Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V.

Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug

Erik Weber

2012 ■ ■ ■ DHG-Schriften ■ ■ ■ 17

DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (HRSG.)

PERSPEKTIVEN FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG IM MASSREGELVOLLZUG

VON

ERIK WEBER

DARMSTADT &
FRANKFURT

■ EIGENVERLAG
DHG

■ Der Autor

Prof. Dr. Erik Weber

Ev. Hochschule Darmstadt
University of Applied Sciences
Studiengang Integrative Heilpädagogik/Inclusive Education
Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt
E.Weber@eh-darmstadt.de

■ Impressum

Hrsg.: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. (DHG)
Eigenverlag DHG
© DHG 2012 Darmstadt/Jülich

DHG-Geschäftsstelle:
Am Schulzentrum 9-11, 52428 Jülich
www.dhg-kontakt.de
mail@dhg-kontakt.de

Geleitwort

Der Maßregelvollzug in Deutschland stellt von außen betrachtet eine abgeschlossene Welt dar. In dieser Welt gehören Menschen mit einer geistigen Behinderung zu einer in der Vergangenheit oft wenig beachteten, vernachlässigten Minderheit. Menschen mit geistiger Behinderung fallen schon durch die im Vergleich zu anderen extrem langen Verweildauern in der forensischen Psychiatrie auf. Dieser Unterschied lässt sich nicht damit erklären, dass angesichts medial verstärkter Ängste und gesteigerter Schutzbedürfnisse in der Gesellschaft die sichere „Verwahrung“ gegenüber der Therapie und Resozialisierung ein größeres Gewicht bei richterlichen Entscheidungen über die Lockerung von Maßnahmen bis hin zur Entlassung aus dem Maßregelvollzug erhalten hat.

Innerhalb der forensischen Psychiatrie sind Initiativen entstanden, die aktuellen therapeutischen Verfahren zur Deliktbearbeitung auch für Menschen mit geistiger Behinderung zu nutzen und sie stärker an deren intellektuellen Möglichkeiten anzupassen. Zugleich wird zunehmend beobachtet, dass Patienten mit Behinderung aufgrund ihrer biografischen Erfahrungen häufig grundlegende alltagspraktische Kompetenzen (selbstpflegerische, hauswirtschaftliche, sozial-kommunikative) für eine Lebensführung „draußen“ fehlen. Sowohl die therapeutische Arbeit wie die Förderung der Alltagskompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung können von heilpädagogischem Know-how profitieren, welches auch zunehmend im Maßregelvollzug nachgefragt wird.

Die sehr langen Verweildauern von Menschen mit geistiger Behinderung sind auch durch fehlende Unterstützungsstrukturen nach Verlassen der Klinik und mangelnde adäquate Nachsorgemöglichkeiten bedingt. Inzwischen stellen sich immer mehr Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe dieser Aufgabe. Sie tun das mit dem notwendigen Fingerspitzengefühl, um nicht zu riskieren, dass die Stigmatisierung von Straftätern mit geistiger Behinderung in der Öffentlichkeit auf Menschen mit geistiger Behinderung insgesamt und die Arbeit mit ihnen übertragen wird. In öffentlichen Diskursen wird dieses Thema in der Behindertenhilfe eher vermieden – im Gegensatz zu internationalen Entwicklungen, die sich mit der Frage befassen, welche Wege im Umgang mit straffällig gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung wirkungsvoll sind, um Sicherheit und Resozialisierung zu gewährleisten.

Der Personenkreis, um den es hier geht, ist vergleichsweise klein. Die generelle Frage, wie mit delinquentem Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung umgegangen werden soll, wird die Gesellschaft und die Behindertenhilfe aber stärker beschäftigen, je inklusiver das Zusammenleben gestaltet wird und je stärker auch das Schicksal und Recht von Opfern mit Behinderung beachtet wird.

Nach einem Fachgespräch der DHG in Gießen 2010 zu Straftätern mit geistiger Behinderung in der forensischen Psychiatrie (vgl. www.dhg.kontakt.de) hat der Vorstand entschieden, diese Expertise in Auftrag zu geben. Sie soll den fachlichen Diskurs zwischen und innerhalb der forensischen Psychiatrie und der Behindertenhilfe anstoßen und inhaltlich vertiefen. Wir sind der Überzeugung, dass es im Dialog und durch die Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychotherapeuten, Pflegekräften und Pädagogen, denen die Arbeit mit diesem Personenkreis am Herzen liegt, gelingen kann, die Lebensperspektiven für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern. Auch die DHG-Fachtagung am 6./7.12.2012 in Berlin ist dieser Thematik gewidmet.

Die vorliegende Expertise wurde von Prof. Dr. Erik Weber erarbeitet. Sie beschreibt den Per-

sonenkreis und die Rahmenbedingungen, unter denen dieser im Maßregelvollzug lebt. Darüber hinaus benennt sie Problemfelder, für die Handlungsbedarfe und Empfehlungen formuliert werden. Prof. Dr. Weber ist es gelungen, sowohl Grundlagen zu erläutern wie Probleme und Lösungswege aufzuzeigen und sich zu positionieren. Neben der Fachliteratur hat er Interviews mit Experten unterschiedlicher Provenienz ausgewertet und die Befunde und Aussagen aufeinander bezogen.

Im Namen der DHG danke ich ihm ganz herzlich für die geleistete Arbeit und den Fachleuten für die Bereitschaft mitzuwirken.

PROF. DR. FRIEDRICH DIECKMANN
FÜR DIE
DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (DHG))
MÜNSTER, IM SEPTEMBER 2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 9

1. Einleitung 11

Exkurs – Lebensgeschichtliche Annäherung I: Herr K. 13

2. Problemaufriss 16

2.1 Personenkreis und begriffliche Fassung 16

2.2 Geistige Behinderung und delinquentes Verhalten 23

2.3 Formen delinquenten Verhaltens 25

3. Maßregelvollzug 29

3.1 Historische Aspekte 29

3.2 Strafrechtliche Grundlagen 30

3.3 Aktuelle Situation in Deutschland 34

4. Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug 35

4.1 Delikte 35

4.2 Verweildauer 35

4.3 Therapeutische Zugänge 37

5. Ausgewählte Problemfelder 45

5.1 Lange Verweildauer 45

5.2 Konzeptionelle Uneinheitlichkeit 46

5.3 Das „Primat der ärztlichen Gesichtspunkte“ 46

5.4 Nachsorge 47

Exkurs - Lebensgeschichtliche Annäherung II: Herr H. 48

6. Handlungsbedarfe und Empfehlungen 51

6.1 Dialog und Diskurs 51

6.2 Einheitliche Sprache 51

6.3 Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Diagnostik 52

6.4 Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Therapie und Behandlung 53

6.5 Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Nachsorge 54

6.6. Reformbedarf im StVollzG 55

6.7 Eckpunkte für eine Prophylaxe 55

7. Fazit 59

8. Literaturverzeichnis 61

9. Verzeichnis der Personen der Fachgespräche 67

Anmerkung

Im Interesse der Lesbarkeit und damit der Verständlichkeit wird meist nur eine Sprachform verwendet. In der vorliegenden Expertise wird überwiegend nur die männliche Sprachform genutzt. Darüber soll das gesetzliche Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern jedoch nicht vernachlässigt werden.

Vorwort

Die Tatsache, dass sich Menschen mit geistiger Behinderung[1], wie alle anderen Menschen auch, delinquent und/oder kriminell verhalten können und dies dazu führen kann, dass daraus eine Straftat wird, die entsprechend geahndet wird, ist zwar beim genauen Hinsehen ein Allgemeinplatz, jedoch scheint dieser Aspekt nur am äußersten Rand der Auseinandersetzung mit dem Phänomen ‚geistige Behinderung' zu stehen. Dennoch ist das Thema ‚geistige Behinderung' im Kontext von Delinquenz und/oder Kriminalität von nicht zu unterschätzender Bedeutung, denn es stellt die Akteure innerhalb eines solchen Problemfeldes - auch und gerade innerhalb der Behindertenhilfe[2] - vor erhebliche Schwierigkeiten. Wie ist damit umzugehen? Was geschieht, wenn es wirklich zu strafrechtlich relevanten Taten kommt? Wer beurteilt dies? Was geschieht dann u.U. danach?

Das deutsche Strafrecht sieht im Falle einer verminderten oder gänzlich attestierten Schuldunfähigkeit die Sicherung und Behandlung im so genannten Maßregelvollzug vor (vgl. dazu genauer Punkt 3). Da Menschen mit geistiger Behinderung nach begangener Straftat oft als vermindert schuldfähig oder schuldunfähig betrachtet werden, führt in Folge auch ihr Weg in den Maßregelvollzug, den sie oftmals über Jahrzehnte hinweg nicht mehr verlassen können. Über die Situation der Menschen mit geistiger Behinderung dort ist nicht viel bekannt. Ein Ziel dieser Expertise ist es daher, dieses Feld etwas zu erhellen.

Die vorliegende Expertise ist das Ergebnis eines mehrmonatigen Rechercheprozesses. Ausgehend von einem Fachgespräch, das die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) im Juni 2010 in Kooperation mit der Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina in Gießen veranstaltet hat[3], ist der Autor den dort angesprochenen Fragestellungen weiter nachgegangen. Neben einer Analyse einschlägiger Literatur zum Thema, hat der Autor u.a. auch elf Fachgespräche mit unterschiedlichen Akteuren in diesem Themenfeld geführt, deren Ergebnisse und Erkenntnisse in diese Expertise eingeflossen sind.

An dieser Stelle sei den beteiligten Personen, die am Ende dieser Schrift namentlich verzeichnet sind, noch einmal ein herzliches Dankeschön ausgesprochen, dass sie bereit waren, sich bezüglich dieses Themenfeldes für Fachgespräche zur Verfügung zu stellen und für den vorliegenden Text so genannte Fallbeispiele beizusteuern. Wenn auf Inhalte dieser Gespräche zurück gegriffen wurde, so wird dies in der vorliegenden Arbeit mittels der Nennung des Namen des Gesprächspartners bzw. der Gesprächspartnerin, der Nennung des Jahres, in dem das Gespräch geführt wurde und dem Hinweis, dass es sich hierbei um eine mündliche Mitteilung handelte, gekennzeichnet (Beispiel: *Mustermann 2011, mdl. Mittl.*).

Das Thema Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug ist im Vorfeld des o.g. Fachgespräches aus den Reihen aktiver Mitglieder der DHG an den Vorstand der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft herangetragen worden. Somit ist es auch aufmerksamen und kritischen Mitgliedern des Vereins zu verdanken, dass sich die DHG dazu ent-

[1] Zur Begründung dieser Terminologie siehe Punkt 1 (Einleitung).

[2] Ein Aspekt, auf den jüngst u.a. auch der Bericht über das Modellprojekt der Berliner Clearingstelle für Menschen mit geistiger Behinderung hingewiesen hat (vgl. Berliner Clearingstelle für Menschen mit geistiger Behinderung 2011).

[3] Das Fachgespräch mit dem Titel „Perspektiven für strafrechtlich verurteilte Menschen mit geistiger Behinderung" fand am 25.06.2010 in der Außenstelle Gießen der Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina statt. Die Beiträge dieses Fachgespräches sind zum größten Teil auf der Homepage der DHG dokumentiert (vgl. URL: http://www.dhg-kontakt.de/tagungen.htm).

schlossen hat, zu diesem Thema eine Expertise in Auftrag zu geben.

Der Autor dieser Expertise hat noch im Rahmen seiner Forschungstätigkeit als Juniorprofessor am Institut für Sonderpädagogik der Universität Koblenz-Landau am Campus Landau mit der Arbeit an der Expertise begonnen. Unterstützung fand er dabei durch die wissenschaftliche Hilfskraft, Herrn Andreas Schaupp, dem an dieser Stelle nochmals für sein umfangreiches und aktives Engagement im Rahmen dieser Arbeit gedankt sein soll. Die Expertise wurde durch den Wechsel des Autors an die Evangelische Hochschule Darmstadt im dortigen Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education fertig gestellt.

Der Expertise ist zu wünschen, dass sie interessierte Leserinnen und Leser findet und dass nicht zuletzt die hier beschriebenen Handlungsbedarfe und Empfehlungen notwendige Veränderungen im dargestellten Feld bewirken werden.

PROF. DR. ERIK WEBER
DARMSTADT / FRANKFURT AM MAIN
IM SEPTEMBER 2012

1. Einleitung

Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden und für die sich, zumindest im heil- und sonderpädagogischen Bereich, trotz aller Kritik seitens der Selbsthilfe[1] noch keine andere Bezeichnung durchgesetzt hat, können im Laufe ihres Lebens Straftaten begehen. Wie bei allen anderen Menschen auch, können diese Straftaten so gravierend sein, dass sie juristische Konsequenzen nach sich ziehen. Unter noch aufzuzeigenden Bedingungen können Personen, die als geistig behindert bezeichnet werden, als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig betrachtet werden, was dazu führt, dass sie nicht in ein Gefängnis müssen, sondern in Einrichtungen des Maßregelvollzugs gelangen.

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

Der ebenfalls noch aufzuzeigende juristische Hintergrund, der für geistig behinderte Menschen zu einer Unterbringung in einer Klink des Maßregelvollzugs führen kann, ist (aus gesetzgeberischer Sicht) relativ klar und nachvollziehbar beschrieben. Weniger klar und in der Öffentlichkeit diskutiert[2] sind die Lebenssituation von Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, *im* Maßregelvollzug und das Aufzeigen von Perspektiven, wie ein Leben *außerhalb* des Maßregelvollzugs vorstellbar wäre. Mit dieser Thematik wird im heil- und sonderpädagogischen Feld gewissermaßen eine *terra incognita* betreten, die sich in einem inter- und transdisziplinären Kontext befindet. Dieser inter- und transdisziplinäre Kontext ist nicht frei von Spannungen, da hier Disziplinen miteinander kooperieren müssen, die es sich oft nicht leicht untereinander gemacht haben und die wissenschaftshistorisch und epistemologisch unterschiedliche Entwicklungen durchlaufen haben: Die Psychiatrie, die Pädagogik und die Rechtswissenschaft.

Das zeigt sich insbesondere in der Problematik, wie der o.g. Personenkreis begrifflich zu fassen ist. In Kapitel 2.1 wird näher auf diese Problematik eingegangen. Es sei jedoch bereits hier angemerkt, dass im Kontext des hier diskutierten Themas eine Vielzahl von Bezeichnungen für diesen Personenkreise kursiert, die an dieser Stelle nur genannt werden. Als Merkmale für den Personenkreis werden in unterschiedlichsten Kontexten verschiedenster wissenschaftlicher und außerwissenschaftlicher Provenienzen folgende Aspekte aufgeführt:

[1] In Selbstvertretungsbestrebungen von Menschen, die traditionell als geistig behindert bezeichnet werden und sich im Rahmen der Selbstvertretung unter dem Namen Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. organisiert haben, wird derzeit der Begriff „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ favorisiert (vgl. Kniel/Windisch 2005). Zur Diskussion dieses Begriffes vgl. Kapitel 2.1.

[2] Wenn das Thema in öffentlichen Printmedien Eingang findet, dann leider doch nur in recht undifferenzierten Sichtweisen, die zwar punktuell Öffentlichkeit herstellen, deren nachhaltige Wirkung aber hinterfragt werden muss (vgl. Rückert, S. 2008).

- Intelligenzminderung;
- Schwachsinn;
- Minderbegabung;
- Mentale Beeinträchtigung;
- Intellektuelle Behinderung;
- Geistige Behinderung;
- Lernschwierigkeiten.

In der vorliegenden Expertise wurde die Entscheidung getroffen, den hier im Fokus stehenden Personenkreis als *Menschen mit geistiger Behinderung* zu bezeichnen. An einigen Stellen wird auch die Formulierung *geistig behinderte Menschen* zu finden sein, was eher grammatikalische und den Lesefluss erleichternde Gründe hat. Diese Entscheidung ist der Tatsache geschuldet, dass diese Expertise im Kontext eines in heilpädagogischer Tradition stehenden Fachverbandes geschrieben ist und die Bezeichnung *Menschen mit geistiger Behinderung* im heil- und sonderpädagogischen Bereich (immer noch) die am weitesten verbreitete ist. Dies geschieht jedoch im Bewusstsein um die Forderung der Selbsthilfe nach einem veränderten Begriff und nicht in einer ignorierenden Haltung dieser Forderung gegenüber. Jedoch würde die Nutzung des Begriffes Menschen mit Lernschwierigkeiten im Kontext des hier Diskutierten die Begriffsverwirrungen bzw. -unschärfen nur noch verstärken. In Kapitel 2.1 wird aber noch deutlich werden, dass es hier nicht um bloße Begriffsdiskussionen geht, sondern um Auffassungen, Vorannahmen, bisweilen auch Vorurteile und vor allem um Bilder der hinter diesen Begriffen existierenden Menschen.

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

Zum Aufbau der Expertise

Dieser Einleitung folgt Kapitel 2 mit der Überschrift Problemaufriss: Menschen mit geistiger Behinderung und delinquentes Verhalten. Der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung und die verschiedenen Ansätze seiner begrifflichen Fassung stehen in diesem Kapitel zunächst im Vordergrund (2.1), da sich hinter diesen Begriffen die beteiligten Fachdisziplinen erkennen lassen, aber auch Sichtweisen, Menschenbilder und Handlungsorientierungen, die von fundamentaler Bedeutung für das Thema dieser Expertise sind. Nach dieser Auseinandersetzung wird der Zusammenhang zwischen geistiger Behinderung und delinquentem Verhalten hergestellt (2.2) und Formen delinquenten Verhaltens beschrieben (2.3).

Das folgende dritte Kapitel führt in Grundlagen des Maßregelvollzugs ein, indem historische Aspekte erörtert (3.1), strafrechtliche Grundlagen erklärt (3.2) und die aktuelle Situation in Deutschland beleuchtet wird (3.3). Dies leitet über zu Kapitel vier, das die Verbindung zwischen geistiger Behinderung und dem Maßregelvollzug herstellen möchte. Es befasst sich mit den möglichen Delikten (4.1), der Verweildauer des Personenkreises (4.2) und bekannten therapeutischen Zugängen (4.3). Im fünften Kapitel werden ausgewählte Problemfelder in den Fokus genommen: Dies sind die langen Verweildauern (5.1), eine zu erkennende konzeptionelle Uneinheitlichkeit bei Behandlungsansätzen (5.2), der Primat der ‚ärztlichen Gesichtspunkte' (5.3) und schließlich Fragen der Nachsorge (5.4).

Aus diesen Problemfeldern heraus ergeben sich Handlungsbedarfe und Empfehlungen, die in einem sechsten Kapitel zur Diskussion gestellt werden: Die Handlungsbedarfe und Empfehlungen beziehen sich auf die Aspekte Dialog und Diskurs (6.1), einheitliche Sprache (6.2), konzeptionelle Weiterentwicklungen in Diagnostik (6.3), Therapie (6.4) und Nachsorge (6.5), sowie den Reformbedarf im Strafvollzugsgesetz (6.6). Abschließend werden Eckpunkte für eine Prophylaxe skizziert (6.7). Ein Fazit beendet die Ausführungen (Punkt 7).

Zu Beginn dieser Expertise und nach dem fünften Kapitel werden in einem jeweils so benannten Exkurs zwei so genannte Fallbeispiele dargestellt. Die Fallbeispiele wurden dem Autor aus den Reihen der Personen, mit denen er Fachgespräche geführt hat, zur Verfügung gestellt und wurden komplett anonymisiert. Der Autor hat sich für die Formulierung „lebensgeschichtliche Annäherung“ bei der Darstellung dieser biographischen Skizzen entschieden, um zu verhindern, dass die Personen, die hinter diesen Geschichten stehen, nicht wiederum reduziert als „ein Fall von …“ wahrgenommen werden. Es sei darauf hingewiesen, dass der Duktus dieser lebensgeschichtlichen Annäherungen dem Duktus von Gutachten oder Patientenakten entspricht, aber vom Autor nicht wesentlich bearbeitet wurde.

Exkurs - Lebensgeschichtliche Annäherung I: Herr K.

Einweisungsdiagnosen:

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

Entlassungsdiagnosen:

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

Rechtliche Grundlagen:

Urteil des LG, Az: xxxxx wegen sexuellem Missbrauch von Kindern sowie Brandstiftung, begangen im Zustand der Schuldunfähigkeit (§20 StGB) freigesprochen. Die Unterbringung gemäß §63 StGB wurde angeordnet.

Anlassdelikte:

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

Soziale und biographische Rahmendaten:

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

Diagnostik und Therapieverlauf:

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

Eine erste jugendpsychiatrische Behandlung wegen einer frühkindlichen Hirnschädigung in Verbindung mit einer Minderbegabung fand von Oktober 19xx bis Januar 19xx in Y statt. Ein weiterer Psychiatrieaufenthalt erfolgte von Juni bis Oktober 19xx im Gemeinschaftskrankenhaus X. Zwischenzeitlich lebte Herr K. in einem Heim in W.. Ab August 19xx befand er sich bis zum xx.xx.19xx im Heim in H.. In diesem Heim kam es zu ersten sexuellen – allerdings meist gewaltfreien – Übergriffen auf etliche Heimmitbewohner. Weil Herr K. aufgrund dieser Vorfälle für das genannte Heim nicht mehr „tragbar" war, wurde er in die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Z verlegt, wo er bis zum xx.xx.19xx blieb. Anschließend wechselte er in die Einrichtung xxx in H., wo er bis zum xx.xx.19xx lebte. Seit dem xx.xx.19xx lebte er im H. in H.. Aufgrund der Brandvorfälle, die dem jetzigen Gerichtsverfahren zugrunde liegen, wurde er am xxxx in das X in H. verbracht. Von dort wurde er dann am xxxx aufgrund des Unterbringungsbefehls vom xxxx, der am xxxx erweitert wurde, der hiesigen Einrichtung zugeführt, wo er auch zur Zeit noch untergebracht ist.

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

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

Therapeutische Berichte zum Therapieverlauf:

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

Behandlungsplan vom xxxx:

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

Behandlungsplan vom xxxx:

Im letzten halben Jahr bot Herr K. ein sehr gespaltenes Bild. Es war deutlich, dass er an sozialer Kompetenz gewonnen hatte. In der Gruppe zur Förderung der sozialen Fähigkeiten gehört er mittlerweile zu den kompetentesten Patienten. Es macht ihm recht wenige Schwierigkeiten, sich in andere hineinzuversetzen und die Welt bzw. bestimmte Ereignisse und deren Perspektive zu sehen. Gleichzeitig wird deutlich, dass er ein sehr stabiles Normengefüge hat, das es ihm ermöglicht, selbst moralische Entscheidungen zu treffen. Im Alltag wird deutlich, dass er zu solchen Entscheidungen in der Lage ist, man merkt aber, dass er bestimmte Entscheidungen vor sich selbst nur schwer rechtfertigen kann und ein "schlechtes Gewissen" hat, aber auch, dass der in den Gruppendiskussionen eine sehr konstante Art der Bewertung moralischer Probleme hat. Diese Entwicklung hat deutliche Auswirkungen auf das Verhalten des Patienten. Er ist bei weitem nicht mehr so bedürfnisorientiert wie es in der Vergangenheit oft war. Über die „Geschäfte“, die er aus dieser Haltung heraus gemacht hat, kann Herr K. heute selbst nur noch schmunzeln.

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

2. Problemaufriss:

Menschen mit geistiger Behinderung und delinquentes Verhalten

Paul und Wüllenweber (2004) merken in einem der wenigen Artikel, die im deutschsprachigen Raum zu dieser Thematik existieren, an, dass die Bedeutung von Delinquenz und Kriminalität in Bezug auf Menschen mit einer geistigen Behinderung „generell unterschätzt" (ebd., 183) werde. Das zeigt sich u.a. in einer recht schmalen, aber auch unübersichtlichen Literaturlage. Wie bereits erwähnt, sieht dies im angelsächsischen Sprachraum deutlich anders aus. Es wurde aber dennoch bei der vorliegenden Expertise ein Schwerpunkt auf die Fachdiskussion im deutschen Sprachraum gelegt. An geeigneter Stelle wird auf englischsprachige Studien verwiesen.

