Forensische Unterbringung Jugendlicher

Zwischen Psychiatrie, Haft und Jugendhilfe

Dr.med. Falk Burchard

Chefarzt der LWL Klinik Marsberg
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Übersicht

- Jugendforensik in Zahlen
- Jugendforensik im Verhältnis zu JH, KJP, JVA
- Voraussetzungen für eine forensische Unterbringung
- Wer kommt in die Jugendforensik ?
- Anforderungen an die Jugendforensik
- Die Jugendforensik in Marsberg strukturell
- Therapeutische Strategien in der Jugendforensik Marsberg
- Statistische Daten (Delikte, Diagnosen, Verweildauer)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

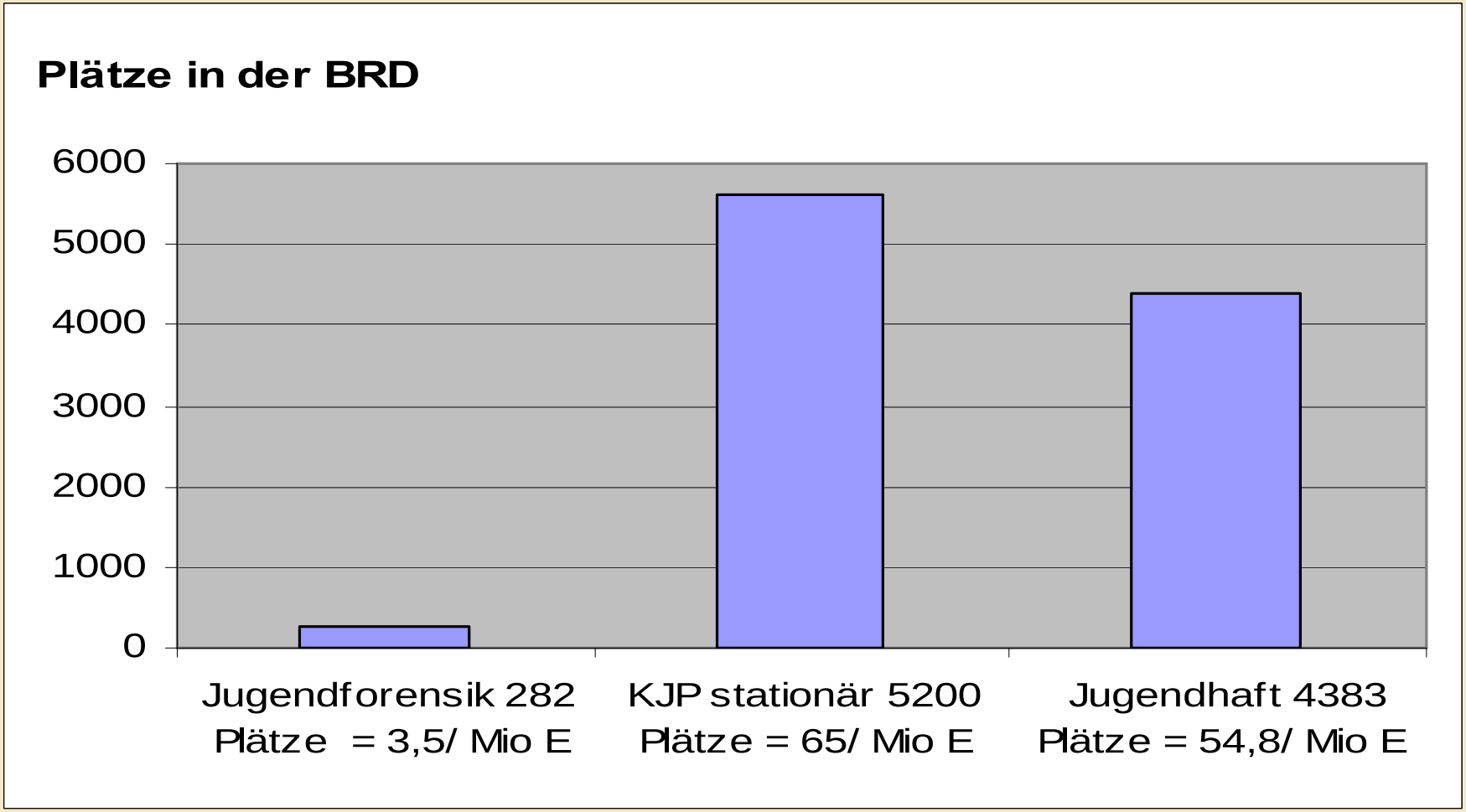

Plätze in der BRD
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
Jugendforensik 282
Plätze = 3,5/ Mio E
KJP stationär 5200
Plätze = 65/ Mio E
Jugendhaft 4383
Plätze = 54,8/ Mio E

Tabelle 1 Aktuelle Einrichtungstypen der Bundesländer, die jugendforensische Einrichtungen vorhalten

Standort	Einrichtungstyp
Arnsdorf, Sachsen	eigene Abteilung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Rodewisch, Sachsen	nur § 64 StGB
Rostock, Mecklenburg-Vorpommern	eigene Station im Erwachsenenmaßregelvollzug
Klingenmünster, Rheinland-Pfalz	Jugendmaßregelvollzug + sozialtherapeutische Einheit
Marburg, Hessen	gemischt mit Akutpatienten
Marsberg, Nordrhein-Westfalen	eigenes Haus in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Berlin	hauptsächlich forensische Patienten gemischt mit Akutpatienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Moringen, Niedersachsen	gemischt mit Erwachsenen

Parsberg - § 64	**Heranwachsende und junge Erwachsene**
Bad Zwischenahn	**in Planung als eigenständige Einheit**
Regensburg	**in Planung im Rahmen Erwachsenenforensik**
Mühlhausen	**Überlegungen im Rahmen Erw. forensik**
Viersen (NRW)	**Station für Heranw. in Erwachsenenforensik**

Tabelle 1: Anzahl der Untergebrachten nach Altersgruppen und Unterbringungsart (Statistisches Bundesamt, 2011, 2012, Weissbeck, 2009)

	14 bis 18	**18 bis 21**	**21 bis 25**	**14 bis 25**	**ab 25**	**Gesamt**
Gesamtbevölkerung	3204259	3713139	3995454	10912852	60702120	71614972
Jugendhaft	587	2 909	2 543	6 039	60	6 099
Sicherungsverwahrung			1	1	503	504
Freiheitsstrafe (Erwachsene)		201	5 121	5322	48 142	53 464
Strafgefangene* Gesamt	587	3 110	7 664	11 361	48 202	59 563
Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus (KH)						6 620
Unterbringung in Entziehungsanstalt (EA)						3 354
Maßregelvollzug Gesamt**	282		685	967	9 007	9 974

* ohne Sicherungsverwahrung

** Unterbringung in psychiatrischem KH und EA zusammen.

Tabelle 2: Prozentualer Anteil der Untergebrachten nach Altersgruppen und Unterbringungsart (Statistisches Bundesamt, 2011, 2012, Weissbeck, 2009)

	14 bis 18	18 bis 21	21 bis 25	14 bis 25	ab 25	Gesamt
Gesamtbevölkerung	4,47%	5,18%	5,58%	15,24%	84,76%	100,00%
Jugendhaft	9,62%	47,70%	41,70%	99,02%	0,98%	100,00%
Sicherungsverwahrung	0,00%	0,00%	0,20%	0,20%	99,80%	100,00%
Freiheitsstrafe	0,00%	0,38%	9,58%	9,95%	90,05%	100,00%
Strafgefangene Gesamt	0,99%	5,22%	12,87%	19,07%	80,93%	100,00%
Maßregelvollzug	2,83%		6,87%	9,70%	90,30%	100,00%

Länder mit eigener Jugend-MRV Einrichtung bringen weniger Jugendliche im MRV unter als Länder ohne eigene Jugend-MRV Einrichtung (Hummel pers. Mitt.)

Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz in der Betreuung teilweise der gleichen Jugendlichen ist oft zufalls-abhängig und müsste erheblich verbessert werden

Bisherige Hindernisse: „entsorgendes“ Töpfedenken, Kommuna-lisierung der Jugendhilfe bei auseinander driftenden kommunalen Möglichkeiten

Lösungen ?

Strafverfahren als „Trigger“ für JH-Maßnahmen ?

Kindeswohlgefährdung bei Delinquenz ?
kommunaler Finanzausgleich ?
modulare Mischfinanzierung ?
integrative Langzeittherapie schwerst gestörter Jugendlicher ?

Voraussetzungen für eine Unterbringung im Jugend-MRV

- (Schwere) Tat
- Eingangsmerkmal nach § 20 StGB
- Zusammenhang Tat - Eingangsmerkmal
- Mindestens erheblich verminderte Schuldfähigkeit aufgrund Zusammenhang Tat - Eingangsmerkmal
- Prognose Gefährlichkeit – hohe Wahrscheinlichkeit
- Jugendliche – BGH – Urteil

MRV – rechtliche Voraussetzungen

Rechtsfolgen von Begutachtungsergebnissen

§ 3 JGG nicht gegeben	Einstellung des Verfahrens
§ 20 gegeben	Einstellung des Verfahrens, ggf. Prüfen der Gefährlichkeit (§§ 63,64)
§ 20 nicht auszuschließen	Einstellung des Verfahrens, kein Prüfen der Gefährlichkeit (§§ 63,64) ??
§ 21 gegeben	Strafmilderung, ggf. Prüfen der Gefährlichkeit (§§ 63,64)
§ 21 nicht auszuschließen	Strafmilderung, kein Prüfen der Gefährlichkeit möglich (§§ 63,64)

Eine forensische Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus darf nur angeordnet werden, wenn die Gesamtwürdigung von Tat und Täter ergibt, dass von einem Täter aufgrund seines psychischen Defektes zukünftig erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind

- Krankheits- und persönlichkeitsbedingte Wahrscheinlichkeit erheblicher künftiger rechtswidriger Taten
- In Abhängigkeit von den Lebensumständen
- Bei Jugendlichen ist besonders auch hinsichtlich der Möglichkeit zu prüfen, ob auch andere Maßnahmen als eine Unterbringung gem. § 63 geeignet sein könnten, die Gefährdung auszuschalten

Zu berücksichtigen

- Art und Gewicht der etwa zu befürchtenden rechtswidrigen Taten, Gefährlichkeitsgrad dessen, was bei Eintreten des Risikofalles zu erwarten wäre
- Je höher die Erheblichkeit der möglichen Tat, umso geringer muß die Wahrscheinlichkeit hierzu sein
- Je geringer die Erheblichkeit, umso höher muß die Wahrscheinlichkeit sein

- **Unschärfe der Prognosemethode**

Die Zugangsschwelle zur Jugend-forensik muß hoch bleiben

- Durch die forensische Unterbringung entsteht bisher oft faktisch-praktisch eine Beweislastumkehr der Gefährlichkeit zu Ungunsten des Jugendlichen
- Für den Staat entsteht aus jeder Unterbringung eine kostenintensive Garantenfunktion
- Begutachtungsmasstäbe müssen klarer sein
- Unterbringung Jugendlicher nach §§ 63/64 ist erst zulässig, wenn es keine Alternative dazu gibt (BGH)

Möglichkeiten für Jugendliche der frühzeitigen Entlassung aus dem MRV

- Beurlaubung unter Aufrechterhaltung der Verantwortung der Klinik jederzeit möglich
- § 63 auf Bewährung von Anfang an aber auch jederzeit möglich – Verantwortung Führungsaufsicht, Bewährungshilfe, FNA
- § Unterbringung nach 64 StGB
- LG Arnsberg Juli 2013: Begutachtung nach § 463 Abs. 4 StPO i.V. mit § 67e StGB hat sich nicht nur auf die Prog-nosefaktoren zu be-schränken sondern muß erneut wie im Einweisungsgutachten sämtliche Unterbringungsvoraus-setzungen neu prüfen. Dies bedeutet eine Chance gerade für Jugendliche im MRV untergebrachte Straftäter auf eine Entlassung, selbst wenn die Gesamt-Legalprognose noch nicht 100 %ig optimal ist, wenn der entwicklungsbedingte Anteil der Steuerungs-unfähigkeit therapeutisch behoben wurde

Praktische Stellung, Aufgaben und Ziele des Jugend-MRV

- Sicherung, Schutz der Allgemeinheit vor gefährlichen Jugendlichen
- Zwangskontext
- Behandlung von Krankheit
- Reduktion von Gefährlichkeit
- Therapie von Verletzungen
- Förderung von Entwicklung
- Resozialisierung

Wie andere Maßnahmen des Jugendstrafrechts haben sich auch jugendforensische Maßnahmen an den Zielen, Möglichkeiten und Aufträgen des JGG zu orientieren

- Erziehungsgedanke
- Berücksichtigung von Alters- und Reifestufen im Strafverfahren
- Erzieherische Befähigung von Jugendrichtern und Jugendstaatsanwälten (und Gutachtern (!?))
- Beteiligung des Jugendamtes (Jugendgerichtshilfe)
- Aspekt der sich entwickelnden Persönlichkeit

Brauchen wir eigene, jugendforensi-sche Rechtsnormen wie z.B. in Holland?

(Langjährige Forderung Tondorf)

Der delinquente Jugendliche zwischen Jugendhilfe, JVA und Jugend-MRV

- leichte bis mittlere Delinquenz, moderate Gefährdung → (geschlossene) Jugendhilfe, evntl. Arrestmaßnah-me
- leichte mit mittlere Delinquenz, strukturelle Störun-gen oder psychische Krankheit, moderate Gefähr-dung → Jugendhilfe und KJP, wechselnde Settings – wichtig – Kooperation !
- schwere Delinquenz, massive Gefährdung, Schuldfä-higkeit vorhanden, damit ist nicht gesagt dass er psychisch „gesund“ ist → JVA
- meist schwere Delinquenz, massive Gefährdung und schwere strukturelle Störungen oder psychische Krankheit, Schuldfähigkeit nicht vorhanden → Jugend - MRV – gefühlt: Tendenz auf niedrigem Niveau steigend

Die meisten in der Jugendforen-sik betreuten Jugendlichen haben

- schwere strukturelle Persönlichkeitsent-wicklungsdefizite, -retardierungen, -störungen
- meistens ausgeprägte Bindungsstörungen und -defizite
- oft auch Traumafolgestörungen

Risikofaktoren für problematische Persönlichkeitsentwicklungen

- Misshandlung, Vernachlässigung, Missbrauch
- Ungünstige Vorbilder durch Medienkonsum, Gewalttätige Jugendliche selektieren und erinnern Gewaltszenen wesentlich besser als normale
- Zusammenhang Bindungsqualität, Empathiefähigkeit, Fähigkeit zur Perspektivenübernahme (siehe gestriger Vortrag Bauer)
- Zerrissene Biografien durch oft zu starke Betonung des Elternrechtes, bei Kindeswohl - Gefährdungen oft zu spätes und inkonsistentes Eingreifen der Jugendhilfe

Physiologische kindliche Expansivität und Aggressivität wurde bis heute nicht „gezähmt“ (Empathie, Spiegelneurone, Affektregulation…)

Daraus resultiert oft

in verschiedenen Bereichen (Gewalt, Sexualität, Brand, Diebstahl, Mob-bing…) und Ausprägungsgraden

→ eine „aggressive“ Verhaltensstö-rung ohne „Bremse“

In der Jugendforensik muss deshalb meist als erstes die Frühsozialisation nachgeholt werden, oft mit ähnlichen Prozessen wie im Kleinkindalter üblich

Das bedeutet meist

- **zunächst Eingrenzung und Modulation aggressiver Impulse**
- **und später langsame Übergabe in die Selbststeuerung**
- **mehrstufiges Programm erforderlich**

Auf der Ebene der Bindungsent-wicklung müssen wir Widersprüche integrieren

- stark, eingrenzend und unzerstörbar sein (Sicherheit)
- positive Beziehung aufbauen (Vertrauen)

→ Fehlertoleranz

Der Zeitraum, der für eine nachhaltige Nachreifung erforderlich ist, beträgt momentan erfahrungsgemäß drei bis fünf Jahre (kann evntl. reduziert werden)

Wenn bisher alles schief gegangen ist übernimmt Jugendforensik Aufgaben aus verschiedenen Bereichen:

- **Ersatz-Primärsozialisation**
- **Förderung**
- **Jugendhilfe**
- **Therapie/ Klinik**
- **Schule/ Bildung**
- **Strafe/ Justiz/ Kriminalrehabilitation**
- **Tertiärprävention**

	Stationäre Jugendhilfe	Stationäre Jugendpsychiatrie	Jugendstrafe	Jugendforensik
Intelligenz	Unspezifisch	Unspezifisch	Unspezifisch, Tendenz zu vermindert	Oft vermindert
Achse-I-Störung	Nicht notwendig	Vorhanden	Oft vorhanden	Immer schwere Störung
Eigengefährdung	Solange Absprachefähigkeit vorhanden	Im geschützten Rahmen auch bei nicht vorhandener Absprachefähigkeit	Kommt häufig vor, es wird meist restriktiv-sichernd damit umgegangen	Therapeutischer Umgang damit, auch bei nicht vorhandener Absprachefähigkeit
Therapie/ Behandlung	Fallbezogen ja	Sehr Wichtig	Niedrig	Wichtig
Achse-5-Störung soziogen	Oft soziogene Störung	Soziogene Störung nicht selten vorhanden	Sehr oft soziogene Störung	Sehr oft soziogene Störung
Gewalt-Fremdgefährdung	Unspezifisch, möglich	Unspezifisch, möglich	Meist vorhanden	Immer vorhanden
Sicherungsbedarf	Wird vielfach ideologisch geprägt abgelehnt	Bei Gefährdung selbstverständlich	Hoch, standardisiert	Hoch bis individuell
Strafbares Handeln als Zugang	Fallbezogen möglich	Im Einzelfall	Immer	Immer
Wichtigkeit des Strafaspektes	Im Selbstverständnis kaum, real möglich	Im Selbstverständnis nicht, kann real eine Rolle spielen	Hoch	Subjektiv hoch, Förderung und Therapie steht aber im Vordergrund
Verbindlichkeit	Mittel	Niedrig	Hoch, zufällig	Sehr hoch
Pädagogik	Wichtig	Mittel	Niedrig bis mittel	Wichtig
Haupt-Auftrag	Pädagogik, Förderung, Ausgleich von Nachteilen	Diagnostik, Beratung, Behandlung, Betreuung	Strafe, Rückmeldung des Verhaltens, Besserung	Sicherung, Behandlung, Förderung, Resozialisierung
Langfristige Förderung	Sehr wichtig	Gibt eher aktuelle Impulse	Nicht selten vernachlässigt	Sehr wichtig

Vorläufigkeit der Diagnosen

- Reifung des ZNS – Grundlagen
- Reifung des (frontalen) ZNS bei Jugendlichen nicht abgeschlossen
- Es folgt verminderte Steuerungsfähigkeit als physiologische Situation mit hoher (Norm) Variabilität
- Psycho-Sozio-Emotionale Entwicklung insgesamt nicht abgeschlossen
- Bindung und Sozialisationserfahrungen meist deletär, falsche Orientierungen
- Oft Normalisierung und „Auswachsen“ im weiteren Verlauf (bis Mitte 25)
- Stellt MRV rechtlich natürlich auch ganz grundsätzlich infrage

