erhältlich im World Wide Web unter: <http://www.alles-zeitung.de/>

"Auf der Flucht". Ein Projekt von Studenten der FH Potsdam, Fachbereich Sozialwesen. Ergebnis ist eine Datensammlung zu verschiedenen Schwerpunkten. Herausgeber: Anke Fiedler; Anita Lucke; Verena Hähnel; Kristin Schmidt; Maik Richter; Tobias König. Potsdam, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 07.09.04 um 14:55 Uhr. Erhältlich im World Wide Web: <http://www.fh-potsdam.de/~Sozwes/werkstatt/adf/index.html>

Der Bundesrat. Eine Informationsseite des Bundesrates. Verantwortlich: Sekretariat des Bundesrates, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Berlin, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 11.08.04 um 15:41 Uhr. Erhältlich im World Wide Web: http://www3.bundesrat.de/Site/Inhalt/DE/1_20Aktuelles/1.2_20Presse/1.2.1_20Pressemitteilungen/1.2.1.2_20Pressemitteilungen_202002/HI/243_2F2002,templateId=renderUnterseiteKomplett.html

Forum Schuldnerberatung. Eine Vereinsseite des Forum Schuldnerberatung e.V. Verantwortlich: Forum Schuldnerberatung e.V. Heidelberg, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 07.09.04 um 11:24 Uhr. Erhältlich im World Wide Web: <http://www.forum-schuldnerberatung.de/index.htm>

HUGO - finden statt suchen. Der Navigationskatalog HUGO wurde im Rahmen des MEDIA@Komm-Projektes für die Stadt Nürnberg realisiert. Die Seite ist mit zahlreichen Ämtern Nürnbergs verlinkt. Neben den Öffnungszeiten der einzelnen Ämter kann man sich hier online über die Hilfen informieren und stellenweise auch Anträge und Formulare oder Vordrucke und Informationsmaterial herunterladen. Verantwortliche: Curiavant Internet GmbH. Nürnberg,

Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 08.09.04 um 10:48 Uhr. Erhältlich im World Wide Web:
<http://hugo.nuernberg.de/17/2290/259/>

Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD 10). Eine Seite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Direktor: Dr. Frank Warda. Köln, Deutschland. Zuletzt aufgerufen 08.09.04 um 10:33 Uhr.
Erhältlich im World Wide Web: [http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2004 /fr-icd.htm?navi.htm+a00](http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2004/fr-icd.htm?navi.htm+a00)

Klinikum am Europakanal. Eine Seite des Klinikums am Europakanal. Die klinikeigene EDV Abteilung ist für alle Belange der Elektronischen Datenverarbeitung im Klinikum am Europakanal zuständig. Erlangen, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 08.09.04 um 11:13 Uhr.
Erhältlich im World Wide Web: <http://www.klinikum-am-europakanal.de>

„Lesen im Lebenslauf : Lesesozialisation und Leseverhalten 1930 bis 1996 im Spiegel lebensgeschichtlicher Erinnerungen.“ Dissertation von Limmroth-Kranz, Susanne. Online veröffentlicht auf der Homepage der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky. Herausgeber: Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky. Hamburg, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 07.09.04 um 11:44 Uhr. Erhältlich im World Wide Web: <http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/1997/18/>

Mieter helfen Mietern. Vereinsseite der Nürnberger MieterInnengemeinschaft e.V.
Verantwortlicher: Reinhard Heß. Nürnberg, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 7.09.04 um 11:34 Uhr. Erhältlich im World Wide web: <http://www.mieter-helfen-mietern.de/>

Qigong-Verband. Eine Seite des deutschen Tai Chi Bundes - Dachverband für Tai Chi und Qigong e. V. Verantwortlich: Dr. Stephan Langhoff. Hamburg, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 15.09.04 um 15:11 Uhr. Erhältlich im World Wide Web:
<http://www.qigong-verband.de/>

Sozialistische Zeitung. Herausgeber: Verein für solidarische Perspektiven (VsP). Köln, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 11.08.04 um 15:26 Uhr. Erhältlich im World Wide Web:
<http://www.vsp-vernetzt.de/soz/000611.htm>

Strafgesetzbuch. Allgemeiner Teil §§1-76a (= Abschn. 1-3). Eine private Seite des Bundesgrenzschutzes (BGS). Gesetzestexte. Herausgeber: Schnittcher, Heines. Koblenz, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 08.09.04 um 10:43 Uhr.
Erhältlich im World Wide Web: <http://www.bgs-online.de/gesetze/stgb-inh.html#inhalt>