Neben dem oben erwähnten Überblicksartikel von Paul und Wüllenweber (2004) sind hier insbesondere zwei Tagungsdokumentationen der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) aus den Jahren 2000 und 2009 (vgl. Seidel & Hennicke 2001 und Hoffmann 2010) zu erwähnen, in Bezug auf das Thema Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug ein Artikel von Vollbach (2004) und besonders die Dissertation von Kestel (2010) mit dem Titel „Delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht - Explorative Untersuchung eines Praxisfeldes". Dieser Dissertation ging an der Universität Erfurt eine unveröffentlichte Diplomarbeit voraus (vgl. Störmer und Stoll 2009).

Der größte Interessenverband für die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland, die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., hat das Thema geistige Behinderung und Straftat vor einigen Jahren kurz aufgegriffen (Genvo 2001) und im Kontext des eingangs erwähnten Fachgespräches der DHG im Jahre 2010 wieder in einem kurzen Artikel thematisiert (Hellmann 2010), aber auch hier kann man nicht von einer breiten Diskussion sprechen.

Will man etwas über das Thema Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug wissen, so ist es demnach kaum sonder- oder heilpädagogische Literatur, in der man fündig wird. Vielmehr ist man auf Sammelwerke aus dem Bereich der Rechtswissenschaften oder der Medizin/Psychiatrie angewiesen. Zu nennen wären hier neben den oben bereits genannten Veröffentlichungen beispielsweise Kammeier 2002 und 2010, Dimmek 2002, Braasch 2006, Nedopil 2007 oder Volckart & Grünebaum 2009, aktuell, kritisch und aus ärztlicher Sicht Häßler 2011. In der Literatur der Rechtswissenschaft bzw. der Psychiatrie findet sich dann auch mehrheitlich der Begriff der Intelligenzminderung, seltener wird die Formulierung Mensch mit geistiger Behinderung verwendet.

2.1 Personenkreis und begriffliche Fassung

Es ist bereits angemerkt worden, dass im Kontext straffällig gewordener Menschen mit geistiger Behinderung verschiedene Begriffsbezeichnungen für diesen Personenkreis vorkommen. Folgende Konzepte sind genannt worden:

- Intelligenzminderung;
- Schwachsinn;
- Minderbegabung;
- Mentale Beeinträchtigung;
- Intellektuelle Behinderung;
- Geistige Behinderung;
- Lernschwierigkeiten.

Intelligenzminderung

Der am häufigsten in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug zur Anwendung kommende Begriff ist der der Intelligenzminderung. Dies hat seine Ursache in der psychiatrisch- und/oder juristisch-gutachterlichen Anwendung der Kriterien des ICD-10 (vgl. WHO 2007), hier das ICD-10-Kapitel V (F) mit der Übersicht über Kategorien psychischer Störungen (F0 bis F 9 bzw. F 99). Unter Kapitel F7 findet sich die Übersicht über die so genannte Intelligenzminderung. Die ICD-10 bildet sieben Unterkategorien, bezeichnet von F70 bis F79. Sie werden hier in der Version der ICD-10 aus dem Jahr 2012 wiedergegeben:

F70.- Leichte Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 50-69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren). Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.

Inkl.:

Debilität

Leichte geistige Behinderung

F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren). Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.

Inkl.:

Mittelgradige geistige Behinderung

F72.- Schwere Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren). Andauernde Unterstützung ist notwendig.

Inkl.:

Schwere geistige Behinderung

F73.- Schwerste Intelligenzminderung

IQ unter 20 (bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren). Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.

Inkl.:

Schwerste geistige Behinderung

F74.- Dissoziierte Intelligenz

Es besteht eine deutliche Diskrepanz (mindestens 15 IQ-Punkte) z.B. zwischen Sprach-IQ und Handlungs-IQ.

F78.- Andere Intelligenzminderung

Diese Kategorie soll nur verwendet werden, wenn die Beurteilung der Intelligenzminderung mit Hilfe der üblichen Verfahren wegen begleitender sensorischer oder körperlicher Beeinträchtigungen besonders schwierig oder unmöglich ist, wie bei Blinden, Taubstummen, schwer verhaltensgestörten oder körperlich behinderten Personen.

F79.- Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

Die Informationen sind nicht ausreichend, die Intelligenzminderung in eine der oben genannten Kategorien einzuordnen.

(vgl. URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/block-f70-f79.htm (Abruf am 09.01.2012)

Wie aus der oben abgebildeten Übersicht ersichtlich ist, ist das Hauptkriterium dieser Einteilungsstruktur die menschliche Intelligenz. Trotz der Einsicht, dass Intelligenz nicht alleiniges Kriterium sein kann, einen Menschen zur Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zu zählen, ist dieses Kategoriensystem weltweit leitend. Es steht aber, trotz auch hier stattgefundener Begriffsveränderungen (beispielsweise ist der Oligophrenie[1]-Begriff in der aktuellen Version des ICD-10 nicht mehr zu finden, ebenso wenig der Begriff des Schwachsinns, der Imbezillität oder der Idiotie, wohl aber der der Debilität), in der Tradition der „klassischen" Einteilung des Oligophrenie-Konzeptes, wie es beispielsweise von Emil Kraepelin (1856-1926) geprägt oder von Eugen Bleuler (1857-1939) beschrieben worden ist, in die Stufen Debilität, Imbezillität und Idiotie. Diese Dreiteilung hat sich zwar „ausdifferenziert", die ICD-10 steht aber insgesamt in der o.g. Tradition. Daher merkt Eckhard Rohrmann(2007) in Bezug auf das Oligophrenie-Konzept und seiner Weiterführung in der ICD-10 kritisch an: „Geändert hat sich jedoch nur

[1] Oligophrenie = wörtlich „wenig Hirn".

der Begriff, nicht das Verständnis“ (ebd., 148). Dies scheint zumindest ein Argument dafür zu sein, den Begriff der Intelligenzminderung kritisch-reflektiert zu nutzen und die Diskussion um Alternativen fortzuführen.

Schwachsinn

Wie oben bereits erwähnt, entstammt der Schwachsinnsbegriff aus dem Kraepelin’schen Oligophreniekonzept und wird dort weitgehend synonym zum Begriff der Oligophrenie genutzt, bei Bleuler (1937) im Sinne „angeborener und früh erworbene[r] Schwachsinnszustände“ (ebd., 400). Er ist aus dem heil- und sonderpädagogischen, weitgehend aber auch aus dem psychiatrischen Vokabular verschwunden und wäre irrelevant, wenn er im Kontext des hier Diskutierten nicht an exponierter Stelle wieder auftauchen würde. Im noch zu erläuternden § 20 des StGB, der Kriterien für die Schuldunfähigkeit während einer Straftat nennt, findet sich der Begriff des Schwachsinns wieder (vgl. Punkt 3.2). Trotz seines enormen diskriminierenden Potentials wird dieser Begriff zum zentralen Merkmal im juristischen Kontext - und zwar an einer zentralen Stelle in der Diskussion um Schuld oder Schuldunfähigkeit. Es ist zwar nachvollziehbar, dass sich die Rechtswissenschaft bzw. Gesetzestexte nur mit Verzögerung dem medizinischen und/oder heilpädagogischen Wissen oder der Umgangssprache anpassen, jedoch muss bereits an dieser Stelle äußerst kritisch angemerkt werden, dass dieser Sachverhalt keine Marginalie darstellt und dringend einer Anpassung bedarf.

Minderbegabung

Ähnlich problematisch generiert sich der Begriff der Minderbegabung, der ebenfalls oft synonym zum Begriff der Intelligenzminderung Gebrauch findet, meist aber gleichgesetzt wird mit dem Begriff der Lernbehinderung. Unter Heranziehung des IQ-Wertes werden hier meist Werte zwischen 70 und 85 angegeben, im Sinne eines Abgrenzungsversuches zu den oben beschriebenen Formen der sog. Intelligenzminderung. Unter Minderbegabung verstand der Deutsche Bildungsrat (1973) eine Leistung im Bereich zwischen der ersten und dritten Standardabweichung, d.h. im Bereich zwischen einem IQ von 55 und 85 (vgl. Deutscher Bildungsrat 1973).

Mentale Beeinträchtigung

Den Begriff der *mentalen Beeinträchtigung* findet man nur sehr selten in der einschlägigen Literatur. Er wird hier dennoch mit aufgeführt, weil er in einer der wenigen ausgearbeiteten Konzeptionen zum Thema Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug, nämlich im Konzept des Landschaftsverbandes Rheinland, in Anlehnung an das Rahmenkonzept des sog. „Brückenkonzepts 1“, genutzt wird (vgl. Landschaftsverband Rheinland 2009). In dem Papier ist das Konzept für die Abteilung Forensische Psychiatrie IV, der „Abteilung für Maßregelvollzugspatienten mit mentaler Beeinträchtigung“ (ebd., 1) in der LVR-Klinik Bedburg-Hau dokumentiert. Ein einleitender Abschnitt zum verwendeten Begriff der *mentalen Beeinträchtigung* soll an dieser Stelle in einem längerem Zitat wieder gegeben werden, um zu verstehen, warum die Autoren diesen Begriff hier bevorzugen:

> „Um negative Etikettierungen und Assoziationen, die mit Geringschätzung, Entwertung und Stigmatisierung verbunden sein können zu vermeiden, werden die geläufigen Begriffe „geistige Behinderung, Intelligenzminderung, intellektuelle Behinderung" nicht benutzt. Von den betroffenen Personen selbst wird der Begriff „Menschen mit Lernschwierigkeiten" favorisiert. Da bei dem Begriff „Menschen mit Lernschwierigkeiten" die komplexen Beeinträchtigungen leicht aus dem Blick geraten können, wird dieser Begriff nicht benutzt. Der Begriff „mentale Beeinträchtigung" wird an den im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch gebräuchlichen Begriff „Mental Retardation" (parallel zu den Begriffen Developmental Disabilities und Intellectual Disabilitiies) angelehnt, der im Gegensatz zum Begriff „geistige Behinderung" auch im deutschen Sprachraum als lernbehindert bezeichnete Menschen mit einschließt“ (ebd., 6).

Es ist zunächst positiv anzumerken, dass sich die Autoren dieses Konzeptes hier augenscheinlich Gedanken über den verwendeten Begriff für den Personenkreis gemacht haben. Dennoch sind einige Fragen zu stellen: Der Verweis auf den „gebräuchlichen“ Begriff der *mental retardation* erscheint fraglich, da im angelsächsischen Sprachraum eine intensive Diskussion über dessen Abschaffung stattgefunden hat und dieser Begriff inzwischen tatsächlich durch die ebenfalls in o.g. Zitat auftauchenden Begriffe *intellectual* und/oder *de-*

velopmental disabilities ersetzt wurde. Die oben genannte Ablehnung des Begriffes aus der Selbsthilfe, „Menschen mit Lernschwierigkeiten“, wird noch aufgegriffen (vgl. 2.1.7). Interessant in dem hier diskutierten Zusammenhang erscheint aber die Tatsache, dass der Begriff mentale Beeinträchtigung vor allem deswegen genutzt wird, weil er auch dazu in der Lage sei, diejenigen mit einzubeziehen, die im deutschen Sprachraum als „lernbehindert“ gelten. Das ist insofern beachtenswert, als ein beträchtlicher Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung, die mit dem Maßregelvollzug in Berührung bekommen, Menschen mit eher leichter ausgeprägten geistigen Behinderungen bzw. an der Grenze zur Lernbehinderung stehende Menschen zu sein scheinen. Dies haben zumindest die Gesprächspartnerinnen und -partner, mit denen im Kontext dieser Expertise Fachgespräche durchgeführt wurden, immer wieder bestätigt. Um dieses Spektrum zu umfassen, wurde in der oben erwähnten Konzeption augenscheinlich der Begriff der *mentalen Beeinträchtigung* bevorzugt. Dies ist auch deswegen von Interesse, als beispielsweise Paul und Wüllenweber in ihrem bereits erwähnten Überblicksartikel (vgl. Paul & Wüllenweber 2004) eine Rezeption der englischsprachigen Literatur zurückstellen, da „in den us-amerikanischen Untersuchungen (…) stets auch Menschen einbezogen [seien], die wir als lernbehindert bezeichnen würden“ (vgl. ebd., 183). Das ist zwar in der Tat der Fall, jedoch erfordert die Existenz solcher o.g. „Grenzfälle“ zwischen geistiger Behinderung und Lernbehinderung im Kontext des Maßregelvollzugs eine breiter angelegte begriffliche Fassung des Personenkreises. Insofern ist die Nutzung des Begriffs der mentalen Beeinträchtigung, wie sie in der erwähnten Konzeption des LVR auftaucht, hier plausibel. Ob dieser Begriff letztlich aber tatsächlich dazu taugt, „negative Etikettierungen und Assoziationen, die mit Geringschätzung, Entwertung und Stigmatisierung verbunden sein können zu vermeiden“ (vgl. ebd., 6), erscheint hingegen fraglich.

Intellektuelle Behinderung

Ein weiterer Begriff, der zumindest im Kontext von psychischen Störungen und Verhaltensproblemen von Menschen mit geistiger Behinderung hin und wieder auftaucht, ist der Begriff der *intellektuellen Behinderung*. An prominenter Stelle ist hier die Veröffentlichung von Anton Došen (2010) zu nennen. In dem Kapitel „Erklärung von Begriffen“ (Kapitel 2; ebd., 17) schreibt er:

> „Die Terminologie auf dem hier behandelten Gebiet hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten mehrmals geändert. So wurde der Begriff ‘Schwachsinn‘ zunächst in ‚geistige Behinderung‘ und ‚mentale Retardierung‘, später in ‚intellektuelle Behinderung‘ und vor kurzem sogar in ‚geistige Beschränkung‘ verändert. In diesem Buch wird der Begriff ‚intellektuelle Behinderung‘ benutzt, weil er in Medizin und Psychiatrie schon lange etabliert ist“ (Došen 2010, 17).

Und weiter

> „Der Begriff ‚intellektuelle Behinderung‘ wird in Übereinstimmung mit bekannten Quellen wie der American Association of Mental Retardation (AAMR, 2002) sowie der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV definiert. Danach wird eine intellektuelle Behinderung durch drei Kriterien bestimmt:
>
> 1. Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten (IQ niedriger als 70),
> 2. Einschränkungen im adaptiven Verhalten (eingeschränkte soziale und praktische Fertigkeiten),
> 3. Auftreten vor dem 18. Lebensjahr“ (ebd.).

Dieser Begriff umfasst demnach *nicht*, wie es Begriffen aus dem englischsprachigen Raum unterstellt wird (siehe Punkt 2.1.4), auch Menschen mit einer sog. Lernbehinderung. Er scheint demnach zunächst eine Übersetzung des englischen Begriffs der *intellectual disability* zu sein. Was aber irritiert, ist eine Bezugnahme auf die AAMR, die sich bereits zum 01. Januar 2007 in *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)* umbenannt hat. Mit dieser Umbenennung ging der Abschied von dem Begriff der *mental retardation* einher und eine Schärfung der Kriterien, die dazu führen, eine Person zur Gruppe der Menschen mit einer *intellectual* oder *developmental disability* zu zählen (vgl. auch AAIDD 2010). Zwar folgt die AAIDD weitgehend den von Dosen genannten Kriterien, jedoch mit leicht veränderten Fokussierungen, weshalb dies hier im Original zitiert werden soll:

> “Intellectual disability is a disability characterized by significant limitations both in in-

tellectual functioning and in adaptive behavior, which covers many everyday social and practical skills. This disability originates before the age of 18.

Intellectual functioning - also called intelligence - refers to general mental capacity, such as learning, reasoning, problem solving, and so on.

One criterion to measure intellectual functioning is an IQ test. Generally, an IQ test score of around 70 or as high as 75 indicates a limitation in intellectual functioning.

Standardized tests can also determine limitations in **adaptive behavior**, which comprises three skill types:

- Conceptual skills - language and literacy; money, time, and number concepts; and self-direction.
- Social skills - interpersonal skills, social responsibility, self-esteem, gullibility, naïveté (i.e., wariness), social problem solving, and the ability to follow rules/obey laws and to avoid being victimized.
- Practical skills - activities of daily living (personal care), occupational skills, healthcare, travel/transportation, schedules/routines, safety, use of money, use of the telephone.

On the basis of such many-sided evaluations, professionals can determine whether an individual has an intellectual disability and can tailor a support plan for each individual.

But in defining and assessing intellectual disability, the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) stresses that professionals must take **additional factors** [Hervorheb. durch den Autor] into account, such as the community environment typical of the individual's peers and culture. Professionals should also consider linguistic diversity and cultural differences in the way people communicate, move, and behave.

Finally, assessments must also assume that limitations in individuals often coexist with strengths, and that a person's level of life functioning will improve if appropriate personalized supports are provided over a sustained period"
(URL: http://www.aaidd.org/content_100.cfm?navID=21; Abruf am 09.01.2011; zur genaueren Betrachtung vgl. AAIDD 2010).

Die Berücksichtigung nicht nur des IQ-Wertes (erweitert durch den Begriffes des *intellectual functioning*), sondern auch einer Vielzahl von oben aufgelisteten Kontextfaktoren, auf die im Rahmen des ICF-Modells noch einzugehen sein wird, stellt eine wichtige Weiterentwicklung der Begrifflichkeit der AAIDD dar.[2].

Geistige Behinderung

Der Begriff der *geistigen Behinderung* ist maßgeblich von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung geprägt worden. Nach den Morden der Nationalsozialisten war es diese Elternvereinigung, die durch Impulse des Niederländers Tom Mutters den Begriff im Jahre 1958 etabliert hat. Im Laufe ihres Bestehens hat die Lebenshilfe versucht, diesen Begriff in seiner Relativität zu diskutieren. Diese Diskussion ist noch nicht beendet. Im Grundsatzprogramm der Lebenshilfe von 1990 heißt es demnach:

> „Jeder Mensch ist einzigartig und unverwechselbar. Daher ist es normal, verschieden zu sein: Jeder hat seine eigenen Vorlieben und Abneigungen, Stärken und Schwächen. Niemand ist ausschließlich behindert oder nicht behindert, wie auch niemand nur krank oder völlig gesund ist. So gesehen kann die Beschreibung ‚geistig behindert' nie dem eigentlichen Wesen eines Menschen gerecht werden" (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1990, 10).

Im neuen Grundsatzprogramm der Lebenshilfe wird der Begriff der geistigen Behinderung weder erklärt noch definiert. Vielmehr findet sich hier eine Orientierung an den Zielperspektiven Teilhabe und Inklusion. Auf eine wissenschaftlich gestützte Definition des Begriffs wird verzichtet. Auf der Homepage der Bundesvereinigung Lebenshilfe findet sich ein Hinweis darauf, was das dahinter stehende Verständnis von Behinderung ist:

[2] Die Veröffentlichung von Došen 2010 beruht auf einer Erstauflage aus dem Jahr 2005. Die der deutschen Übersetzung zugrunde liegende Originalausgabe ist aus dem Jahr 2008 und wird als 3., bearbeitete Auflage beschrieben. Die deutsche Ausgabe aus dem Jahre 2010 nennt Klaus Hennicke und Michael Seidel als Herausgeber und Bearbeiter. Das Buch ist zudem in Kooperation mit der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. entstanden.

> „Eine Person ist nicht behindert, sondern sie wird erst behindert!
>
> Die Auswirkungen einer Behinderung werden wesentlich mitgeprägt von den Möglichkeiten, die die Gesellschaft anbietet oder behinderten Menschen vorenthält“
>
> (URL: http://www.lebenshilfe.de/de/aus_fachlicher_sicht/behinderung/index.php; Abruf: 09.01.2012).

In der sonderpädagogischen fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Personenkreis bzw. Begriff, hat sich die Disziplin der sog. Geistigbehindertenpädagogik etabliert, insbesondere verbunden mit ihrer immanenten Aufgabe der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern, zunächst nahezu ausschließlich für Sonder- bzw. Förderschulen. Die Disziplin befindet sich in einem ständigen Veränderungsprozess mit einer nahezu unüberschaubaren Entwicklung von Denkrichtungen und -traditionen. Ohne dies hier auch nur annähernd nachzeichnen zu können, kann aber in Bezug auf den Begriff der geistigen Behinderung mit Fornefeld (2009) festgehalten werden,

> „…dass die Vielschichtigkeit des Phänomens erkennbar [wird]. Doch weitere Bestimmungsgrößen fehlen noch, eine davon ist die pädagogische. Sie schaut auf Menschen mit geistiger Behinderung aus der Perspektive ihrer Lernmöglichkeiten und -bedürfnisse und thematisiert Erziehungs- und Bildungsbedarfe im Kontext der kulturellen Normen und sozialer Erwartungen“ (Fornefeld 2009, 83).

Trotz der Etablierung der sog. Geistigbehindertenpädagogik ist der Begriff der geistigen Behinderung in die Kritik geraten. So merkt Theunissen bereits 2008 an:

> „Wer in Deutschland die Fachdiskussion über geistige Behinderung verfolgt, wird unschwer erkennen, dass der Begriff inzwischen umstritten ist und dass sich unterschiedliche Positionen gegenüber stehen [die hier bereits vorgestellt wurden; Anmerk. des Autors], die von einer vorläufigen Beibehaltung, über eine Abschaffung des Begriffs und Bestimmung eines Unterstützungsbedarfs bis hin zu neuen (alternativen) Bezeichnungen reichen“ (Theunissen 2008, 127).

Die Diskussion wurde insbesondere seitens der Selbsthilfe initiiert, hat sich aber im Kontext beobachtbarer Beharrungstendenzen der traditionellen Geistigbehindertenpädagogik bislang nicht durchsetzen lassen. Dennoch sei der in Deutschland von der Selbsthilfe, insbesondere vom Netzwerk Mensch zuerst e.V. (vgl. dazu Kniel & Windisch 2009 bzw. Theunissen 2009, 10f.), ins Feld geführte Begriff der *Menschen mit Lernschwierigkeiten* im folgenden Unterkapitel (vgl. 2.1.7) noch zu dem hier dokumentierten Überblick hinzugezogen.

Insgesamt kann zum Begriff der geistigen Behinderung festgehalten werden, dass der Begriff sich im heil- und sonderpädagogischen Feld lange Zeit etabliert hatte, inzwischen aber in einer Legitimationskrise steht, insbesondere weil Menschen, die von anderen so bezeichnet werden, ihre Stimm erheben und eine Abwendung von diesem Begriff fordern. Dass dies nicht leicht umzusetzen ist, zeigt das oben genannte Beharren. Denn der Begriff hat beispielsweise Eingang ins Sozialrecht und damit in Leistungsrechte gefunden und dient derzeit dort als Bezugsgröße und Verständigungsgrundlage.

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

Das auch im Rahmen der Auseinandersetzung mit den sog. Disability Studies (vgl. exemplarisch Dederich 2007) aufkommende Schlagwort der sozialen Konstruktion (geistiger) Behinderung wird vielleicht am ehesten in folgendem Gedankengang Jantzens (1999) deutlich, der erkennen lässt, dass das Konstrukt geistige Behinderung stets in einem bio-psycho-sozialen Zusammenhang zu denken ist:

> „Geistige Behinderung als soziale Konstruktion bedeutet nicht, dass die Biologie keine Rolle spielen würde. Ganz im Gegenteil. Sie versetzt geistig behinderte Menschen in ein anderes

> Verhältnis zu den Menschen und zur Welt und damit zur Möglichkeit des Aufbaus von Sprache, Kultur und Identität. Und dieses Verhältnis dauert das ganze Leben. Allerdings ist es nicht mehr die Biologie, die in diesem Prozess die führenden Rolle spielt, sondern die Fähigkeit der jeweiligen Umgebung, ihre Ausdrucksweisen so zu normalisieren, dass jeder behinderte Mensch auf jedem Niveau und in jedem Lebensabschnitt besondere Möglichkeiten der Teilhabe entwickeln kann. Geschieht dies nicht, so entwickeln sich behinderte Menschen in kultureller, in sprachlicher und in dialogischer Isolation“ (Jantzen 1999, 211).