Vorläufigkeit der Diagnosen bezogen auf Eingangsmerkmale § 20

- Schwachsinn – ausgeprägte altersbezogene Reifungsdefizite und kognitiv verminderte Einsichtsfähigkeit mit konsekutiv verminderter Steuerungsfähigkeit, häufiger Sexualdelikte. Dauerhaftigkeit der Diagnose Schwachsinn nicht immer gegeben
- krankhafte seelische Störung – Psychose, könnte auch Adoleszentenkrise mit psychotischen Symptomen, ADHS und psychosoziale Retardierung sein, meist eher Gewaltdelikte
- schwere andere seelische Abartigkeit – Persönlichkeitsentwicklungsstörung, vor allem Sozialverhaltensstörungen mit Bindungsstörung, Traumatisierung, sowie Sexualstörungen bei häufig selbst missbrauchten Kindern – Gewaltdelikte und/ oder Sexualdelikte. – Auch: Callous unemotionals, aber die steuern sich
- tiefgreifenden Bewusstseinsstörung – Affekttat, bei Jugendlichen entwicklungsbedingt eher möglich als bei Erwachsenen, aber selten begutachtet → kaum MRV als Folge

Jugendforensik hat andere Ausgangsbedingungen als die Erwachsenenforensik

- Mehr Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten bei Jugendlichen als im späteren Erwachsenenalter
- Der noch unfertige Jugendliche ist in seiner strukturgebenden Prägungs- und Entwicklungsphase in der Jugendforensik von unseren Angeboten zu 100 % abhängig. Dies ist Verpflichtung und Chance zugleich
- Wir müssen die begrenzte die Zeit stürmischer psychosozialer Entwicklungsdynamik, im Jugend-MRV so intensiv wie möglich ausnutzen
- Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen findet in Phasen und Sprüngen statt
- Entwicklungsbereiche Motorik, Sprache, Kognition Denken, Emotion und Affektkontrolle, Gedächtnisbildung Lernverhalten, Wille und Intentionalität, soziale Funktionen und soziale Rollenübernahme
- Jugendliche sind physiologisch stärker an Vertrauensbeziehung zu Elternfiguren, an denen sie sich orientieren können, interessiert als Erwachsene, an denen sie sich gleichzeitig besonders ´reiben´
- Jugendforensik hat bessere Voraussetzungen als der Erwachsenen-MRV, auf der Basis von Vertrauens- und Beziehungsaufbau zu arbeiten
- Jugendliche sind „naiver“ und authentischer als Erwachsene. Wir dürfen ihnen daher eher vertrauen als Erwachsenen

Jugendforensische Patienten sollten möglichst nicht in erwachsenfoprensische Kliniken verlegt werden müssen

Gründe

- Erheblich langsameres Entwicklungstempo in der Erwachsenenforensik
- Rigideres Sicherheitsmanagement als für Jugendliche sinnvoll
- Fokus auf Behandlung, nicht auf Entwicklung

- Längerfristige Hospitalisierung in der Erwachsenenforensik
- Sozialisation bei erwachsenen forensischen Patienten und nicht bei altersgleichen Peers
- Unter Umständen Entwicklung vopn Opferstatus

Die Stellung einer infausten Prognose ist bei Jugendlichen und Heranwachsenden prinzipiell nicht möglich und nicht zulässig

- hohe Entwicklungsdynamik im Jugendalter
- hauptsächlich statische Variablen, aber wenig Verlaufsvariablen zur Prognosebeurteilung vorhanden
- unsichere empirische Lage, gängige Prognoseinstrumente sind für Jugendliche noch nicht hinreichend validiert
- der Einsatz von an Erwachsenen validierten Verfahren kann bei physiologisch gegebenem jugendtypischem Gipfel an oppositionellem und dissozialen Verhalten zu unangemessen schlechter Prognosestellung bei Jugendlichen führen

Eine Unterbringung jugendlicher Straftäter im Erwachsenen-Maßregelvollzug zur ausschließlichen Sicherung und Verwahrung muss prinzipiell ausgeschlossen bleiben

Länder ohne jugendforensische Abteilung haben heute mehr Verurteilungen Jugendlicher nach §§ 63/64 als Länder mit jugendforensischer Abteilung

- die Prinzipien des JGG werden hier bisher sicher nicht angewendet
- die Dynamik – mehr Angebot schafft mehr Bedarf gilt so einfach im Bereich Jugendforensik nicht

→Und die Callous unemotional traits ?
→Von Bauer ausgeklammert

Therapeutische Mindestanforderungen

(modifiziert n. Specht 1990, Schläfke & Häßler Häßler 2001

- **Feld für soziales Lernen**
- **Aufbau von Bindungen mit Peer Group und ´Elternfiguren´**
- **Einbeziehen relevanter Bezugspersonen**
- **weitgehende Annäherung an Lebensbedingungen außerhalb der Einrichtung**
- **eigene Gestaltung notwendiger Verantwortungsbereiche**

Therapeutische Mindestanforderungen

(modifiziert n. Specht 1990, Schläfke & Häßler Häßler 2001

- überschaubare Größe, entsprechende Gliederung
- außerhalb des Akutbereiches (Aufnahmebereich, Krisenintervention)
- vom Erwachsenenbereich abgegrenzt
- Schule und Berufsausbildung
- schrittweise Übergänge von innen nach außen möglich

Therapeutische Mindestanforderungen

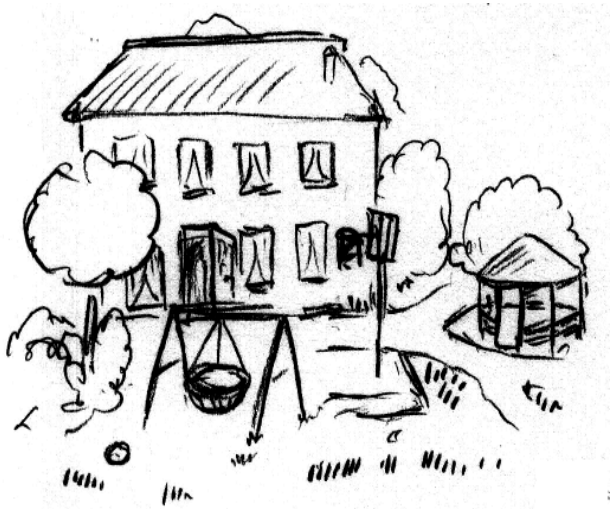
(modifiziert n. Specht 1990, Schläfke & Häßler Häßler 2001

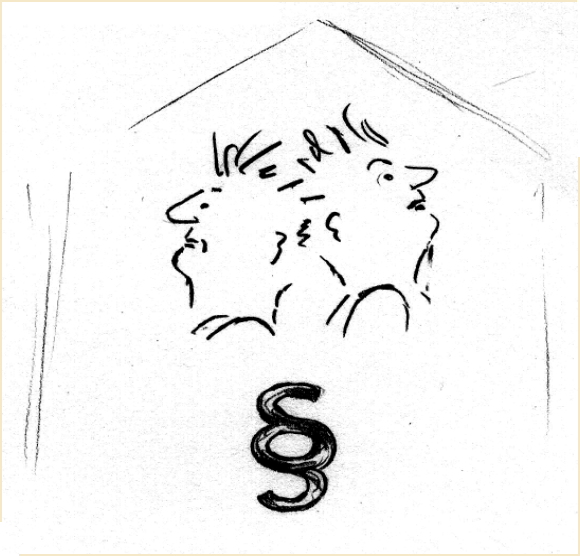
- **Plan seiner Angebote und Vorgehensweise, des Zusammenwirkens und des beabsichtigten Verlaufes seiner Einflussnahme nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen**
- **Mitarbeiter mit besonderen Befähigungen**
- **Fachdienste mehrerer Fachrichtungen: Kinder-und Jugendpsychiatrie, Pädagogik, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychotherapie, Psychologie, Ergotherapie, Kreativtherapie**
- **Fortbildung, Supervision und externe Teamberatung**
- **Personalausstattung nach PsychPV plus zusätzlicher Sicherungsaufwand**

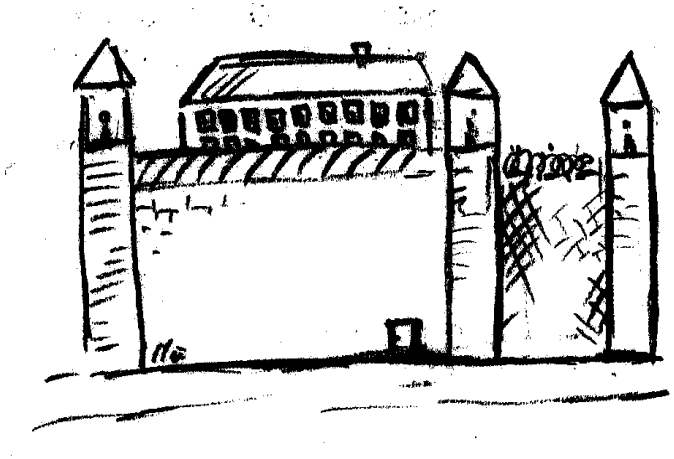
Sicherheit

- dialektisches Gegenspieler-Verhältnis zwischen Sicherheitsdenken und -anforderungen und Einräumen von Möglichkeiten der individuellen Entwicklung
- wir müssen einerseits aufmerksam und wach, andererseits aber auch wohlwollend und unterstützend sein
- institutionelles Mißtrauen, die Sicherheit - muß als Gegebenheit vorhanden sein, aber losgelöst von der einzelnen Beziehung
- Ziel der Rückführung in die Gesellschaft muß konsequent verfolgt werden können
- Einräumen von Vertrauen („handle in eigener Freiheit richtig“) trotz möglichem und sogar immer wieder wahrscheinlichem Scheitern
- ausgewogenes Verhältnis zwischen Sicherheitsanforderungen und Einräumen von Eigenverantwortung
- kontrolliertes Eingehen von Risiken

Jugendforensik - im Rahmen einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – mehr Therapie ?







Jugendforensik im Rahmen einer Klinik für Forensik – mehr Sicherheit ?

→ Oder gar in der JVA für Jugendliche ?

→ Mit Therapie für ALLE psychisch gestörten Jugendlichen ??

Drei therapeutische Säulen im Jugend – MRV

Behandlung der Störung	**Therapie der Verstörung**	**Förderung der Entwicklung**
gezielte therapeutische Beeinflussung diagnosespezifischer Störungen (Psychose, ADHS, Borderline, bipolare Störung) Psychoedukation medizinische Aspekte psychopharmakologische Aspekte verhaltenstherapeutische Aspekte Störungsspezifische soziotherapeutische Aspekte	Psychotherapie, verstehender psychotherapeutischer Ansatz Erarbeitung eines Gesamt-Verständnismodells der bisherigen Persönlichkeitsentwicklung Familientherapie und – wo und wann dies möglich ist - Versöhnung tatspezifische Verständnismodelle können hier eingepasst werden ohne als Entschuldigung zu dienen traumaspezifische Aspekte der inkriminierten Straftaten für den Jugendlichen selbst sollten nicht vernachlässigt werden	spezifische Förderung individueller Entwicklungsdefizite Entwicklungsförderung wichtiger psychosozialer Kompetenzbereiche Lebensumfeld, das Nachreifung der Persönlichkeitsentwicklung ermöglicht möglichst altersgerechte Angebote und Lebensgestaltung Resozialisierung

Entwicklungsförderung im Jugend-MRV bedeutet Förderung

- körperlich
- Bindungsfähigkeit
- affektive Selbststeuerungskompetenzen
- strukturelle Persönlichkeit, Willensbildung
- moralisch, emotional-sozial
- zwischenmenschliche psychosoziale Funktionskompetenzen
- psychosexuelle Identität
- progressive versus regressive Verhaltenstendenzen
- Autonomie, Fähigkeit, sich abzulösen
- schulisch berufliche Bildung
- der Real-Verselbstständigung
- in Bezug auf Schwellensituationen (Abschied)

Die jugendforensische Einrichtung der LWL-Klinik Marsberg

Das stationäre Setting

- Separates Haus auf dem Gelände der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Klinik für KJP mit 83 Plätzen und 25 Forensikplätzen
- Forensik beinhaltet ein aufeinander aufbauendes, dreistufiges Behandlungskonzept
- Klientel: Männliche Jugendliche ab 14. LJ
  (Tat vor 18. LJ)
- Mittlerer Sicherungsstandard

(keine Hochgefährlichkeit mit extremer Fremdaggressivität, Fluchtgefahr)

Phasen in der Behandlung jugendlicher Sexual- und Gewalttäter

- Schockphase zur langfristigen Unterbringung
- Phase der Überanpassung, des Pseudo-Kontaktes, aber auch der Impulsdurchbrüche
- Phase des Ankommens und der Bewusstwerdung, beginnende Vertrauensbildung zu einzelnen Personen
- Phase der beginnenden Akzeptanz der Unterbringung
- Phase erster konstruktiver, realistischer Zielorientierung
- eigentliche zentrale Therapiephase
- Phase beginnender realistischer Außenorientierung
- Umsetzungsphase realistischer Ziele und Planungen

Station 07/1: Gesicherte Station

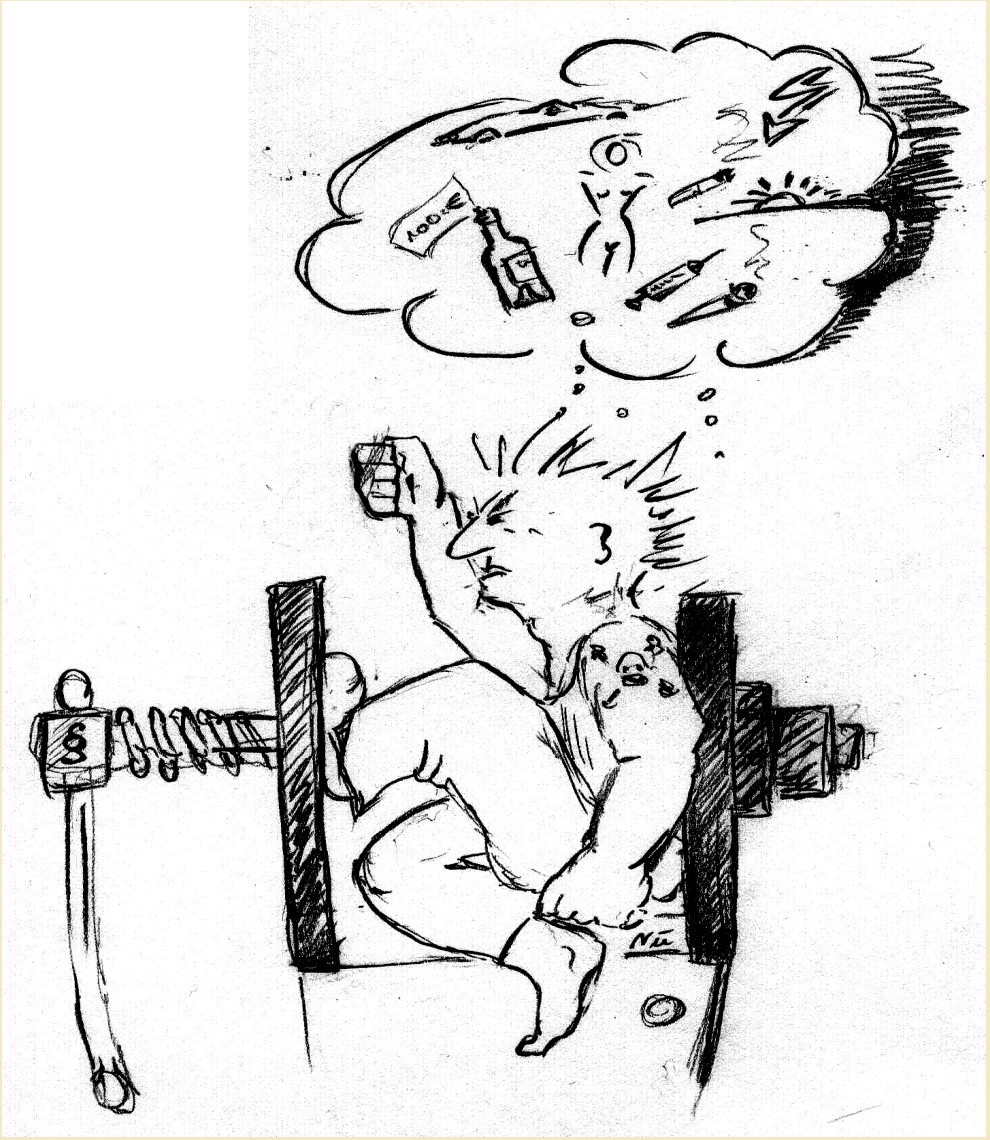
Klientel

- kürzlich nach § 63 oder § 64 StGB untergebrachte Patienten auch Begutachtungspatienten (§ 81 StPO, § 126a StPO, § 73 JGG)
- wenig konstruktive, individuelle Ressourcen
- erhebliche Retardierung aller Reifungsprozesse
- unreifes Impulskontrollsystem, nicht altersgerechte Impulskontrolle mit Neigung zu aggressiven, kurschlüssigen und fahrlässigen Handlungen
- meistens gestörtes Bindungssystem

Station 07/1: Gesicherte Station

Behandlung

- individuell-strukturierender Ansatz, Außenbegrenzung und Außenkontrolle bei gleichzeitiger Wertschätzung
- regelorientiertes Vorgehen der Betreuer, Vermittlung von Werten, Normen, Regeln, basaler sozialer Kompetenzen
- Bezugspersonenarbeit, Nachholen von Aspekten der Primärsozialisation, „Nachbeelterung“
- Einzeltherapie methodenintegrativ, tiefenpsychologisch
- supportive Einzel- und Gruppentherapien
- Absenken der Kontrolle im Verlauf, Herausführen aus der hohen in eine geringere Kontrolldichte (positive Verstärkung konstruktiven Verhaltens) ist besser, als Kontrolle reaktiv zu verstärken (negative Verstärkung problematischen Verhaltens)
- Aufenthaltsdauer 6 – 12 Monate /auch länger)


100€
§

Macht und Ohnmacht als übergreifendes Beziehungsthema im Jugend-MRV

Reziproke Beziehung: Sowohl Macht als auch Ohnmacht

Verwandlung von Kampf um Vorherrschaft in Zusammenarbeit

- in der Beziehung Kind - Elternhaus
- oft ist das Kind (Patient) auch (ohnmächtiges) Opfer
- in der Beziehung Täter (Patient) - Opfer
- Beziehung zwischen Therapeut und Patient
- Beziehung zwischen PED - Mitarbeiter und Patient
- Beziehung zwischen Patient A und Patient B
- Dialektik von Abhängigkeit und Autonomie
- Macht über den Anderen versus Macht über sich selbst
- Außenkontrolle versus Eigenkontrolle

Kooperation und Vertrauen

- Tragfähiger Kontakt zwischen Mitarbeiter und Patienten (multidisziplinäres Stationsteam):
  - Beidseitiges Verständnis/Einhaltung der Regeln und Grenzen
  - Individuelle, stetige Fortschreibung der Pflege-/ Behand-lungsplanung, Abstimmung zwischen pflegerischem und therapeutischem Dienst
- Freiräume zur Auslebung oppositioneller und autonomie-fördernder Impulse vs. Kontrolle und Reflexion dissozialer Tendenzen

➢ Hohes Belastungspotential der Mitarbeiter

➢ Vertrauensaufbau in die eigenen Kompetenzen (Patient/ Mitarbeiter), Eigenverantwortung