Sueddeutsche.de. Die Online-Ausgabe der Süddeutschen Zeitung. Verantwortlich: sueddeutsche.de GmbH. München, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 11.08.04 um 14:24 Uhr. Erhältlich im World Wide Web: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/artikel/139/14125/>

Weiterbildungsreferenzsystem wbmonitor. Mit finanzieller Unterstützung des BMBF wurde im Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Analogie zum Referenzbetriebssystem (RBS) ein Weiterbildungsreferenzsystem aufgebaut. Herausgeber: Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Bonn, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 07.04.04 um 11:42 Uhr. Erhältlich im World Wide Web: <http://www.bibb.de/de/11929.htm>

„Wohnungslosigkeit und Subjektentwicklung.“ Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Dr. Stefan Schneider. Veröffentlichung auf der Userpage. FU - Berlin. DE. Die Zentraleinrichtung für Datenverarbeitung (ZEDAT) bietet Einrichtungen sowie Studenten und Mitarbeitern der Freien Universität Berlin (FU) die Gelegenheit, sich auf diesem Server im World Wide Web (WWW) darzustellen. Berlin, Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 08.09.04 um 11:34 Uhr. Erhältlich im World Wide web unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~zosch/diss/7aus/1a.html>

7 Anhang

7.1 Patientenbezogener Erhebungsbogen

A) BASISDATEN

Laufende Nummer	
1) Geburtsjahr	
2) Geburtsland	
3) Staatsangehörigkeit	
4) Familienstand	
5) Kinder	

B) ALLGEMEINE ANAMNESE

6) Geburtsstatus	
7) Erkrankungen in der Primärfamilie	
8) Straftaten in der Primärfamilie	
9) Berufstätigkeit des Vaters	
10) Berufstätigkeit der Mutter	
11) Geschwisterposition	
12) Geschwisterzahl	
13) Heimaufenthalte	
14) Schulbildung	
15) Schwächen	
16) Berufsqualifikation	
17) Berufstätigkeit	
18) Intelligenz	
19) Krankheitsbeginn	
20) stationäre psychiatrische Vorbehandlungen	
21) psychiatrische Erstdiagnose	
22) Wohnsituation vor der jetzigen Unterbringung	

C) FORENSISCHE ANAMNESE

23) Vordelikte	
24) Alkohol-/Drogeneinfluss bei Vordelikten	
25) Erster Eintrag im BZR	
26) Registereinträge	
27) Erste Inhaftierung	
28) Unterbringungsdelikt	
29) Zeitpunkt Unterbringungsdelikt	
30) Alkohol-/Drogeneinfluss beim Unterbringungsdelikt	
31) Rechtsgrundlage der jetzigen Unterbringung	
32) Schuldfähigkeit	
33) Gutachten	
34) Aktuelle psychiatrische Diagnose	
35) Zweitdiagnose / Verhaltensauffälligkeiten	
36) Parallelstrafe	
37) Reihenfolge der Vollstreckung	

D) VERLAUFSDATEN

38) Behandlungsmonat	
39) Aktuelle Lockerung	
40) Bisherige Lockerungsrückstufungen	
41) Entweichungen	
42) Therapien/Gespräche	
43) Förderungen/Angebote	
44) Gesetzliche Betreuung	
45) Teilnahme an der AT	
46) Interne Kontakte	
47) Außenkontakte	

Die Punkte 33), 41) und 44) wurden von mir während der Datenerhebung aus unterschiedlichen Gründen gestrichen.