Lernschwierigkeiten

Vielleicht verdichtet sich die Problematik des Begriffes der geistigen Behinderung in der organisierten Selbsthilfe von Menschen, die geistig behindert bezeichnet werden und sich selbst im Rahmen der Selbstvertretung im Netzwerk Mensch zuerst, People First Deutschland e.V. als „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ bezeichnen (Kniel/Windisch 2005).

An dieser Stelle soll kurz auf die Problematik dieser Selbstbezeichnung eingegangen werden, da sie bereits in Punkt 2.1.4 angesprochen wurde. In einer sehr frühen Veröffentlichung bezüglich des Aufbaus von Selbsthilfegruppen für Menschen, die traditionell als geistig behindert bezeichnet werden, schreibt Göbel (1997):

> „Die englischen People First Gruppen benutzen die Worte Menschen mit Lernschwierigkeiten. Sie wollen damit sagen, daß sie wegen ihrer so genannten geistigen Behinderung oder Lernbehinderung mehr Zeit brauchen etwas zu lernen. Ich habe mich dafür entschieden, diese Worte zu benutzen, da sie von Betroffenen selbst kommen und kein medizinischer Begriff sind“ (ebd., o.S.).

Abgesehen davon, dass es strittig ist, ob der Begriff „geistige Behinderung“ ein medizinischer Begriff ist, da ihn die Bundesvereinigung Lebenshilfe 1958 wie beschrieben bewusst in Ablehnung herkömmlicher medizinisch orientierter Begriffe etabliert hat, ist dieser Position erst einmal nichts entgegenzusetzen. Wenn eine Gruppe, die sich selbst vertritt, eine bestimmte Bezeichnung ablehnt und als diskriminierend empfindet, haben das diejenigen, die nicht zu dieser Gruppe gehören, erst einmal zu akzeptieren.

Es muss in diesem Zusammenhang aber die Frage erlaubt sein, ob sich die Lebensrealität vieler Menschen, die traditionell als geistig behindert bezeichnet werden, und insbesondere diejenigen, die mit dem Maßregelvollzug in Verbindung kommen, tatsächlich dadurch auszeichnet, dass sie in erster Linie mit und gegen Lernschwierigkeiten zu kämpfen hätten. Dies mag für einige Personen, insbesondere für die bei People First Organisierten gelten. Ob es aber auch für Personen mit beispielsweise herausfordernden Verhaltensweisen oder straffällig Gewordene gilt, darf bezweifelt werden. Diese Personengruppe ist vermutlich in Selbstvertretungsorganisationen bislang eher unterrepräsentiert. Keine Gruppe von Menschen mit Behinderungen zeichnet sich durch eine solche Heterogenität aus wie die der Menschen, die traditionell als geistig behindert bezeichnet werden. Aktuelle Entwicklungen, und dazu kann auch die fortschrittliche Arbeit von Selbsthilfe- bzw. Selbstvertretungsgruppen wie dem Netzwerk People First gezählt werden, haben aber einen „Nebeneffekt“: Die Gruppe derer, die repräsentiert werden soll, wird schmaler als die Gruppe derer, die unter ähnlichen Lebensbedingungen, nämlich einer „geistig behinderten Entwicklungssituation“ (vgl. Jantzen 2000, 173), leben (müssen). Dadurch können einige Lebensbedingungen, Interessen und Hilfebedarfe von Menschen, die traditionell als geistig behindert bezeichnet werden, in den Hintergrund geraten.

Es kann aber andererseits auch nicht von der Hand gewiesen werden, dass die zentralen Anliegen etwa von People First, wie beispielsweise Selbstbestimmung, sich einmischen, öffentlich und sichtbar werden und Rechte einfordern, für alle Menschen mit Behinderungen gültig sein müssen und eine Selbstvertretungsgruppe, die aus ähnlichen Diskriminierungserfahrungen heraus argumentiert, durchaus stellvertretend für andere, die sich verbal in diese Debatte nicht einbringen können, sprechen und eintreten kann.

Die professionelle Behindertenhilfe und -pädagogik hätte hier die Aufgabe, die von People First initiierte Diskussion stärker aufzugreifen und nicht nur gemeinsam Alternati-

ven zum Begriff der sogenannten geistigen Behinderung zu finden, sondern darüber hinaus Gemeinsamkeiten von Selbsthilfeerfahrung und professioneller Behindertenhilfe herauszustellen und zusammenzubringen. Die Diskussion muss weiter geführt werden; nicht nur als begriffliche Diskussion, sondern unter der Prämisse, das das, was aktive und organisierte Menschen mit Lernschwierigkeiten fordern und formulieren, auch in Bezug zu Menschen schwereren Behinderungen gesetzt wird und auch für diese gilt.

Als renommierter Vertreter der sog. Geistigbehindertenpädagogik setzt Theunissen (2009) in einer aktuellen Veröffentlichung ein Zeichen und nutzt den Begriff der Menschen mit Lernschwierigkeiten durchgehend in seinem Text:

> „Vor diesem Hintergrund folge ich mit der vorliegenden Schrift dem Wunsch der Betroffenen, diskriminierende Bezeichnungen wie geistige Behinderung zu vermeiden, wohl wissend, dass letztlich ein Begriffsaustausch allein noch kein Garant für eine Nicht-Aussonderung ist. Zudem bin ich mir darüber bewusst, dass viele der Betroffenen in mehrfacher Hinsicht beeinträchtigt sind, was durch den Begriff der Lernschwierigkeiten leicht aus dem Blick geraten kann" (Theunissen 2009, 11).

Die hier ausführlich geführte Diskussion um die Begriffsproblematik wäre noch durch viele Aspekte zu ergänzen. Von Bedeutung an dieser Stelle scheint aber, dass insbesondere im Kontext einer inter- und transdisziplinären Verständigung zwischen den hauptbeteiligten Disziplinen bei dem Thema Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug, eine Verständigung über den Personenkreis noch immer erschwert ist. Es ist nicht nur eine Uneinheitlichkeit in Bezug auf Begriffsformulierungen festzustellen, sondern auch bezüglich unterschiedlicher Vorannahmen, Denktraditionen und Menschenbilder. Dies gilt es im Folgenden zu berücksichtigen, wenn die Situation von straffällig gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung, ihre Wege in den Maßregelvollzug und Perspektiven für ein Leben außerhalb dieser Vollzugform formuliert und diskutiert werden.

2.2 Geistige Behinderung und delinquentes Verhalten

Es gibt keinen direkten ursächlichen Zusammenhang zwischen einer geistigen Behinderung und Delinquenz, wenngleich dem Personenkreis der Menschen mit einer geistigen Behinderung ein solcher Zusammenhang im Laufe der Geschichte immer wieder unterstellt worden ist. Im Kontext des bereits diskutierten Oligophrenie-Konzeptes im 19. Jahrhundert, entstand der Begriff der sog. „moralischen Oligophrenie", der u.a. von Bleuler (1916) beschrieben wurde:

> „Es gibt aber eine Klasse, die durch Verkümmern (moralisch Imbezille) oder geradezu Fehlen der Gefühlsbetonung (moralische Idioten) bei allen Vorstellungen, die das Wohl und Wehe anderer betreffen, in toto zum Verbrechen prädestiniert ist (‚geborene Verbrecher')" (Bleuler, 196, 425, FN 2, zit. nach Rohrmann 2007, 152).

Es ist dies eine Auffassung, die in direkter Linie dazu geführt hat, dass man einen Zusammenhang zwischen geistiger Behinderung und Kriminalität als bewiesen betrachtet hat und als Legitimationsgrundlage für deren Aussonderung und später deren Ermordung „nutzen" konnte. So kann man bei Hoche (1901) nachlesen:

> „Schwachsinnige erliegen normalen und abnormen triebartigen Impulsen ohne viel Widerstand, was nicht nur auf den Geschlechtstrieb, sondern den Stehltrieb und den Brandstiftungstrieb gelte; besonders in Kombination mit Alkohol oder wenn zur fraglichen Zeit bei weiblichen Schwachsinnigen die Menstruation im Gang oder in Vorbereitung war (Hoche 1901, o.S.).

Es sollte nun nur noch neun Jahre dauern, bis Hoche, zusammen mit Binding die Schrift „*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form"* vorlegten.

Trotz dieser Hypothek und historischen Last ist es Ziel dieses Kapitels, Zusammenhänge aufzuzeigen und zu beleuchten, die dazu führen, dass Menschen mit geistiger Behinderung straffällig werden. Paul und Wüllenweber (2004) bemerken, dass der Begriff der Delinquenz eher aus dem Spektrum der sog. ‚Kin-

derkriminalität' stamme und oft mit dieser gleichgesetzt werde (vgl. ebd., 184). Sie weisen darauf hin, dass Verhalten, das als delinquent beschreibbar wäre, als vorkriminelles Verhalten zu deuten wäre. Sie nennen mit Bezug auf US-amerikanische Literatur[3] Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen, die „in besonderen Lebenslagen und -situationen gezeigt werden" (ebd., 185); wie beispielsweise Schule-Schwänzen, Von-zu-Hause-Ausreißen oder Alkoholmissbrauch (vgl. ebd.). Die besonderen Lebenslagen seien auch auf Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung übertragbar, Delinquenz sei somit „als soziales Problem" (ebd.) beschreibbar.

Im Kleinen kriminologischen Wörterbuch definiert Kaiser (1997) Kriminalität wie folgt:

> „**Kriminalität** (abgeleitet von lat. crimen = Verbrechen) meint Verbrechen als soziale Erscheinung. **Sie ist die Summe der strafrechtlich mißbilligten Handlungen.** Es handelt sich also um die mit einem besonderen Unwerturteil belegten Rechtsbrüche (…). Sie werden gewöhnlich nach **Raum** und **Zeit** sowie nach **Umfang, Struktur** und **Bewegung** beschrieben [Hervorheb. im Original]" (Kaiser 1997, 176).

Versucht man sich der Frage zu nähern, in welchem Verhältnis nun geistige Behinderung und Kriminalität zueinander stehen können, ist man zunächst wieder auf Literatur aus dem Bereich der psychischen Störungen und/oder Verhaltensprobleme angewiesen. Došen (2010) merkt sehr allgemein an, dass „delinquentes Verhalten (…) ziemlich oft bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen mit einer leichten intellektuellen Behinderung gefunden [werde]" (Došen 2010, 211). Er zitiert dann Day (2001), um ein Bild eines Menschen mit „einer leichten intellektuellen Behinderung und delinquentem Verhalten" (ebd.) zu zeichnen:

> „Der typische intellektuell retardierte Straftäter ist ein junger Mann mit leichter bis grenzwertiger Intelligenzminderung aus einem armen städtischen Milieu mit einer Vorgeschichte psychosozialer Deprivation, Verhaltensproblemen und Persönlichkeitsstörung, der wahrscheinlich wesentliche Zeiten in Einrichtungen verbrachte und eine Familiengeschichte mit Kriminalität aufweist" (Day 2001, 359, zit. nach Došen 2001, 211; dt. Übersetzung von Hennicke und Seidel).

So grenzwertig diese Formulierung sein mag, insbesondere unter Berücksichtigung der unter Punkt 2.1 diskutierten Probleme der begrifflichen Fassung des Personenkreises, fällt dennoch auf, dass sich diese Aussage in Bezug auf fast alle genannten Aspekte mit spontanen Beschreibungsversuchen des Personenkreises aus den dieser Expertise zugrunde liegenden Fachgesprächen, die der Autor führte, deckt. Inwieweit diese Formulierung aber auf empirisch gesicherten Erkenntnissen beruht, bleibt offen. Die Annahme, es gebe „typische intellektuell retardierte Straftäter" kann aber auch dazu verleiten, dass man nach einer „Behandlungsmöglichkeit", die dann für alle gleich wäre, sucht. Dies steht aber in eklatantem Widerspruch zu den Äußerungen der dieser Expertise zugrunde liegenden Fachgespräche von Expertinnen und Experten aus den Praxisfeldern, die gerade in Bezug auf therapeutische Interventionen eine individuelle Herangehensweise postulieren:

> „Wir machen Therapie auf konkretem Niveau, erst wenn der Klient dazu in der Lage ist. Beispielsweise ein Gang mit einem Patienten in die Fußgängerzone, um seinen Bekleidungsstil (hier: ein Mickeymouse-T-Shirt) mit anderen zu vergleichen. Man muss sie einem konkreten Reiz aussetzen und das nicht nur in einem Seminarraum mit ihnen besprechen" (Knapheide 2011, mdl. Mittl.).

Darüber hinaus enthält Days Formulierung kaum Hinweise auf eine Verstehensperspektive der hinter diesen Problemen stehenden Ursachen.

Häßler (2011) merkt an, dass es trotz methodischer Schwierigkeiten Vergleichsstudien gebe, „die belastbare Prävalenzzahlen von Delinquenz bei Menschen mit geistiger Behinderung liefern" (Häßler 2011, 93) und nennt u.a. die Studie von Hodgins aus dem Jahre 1992, die im Vergleich einer schwedischen Geburtskohorte des Jahres 1953 (n= 15.117) herausfand, dass das Risiko für allgemeine Delinquenz bei den männlichen Probanden dreifach erhöht war, bei den weiblichen Probanden gar vierfach erhöht (im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung). Das Risiko ein Gewalt-

[3] Genannt wird hier ein Autor namens Shoemaker (1996), der allerdings nicht im Literaturverzeichnis zu diesem Artikel auftaucht.

verbrechen zu begehen, wird in Bezug auf Männer mit geistiger Behinderung viermal höher beziffert, in Bezug auf Frauen 25 (!) mal höher (vgl. ebd.). Hodgins spricht in seiner Studie im Übrigen von „intellectual deficiency" und den „intellectually handicapped" (vgl. ebd.).

Häßler (a.a.O.) kommentiert diese und ähnliche Studien vorsichtig, da hier keine Aussagen über Ursachen und Wirkungen getroffen würden (vgl. Häßler 2011, 93). Er merkt jedoch an, dass „die Zahlen den Bedarf an geschulten Richtern und fachlich versierten Gutachtern" (ebd.) verdeutlichten, „um den besonderen Bedürfnissen von geistig behinderten Rechtsbrechern gerecht werden zu können" (ebd.). Wie noch aufzuzeigen sein wird, ist ein solcher Bedarf bei weitem nicht gedeckt.

2.3 Formen delinquenten Verhaltens

Došen (2010) nennt häufige delinquente Verhaltensweisen, zunächst (und seiner Einschätzung nach am häufigsten vorkommend) aus dem Bereich der Kleinkriminalität (wie Stehlen, Sachbeschädigung, Vandalismus, Einbruch und Raub (vgl. ebd.), um dann auf die „verhältnismäßig häufig[en]" (ebd.) Delikte wie Brandstiftung und Sexualdelikte zu verweisen (ebd., 211f.). Dem Leser gibt er, außer dem Verweis auf Day (siehe oben, a.a.O.), keine genaueren Belege für diese Einschätzungen an.

Bezüglich der immer wieder mit dem Personenkreis in Verbindung gebrachten Delikte der Brandstiftung und der Sexualdelikte merkt Häßler (a.a.O.) differenziert an:

> „Bezüglich spezieller Delikte herrschte lange Zeit die Auffassung vor, dass bei **Brandstiftung** und **Sexualstraftaten** Menschen mit geistiger Behinderung überrepräsentiert sind. Möglicherweise werden intelligenzgeminderte Brandstifter aber nur häufiger als normal intelligente begutachtet. In einer Gutachtenvergleichsanalyse wiesen 32,6% der Brandstifter (n=46), 4,7% der Sexualstraftäter (n=106) und 8,9% der Tötungsdelinquenten (n=56) einen IQ < 70 auf. Die Annahme, dass unter Brandstiftern häufiger geistig Behinderte sind, wird so auch durch neuere Studienergebnisse bestätigt. Sexualstraftäter scheinen dagegen eher normal intelligent zu sein" (ebd., 94).

Trotz dieser differenzierten Einschätzung scheint es in vielen Kliniken des Maßregelvollzugs eine auffällig große Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung die entweder mit Brandstiftung oder Sexualstraftaten in Verbindung gebracht werden, zu geben (vgl. auch Braasch 2006, 319f.). So sind es auch besonders Menschen, die mit diesen Delikten in Verbindung gebracht werden, die eine hohe Verweildauer im Maßregelvollzug aufweisen, da hier Therapie, Lockerung, Beurlaubung oder gar Entlassung als schwierig gesehen werden. Das hängt u.a. auch mit der Tatsache zusammen, dass diese Delikte in der öffentlichen Wahrnehmung stark angstbesetzt sind und eine sachliche Auseinandersetzung mit dieser Problematik oft durch öffentliche Skandalisierungen erschwert wird.

In Bezug auf die genannten Sexualstraftaten wird bei Došen (2010), wiederum in Anlehnung an Day (2001), zwischen zwei Gruppen unterschieden:

> 1. „Personen mit ausschließlich sexuellen, eher leichten Delikten, die schüchtern, unreif und naiv sind, mit wenig oder ohne Psychopathologie.
> 2. Personen, die sexuelle und andere Delikte begehen, mit stärker ausgeprägter psychopathologischer Symptomatik. Sie können psychosozial depriviert sein oder eine hirnorganische Schädigung erlitten haben" (Došen 2010, 212).

Knapheide (2011) teilt mit, dass es eine Gruppe von Sexualstraftätern gebe, die zunächst eher ‚friedlich' sei und deren Delikte oft im Bereich der pädosexuellen Delikte zu finden seien. Diese Gruppe sei in Bezug auf ihr moralisches Empfinden (dazu später noch genauer unter Punkt 4.3) und in Bezug auf ihr kognitiven Möglichkeiten nahe an der Lebenswelt von Kindern. Zu Kindern erhielten sie daher eher Kontakte und würden von diesen nicht ausgegrenzt – eine Erfahrung, der sie sonst häufig ausgesetzt seien. Der Missbrauch würde nicht als solcher geplant (vgl. Knapheide 2011, mdl. Mitt.). Eine andere Gruppe sei weniger ‚friedlich' hier träten Brandstiftungen häufig auf, resultierend aus einem Gefühl des Gekränkt-

seins oder aus Rachegefühlen. Mit Feuer könne man drohen, denn davor hätten viele Menschen Angst (vgl. ebd.).

Došen (2010) fasst zusammen:

> „Delinquentes Verhalten kann biologische, soziale, psychologische, soziale (*sic*!) und entwicklungsbedingte Ursachen haben, die diagnostisch geklärt werden müssen"(Došen 2010, 212).

Diese Aussage ist natürlich in ihrer verallgemeinernden Formulierung recht unbefriedigend, weist aber auf eine mehrdimensionale Ursachenkette hin und beschreibt den Anspruch hoher diagnostischer Kompetenz, an der es, wie noch aufzuzeigen sein wird, im Kontext des hier Diskutierten, oftmals mangelt.

Wiederum mit Häßler (2011) sei noch auf eine weitere Komponente hingewiesen, die weniger dramatisch zu sein scheint, aber hoch tabuisiert: Innerhalb der Behindertenhilfe, also im Bereich von Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe, scheint es eine hohe Toleranz gegenüber Übergriffen, d.h. strafrechtlich relevanten Verhaltensweisen, zu geben. Mögliche Reaktionsweisen auf delinquentes oder kriminelles Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe werden von Paul & Wüllenweber (2004) als „heterogen" (ebd., 195) beschrieben: Simplifizierung, Verharmlosung, Vertuschung, übersteigerte Dramatisierung, kontroverses Diskutieren der Einschaltung von Polizei und Justiz, interne Täter-Opfer-Ausgleiche, Nicht-Glauben, Mitschuld-Geben (vgl. ebd.).

Häßler (a.a.O.) kommentiert:

> „Viele Körperverletzungen, Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und Eigentumsdelikte, die in Heimen an der Tagesordnung sind, werden, aus nachvollziehbaren Gründen, nicht angezeigt" (ebd., 93).

Ob die o.g. Delikte wirklich in den Heimen an der Tagesordnung sind, kann hier nicht beurteilt werden. Jedoch spricht Häßler hier etwas an, was scheinbar kaum innerhalb der Behindertenhilfe diskutiert wird und oftmals negiert wird: Dass, um es mit Basaglia (1971) zu formulieren, die Einrichtungen auch und immer noch Merkmale und strukturelle Aspekte von „Institutionen der Gewalt" (ebd., 116) aufweisen und das Gewaltthema nicht ausreichend thematisiert wird, auch im Sinne der Vorbeugung von delinquentem Verhalten. In einer breiteren und offeneren Diskussion des Gewalt- und Gegengewaltthemas kann ein zentraler Baustein für die Prophylaxe delinquenten Verhaltens von Menschen mit geistiger Behinderung gesehen werden.

Mit Voß (2011) kann man zusammenfassen:

Es gibt bei Menschen mit geistiger Behinderung wahrscheinlich die gleichen Risikofaktoren, straffällig zu werden, wie bei der Allgemeinbevölkerung. Kriterien können hier sein:

- „junges Alter;
- männliches Geschlecht;
- erhebliche psychosoziale Belastung in Kindheit und Jugend (Straffälligkeit, Gewalttätigkeit, Sucht, Inkonstanz der Bezugspersonen);
- frühe Verhaltensprobleme;
- Arbeitslosigkeit;
- häufige Kontakte mit dem Hilfesystem (Erziehungsberatung, psychologische Dienste, Krankenhausbehandlung, etc.)" (vgl. Voß 2011, o.S.).

Als Erklärungsansätze für delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung nennt die Autorin:

- „Hohe Bedürfnisspannung;
- geringe Flexibilität der Bedürfnislenkung;
- beschränkte Möglichkeiten, Bedürfnisse auf sozial zulässige Art zu befriedigen;
- beschränkte Möglichkeiten, sich zulässig zu verteidigen;
- geringe Umstellungsfähigkeit;
- mangelhafter Überblick über Zusammenhang von Handlungsfolgen;
- geringe Problemlösekompetenz" (vgl. ebd.).

Sie resümiert:

- „Menschen mit einer geistigen Behinderung sind in der Regel deutlich häufiger

Opfer von sozialen Verhältnissen der Ohnmacht und der Gewalt.

- Aber: Menschen mit einer geistigen Behinderung sind im System der Strafverfolgung überrepräsentiert.
- Dabei ist unklar, ob sie tatsächlich mehr Verbrechen, als nicht behinderte Menschen begehen“ (ebd.).
- Zusammenhang zwischen geistiger Behinderung und Delinquenz ist komplex: Es sind zwei Gruppen von Straftätern mit einer geistigen Behinderung bislang beschrieben:
  - Menschen mit leichter geistiger Behinderung, gravierender sozialer Benachteiligung, krimineller Belastung in der Herkunftsfamilie, die der Eingliederungshilfe nicht bekannt sind, dafür aber der Kinder- und Jugendpsychiatrie (mit Störungen des Sozialverhaltens. Early Starter, heimatlos, Substanzmissbrauch und familiäre Dysfunktion).
  - 2. Gruppe: sind der Eingliederungshilfe bekannt, seltenere, aber gravierende Delikte“ (vgl. ebd.).

3. Maßregelvollzug

3.1 Historische Aspekte

Zur Geschichte des Maßregelvollzugs liegen einige hervorragende zusammenfassende Darstellungen vor [bspw. der Kommentar zum Maßregelvollzugsrecht von Kammeier (2010, Kapitel A, Entstehung und Entwicklung von Maßregelrecht und Maßregelvollzug)].

Kammeier (a.a.O.) setzt die Entstehung des Maßregelrechts und -vollzugs in den Kontext von Psychiatrie und Gesellschaft und den im 19. Jahrhundert beginnenden Aufkommen der Sozialen Frage, die nach Dörner (1995) zur „Wert-Frage" des Menschen wurde. Wer nichts zur industriellen Brauchbarkeit beitrug, wurde ausgegrenzt: Als Nichtleistungsfähiger, Minderwertiger, Entarteter und Untermensch (vgl. Kammeier 2010, Rn. A 1). So ist es nicht verwunderlich, wenn durch veränderte gesellschaftliche Bedingungen, bereits im Reichsstrafgesetzbuch (RStGB) die verminderte Zurechnungsfähigkeit eingeführt wird (vgl. Kammeier a.a.O., Rn. A 11) und Institutionen für den Maßregelvollzug entstehen: Die Heil- und Pflegeanstalten für die unzurechnungsfähigen Straftäter, denen man eine Geisteskrankheit attestierte und die Trinkerheilanstalten für Menschen, die aufgrund von Suchtmittelmissbrauch Straftaten begangen haben (vgl. ebd., Rn. A 13). Maßregel bedeutete und bedeutet hier grundsätzlich zweierlei: Einerseits (und an erster Stelle) Sicherung, andererseits auch Besserung. Beide Reaktionssysteme finden ihre Anwendung, wenn Strafen wegen Schuldunfähigkeit nicht zum Zuge kommen (vgl. ebd., Rn. A 7).