➢ Schwierig diesen Reifegrad auch bei den Mitarbeitern zu entwickeln

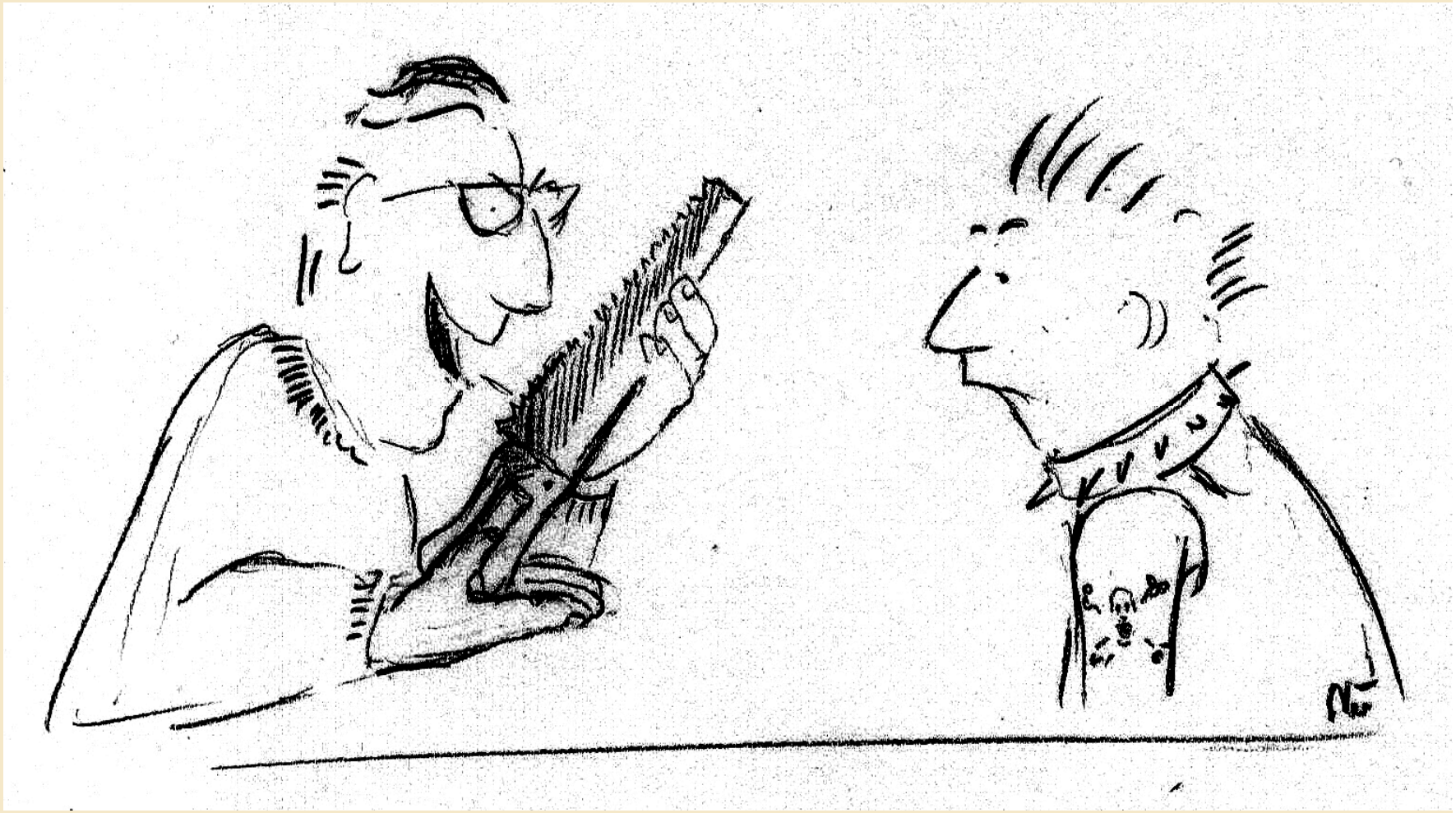
Station 07/1: Gesicherte Station

Ziele

- ⇒ Vorbereitung für die mit mehr Freiheiten ausgestattete “nur” geschlossene Station 07_2
- ⇒ Steigerung der persönlichen Verantwortlichkeit
- ⇒ Aufbau erster sozialer Kompetenzen in der Gruppe
- ⇒ Basisakzeptanz für Regeln und Vereinbarungen

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Station 07/2: Geschlossene Station

Klientel-Voraussetzungen

- der Patient ist an die Situation im MRV adaptiert und hat sich darauf eingestellt
- basale Selbststeuerungsfähigkeiten unter Aufsicht wurden erlernt, es besteht eine gewisse Belastbarkeit
- grundsätzliche Bereitschaft zu Veränderung sollte vorhanden sein
- Motivation leitet sich ab aus der Möglichkeit, sich aus dem MRV heraus zu entwickeln
- individuelle, konstruktive Ressourcen haben sich verbessert, der Patient hat eine gewisse soziale Stärke
- es gibt Potential weiterer Steigerung

Station 07/2: Geschlossene Station

Behandlungssetting

- demokratische therapeutische Gemeinschaft
- angeleitete Konfliktlösungen in der Bezugsgruppe
- Flexibilität und Möglichkeiten mit zu gestalten
- tat- und biographiezentrierte Gruppentherapien
- Einzelpsychotherapie, Familiengespräche nach Notwendigkeit
- Schule/ Beschäftigung/ Ausbildung, altersgerechte Außenfelderprobungen (nach Lockerungsstatus)
- Aufenthaltsdauer ca. 2 – 2,5 Jahre

Betreuungspersonen brauchen hohe Sensibilität um im Frühfeld ungünstiger Entwicklungen lenkend eingreifen zu können

Station 07/2: Geschlossene Station

Regelakzeptanz und Impulskontrolle mit virtueller Begrenzung (Stufe 2)

- keine ständige direkte Aufsicht
- diverse Möglichkeiten, Regeln zu übertreten
- Schwellenlockerung unbegleiteter Ausgang
- schwieriger Übergang

- der Patient muss alleine entscheiden, ob er eine gegebene Begrenzung einhält oder nicht
- bisher außen gelegene Kontrollstrukturen müssen nun internalisiert werden
- Rückfälle sind vorprogrammiert und kommen sicher
- entscheidend ist, dass wir diese erwarten, mitbekommen und konstruktiv reagieren.

Station 07/2: Geschlossene Station

Aufarbeitung der eigenen Biographie ohne allzu viel falsches Selbstmitleid

- Einbezug der Familie (Ziel oft: Versöhnung)
- Grundlage für Entwicklungsförderung: körperlich, moralisch, sozial-emotional, psychosexuell, schulisch…
- Rollenerwerb als Teil der Gesellschaft
- Entscheidung: „Wolf oder Schaf“ ? – oder dazwischen
- Klärung der eigenen Geschlechtsrollenidentität
- Altersgerechte Beziehungs-/ Lebensgestaltung

Station 07/2: Geschlossene Station

Eigenempathie ist Voraussetzung für Mitleid und Empathie in Andere

- Erarbeiten eines Gesamt-Verständnismodells der bisherigen Persönlichkeitsentwicklung
- Wie bin ich dort hingekommen wo ich jetzt stehe ?

- Annehmen und Akzeptieren der eigenen Biographie und Individualität
- Differenzierung des Eigen- und Fremdbilds
- Wie wirkt das was ich tue auf andere ??

Station 07/2: Geschlossene Station

Tatbearbeitung – Verantwortungsübernahme (Vorgehen)

- bewusstes Nachvollziehen der Tatdynamik durch Reinszenierung der Tat im Gruppensetting
- Kennenlernen der eigenen tieferen Motive, Auseinandersetzung mit der Tat (ggf. traumaspezifisch) und Erarbeitung eines eigenen Tatverständnisses
- Vergleiche mit Mitpatienten, Perspektivwechsel, Kommunikation, Gruppenfähigkeit
- Akzeptanz der eigenen Taten und der Taten der Anderen (z.B. Sexualstraftat)
- Übernahme von Verantwortung für die Tat(en) und das eigene Handeln

Station 07/2: Geschlossene Station

Tatbearbeitung – Verantwortungsübernahme (Ziele)

- intrinsische Motivation, nicht wieder straffällig zu werden
- Erarbeitung und Erprobung individueller Präventiv-strategien
- Verantwortungsübernahme, Reduktion der Fremd-attributierung
- Aufbau angemessene Opferempathie
- Abwägen und Einbeziehen möglicher Konsequenzen des eigenen Handelns für andere in eigene Ent-scheidungen

Station 07/2: Geschlossene Station

Gesamtziele

- ⇒ **Ausbau sozialer Kompetenzen**
- ⇒ **persönliche Verantwortungsübernahme**
- ⇒ **Risikobewußtsein für eigene Täter-Risiken**
- ⇒ **Steigerung der Eigenkontrolle**
- ⇒ **Entwicklung und Start einer sozialen Lebensperspektive**

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

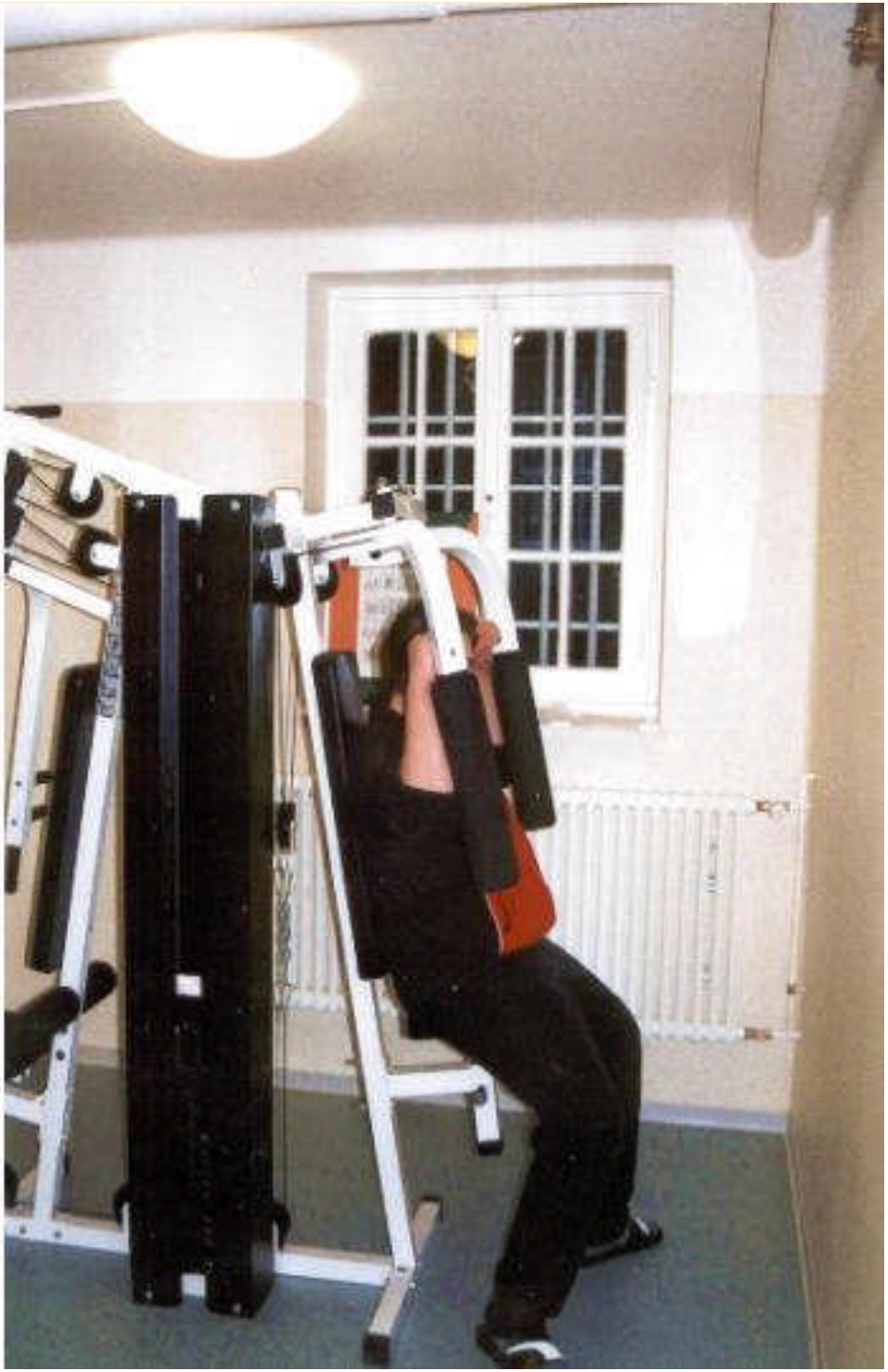
Ich werde
Hand-
werker.

Die “Stationen” 07_3 und 07_4

Setting

- Ein im Haus und ein außerhalb gelegenes Appartment mit je zwei Plätzen (Kleinst-WG)
- Voraussetzung ist (Aussicht auf) unbegleiteten Ausgang
- Selbstversorgung, Erledigung täglicher Aufgaben und Veranwortungen
- Verweildauer bisher ca. ein halbes bis ein Jahr
- 07/3 (im Haus) enger an 07/2 orientiert, teilweise noch Teilnahme an Therapiegruppen
- 07_4 außerhalb gelegen, ca, 400 m entfernt
- Betreuung der beiden Wohnungen durch eigenes gemeinsames Team
- Artbeit/ Schule
  - Vollzeit-Job, Ausbildung oder Schule im Außenfeld
  - Hausarbeit, Organisation der Freizeit
  - Beschützter Arbeitsplatz

- **Individuation, beginnende Autonomie, Vorbereitung einer Entlassung**



Schulbildung und Berufsbildung
Training von Anstrengung und Ausdauer

- Verzahntes, aufeinander aufbauendes Konzept gemäß § 11 MRVG NRW und des erzieherischen Gedanken des JGG
- Nach Abschluss relevanter Therapieaspekte: Entwicklung einer Zukunftsperspektive
- Berücksichtigung individueller Ressourcen, Lockerungsmöglichkeiten, Neigungen
- Berücksichtigung von Ausschlusskriterien
- Fortlaufende Neueinschätzungen notwendig
- Schule steht nicht immer im Vordergrund

Soziale Wiedereingliederung
Möglichkeiten weiterer Verselbstständigung

- Integration in ortsansässige Vereine
- Unterbringung in interner oder externer Therapiewohnung
- Längere Beurlaubung in komplementäre Einrichtung (Individuallösungen für geeignetes Wohn-/Therapieumfeld)
- Bedingte Entlassung aus der Forensik unter Führungsaufsicht auf Bewährung
- Nachbetreuung über unsere forensische Nachsorge-ambulanz

Gewaltstraftäter versus Sexualstraftäter

- offene direkte Gewalt versus sexualisierte subtile Gewalt
- Impulsivität versus „Triebdruck“ bzw. „Realisierungsdruck“
- Sozialverhaltensstörung versus Überanpassung
- Hoher Status der Gewalttäter versus niedriger Status der Sexualstraftäter
- Prahlerei der Gewalttäter versus Scham der Sexualtäter
- Sexualtäter sehr heterogen in ihrem Störungsbild, müssen gut diagnostiziert und sehr differenziert behandelt werden

Psychische Erkrankung versus Persönlichkeitsstörung

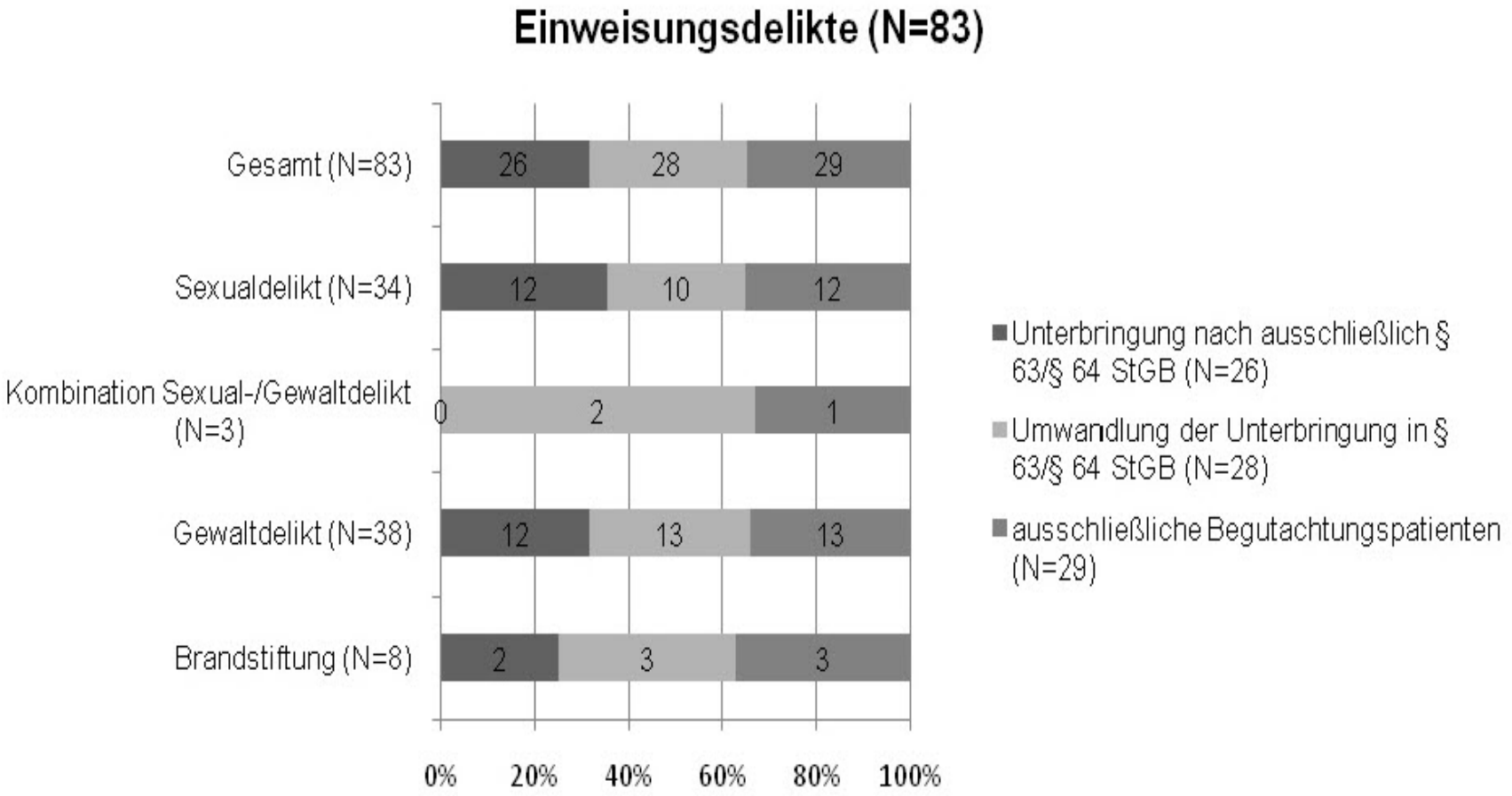
- oft Mischung (z.B. ADHS) psychischer Störung und Persönlichkeitsstörung
- Krankheit versus Entwicklungsstörung
- Krankheitsdefizite versus Sozialisationsdefizite
- unklare Bilder: „Adoleszentenkrisen“
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bessern sich unter Langzeittherapie oft dramatisch