7.2 Legende zum Erhebungsbogen

A) BASISDATEN

zu 1) Geburtsjahr

Jahreszahl - numerisch

zu 2) Geburtsland

1 = BRD / Westberlin

2 = DDR / Ostberlin

3 = sonstige

zu 3) Staatsangehörigkeit

0 = Staatenloser

1 = Deutscher

2 = Ausländer

9 = unbekannt

zu 4) Familienstand

1 = ledig

2 = verheiratet

3 = geschieden

4 = nicht eingetragene Lebensgemeinschaft

9 = unbekannt

zu 5) Kinder

0 = keine Kinder

1 = ein Kind

2 = zwei Kinder

3 = drei Kinder

4 = vier Kinder und mehr

9 = unbekannt

B) ALLGEMEINE ANAMNESE

zu 6) Geburtsstatus

1 = ehelich

2 = unehelich

9 = unbekannt

zu 7) Erkrankungen in der Primärfamilie

1 = Sucht

2 = Minderbegabung

3 = psychische Erkrankung

4 = sonstige

9 = unbekannt

zu 8) Straftaten in der Primärfamilie

0 = nein

1 = ja

9 = nicht bekannt

zu 9) Berufstätigkeit des Vaters

00 = ohne Vater aufgewachsen

0 = keine Arbeit

1 = ungelernter Arbeiter

2 = (an-)gelernter Arbeiter/Beamter/Selbständiger

3 = sonstige

9 = unbekannt

zu 10) Berufstätigkeit der Mutter

00 = ohne Mutter aufgewachsen

0 = keine Berufstätigkeit/Hausfrau

1 = ungelernte Arbeiterin

2 = (an-)gelernter Arbeiterin/Beamtin/Selbständige

3 = sonstige

9 = unbekannt

zu 11) Geschwisterposition

0 = keine Geschwister

1 = der Älteste

2 = in der Mitte

3 = der Jüngste

zu 12) Geschwisterzahl

numerisch

zu 13) Heimaufenthalte

0 = keine

1 = einen oder mehrere Heimaufenthalte

9 = unbekannt

zu 14) Schulbildung

0 = kein Schulabschluss

1 = Sonderschule ohne Abschluss

2 = „ mit Abschluss

3 = Hauptschule ohne Abschluss

4 = „ mit Abschluss

5 = Realschule ohne Abschluss

6 = „ mit Abschluss

7 = Gymnasium ohne Abschluss

- 8 = „ mit Abschluss
9 = (Fach-)Hochschule ohne Abschluss
10 = „ mit Abschluss
99 = unbekannt

zu 15) Schwächen

- 0 = nicht vorhanden
1 = Sehschwäche
2 = Lese- und Rechtschreibschwäche / Analphabet
3 = sprachliche Retardierung
4 = lernbehindert
5 = Sprachfehler (u.a. Stottern)
6 = Epilepsie / Krampfanfälle
7 = sonstige (psychomotorische Defizite / auffälliges Sozialverhalten)
9 = unbekannt

16) Berufsqualifikation

- 0 = keine abgeschlossene Berufsausbildung
1 = abgeschlossene Berufsausbildung

zu 17) Berufstätigkeit vor der Unterbringung

- 0 = arbeitslos
1 = vollbeschäftigt
2 = in schulischer/beruflicher Ausbildung
3 = Arbeitstherapie/beschützende Werkstatt
4 = häufig wechselnde Gelegenheitsarbeit
5 = (Früh-)Rentner
7 = sonstige
9 = unbekannt

zu 18) Intelligenz

- 0 = keine Intelligenzverminderung (oder nicht bekannt)
1 = Intelligenzverminderung bekannt (unabhängig davon, ob Testergebnisse vorliegen)

zu 19) Krankheitsbeginn

- im Alter von ... (numerisch)
9 = unbekannt

zu 20) stationäre psychiatrische Vorbehandlung

- 0 = keine
1 = einmal
2 = mehrmals
3 = unbekannt wie oft
9 = unbekannt

zu 21) psychiatrische Erstdiagnose

laut der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)

zu 22) Wohnsituation vor der jetzigen Unterbringung

- 1 = alleinstehend
- 2 = mit Angehörigen der Primärfamilie
- 3 = mit Angehörigen der eigenen Familie
- 4 = Krankenhaus
- 5 = Gefängnis
- 6 = komplementäre Einrichtung
- 7 = nichtsesshaft
- 8 = sonstige
- 9 = unbekannt

C) FORENSISCHE ANAMNESE

zu 23) Vordelikte

Paragraph(en) aus dem Strafgesetzbuch

zu 24) Alkohol-/Drogeneinfluss bei Vordelikten

- 0 = nein
- 1 = Alkohol
- 2 = Drogen
- 9 = unbekannt

zu 25) Erster Eintrag im BZR

im Alter von ... (numerisch)

- 0 = keiner

zu 26) Registereinträge

(numerisch)

- 0 = keine

zu 27) Erste Inhaftierung

im Alter von ... (numerisch)

- 0 = keine

zu 28) Unterbringungsdelikt

Paragraph(en) aus dem Strafgesetzbuch

zu 29) Zeitpunkt Unterbringungsdelikt

im Alter von ... (numerisch)

zu 30) Alkohol-/Drogeneinfluss beim Unterbringungsdelikt

- 0 = nein

- 1 = Alkohol
- 2 = Drogen
- 9 = unbekannt

zu 31) Rechtsgrundlage der jetzigen Unterbringung

- 1 = erstmalig ausgesprochener §63 StGB
- 2 = Widerruf eines primär zur Bewährung ausgesprochenen §63
- 3 = Widerruf eines nach vorangegangener Unterbringung zur Bewährung ausgesetzten §63
- 4 = erneut ausgesprochener §63
- 5 = erstmalig ausgesprochener §63 mit früherer Unterbringung nach §64
- 6 = §63 i.V.m. §67a StGB (mit Sicherheitsverwahrung)
- 7 = sonstige