> „Nach über fünfzigjähriger Diskussion wurde im Rahmen des Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24.11.1933 (RGBl I, 995) endlich das Maßregelrecht im StGB verankert. Es trat am 1.1.1934 in Kraft" (ebd., Rn. A 16).

Wichtig ist im hier diskutierten Zusammenhang noch die mit dem o.g. Gesetz einhergehende Ergänzung der Strafprozessordnung um den § 246a, der Hinzuziehung eines Arztes als Sachverständigen (vgl. ebd., Rn. A 23).

Über die „Entwicklungen" des Maßregelvollzugs in der Zeit des Nationalsozialismus sei auf o.g. Autor verwiesen (vgl. ebd., Rn. A 25 bis A 33), der u.a. betont, die Schwerpunktsetzung auf Sicherung *vor* Besserung sei auf diesen Zeitraum zurückzuführen [ganz zu schweigen von Details wie der Möglichkeit der Kastration von Sittlichkeitsverbrechern (vgl. ebd., A 25) oder der Tatsache, dass der Meldebogen zur sog. ‚Euthanasieaktion' die Nennung von Personen, die unter die §§ 42 und 51 der des damaligen StGB-GewVbrG fielen, vorsah (vgl. ebd., Rn. A 28)].

Die Maßregeln Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und die Unterbringung in einer sog. Entziehungsanstalt, wurden nach dem 2. Weltkrieg in das Strafgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland übernommen (vgl. Schaumburg 2003, 18). Die einzelnen, für diese Expertise relevanten Bestimmungen, werden im nächsten Kapitel erörtert. Schaumburg betont, dass der Schwerpunkt nun auf der *Behandlung* lag, als „‚Maßregeln der Besserung und Sicherung'" (vgl. ebd.). Zur vorgesehenen Erweiterung des StGB durch eine sozialtherapeutische Anstalt (geplant als § 65 StGB), insbesondere für Straftäter mit Persönlichkeitsstörungen, ist es aus finanziellen Gründen nie gekommen (vgl. ebd.).

Zu erwähnen ist noch die im Strafvollzugsgesetz (StVollzG) in § 138 geregelte föderale Struktur des Maßregelvollzugs, d.h. er ist Ländersache, was sich vor allem darin zeigt, dass es in Deutschland 16 verschiedene Länder-Maßregelvollzugsgesetze gibt (gut zusammengestellt bei Volckart & Grünebaum 2009, 387ff.).

Die im Jahr 1975 von der Bundesregierung vorgelegte sog. Psychiatrie-Enquête (vgl. Deutscher Bundestag 1975) hatte, neben wesentlichen Impulsen für eine Reform der Psychiatrie insgesamt und in Bezug auf erste

Enthospitalisierungsbemühungen für sog. fehlplatzierte Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie, auch Auswirkungen auf den Maßregelvollzug, dem in der Enquête eine „absolute Schlusslichtposition“ (vgl. ebd., 281) attestiert wird. Kammeier (vgl. Kammeier 2010, Rn. A 52) nennt als Verbesserungen den Aufbau eines Vollzuges in Wohngruppen, Fortschritte in der Behandlung und in Bezug auf die Sachverständigengutachten. Bemerkenswert ist, dass in Folge der Psychiatrie-Enquete die Bestandszahlen an forensischen Patientinnen und Patienten insgesamt in den 1980er Jahren am niedrigsten waren. Im Jahr 1985 beispielsweise lag die Zahl der nach § 63 StGB (siehe folgender Unterpunkt) in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachten bei 2.472 Personen gegenüber 3494 im Jahre 1975. In den 1990er Jahren stiegen die Zahlen dann wieder rapide an (vgl. Statistisches Bundesamt 2011, 8 und Punkt 3.3). Leider sind diese Zahlen des statistischen Bundesamtes nie nach Patientengruppen aufgeschlüsselt gewesen, so dass über die tatsächliche Zahl der Menschen mit geistiger Behinderung unter den Genannten sowohl damals, als auch heute keine genauen Angaben gemacht werden können. Es fällt zudem auf, dass die Psychiatrie-Enquete zwar wegweisende Angaben über die Situation von Menschen mit geistigen Behinderungen in der Psychiatrie insgesamt gemacht hat, das Thema Maßregelvollzug und geistige Behinderung jedoch auch hier unterbelichtet bleibt.

Das starke Ansteigen der im Maßregelvollzug untergebrachten Personen, beginnend in den 1990er Jahren, ist durch einen „nach zahlreichen sexuell motivierten Kindestötungen Mitte der 90er Jahre in Belgien und Deutschland und ihrer überproportionalen medialen Aufbereitung“ (Kammeier 2010, Rn. A 62) in Gang gekommenen „Sicherheitsdiskurs“ (ebd.) zu erklären. Dies führte u.a. zu einer „Dominanz des Sicherheitsdenkens“ (ebd.), die scheinbar bis heute anhält und auch Auswirkungen auf Menschen mit geistiger Behinderung, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, hat. Diese Dominanz des Sicherheitsdenkens ist sicherlich mitverantwortlich dafür, dass die Verweildauer für einige Menschen im Maßregelvollzug so hoch ist (vgl. Punkt 4.2).

Wenn im Maßregelvollzug der Schwerpunkt auf Behandlung liegt, so stellt sich die Frage, wie diese denn aussieht, insbesondere in Bezug auf die hier im Fokus stehende Personengruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung. Diese Frage ist eng verbunden mit der Frage nach vorhandenen Behandlungskonzepten in den forensischen Kliniken, die speziell auf diesen Personenkreis zugeschnitten sind. Kestel (2010) hat dazu im Jahr 2004 71 forensische Kliniken angeschrieben, ob sie über spezielle Konzeptionen für diesen Personenkreis verfügen. 43 der angefragten Kliniken haben geantwortet. Davon gaben 30 an, dass bei ihnen Menschen mit einer geistigen Behinderung untergebracht seien, 13 Kliniken haben dies verneint. Von den 30 Kliniken, die angaben, dass Menschen mit geistiger Behinderung zu den Untergebrachten zählten, verfügten zum Zeitpunkt der Befragung nur 10 über gesonderte Konzeptionen für diesen Personenkreis, 19 Kliniken verfügten über keine solche Konzeption. (vgl. ebd., 69). Diese Ergebnisse bergen erhebliches Problempotenzial und werden später wieder aufgegriffen (vgl. Punkt 5).

3.2 Strafrechtliche Grundlagen

Zu den strafrechtlichen Grundlagen, die im Kontext des hier Dargestellten relevant sind, gehören zum einen die §§ 20 und 21 StGB (Schuldunfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit), der § 61 StGB, der die so genannten Maßregeln der Besserung und Sicherung beschreibt, sowie den zentralen § 63 StGB, der die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bei nachgewiesener Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit regelt. Vorgestellt sei hier auch noch der § 67d StGB, der die Dauer der Unterbringung regelt.

Das Strafgesetzbuch sieht im Falle einer seelischen Störung die Möglichkeit vor, einen Straftäter als schuldunfähig zu betrachten:

§ 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 Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

Als Kriterien, die Straftäter daran hindern können, begangenes Unrecht einzusehen oder nach einer möglichen Einsicht auch so zu handeln, nennt das Strafgesetzbuch also:

- eine krankhafte seelische Störung;
- eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung;
- Schwachsinn;
- oder eine schwere andere seelische Abartigkeit.

Diese Bestimmungen stammen in ihrer jetzigen Form aus dem Jahre 1967 (vgl. Kammeier 2010, Rn. A 39).

Unter *krankhaften seelischen Störungen* sind beispielsweise akute psychotische Störungen aus dem schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreis oder auch hirnorganisch bedingte psychische Störungen (akut oder chronisch) zu verstehen. Die krankhaft seelische Störung „ist gegenüber dem alten Ausdruck der ‚Störung der Geistestätigkeit' nun vom intellektuellen Bezug entbunden und auf die gesamte Psyche des Menschen bezogen (Kammeier 2010, Rn. A 40).

Zu den *tiefgreifenden Bewusstseinsstörungen* sind so genannte Ausnahmezustände mit affektiv akzentuierten Delikten („Affektdelikte") zu zählen. Mit der Differenzierung ‚tiefgreifend' „sollen bloß vorübergehende und noch im Bereich des Normalen liegende Störungen ausgeschlossen sein" (Kammeier 2010, Rn. A 40).

Der wohl problematischste Begriff in dieser Reihung ist der bereits diskutierte Begriff des ‚*Schwachsinns*'. Man kann den Begriff, obwohl er historisch aus dem Oligophrenie-Konzept entstanden ist und somit als überkommen anzusehen wäre und beispielsweise im heilpädagogischen Kontext keine Rolle mehr spielt, so interpretieren, dass hierunter angeborene Intelligenzminderungen in einem IQ-Bereich unter etwa 70 verstanden werden können. Das heißt, hier ist eine deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit, einhergehend mit einer starken Beeinträchtigung der sog. Anpassungsfähigkeit, gemeint. Kammeier (a.a.O.) merkt an, der ‚Schachsinn' könne als „Unterart des vierten [schwere andere seelische Abartigkeit; e.w.] Merkmals verstanden werden" (ebd.) und fügt an, dass „nach dessen Aufnahme in den § 20 (…) die Nennung des Schwachsinns eigentlich entbehrlich gewesen [wäre]" (ebd.).

Nun ist der Begriff hier aber weiterhin im Strafgesetzbuch vorhanden, mit erheblichen Folgen für das dahinter stehende Menschenbild, besonders, wenn es in einem Atemzug mit der ‚anderen seelischen Abartigkeit' genannt wird. Dies impliziert nämlich, der ‚Schwachsinn', die ‚Intelligenzminderung' oder die ‚geistige Behinderung' sei eine Form einer ‚schweren seelischen Abartigkeit', was aktuellen und bereits dargestellten Auffassungen (vgl. Punkt 2.1.6) bezüglich des Phänomens der geistigen Behinderung vehement widerspricht.

Häßler (2011, 94) versucht in diesem Kontext eine Differenzierung, wenn er vom Schwachsinn als „Eingangsmerkmal" (ebd.) für die Voraussetzung einer verminderten oder gar aufgehobenen Einsichts- und/oder Schuldfähigkeit spricht (vgl. ebd.). „Davon abgegrenzt werden muss eine intellektuelle **Minderbegabung** [Hervorheb. im Original; e.w.] als ein kriminelle Verhaltensstile begünstigender Faktor" (ebd.).

In Bezug auf die forensische Praxis merkt Häßler (a.a.O.) weitergehend an, dass die Bestimmung des IQ ergänzt werden müsse durch „weitere Aspekte des Bindungsgefüges (…), in dessen Rahmen es zu den Straftaten Schwachsinniger kommt" (ebd., 95). Er nennt in diesem Zusammenhang folgende Punkte:

- „die Verflechtung mit oft psychosozialen Risiken (Bindungsstörung, dissoziales Herkunftsmilieu, Gewalterfahrungen),
- die Ausprägung von Verhaltensstörungen, insbesondere von asozialen und aggressiven Zügen,
- das Ausmaß der unzureichenden sozialen Anpassung und
- Alkoholismus, wobei Tatmotive der normalen Gewaltkriminalität ähnlich sind" (ebd.).

Trotz des auch hier auftauchenden problematischen Vokabulars, an das sich der Autor mangels Alternativen halten muss, wird eine differenziertere Sichtweise in Bezug auf das Merkmal des so genannten Schwachsinns deutlich.

Das letzte, oben bereits erwähnte Merkmal, das der § 20 StGB im Kontext der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit

nennt, ist die schwere andere seelische Abartigkeit. Hierunter sind schwere, fortgeschrittenen Formen von Persönlichkeitsstörungen, sexuellen Devianzen (Paraphilien, Perversionen) oder Abhängigkeitserkrankungen zu verstehen. So problematisch diese Formen sind, so problematisch bleibt ihre Bezeichnung als schwere seelische Abartigkeit. Kammeier (2010, Rn. A 40) akzentuiert dies, indem er anmerkt, dass „an der Wahl dieses Begriffsungetüms deutliche Kritik geübt" (ebd.) wurde und dass „dieser aus der wehrmachtsärztlichen Untersuchung stammende und nationalsozialistisch belastete Terminus durch seine Anklänge an Verfall, Degeneration und Minderwertigkeit die Ausgrenzung aus der beherrschenden Sicht der Benutzer fortsetzt" (ebd.).

Diese Kritik scheint aber insbesondere in Bezug auf die Belange von Menschen mit einer geistigen Behinderung, die Straftaten begehen, ungehört geblieben zu sein. Denn was in § 20 StGB auch geschieht, ist eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs auf ‚Schwachsinnige'. Da dieses Merkmal im Sinne einer krankhaften Kategorie betrachtet wird, wird in Folge auch die Behandlung dieses Personenkreises zur Frage der Behandlung eines krankhaften Zustandes. Es ist demnach Häßler (2011, 97) zuzustimmen, wenn er kritisch anmerkt, dass sich „Schwachsinn als ‚Nicht-Krankheit' und Schwachsinn aufgrund genetischer, frühkindlicher und dementieller Ursachen nicht bessern" (ebd.) ließen.

Der § 21 StGB regelt die Anwendung der verminderten Schuldfähigkeit und bezieht sich ausdrücklich auf die in § 20 genannten Kriterien. Er sei im Folgenden genannt:

§ 21 StGB Verminderte Schuldfähigkeit

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

Die bereits mehrfach erwähnten Maßregeln der Besserung und Sicherung, die das Strafgesetzbuch vorsieht, werden in § 61 StGB übersichtsartig genannt:

§ 61 StGB Übersicht

Maßregeln der Besserung und Sicherung sind

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

Im Kontext des hier Diskutierten sei der Fokus auf den ersten Punkt, der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, gelenkt. In § 63 des Strafgesetzbuches heißt er hierzu:

§ 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

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

Als Voraussetzungen für die Anwendung dieses Paragraphen können demnach zusammenfassend genannt werden:

- Zunächst das Begehen einer Straftat;
- die juristische Anerkennung von Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder erheblich verminderter Schuldfähigkeit (§ 21 StGB);
- die Diagnose einer länger andauernden psychischen Störung[1];
- das Beschreiben eines Zusammenhangs zwischen der Störung und der Straftat;
- die gutachterlich beschriebene Wahrscheinlichkeit zur Begehung weiterer erheblicher Straftaten aufgrund der festgestellten Störung;

[1] Hierunter fallen wie beschrieben bspw. chronische organische Psychosen und hirnorganische Psychosyndrome, endogenen Psychosen, die sog. intellektuelle Minderbegabung, Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Deviationen, Paraphilien, Perversionen.

- eine antizipierte Gefährdung der Allgemeinheit und
- die Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit der Unterbringung zur begangenen Straftat.

Letztlich sei in Bezug auf die strafrechtlichen Grundlagen noch der § 67d des Strafgesetzbuches genannt, der die Dauer der Unterbringung regelt:

§ 67d StGB Dauer der Unterbringung

(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(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. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

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

(4) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird.

In Bezug auf Absatz 2 merkt Eusterschulte (2010, 4) an:

> „§ 67d StGB setzt also eine günstige Täterprognose voraus. Dies setzt zwar keine sichere Gewähr für deliktfreies Verhalten voraus; ausreichend ist vielmehr eine durch Tatsachen begründete Wahrscheinlichkeit, die höher einzuschätzen ist als die Möglichkeit neuer rechtswidriger Taten. Das trifft nicht schon zu, wenn das Risiko der Entlassung verantwortbar ist, sondern erst, wenn die Wahrscheinlichkeit künftig deliktfreien Verhaltens überwiegt. Es bleibt bei dem Erfordernis umfassender Abwägung aller für die Prognose maßgebenden Gesichtspunkte. Der Grundsatz *in dubio pro reo* gilt für das Prognoseurteil nicht“ (ebd.).

Als Grundlagen für die Entscheidung über die Fortdauer einer Unterbringung nennt sie sodann:

- „Jährliche Stellungnahme der Klinik zum Behandlungsverlauf und zur Legalprognose;
- jährliche Anhörung durch den Richter;
- 5-jährig externes Prognosegutachten“ (ebd.).

Einige der hier genannten Aspekte, insbesondere die unter Absatz 2 genannte Möglichkeit der Bewährung und das Einsetzen einer so genannten Führungsaufsicht, werden weiter unten diskutiert, wenn es um Beurlaubungen, Langzeitbeurlaubung und generell um damit verbundene Fragen der so genannten Nachsorge geht (siehe Punkt 5.4).

Ein wichtiger juristischer Aspekt soll an dieser Stelle noch angesprochen werden: Im Strafvollzugsgesetz (StVollzG) findet sich ein für die Ausgestaltung der Unterbringung in einem psychiatrische Krankenhaus wesentlicher Paragraph. In § 136 StVollzG ist geregelt, dass sich die Behandlung der in psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachten Menschen nach ärztlichen Gesichtspunkten zu richten habe.

§ 136 StVollzG Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich, soll er geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil.

Dies hat weitgehende Folgen für die dort stattfindenden (therapeutischen) Interventionen, die dort arbeitenden Professionsgruppen und den Stellenwert anderer, beispielsweise heilpädagogischer Gesichtspunkte. Dieser Aspekt wird unter Punkt 5.3 bzw. 6.6 wieder aufgegriffen werden.

3.3 Aktuelle Situation in Deutschland

Folgende Übersicht des Statistischen Bundesamtes zeigt noch einmal sehr deutlich, wie sich die Entwicklung der so genannten Fallzahlen im Maßregelvollzug darstellt[2]. Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass unten stehende Tabelle nicht nach verschiedenen Patientengruppen unterscheidet und sich somit keine verlässlichen Zahlen in Bezug auf den Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung unter den in einem psychiatrischen Krankenhaus Untergebrachten ablesen lassen.

Jahr	Anzahl der in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachten (§ 63 StGB)
1970	4 222
1975	3 494
1980	2 593
1985	2 472
1990	2 489
1995	2 902
1996	2 956
1997	3 216
1998	3 539
1999	3 838
2000	4 098
2001	4 297
2002	4 462
2003	5 118
2004	5 390
2005	5 640
2006	5 917
2007	6 061
2008	6 287
2009	6 440
2010	6 569
2011	*6 620*

Quelle: Statistisches Bundesamt: Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug); 2010/2011 (Stand: 31.10.2011); Seite 8.

Kestel (2010) zählt in seiner Studie im Jahr 2004 in 29 forensischen Kliniken 396 Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. ebd., 69).

„Dies sind 7,34% im Vergleich zu der Gesamtzahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten, die das Statistische Bundesamt für das Jahr 2004 (5.390) ermittelt hat“ (ebd.). Da 28 forensische Psychiatrien auf seinen Fragebogen nicht geantwortet haben und in der Zwischenzeit die Untergebrachtenzahlen nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes stetig steigen (s.o., für das Jahr 2011: 6.620 Personen!), kann angenommen werden, dass die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung innerhalb des Maßregelvollzuges deutlich höher liegen dürfte.

[2] Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die Ergebnisse auf das frühere Bundesgebiet einschließlich Berlin-West, seit 1995 einschl. Gesamt-Berlin. Flächendeckende Angaben für die neuen Länder liegen nicht vor. Eine Ausnahme bildet Mecklenburg-Vorpommern, diese Zahlen sind hier allerdings nicht wieder gegeben.

4. Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug

4.1 Delikte

Unter Punkt 2.3 wurde die Frage nach Delikten im Kontext von Straftaten von Menschen mit geistiger Behinderung bereits zum Gegenstand einiger grundlegender Überlegungen gemacht. Es zeichnen sich in verschiedenen Untersuchungen und Erfahrungswerten einige Delikte als häufiger vorkommend aus. Genannt werden hier immer wieder Sexualdelikte, verschiedene Formen der Körperverletzung und Brandstiftung – eine Tendenz, die beispielsweise auch Pilz (2010) für den hessischen Maßregelvollzug nennt, sich aber auch bei Dimmek (2002, 104) finden: Bei einer Population von 115 Patienten lagen die Häufigkeiten bei Sexualdelikten (31%), Körperverletzung (29%), sexuellem Kindesmissbrauch (25%) und Brandstiftung (17%) (vgl. ebd.). Diese Zahlen beinhalten jedoch Mehrfachnennungen, da viele der 115 Patienten mehrere Delikte zugleich verübten (vgl. ebd.). In Bezug auf das in der Öffentlichkeit als besonders sensibel wahrgenommene Thema der Sexualdelikte merkt Dimmek (a.a.O.) jedoch an:

> „Vordergründig könnten diese Zahlen zu der Annahme verleiten, dass Sexualdelikte bei Patienten mit Intelligenzminderung besonders häufig anzutreffen sind. Dass dies nicht der Fall ist, zeigt ein kurzer Vergleich mit den Patienten, die am Stichtag in den Kliniken des LWL untergebracht waren und bei denen eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung ohne Intelligenzminderung diagnostiziert wurde: Hierbei handelt es sich um insgesamt 180 Patienten. In dieser Gruppe finden sich 99 Patienten mit Sexualdelikten, ein Anteil also, der mit knapp 55% merklich höher ist als unter intelligenzgeminderten Patienten“ (Dimmek 2002, 105).

Diese Einschätzung wurde unter Punkt 2.3 bereits von Häßler (2011, 94) geteilt. Das soll wiederum nicht bedeuten, dass dieser Sachverhalt keiner besonderen Beachtung bedürfe. Einige der im Kontext der Erstellung dieser Expertise befragten Fachleute nehmen das Thema der Sexualdelikte aus der eigenen Praxis anders wahr: So Spricht Knapheide (2011) von 70 bis 80% der von ihm derzeit betreuten Patienten als Patienten mit Sexualdelikten (vgl. Knapheide 2011, mdl. Mitt.).

Hoehner (2011) differenziert diese Problematik in Bezug auf ca. 120 bis 130 Personen mit einer Intelligenzminderung im Maßregelvollzug im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) wie folgt:

> „Wir haben insbesondere im Bereich der sexuellen Auffälligkeiten bestimmt so viel sexuell Auffällige in den nicht forensischen Bereichen, in den Heilpädagogischen Einrichtungen, wie wir sie im Maßregelvollzug haben. Manchmal ist es Zufall, eine Anzeige aus der Nachbarschaft (…). Natürlich haben wir Menschen mit Intelligenzminderung, die ganz erhebliche Straftaten begangen haben, also im Bereich der Sexualdelinquenz, Mord und Totschlag, (…). Aber das ist eher eine Minderheit. Der Prototyp ist der Entwicklungsgestörte, immer scheue, immer unsichere, immer ängstliche, pädophile Intelligenzgeminderte.
>
> Also von den 120-130 sind ungefähr 65%-70% auch sexualdelinquent. Die anderen sind die kleine Gruppe von Brandstiftern. Dann gibt es auch (…) Körperverletzung“ (vgl. Hoehner 2011, mdl. Mitt.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass gerade der Bereich der Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung immer noch ein tabuisierter Bereich ist, der, bei anhaltender Nichtbeachtung, sexuelle Gewalt begünstigen kann. Dies gilt es insbesondere bezüglich präventiver Überlegungen sehr zu beachten (vgl. Punkt 6.7).