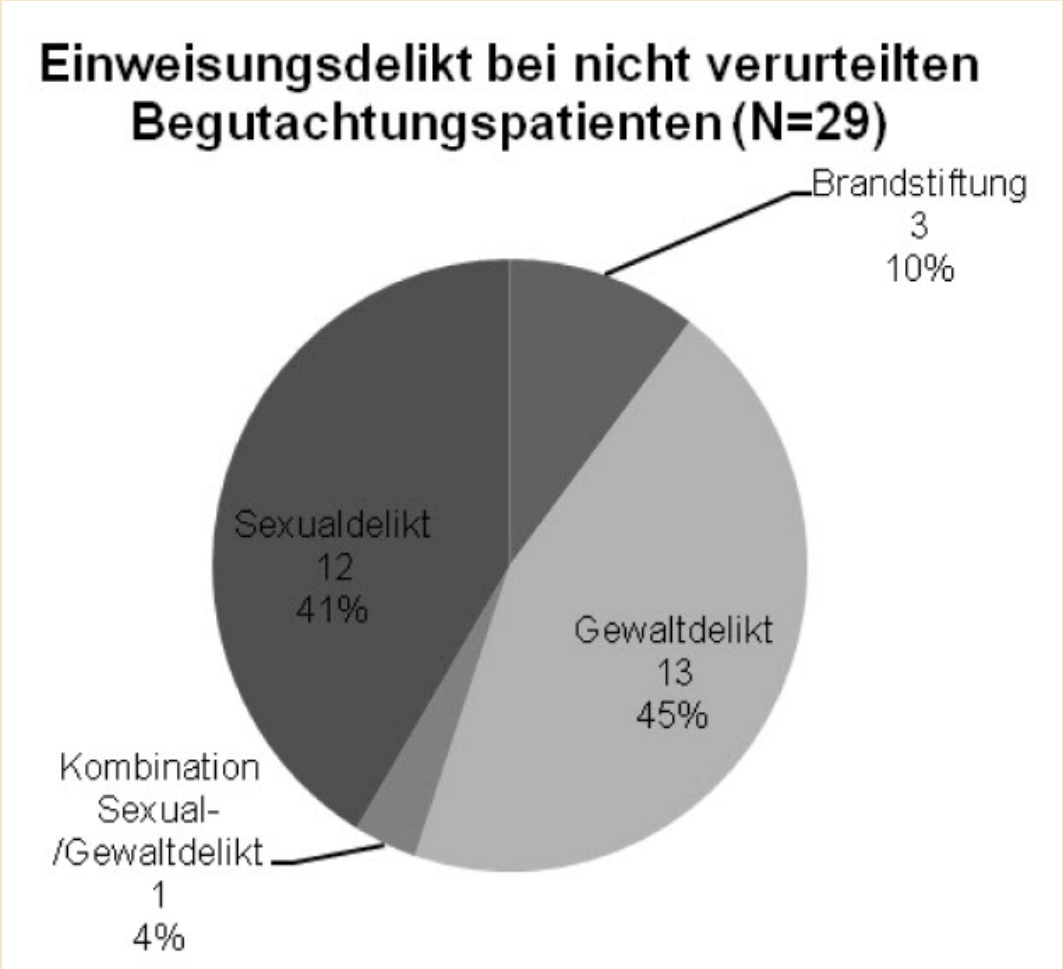
Sucht

- Sucht als sekundäre Problembewältigungsform als neuer Problemfokus
- soziales Lernen unter den Bedingungen von Suchtmittelfreiheit
- Ziel: Erarbeiten der eigenen Störungsdynamik
- Reflektion der Suchtproblematik im eigenen Störungsgefüge
- Lernen der Vermeidung, Umgehen mit Versuchungen
- Unterbringung nach § 64 oft zu kurz

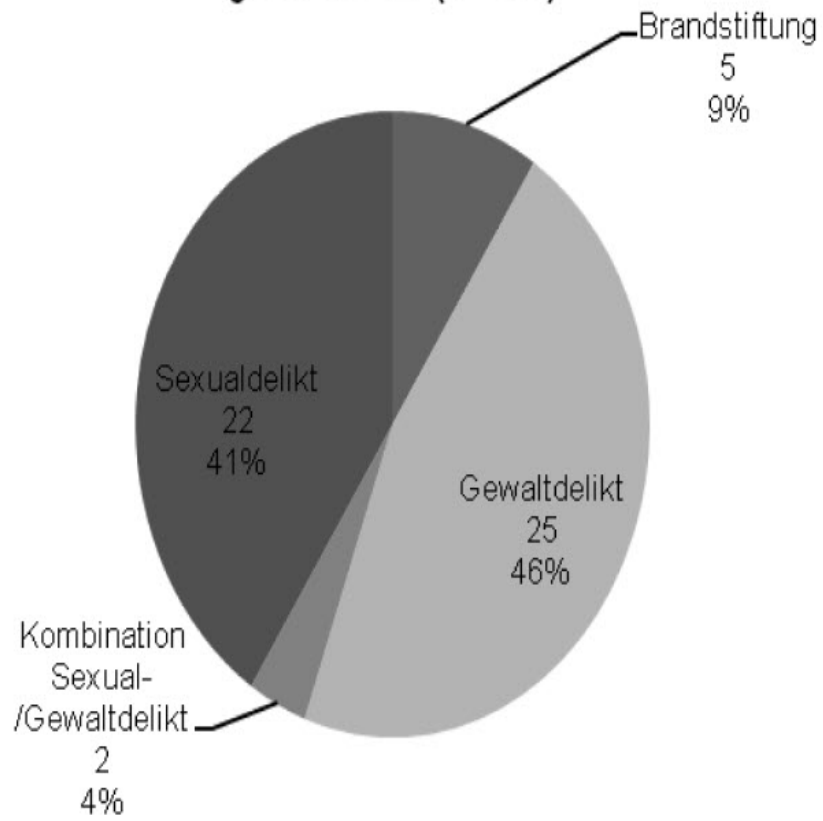
„Schwachsinn“

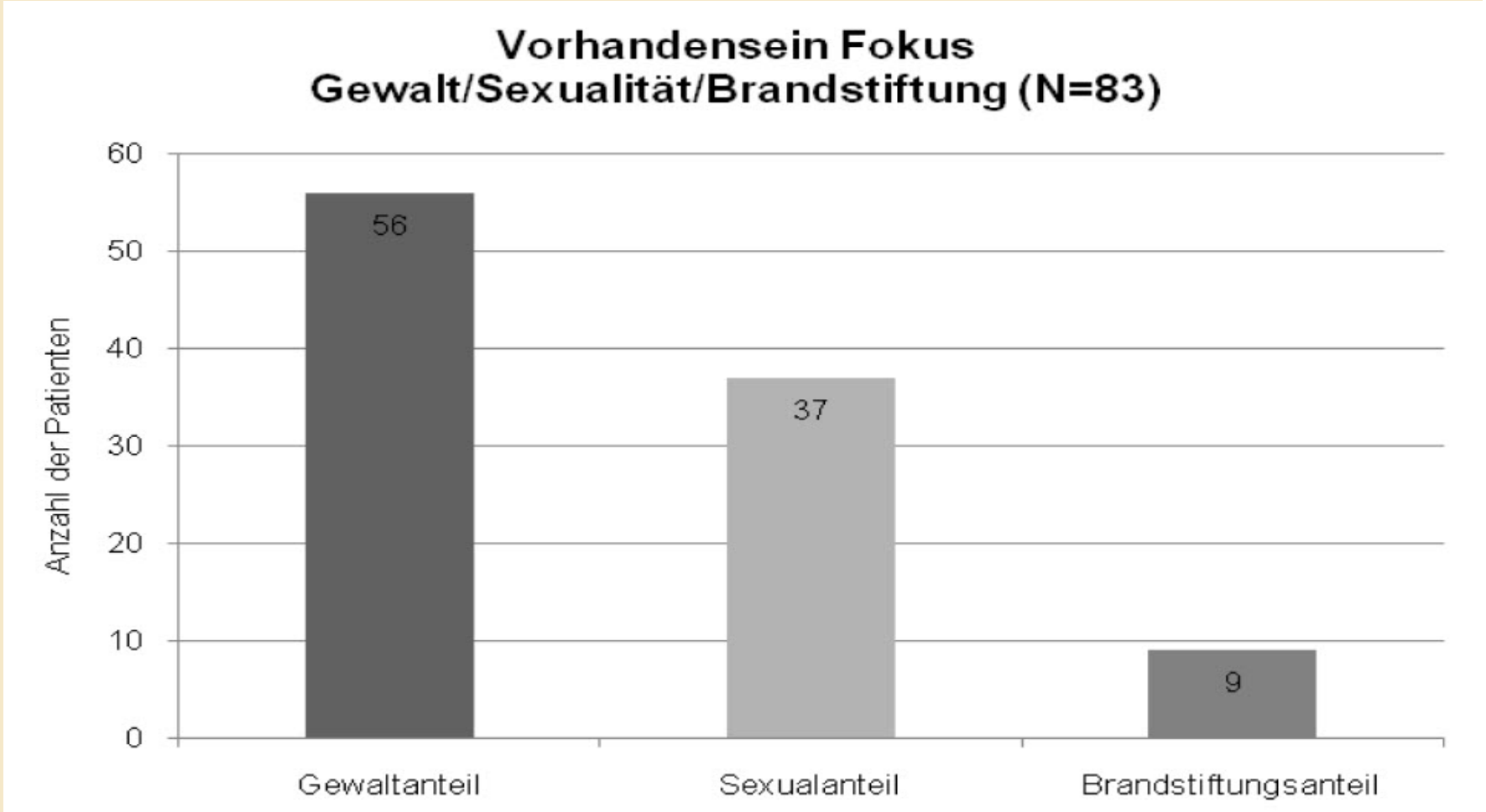
- Geistig behinderte Jugendliche müssen nicht im Jugend-MRV sein
- Meist Sexualdelikte aufgrund von Sozialisa-tions- Erziehungs- und Steuerungsdefiziten sowie dem Zusammensein mit jüngeren Kindern in der Biographie
- Hier reichen weniger gesicherte Einrichtungen der Behindertenhilfe meist aus
- Behandlung besteht vorrangig aus pädagogischen Methoden

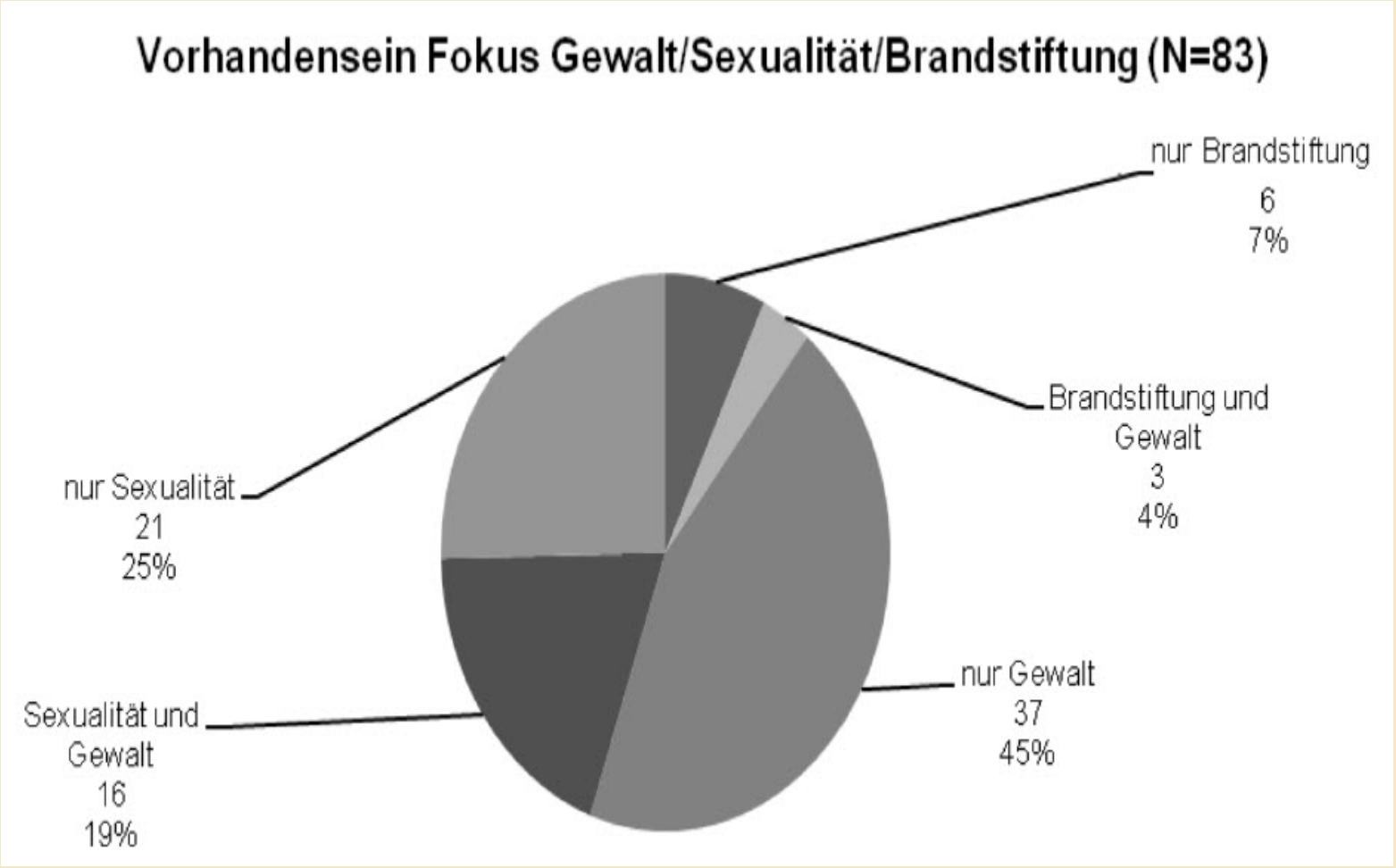

Einweisungsdelikte (N=83)
Gesamt (N=83)
Sexualdelikt (N=34)
Kombination Sexual-/Gewaltdelikt (N=3)
Gewaltdelikt (N=38)
Brandstiftung (N=8)
26
28
29
12
10
12
0
2
1
12
13
13
2
3
3
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Unterbringung nach ausschließlich § 63/§ 64 StGB (N=26)
Umwandlung der Unterbringung in § 63/§ 64 StGB (N=28)
ausschließliche Begutachtungspatienten (N=29)


Einweisungsdelikt bei nicht verurteilten Begutachtungspatienten (N=29)
Brandstiftung
3
10%
Sexualdelikt
12
41%
Gewaltdelikt
13
45%
Kombination
Sexual-
/Gewaltdelikt
1
4%

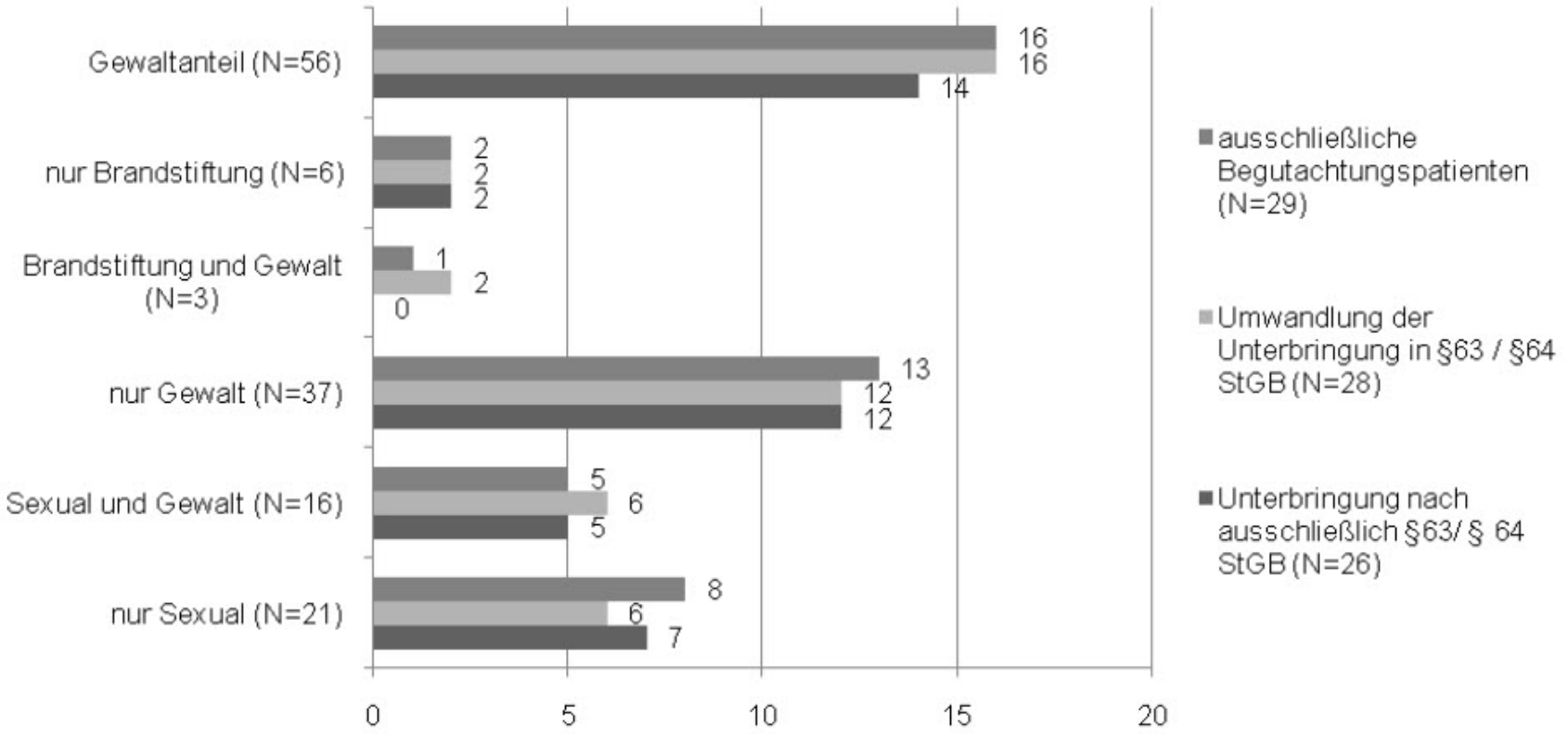
Einweisungsdelikt bei Unterbringung nach § 63 oder § 64 StGB (N=54)