zu 32) Schuldfähigkeit

- 0 = schuldunfähig nach §20 StGB
- 1 = vermindert schuldfähig nach §21 StGB

zu 34) Aktuelle psychiatrische Diagnose

laut ICD 10

zu 35) Zweitdiagnose / Verhaltensauffälligkeiten

laut Formulierung der Akteneinträge

zu 36) Parallelstrafe

in Monaten (numerisch)

zu 37) Reihenfolge der Vollstreckung

- 0 = keine gleichzeitig verhängte Haftstrafe
- 1 = Vorwegvollzug der Maßregel
- 2 = Vorwegvollzug der Haftstrafe (oder eines beträchtlichen Teiles davon)
- 3 = Haftstrafe durch U-Haft verbüßt

D) VERLAUFSDATEN

zu 38) Behandlungsmonat

in Monaten (numerisch)

zu 39) Aktuelle Lockerung

- 1 = kein Ausgang, Vorführung z. B. zu externen Arztbesuchen mit zwei Personen Begleitung und Fesselung
- 2 = Geländeausgang in Personalbegleitung
- 3 = Geländeausgang mit externer Begleitung
- 4 = Geländeausgang ohne Begleitung
- 5 = Stadtausgang in Begleitung
- 6 = Stadtausgang ohne Begleitung, Tagesausgänge und tägliche Beurlaubung zur Arbeitsaufnahme
- 7 = Wochenendausgang zuerst mit, dann ohne Begleitung

zu 42) Bisherige Therapien / Gespräche

- 0 = keine
- 1 = ein(e)
- 2 = zwei
- 3 = drei
- 4 = vier
- 5 = fünf und mehr

zu 43) Bisherige Angebote / Förderungen

- 0 = keine
- 1 = Sport
- 2 = Kontaktangebote
- 3 = Sport + Kontaktangebot
- 4 = Kreativangebote
- 5 = Sport + Kreativangebot

zu 44) Gesetzliche Betreuung

- 0 = keine
- 1 = Aufenthalt
- 2 = Vermögen
- 3 = Gesundheitsfürsorge
- 4 = mehrere Wirkungskreise
- 5 = Wirkungskreise im einzelnen nicht bekannt 0 = keine

zu 45) Teilnahme an der AT

- 0 = nein
- 1 = ja
- 2 = sonstiges

zu 46) Interne Kontakte

- 0 = kaum bis gar nicht
- 1 = vorhanden

zu 47) Außenkontakte

- 0 = keine Außenkontakte
- 1 = Außenkontakte (Besuche, schriftlich) mit Angehörigen/Lebensgefährtin
- 2 = Außenkontakte mit Bekannten, Freunden

7.3 Danksagung

Bei Dr. med. Michael Wörthmüller, Dipl. Psychologe und Oberarzt der forensischen Abteilung im Klinikum am Europakanal, möchte ich mich dafür bedanken, dass er mir den Zugang zu den Patientendaten psychisch kranker Maßregelpatienten der Einrichtung ermöglicht hat und einer Verwendung im Rahmen meiner Arbeit zugestimmt hat.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Gernot Hahn, Dipl. Sozialpädagoge (Univ.) und Sozialtherapeut der forensischen Abteilung im Klinikum am Europakanal für seine Unterstützung. Er stand mir in der Vergangenheit immer wieder beratend zur Seite und ermöglichte mir den Zugang zu Literatur, die in Bibliotheken nicht zu bekommen ist und deren Anschaffung für mich recht kostspielig gewesen wäre.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei Michael Meyer, Dipl. Kaufmann, der mich in das Programm Microsoft Power Point eingeführt hat. Mit diesem Programm habe ich unter 4.4.5 das „Schaubild der operationalisierten Ziele in Schlagworten“ gestaltet.

Dank gilt an dieser Stelle auch Markus und Nicole Rotter, die einen hervorragenden und preiswerten Druck der Arbeit ermöglicht haben.

7.4 Erklärungen

Im Hinblick auf die Lesbarkeit habe ich in meiner Diplomarbeit ausschließlich die männliche Form benutzt.

Die Begriffe Resozialisierung und Rehabilitation sowie Sozialarbeiter und Sozialpädagoge wurden von mir im Rahmen dieser Arbeit identisch gebraucht.

„Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt wurde, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet wurden.“

„Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Diplomarbeit über die Internetseite der Fachhochschule veröffentlicht wird.“

Kerstin Beyer, geb. Wenz