4.2 Verweildauer

Das Thema der Verweildauer von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug ist sicherlich Anlass zu vertiefter Diskussion. Generelle Einschätzungen gehen in die Richtung, dass die Verweildauer von Menschen mit geistiger Behinderung fast doppelt so hoch wie

bei anderen Patientengruppen im Maßregelvollzug (vgl. Pilz 2010). Pilz (a.a.O.) nennt beispielsweise in Bezug auf den hessischen Maßregelvollzug die Tendenz, dass der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung bei kurzen Verweildauern (unter 2 Jahren) deutlich niedriger liegt, als bei nicht geistig behinderten Patienten. Im Zeitraum von zwei bis sechs Jahren ist die Verweildauer im Vergleich zu nicht geistig behinderten Personen annähernd gleich, in einem Zeitraum über sechs Jahren Verweildauer ist der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung allerdings dann fast doppelt so hoch (vgl. ebd.).

So stellt auch Dimmek (2002) fest:

> „Intelligenzgeminderte Patienten stelle eine Gruppe dar, die durch sehr lange Unterbringungsdauern auffällt" (ebd., 107).

Er nennt einen durchschnittlichen Wert aus dem Erfahrungsbereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe von durchschnittlich 6,5 Jahren (vgl. ebd.). Dies deutet alles darauf hin, dass das Thema der hohen Verweildauern von Menschen mit geistiger Behinderung Handlungsbedarf evoziert. Zunächst wäre nach Gründen für diese langen Zeiträume zu fragen. Hier stehen sich zwei unterschiedliche Auffassungen gegenüber: Zum einen scheint es in Bezug auf die ‚Besserung' durch die Maßregel Unschärfen zu geben, wie dies in Bezug auf die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung ausgestaltet sein muss. Dies steht in direkter Verbindung zur Wirksamkeit therapeutischer Konzepte. Es darf vorsichtig behauptet werden, dass bei einem Nicht-Vorhandensein von speziell auf diese Personengruppe ausgerichteten Instrumenten bzw. Konzeptionen, Aspekte wie Kooperationsbereitschaft, Therapie oder Aufgeschlossenheit Menschen mit geistiger Behinderung im therapeutischen Prozess überfordern können.

Zum anderen führt das vielerorts nicht vorhandene „Übergangsmanagement" von einer Unterbringung im Maßregelvollzug hin zu Organisationsformen, die für eine erfolgreiche Bewährung und Langzeitbeurlaubung wichtig wären, zu den oben genannten hohen Verweildauern.

Häßler (2011) geht sogar so weit, von Fehlplatzierungen zu sprechen:

> „Andererseits könnte alternativ zum stigmatisierenden und häufig unverhältnismäßigen Maßregelvollzug ein Großteil der fehlplatzierten Patienten in weniger gesicherten Einrichtungen, d.h. außerhalb des Maßregelvollzugs untergebracht und behandelt werden. Auf die für die Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung spezialisierten Einrichtungen, die optional auch freiheitsentziehende Maßnahmen realisieren können, käme eine große Aufgabe zu" (ebd., 99).

Es gibt zumindest einzelne beobachtbare Bemühungen, diesen Weg zu beschreiten, wie es beispielsweise eine Initiative der in der rheinischen Landschaftsversammlung vertretenen Parteien SPD, Grüne und FDP vorsieht. Im Sozialausschuss des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) ist Ende des Jahres 2011 ein Antrag eingebracht worden, der das Problem der hohen Verweildauern angehen möchte (vgl. Vorlage Nr. 13/160 vom 13.12.2011). Dort heißt es:

> „Die Verwaltung wird aufgefordert, die besonderen Anforderungen an die Nachsorge bei den Patientengruppen im Maßregelvollzug zu beschreiben, bei denen sich eine Entlassung schwierig gestaltet" (URL: https://dom.lvr.de/lvis%5Clvr_rechercheWWW.nsf/WEB51AlleDaten/FB027CA1BC4587C7C1257976002F2519?OpenDocument&grem=Sozialausschuss&date=17.01.2012&form=WEB51AnsichtAlleDaten) (Abruf am 08.02.2012).

Weiter wird ausgeführt:

> „Die forensischen Fachambulanzen beschreiben (…) strukturelle Hindernisse bei bestimmten Patientengruppen, die eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug erschweren. **Vorrangig ist hier an die Gruppe der geistig behinderten Menschen oder der Persönlichkeitsgestörten zu denken** [Hervorheb. e.w.]. Die bestehenden Angebote der Träger der freien Wohlfahrtspflege in ihren Heimen oder im Rahmen des betreuten Wohnens werden zum Teil den Anforderungen, die manche Patientinnen und Patienten an eine Betreuung außerhalb des stationären Maßregelvollzugs stellen, nicht gerecht.
>
> Langfristig gilt es zusammen mit den Anbietern der Freien Wohlfahrtspflege entsprechende Angebote konzeptionell zu entwickeln und deren Finanzierung abzusichern" (ebd.).

Es bleibt abzuwarten, ob dies zu einer breiteren Diskussion führt, die Initiative ist aber in jedem Fall begrüßenswert.

4.3 Therapeutische Zugänge

Auf dem Gebiet der (psycho-)therapeutischen Ansätze in Bezug auf Problemlagen von Menschen mit geistigen Behinderungen, ist in den letzten Jahrzehnten eine rasante Entwicklung zu beobachten. Waren es zunächst eher erste Annäherungen an das Thema (vgl. bspw. Görres & Hansen 1991), gab es in den Folgejahren, insbesondere im heilpädagogischen Kontext, eine breitere Öffnung für das Thema (vgl. hier Hennicke & Rotthaus 1993). Eine Ausweitung der Diskussion auf psychotherapeutische Ansätze aus dem Ausland (vgl. Sinason 2000) ist zwar zu erkennen, nicht aber eine systematische Rezeption von Ansätzen, die beispielsweise aus dem englischsprachigen Raum kamen und kommen (vgl. aktuell Taylor et al. 2012).

Dennoch ist auch im deutschsprachigen Raum erkennbar, dass therapeutische Ansätze weiter ausgearbeitet werden (vgl. Hennicke 2011, aber auch Lingg & Theunissen 2008) und diese Ansätze finden auch in Bezug auf das hier im Mittelpunkt stehende Thema der therapeutischen Behandlung im Maßregelvollzug Berücksichtigung, wie weiter unten noch aufgezeigt wird.

Es ist jedoch in Bezug auf das Thema der therapeutischen Ansätze im Kontext des Maßregelvollzugs festzustellen, dass, bedingt durch das Primat der ärztlichen Gesichtspunkte bei der Behandlung (vgl. § 136 StVollzG), psychiatrisch-therapeutische Ansätze im Vordergrund stehen, wenngleich die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Fachgespräche erkennen ließen, dass auch heilpädagogische Ansätze in diesem Feld Berücksichtigung finden, alleine schon bedingt durch die Tatsache, dass Heilpädagoginnen und Heilpädagogen in diesen Feldern als Berufsgruppen auftauchen.

Auf diesen Sachverhalt kann hier nur hingewiesen werden und dies soll im Kontext der Handlungsempfehlungen wieder aufgegriffen werden, denn hieraus ergibt sich ein nicht unerheblicher Handlungsbedarf sowohl in den Handlungsfeldern in der Praxis, als auch seitens notwendiger Forschung. In den Praxisfeldern kann bereits eine Annäherung psychiatrischer und heilpädagogischer Ansätze festgestellt werden, jedoch ist dies in der einschlägigen Fachliteratur bisher kaum zu erkennen, was u.E. mit einem erheblichen Mangel an Forschung auf diesem Gebiet zu tun hat.

Moonen (2011) weist zudem darauf hin, dass insbesondere in Bezug auf therapeutische Interventionen, evidenzbasierte Therapien fehlen (vgl. Moonen 2011, mdl. Mitt.). In den Niederlanden gibt es diesbezüglich bereits einige Veröffentlichungen [vgl. Kaal 2011 und Landelijk Kennis Centrum LVG (o.J.)], die aber bislang nicht ins Deutsche übersetzt sind.

Mit Došen (2010, 91) kann bezüglich eines therapeutischen Ansatzes bei Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensproblemen bzw. psychischen Störungen von einer Interventionsstrategie gesprochen werden, die er „integrative Behandlung“ (ebd.) nennt:

> „Integrative Behandlung der Störung meint ein therapeutisches Konzept, mit dem ein Störungsbild behandelt werden soll. Die Methoden der integrativen Behandlung bestimmen sich überwiegend aus dem Wissen um die Entstehung der Störung. Meist werden mehrere Behandlungsmethoden angewendet. Das Ziel der integrativen Behandlung ist, die Störung zu beseitigen. Letztlich sollen die psychische Gesundheit und die bestmögliche Lebensqualität erreicht werden“ (ebd.).

In folgender Abbildung ist der sog. „integrative Behandlungsansatz“ dargestellt:

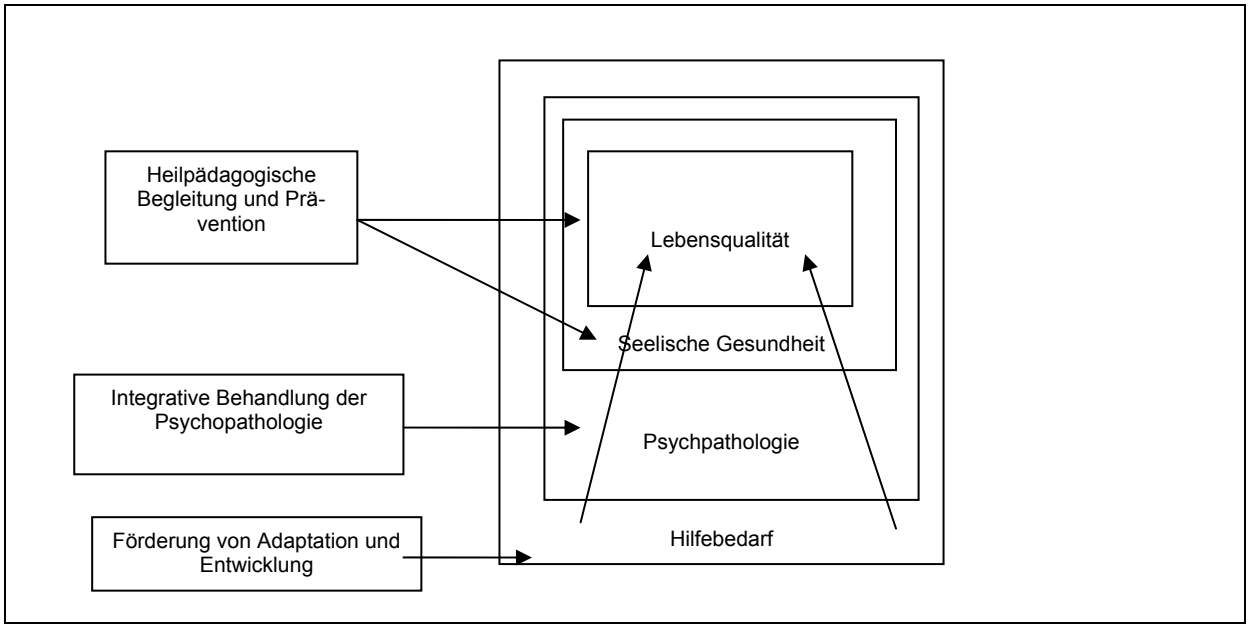

Abb. 1: Integrative Behandlung (vgl. Došen 2010, 92)

Voss (o.J.) nennt folgende gängige „Behandlungsstrategien“ bei Menschen mit einer geistigen Behinderung im Maßregelvollzug:

- Verbesserung sozialer Kompetenzen;
- Förderung der Integration sozialer Normen;
- Deliktbearbeitung;
- Defizite der Bildung und Arbeitsfähigkeit verbessern.

Als „Grundsätze der Behandlung“ nennt sie weiter (vgl. ebd.):

- Einfache, überschaubare Strukturen;
- häufige Wiederholungen;
- realistische Teilziele;
- nonverbale Methoden einsetzen;
- sozio- und milieutherapeutisches Setting.

Zur Differenzierung der Aspekte *Verbesserung sozialer Kompetenzen*, *Deliktbearbeitung* und dem Bereich *Bildung und Arbeit* werden die von der Autorin genannten Punkte hier in einer Tabelle wieder gegeben:

Verbesserung sozialer Kompetenzen:
• Kochen, waschen, putzen, mit Geld umgehen lernen
• Gruppentraining in abgewandelter Form mit Rollenspielen
• Umgang mit Behörden begleiten
• Alltagssituationen real üben
Deliktbearbeitung:
• Verhaltenstherapeutische und nonverbale Methoden
• Gruppenbehandlung für Sexualstraftäter und Patienten mit Impulskontrollstörungen
• Verbesserung tatverwandter Faktoren mindert das Rückfallrisiko
Bildung und Arbeit:
• Schulische Förderung in Abstimmung mit den Behandlungszielen
• Arbeitstherapie zur Re-Integration in beschützte Arbeitsplätze
• Beschäftigungstherapie, Kreativtherapie und Sporttherapie

Abb. 2: Behandlungsstrategien, in Anlehnung an Voss (o.J.).

Ohne die in der Tabelle genannten Einzelaspekte an dieser Stelle zu vertiefen, sei auf das sog. „soziomoralische Entwicklungsmodell“, basierend auf dem Konzept der „Psychologie der Moralentwicklung“ (Kohlberg 1996) und dem Aspekt der sog. Perspektivübernahme (vgl. Selman 1984), hingewiesen, da es im Kontext therapeutischer Interventionen im Maßregelvollzug eine Bedeutung erlangt hat (vgl. u.a. Knapheide 2002).

Die Erkenntnis, dass Menschen mit geistiger Behinderung zwar die gleichen Entwicklungsstufen durchlaufen, wie Menschen ohne eine geistige Behinderung, dies aber deutlich langsamer geschieht, hat sich inzwischen durchgesetzt. In Bezug auf die sozio-moralische Entwicklung, geht das soziomoralische Entwicklungsmodell davon aus, dass diese langsamer verlaufe als die der kognitiven Entwicklung. In Bezug auf das für erfolgreiche therapeutische Interventionen so wichtige Feld der Perspektivenübernahme, wird mit Selman (1984) angenommen, Perspektivübername sei die Fähigkeit eines Individuums, sich in soziale Situationen anderer Menschen hineinversetzen zu können. Dies scheint bei Menschen mit geistiger Behinderung, die straffällig geworden sind, ein zentrales Problemfeld zu sein. Knapheide vertritt hier die Auffassung, dass nicht die sog. Intelligenzminderung für ein Delikt ausschlaggebend sei, sondern die Entwicklungsverzögerung im sozio-moralischen Bereich (vgl. Knapheide 2011, mdl. Mitt.).

Der Begriff „soziomoralisches Entwicklungsniveau“ beschreibt die Fähigkeit zur Gewichtung moralischer Argumente. Das bedeutet, dass die Aspekte, die der Regelung sozialer Kontakte dienen, als moralisch bezeichnet werden.

Hierbei geht es um übergeordnete Regeln, die als Maßstab für einen hierarchischen Normenaufbau dienen können, der Voraussetzung zur Wertung und Beurteilung moralischer Konflikte ist. Hierbei spielen die Aspekte der wechselseitigen Rollenübernahme und des Perspektivenwechsels eine zentrale Rolle.

Bei Selman (1984) werden vier bzw. fünf Stufen der sozialen Entwicklung beschrieben:

- Stufe 0: undifferenzierte und egozentrische Perspektivübernahme;
- Stufe 1: differenzierte und subjektive Perspektivübernahme;
- Stufe 2: selbstreflexive/zweite Person- und reziproke Perspektivübernahme;
- Stufe 3: dritte Person- und gegenseitige Perspektivübernahme;
- Stufe 4: tiefenpsychologische und gesellschaftlich-symbolische Perspektivübernahme.

Bei Kohlberg (1996) werden ebenfalls Stufen beschrieben, hier in Bezug auf die moralische Entwicklung. Die folgende tabellarische Übersicht versucht dies wiederzugeben:

Niveau/Stufe	Verhalten
Niveau I	Prämoralische Phase
Stufe 1	Orientierung an Strafe und Gehorsam
Stufe 2	Naiver instrumenteller Hedonismus
Niveau II	Moral der konventionellen Rollenkonformität
Stufe 3	Moral des guten Kindes, das gute Beziehungen aufrecht erhält und die Anerkennung der anderen sucht
Stufe 4	Moral der Aufrechterhaltung der Autorität
Niveau III	Moral der selbstakzeptierten moralischen Prinzipien
Stufe 5	Moral des Vertrages, der individuellen Rechte und des demokratisch anerkannten Gesetzes bzw. Rechtsystems
Stufe 6	Moral der individuellen Gewissensprinzipien

Abb.3: Stufen der moralischen Entwicklung nach Kohlberg (in Anlehnung an Voss o.J.)

In Knapheides Auseinandersetzung mit diesen Modellen (vgl. Knapheide 2002) spielen in Bezug auf das Kohlberg’sche Modell lediglich die Stufen 0 bis 2 (die sog. präkonventionellen Stufen) und Stufe 3 eine Rolle, die Stufen 4 bis 6 werden von ihm nicht beschrieben, da sie „im

Kontext dieser Arbeit ohne Bedeutung“ (ebd., 128) seien.

Bezüglich Stufe 0 hält er fest:

> „Moralische Argumente dienen der Rechtfertigung eigener Bedürfnisse. Eine Wertehierarchie ist nicht vorhanden. Höherwertig ist das Argument, das zur Rechtfertigung eigenen Verhaltens situativ besser geeignet erscheint“ (vgl. ebd.).

Zu Stufe 1 merkt er an:

> „Externe Wertehierarchien werden übernommen. In der Argumentation ist keinerlei Flexibilität erkennbar. Alle sollen das gleiche bekommen. Konflikte zwischen gleichwertigen Normen werden bedürfnisorientiert gelöst“ (ebd.).

Zu Stufe 2 heißt es:

> „Die Handhabung der externen Wertehierarchie wird insofern flexibler, als die individuellen Bedürfnisse, Möglichkeiten und Befindlichkeiten berücksichtigt werden. Jeder soll das ihm zustehende bekommen. Konflikte zwischen gleichwertigen Normen werden so gelöst, dass auf einer sehr konkreten Ebene eine ‚gerechte‘ Lösung gesucht wird“ (ebd.).

Zu Stufe 3 letztlich merkt er an:

> „Die Wertehierarchie wird im Gruppenverband vereinbart. Der Nutzen für die Gruppe ist im Konfliktfall der Maßstab, der die jeweilige Wertigkeit der einzelnen Norm festlegt. Es gilt die ‚Goldene Regel‘ (‚Gehe so mit dem Anderen um, wie Du möchtest, dass er mit Dir umgeht!‘). Ziel ist es, ein ‚guter‘ Mann, Freund, Patient etc. zu sein“ (ebd.).

Das sechsstufige Modell nach Kohlberg wird als entscheidendes Kriterium für strafrechtliche Verantwortlichkeit genutzt. Dies meint den oben beschriebenen Übergang von der präkonventionellen Entwicklungsstufe, zu einer konventionellen, d.h. zu der Einschätzung, dass gemeinsame Interessen Vorrang vor individuellen Interessen haben.

Problematisch erscheint im Gesamtkontext dieses Modells, dass hier eine Orientierung an Entwicklungsstufen sozialer und moralischer Art von Kindern und Jugendlichen stattfindet:

Knapheide (a.a.O.) merkt dazu an:

> „Die üblichen Stufenbeschreibungen der Kompetenzen sind, wenn die Modelle auf Erwachsene angewandt werden, nicht differenziert genug. Durch langjähriges Training einer Perspektivübernahme auf konkretem Niveau lässt sich z.B. eine Kompetenz auf dieser Stufe entwickeln, die beachtlich ist (…). Es erscheint fragwürdig, Erwachsene und Kinder, die sich auf dieser Stufe bewegen, gleichzusetzen“ (ebd., 129).

Insgesamt geht es darum, das Verdikt einer „nicht Therapierbarkeit“ für den Personenkreis der Menschen mit einer geistigen Behinderung zu überwinden und Voraussetzungen für die Aufnahme einer Therapie zu schaffen. Die gezielte Förderung sozio-moralischer Kompetenzen scheint hier eine erfolgreiche Methode zu sein, die am Anfang eines solchen Therapieweges steht:

> „Die Fähigkeit zur Perspektivübernahme muss soweit entwickelt werden, dass der Patient in der Lage ist, verschiedene konkrete Perspektiven gleichzeitig zu übernehmen. Er muss dazu fähig sein, in einer Gruppe im Wechsel alle Teilnehmerperspektiven einzunehmen und aufeinander zu beziehen (ebd., 132).

Das Stufenmodell mag in Teilen defizitorientiert anmuten und es ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil der Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug zunächst auf der sog. „Stufe 0“ eingeschätzt wird. Jedoch lässt eine Arbeit mit diesem Modell im Sinne einer gezielten Förderung sozio-moralischer Kompetenzen erkennen, dass zunächst mit Hilfe von pädagogischen Ansätzen eine Weiterentwicklung zu den Stufen 1 bzw. 2 möglich ist, was dann als Voraussetzung für eine reflexive Therapie gelten kann (vgl. Knapheide 2011, mündl. Mitt.).

Ein weiteres therapeutisches Konzept, welches sich ebenfalls an das von Knapheide weiter entwickelte sozio-moralische Modell anlehnt, dieses aber an noch aufzuzeigenden Stellen modifiziert, sei hier noch kurz erwähnt, da es zu den wenigen dem Autor bekannten Konzepten, die innerhalb des Maßregelvollzugs ausgearbeitet vorliegen, gehört. Gemeint ist das Konzept in Anlehnung an das Rahmenkonzept „Brückenprojekt 1“ der Abteilung für forensische Psychiatrie IV der Abteilung für Maßregelvollzugspatienten mit mentaler Beeinträchtigung der LVR-Klinik Bedburg-Hau (vgl. Landschaftsverband Rheinland 2009).

Hier heißt es:

„Der Unterschied zum Konzept der soziomoralischen Entwicklung ist die besondere Akzentsetzung auf die emotionale Entwicklung und die psychodynamische Fundierung, insbesondere die zentrale Bedeutung des Mentalisierungskonzeptes“ (Landschaftsverband Rheinland 2009, 28).

Die Autoren des Konzeptes sprechen von 5 Entwicklungsstadien (bezeichnet als Entwicklungsniveau E 0 bis E 4; vgl. ebd., 28ff.) und analog von 5 Behandlungsphasen (bezeichnet als P 0 bis P 4; vgl. ebd., 32ff.).

Die Entwicklungsstufen werden wie folgt benannt:

„Entwicklungsstufen:
E 0 : Präintentionales Entwicklungsniveau
E 1 : Intentionales Entwicklungsniveau
E 2 : Repräsentationales Entwicklungsniveau
E 3 : Autobiographisches Selbst
E 4 : Mentalisierte Affektivität“ (vgl. ebd., 31).

Das Modell kann hier nur skizziert werden, die Entwicklungsstufen sollen an dieser Stelle aber dennoch etwas breiter wiedergegeben werden, um sich einen Eindruck von der Komplexität und Tiefendimension dieses Ansatzes zu machen:

Zum Entwicklungsniveau E 0 heißt es in dem Papier:

„Es handelt sich hierbei um das präintentionale Entwicklungsniveau. Im präintentionalen Stadium des Selbst als teleologischen Akteur werden Handlungen im Sinne der physikalischen Welt verstanden. Es besteht die Fähigkeit, diejenigen Mittel in der Handlung einzusetzen, die auf wirksame Weise zum Ziel führen. Eine psychische Repräsentanz für die Handlungen ist kaum entwickelt. Auf dem teleologischen Entwicklungsniveau kann es z. B. zu Gewalthandlungen und Sexualdelikten kommen. Vorangehende mentale Zustände, wie z. B. die Absicht die delinquente Handlung auszuführen, sind nicht bewusst. Es handelt sich um eine zielgerichtete Handlung zur unmittelbaren Triebbefriedung ohne vorangehendes intentionales Korrelat. Patienten auf dem Entwicklungsniveau E 0 befinden sich zunächst in der ersten Behandlungsphase der Kennenlerngruppe. Hier bestehen keine Vollzugslockerungen“ (vgl. Landschaftsverband Rheinland 2009, 28).