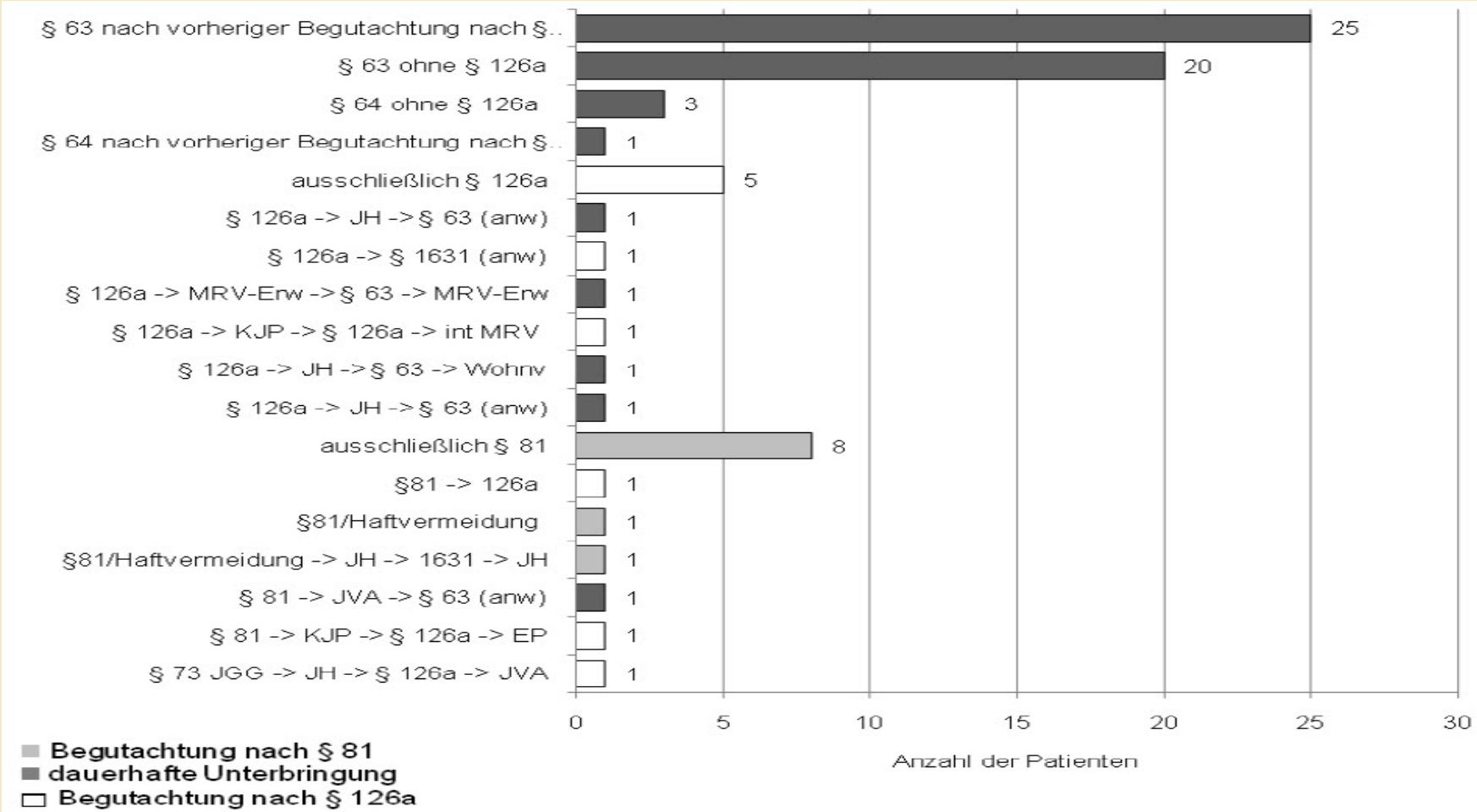


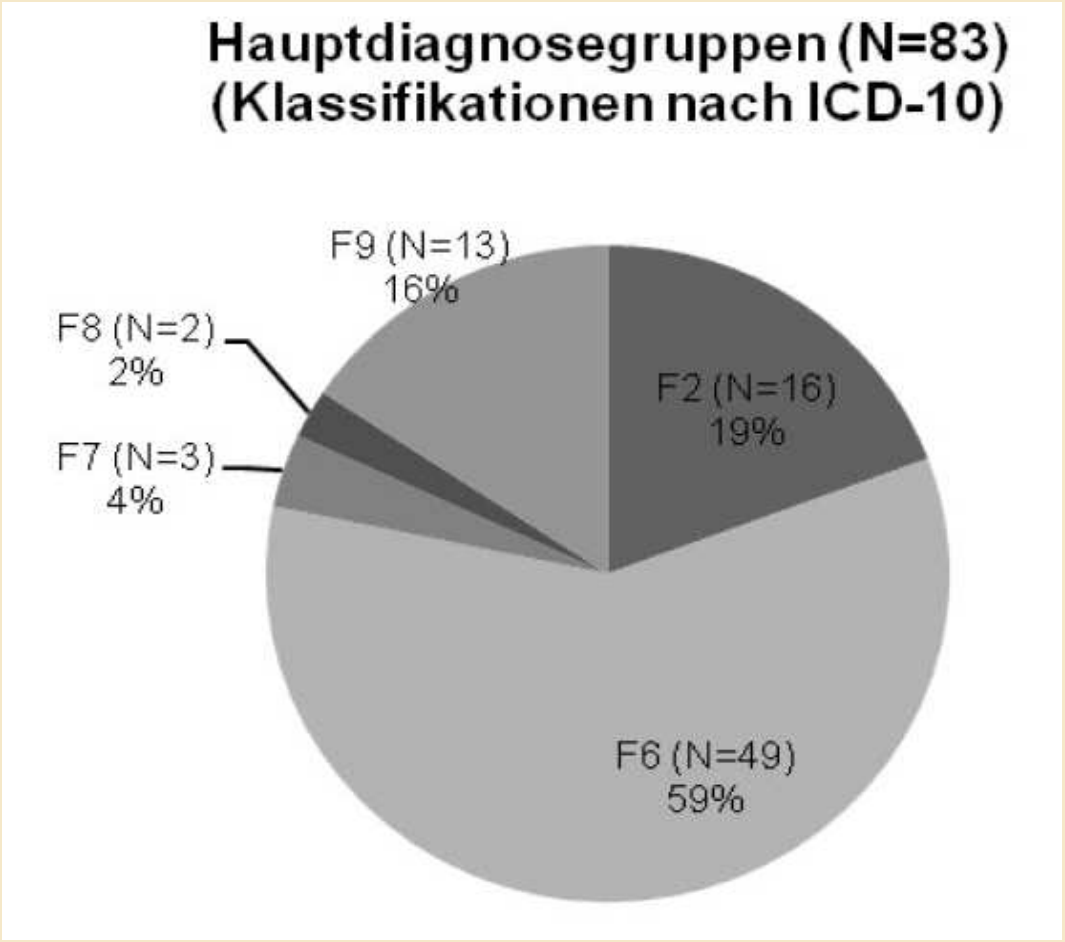

Vorhandensein Fokus
Gewalt/Sexualität/Brandstiftung (N=83)
Anzahl der Patienten
60
50
40
30
20
10
0
56
37
9
Gewaltanteil
Sexualanteil
Brandstiftungsanteil


Vorhandensein Fokus Gewalt/Sexualität/Brandstiftung (N=83)
nur Brandstiftung
6
7%
Brandstiftung und Gewalt
3
4%
nur Gewalt
37
45%
Sexualität und Gewalt
16
19%
nur Sexualität
21
25%

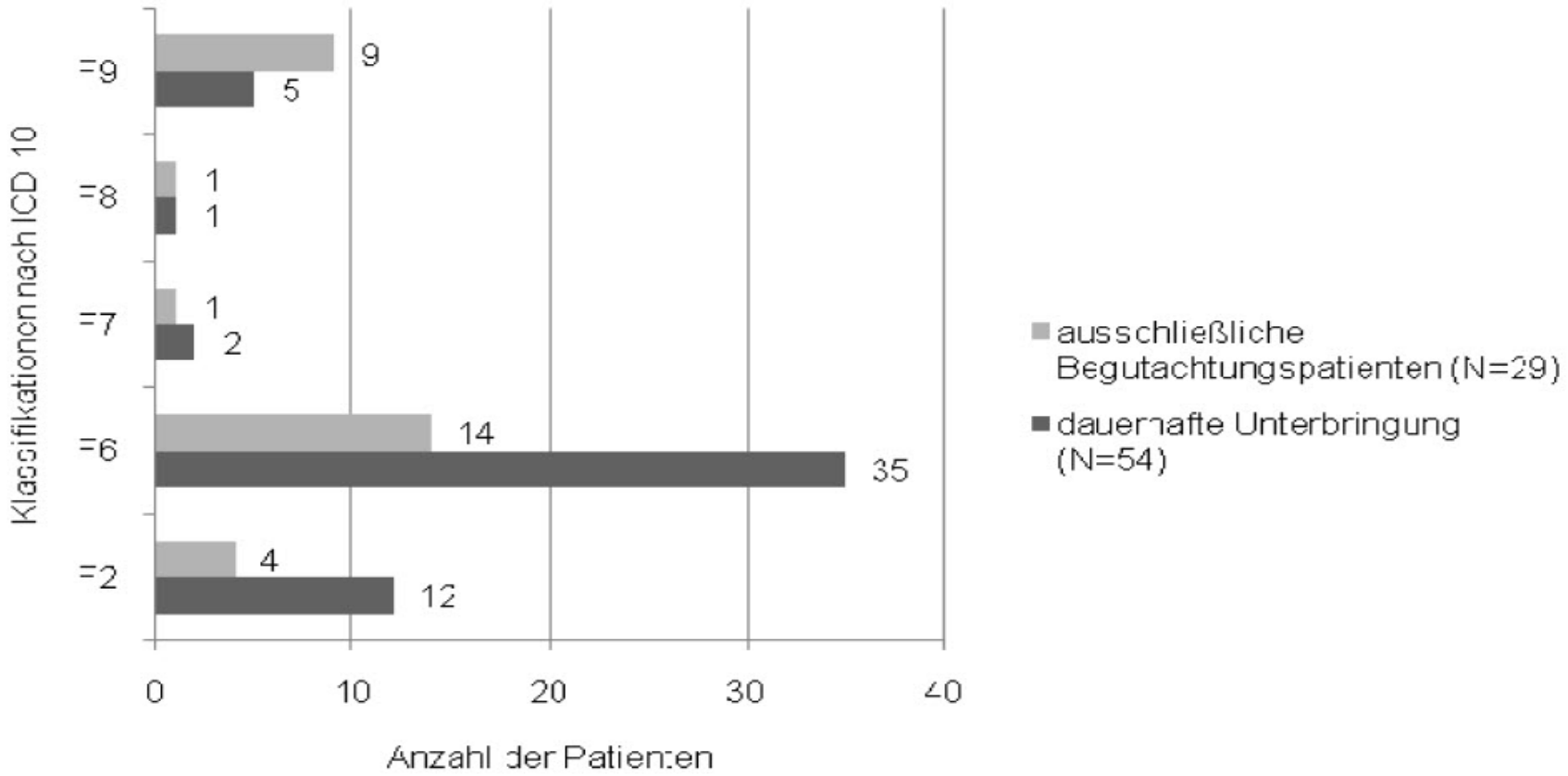
Vorhandensein Fokus Gewalt/Sexualität/Brandstiftung (N=83)

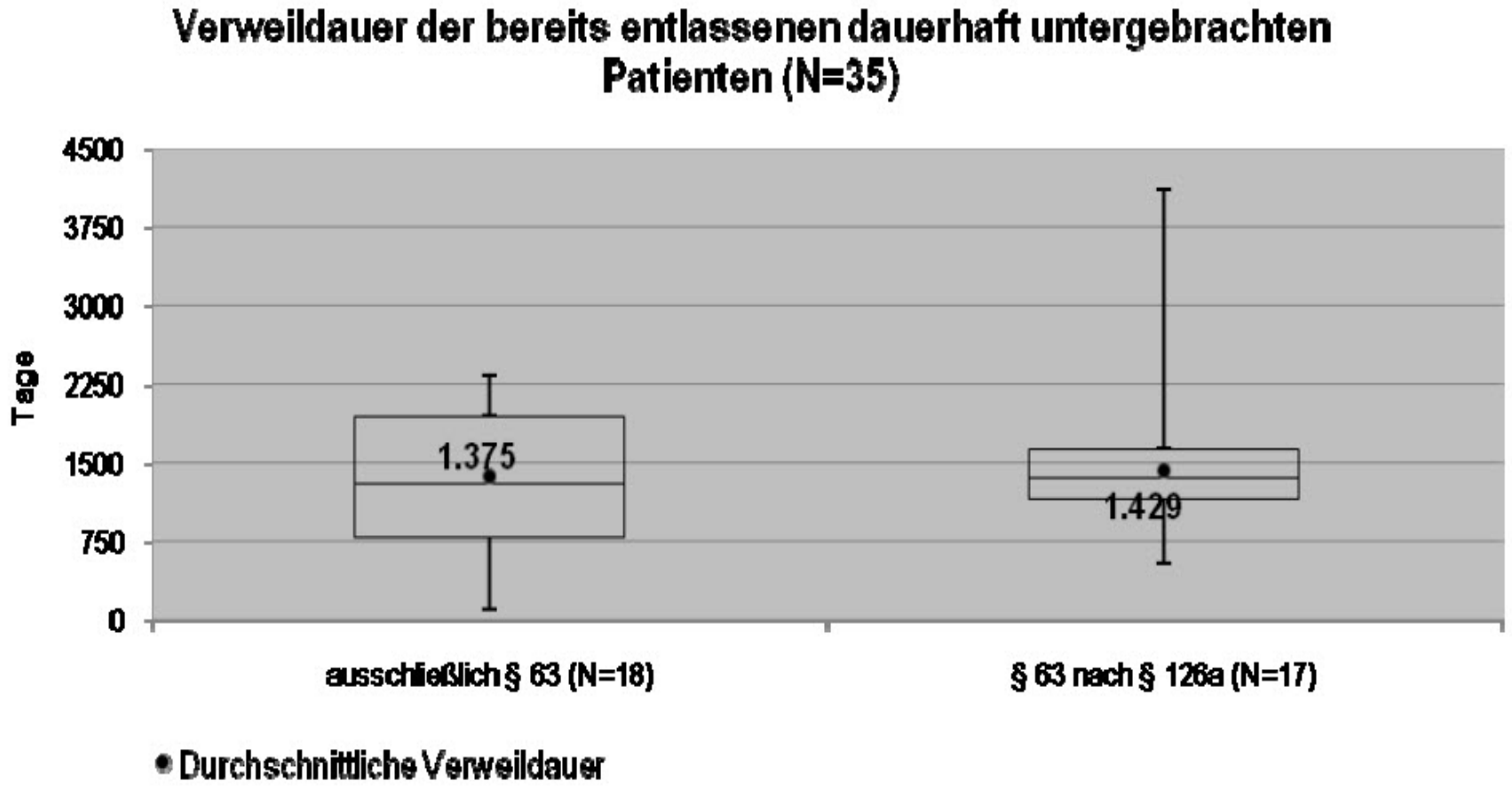


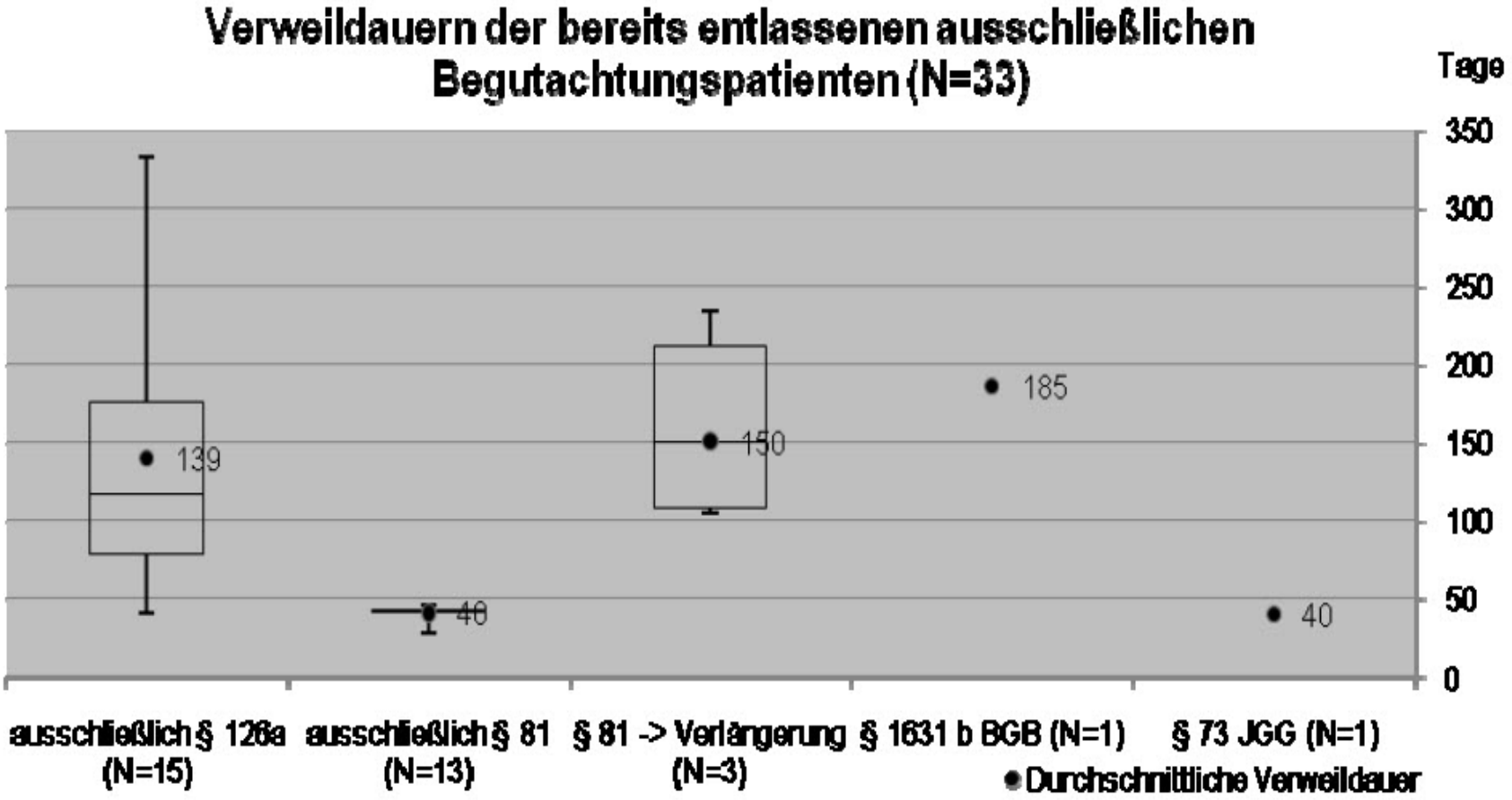

§ 63 nach vorheriger Begutachtung nach §..
§ 63 ohne § 126a
§ 64 ohne § 126a
§ 64 nach vorheriger Begutachtung nach §..
ausschließlich § 126a
§ 126a -> JH -> § 63 (anw)
§ 126a -> § 1631 (anw)
§ 126a -> MRV-Erw -> § 63 -> MRV-Erw
§ 126a -> KJP -> § 126a -> int MRV
§ 126a -> JH -> § 63 -> Wohnv
§ 126a -> JH -> § 63 (anw)
ausschließlich § 81
§81 -> 126a
§81/Haftvermeidung
§81/Haftvermeidung -> JH -> 1631 -> JH
§ 81 -> JVA -> § 63 (anw)
§ 81 -> KJP -> § 126a -> EP
§ 73 JGG -> JH -> § 126a -> JVA
25
20
3
1
5
1
1
1
1
1
1
8
1
1
1
1
1
1
0
5
10
15
20
25
30
Anzahl der Patienten
Begutachtung nach § 81
dauerhafte Unterbringung
Begutachtung nach § 126a


Hauptdiagnosegruppen (N=83)
(Klassifikationen nach ICD-10)
F9 (N=13)
16%
F8 (N=2)
2%
F7 (N=3)
4%
F2 (N=16)
19%
F6 (N=49)
59%