Zum Entwicklungsniveau E 1 wird ausgeführt:

„Stadium des intentionalen Akteurs: Handlungen werden durch voran gegangene mentale Zustände wie z. B. Wünsche verursacht. Menschen auf dem intentionalen Entwicklungsniveau verstehen, dass ihre Handlungen eine mentale Urheberschaft haben, aber auch körperliche und mentale Folgen bei anderen Personen verursachen können. Sie stützen ihre Entscheidungen auf ihre eigene Intention und sind nicht in der Lage, die Intentionen bzw. die Perspektiven anderer Personen zu berücksichtigen. Im intentionalen Stadium kann die Teilnahme an der heilpädagogischen Fördergruppe erfolgen“ (vgl. ebd., 29).

Zum Entwicklungsniveau E 2:

„Stadium des repräsentationalen Akteurs: Die intentionalen mentalen Zustände, die Wünsche und Überzeugungen sind jetzt ihrem Wesen nach repräsentational. Neben den eigenen Absichten, Wünschen und Überzeugungen werden auch den anderen Menschen entsprechende mentale Zustände zugeschrieben. Es entwickelt sich dabei die Basis für eine beginnende Möglichkeit der Übernahme der Perspektive anderer. Auf dem Entwicklungsniveau E 2 ist die Teilnahme an der Therapiegruppe möglich“ (ebd.).

Das Entwicklungsniveau E 3:beinhaltet folgende Aspekte:

„Stadium des autobiographischen Selbst: Die intentionalen Repräsentationen können jetzt in eine kohärente Organisation von Kausalität und Zeit eingebunden werden, was zum Aufbau eines eigentlichen Selbst führt. Abstrakte Perspektiven können jetzt formuliert werden. Auch ist die Perspektivenübernahme möglich. Beziehungen können aus einer Dritte-Person-Perspektive betrachtet werden. Im Stadium E 3 sind wesentliche Lockerungsmaßnahmen möglich. Auch kann die Übernahme in die Leistungsgruppe erfolgen und bei stabilisierter Selbstorganisation auch die Einleitung der Erprobungsphase“ (ebd.).

Letztlich heißt es zum Entwicklungsniveau E 4:

„Stadium der mentalisierten Affektivität: Es handelt sich um die am weitesten entwickelte Form der Mentalisierung, die nur in Einzelfällen bei mental beeinträchtigten Menschen erreichbar ist. Hier besteht die Fähigkeit, nicht nur grundsätzlich über seine Affekte nachdenken zu können, sondern dies auch unmittelbar in dem Augenblick zu leisten, in dem die Affek-

te erlebt werden. Im Stadium der mentalisierten Affektivität besteht eine ausgeprägte Desaktualisierungsfähigkeit delinquenter Handlungsentwürfe und die Wahrscheinlichkeit von delinquenten Handlungen ist sehr gering. Die mentalisierte Affektivität stellt auch einen protektiven Faktor bei der Verarbeitung von Traumatisierungen dar“ (ebd. 29f.).

Die Ergänzung zum Modell von Knapheide bestehen nun darin, dass

„…die Entwicklungsstufen E 0 bis E 3 jeweils auch die von Knapheide in der soziomoralischen Entwicklung für die Stufen 0 bis 3 aufgeführten Beschreibungen [beinhalten]. Ergänzt werden sie durch die 5. Stufe E 4 und durch das im Mentalisierungskonzept beschriebene jeweilige emotionale Entwicklungsniveau wie auch durch den wertethisch-phänomenologischen Entwicklungszustand“ (ebd., 31).

Die Phasen der Behandlung sind dann schließlich die folgend genannten, die sich aus den oben skizzierten Entwicklungsstufen und -dimensionen ergeben:

„**P 0: Diagnostikphase:**	(„Kennenlernen“)
P 1: Förderphase:	P 1 a : Fördergruppe zwecks Therapievorbereitung
	P 1 b : Fördergruppe mit lebensweltlicher Orientierung (es handelt sich um Bewohner, deren Entwicklungsniveau nicht über E 1 hinaus entwickelt werden kann)
P 2: Therapiephase:	Voraussetzung ist ein Entwicklungsniveau von mindestens E 2
P 3: Leistungs- und Umsetzungsphase:	Voraussetzung ist ein Entwicklungsniveau von mindestens E 2
P 4: Erprobungsphase:	Voraussetzung ist ein Entwicklungsniveau von E 3, in Ausnahmefällen bei entsprechend günstigem Gefährlichkeitsassessment auch E 2“ (vgl. ebd., 33).

Diese Darstellungen, sowohl des Konzeptes von Knapheide (2002), als auch das des Landschaftsverbandes Rheinland in Bedburg-Hau (2009) zeigen trotz der hier vorgenommenen Verkürzungen noch einmal sehr deutlich, dass therapeutische Konzeptionen im Maßregelvollzug für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung vorliegen und diese dann auch hoch differenziert sind. Auch die Berücksichtigung heilpädagogischen Wissens ist erkennbar. Es muss aber noch einmal sehr deutlich darauf hingewiesen werden, dass solche Konzeptionen in Deutschland nicht flächendeckend gewährleistet sind, was nicht zuletzt bereits vor einigen Jahren schon von Kestel (2010)[1] beschrieben worden ist. Umso dringlicher erscheint ein weitergehender Austausch vorhandener Konzeptionen, um hier zu Weiterentwicklungen zu gelangen.

Es bleibt die kritische Frage, ob die oben skizzierten therapeutischen Ansätze nicht auch in einem anderen Setting (das selbstverständlich zunächst ein geschlossenes bleiben muss, jedoch auch an anderen Orten als der forensischen Klinik vorstellbar ist), jenseits einer Behandlung unter ärztlichen Gesichtspunkten, geleistet werden könnten.

[1] Kestel (a.a.O., 69) fand wie schon erwähnt heraus, dass nur 10 von 29 Psychiatrien im Rahmen seiner im Jahr 2004 durchgeführten Befragung über gesonderte Konzepte für Menschen mit geistiger Behinderung verfügten. 19 Kliniken verfügten *nicht* über eine Konzeption. 10 der 19 forensischen Psychiatrien, die über *keine* gesonderte Konzeption verfügten, sahen den Bedarf einer solchen Konzeption.

Es ist Moonen (2011, mdl. Mittl.) zuzustimmen, wenn er das Problem in einen größeren Zusammenhang stellt und kritisch anmerkt:

> „Die Gesellschaft und das System müssen sich verändern. Unsere Welt hat die Idee, dass jeder arbeiten soll. Wie soll das funktionieren? Wir brauchen auch tolerante Arbeitgeber. Es gibt hier durchaus best-practice Beispiele (…). Sie brauchen jemanden, der Interesse hat, und nicht jemanden, der ‚professionell' ist. Therapien, die 45 Minuten dauern, haben doch keinen Sinn, die Menschen brauchen viel mehr Aufmerksamkeit in der Gemeinde." (ebd.).

Diese und ähnliche oben aufgeworfene Fragen und Erkenntnisse, führen zu der Notwendigkeit der Beschreibung ausgewählter Problemfelder im Kontext des hier Wiedergegebenen, was im folgenden Kapitel kurz zusammenfassend geleistet werden soll (Punkt 5), bevor aus den hier diskutierten Aspekten Handlungsbedarfe und Empfehlungen abgeleitet werden (vgl. Punkt 6).

5. Ausgewählte Problemfelder

5.1 Lange Verweildauer

> „Mit deutlichem Abstand sind nach allen Studien die beiden Gruppen der Patienten mit einer intellektuellen Minderbegabung sowie die Täter, bei denen eine schizophrene Psychose diagnostiziert worden ist, am längsten in den psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht.
>
> Nach Ritzel war der Anteil der Patienten mit einer starken intellektuellen Behinderung an der Gruppe der Insassen, die sich bereits länger als zehn Jahre in den psychiatrischen Einrichtungen befand, mit 39% auffallend hoch. (…). In ähnlicher Weise verweilten diese Patienten nach Athen/Böcker (zwölf Jahre, fünf Monate, 51% länger als zehn Jahre untergebracht, Leygraf (elf Jahre und fünf Monate) sowie Seifert und Leygraf (6,9 Jahre) am längsten von allen Vergleichsgruppen in den Maßregelvollzugskliniken“ (Braasch 2006, 319).

Zur Problematik der langen Verweildauern von Menschen mit geistiger Behinderung in Kliniken des Maßregelvollzugs wurde bereits in Punkt 4.2 ausführlicher Stellung genommen. Ein Hauptgrund, so kann angenommen werden, liegt in der oftmals nicht erreichbaren Voraussetzung einer therapeutischen Intervention, weil therapeutische Modelle sich nicht an den Möglichkeiten und Erfordernissen des Personenkreises orientieren oder Entwicklungsstufen, die als notwendig erachtet werden, nicht erreicht werden können (vgl. 4.3). Braasch (a.a.O.) meint hierzu:

> „Der Hauptgrund für die mit deutlichem Abstand längsten Unterbringungszahlen bei Patienten mit einer stärkeren intellektuellen Behinderung wird in der wahrscheinlichen Unveränderlichkeit der Grundstörung gesehen, die große Probleme bei der Durchführung der Behandlungsprogramme sowie weitere intramurale Schwierigkeiten verursacht (…). Denn die Versuche, die Ziele der Behandlung oligophrener (*sic!*) Patienten im Maßregelvollzug zu erreichen, insbesondere die Förderung der Selbständigkeit und des Sozialverhaltens, die Aktivierung und Förderung des Selbstmanagements im Freizeitbereich, sowie die Verbesserung der Körperwahrnehmung, scheitern oft daran, dass bei den meisten Insassen mit einer Minderbegabung die Fähigkeit, delinquenzfördernde situative Faktoren antizipatorisch zu erfassen und einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich zu machen, einfach nicht zu erwarten sei (…)“ (Braasch 2006, 321f.).

Abgesehen von der Tatsache, dass hier ein Autor im Jahr 2006 von „oligophrenen Patienten“ und „Insassen“ spricht, denen scheinbar wenig zuzutrauen ist [weshalb sich der Autor am Ende seines Kapitels zu diesem Problemfeld vor allem für „verhaltenstherapeutische Techniken“ (ebd., 322) ausspricht], nennt Braasch hier nochmals das zentrale Problem der (Nicht-)Anwendbarkeit vorhandener therapeutischer Konzeptionen auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung. In der vorliegenden Expertise konnte jedoch aufgezeigt werden, dass es an manchen Orten hier fruchtbare Weiterentwicklungsbestrebungen zu beobachten gibt [vgl. u.a. den Ansatz Knapheides (2002) oder den der LVR-Klinik Bedburg-Hau (Landschaftsverband Rheinland 2009)]. Daraus jedoch den Schluss zu ziehen, der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung könne alle oben genannten Kriterien (Förderung der Selbständigkeit und des Sozialverhaltens, Aktivierung und Förderung des Selbstmanagements im Freizeitbereich, sowie die Verbesserung der Körperwahrnehmung) nicht oder niemals erfüllen, ist wesentlich zu kurz gegriffen. Vielmehr ist anzunehmen, dass Therapeutinnen und Therapeuten in diesem Feld im wahrsten Sinne des Wortes vielerorts noch nicht die richtige Sprache für diesen Personenkreis gefunden haben.

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

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

5.2 Konzeptionelle Uneinheitlichkeit

Der hier so benannte Punkt der „konzeptionellen Uneinheitlichkeit“ bezieht sich noch einmal auf bereits erwähnte Aspekte der als uneinheitlich wahrgenommenen Konzepte im Maßregelvollzug, die sich mit einer Behandlung und Perspektivbildung für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung auseinandersetzen. Es entsteht der Eindruck, dass eine solchermaßen wahrzunehmende Uneinheitlichkeit auch damit zu tun hat, dass die beteiligten Disziplinen der Psychiatrie, der Rechtswissenschaft und der Heilpädagogik keine einheitliche Sprache sprechen. Dies ist bereits auf der Ebene der Diagnostik bzw. begrifflichen Fassung des Personenkreises zu beobachten (vgl. Punkt 2.1) und ist auch im Kontext von Behandlungsmaßnahmen bzw. therapeutischen Interventionen in den forensischen Kliniken festzustellen, sofern sie denn überhaupt den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung im Fokus haben. Wenn diese im Fokus sind, und eine Konzeption vorliegt, sind die Auswirkungen positiv, wie z.B. von Kestel (2010) beschrieben:

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

Wie bereits unter Punkt 5.1 bezüglich der Problematik der langen Verweildauern angemerkt, ist in Bezug auf das Problemfeld der konzeptionellen Uneinheitlichkeit bei diagnostischen, begrifflichen und therapeutischen Fragen die Notwendigkeit einer tiefergehenden inter- und transdisziplinären Verständigung zu erkennen, die eine Vereinheitlichung bestehender Konzeptionen erleichtern kann. Dies würde in erster Linie und in einem ersten Schritt bedeuten, dass in allen forensischen Kliniken in Deutschland, in denen Menschen mit geistiger Behinderung untergebracht sind, vergleichbare und vereinheitlichte Konzepte der Behandlung entstehen müssten. Dies kann nur in einem regen und zu eröffnenden inhaltlichen Austausch unter den Kliniken geschehen.

Ein interessantes Argument als Antwort auf die Frage, warum besondere Konzeptionen für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug *nicht* vorgehalten werden, nennt wiederum Kestel (a.a.O.) in der Analyse seiner Befragung:

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

Dass dies in der gegenwärtigen Rechtslage nur schwer umzusetzen ist, wurde bereits deutlich, das Argument der Fehlplatzierung hingegen, taucht in der Fachdebatte immer wieder auf (vgl. nochmals Häßler 2011, 99). Hier skizziert Häßler im wesentlichen eine Perspektive, die im Punkt Handlungsbedarfe und Empfehlungen (vgl. Punkt 6) nochmals aufgegriffen werden soll.

5.3 Das Primat der „ärztlichen Gesichtspunkte“

In § 136 des StVollzG (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) ist das Primat formuliert, die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus

habe sich nach ärztlichen Gesichtspunkten zu richten (vgl. Punkt 3.2). Der Patient soll, soweit möglich, geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist (vgl. § 136 des StVollzG). Dass dies in Bezug auf straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug ein problematischer Sachverhalt ist, wurde bereits ausgeführt. Der Behandlungsaspekt, ausschließlich unter ärztlichen Gesichtspunkten zu betrachten, birgt zwar einerseits auch die Möglichkeit, spezialisierte therapeutische Konzepte zu erarbeiten, andererseits verhindert dieses Primat oftmals eine adäquate Interventionsstruktur, und zwar dann, wenn vorhandene Behandlungskonzepte nicht an den Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung orientiert sind. Kestel (a.a.O.) führt diesbezüglich aus:

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

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

> „In rechtspolitischer Hinsicht besteht die dringende Notwendigkeit, § 136 StVollzG dahin gehend zu reformieren, dass gerade mit Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung die Behandlung des Untergebrachten sich nicht nur nach ärztlichen, sondern auch nach pädagogischen Gesichtspunkten richtet (…). Die im Zuge der Föderalismusreform I (Bundesgesetzblatt I Nr. 41 vom 31. August 2006, Seite 2034) mit Wirkung vom 01.09.2006 auf die Länder übergegangene Gesetzgebungszuständigkeit im Bereich des Strafvollzuges (Art. 70 GG) bietet insoweit enorme Chancen, die es zu ergreifen gilt“ (ebd., 151).

5.4 Nachsorge

> „Die Notwendigkeit für gesonderte Konzepte für Rechtsbrecher mit geistiger Behinderung gilt nicht nur innerhalb des Maßregelvollzuges, sondern auch und vor allem für die Schaffung von Nachsorgeeinrichtungen (…). Denn nach § 67e I 1 StGB besteht u.a. die Möglichkeit, die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen. Die praktische Erfahrung zeigt jedoch, dass dies gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung oftmals von dem Vorhandensein einer geeigneten Nachsorgeeinrichtung abhängt. Die Zahl solcher Nachsorgeeinrichtungen für diesen Personenkreis ist jedoch noch sehr gering, die Entwicklung der hierfür erforderlichen Versorgungsstrukturen steht erst am Anfang (…)“ (Kestel 2010, 150).

Kestel (a.a.O.) beschreibt hiermit ein weiteres Problemfeld, das im Kontext des hier Diskutierten unbedingt zu beachten ist. Folgt man Kestels Argumentation, so scheint es sich hier in erster Linie um ein quantitatives Problem zu handeln, das es sicher auch ist. Jedoch ist ebenfalls ein qualitatives Problem auszumachen, denn das Fehlen geeigneter Nachsorgeeinrichtungen ist nicht nur eine Frage der Anzahl, sondern auch eine Frage der Qualität der dort zum Tragen kommenden inhaltlichen und strukturellen Konzepte. Umso bedauerlicher ist es beispielsweise, dass ein im Jahr 2005 vielversprechend gestartetes Projekt zur Nachsorge in Nordrhein-Westfalen, das unter dem Namen „Stützpunkt Nachsorge“ fungierte und in Kooperation mit der freien Wohlfahrtspflege konzipiert war (und auch den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung im Fokus hatte!) inzwischen wieder eingestellt bzw. nicht weiter geführt worden ist (vgl. Stützpunkt Nachsorge 2007[1]).

Bezüglich der Aufgaben des Stützpunktes wurden u.a. folgende Aspekte genannt:

- „Information komplementärer Träger über Patientengruppen mit spezifischen Diagnosen (z.B. Intelligenzminderung, Persönlichkeitsstörung);
- Entwicklung von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen für spezielle Patientengruppen“ (vgl. Stützpunkt Nachsorge 2007, o.S.).

[1] Die Homepage www.stuetzpunkt-nachsorge.de ist derzeit nicht aktiv; es kursiert aber noch ein Flyer zu diesem Projekt im Internet, in dem die grundlegenden Ideen dieses Projektes zusammen gestellt sind; vgl. URL: http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/klinikhph/maregelvollzug/dokumente_139/aktueller_nachsorgeflyer.pdf (Abruf: 05.04.2012).

Vielleicht bietet ja die unter Punkt 4.2 erwähnte Initiative die Möglichkeit, dieses Projekt wieder aufleben zu lassen und zu institutionalisieren.

Exkurs

Lebensgeschichtliche Annäherung II: Herr H.

Vorgeschichte und Delikt:

Herr H. wurde am xx.xx.1970 geboren und wuchs gemeinsam mit zwei jüngeren Brüdern bei seinen Eltern auf. Nach Geburtskomplikationen erlitt er als Säugling Krampfanfälle, später seien kindliche Entwicklungsschwierigkeiten aufgetreten. Aufgrund einer erheblichen Sehschwäche sowie einer diagnostizierten Intelligenzminderung (IQ 53) besuchte er zunächst für acht Jahre eine Sonderschule, ehe er in den Jahren 1985 bis 1987 eine zweijährige Lehre zum Teilfacharbeiter für Kleinteilmassenfertigung absolvierte. Seitdem arbeitete er immer in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Bei einer gewalttätigen Eskalation im Elternhaus verlor Herr H. sein rechtes Auge und zog anschließend in ein Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung.

Im Wohnheim trank Herr H. 7-8 Flaschen Bier täglich. Nachdem es im Laufe des Jahres 2007 immer wieder zu aggressiven Durchbrüchen, verbalen Entgleisungen und in einem Falle sogar zu einem tätlichen Angriff auf eine Mitarbeiterin des Wohnheims gekommen war, zog er zunächst in eine andere Wohngruppe und im Mai 2008 schließlich in ein anderes Behindertenwohnheim um, wo es zu erheblichen Schwierigkeiten kam. Als ihm schließlich noch untersagt wurde, seinen DVD-Player mit dem eines anderen Bewohners zu tauschen, konnte er nach tagelang schwelendem Ärger nicht mehr kontrolliert reagieren und zündete im Mai 2008 in seinem Zimmer mit Hilfe von Streichhölzern einen Stapel mit Kleidung und in Pappkartons verstaute Habseligkeiten an. Die Flammen zerstörten sein Zimmer in erheblicher Weise, es wurde aber keiner der Heimbewohner verletzt, da die Mitarbeiter des Behindertenwohnheims die zum Teil auch körperlich behinderten Bewohner rechtzeitig evakuieren konnten und die Feuerwehr den Brand zeitnah löschte.

Herr H. wurde daraufhin im Dezember 2008 zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren und sechs Monaten verurteilt und es wurde die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. §63 StGB angeordnet. Im Rahmen der strafrechtlichen Begutachtung wurde die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten (ICD 10: F70.1), die Beobachtung und Behandlung erfordern, gestellt.

Behandlungsverlauf:

Zu Beginn der Behandlung zog sich Herr H. häufig in sein Bett zurück und war nahezu ausschließlich auf sein Bedürfnis nach Kaffee, Nikotin und Nahrungsmitteln fixiert. Bereits bei Alltagsthemen wie Körperpflege kam es zu ständigen Konflikten mit Herrn H., der dabei einen als ausgeprägt misstrauisch wahrgenommenen Interaktionsstil gegenüber Mitarbeitern und Mitpatienten pflegte. Gleichzeitig kam es immer wieder zu den bekannten aggressiven Impulsdurchbrüchen. Voraus ging häufig die vermeintliche oder tatsächliche Versagung eines subjektiv unaufschiebbaren Bedürfnisses. In diesem Zusammenhang kam es auch mehrfach zu kurzzeitigen Einzelzimmerunterbringungen des Patienten.

Ab November des Jahres beruhigte sich jedoch durch eine medikamentöse Neueinstellung das Verhalten von Herrn H. Objektiv waren aggressive Impulse bei ihm deutlich reduziert, er selbst gab auch an, sich weniger angespannt zu fühlen. Im Februar 2009 konnte er in den Montagebereich der Ergotherapie integriert werden. Nach einem Wechsel auf eine andere heilpädagogisch ausgerichtete Station äußerte Herr H. allerdings Vorstellungen, dass die Mitarbeiter z. B. seine Zigaretten rauchen würden, Dinge aus seinem Zimmer entwendeten oder sogar Kleidungsstücke von ihm für ihre Familien mit nach Hause nehmen würden. Er suchte parallel auch wenig Kontakt zu seinen Mitpatienten, die ihn aufgrund seines häufig als mürrisch und egozentrisch wahrgenommenen Auftretens und seinen schlechten Tischmanieren ebenfalls eher mieden. Diese sozialisationsbedingten Problembereiche

konnten Schritt für Schritt durch stetigen Beziehungsaufbau der Mitarbeiter und begleitete Integration in die Gemeinschaft abgemildert werden. Herr H. nahm zunehmend mehr Rücksicht auf seine Mitpatienten und äußerte schließlich sogar als eigenes Ziel, von diesen gemocht zu werden.

Im Oktober 2009 erhielt Herr H. aufgrund der positiven Entwicklung Stufe 2.1 des klinikinternen Lockerungsplans (Parkausgänge in 1:1-Begleitung) und konnte zur weiteren Belastungserprobung in einem Doppelzimmer wohnen. Zunächst stahl er hier seinem Mitbewohner mehrfach Lebensmittel, der Grund dafür blieb unklar, da Herr H. über genügend Geld verfügte, um sich die gewünschten Produkte selbst zu kaufen. Diese Thematik ließ sich bisher nur begrenzt aufarbeiten. Es besteht die Einschätzung, dass, wie beim Thema Sozialkontakte, hier wohl nur langfristige gute Erfahrungen die erworbenen Sozialisationsschäden einigermaßen kompensieren können.

Um soziale Kontakte weiter zu fördern, wurde der Lockerungsplan für Herrn H. im Januar 2010 auf die Stufe 2.2 gesetzt (Parkausgang in 1:3-Begleitung). Im Februar erhielt er die Genehmigung zu Einkaufstrainings in den nahegelegenen Supermarkt und konnte in verschiedene therapeutische Gruppen integriert werden. Das Konfliktverhalten von Herrn H. besserte sich stetig und nachhaltig. Herr H. lernte, bei Auseinandersetzungen und Schwierigkeiten offener mit seinen Gefühlen umzugehen, seinen Ärger zu äußern und mit den Mitarbeitern zu besprechen und die Situationen zu klären. Zu körperlichen Übergriffen kam es nicht mehr.

Die Entwicklung einer Entlassperspektive gestaltete sich jedoch schwierig. Ein Probewohnen in einer vorgesehenen Einrichtung verlief nicht zur Zufriedenheit von Herrn H., da er fand, die Mitbewohner seien zu alt und das Personal zu unfreundlich. In der Folge wurden verschiedene Einrichtungen angeschrieben, ganz kurzfristig ergab sich dann in einer anderen Einrichtung eine Möglichkeit. Dort wohnen Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen in Gruppen verschiedener Betreuungsintensität, wobei für Herrn H. rund um die Uhr ein Ansprechpartner zur Verfügung steht. Die Einrichtung hat Erfahrung mit Bewohnern, die intensive Unterstützung benötigen, auch aus dem forensischen Bereich, und sie wird regelmäßig von der Forensischen Fachambulanz Hessen visitiert. Die Ambulanz ist auch in die Entlassplanung bei Herrn H. involviert und sieht das Wohnheim als geeignet an. In der Einrichtung werden tagesstrukturierende Maßnahmen (Arbeitstherapie; Beschäftigungstherapie) für die Bewohner angeboten, eine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen befindet sich in fußläufiger Entfernung. Ein dreitägiges Probewohnen Anfang Juli 2011 verlief sehr positiv und in Rücksprache mit der Forensischen Fachambulanz und der gesetzlichen Betreuerin erschien eine Entlasserprobung in diesem Setting sinnvoll und erfolgversprechend. Mit dem Beschluss des LG Marburg 2011 trat Herr H. seinen 6monatigen Entlassungsurlaub an.

Verlauf der Entlassungserprobung von August 2011 bis April 2012:

Der auf 6 Monate ausgerichtete Entlassurlaub verlief allerdings nicht ohne Schwierigkeiten: Schon am zweiten Tag seiner Entlassungserprobung teilte er den Kollegen der Klinik telefonisch mit, dass es ihm zwar gut gefalle, er jedoch auch großes Heimweh nach den Kollegen der Klinik habe. Direkt am nächsten Tag teilte er erneut telefonisch mit, dass es ihm überhaupt nicht mehr gefallen würde, da er meinte, nicht genug zum Essen bekomme. Mit seinem Zimmernachbarn würde er sich jedoch sehr gut verstehen. Seiner neuen Bezugspflegerin wich er fast nicht mehr von der Seite. Im August äußerte Herr H. in Gegenwart einer Mitarbeiterin des Wohnheims, dass es ihm aktuell gut gefalle, falls ihn jedoch jemand belügen oder betrügen würde, er „für nichts garantieren" könne. Herr H. wurde zur Abklärung und Krisenintervention zurück auf die Station geholt. In Gesprächen beteuerte er mehrfach, dass dies ein Missverständnis gewesen sei und er mit dieser Äußerung bloß ein wenig mehr Aufmerksamkeit durch die Mitarbeiter wünschte, da die generelle Ansprechbarkeit im Wohnheim geringer sei, als auf der Station in der Klinik. In Rücksprache mit allen Beteiligten wurde Herr H. eine Woche später wieder in die Einrichtung gebracht. Um den Wunsch, ein Fitnessstudio besuchen zu können, wurde sich seitens des Wohnheims gekümmert, Herr H. verlor aber nach kurzer Zeit

schon das Interesse. Daraufhin wurde Herr H. in die Arbeitstherapie des Wohnheims integriert. Ende September rief Herr H. empört auf der Station der Fachklinik an und schilderte die Vermutung, dass ihn eine Mitarbeiterin bzgl. seiner Wäsche bestohlen habe. Er konnte seinen Ärger und seine Vermutung jedoch zeitnah auch den Kollegen des Wohnheims berichten und die Situation konnte alsbald aufgeklärt werden.

Ende Dezember kündigte Herr H. an, aus dem Wohnheim „abzuhauen", da es Differenzen mit den Kollegen aufgrund des täglichen Hygieneplans gab. Durch Gespräche konnte er zum einen von dem Plan wegzulaufen abgehalten werden und er konnte sich dadurch auch stabilisieren, so dass anschließend ein Gespräch über Sinn und Zweck der getroffenen Regeln gut durchzuführen war. Generell beschrieb er eine affektive Anspannung, die auf die häufige Langeweile gründe und er unter einem starken sexuellen Druck stehe. Außerdem drängte er auf alleinigen Ausgang. Um die etwas angespanntere Lage zu stabilisieren und eine erneute medikamentöse Einstellung durchzuführen, wurde Herr H. im Januar 2012 für eine Woche zurück in die Klinik auf eine Kriseninterventionsstation eingewiesen. Mit einer Anpassung der Medikamente stabilisierte er sich schnell und gab auch weiterhin an, wieder zurück nach X-Stadt zu wollen. Aufgrund der veränderten Regelungen und einer gewissen Zeit der Anpassung wurde eine Verlängerung der Entlasserprobung um zwei Monate beantragt. Der Verlauf gestaltete sich ruhiger, Herr H. sucht jedoch weiterhin häufig telefonischen Kontakt in die Klinik, um zu berichten, wie es ihm geht oder um „Neuigkeiten" zu erfahren. Bei einem letzten Besuch im März 2012 zeigte sich Herr H. entspannt und bestätigte, dass es aktuell keine Schwierigkeiten gebe, was auch die Mitarbeitenden bestätigten.

Legalprognose

Trotz des wechselhaften Verlaufs wurde unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Prognoseinstrumente und unter Einbeziehung des intensiven Risikomanagements (betreute Heimeinrichtung, Einbeziehung der forensisch-psychiatrischen Fachambulanz, Bewährungshelfer) eine günstige Legalprognose gestellt. Die vom Gericht erteilten Weisungen bezogen sich auf Medikamenteneinnahme, Meidung von Rauschmitteln, Verpflichtung zur Behandlung sowie Absprachen bzgl. geplanter Wohnortwechsel.

6. Handlungsbedarfe und Empfehlungen

Zum Abschluss der vorliegenden Expertise sollen nochmals zusammenfassend Handlungsbedarfe und Empfehlungen in Bezug auf Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug formuliert werden. Dabei werden ausgewählte Problemfelder, die weiter oben bereits umschrieben worden sind, herangezogen, um übersichtsartig Handlungsbedarfe im Kontext dieses Themas zu benennen, die in Empfehlungen an jeweils zu benennende Akteure in diesem Feld münden.

Die ausgewählten Felder, in denen Handlungsbedarfe zu konstatieren sind, leiten sich aus dem bisher Beschriebenen ab. So sollen hier abschließend folgende Aspekte Berücksichtigung finden: Zunächst das Thema *Dialog und Diskurs*, von dem angenommen wird, das es von fundamentaler Bedeutung für eine weitere Verständigung im Kontext des hier Diskutierten ist (vgl. Punkt 6.1). Sodann wird in Punkt 6.2 nochmals auf die Notwendigkeit des Findens einer *einheitlichen Sprache* in diesem Diskursfeld verwiesen, woran sich Aussagen zur Notwendigkeit konzeptioneller Weiterentwicklungen im Bereich der *Diagnostik* (Punkt 6.3), der *Therapie* (Punkt 6.4) und der *Nachsorge* (6.5) anschließen. Auf einen als notwendig erkannten *Reformbedarf im Strafvollzugsgesetz* wird in Punkt 6.6 hingewiesen und schließlich sollen in Punkt 6.7 Hinweise bzw. *Eckpunkte für eine Prophylaxe* im Kontext geistiger Behinderung und Straffälligkeit formuliert werden.

6.1 Dialog und Diskurs

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

Ein sich daraus ergebender Handlungsbedarf wäre die (Wieder-)Aufnahme eines inter- und transdisziplinären Dialogs und Diskurses zum Thema der Perspektiven von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug in Deutschland. Der Impuls hierzu hätte von der Psychiatrie, der Behindertenhilfe und der Rechtswissenschaft auszugehen. Bereits vorhandene fachliche Organisationen wie die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG), die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DHGSB) und auch die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung (DIFGB) böten sich hier als Diskussionsplattformen an. Die vorliegende Expertise versteht sich in diesem Zusammenhang als ersten Schritt und Impulsgeberin.

Konkrete Empfehlung in diesem Zusammenhang ist eine im obigen Sinne zu verabredende Strategie zum weiteren Denken und Handeln im Nachgang zu der von der DHG für Ende des Jahres 2012 geplanten Fachtagung mit dem Titel: „*Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug - Herausforderungen für die Behindertenhilfe*“.

6.2 Einheitliche Sprache

Die Tatsache, dass im Kontext des Themas Maßregelvollzug und Menschen mit geistiger Behinderung für den im Mittelpunkt stehenden

Personenkreis mehrere, sich teilweise in den Ansätzen widersprechende Begrifflichkeiten Verwendung finden, ist eingangs ausführlich beleuchtet worden (vgl. Punkt 2.1). Kestel (2010) merkt hierzu an, es werde deutlich,

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

Dabei kann es nach Auffassung des Autors der vorliegenden Expertise nicht bleiben. Insbesondere auch, weil selbst der in behindertenpädagogischen Kontexten verwendete Begriff der ‚geistigen Behinderung' stark in der Kritik steht und längerfristig zu erwarten ist, dass hier andere, noch zu benennende Begrifflichkeiten, zum Tragen kommen.

Als Handlungsbedarf kann somit formuliert werden, dass die begriffliche Diskussion in engem Zusammenhang mit den unter den Punkten 2.1 und 6.1 beschriebenen Notwendigkeiten weiter geführt werden muss, insbesondere unter direktem Einbezug der Menschen, die man mit der Begrifflichkeit ‚geistige Behinderung' zu beschreiben versucht. Hier zeigt die Fachdisziplin Behindertenpädagogik noch nicht die notwendige Offenheit für einen demokratischen und gleichberechtigten Diskurs.

Eine Empfehlung ist daher, den Dialog mit der Selbsthilfe (beispielsweise mit *Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V.*[1]) ernsthaft und gezielt aufzunehmen und die im dortigen Diskurs entstehenden Ergebnisse wiederum inter-, trans- und multidisziplinär zu diskutieren. Das ist sicherlich ein eher längerfristiges Vorhaben, welches aber hohe Bedeutung hat. Darüber hinaus sind vorherrschende Menschenbilder in Teilen der Rechtswissenschaft und Psychiatrie in Bezug auf Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung kritisch zu durchleuchten, diskriminierende Faktoren auszuschließen und eine Begrifflichkeit zu finden, die den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention[2] entspricht.

[1] vgl.: http://www.people1.de/ (Abruf am 05.04.2012)

[2] Die UN-Behindertenrechtskonvention macht zur Begrifflichkeit der sog. ‚geistigen Behinderung'keine direkte Aussage. Es ist aber zu hinterfragen, ob beispielsweise der in der Rechtswissenschaft noch Verwendung findende Schwachsinnsbegriff mit einer nicht-diskriminierenden Beschreibung des Personenkreises in Einklang steht und was getan werden kann, um diesen Sachverhalt zu beenden.

6.3 Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Diagnostik

Die folgenden drei Abschnitte zum Thema der Handlungsbedarfe und -empfehlungen beziehen sich auf die Aspekte Diagnostik, Therapie und Nachsorge.

In Bezug auf den Aspekt der Diagnostik ist zu konstatieren, dass es hier viele Manuale gibt, die eine Diagnosestellung unterstützen können. Die Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten (vgl. Došen et al. 2010) könne hier eine Orientierung, auch im Kontext einer Diagnosestellung nach begangenen Straftaten durch Menschen mit geistiger Behinderung, bieten. In diesem Manual taucht immer wieder der Begriff der „multimodalen Fallbeschreibung" (vgl. ebd., 44) bzw. der „integrativen Diagnose" (ebd.) auf, was sich konkret wie folgt liest:

> „…(…) eine multimodale Fallbeschreibung oder eine integrative Diagnose [sollte] folgende Aspekte enthalten:
>
> 1. Assessment-Ergebnisse im Hinblick auf biologische Aspekte, somatische Befunde, neurophysiologische Aspekte, kognitive und Lernaspekte, Persönlichkeitsentwicklung, Persönlichkeitszüge, grundlegende emotionale Bedürfnisse, grundlegende Bewältigungsprobleme, Umweltaspekte und psychiatrische Befunde.
>
> 2. Entstehungsmechanismen und Entstehungsdynamik einschließlich einer kurzen Beschreibung des Prozesses, der zum Problemverhalten führt.
>
> 3. Darlegung der diagnostischen Erwägungen mit einer beschreibenden Terminologie im Hinblick auf das Problemverhalten und eine Beschreibung der zugrunde liegenden Bedingungen. Eventuelle
>
> psychische Störungen müssen erwähnt werden.
>
> 4. Beschreibung der Behandlungsstrategien, die auf den verschiedenen diagnostischen Aspekten beruhen" (ebd., 45).

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

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

Das Thema der Diagnostik ist ein sich stetig weiter entwickelndes und ist natürlich nicht nur im Kontext Delinquenz von Bedeutung. Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, das oben skizzierte Manuale, Leitlinien und Konzepte flächendeckend vorhanden und miteinander vergleichbar wären. Ein Handlungsbedarf wäre somit, vorhandene diagnostische Inventare, die bei der Beurteilung von Menschen mit geistiger Behinderung im Kontext des Maßregelvollzuges zum Einsatz kommen zu sammeln, zu beschreiben, kritisch einzuordnen und gegebenenfalls zu modifizieren und zu ergänzen[3]. Eine denkbare und empfohlene Ergänzung wären Aspekte einer rehistorisierenden Diagnostik, die hier nicht weiter erläutert werden kann, aber nach Ansicht des Autors weiterführende Aspekte für eine verstehende Diagnostik liefern kann (vgl. grundlegend zu diesem Thema Jantzen & Lanwer 2011). Denn hinter allen diagnostischen Bemühungen im Kontext von Straffälligkeit im Leben von Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung muss die Frage, warum jemand so (geworden) ist, wie er oder sie ist, im Mittelpunkt stehen. Den Menschen aus seiner Gewordenheit her zu denken, gerade und in besonderer Weise in Kontexten, die die Grenze unseres allgemeinen Verständnisses überschreiten, ist zentrales Anliegen einer rehistorisierenden Diagnostik. In der Literatur zu diesem Ansatz finden sich bisher leider keine Hinweise auf Lebensgeschichten von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug, jedoch böte eine Ausweitung der Möglichkeiten dieses Ansatzes auf dieses Feld eine fruchtbare und mehr als ergänzende Quelle diagnostischen Erkennens, Erklärens und letztlich Verstehens.

[3] Dies wird nicht einfacher, wenn bspw. Ansätze aus dem europäischen Nachbarländern Berücksichtigung finden sollen, da sie interessante Aspekte bieten, bspw. Modelle aus den Niederlanden [vgl. Wit et al. 2011 und Douma et al. 2012 - beide Veröffentlichungen sollen in Teilen ins Deutsche übersetzt werden, der erstgenannte Titel ist im Juli 2012 auf Englisch erschienen (vgl. Wit et al. 2012)].

6.4 Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Therapie und Behandlung

> „Der Schwerpunkt der Behandlungskonzepte liegt deutlich auf den handlungsbezogenen und soziotherapeutischen Anteilen, bei denen die verbale Kommunikation nicht das Hauptmedium darstellt. Neben konkreter Unterstützung im Alltag werden Probleme des sozialen Zusammenlebens zeitnah aufgegriffen. Regelverstöße, impulsives und egozentrisches Verhalten, auch aggressive Kommunikation (Drohungen und Einschüchterungen) werden konsequent eingegrenzt. Selbstkontrolle, Voraussicht, Beurteilungsvermögen, Belohnungsaufschub und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel - also zum Vergegenwärtigen und Nachvollziehen von Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer - müssen immer wieder eingeübt werden. Dies geschieht anlassbezogen im Stationsalltag oder in Gruppen bzw. durch Rollenspiele. Pädagogik und Ergotherapie haben eine hervorgehobene Bedeutung: Je nach Ausmaß der Behinderung werden die noch verbliebenen Spielräume für schulische und berufliche Förderung ausgeschöpft. Aus dem Bereich der Heilpädagogik werden spezielle Verfahren, unter anderem kognitive Trainings übernommen. Schließlich kommt der Schaffung eines therapeutischen Milieus eine erhebliche Rolle zu“ (Kestel 2010, 150).

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

Ein Handlungsbedarf in der Weiterentwicklung von therapeutischen bzw. Behandlungssettings wäre somit zum einen, adäquate und auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung zugeschnittene Konzeptionen in

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

6.5 Konzeptionelle Weiterentwicklungen in Nachsorge

> „Angesichts der veränderten institutionellen Rahmenbedingungen der Behindertenpädagogik in Richtung dezentraler, offener Wohngruppen, finden (verhaltens-)schwierige Patienten, eventuell noch mit komorbiden Störungen, keine Aufnahme [*in Einrichtungen der Behindertenhilfe;* e.w.] – zumal wenn der Unterbringungsgrund überdies ein Sexualdelikt ist. So wächst der Anteil dieser Patientengruppe in den Maßregelkliniken ungebremst. Für die verbliebenen heilpädagogischen Langzeitwohnheime sind die Patienten mit einer leichten geistigen Behinderung im Hinblick auf ihre kognitiven und lebenspraktischen Fähigkeiten zu kompetent“ (Kestel 2010, 151).

Mit dieser durchaus kontrovers zu diskutierenden Anmerkung nennt Kestel (a.a.O.) ein weiteres Problemfeld im Kontext der Weiterentwicklung von nachsorgeorientierten Unterstützungssystemen und -leistungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung, die den Maßregelvollzug verlassen könnten. Hier gilt, wie bei dem oben bereits diskutierten Punkt der (therapeutischen) Behandlungsansätze (vgl. Punkt 6.4), dass ein großer Handlungsbedarf darin besteht, heilpädagogische Unterstützungsansätze insofern weiter zu entwickeln, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung, die im Maßregelvollzug waren oder sich im Prozess einer Entlassung befinden, in einem behindertenpädagogischen Setting die Unterstützungsleistungen erhalten, die sie in einer solchen Lebensphase benötigen und dies beispielsweise auch eine zentrale Rolle in Verfahren der individuellen Hilfeplanung einnimmt. Das umfasst ggf. weitere Schutzmaßnahmen und/oder freiheitsentziehende Maßnahmen und eine stetige Begleitung in Krisensituationen. Eine enge Zusammenarbeit mit Organisationseinheiten wie beispielsweise einer Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz (FüNa) wie sie in der LVR-Klinik Bedburg-Hau betrieben wird (vgl. Berg 2011, mdl. Mittl.), ist hierbei von großem Vorteil.

Unter der Überschrift „Was braucht Nachsorge für Menschen mit Intelligenzminderung?“ fasst Berg (2011, 35) wie folgt zusammen:

- Teamplayer;
- die Bereitschaft externer Einrichtungen, sich forensischem Klientel anzunehmen;
- gibt es ‚bessere‘ Systeme als die Maßregel?;
- Coaching der Einrichtungen;
- Auflösung von Stigmatisierung;
- Kommunikationsfähigkeit und Netzwerkarbeit;
- keine Unterbringung in hochgesicherten Bereichen - Sicherungsaspekt steht nicht mehr im Vordergrund;
- stattdessen ein hochstrukturiertes, lernpsychologisch fundiertes Milieu im Sinne von:
    - sonderpädagogischen, psychologischen Behandlungs- und Betreuungsmethoden,
    - Fördermaßnahmen der schulischen und beruflichen Bildung.
- Verständnis und Akzeptanz für den Menschen mit Intelligenzminderung:
    - diese Menschen sind und bleiben schwierig;
    - ein besonderes Hindernis liegt in ihrer Persönlichkeit begründet;
    - ‚Fehlverhalten‘ kann nur bedingt gesteuert werden;
    - Perspektivübernahme durch soziomoralische Entwicklungsmodelle;

- sie können sich auch nicht ‚formal anpassen', um etwas Positives wie z.B. eine Entlassung aus der Maßregel zu bewirken" (vgl. ebd.).

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

6.6 Reformbedarf im StVollzG

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

Wie bereits in Kapitel 5.3 erläutert und von Kestel (2010) begründet, ist ein dringender Handlungsbedarf dahingehend festzustellen, dass dieser Paragraph in Bezug auf die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug reformiert und solchermaßen angepasst wird, dass auch beispielsweise heilpädagogische Gesichtspunkte bei der Behandlung eine ergänzende Rolle spielen müssen. Dies bemerkten auch andere Autoren, z.B. Vollbach (2004):

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

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

6.7 Eckpunkte für eine Prophylaxe

Zum Ende der oben formulierten Handlungsbedarfe und Empfehlungen, soll der Blick noch auf prophylaktische Aspekte gerichtet werden, die im Rahmen der vorliegenden Expertise bisher keinen Schwerpunkt eingenommen haben. Es ist auch kein leichtes Unterfangen, zu diesem übergeordneten Punkt differenzierte Angaben zu machen, denn Prophylaxe im Kontext delinquenten und/oder kriminellen Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung müsste sich durch viele Lebensbereiche ziehen, von denen hier nur einige ausgewählte und als besonders sensibel angesehene Bereiche genannt sein sollen.

Zunächst ist festzuhalten, ohne dass es zu diesem Punkt gesicherte Erkenntnisse gibt, dass im Kontext der Lebenssituationen von Menschen mit geistiger Behinderung, sofern sie durch Angebote und Dienste der Behindertenhilfe unterstützt werden, die Sensibilität für delinquentes und/oder kriminelles Verhalten noch nicht ausgeprägt zu sein scheint und solchermaßen beobachtbares Verhalten oft geduldet und/oder verharmlost wird, bis es zu spät ist und es zu einem Delikt kommt. Dabei ist auf die besondere Lebenssituation vieler Menschen mit geistiger Behinderung zu achten, die sich durch „Fremdbestimmung und Erziehungsfehler" (Wüllenweber 2010, 7) auszeichnet. Wüllenweber (a.a.O.) nennt in diesem Kontext folgende Aspekte, die die Situation von Menschen mit einer geistigen Behinderung kennzeichnen:

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

Diese Faktoren können delinquente und/oder kriminelle Verhaltensweisen begünstigen und es wäre auch Aufgabe von Prophylaxe, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behindertenhilfe dahingehend zu sensibilisieren und zu professionalisieren, dass sie darauf adäquate Handlungsmöglichkeiten finden. Hier ist beispielsweise denkbar, dass Kolleginnen und Kollegen aus der forensische Psychiatrie, die mit dem Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung Erfahrungen haben, in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe ihr Wissen weitergeben und es zur Entwicklung von prophylaktischen Programmen kommt. Denn dass strafrechtlich relevantes Verhalten im Kontext aktueller Entwicklungen in der Behindertenhilfe zunehmen könnte, wird von einigen Autoren gesehen: Wüllenweber (a.a.O.) spricht von der „Prognose einer zunehmenden Bedeutung der Problematik“ (ebd., 10) und nennt folgende Punkte:

> „1. Die Problematik wird mehr gesehen, Tabu entfällt;
>
> 2. Durch mehr Integration sind mehr Probleme zu erwarten;
>
> 3. In die Behindertenhilfe kommen zunehmend neue Personenkreise, die entsprechende Probleme ‚mitbringen‘“ (ebd.).

Kestel (2010) schreibt in ähnlichem Zusammenhang, dass es

> „…im Zuge der berechtigten Tendenzen zu mehr Offenheit in den Leistungen der Behindertenhilfe (ambulant vor stationär, §9 Sozialgesetzbuch XII) bzw. individuellerer Gestaltung der Leistungserbringung (Persönliches Budget, § 17 SGB IX) eine Folge sein kann, dass auch strafrechtliches relevantes Verhalten zunehmen könnte“ (ebd., 148).

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

So wiesen Gesprächspartner im Kontext der dieser Expertise zugrunde liegenden Fachgespräche darauf hin:

> „…bei vielen unserer Patienten ist ein Aspekt, dass Sie sehr lange unter sehr dissozialen Bedingungen gelebt haben. Unter katastrophalen Bedingungen. Im Wald, mit weiteren Minderbegabten, in schlechten Elternhäusern,… Die Unterbringung im normalen Versorgungssystem erwies sich dort meist als schwierig. Meist ist die Delinquenz erst am Ende eines langen problematischen Verlaufs. Zunehmende Kinderarmut, …“ (Eusterschule & Neumann 2011, mdl. Mittl.).