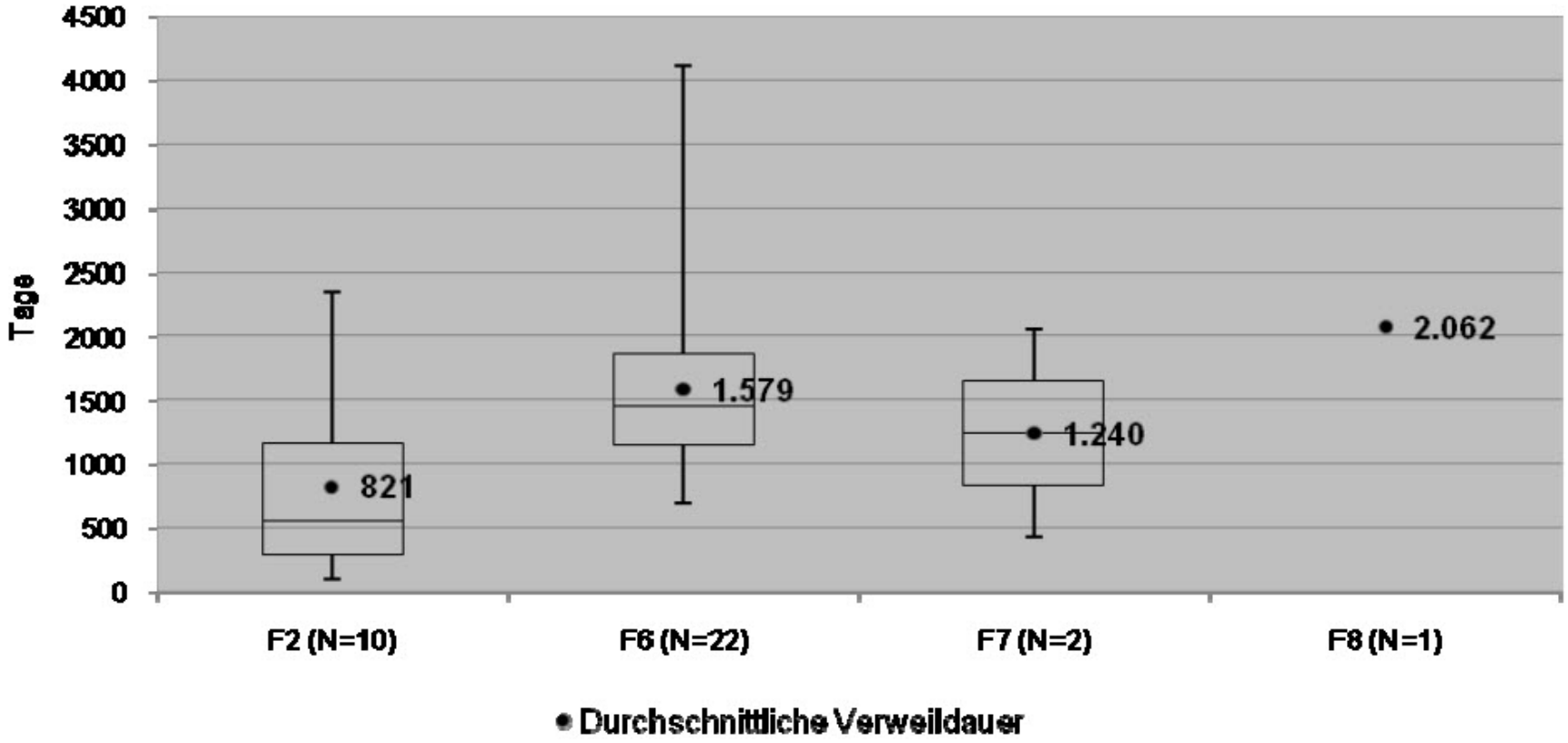
Hauptdiagnosegruppen und Unterbringung (N=83)



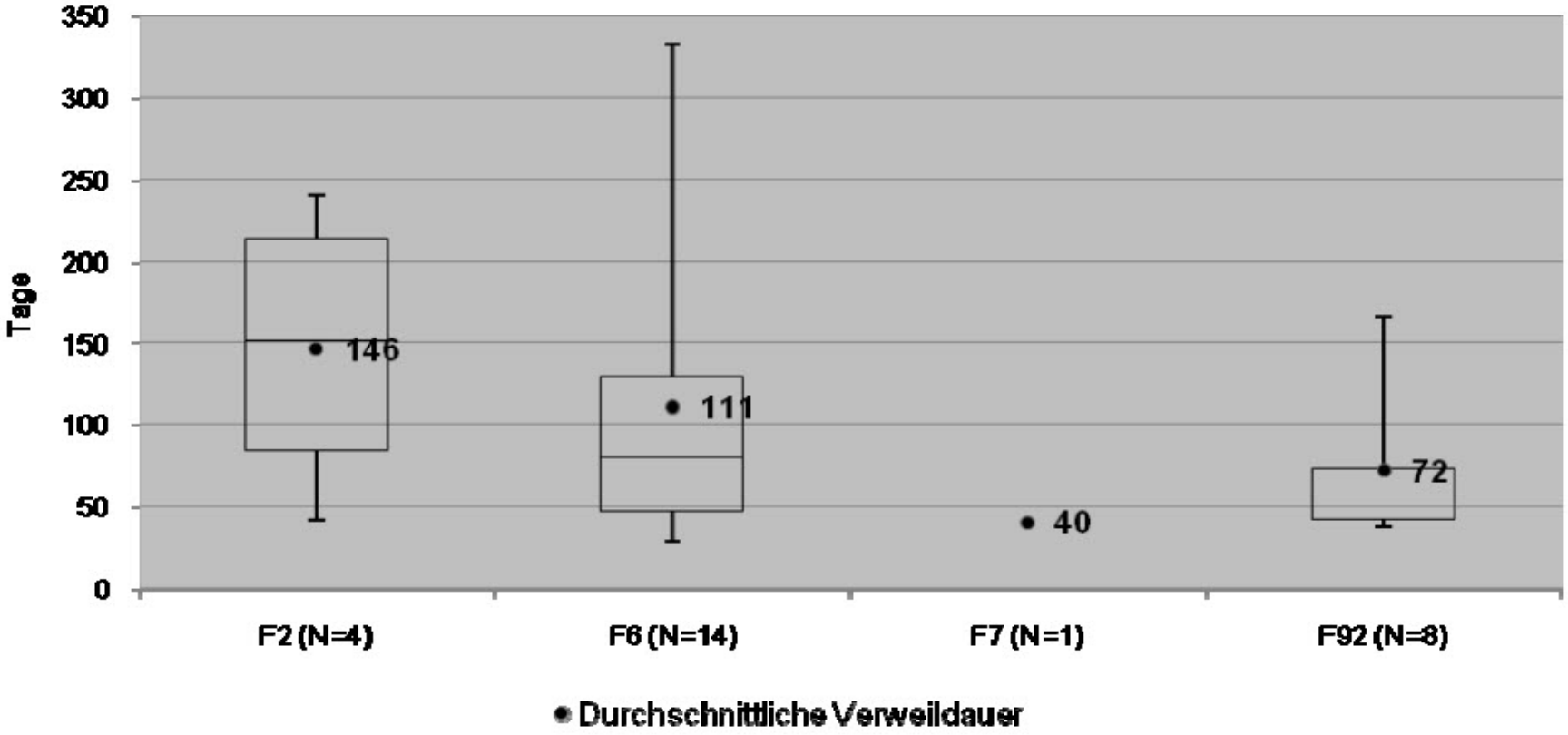

Verweildauer der bereits entlassenen dauerhaft untergebrachten Patienten (N=35)
4500
3750
3000
2250
1500
750
0
Tage
1.375
1.429
ausschließlich § 63 (N=18)
§ 63 nach § 126a (N=17)
Durchschnittliche Verweildauer

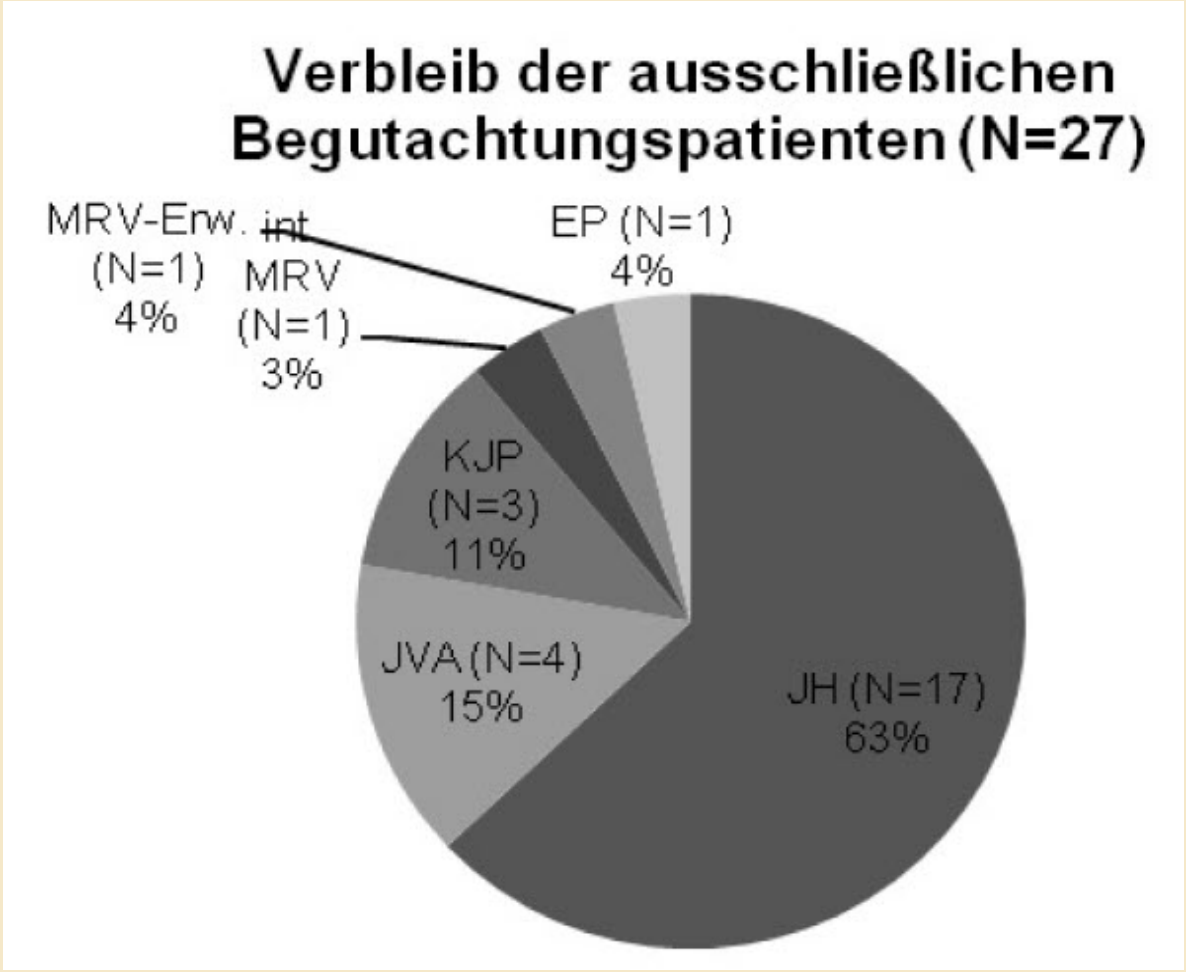

Verweildauern der bereits entlassenen ausschließlichen Begutachtungspatienten (N=33)
Tage
350
300
250
200
150
100
50
0
139
40
150
185
40
ausschließlich § 126a (N=15)
ausschließlich § 81 (N=13)
§ 81 -> Verlängerung (N=3)
§ 1631 b BGB (N=1)
§ 73 JGG (N=1)
Durchschnittliche Verweildauer

Verweildauern und Hauptdiagnosegruppen der bereits entlassenen dauerhaft untergebrachten Patienten (N=35)

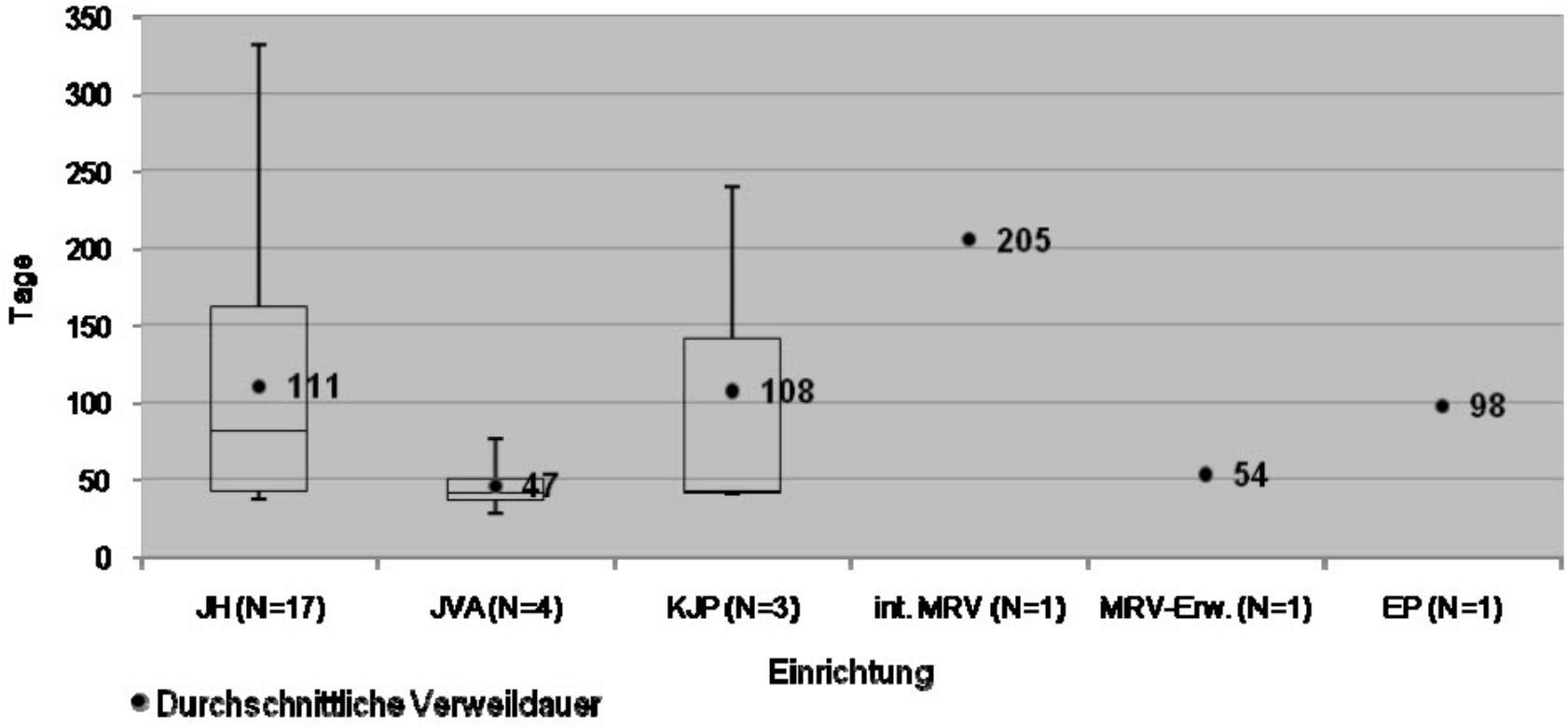


Verweildauern und Hauptdiagnosegruppen der bereits entlassenen ausschließlichen Begutachtungspatienten (N=27)

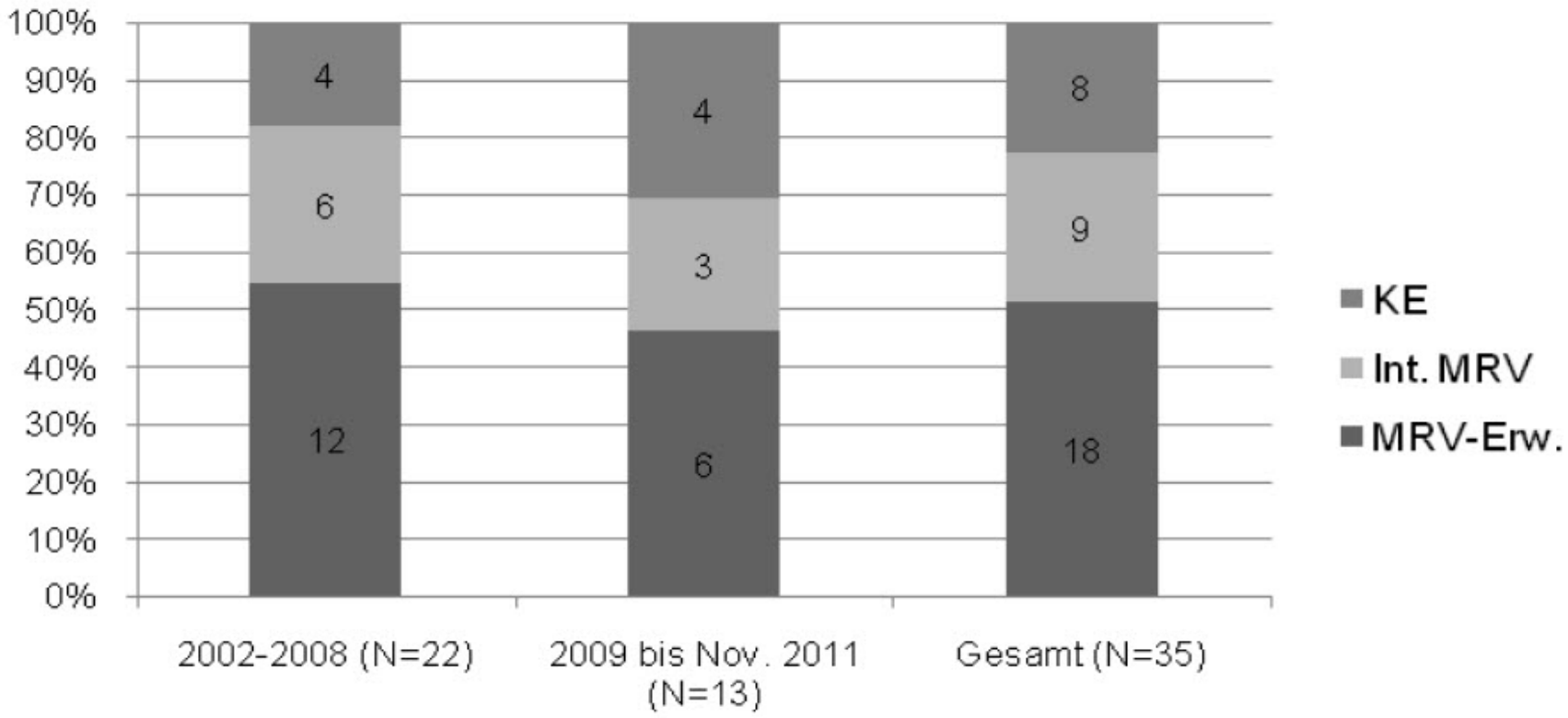



Verbleib der ausschließlichen Begutachtungspatienten (N=27)
MRV-Erw. int (N=1) 4%
MRV (N=1) 3%
EP (N=1) 4%
KJP (N=3) 11%
JVA (N=4) 15%
JH (N=17) 63%