Oder Moonen (2011, mdl. Mittl.) merkt an:

> „Das Problem ist nicht die geistige Behinderung, das Problem ist die ‚Schicht‘. Die Hilfe wurde von der Mittelschicht aus organisiert. Einen Begriff der ‚Fürsorge‘ beispielsweise existiert in der Welt unseres Klientels gar nicht“ (ebd.).

Um nochmals auf den Kontext Behindertenhilfe zurück zu kommen, spricht Wüllenweber (a.a.O.) von „heterogene[n] Denk-und Handlungsmuster[n] im Umfeld und in den Einrichtungen [der Behindertenhilfe; e.w.], die er wie folgt beschreibt:

- „Verharmlosung und umgekehrt Dramatisierung;
- Schutz vor Strafe bis hin zur Vertuschung;
- Begrenzung der Freiheitsspielräume;
- Pathologisierung;
- Moralisierung;
- Heterogenität der Auffassungen hinsichtlich des Einschaltens der Polizei;
- dto. hinsichtlich Sinnhaftigkeit von Strafverfahren“ (vgl. ebd., 12).

Demnach könnten Eckpunkte einer Prophylaxe im Kontext der Lebenssituationen von Menschen mit geistiger Behinderung im Unterstüt-

zungssystem der Behindertenhilfe in der Negation der o.g. Punkte liegen und wie folgt umschrieben werden:

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

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

Ein letzter Punkt, der im Kontext von zu erarbeitenden prophylaktischen Programmen von Bedeutung ist, ist der Aspekt der Prophylaxe von sexuell motivierten Straftaten. Hier sind kaum Handlungsprogramme zu erkennen, jedoch ist dies ein existentieller Bereich, der immer noch hoch tabuisiert ist und in dem erhebliche Handlungsunsicherheiten zu erkennen sind.

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

Braasch (a.a.O.) beschreibt hier ein gängiges Erklärungsmuster zum Auftreten sexueller Gewalt von Menschen mit geistiger Behinderung. Es wäre eine Hauptaufgabe prophylaktischer Bemühungen zur Vermeidung solcher Delikte, dass das Thema Sexualität offen und zielgerichtet in den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe bzw. in allen Unterstützungssystemen für diesen Personenkreis, und auch in Behandlungs- und Therapieprogrammen im Maßregelvollzug angegangen würde. Hier gibt es beispielsweise gute Materialien und Programme von *pro familia*[4] (vgl. u.a. *pro familia* 2011) oder andere Anbietern. In diesem Bereich scheint aber immer noch ein erheblicher Handlungsbedarf zu bestehen, wie es beispielsweise auch eine aktuelle Studie von Schröttle (2012), die das Thema auch in den Kontext von Gewalterfahrungen und -prophylaxe stellt, anmahnt.

[4] vgl. bspw. URL: http://www.profamilia.de/fachpersonal/paedagoginnen/materialien/sexualitaet-und-geistige-behinderung.html (Abruf: 05.04.2012).

7. Fazit

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

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

Gerade aber in der Ausgestaltung solcher Pfade liegen die im Rahmen dieser Expertise beschriebenen Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung, die straffällig geworden und im Maßregelvollzug sind.

Haupthindernis sind nach wie vor fehlende oder unzureichend verbreitete Behandlungsinstrumente im Maßregelvollzug bzw. adäquate Unterstützungsangebote im Rahmen einer möglichen Beurlaubung oder Entlassung aus dem Maßregelvollzug.

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

Will man dem Personenkreis wirkliche Perspektiven eröffnen, so müssen die im Rahmen dieser Expertise beschriebenen Handlungsbedarfe erkannt und die hier formulierten Empfehlungen angegangen werden:

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

Zu ergänzen wäre:

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

Neben der eingangs erwähnten und nicht leichtfertig zu vergessenden Perspektive möglicher Opfer von Straftaten, die von Menschen

mit einer geistigen Behinderung unter den hier dargestellten Ursachenkomplexen begangen wurden und werden, hat die Auseinandersetzung mit der hier im Fokus stehenden Thematik gezeigt, dass sie immer auch im Kontext verfassungsrechtlicher und menschenrechtlicher Grundlagen zu denken und zu führen ist - eine Erkenntnis, die bisweilen verloren geht, wenn „medienwirksame“ Delikte die öffentliche Aufmerksamkeit erlangen und Täterinnen und Täter mit geistiger Behinderung in längst überkommen geglaubten Stereotypen dargestellt werden. Es gilt aber festzuhalten, dass „Diskriminierungen ‚wegen‘ ihrer Behinderung zudem verfassungs- (Art 3 II 2 GG) und europarechtlich (…) sowie völkerrechtlich untersagt (Art 1 ff der UN-Behindertenrechtskonvention (…)“ (vgl. Kammeier 2010, Rn J 54) sind. Wie viel „Diskriminierungspotential“ in den Sachverhalten, die die oben beschriebenen Handlungsbedarfe erforderlich machen, auszumachen ist, wäre im Einzelnen noch zu analysieren und ist Aufgabe für menschenrechtsrelevante Beurteilungen der in diesem Feld erkennbaren Ungerechtigkeiten.

8. Literaturverzeichnis

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (Eleventh edition). O.O.: Eigenverlag.

Barron, P.; Hassiotis, A. & Banes, J. (2004). Offenders with intellectual disability: A prospective comparative study. In: Journal of Intellectual Disability Research 48, (69-76).

Basaglia, F. (Hg.) (1971). Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Berg, J. (2011). Inklusion und Teilhabe - Eine Herausforderung für die Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Integrationsbedarf. Unveröff. Manuskript. Bedburg-Hau.

Berliner Clearingstelle für Menschen mit geistiger Behinderung (2011). Bericht über das Modellprojekt der Berliner Clearingstelle für Menschen mit geistiger Behinderung. Unveröff. Manuskript. Berlin.

Bettmann, M. (2010). Perspektiven für strafrechtlich verurteilte Menschen mit geistiger Behinderung. Ausblick Haus Winterkampweg, Bethel vor Ort. Vortrag im Rahmen des DHG-Fachgespräch 2010. Perspektiven für strafrechtlich verurteilte Menschen mit geistiger Behinderung am 25.6.2010 in Gießen. URL: http://www.dhg-kontakt.de/pdf/2010/Bettmann.pdf (Abruf am 08.02.2012).

Binding, K. & Hoche, A. (1920). Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Meiner.

Bleuler, E. (1916). Lehrbuch der Psychiatrie. 1. Auflage. Berlin: Verlag von Julius Springer.

Bleuler, E. (1937). Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Auflage. Berlin: Verlag von Julius Springer.

Boetticher, A.; Kröber, H.-L.; Müller-Isberner, R.; Böhm, K.M.; Müller-Metz, R & Wolf, T. (2007). Mindestanforderungen für Prognosegutachten. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 1/2007, (90-100).

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

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.) (1990). Grundsatzprogramm. Marburg: Eigenverlag.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.) (2011). Das neue Grundsatzprogramm der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., verabschiedet am 12. November 2011 auf der Mitgliederversammlung in Berlin. Marburg: Eigenverlag. URL: http://www.lebenshilfe.de/wData/downloads/ueber_uns/aufgaben-und-ziel/grundsatzprogramm/Grundsatzprogramm-Internet.pdf; (Abruf: 09.01.2012).

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

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

Deinert, H. & Jegust, W. (2006). Das Recht der psychisch Kranken (Gesetzestexte aus Bund und Ländern). 2. Auflage., Köln: Bundesanzeiger-Verlag.

Deutscher Bundestag (Drucksache 7/4200) (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - zur psychiatrischen und psychotherapeuti-

schen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn.

Dimmek, B. (2002). Geistig behinderte Patienten im Maßregelvollzug. In: Kammeier, H. (Hg.), Forensik in Münster: eine Region in der Verantwortung: Informationen - Standpunkte - Diskussionen (101-108). Münster: Lit-Verlag.

Dörner, G.; Hüllemann, K.D.; Tembrock, G.; Wessel, K.F. & Zänker, K.S. (Hg.) (1999). Menschenbilder in der Medizin - Medizin in den Menschenbildern. Bielefeld: Kleine-Verlag.

Dörner, K. (1995). Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. 3. u. ergänzte Neuaufl., Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.

Došen, A. (2010). Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Hennicke und Michael Seidel. Göttingen: Hogrefe.

Došen, A.; Gardner, W.I.; Griffiths, D.M.; King, R. & Lapointe, A. (2010). Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. Europäische Edition. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Michael Seidel, in Zusammenarbeit mit Klaus Hennicke, Knut Hoffmann, Thomas Meinert, Holger Schmidt, Tatjana Voß und Elisabeth Wilking. Materialien der DGBSG, band 21. Berlin: Eigenverlag.

Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L. & Ponsioen, A. (2012). Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kennis Centrum LVG (Hg.) [dt. Übersetzung in Teilen in Vorber.].

Entorf, H. (2007). Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundzüge einer Kosten-Nutzen-Analyse: URL: http://www.download.tu-darmstadt.de/wi/vwl/ddpie/ddpie_183.pdf (Abruf am 05.04.2012).

Eusterschulte, B. (2010). Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Rechtliche, fachliche Grundlagen; Situation Hessen. Vortrag im Rahmen des DHG-Fachgesprächs 2010. Perspektiven für strafrechtlich verurteilte Menschen mit geistiger Behinderung am 25.6.2010 in Gießen. URL: http://www.dhg-kontakt.de/pdf/2010/Eusterschulte.pdf (Abruf am 08.02.2012).

Fornefeld, B. (2009). Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. 4., komplett überarb. u. erg. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

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

Göbel, S. (1997). „Wir vertreten uns selbst!“ Arbeitsbuch zum Aufbau von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Kassel: Bifos-Schriftenreihe.

Görres, S. & Hansen, G. (1991). Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einführung für Heil- und Sonderpädagogen, Eltern und Erzieher. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

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

Hellmann, U. (2010). Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Was passiert mit schuldunfähigen Straftätern? Ein bisher wenig beachtetes Thema. In: Lebenshilfe-Zeitung 4/2010, o.S.

Hennicke, K. & Rotthaus, W. (Hg.) (1993). Psychotherapie und geistige Behinderung. Dortmund: verlag modernes lernen.

Hennicke, K. (Hg.) (2011). Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Hoche, A. (1901). Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin: Hirschwald.

Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth control. In: Archives of General Psychiatry, 49(6), 476-483.

Hodgins, S.; Müller-Isberner, R., & Allaire, J.-F. (2006). Attempting to Understand the Increase in the Numbers of Forensic Beds in Europe: A Multi-site Study of Patients in Forensic and General Psychiatric Services. In: International Journal of Forensic Mental Health, 5(2), 173-184. URL: http://www.iafmhs.org/files/v52Hodgins.pdf .

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

Hofstetter, V. & Bodem, M. (2005). Die Behandlung schwerst impulskontrollgestörter minderbegabter und hirnorganisch beeinträchtigter Patienten. In: Bauer, P. & Kielisch, S. (Hg.), Differenzierte Behandlungskonzepte im psychiatrischen Maßregelvollzug (65-81). Lengerich: Pabst.

Hofstetter, V. & Rohner, A. (2007). »Wenn der Zustand nicht (mehr) vorliegt ...« Die Praxis der Erledigung der Maßregel in Hessen vor dem Hintergrund der §§ 67d Abs. 6 und 66b Abs. 3 StGB. Recht & Psychatrie, 25, 51-56.

Inclusion Europe – Die Europäische Vereinigung von Organisationen von Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Familien (2003). Inklusion, Recht und Gerechtigkeit für Menschen mit geistiger Behinderung. Bericht. Brüssel.

Inclusion Europe – Die Europäische Vereinigung von Organisationen von Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Familien (2005). Gleiche Rechte für alle! Zugang zu Rechten und Gerechtigkeit für Menschen mit geistiger Behinderung.

Jantzen, W. (1999). Geistige Behinderung ist ein sozialer Tatbestand. In: Jantzen, W., Lanwer-Koppelin W. & Schulz, K. (Hg.), Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden (197-215), Berlin: Marhold.

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

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

Kaal, H.L. (2011). Beperkt en gevangen? De haalbaarheid van prevalentieonderzoek naar verstandelijke beperking in detentie. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Justitie.

Kaiser, G. (1997). Kriminalität. In: Kaiser et al. (Hg.), Kleines Kriminologisches Wörterbuch. (238-246). 3., völl. neubearb. und erweit. Aufl. Heidelberg: C.F. Müller.

Kammeier, H. (2002). Forensik in Münster: eine Region in der Verantwortung: Informationen - Standpunkte - Diskussionen. Münster: Lit-Verlag.

Kammeier, H. (Hg.) (2010). Maßregelvollzugsrecht. Kommentar. 3., neu bearbeitete Auflage. Berlin: De Gruyter.

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

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

Standpunkte - Diskussionen (121-138). Münster: Lit-Verlag.

Kohlberg, L. (1996). Die Psychologie der Moralentwicklung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kniel, A. & Windisch, M. (2005). People First. Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit geistiger Behinderung. München, Basel: Reinhardt.

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

Landesbeauftragter für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen (2010). Leitlinie für die Behandlung von forensischen Patienten mit einer Intelligenzminderung. Unveröff. Manuskript. Düsseldorf, URL: http://www.massregelvollzug.nrw.de/pdf/BLIntelligenz.pdf (Abruf am 05.04.2012).

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

Lingg, A. & Theunissen, G. (2008). Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5. Aufl., Freiburg: Lambertus.

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

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

Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2008). Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. In: Foerster, K. & Dressing, H. (Hg.), Psychiatrische Begutachtung. 5., neu bearb. u. erw. Auflage (411-468). München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer.

Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2009). Therapie im Maßregelvollzug., Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Nedopil, N. (2007). Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.

Oskamp, U. (2002). Heilpädagogische Überlegungen zur Behandlung von Lernbehinderten und geistig behinderten Patienten einer forensisch-psychiatrischen Klinik. In: Kammeier, H. (Hg.), Forensik in Münster: eine Region in der Verantwortung: Informationen - Standpunkte - Diskussionen (109-120). Münster: Lit-Verlag.

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

Pilz, S. (2010). Behandlungskonzept für geistig behinderte Rechtsbrecher im hessischen Maßregelvollzug. Vortrag im Rahmen des DHG-Fachgesprächs 2010. Perspektiven für strafrechtlich verurteilte Menschen mit geistiger Behinderung am 25.6.2010 in Gießen. URL: http://www.dhg-kontakt.de/pdf/2010/Pilz.pdf (Abruf am 08.02.2012).

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

Rohrmann, E. (2007). Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit. Wiesbaden: Vs-Verlag.

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

Saimeh, N. (Hg.) (2006). Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Maßregelvollzug als soziale Verpflichtung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schaumburg, C. (2005). Maßregelvollzug (Basiswissen). 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

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

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

Selman, R.L. (1984). Die Entwicklung des sozialen Verstehens. Entwicklungspsychologische und klinische Untersuchungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Shoemaker, D. J. (1996). Theories of delinquency: An examination of explanations of delinquent behavior. New York and Oxford: Oxford University Press.

Sinason, V. (2000). Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins. Neuwied: Luchterhand.

Statistisches Bundesamt (2011). Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug); 2010/2011 (Stand: 31.10.2011). Erschienen am 07.11.2011. Wiesbaden. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzugPDF_5243202,property=file.pdf (Abruf am 09.01.2012).

Störmer, A. & Stoll, D. (2009). Menschen mit einer geistigen Behinderung in der forensischen Psychiatrie – historische Entwicklung, aktuelle Situation und Zukunftsperspektiven. Unveröff. Magisterarbeit, Universität Erfurt im Studiengang Sonder- und Integrationspädagogik.

Stützpunkt Nachsorge (2007). Stützpunkt Nachsorge. Agentur zur Förderung der qualifizierten komplementären Nachsorge und Eingliederungshilfe für Maßregelvollzugspatient Innen. Landesweite und spitzenverbandsübergreifende Unterstützung von Trägerorganisationen im freigemeinnützigen Bereich. Unveröffentlichter Flyer zum Projekt; URL: http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/klinikhph/maregelvollzug/dokumente_139/aktueller_nachsorgeflyer.pdf (Abruf: 05.04.2012).

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

Telger, K. & Seifert, D. (2002). Entwicklung einer Konzeption zur Behandlung intelligenzgeminderter Rechtsbrecher am Alexianer-Krankenhaus in Münster. In: Kammeier, H. (Hg.), Forensik in Münster: eine Region in der Verantwortung: Informationen - Standpunkte - Diskussionen (39-47). Münster: Lit-Verlag.

Theunissen, G. (2008). Geistige Behinderung und Lernbehinderung. Zwei inzwischen umstrittene Begriffe in der Diskussion. In: Geistige Behinderung 2 (47), 127-136.

Theunissen, G. (2009). Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit. 2. Auflage. Freiburg: Lambertus.

Volckart, B. & Grünebaum, R. (2009). Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. 7. Auflage. Köln: Heymanns-Verlag.

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

Voß, T. (2011). Geistige Behinderung und Delinquenz. Workshop im Rahmen der 6. Fachtagung „Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Herausforderungen in der Lebensspanne“ der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin am 10. und 11.03.2011 in Berlin. Unveröff. Manuskript, URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/bapankow/pressestelle/tenner-pausti-an/dr.voss__ws_a2_delinquenz.pdf?start&ts=1301566624&file=dr.voss__ws_a2_delinquenz.pdf (Abruf am 08.01.2012).

Weltgesundheitsorganisation (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., urchgesehenen Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Wit, M. de., Moonen, X., & Douma, J. (2011). Richtlijn effectieve interventies LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kennis Centrum LVB (Hg.) [dt. Übersetzung in Teilen in Vorber.].

Wit, M. de., Moonen, X., & Douma, J. (2012). Guideline. Effective Interventions for youngsters with MID. Recommendations for the development and adaption of behavioural change interventions for youngsters with mild intellectual disabilities. Utrecht: Dutch Knowledge centre in MID/ Landelijk Kennis Centrum LVB.

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

9. Verzeichnis der Personen der Fachgespräche

Die Fachgespräche wurden mit folgenden Personen geführt:

- **Frau Dr. Beate Eusterschulte**, stv. ärztl. Direktorin, Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Außenstelle Gießen und Herr Dipl. Psych. Martin Neumann, Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Außenstelle Gießen
- **Herr Dr. Xavier Moonen**, Sonderpädagoge, Dozent und Forscher Universität Amsterdam, Vorsitzender des Fachverbands der Pädagogen in den Niederlanden
- **Herr Dr. Jürgen Knapheide**, LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn
- **Herr Dipl. Psych. Gerd Hoehner**, Psychotherapeut, Landschaftsverband Rheinland, Amt für den Maßregelvollzug
- **Frau Dipl. Psych. Petra Schilling**, Psychologische Psychotherapeutin, Regionalleitung LVR-HPH-Netz Niederrhein, Bedburg-Hau
- **Herr Ulrich Hellmann**, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Abteilung Konzepte und Recht
- **Herr Prof. Dr. Oliver Kestel**, HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
- **Herr Dr. Karl Kreutzberg**, ärztl. Teilvollzugsabteilungsleitung, Krankenhaus für den Maßregelvollzug, III. Abteilung für forensische Psychiatrie, Berlin
- **Herr Dr. Dietmar Pfaff**, Chefarzt LVR-Klinik Bedburg-Hau, Forensische Psychiatrie, Forensik IV, Bedburg-Hau (telefonisch)
- **Herr Dipl. Päd. Josef** Berg, Leiter der Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz (FüNa), LVR-Klinik Bedburg-Hau (telefonisch)
- **Herr Klaus Sawitzki**, EHRKO Beschützendes Wohnzentrum GmbH, Neumarkt-St. Veit (telefonisch)

Die Personen, mit denen Fachgespräche geführt wurden, werden wie folgt bibliographiert:

- Berg, J. (2011). Mündliche Mitteilung zur Forensischen Überleitungs- und Nachsorgeambulanz (FüNa), LVR-Klinik Bedburg-Hau; (Gespräch) vom 23.11.2011, Duisburg.
- Eusterschulte, B. & Neumann, M. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 24.05.2011, Vitos-Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Außenstelle Gießen.

- Hellmann, U. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 03.08.2011, Bundesvereinigung Lebenshilfe, Marburg.
- Hoehner, G. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 09.06.2011, Landschaftsverband Rheinland, Köln.
- Kestel, O. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 25.08.2011, Universität Frankfurt am Main.
- Knapheide, J. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 08.06.2011, Universität Koblenz-Landau, Campus Landau.
- Kreutzberg, K. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 31.08.2011, Krankenhaus für den Maßregelvollzug Berlin, Berlin.
- Moonen, X. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 30.05.2011, Universität Amsterdam, Amsterdam (Niederlande).
- Pfaff, D. (2011). Mündliche Mitteilung (Telefonat) vom 10.11.2011.
- Schilling, P. (2011). Mündliche Mitteilung (Fachgespräch) vom 30.06.2011, LVR-HPH-Netz Niederrhein, Kevelaer.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V.

Aktuelle DHG-Schriften

neu 2011

Leben so wie Du und Ich

Wege zur Teilhabe in der Gemeinde und Gesellschaft von Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf.

Beiträge und Projektbeschreibungen zu den DHG-Preisen 2008 und 2010; Jülich 2011;106 S.; € 10,00

neu 2010

Ausgrenzen – Begrenzen – Entgrenzen?

Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten.

Tagungsbericht DHG/Netzwerk Intensivbetreuung. Heidelberg/Jülich 2010; 194 S.; ISBN 978-3-00-032022-4; € 12,00

Umfeld- und Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe.

Empfehlungen und Handlungsansätze für Hilfeplanung und Gemeindeintegration.

Von Daniel Franz und Iris Beck. Hamburg / Jülich 2007; 70 S.; € 10,00

Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe

Tagungsbericht der DHG-Tagung 2007. Bonn/Jülich 2008. 186 S.
(Druckfassung vergriffen; Tagungsbericht ist als CD bestellbar! € 7,50)

Weitere DHG-Schriften und Bestelladresse

www.dhg-kontakt.de

DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT
AM SCHULZENTRUM 9-11, 52428 JÜLICH
WWW.DHG-KONTAKT.DE - MAIL@DHG-KONTAKT.DE

"Die DHG will dazu beitragen, die Lebensqualität von geistig behinderten Menschen mit einem hohen personellen Hilfebedarf zu verbessern."

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V.

- **berufsübergreifend**
- **interdisziplinär**
- **innovativ**

Ein Fachverband in der Behindertenhilfe zum Mitmachen

- **sich über aktuelle Entwicklungen auszutauschen**
- **neue Ziele entwickeln**
- **sich engagieren im Kreise anderer Menschen**

Die DHG wurde 1991 gegründet, um die Enthospitalisierung vieler geistig behinderter Menschen aus psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Großeinrichtungen voranzutreiben und sich für individuelle gemeindeintegrierte Wohnangebote und Hilfen einzusetzen.

Die DHG will dazu beitragen, die Lebensqualität von geistig behinderten Menschen mit einem hohen personellen Hilfebedarf zu verbessern: Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen, mit Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Erkrankungen.

Außerdem möchte die DHG innovative Entwicklungen in der Behindertenpolitik und in der Praxis der Behindertenarbeit vorantreiben: Mehr Lebens- und Wohnqualität, Selbstbestimmung, Individuelle Hilfeplanung, Persönliche Assistenz, Persönliches Budget, Gleichstellung, Sozialraumorientierung - auch für behinderte Menschen mit hohem oder speziellem Hilfebedarf.

Aktivitäten der DHG

- **Fachlicher Austausch**
- **Fachtagungen**
- **DHG-Schriften**
- **Expertisen**
- **DHG-Preis**
- **Fachpolitische Stellungnahmen**
- **Kooperation mit anderen Fachverbänden**

1991 – 2011
20 Jahre DHG

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V.

- für Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf
- gegen Ausgrenzungen in Großeinrichtungen
- für Lebensqualität und Leben in der Gemeinde

Machen Sie mit !

DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT
AM SCHULZENTRUM 9-11, 52428 JÜLICH
WWW.DHG-KONTAKT.DE - MAIL@DHG-KONTAKT.DE