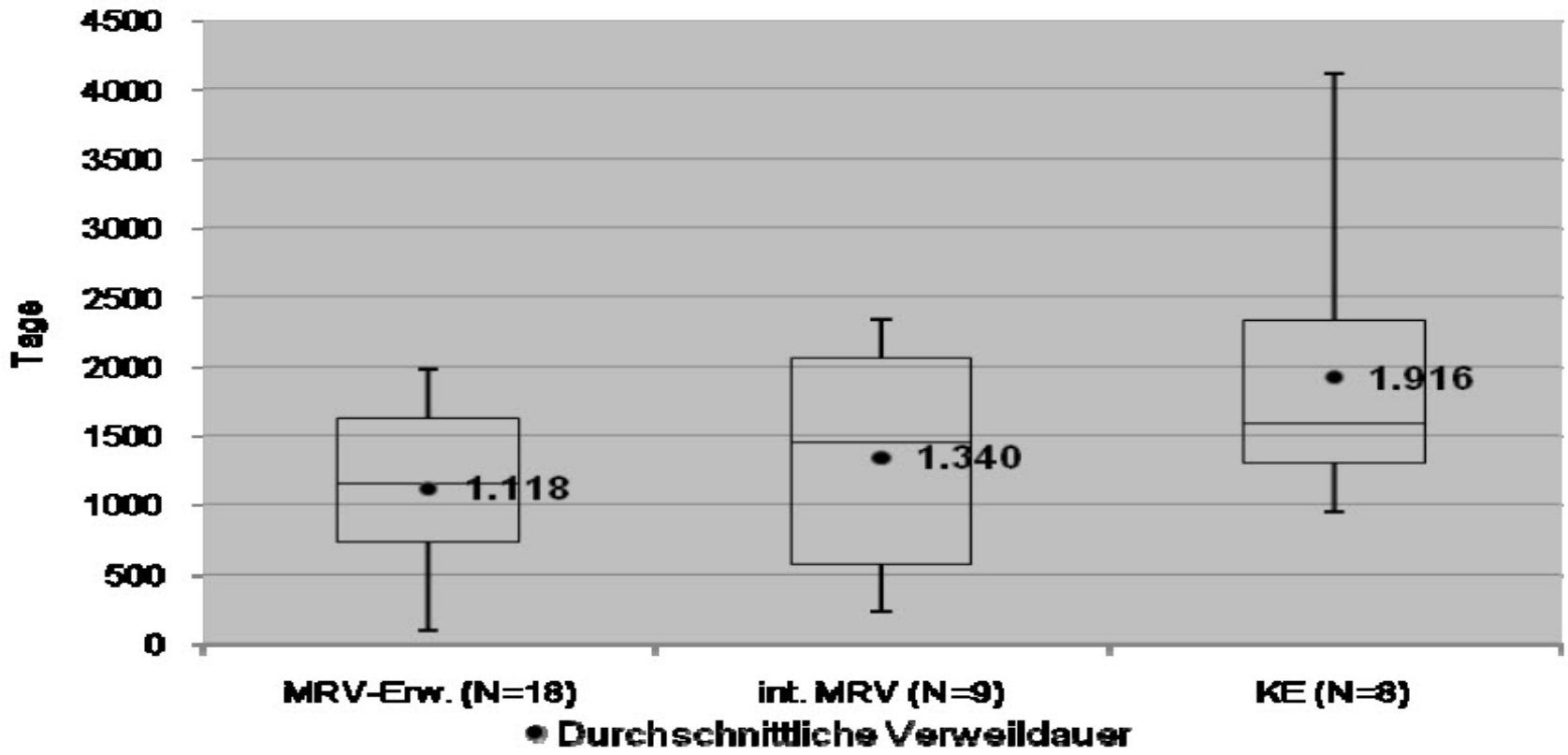
Verweildauer und Verbleib der bereits entlassenen ausschließlichen Begutachtungspatienten (N=27)

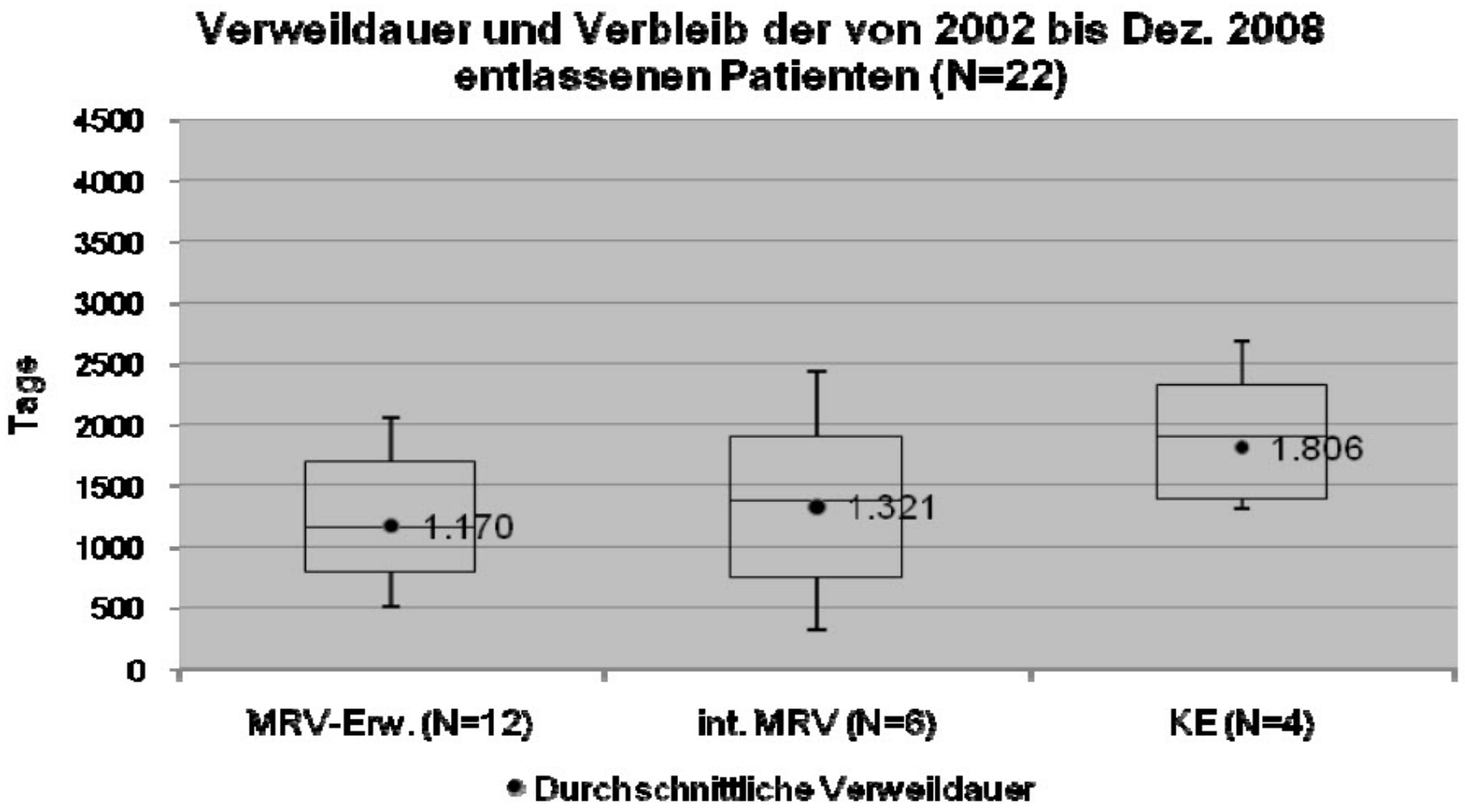


Verbleib der bereits entlassenen, dauerhaft untergebrachten Patienten (N=35)

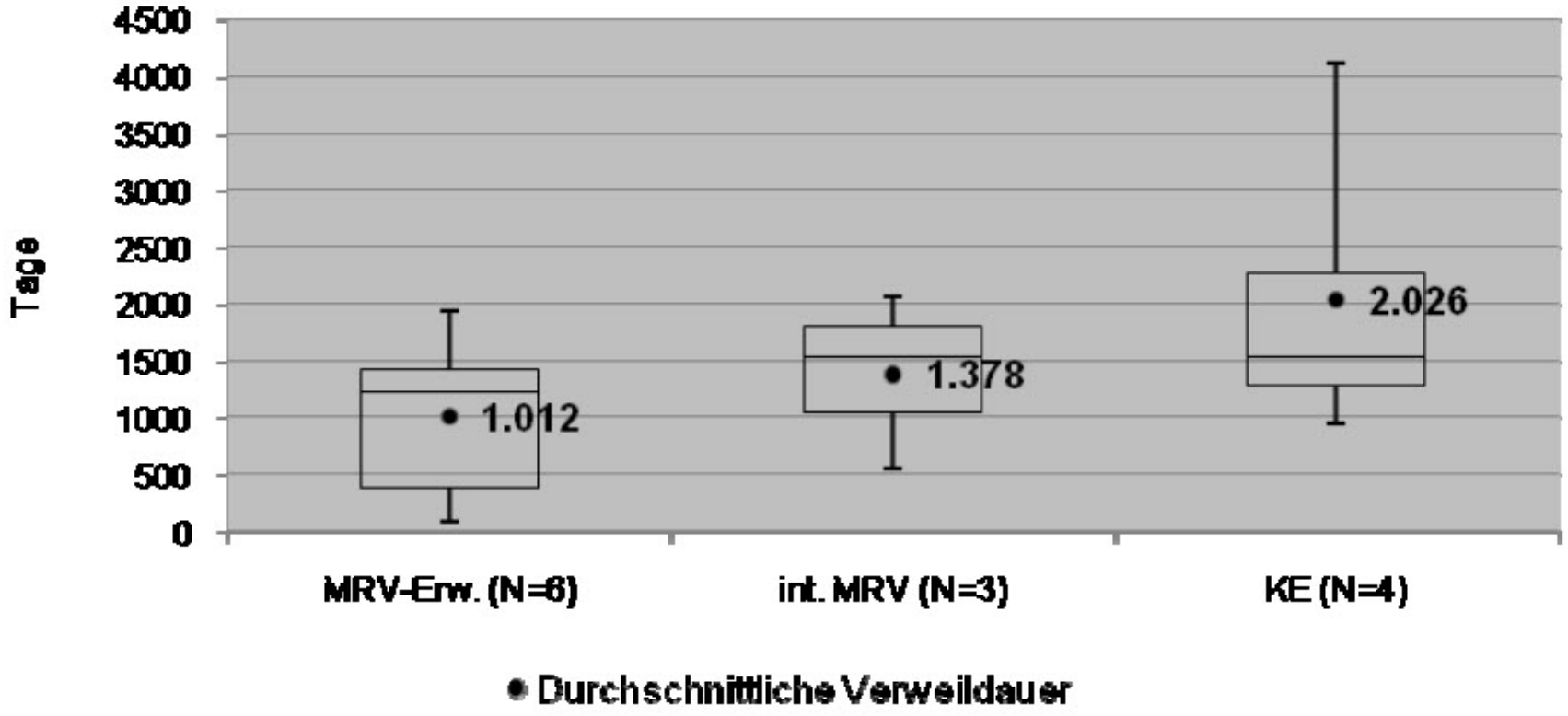


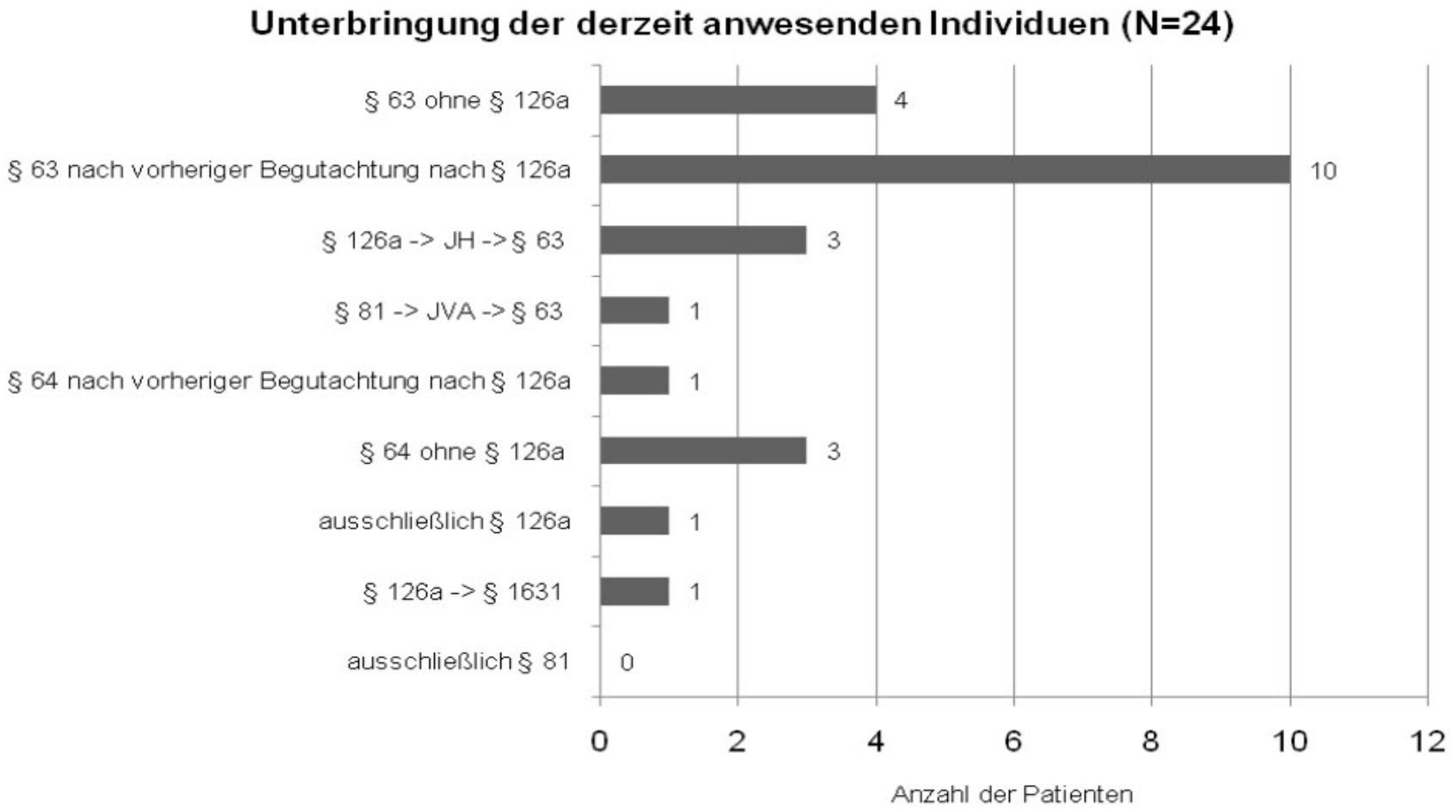
Verweildauer und Verbleib der bereits entlassenen, dauerhaft untergebrachten Patienten (N=35)

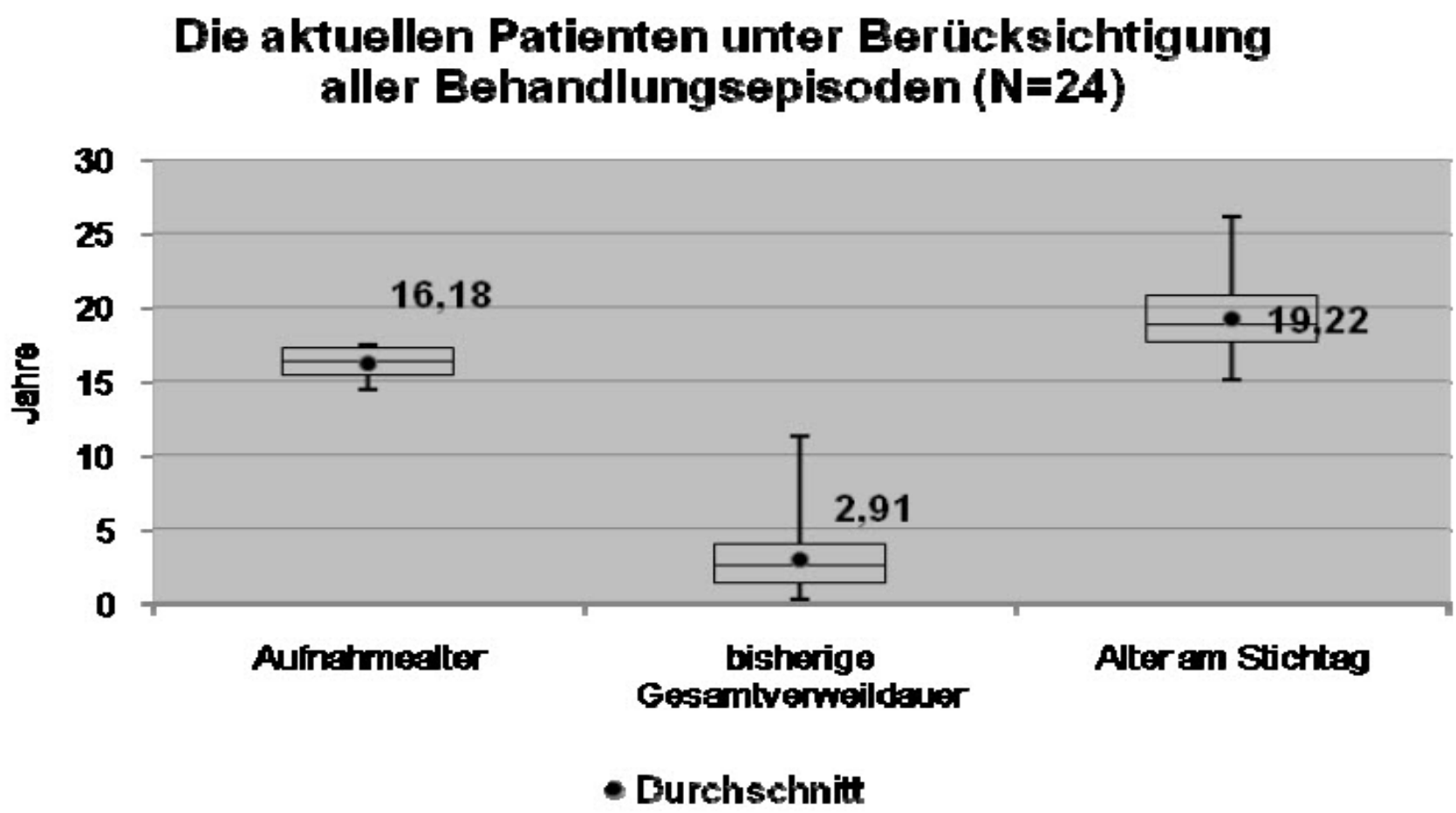


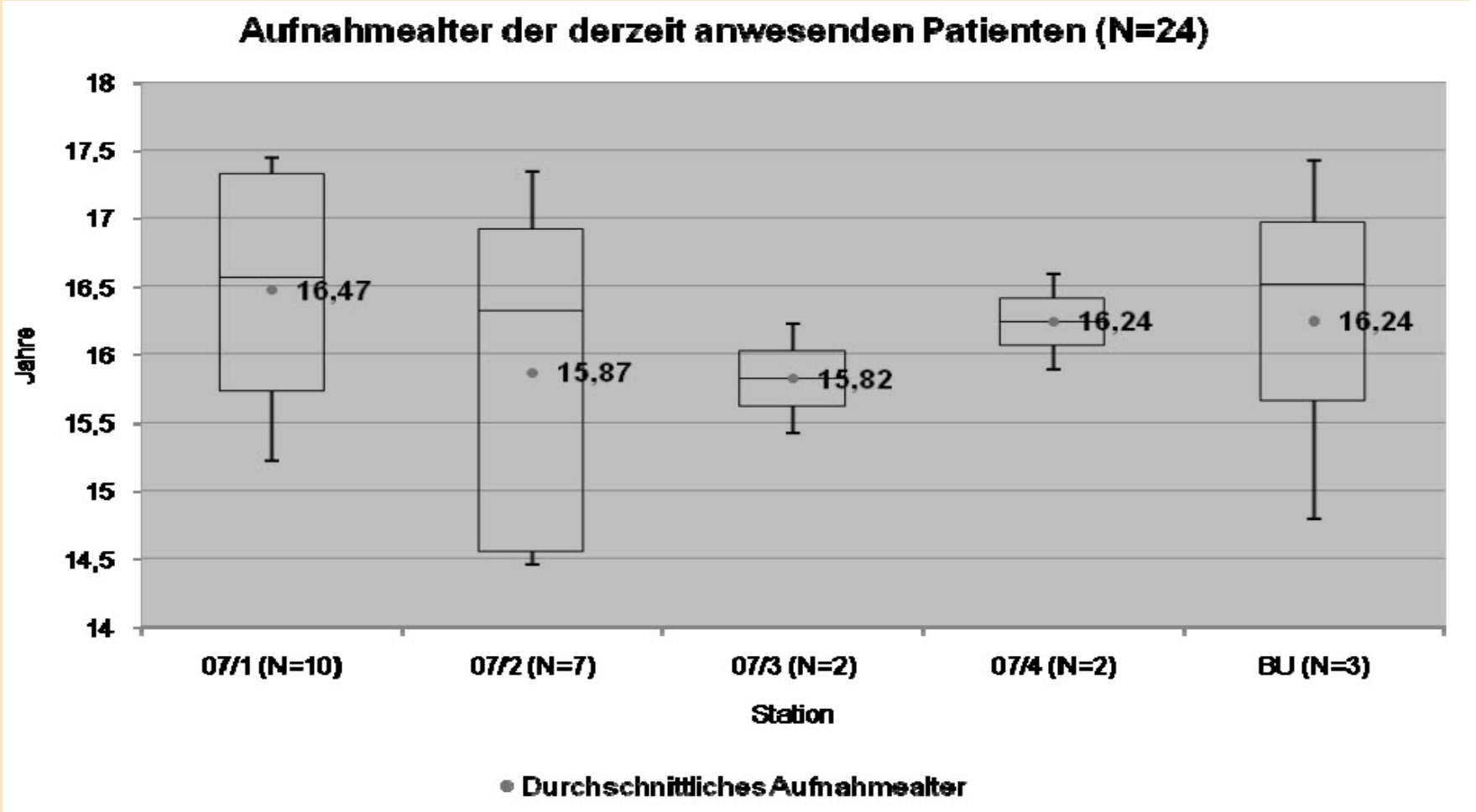

Verweildauer und Verbleib der von 2002 bis Dez. 2008 entlassenen Patienten (N=22)
Tage
4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
1.170
1.321
1.806
MRV-Erw. (N=12)
int. MRV (N=6)
KE (N=4)
Durchschnittliche Verweildauer

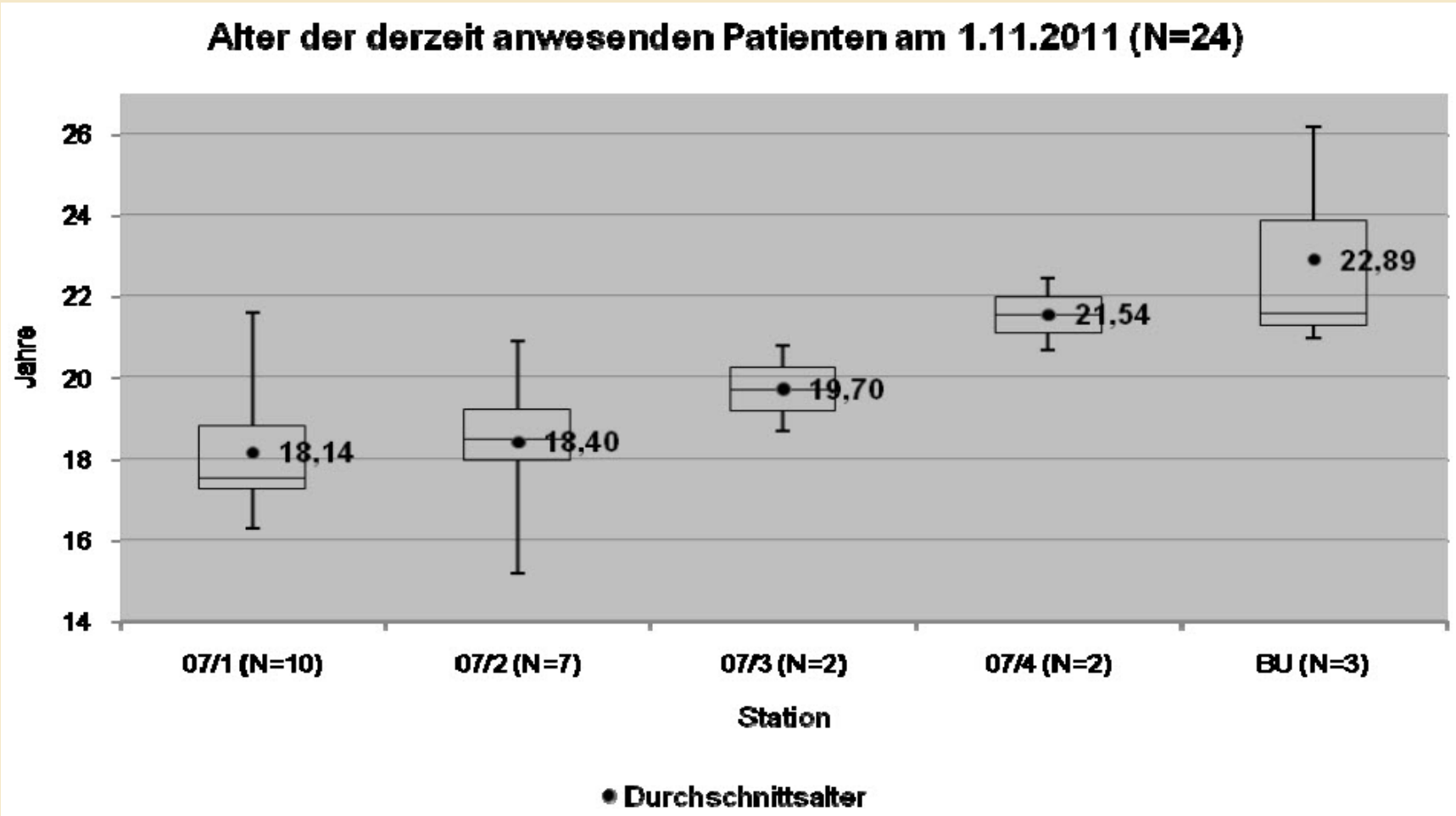
Verweildauer und Verblieb der von Anfang 2009 bis Nov. 2011 entlassenen Patienten (N=13)

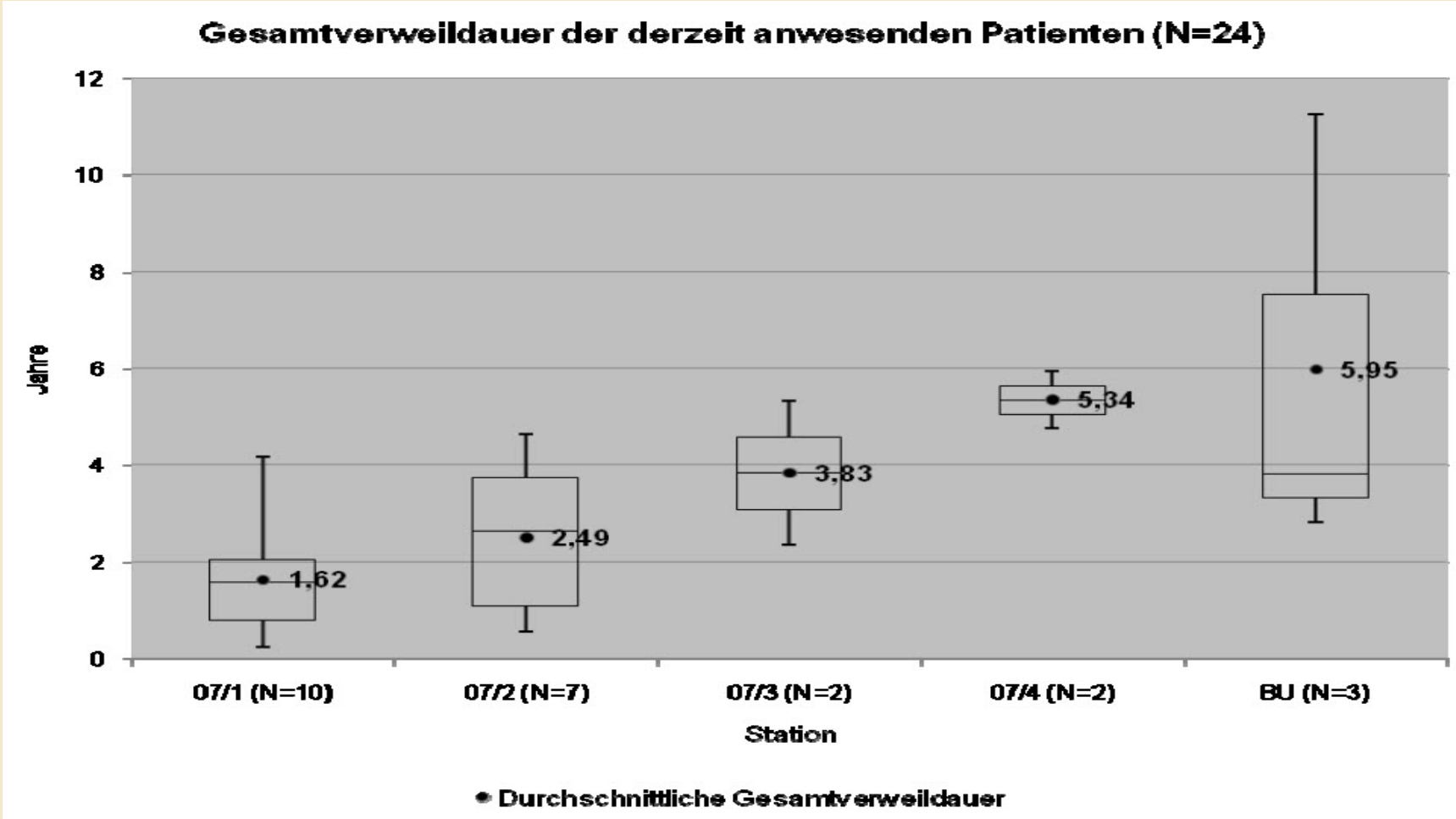



Unterbringung der derzeit anwesenden Individuen (N=24)
§ 63 ohne § 126a
4
§ 63 nach vorheriger Begutachtung nach § 126a
10
§ 126a -> JH -> § 63
3
§ 81 -> JVA -> § 63
1
§ 64 nach vorheriger Begutachtung nach § 126a
1
§ 64 ohne § 126a
3
ausschließlich § 126a
1
§ 126a -> § 1631
1
ausschließlich § 81
0
0
2
4
6
8
10
12
Anzahl der Patienten

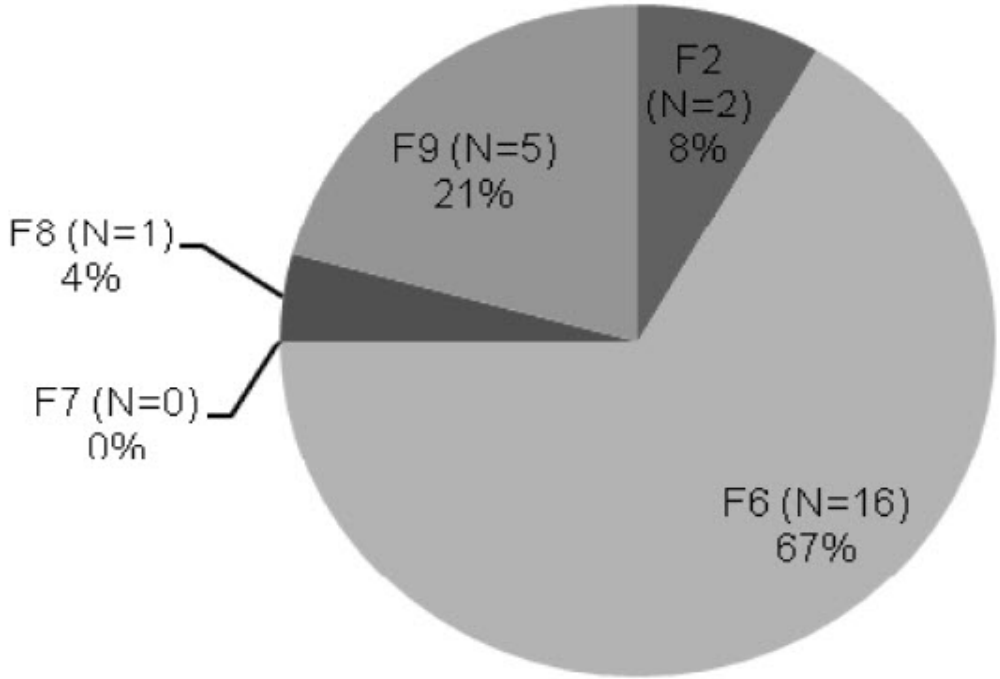

Die aktuellen Patienten unter Berücksichtigung aller Behandlungsepisoden (N=24)
Jahre
30
25
20
15
10
5
0
16,18
2,91
19,22
Aufnahmealter
bisherige Gesamtverweildauer
Alter am Stichtag
Durchschnitt


Aufnahmealter der derzeit anwesenden Patienten (N=24)
18
17,5
17
16,5
16
15,5
15
14,5
14
Jahre
16,47
15,87
15,82
16,24
16,24
07/1 (N=10)
07/2 (N=7)
07/3 (N=2)
07/4 (N=2)
BU (N=3)
Station
Durchschnittliches Aufnahmealter

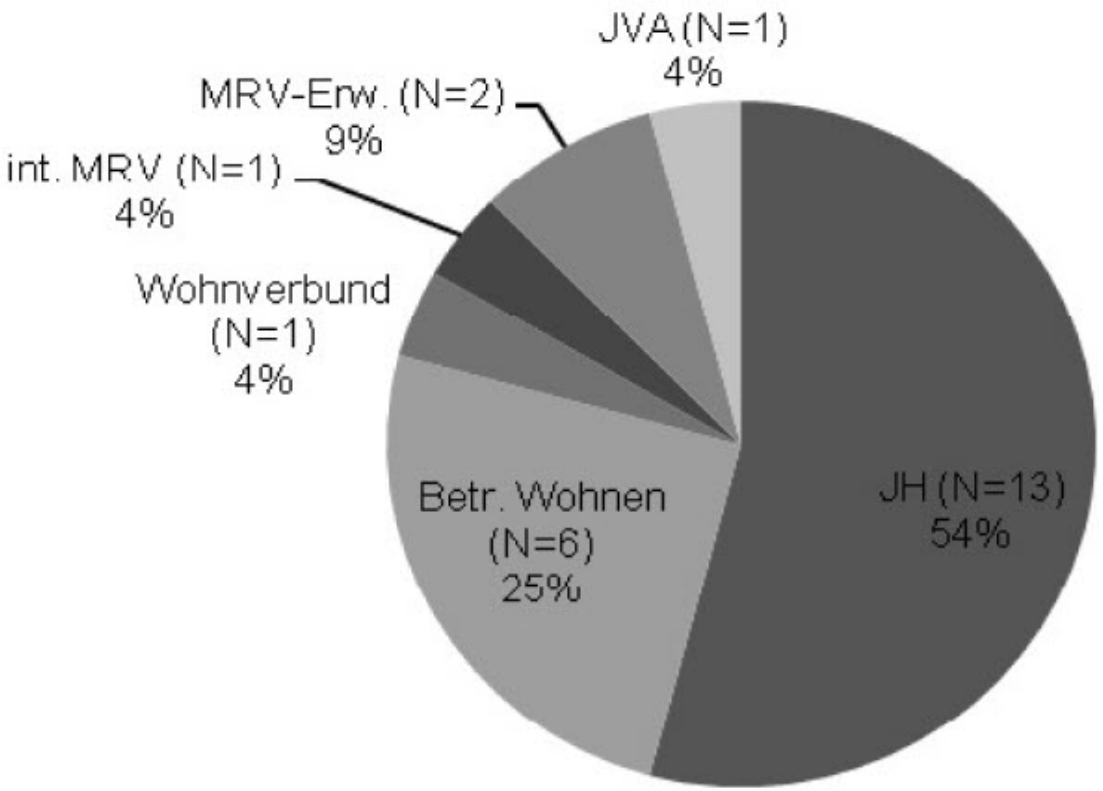

Alter der derzeit anwesenden Patienten am 1.11.2011 (N=24)
Jahre
26
24
22
20
18
16
14
18,14
18,40
19,70
21,54
22,89
07/1 (N=10)
07/2 (N=7)
07/3 (N=2)
07/4 (N=2)
BU (N=3)
Station
Durchschnittsalter


Gesamtverweildauer der derzeit anwesenden Patienten (N=24)
12
10
8
6
4
2
0
Jahre
1,62
2,49
3,83
5,34
5,95
07/1 (N=10)
07/2 (N=7)
07/3 (N=2)
07/4 (N=2)
BU (N=3)
Station
Durchschnittliche Gesamtverweildauer

Hauptdiagnosen der derzeit anwesenden Patienten (N=24)



Erwartungen zu den anwesenden Patienten (N=24) (Stand 1.11.2011)



Nachsorgeproblem: Wer stellt soziale Empfangsräume zur Verfügung ?

Wer zahlt ???

Hoher Anteil an Sexualstraftätern sehr unterschiedlicher Störungsqualität

- Große Jugendhilfeeinrichtungen mit Berufsförderung ?
- Kleine freie Träger ?
- Behindertenhilfe, Wohnverbünde geschlossen – offen ?
- Einzelpersonen, familienähnlich, Bauernhof ?
- Berufsbildungswerke ?
- Adaptionseinrichtungen ?
- Suchtreha ?
- Erwachsenenforensik ?

Ausblick – Entwicklungen und Notwendigkeiten im Jugendbereich

- Größte Frage: Wie bekommen wir ein integriertes Jugendhilfe-KJP-Justitz-Hilfesystem auf die Beine ???
- Gemeinsame Behandlung Jugend-MRV und GU ?
- Möglichkeiten zur Resozialisierung schaffen: Lockerung - Beurlaubung – Entlassung
- Notwendigkeit spezifischer nachstationärer Betreuung mit hohen ambulanten Therapieanteilen
- Beteiligung des Bereiches Jugendhilfe am Jugend-MRV von Anfang an ? (z.B. über § 35a SGB VIII)
- Beteiligung des Bereiches Schule am Jugend-MRV ?
- Beteiligung des Bereiches Arbeitsförderung am Jugend-MRV ?

Für die infausten Fälle: Beim Übergang in die Erwachsenen-Forensik zu berücksichtigen

- Strukturelle, emotionale und körperliche Reife
- Erreichtes Entwicklungsniveau in Bezug auf Schwellensituationen, Fähigkeit, sich von bisherigen Betreuungspersonen zu trennen
- Erreichtes Maß an Autonomie
- Verhältnis zwischen progressiven und regressiven Verhaltenstendenzen
- Das im Zukunftskontext vorherrschende Klima

Praktisch leider nicht immer möglich

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit!