

Forensische Transitionspsychiatrie im Jugendmaßregelvollzug

Arne Boysen, Ralf Dreisigacker, Marit Frey, Janine Gehrig, Bettina Hackenbroch-Hicke, Christian Hartl, Frank Häßler, Christoph Künzel, Anja Malmendier-Muehlschlegel, Christian Perler, Ulrich Preuss, Renate Schepker, Christian Schlögl, Ralf Steck, Wolfgang Weissbeck, Markus Wild & Kerstin Wollny

Zusammenfassung

Bei der Behandlung von psychisch kranken Straftätern im Maßregelvollzug ist zu berücksichtigen, dass sich Jugendliche und Heranwachsende in einer signifikanten Lebensphase befinden, in der die Basis für adaptives Funktionieren im Erwachsenenalter gelegt wird. Ihre Bedürfnisse und Entwicklungsaufgaben unterscheiden sich deutlich von denen von Erwachsenen, was sich auch in den Anforderungen an den Jugendmaßregelvollzug widerspiegelt. Der Jugendmaßregelvollzug beinhaltet eine Kombination von medizinischen, therapeutischen, erzieherischen und rehabilitativen Aufgaben. Ziel ist dabei Deliktfreiheit und Resozialisierung, wobei die Herausforderung darin besteht, diese alters- und reifeadäquat umzusetzen. Besonders bedeutsam sind hierbei unter anderem die bauliche und personelle Ausstattung. So muss der Jugendmaßregelvollzug ein Feld für soziales Lernen sein, das die Möglichkeit zur Beschulung, Berufsausbildung und Lernen von Freizeitgestaltung bietet, gleichzeitig aber den notwendigen Sicherheitsvorgaben entspricht. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es eines multidisziplinären Teams, das sich aus den für den Maßregelvollzug üblichen Berufsgruppen, pädagogisch geschulten sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischen Fachkräften zusammensetzt. In der multimodalen Behandlung werden die allgemein gültigen Leitlinien und Standards der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als auch deliktspezifische Interventionen berücksichtigt.

Schlüsselwörter: Jugendmaßregelvollzug, Jugendforensik, forensische Transitionspsychiatrie, § 7 JGG

Forensic Transition Psychiatry in the Forensic Treatment of Young People

Abstract

While treating mentally ill criminals in forensic units it is necessary to bear in mind that adolescents are in a crucial developmental phase in which the foundation for their adaptive functioning in adulthood is built. Their needs and developmental tasks differ significantly from those of adults, this also translates to the demands made on the adolescent forensic units. Adolescent forensic psychiatry combines medical, therapeutic and educational interventions to accomplish the aim of rehabilitation and a crime-free life. The challenge here lies in obtaining these goals in a way, that is appropriate to the age and level of maturity of the patients. Especially important amongst other things are structural and human resources. Every adolescent forensic unit should be a place for social learning and should offer the opportunity for schooling, professional training and exploring leisure activities all while fulfilling the necessary safety requirements. To fulfill all these demands a multiprofessional team is required, containing occupational groups and professionals common for forensic units, who are trained in pedagogy and child and adolescent psychotherapy. In the multimodal treatment the common guidelines and standards of the society for child and adolescent psychiatry and psychotherapy are taken into consideration as well as delict specific interventions.

Key words: Adolescent forensic psychiatry, adolescent forensic, forensic transition psychiatry, § 7 JGG

Einleitung

Adoleszenz ist eine entwicklungspsychologisch signifikante Umbruchsphase, in der die Grundpfeiler für adaptives Funktionieren im Erwachsenenalter gelegt werden. Dieser Prozess ist ein Kontinuum und mit Erreichen des 18. Lebensjahres meist nicht abgeschlossen. Es ist eine vulnerable Periode, die sowohl Chancen für positive Veränderungen als auch Risiken unter anderem für eine delinquente Entwicklung und psychiatrische Erkrankungen beinhaltet. Transitionspsychiatrie beschreibt den Übergang (Transition) von einer adoleszenten zentrierten Kinder- und jugendpsychiatrischen hin zu einer erwachsenenorientierten psychiatrischen Versorgung.

Gemäß dem Eckpunktepapier der deutschen psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (Fegert et al., 2016) stellt der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter für jeden Menschen eine große Entwicklungsaufgabe dar, welche oftmals gelingt, manchmal aber scheitert oder zu scheitern droht – dies betrifft insbesondere auch Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen. Auch in Bezug auf Delinquenz und multiple soziale Schwierigkeiten stellen das Jugendalter und das junge Erwachsenenalter ein Hochrisikoalter dar. Auch jugendforensisch-psychiatrische Angebote haben dies zu berücksichtigen.

So zeigt es sich, dass die Hälfte aller psychiatrischen Erkrankungen im Erwachsenenalter ihren Beginn im Kindesalter (15 Jahre und jünger) hat (Kim-Cohen et al., 2003;

Kessler et al., 2007), ebenso trifft dies auch für dissoziale Entwicklungen und für Erkrankungen zu, die zu Delikten im schuldunfähigen bzw. schuldverminderten Zustand führen.

Ist ein Jugendlicher oder eine Jugendliche im Maßregelvollzug untergebracht, dauert diese Unterbringung nicht selten deutlich über die Adoleszenz hinaus bis ins Erwachsenenalter an, so dass der untergebrachte Patient diese Übergangsphase in der (jugend-)forensischen Klinik oder Abteilung erlebt, welche ihre Behandlungsangebote speziell auf diese Transition hin ausrichten muss, i.S. einer „Forensischen Transitionspsychiatrie“.

Im Rahmen des Jugendmaßregelvollzugs werden Minderjährige/Heranwachsende behandelt, die sich primär nicht freiwillig in Behandlung begeben haben und häufig keine Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie haben. Ebenfalls besteht zumeist kognitiver, emotionaler und moralisch-ethischer Nachreifebedarf, nicht selten auf dem Hintergrund schwieriger kindlicher Erfahrungen, kombiniert mit biologischen Vulnerabilitäten, die zu einer starken Beeinträchtigung der Fähigkeit, tragfähige Beziehungen zu Gleichaltrigen und Erwachsenen aufzubauen, geführt haben.

Im Jahr 2006 befanden sich gem. §§ 63, 64 StGB in Verbindung mit § 7 JGG lediglich 282 Personen in Deutschland in einer Unterbringung, wobei sich in dieser Abfrage keine Vollständigkeit der Datenerhebung abbilden ließ (Weissbeck, 2009). Aktuellere Zahlen liegen nicht vor, geplant ist eine erneute Erhebung im Einklang mit den Sozialministerien durchzuführen. Eine Erhebung aus dem Jahr 2000 (Tessenow, 2002) ergab eine Unterbringungszahl von 218. Nicht differenziert werden konnte zwischen Unterbringungen gemäß § 63 bzw. § 64 StGB. Auch bei dieser Befragung waren nicht alle Bundesländer bereit oder in der Lage, Daten für diese Untersuchung zur Verfügung zu stellen. Da auch die Erhebung 2000 unvollständig war, d.h. nicht alle Bundesländer haben Angaben gemacht, ist davon auszugehen, dass etwa eine Größenordnung von 300–400 Personen betroffen sind. Angaben, ob es sich um eine sich verändernde Zahlengröße handelt, lassen sich gegenwärtig nicht machen. Die jährlich erhobene Basisdokumentation des Arbeitskreises Jugendforensik/Jugendmaßregelvollzug ergibt eine Gesamtmenge von $N = 246$ Unterbringungen (Erhebung Arbeitskreis, 2020). Hierin enthalten sind lediglich Fälle, welche in Einrichtungen mit spezialisierter Abteilung für Jugendliche und Heranwachsende untergebracht sind. Weiter werden in Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg Jugendliche und Heranwachsende gemeinsam mit Erwachsenen untergebracht. Das Saarland greift in der Regel auf die Einrichtung in Rheinland-Pfalz zurück, Bayern hat bezüglich Unterbringungen nach § 63 StGB noch eine entsprechende Einrichtung 2018 eröffnet. Die Situation in Sachsen-Anhalt ist unklar.

Der Arbeitskreis Jugendforensik/Jugendmaßregelvollzug ist seit seiner Gründung 2003 bemüht Standards der Diagnostik und Behandlung im kollegialen Austausch zu etablieren. Da es im Rahmen des DGPPN Papiers (2017) zu „Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug für § 63 und 64 StGB“ nach Ansicht der Autorinnen und Autoren nur unzureichend gelungen ist die Besonderheiten und Herausforderun-

gen dieses Klientels darzustellen, erschien es uns erforderlich einen eigenen Standard, wie im Folgenden ausgeführt, zu positionieren. Da mit dem Standardpapier der DGPPN viele allgemeingültige Qualitätsanforderungen bereits beschrieben wurden, welche sicherlich auch für den Jugendmaßregelvollzug zutreffen, soll hier vor allem auf die Eigen- und Besonderheiten dieser Altersgruppe eingegangen werden.

Die föderale Struktur in Deutschland führt zu einer Unterbringungsrealität für psychisch kranke jugendliche und heranwachsende Straftäterinnen und Straftäter, welche sich von Bundesland zu Bundesland unterscheidet. Dies erschwert eine allgemein gültige Standardentwicklung. Während es mittlerweile in den meisten Bundesländern zur Bildung von jugendforensischen Einheiten kam, entweder an Kinder- und Jugendpsychiatrien oder an forensische Kliniken angegliedert, gibt es in einigen Bundesländern bislang keine von Erwachsenen getrennte Form der Unterbringung.

Wozu bedarf es eines eigenen Jugendmaßregelvollzugs?

Die Antwort auf die Frage lässt sich einerseits juristisch herleiten, andererseits fachlich-inhaltlich begründen. Juristisch steht bei Jugendlichen mit dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) und eigenen Kammern an Amts- und Landgerichten der Veränderungs- und Erziehungsgedanke im Vordergrund. Zudem besteht für Jugendliche ein System an eigenen Haftanstalten. Das judikative System unterscheidet sich bis hin zur Jugendgerichtshilfe wesentlich von dem Erwachsenen-Strafrecht und somit der Jugendmaßregelvollzug vom Erwachsenenmaßregelvollzug. In der Mehrheit der Fälle findet das JGG auch Anwendung bei den sogenannten Heranwachsenden, also den 18- bis 21-jährigen Erwachsenen. Hierbei ist der Zeitpunkt der Tatbegehung zu berücksichtigen und nicht der Zeitpunkt der Verhandlung.

Leitgedanke des Jugendgerichtsgesetzes ist die Re-Sozialisierung, bei Jugendlichen und Heranwachsenden ist es häufig eine Erst-Sozialisierung. Daher bedarf es aller notwendigen Voraussetzungen, diesen Prozess zu unterstützen, und eines ausreichenden Rahmens für das Gelingen von Entwicklungsaufgaben. Das JGG sieht im Kern seiner Betrachtung die Reife der Person und versucht im Rahmen des Verfahrens zu ermitteln, inwieweit zu den Tatzeitpunkten bereits eine Strafmündigkeit bestand (im Sinne des § 3 JGG), oder bei Heranwachsenden, inwieweit der Entwicklungsstand des Heranwachsenden noch dem eines Jugendlichen entsprach (§ 105 JGG).

Während eine Jugendliche oder ein Jugendlicher im Sinne des Gesetzes bei Feststellung einer mangelnden Reife gem. des § 3 JGG nicht dem Strafvollzug zugewiesen werden kann, kann es dennoch zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug trotz juristischer, aber auch psychiatrischer Bedenken kommen (siehe auch Eisenberg, 2020). Während der § 3 JGG nur Anwendung bei Jugendlichen findet, findet der § 105 JGG ausschließlich Anwendung bei Heranwachsenden, wenn „die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters bei Berücksichtigung auch der Umweltbedingungen ergibt, dass er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem

Jugendlichen gleich stand oder es sich nach der Art, den Umständen oder den Beweggründen der Tat um eine Jugendverfehlung handelt“. Auch hier geht es also im Wesentlichen um eine Beurteilung der Reife, allerdings unabhängig vom Delikt. Nach Laue (2017) soll bei der Beurteilung gem. § 105 JGG vor allem der Reifegleichstand mit einem Jugendlichen erarbeitet werden. In den relevanten BGH-Urteilen findet sich die Formel: „[...]noch ungefestigte, in der Entwicklung stehende, auch noch prägbare Menschen, bei denen Entwicklungskräfte noch in größerem Umfang wirksam sind.“ Welche (im juristischen Sinne) materiellen Kriterien hinter dieser Definition herangezogen werden sollen, hat der BGH bislang nicht festgestellt. Gerichte gehen allerdings in 2/3 der Fälle von dem Vorhandensein der entsprechenden Voraussetzungen bei Heranwachsenden (18-21 Jahre) aus und wenden Jugendstrafrecht an.

Die gängigen Kriterien zur Beurteilung der Reife überschneiden sich teilweise mit den sogenannten Entwicklungsaufgaben, was als Bewältigung von altersspezifischen Schritten in Richtung Autonomie und Verantwortungsübernahme verstanden werden kann. Diese Herausforderungen führen häufig zu Konflikten, welche sich auch auf die Behandlung im Maßregelvollzug auswirken. Zunehmend beginnen sich Jugendliche in der Adoleszenz vor allem auf die Peer-Group zu orientieren. Entwicklungsaufgaben sind die Aufnahme und der Aufbau intimer Beziehungen sowie die Entwicklung einer eigenen Identität, welche nicht nur als soziale Rolle verstanden werden kann. Die Entwicklung einer Zukunftsperspektive ist insbesondere bei dissozial auffälligen Jugendlichen hoch problematisch, aber ein wesentliches Ziel der Entwicklung in dieser Altersspanne. Selbstständigkeit, Selbstsicherheit und Selbstkontrolle, aber auch Toleranz und Konfliktlösungskompetenz müssen entwickelt werden. Auch eine kritische Haltung gegenüber der Gesellschaft im Rahmen dieser Entwicklung kann zur Selbstständigkeitsentwicklung gehören. Gleichzeitig werden in dieser Phase komplexere Zusammenhänge in sozialen Kontexten überhaupt erst durchschaubar. Sicher treffen nicht alle Entwicklungsaufgaben auf alle Jugendliche zu und zudem finden sich Unterschiede zwischen benachbarten europäischen Kulturen und Unterschiede von Wertepreferenzen bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Im Kern und für die Arbeit relevant sind aber Autonomiestreben und Sexualentwicklung. Diese Entwicklungsphänomene sind hoch komplex und können mitunter scheitern, weshalb die Kenntnis von Entwicklungsprozessen in dieser Lebensphase von hoher Bedeutung in der Behandlung Jugendlicher und entwicklungsretardierter Heranwachsender ist. Darüber hinaus verändert sich der Körper. Die Gehirnentwicklung, insbesondere die Reifung des Frontalhirns (präfrontaler Kortex), welchem die sogenannten exekutiven Funktionen zugeschrieben werden, ist noch nicht abgeschlossen. Zu den exekutiven Aufgaben gehören Planung, Informationsverarbeitung, Verfolgen langfristiger Ziele und im Besonderen die Impulshemmung. Erst nach Ausreifung des Frontalhirns ist beispielsweise der Aufschub kurzfristiger Belohnungen und damit das Unterdrücken impulsiver Handlungen zuverlässig möglich. Hier wird die enge Verknüpfung mit dem forensischen Feld deutlich und trägt möglicherweise mit zur Erklärung bei, weshalb Delinquenz im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter – im Gegensatz zu anderen Lebensphasen – am ausgeprägtesten auftritt. Auch das Bindungsverhalten unter-

scheidet sich deutlich von reifen Erwachsenen. All diese Aspekte sind in der Therapie zu berücksichtigen.

Die evidenzbasierten Entscheidungsalgorithmen zur strafrechtlichen Zuweisung nach JGG gem. § 105 von Busch (2006) und die Kriterien nach Esser (1991,1999) sind die gängigsten Ansätze zur Beurteilung der Reife. Diese Kriterienlisten umfassen die Autonomie des Individuums, Beziehungs- und Partnerschaftsaspekte, erreichte Qualifikationen, persönliche Ziele, Werte und Normen, die Bereiche Emotionalität und Impulsivität, Problem- und Konfliktmanagement sowie die Kommunikationsfähigkeit. Auch die sozialen Umgebungs- und Umweltbedingungen werden neben tatbezogenen Eingangsmerkmalen, wie Umstände und Beweggründe der Tat, mit in die Beurteilung einbezogen.

Der Reifegrad bzw. der Entwicklungsstand und der hiermit auch verbundene Erziehungsauftrag haben bislang kaum Niederschlag in den Vollzugsgesetzen und Vollstreckungsplänen der Länder gefunden. deren Aufgabe es wäre, die Vollzugswirklichkeit gesetzlich in Maßregelvollzugsgesetzen oder Unterbringungsgesetzen (PsychKG) zu gestalten. Deshalb macht selbst eine nur geringe Zahl von untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden die getrennte Unterbringung von Erwachsenen erforderlich (siehe auch Tessenow, 2002).

Der Auftrag, der sich aus dem JGG ableitet, beinhaltet letztendlich, die untergebrachten Personen in ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten so zu fördern, dass sie eigenverantwortlich und gemeinschaftsfähig in ihrer Lebensführung werden, was insbesondere schulische und berufliche Aus- und Weiterbildung, aber auch eine möglichst sinnvolle Freizeitgestaltung umfasst.

Somit begründet sich die Notwendigkeit eines eigenen Jugendmaßregelvollzugs zum einen aus der noch unvollständigen Reifung der Persönlichkeit, den unterschiedlichen Professionalitäten, den differenzierten Fachrichtungen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Allgemeinpsychiatrie, zum anderen aber auch aus Schutzgründen. Schutzgründe ergeben sich nach der UN-Kinderrechtskonvention, gemäß welcher Jugendliche getrennt von Erwachsenen unterzubringen sind. Wie die regelmäßig erhobenen Daten aus dem Arbeitskreis Jugendforensik/Jugendmaßregelvollzug zeigen, unterscheiden sich gerade bei gem. § 63 StGB Untergebrachten die Verteilung der Diagnosen – die häufigste Diagnose bei den untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden ist das Spektrum der Persönlichkeitsstörungen (29%), gefolgt von den sog. Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit (26%) (Scheu-Hachtel, 2019). Auch diese Störungen können – eine entsprechende Schwere und Chronizität vorausgesetzt – Eingangsmerkmal für eine „schwere andere seelische Störung“ im Sinne der §§ 20/21 StGB darstellen.

Verlegungspraxis

Mittlerweile ist bekannt, dass sich mindestens 250 Jugendliche und Heranwachsende bundesweit in Jugendmaßregelvollzugeinrichtungen befinden (Scheu-Hachtel, 2019). Unklar bleibt die Anzahl der Untergebrachten in Bundesländern, welche bislang die Trennung der Jugendlichen und Heranwachsenden von Erwachsenen nicht vollzogen haben. Dabei gibt es grundsätzlich zwei Wege sich dieser Separation von Erwachsenen anzunehmen, in dem man einerseits entsprechende Voraussetzungen in einer forensischen Klinik schafft, die den hier beschriebenen Standards entsprechen, oder andererseits Abteilungen an Kinder- und Jugendpsychiatrien mit entsprechendem forensischen Know-how ausstattet. Bei der Notwendigkeit, aus jugendforensischen Abteilungen in den Maßregelvollzug für Erwachsene zu überführen, bedarf es formal der Zustimmung des zuständigen Vollstreckungsleiters/Jugendrichters, in der Regel gelingt dieser Übergang innerhalb forensischer Kliniken leichter. Dafür erscheint die Behandlung in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen aufgrund des skizzierten Reifungsgedankens synergistischer, da hier Kontakte mit annähernd Gleichaltrigen in der Regel beaufsichtigt auch außerhalb des forensischen Umfelds stattfinden können. Dies ermöglicht, dass die Entkoppelung der Lebenswelten von Gleichaltrigen weniger drastisch ausfällt als in einer rein forensischen Klinik. Gerade bei Heranwachsenden kann durchaus auch eine gemeinsame Behandlung mit Erwachsenen sinnvoll erscheinen, wenn auch diese von einem jugendforensischen Setting nicht profitieren können. Die einzelnen Bundesländer unterscheiden sich aufgrund der Landesgesetze erheblich in ihrer Verlegungspraxis. Gemeinsame Nenner für eine Verlegungspraxis sollten sein: Hat eine ausreichende Nachreifeung statt gefunden? Ist das Vollzugsziel in diesem Setting erreichbar? Oder – analog der Transition im Jugendvollzug – ist das Vollzugsziel besser im Erwachsenen-Setting zu erreichen?

Unter Umständen können auch schwere einrichtungsinterne Verstöße als Begründung einer Verlegung herangezogen werden, welche dem pädagogisch-therapeutischem Team einen Neustart bzw. die Weiterbehandlung erschweren oder unmöglich machen. Um diesen Übergang passgenau zu gestalten und den richtigen Zeitpunkt für eine ggfs. erforderliche Verlegung zu bestimmen, bedarf es in jedem Fall gemeinsamer Fallbesprechungen zwischen Erwachsenen- und Jugendbereich. Wenn eine Verlegungsentscheidung getroffen wurde, sollte die Verlegung zeitnah möglich sein, um den Behandlungsverlauf auch im Sinne des Beschleunigungsgebots nicht unnötig zu prolongieren.

Rechtliche Voraussetzungen

Die Möglichkeit der Anordnung einer Unterbringung gemäß §§ 63 und 64 StGB bei Jugendlichen und Heranwachsenden mit entsprechenden Reifedefiziten wird im § 7 JGG, Maßregeln der Besserung und Sicherung, geregelt. Hierin heißt es, dass i.S. des allgemeinen Strafrechts die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden kann. Lediglich die Sicherungsverwahrung ist hier gesondert eingeschränkt. Bei der Novellierung des § 63 StGB gab es keine gesonderte Berücksichtigung von Jugendlichen/Heranwachsenden¹, einig ist man sich aber darin, dass der Verhältnismäßigkeit der Maßnahme (gem. § 62 StGB) eine besondere Beachtung im Jugendgerichtsverfahren zukommt. Kommt es zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug oder einer Entziehungsanstalt im Sinne des JGG, ist die Maßnahme vorrangig am Erziehungsgedanken auszurichten und zielt vor allem darauf, erneuten Straftaten eines Jugendlichen oder Heranwachsenden entgegenzuwirken (§ 2 JGG). Im Weiteren unterliegt die Ausgestaltung des Maßregelvollzugs den einzelnen Bundesländern.

In der Regel entscheidet der Jugendrichter bei „Eignung“ des Untergebrachten für den Jugendvollzug (§ 89b JGG) über den Verbleib von Heranwachsenden im Jugendmaßregelvollzug, analog dem Jugendvollzug.

Aufgrund internationaler Vereinbarung (Deutschland ratifizierte 2012 die UN-Kinderrechtskonvention) haben sowohl Jugendliche als auch Heranwachsende, welche nach JGG verurteilt wurden, einen Rechtsanspruch, getrennt von Erwachsenen untergebracht zu werden (Nr. 61b der abschließenden Bemerkungen zur Jugendgerichtsbarkeit/gemäß Artikel 37 UN-KRK). Analoges wurde in die EU-Richtlinie Nr. 2016/700 aufgenommen (Artikel 12 Abs 1). Deutsches Recht regelt nach § 61 StGB Nr. 2, dass die Maßregel nach § 64 StGB in Einrichtungen vollzogen werden soll, in denen für die Behandlung suchtkranker Jugendlicher die erforderlichen, besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen.

Ethische Aspekte

Die ethischen Grundpfeiler ärztlichen, klinischen Handelns im Allgemeinen wurden als Respekt der Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit beschrieben (*autonomy, non-maleficence, beneficence and justice*) (Beauchamp & Childress, 2013) und wurden von anderen Berufsgruppen übernommen (*American Psychological Association*, 2017). Sie beinhalten die Ermöglichung von autonomen Entscheidungen u.a. durch Aufklärung (informed consent) und die Vermeidung von

¹ Jugendlicher oder Jugendliche in diesem Gesetz ist, wer zur Zeit der Tat 14 Jahre alt ist, aber noch nicht 18 Jahre ist, Heranwachsender, wer zur Zeit der Tat 18 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt ist. Diese Altersbestimmung hat jedoch keine unmittelbare Auswirkung auf die Dauer der Unterbringung in einer Jugendstrafanstalt, was analog zur Frage führt, inwieweit sich hieraus eine Auswirkung auf die Dauer der Unterbringung im Jugendmaßregelvollzug ableiten lässt.

Interventionen, die unnötigen Schaden verursachen. Weiterhin sollen Behandlungen gewählt werden, die den auch sonst gängigen Standards (best practice) entsprechen. Diese Prinzipien finden ihre Reflektion in Richtlinien für ärztliches, therapeutisches und forensisches Handeln (GMC, 2014) (Royal College of Psychiatrists, 2013) (AAPL, 2005) (American Psychological Association, 2017) oder in den Berufsordnungen der Landesärzte- und -psychotherapeutenkammern.

In der forensischen Transitionspsychiatrie stellen sich ethische Fragen in Bezug auf Förderung der Autonomie, Schadensbegrenzung und Fürsorge. Insbesondere entstehen Konflikte in Bezug auf das Interesse des Heranwachsenden vs. dem Schutz der Öffentlichkeit, auf Förderung der Autonomie vs. Etablierung von regelkonformem Verhalten, Einschätzung der Reife und Einwilligungsfähigkeit des jungen Menschen und der dualen Rolle als therapeutische Institution, die aber gleichzeitig auch ausführende Aspekte des Justizsystems beinhaltet (Riittakerttu Kaltiala-Heino & Eronen, 2015).

In der Behandlung ist das Wohl der Patientin oder des Patienten vorrangig, während der Maßregelvollzug zusätzlich auch dem Schutz der Öffentlichkeit dient (Robertson & Walter, 2008). Im Rahmen einer stationären Versorgung entstehen hierbei Graubereiche, wie zum Beispiel bei der Einschätzung des Risikos, das von dem jungen Menschen ausgeht, oder Einsicht in die klinische Dokumentation durch einen externen Gutachter. Dies beinhaltet ethische Konflikte beim Informationsaustausch mit nicht therapeutischen Elementen des Justizvollzugssystems als Systemnotwendigkeit und steht im Konflikt mit der Schadensvermeidung für den Behandelten (Weinberger & Screenivasan, 2018).

Im Erwachsenenalter wird die Einwilligungskompetenz vorausgesetzt, es sei denn, es gibt Hinweise, dass diese nicht vorliegt. In Gerichtsentscheidungen wird großer Wert auf das Recht der Selbstbestimmung gelegt (Prüter-Schwarte, 2012). Internationale Konventionen sprechen auch Kindern und Jugendlichen zunehmend Rechte auf Selbstbestimmung zu (United Nations, Kinderrechtskonvention, 1989), die im Zwangskontext gegen andere Güter abgewogen werden müssen.

Das Prinzip der Fürsorge, also der Orientierung an einem wohlverstandenen Interesse (*best interest*) führt nicht selten zu einer Bevormundung des Patienten und Verletzung des Rechts auf Selbstbestimmung. Die Einwilligungsfähigkeit muss bei psychiatrischen Patienten regelmäßig beurteilt werden und kann auch bei gesunden Minderjährigen nicht vorausgesetzt werden. Häufig ist die subjektive Interessenslage des Jugendlichen vordergründig auf Wiedererlangen von Freiheitsgraden fokussiert. Dies divergiert nicht selten entscheidend von Zielen, die auf langfristige, bessere psychosoziale Anpassung ausgerichtet sind. Hier entsteht ein Konflikt zwischen dem Prinzip der Fürsorge und der Selbstbestimmung: erfolgt keine Behandlung, ist die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Beeinträchtigung erhöht, erfolgt eine Behandlung gegen den erklärten aktuellen Willen, wird das Prinzip der Selbstbestimmung verletzt. Nichtbehandlung kann ebenfalls die stationäre Behandlungsnotwendigkeit verlängern und somit den Freiheitsentzug (Riittakerttu Kaltiala-Heino & Eronen, 2015), was

potentiell im Konflikt mit den Rechten von Behinderten in Bezug auf Integration und Partizipation in der Gesellschaft steht (United Nations, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006). Zwangsmaßnahmen jeglicher Natur können generell als Nebenwirkung subjektiv empfundenes Leiden durch Autonomieverlust und Selbstwertverlust mit sich bringen. Selbst bei nicht einwilligungsfähigen Patienten macht es vor diesem Hintergrund Sinn, wenn möglich, deren Zustimmung zu gewinnen (Birnbacher, 2018).

Am Ende einer gelungenen Adoleszenz hat ein Reifungsprozess stattgefunden, der den jungen Menschen befähigt, Entscheidungen für sich selbst in seinem Umfeld zu treffen. Im Rahmen eines rehabilitativen Ansatzes muss dies auch das Ziel für delinquente Jugendliche sein. Deswegen ist eine Aufgabe des Maßregelvollzugs, Grenzsetzungen bei regelüberschreitendem Verhalten mit Maßnahmen zu balancieren, die die Autonomie und Eigenverantwortlichkeit des jungen Menschen fördern. Dies kann sich wie eine Quadratur des Kreises anfühlen. Die Aufgabe des behandelnden Teams mit Therapeutinnen und Therapeuten, Psychiaterinnen und Psychiatern und Pflegepersonal ist es, den Rahmen auf die Gegebenheiten des Einzelfalles anzupassen und scheinbar gegensätzliche Ausrichtungen und Zielsetzungen in einen kohärenten, wenn auch stufenweisen Behandlungsplan umzusetzen.

Konzeptuelle Voraussetzungen

Der Jugendmaßregelvollzug beinhaltet eine Kombination von therapeutischen und erzieherischen Aufgaben, aber die Abteilung hat auch die Rolle der ausführenden Hand des Justizsystems. Innerhalb des klinischen Teams gibt es nicht selten unterschiedliche Standpunkte, die sich zum Teil aus divergierenden Aufgaben wie zum Beispiel Therapie vs. Erziehung erklären lassen. Da es sich um eine Zwangsmaßnahme handelt und die Patientin oder der Patient nicht die Wahl einer Entlassung hat, geschieht all dies in einem erheblichen Machtgefälle. Im Rahmen eines rehabilitativen Ansatzes ist es wichtig, bei den täglich neu zu treffenden Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Justiz, psychiatrischer Störung und Notwendigkeit der sozio-emotionalen (Nach-)Reifung, diese ethischen Prinzipien nicht aus dem Fokus zu verlieren.

Eine Adoleszenzstation mit Langzeitpatienten steht im stetigen Spannungsverhältnis, die Entwicklungsanforderungen adäquat zu dosieren, d.h. weder zu überfordern noch die Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf ihrer jeweiligen Entwicklungsstufe zu sehr zu fixieren. Es ist hilfreich, anzuregen und zu pflegen, dass die Patienten sich im Sinne einer positiven Peer-Group gegenseitig unterstützen, wobei darauf zu achten ist, dass Patientinnen und Patienten dabei nicht, wie eventuell schon überfordernd in ihren Biographien geschehen, so viel Verantwortung übernehmen, dass sie daran ein eigenes Scheitern erneut erleben.

Die Pflege einer positiven Peer-Group unter den Patientinnen und Patienten ist eine ständige und wichtige Aufgabe für das therapeutische Team, da sich schnell in einer

Patientengemeinschaft auch negative Gruppenprozesse einstellen, in denen – wie schon in kriminellen Gruppen von Jugendlichen in der Gesellschaft – Macht ausgeübt und Druck aufgebaut wird, Heimlichkeiten stattfinden und ein falscher Ehrenkodex gepflegt wird.

Die pädagogische Grundhaltung muss adressiert sein an das Jung-Erwachsenensein der Patientinnen und Patienten und sollte sich im Tonfall an Elementen der Erwachsenenbildung orientieren. Das umfasst z.B. das stetige, gemeinsame Reflektieren von Regelwerken, Trainings in Konfliktklärungskompetenzen sowie dosierte Verantwortungsübernahme in alltäglichen und übergeordneten Belangen.

Strukturell müssen Möglichkeiten und Ressourcen nutzbar sein, um je nach Lockerungsstufe (s.u.) Resozialisierung, Praktika, Gemeinwesenarbeit anzubahnen und zu begleiten und damit eine Reintegration der Patientinnen und Patienten im Sinne gemeindepsychiatrischer Strategien zu ermöglichen. Das muss auch bei den Patientinnen und Patienten realisierbar sein, die sehr fern von ihren Herkunftsfamilien und -gemeinden untergebracht sind.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Berücksichtigt man das wie eben beschriebene Recht auf getrennte Unterbringung sowie die entwicklungspsychologischen und besonderen therapeutischen Anforderungen bei Jugendlichen und Heranwachsenden, so ergeben sich als Mindestanforderungen an eine Behandlungs- und Strukturqualität im Jugendmaßregelvollzug, dass allgemeingültige Standards der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung und Diagnostik, multiaxiale Abbildung der Diagnosen sowie multimodale Behandlungsansätze umzusetzen sind. Darüber hinaus müssen die personellen Voraussetzungen gewährleistet werden. Die Notwendigkeit dieser Mindestanforderungen zeigen sich auch darin, dass bei 20 % der untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden nach § 63 StGB Störungen aus dem Feld „Verhaltens- und emotionale Störungen Beginn in der Kindheit und Jugend“ (ICD 10 F90-F98) sowie in 7 % der Fälle „Entwicklungsstörungen“ (F80-F89) (Erhebung Arbeitskreis, 2019) diagnostiziert wurden, welchen Rechnung zu tragen ist (siehe Leitlinien der DGKJP). Zahlreiche der Untergebrachten zeigen massive Bindungs- und Beziehungsprobleme, was vermutlich auf frühkindliche Bindungsstörungen und/oder Deprivation zurückzuführen ist.

Mindestanforderungen an eine solche Behandlungseinheit sind wie folgt bereits beschrieben worden (Schläfke & Häßler, 2002):

1. Der Jugendmaßregelvollzug muss als Feld für soziales Lernen eine überschaubare Größe haben und entsprechend gegliedert sein.
2. Er muss außerhalb des gemeinsamen Akutbereiches (Aufnahmebereich, Krisenintervention) vom Erwachsenenbereich so abgegrenzt sein, dass die eigene Ge-

staltung der für soziales Lernen notwendigen Verantwortungsbereiche für die jugendlichen Straftäterinnen und Straftäter möglich ist.

3. Er muss mit seinen alltäglichen Lebensbedingungen eine weitgehende Annäherung an Lebensbedingungen außerhalb der Einrichtung darstellen können, wozu auch Schule und Berufsausbildung zählen, und schrittweise Übergänge von innen nach außen entwickeln.
4. Er muss einen Plan seiner Angebote und Vorgehensweise, des Zusammenwirkens und des beabsichtigten Verlaufes ihrer/seiner Einflussnahme nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen vorweisen können.
5. Er muss über Mitarbeitende des allgemeinen Maßregelvollzugsdienstes mit besonderen Befähigungen sowie über besondere Fachdienste mehrerer Fachrichtungen verfügen. Dabei müssen folgende Aufgabenbereiche vertreten sein: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädagogik, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychotherapie, Psychologie, Ergotherapie, Kreativtherapie, Sport-/Mototherapie.
6. Für die Mitarbeitenden müssen Fortbildung, Supervision und externe Teambesprechung gewährleistet sein.

Personelle Voraussetzungen

Für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer Jugend- Maßregelvollzugseinrichtung sind ausreichende personelle Voraussetzungen zur Erfüllung der Aufgabe von großer Bedeutung.

Sowohl eine sinnvolle Mischung der Berufsgruppen mit Blick auf die Bedürfnisse der zu versorgenden Patientinnen und Patienten ist zu bedenken als auch eine Ausstattung gemäß den Vorgaben der PPP-RL (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie) für die notwendige Betreuung der Patientinnen und Patienten. In der Regel wird der Bedarf eines Jugend-MRV in einer Mischung aus den Minutenwerten der Berufsgruppen für KJ2 bis KJ7 in der dafür vorgesehenen PPP-RL KJ bestehen. Zusätzlich sind Aufgaben zu erledigen, die durch Sicherheitsanforderungen sowohl für die Allgemeinheit als auch für Untergebrachte und Mitarbeitende entstehen, welche zusätzlich eingerechnet werden müssen. Die oft kleinen Organisationseinheiten können den Personalaufwand weiter erhöhen.

In der Regel wird der Personalbedarf eines Jugendmaßregelvollzugs in einer Mischung aus den Bedarfen einer jugendpsychiatrischen Regel- und Intensivbehandlung und unter Berücksichtigung der langen Behandlungsdauern bestehen. Je nach Organisation der jeweiligen Abteilung wird in einem typischen Verlauf eines Patienten im Maßregelvollzug die Behandlung zwischen einer jugendpsychiatrischen Intensivbehandlung bis hin zu tagesklinischer Behandlung während des Probewohnens alle unterschiedlichen Stufen der Behandlung durchlaufen, so dass die Bedarfe der einzelnen Behandlungsstufen gemittelt berücksichtigt werden müssen. Insgesamt ist im Ju-

gendmaßregelvollzug von einer Selektion der Patientinnen und Patienten auszugehen, da vorherige Behandlungen bereits gescheitert sind. Die gemeinsame Behandlung dieser Patientinnen und Patienten mit ausgeprägteren psychischen Belastungen und Beeinträchtigungen und somit erhöhtem Behandlungsbedarf erfordert eine Personalausstattung, die mindestens der in der kinder- und jugendpsychiatrischen Regelbehandlung entspricht.

In der Besetzung des multiprofessionellen Teams sollten also neben den für den Maßregelvollzug üblichen Berufsgruppen (nämlich Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Sport- und Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten) auch Berufsgruppen eingestellt werden, die in Fragestellungen von Ausbildung und Erziehung geschult sind, also Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Arbeitserzieherinnen und -erzieher, Pädagoginnen und Pädagogen (Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Heilpädagoginnen und -pädagogen, Pädagoginnen und Pädagogen) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Solche Berufsgruppen sollten bis zur Hälfte der gesamten Personalstärke das Team im Pflege- und Erziehungsdienst bilden, damit das Thema Erziehung, das dem JGG besonders wichtig ist, und alle damit verbundenen Aufgaben und Fragestellungen im Team ausreichend stark vertreten sind und in der Gestaltung des Alltags auf der Station sowie in der Bewertung des Verhaltens von Patienten genug Augenmerk auf Fragen der Entwicklung gelegt werden kann.

Mehr Kapazitäten als in der üblichen Psychiatrie-Personalzuordnung sind sicher für moderne psychotherapeutische Strategien durch Ärztinnen und Ärzte/Fachärztinnen und -ärzte und Psychologinnen und Psychologen erforderlich (z.B. spezielle Gruppentherapien bei Sexualdelinquenz, DBT-A bei Persönlichkeitsstörungen, MBT bei Mentalisierungsstörungen und Bindungsstörungen, Traumafokussierte CBT für die multiplen Traumatisierungen etc.). Neben der oben erwähnten Kompetenz der Therapeutinnen und Therapeuten müssen auch genügend zeitliche Ressourcen für hochfrequente und erst dann wirksame psychotherapeutische Vorgehensweisen vorgehalten werden, insbesondere da auch Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung im Jugend- und Adoleszenz-Maßregelvollzug gegenüber der Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert sind.

Für den Pflege- (und Erziehungs-)dienst ist neben den oben geschilderten Kompetenzen zusätzlich ein Sicherheitszuschlag erforderlich. Eine Schichtbesetzung bis abends ist erforderlich zur Gewährleistung eines wenig aggressiven Gruppenklimas und zur Schlichtung allfälliger Konflikte. Einzelbetreuungsmöglichkeiten zur Deeskalation müssen jederzeit verfügbar sein. Zusätzliche Zwangsmaßnahmen sollten dadurch entsprechend der S3-Leitlinie der DGPPN (AWMF 2018) weitgehend vermieden werden können. Mitglieder des pflegerisch-erzieherischen Teams müssen über ein breites

Spektrum an Angebotsmöglichkeiten für alle Alters- und Entwicklungsstufen verfügen, eine breite humanistische Grundhaltung und gute Fähigkeiten zur Nähe-Distanz-Regulierung haben. Erfahrungen im Erwachsenen-Maßregelvollzug sind für den Umgang mit jungen Erwachsenen unverzichtbar.

Ein sicherheitsbeauftragter Mitarbeitender sollte die notwendigen Aufgaben im Bereich der Sicherheit koordinieren und überwachen (Kontrollen, bauliche Sicherheit, Einhaltung von Standards u.ä.).

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sollten verfügbar sein und Kenntnisse in der gemeindepsychiatrischen und Gemeinwesenarbeit mit einer guten örtlichen Einbindung verbinden (s.u.).

Es bedarf sehr häufiger Rückkoppelungsprozesse im Team und supervisorischer Begleitung, um die durch die schwer gestörten Patientinnen und Patienten ausgelösten Dynamiken bearbeiten zu können und ein entwicklungsförderndes Milieu trotz von den Adoleszenten häufig reinszenierter Destruktivität aufrechterhalten zu können.

Bauliche Voraussetzungen

Die bauliche Gestaltung einer Jugend-Maßregelvollzugseinrichtung soll die Unterbringungsziele bestmöglich unterstützen oder diesen zumindest nicht entgegenwirken, die aktuell gültigen Sicherheitsanforderungen erfüllen und gleichzeitig unter Wirtschaftlichkeitsaspekten umsetzbar sein.

Dass sich hieraus Zielkonflikte ergeben, ist fast unausweichlich. Welche Prioritäten dann jeweils wie weit umgesetzt werden, hängt auch maßgeblich von den politischen Schwerpunktsetzungen der letztlich Entscheidenden ab.

Auf allgemeine bautechnische und sicherheitstechnische Mindestanforderungen soll hier im Weiteren nicht eingegangen werden.

Jugendliche und Heranwachsende suchen Reibung, Autonomie und Diskussion. Sie testen Grenzen aus, haben in der Regel einen höheren Bewegungsdrang als ältere Untergebrachte, haben oft vielfältige Entwicklungs- und Bildungsdefizite und suchen bzw. brauchen Beschäftigung, da sie mit der sich sonst einstellenden Langeweile oft überfordert scheinen und dann tendenziell destruktive eigene Aktivitäten entwickeln.

Die Untergebrachten bewohnen die Einrichtung in der Regel mehrere Jahre, wobei die Unterbringungszeit in Relation zum jungen Lebensalter der Patientinnen und Patienten subjektiv oft noch als deutlich länger andauernd wahrgenommen wird. Die Einrichtung wird somit auch faktisch zu einem „Zuhause“ für längere Zeit.

Auch um den Entwicklungs- und Autonomiebedürfnissen zu entsprechen, ist generell der Einzelzimmerstandard inkl. eigenen Badezimmers umzusetzen. Sinnvoll ist es baulich einige (potenzielle) Doppelzimmer vorzusehen, da in Ausnahmefällen Patientinnen und Patienten explizit eine gemeinsame Unterbringung wünschen und so auch gleichzeitig Kapazitäten vorgehalten werden können, um flexibel z.B. auf besonderen

Aufnahmedruck reagieren zu können. Die Notwendigkeit der Vorhaltung und entsprechender Gestaltung üblicher diverser Funktions-, Behandlungs- und Sanitärräume soll hier ebenfalls nicht weiter ausgeführt werden. All das unterscheidet sich nicht von aktuellen grundsätzlichen Anforderungen an die Gestaltung eines modernen Maßregelvollzugs auch für Erwachsene.

Um dem erhöhten Beschäftigungs- und Bewegungsbedürfnis junger Untergebrachter Rechnung zu tragen, ist jedoch besonderes Augenmerk auf die Dimensionierung und Gestaltung der Aufenthaltsräume, Freizeitbereiche und Sportanlagen zu richten. Die bauliche Umsetzung eines für die Patientinnen und Patienten frei zugänglichen Außenbereichs in Form eines Innenhofes oder eines durch andere Baumaßnahmen umschlossenen und gesicherten Geländes kann erheblich dem subjektiven Gefühl des Eingesperrtseins und der damit dann möglicherweise verbundenen negativen Verhaltenseffekte entgegenwirken. Auch lassen sich hier bereits in verstärktem Maße Bewegungs- und Freizeitangebote sowie eigenverantwortliche Beschäftigungsmöglichkeiten umsetzen.

Den Zugang zu einer auf kurzen, möglichst gesicherten Wegen erreichbaren Sporthalle ersetzt dies jedoch noch nicht. Auch ein offener oder überdachter Sportplatz, der nicht ausreichend vor den Witterungseinflüssen geschützt ist, kann in der Regel nicht als ausreichend angesehen werden, um den Patientenbedürfnissen im Jahresverlauf zu genügen. Zudem lässt sich eine Sporthalle für zahlreiche weitere Veranstaltungen wie z.B. das Durchführen von Festen, insbesondere auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen der Patientinnen und Patienten nutzen, für die regelmäßig ein entsprechend großes und gesichertes Gebäude benötigt wird.

Unbedingt erforderlich ist ebenfalls ein gesicherter Zugang auch für ungelockerte Patientinnen und Patienten zu ausreichend großen und entsprechend ausgestatteten Schulräumen sowie Räumlichkeiten für die Arbeits- und Ergotherapie. Schulräume mit Differenzierungsmöglichkeit in Einzelarbeit und Kleinstgruppenarbeit sind im geschlossenen Bereich erforderlich, um durchgängig das Recht auf Bildung zu realisieren. Werkstattkapazitäten für einen Berufseinstieg oder mindestens die Förderung der Ausbildungsfähigkeit sind essentiell für die spätere Resozialisierung. Größe und Anzahl dieser Räume hängen wiederum von der Gesamtplanung der unterzubringenden Patientinnen und Patienten bzw. auch der Anzahl der Stationen ab. Auch der später notwendige Personalbedarf für die Begleitungen kann durch geschickte Bauplanungen oft reduziert werden.

Gerade aufgrund des hohen Beschäftigungs- und Aktivitätsbedürfnisses der Untergebrachten sowie des erhöhten Personalschlüssels für den Betrieb einer Jugendforensik ist es leicht erkennbar, dass zur Durchführung entsprechender Angebote auch verschiedene Räumlichkeiten vorgehalten werden müssten, die ausreichend Platz für viele Personen bieten. Dabei wird Platz nicht nur für das Aufstellen von Sitzkreisen, Arbeitstischen und ähnlichen eher statischen Gegenständen benötigt, sondern eben auch für Bewegung in den Räumen und die Unterbringung von Gegenständen, wie z.B. Instrumente, Medien, Spielen, Sportgeräten und anderem. Damit andererseits all

diese Utensilien nicht ständig auf der Station oder in den Multifunktionsräumen verbleiben müssen und dort wiederum andere Gruppen stören könnten, sind ausreichende Lagerräume vorzusehen. Hier sind auch Lagerräume für private Utensilien der Patientinnen und Patienten (Effekten) einzuplanen. Auch an diesen Räumen wird erfahrungsgemäß eher gespart.

Als in vielerlei Hinsicht entwicklungsförderlich und milieuthérapeutisch sinnvoll wird inzwischen die Einführung und entsprechende Mitwirkung von Patientinnen und Patienten in einer sogenannten Selbstversorgung in Kleingruppen anerkannt. Die Selbstversorgung hilft dabei, den Tagesablauf zu strukturieren, eine lebens- und praxisnahe Gewöhnung an Eigenständigkeit und Mitverantwortung in einer Gemeinschaft zu entwickeln. Hierbei geht es vielmehr um die in dem Bereich zu erwerbenden Sozialkompetenzen als um das tatsächliche Zubereiten der Speisen bzw. das Kochen. Soll ein solches Konzept umgesetzt werden, empfiehlt sich dies in einer angemessenen Gruppenstärke von max. sechs bis acht Patientinnen und Patienten durchzuführen, da ansonsten die Ansprüche an Kochkompetenzen, Zeitmanagement, Lagerhaltung und funktionierende Küchengemeinschaft eher überfordernd werden. Bei so einer Gruppengröße sind je nach Gesamtzahl der Unterzubringenden entsprechend zahlreiche Selbstversorgerküchen einzurichten. Zusätzlich sollte schon frühzeitig berücksichtigt werden, in welcher Art und Weise Lebensmitteleinkäufe und/oder Lieferungen von außen im Alltag organisiert werden können. Davon abhängig sind Notwendigkeiten der Lagerhaltung, z.B. ein extra Raum für Gefriertruhen, da die hauswirtschaftlichen Anforderungen an eine Selbstversorgerküche in der Forensik eben nicht die gleichen sind, wie sie in einem Privathaushalt mit täglichen Einkäufen realisiert werden können. Auch ausreichender Platz an Arbeitsflächen sowie ein Raum für das gemeinsame Essen sind einzukalkulieren.

Bezüglich der baulichen Gestaltung der Innenräume wird hier sehr dafür plädiert diese möglichst wohnlich, hell und auch hochwertig möbliert umzusetzen. Dies gilt zumindest für den Unterbringungsbereich therapeutisch fortgeschrittener Patientinnen und Patienten, wenn eine entsprechende Binnenstruktur zwischen Aufnahme-, Krisen- und Fortgeschrittenenbereich umgesetzt werden soll.

Als Folge einer solchen Differenzierung kann hier bereits ein zusätzlicher Anreiz gesetzt werden sich als Patientin oder Patient für den Fortgeschrittenensektor zu bewähren, um dann in den Genuss einer entsprechend aufgewerteten Wohlfühlatmosphäre zu kommen. Gleichzeitig bestehen an diese Patientinnen und Patienten dann Erwartungen und bereits auch Aufforderungen durch das Interieur selbst mit diesem verantwortungsvoll und pfleglich umzugehen, um genau diesen Wohncharakter zu bewahren und nicht durch eigenes Fehlverhalten zu gefährden. Diese Gestaltungsaspekte sind als Gegenentwurf zu einer möglichst vandalismussicheren, dann oft aber eher kühl, klinisch-aseptisch und nicht nur als schmutzabweisend wirkenden Einrichtungsgestaltung aufzufassen.

Beim Einbau entsprechend hochwertiger Sicherheitsgläser kann auf das zusätzliche Anbringen von Vergitterungen bis auf Bereiche vor beweglichen Fensterflügeln ver-

zichtet werden. Auch können die Fenster entsprechend großflächig gestaltet werden, was den Wohncharakter unterstreicht.

Bei der Gestaltung der räumlichen Dimensionen der Aufenthaltsbereiche sollte hier ebenfalls nicht nur von dem Raumbedarf für das Aufstellen der benötigten Stühle, z.B. im Rahmen einer Stationsversammlung ausgegangen werden. Zusätzlich berücksichtigt werden sollten darüber hinaus Stellflächen, die inzwischen weitgehend obligatorisch sein sollten, wie z.B. für Kickertisch, Billard, Airhockey, Ergometer etc. Diese Objekte brauchen feste Standorte, da es ungünstig ist diese im Wochenverlauf bei verschiedenen Gruppensitzungen hin und her transportieren zu müssen. Zudem dürfen sie nicht im Weg stehen (Fluchtwege, Brandschutz etc.). Daher sind entsprechende Raumbedarfe realistisch zu planen.

Eine Adoleszenzstation im MRV muss Familienbindungen der Herkunftsfamilien als auch eigene Partnerschaften der Patientinnen und Patienten inkludieren können, d.h. eine Familien-Einheit mit Selbstversorgungsmöglichkeit für besuchende Angehörige und Patientinnen und Patienten sollte vorhanden sein.

Modelle der Versorgung

Grundsätzlich sind jugendforensische Einrichtungen kleine Einheiten und müssen daher an eine größere Klinik angebunden werden, entweder an eine forensische Klinik oder an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie (Weissbeck, 2009). Historisch entwickelte sich die forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie weitgehend aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Während 2003 lediglich eine forensische Klinik eine Einheit für den Jugendmaßregelvollzug aufwies, nahm im Lauf der letzten 18 Jahren die Versorgung durch forensische Kliniken deutlich zu. Gleichzeitig entwickelte sich in der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kooperation mit der Allgemeinpsychiatrie ein Trend, die Heranwachsenden in adoleszenzpsychiatrischen Stationen zu versorgen (z.B. Karow, 2018).

Die nachfolgende Tabelle (Erhebung Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug 09/2019) listet die derzeit bekannten Angebote für Jugendliche und Heranwachsende im Bereich des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland auf. Grau unterlegt sind an die KJP angegliederte Abteilungen, nicht unterlegt sind die Abteilungen innerhalb forensischer Kliniken.

Bundesland und Ort	Plätze	§ 63 StGB	§ 64 StGB	Aufnahmealter	Gemischtgeschlechtliche Unterbringung
Bayern: Parsberg	59	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-24	<input type="checkbox"/>
Bayern: Regensburg	20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-20	<input checked="" type="checkbox"/>
Berlin: Berlin	24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-24	<input checked="" type="checkbox"/>
Hessen: Marburg	12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-17	<input checked="" type="checkbox"/>
Meck.-Vorpommern: Rostock	10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-21	<input checked="" type="checkbox"/>
Niedersachsen: Bad Zwischenahn	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-24	<input type="checkbox"/>
NRW: Marsberg	24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-21	<input type="checkbox"/>
NRW: Viersen	24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-21	<input type="checkbox"/>
Rheinland-Pfalz: Klingenmünster	20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-21	<input checked="" type="checkbox"/>
Sachsen: Arnsdorf	12- 16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14-24	<input checked="" type="checkbox"/>
Thüringen: Mühlhausen	16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-24	<input type="checkbox"/>

Alle Einrichtungen besitzen eine interne Beschulungsmöglichkeit. In den Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen besteht die Möglichkeit einer internen Ausbildung.

Die gemeinsame Versorgung von gem. §§ 63 und 64 StGB Untergebrachten zeigt sich in der Praxis auch in einem jugendforensischen Setting als herausfordernde Aufgabe.

Die Unterschiede der nach §§ 63 und 64 StGB Verurteilten bestehen nicht alleine in der Zeitdauer der Maßregel, die bei § 64 StGB Patientinnen und Patienten auf zwei Jahre begrenzt ist und damit in der Praxis schnellere Zielerreichung erfordert, sondern auch in der Tatsache, dass generell die nach § 64 StGB Untergebrachten häufig weniger schwer psychiatrisch erkrankt sind und eine höhere Dissozialität aufweisen.

Das wirkt sich auf das Stationsklima aus und sorgt i.d.R. dafür, dass dem Milieu der Station besondere Beachtung geschenkt werden muss, um ein prosoziales bzw. protherapeutisches Miteinander unter den Patienten herzustellen und zu pflegen.

Wie die Tabelle zeigt, stehen insgesamt relativ geringe Platzzahlen zur Verfügung (mit Ausnahme von Bayern für den Bereich § 64 StGB). Daher bedarf es besonderer Aufmerksamkeit, wenn aufgrund der oft kleineren Behandlungseinheiten eine Trennung

von nach § 63 und § 64 StGB Untergebrachten nicht umsetzbar ist.

Im besten Fall können die beiden Patientengruppen auch gut voneinander profitieren und eine stabile Gruppe von Patientinnen und Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind, kann sich als Träger von guten Gewohnheiten und Regeln auf der Station bewähren, denen sich die Patientinnen und Patienten im besten Fall schon verpflichtet fühlen.

Diagnostik und Therapie

Diagnostik & Therapie im Jugendmaßregelvollzug nach § 63 StGB

Auch im Bereich des Jugendmaßregelvollzugs bzw. der forensischen Transitionspsychiatrie gelten für die Diagnostik und Therapie allgemein gültige Leitlinien und Standards der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Eine Formulierung allgemein gültiger Standards erwies sich aufgrund der Komplexität und Heterogenität der untergebrachten Personen im Jugendmaßregelvollzug als nicht praktikabel.

Vielmehr ist es notwendig nach der Sichtung der Vorbefunde und des strafrechtlichen Gutachtens eine aussagekräftige Diagnostik der Intelligenz und der Persönlichkeit zu haben und ggf. zu ergänzen, sowie im Verlauf die für die Straftaten entsprechenden Prognoseinstrumente zu verwenden. Folgende Verfahren wurden als „kleinster gemeinsamer Nenner“ festgelegt, um perspektivisch vergleichbare Daten über die Einrichtungen hinweg zu haben: Wechsler – Intelligenztest für Erwachsene (Wechsler, 2012) oder Kinder (Wechsler, 2011), Culture Fair Intelligenztest 2 (CFT 20-R) (Weiß, 2006), Child Behavior Checkliste (CBCL)/ Youth Self Report (YSR-R) (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014), Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90-R) (Franke, 2014), Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI) (Kuhl & Kazén, 2009), HCR 20 V3 (Douglas, 2014), Manual für strukturierte Beurteilung des Gewalttrisikos von Jugendlichen (SAVRY, deutsche Version Rieger, Stadtland & Nedopil, 2006), Sexual Violence Risk-20 (SVR-20, Boer, Hart, Kropp & Webster, 2004), Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR, Worling & Curwen, 2001; deutsche Version Schmelzle, 2003), Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II (J-SOAP-II, Prentky & Righthand, 2003; deutsche Version Schmelzle, 2004).

Die endgültige Anwendung erfolgt unter Berücksichtigung des Alters und der zu Grunde liegenden Straftat.

Bei der Therapie handelt es sich in der Regel um eine multimodale Behandlung. Eine solche erfordert ein Zusammenwirken aller am Behandlungsprozess beteiligten Interventionen. Dazu gehören psychotherapeutische, psychopharmakologische, familientherapeutische, heilpädagogische, sozialpädagogische, kreativtherapeutische, erlebnispädagogische und alltagspädagogische Maßnahmen, welche zu einem komplexen

Behandlungsplan zusammengeführt werden (Weissbeck & Häßler, 2015). Hierbei müssen außerdem die anstehenden Entwicklungsaufgaben berücksichtigt werden.

Auf Grund der Komplexität ist eine Hierarchisierung der Behandlung unerlässlich. Neben der Therapiezielhierarchie nach DBT-F von Oermann (2008) gibt es unter anderem folgende Möglichkeiten der Erstellung einer Hierarchie (Weissbeck & Häßler 2015):

- Behandlung der Grunderkrankung
- Abwägung des Behandlungsbedarfs bei Zweiterkrankungen
- Suizidalität vor Dissozialität behandeln
- Parallel behandelt werden: Substanzmissbrauch, hyperkinetische Störung, Depressivität oder andere emotionale Störungen
- Einsatz kriminaltherapeutischer Techniken sind abhängig von der Grunderkrankung: bei schizophrenen Erkrankungen erfolgt der Einsatz erst nach deutlichem Abklingen der produktiven Symptomatik, bei anderen Störungsbildern erfolgt der Einsatz meist parallel

Eine Verbesserung der Impulsivität und der Absprachefähigkeit sollte Vorrang haben, um möglichst Lockerungen im Bereich der Ausführungen gewähren zu können und damit die Möglichkeit zu schaffen, einem Hospitalisierungseffekt entgegenzuwirken und Erfahrungen im Rahmen von Ausführungen zu sammeln.

Neben der leitlinienorientierten Therapie der Grundstörung müssen kriminaltherapeutische Methoden berücksichtigt und in den Behandlungsplan eingebunden werden, die sich insbesondere im Bereich der Deliktbearbeitung wieder finden. Hier liegen häufig keine speziell auf Jugendliche abgestimmten Materialien vor, sondern es ist eine Adaptation aus dem Erwachsenenbereich notwendig.

Im Rahmen des Arbeitskreises Jugendmaßregelvollzug wurde zuletzt 2019 erfasst, welche standardisierten Therapieprogramme in der ursprünglichen oder einer adaptierten Version eingesetzt werden.

- Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter (BiG) (Demmerling, 2013)
- AAT (Empower) (nach Weidner, 2001)
- „Fit for Life“ (Jugert et al, 2011) (modifiziert)
- Selbstsicherheitstraining (Hinsch & Pfungsten, 2015) (modifiziert)
- BPS – Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (Wischka, Foppe, Griepenburg, Nuhn-Naber & Rehder, 2004) (Original und modifiziert)
- dauerhafte Veränderung – J, Rückfallvorbeugung (Hendriks & Bullens, 1998)
- Dialektisch-behaviourale Therapie für Adoleszente (DBT-A) und Dialektisch-behaviourale Therapie für Forensik (DBT-F) (modifiziert)

- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual (Altmannsberger, 2004) (Originalmanual)
- Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. (Körkel & Schindler, 2003). (Originalmanual)
- Motivational Interviewing
- R & R (Reasoning & Rehabilitation Programm) (Deutsche Übersetzung und Bearbeitung, Institut für forensische Psychiatrie Haina e. V., 2004)
- Gruppentraining Sozialer Kompetenzen GSK (Hinsch & Pfingsten, 2007). (Originalmanual)
- TEK – Training emotionaler Kompetenzen (nach Berking, 2008)
- Lieber schlau als blau (Lindenmeyer, 2016) (modifiziert)
- Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigen (nach Klos & Görden, 2009)
- Integrated Theory (Barbaree, Marshal & Mc. Cornick, 1990) (modifiziert)
- Forensisches Therapieprogramm für junge Straftäter (ForTIS) (Best, Aebi & Bessler, 2015)
- Soziales und emotionales Kompetenztraining (SEKT) im Maßregelvollzug: Vorstellung und Evaluation eines Gruppentrainings für psychisch kranke Straftäter mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und komorbiden Störungen wie Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen (Friedenstab, 2013)

Bei der Betrachtung wird deutlich, dass nahezu jedes verwendete Manual modifiziert und auf die Belange des Jugendmaßregelvollzugs im Allgemeinen und das jeweilige Klientel (Grundstörung, kognitive Voraussetzungen, Gruppenfähigkeit, etc.) im Besonderen angepasst werden muss.

Da der Schwerpunkt dieses Artikels auf der Transitionspsychiatrie liegt, wird auf eine ausführliche Darstellung der im Erwachsenenbereich vorhandenen Methoden verzichtet. Darüber hinaus wird auf den Artikel von Weissbeck und Häbler verwiesen (Weissbeck & Häbler, 2015), in dem spezielle Therapiemethoden bereits dargestellt werden.

In einer systematischen Übersicht von Lipsey und Cullen (2007) wurden in 48 Metaanalysen Interventionen bei jugendlichen und erwachsenen Straftätern untersucht. Von den Autoren wird darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei jugendlichen Straftätern besser untersucht ist als bei Erwachsenen. Es können risikomindernde Effekte durch therapeutische Programme erzielt werden. Strafende Interventionen oder Haft alleine sind demgegenüber deutlich unterlegen.

Ergänzend muss das Forensische Therapieprogramm für junge Straftäter – Das ForTIS- Manual (ForTIS) (Best, Aebi & Bessler, 2015) erwähnt werden, welches sich mittlerweile gut etabliert hat. Hierbei handelt es sich um ein deutschsprachiges, evaluiertes, manualisiertes, forensisches und deliktorientiertes Therapieprogramm für

Jugendliche und junge Erwachsene, die jugendtypische Delikte begangen haben (Gewalt- und Eigentumsdelikte). Ziel ist der Aufbau einer Motivation zur Verhaltensänderung durch die intensive Auseinandersetzung mit dem begangenen Delikt. Das ForTIS besteht aus verschiedenen Modulen mit folgenden Elementen: Deliktanalyse, Bilanzierung des straffälligen Verhaltens, Selbstmanagement, Erwerb kognitiver und sozialer Fertigkeiten, soziale Perspektivübernahme, Opferempathie und Rückfallprävention. Das ForTIS kann sowohl im Rahmen von Einzelsetting als auch Gruppen durchgeführt werden. In der Praxis konnte dieses ohne größere Modifikationen (abgesehen von der geplanten Zeit) im Rahmen einer Therapiegruppe für jugendliche und heranwachsende Gewalttäter gut implementiert werden.

Entscheidend ist im Rahmen einer evidenzbasierten Behandlung die Berücksichtigung der drei Prinzipien erfolgreicher Behandlung nach dem RNR-Modell (Andrews & Bonta, 2016). Nach dem risk-principle soll die Behandlung und vor allem die Intensität an der individuellen Gefährlichkeit ausgerichtet werden. Besonders wichtig ist dabei das need-principle, nach dem in der Behandlung gezielt die dynamischen Risikofaktoren adressiert werden sollen. Im Klinikalltag lassen sich daraus Handlungsempfehlungen zum Unterscheiden zwischen vor allem störenden Verhaltensweisen und tatsächlich deliktrelevanten Faktoren ableiten. So sollten nur problematisches Essverhalten oder Hygieneprobleme nicht zu einer verlängerten Unterbringungsdauer führen. Das „responsivity-principle“ betont die individuelle Ansprechbarkeit, die unter anderem eine ausreichende Berücksichtigung kognitiver Ressourcen oder des kulturellen Hintergrundes fordert. In Meta-Analysen konnte gezeigt werden, dass gute Behandlungserfolge nur bei Berücksichtigung von mindestens zwei dieser Behandlungsgrundsätze gelingen (Andrews & Bonta, 2010).

Diagnostik & Therapie im Jugendmaßregelvollzug nach § 64 StGB

Die Behandlungsziele der Unterbringung nach § 64 StGB bestehen neben der Therapie der jeweiligen Suchterkrankung in der Behandlung von komorbiden Störungen bzw. Grund- und Folgeerkrankungen sowie insbesondere in der Bearbeitung assoziierter kriminogener Faktoren als Grundlage zur Reduktion der Gefahr von Rückfällen in neue Straftaten.

Um diese Ziele zu erreichen, steht nach abgeschlossener Entgiftung die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit der Sucht- und Delinquenzanamnese sowie die Erarbeitung von Rückfallvermeidungsstrategien im Fokus der Behandlung.

Eine Besonderheit der Maßregel nach § 64 StGB besteht darin, dass sie an eine hinreichende Aussicht auf Behandlungserfolg gebunden ist: bei Patientinnen und Patienten, die durch die Therapie anhaltend nicht zu erreichen sind oder mit ihrem Verhalten die Sicherheit und Ordnung der Einrichtung gefährden, kann von Seiten der Klinik bei dem zuständigen Jugendrichter ein Antrag auf Abbruch der Behandlung gestellt werden. Auch die Patientin oder der Patient hat jederzeit die Möglichkeit einen Therapie-

abbruch zu beantragen. Bei entsprechender Entscheidung durch das Gericht wird die oder der Betroffene zur Verbüßung des Restes ihrer oder seiner Haftstrafe in eine Justizvollzugsanstalt verlegt.

In der Eingewöhnungszeit, die – je nach Klinik – häufig auf gesonderten Aufnahme-Stationen absolviert wird, stehen zunächst Aspekte des Motivationsaufbaus, der Tagesstrukturierung sowie der Reaktivierung von kognitiver und körperlicher Leistungsfähigkeit im Vordergrund der Behandlung. Viele Patientinnen und Patienten zeigen anfangs Anpassungsprobleme im Hinblick auf den Tagesrhythmus oder zeigen aufgrund ihres Suchtmittelkonsums noch über Wochen bis Monate Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme. Bei Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Therapie nicht inhaftiert waren und sich auf Anweisung des Gerichts selbst zur Aufnahme in die Klinik begeben (sog. „Selbststeller“), sind diese Phänomene oft besonders stark ausgeprägt.

Viele der zugewiesenen Patientinnen und Patienten zeigen zu Beginn der Behandlung noch eine hohe Ambivalenz hinsichtlich ihrer eigenen Compliance für eine Therapie bzw. ringen mit einer Reihe von Erwartungen und Ängsten. Während ihnen von Seiten der Justiz, des Gutachters und Rechtsanwaltes im Rahmen des Gerichtsverfahrens die Chancen einer Therapie aufgezeigt wurden, beschränken sich diejenigen Informationen, die die Patientinnen und Patienten bis dato „aus erster Hand“ erhalten haben, meist einseitig auf Berichte von Therapieabbrechern, die in den JVA's aus ihrer Perspektive erzählen und dabei oft verzerrte Vorstellungen prägen. Die Aufklärungs- und Motivationsarbeit stellt dementsprechend einen wichtigen Teil der ersten Behandlungsphase dar.

In der Aufnahmephase werden die vorbeschriebenen gutachterlichen Diagnosen aus dem Strafverfahren mit eigenen diagnostischen Eindrücken abgeglichen und ergänzt. Es kommt nicht selten vor, dass insbesondere Suchtdiagnosen, die im Rahmen der Begutachtung im Erkenntnisverfahren gestellt wurden, angepasst werden müssen, da zum damaligen Zeitpunkt aus „strategischen“ Gründen von der Probandin oder dem Probanden bestimmte Aspekte verheimlicht wurden oder aber überzogene Angaben zum Konsum gemacht wurden. Durch entsprechende testpsychologische Diagnostik werden die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten und ihre Persönlichkeitsentwicklung erhoben.

Im Rahmen der Diagnostik kommt der Identifikation von vorbestehenden und komorbiden psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters eine besondere Bedeutung zu, da diese im Verlauf der strafrechtlichen Begutachtung häufig noch nicht differenziert erfasst wurden bzw. manchmal auch erst anhand der vollstationären Beobachtungen entsprechend zutage treten (vgl. Hyperkinetische Störungen; Bindungsstörungen; Angststörungen etc.). Durch den Sozialpädagogischen Dienst wird die psychosoziale und ökonomische Lebenssituation der Patientinnen und Patienten erfasst und auf Unterstützungsbedarf geprüft. Bei Patientinnen und Patienten mit fremden Staatsangehörigkeiten werden zudem der ausländerrechtliche Status und der

Stand eventueller Abschiebeverfahren geprüft, um Aspekte der Bleibeperspektive mit späteren Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten zu klären.

Von Seiten der ergo- und arbeitstherapeutischen Abteilungen werden diagnostische Einschätzungen zu den praktischen und handwerklichen Fertigkeiten der Patientinnen und Patienten und ihrer potentiellen Eignung für verschiedene Berufsfelder geformt.

Auf Basis der Erhebung der Biographie inklusive Sucht- und Delinquenzverlauf wird für die Patientin oder den Patienten eine Delinquenzhypothese erstellt, d.h. eine Entwicklungstheorie zur Entstehung der Kriminalität formuliert, die das individuelle Bedingungsgefüge des Betroffenen im Hinblick auf auslösende und aufrechterhaltende Faktoren, die Bedürfnis- und Motivationslage, den familiären Hintergrund, eventuelle Belastungsfaktoren, Einflüsse von Erkrankungen, Peergruppenaspekte etc. beschreibt.

Die Entwöhnungstherapie im Jugendmaßregelvollzug umfasst multimodale Behandlungsbausteine aus den Bereichen Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Ergo- und Arbeitstherapie, Schule, alltagspraktisches Training und Freizeitpädagogik. Das forensische Kernziel der Behandlung ist die therapeutische Adressierung derjenigen (kriminogenen) Faktoren, die gemäß der individuellen Delinquenzhypothese (s.o.) im Rahmen der Anlassdelikte zum Tragen kamen und im Hinblick auf die Zukunft die Gefahr weiterer Straftaten bedingen. Diese Faktoren reichen regelhaft weit über den reinen Suchtmittelkonsum hinaus, betreffen meist sowohl biographische Hintergründe der Suchtmittelproblematik als auch Aspekte komorbider Störungen und/oder Reifeaspekte im Werte-/Moralsystem der Betroffenen und aktualisieren sich oft im Verhalten der Patientinnen und Patienten im Hier-und-Jetzt des stationären Alltags, wodurch sie wiederum einer konkreten Bearbeitung zugänglich werden.

Sporttherapeutische Angebote zielen nicht nur auf die Wiederherstellung körperlicher Fitness und die Vermittlung von selbstwertstärkenden Erfolgserlebnissen, sondern bieten darüber hinaus ein sehr gutes Lernfeld für Fairness und Frustrationstoleranz. Viele Patientinnen und Patienten erleben im Sport erstmals (wieder) auf natürlichem Wege Gefühle von Begeisterung und Euphorie bzw. mit entsprechenden Adrenalin- bzw. Endorphin-„Kicks“ eine Alternative zur stimulierenden Drogenwirkung.

Der weitaus größere Teil derjenigen Patientinnen und Patienten, die aus längerer Untersuchungshaft und/oder Vorwegvollzug eines Teils ihrer Haftstrafe zuverlegt werden, zeigt in der Maßregelvollzugsklinik Anpassungsschwierigkeiten, die sich aus der Identifikation mit subkulturellen Maximen ableiten, wie sie besonders im Jugendstrafvollzug regelhaft sehr ausgeprägt zum Tragen kommen. Hierzu gehören v.a. gemeinschaftliche Schweigegebäude (z.B. über Konsum/Verantwortliche) und das Ringen um Rangordnungen durch Demonstrationen von Stärke bzw. das Abwerten von Mithäftlingen/-patienten aufgrund „geächteter“ Merkmale (z.B. „Verräter“; Sexualstraftäter).

Im Hinblick auf die Patientenpopulation ist ein Phänomen zu beobachten, das in Gegenüberstellung zu Erfahrungen aus der Erwachsenentherapie als eine Art „Altersparadoxon“ des Jugendmaßregelvollzugs nach § 64 StGB bezeichnet werden kann. Die

Suchterkrankungen der jungen Patientinnen und Patienten sind üblicherweise bei weitem noch nicht so ausgeprägt chronifiziert und sind meist weitaus weniger durch somatische Begleiterkrankungen beeinträchtigt. Aufgrund des jungen Alters scheint ihnen potentiell noch ein breiter Entwicklungsfächer zur Verfügung zu stehen. Jedoch zeigen sie doch häufig deutlich tiefgreifendere primäre psychosoziale Beeinträchtigungen (z.B. durch Frühstörungen und Versorgungsdefizite, für die beim Betroffenen gar kein bewusstes, sprachlich zugängliches Konzept vorliegt), vor deren Hintergrund auch die vergleichsweise frühe Zuspitzung ihres Entwicklungsverlaufs bis zur Ultima Ratio des (Jugend)Maßregelvollzugs zu verstehen ist. Diese jungen Patientinnen und Patienten können damit auf weit weniger „Unterbau“ psychischer Struktur und Resilienzfähigkeit zurückgreifen, als dies für viele ältere Patientinnen und Patienten gilt, deren sucht-/delinquenzbezogene „Dekompensation“ erst im Erwachsenenalter eintritt. In der Behandlung relativiert dieses Phänomen die vermeintlich größeren Entwicklungschancen der jungen Patientinnen und Patienten durch ihren besonders hohen Hilfebedarf.

Viele junge Patientinnen und Patienten beschreiben außerdem in der bilanzierenden Reflektion über ihren Drogenkonsum überwiegend positive Erlebnisse voller „Aufregung und Abenteuer“, denen sie aus ihrer bisherigen Erfahrung kaum bedeutsame negative Erlebnisse gegenüberstellen. Auch ihr Blick auf das Milieu und kriminelle Subkulturen scheint oft noch durch romantische Vorstellungen über das „Gangstertum“ verstellt, die sich aus entsprechenden Darstellungen in Musik/-videos ableiten.

Viele Patientinnen und Patienten zeigen Reifungsverzögerungen hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsentwicklung, ihrer Selbststrukturierungsfähigkeiten und ihrer Moralentwicklung. Die Wahrnehmungswelten vieler heranwachsender, formal erwachsener Patientinnen und Patienten und einige ihrer Verhaltensmuster sind noch als Ausdruck pubertärer Nachreifungsprozesse zu verstehen. Im Umgang mit den Patientinnen und Patienten bedarf es hier regelmäßig einer besonnenen Differenzierung zwischen eher pubertären Phänomenen und darüber hinausgehenden Verhaltensstörungen unter Abwägung der forensischen Relevanz des entsprechenden Verhaltens.

Betrachtet man die psychosozialen, schulisch-beruflichen und persönlichkeitsbezogenen Entwicklungsaspekte in der Zusammenschau, so ist festzuhalten, dass das Behandlungsziel bei vielen der jugendlichen Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug nach § 64 StGB im eigentlichen Sinn nicht einer Re Sozialisierung entspricht, sondern aufgrund der vielfältigen noch zu absolvierenden Entwicklungsaufgaben vielmehr den Weg einer Erst-Sozialisierung darstellt.

Arbeit mit nahestehenden Personen und Angehörigen

Obwohl Jugendliche, insbesondere im forensischen Kontext, sich gerne als äußerst selbständig und losgelöst von den Eltern und Bezugspersonen darstellen, sind sie häufig noch sehr an sie gebunden. Allerdings haben sie diese Beziehung häufig durch ihre Delikte, ihr dissoziales Verhalten, ihre häufigen Grenztestungen und ihre Missachtung der Familienwerte sehr stark strapaziert. Die Eltern ihrerseits haben häufig durch ihr Verhalten, bewusst oder unbewusst, zum Problemverhalten ihres Kindes beigetragen, sei es durch ihren Beziehungsstil ab frühester Kindheit, durch psychische oder physische Misshandlungen, Beziehungsabbrüche oder eigenes delinquentes Verhalten. Die meisten waren aber auch bemüht, über Jahre korrigierend einzugreifen, doch erfolglos. Sie haben in diesem Zusammenhang ein Ohnmachtsgefühl entwickelt, das manchmal zu massiven Wutausbrüchen, evtl. sogar mit körperlicher Gewalt, und zu Ausgrenzungen des Jugendlichen geführt hat. Je nach kulturellem Hintergrund verstecken sich hinter der abweisenden Haltung der Eltern Schuld- und Schamgefühle. Schuldgefühle, dass sie ihre erzieherische Aufgabe nicht gut genug wahrgenommen hätten, so dass sich das Kind dissozial entwickelt hat, und Schamgefühle, ein delinquentes, evtl. sogar untergebrachtes Kind zu haben. Bei den Jugendlichen kam es in der adoleszenten-spezifischen Identitätssuche zur Identifikationsverschiebung von den Eltern zu Gleichaltrigen, wobei häufig dissoziale Jugendliche als Vorbild gewählt wurden.

Die Unterbringung geht nach unserer Erfahrung meistens mit einer Beruhigung des Ausagierens und einer Verringerung des realitätsverklärenden Drogenkonsums einher, so dass wieder Platz für das Bedürfnis nach stabilen und sicherheitsgebenden Beziehungen besteht. Auch auf elterlicher Seite besteht häufig die Hoffnung, dass eine positive Veränderung durch diese Maßnahme möglich wird. Vor diesem Hintergrund ist eine vorsichtige, therapeutische Familienarbeit möglich. In einer ersten Phase liegt das Schwergewicht auf dem Beziehungsaufbau mit den Eltern, wobei sie Informationen über den neuen Lebensort ihres Kindes benötigen zur Entschärfung des häufig als für ihr Kind bedrohlich wahrgenommenen Unterbringungsorts. Die Ergänzung der anamnестischen Informationen ermöglicht manchmal versandete Ressourcen des Jugendlichen zu identifizieren, die Chronologie der Dissozialität zu präzisieren (z.B. prognoserelevante früheinsetzende dissoziale Entwicklung), Aktivierung anderer Ressourcenpersonen und insbesondere Unterstützung der eingeleiteten therapeutischen Bemühungen. Je nach Verlauf dieser ersten Phase können die Eltern mehr und mehr in einen therapeutischen Prozess eingebunden werden mit Ermöglichung einer Kontaktaufnahme in einem geschützten Rahmen, Aufarbeitung der gegenseitigen Vorwürfe, Einbindung der Eltern in der Begleitung von Öffnungsschritten, in der Gestaltung prosozialer Freizeitaktivitäten und Einbezug der Geschwister, sei es als Ressource oder als Motivationsfaktor. In diesem Zusammenhang können häufig auch von der Gesellschaft abweichende Familienwerte identifiziert werden und Kompromisse gefunden werden. Inwiefern die verankerten Frustrationen, Misshandlungen,

Beziehungsabbrüche oder Missverständnisse aufgearbeitet werden können, hängt von multiplen Faktoren ab, sie können aber prognoseverbessernde Auswirkungen haben. Prinzipiell können die gleichen Überlegungen auch bei jungen Erwachsenen gelten, insofern diese in ihrer Individualisierung und Autonomisierung nicht schon neue wesentliche Beziehungen etabliert haben.

Milieugestaltung im Jugendmaßregelvollzug

Milieu beschreibt das Zusammenleben in der Gruppe in allen seinen Aspekten. Die Milieugestaltung ist umfassend auf das gesamte Umfeld der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie versucht, die Alltags- und Freizeitaktivitäten der Patientin oder des Patienten zu fördern, sie oder ihn so weit wie möglich in das normale Leben außerhalb der Einrichtung einzubinden und eine unter professionellen Gesichtspunkten einfühlsame, verständnisvolle, validierende und respektvolle Beziehung zwischen den Mitarbeitern und der Patientin oder dem Patienten aufzubauen. Erleichtert werden kann dies durch eine überschaubare, weitgehend an der Lebenswelt außerhalb orientierte, stressreduzierte, aber nicht reizfreie, sondern durchaus stimulierende Umgebung unter Einbeziehung der bisherigen Bezugspersonen. Zum Milieu gehören auch die Gestaltung der Räumlichkeiten und ein geregelter Tagesablauf.

Im Prozess der Transition von der adoleszenten- hin zur erwachsenenorientierten psychiatrischen Versorgung kommt der Gestaltung des Milieus einer entsprechenden Einrichtung des Maßregelvollzugs eine bedeutende Rolle zu.

Im Kontext dieses Transitionsprozesses erfordert die Milieugestaltung das Ausbalancieren entsprechender Schritte der individuell erforderlichen Reife- und Moralentwicklung. Dieses führt zu einem Spannungsfeld zwischen persönlicher altersgerechter Autonomie und regelkonformem, straffreiem Verhalten. Insofern muss das Milieu komplexe Anforderungen erfüllen. Es muss sowohl produktiver Entwicklungs- und verlässlicher Sozialraum als auch konstruktiver Lern- und Wohnraum sein. In diesem Rahmen kann das Stationsmilieu nicht statisch sein. Es aktiv weiterzuentwickeln und an Veränderungsnotwendigkeiten anzupassen, erfordert die Anstrengung und das Engagement aller untergebrachten Personen und der Behandlerinnen und Behandler.

Um ein solches Stationsmilieu in der Praxis mit Leben zu füllen, muss die jugendforensische

Einrichtung förderliche Bedingungen identifizieren und aktiv fördern. Als wesentlicher Faktor ist hier die Auswahl und Entwicklung des Personals zu nennen: Milieugestaltung im Übergangsprozess erfordert engagiertes und professionelles Personal, das befähigt ist die Lebens- und Erfahrungswelten der Patientinnen und Patienten aufzunehmen, empathisch zu reflektieren und konstruktiv für die Therapie nutzbar zu machen (Schwarzer & Jerusalem, 2002; Schläfke & Häßler, 2001). Zur Unterstützung dieser Haltung und Ausgestaltung einer konfliktreduzierenden Atmosphäre bietet

sich die Integration des Safewards-Modells (Löhr, Schulz & Nienaber, 2015) in der Einrichtung an.

Als weiterer wichtiger Aspekt des Milieus ist die Gestaltung des Wohnraums im Sinne eines Umweltfaktors zu berücksichtigen. Hinsichtlich des Transitionsprozesses sollte hier vermieden werden bei der Ausstattung der Station einen Anstalts- oder Gefängnischarakter zu erwecken. Die Gestaltung einer wohnlichen Atmosphäre, die jugendspezifische Vorstellungen an das Mobiliar, die Farbgestaltung und Wohntrends aufnimmt und den Patienten auch Mitsprache zur Mitgestaltung eröffnet, fördert zum einen das Wohlbefinden, unterstützt zum anderen die eigene Verantwortungsbereitschaft und wirkt ggf. Vandalismusimpulsen entgegen. Hier gilt es zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Entwicklungsstufe vom Jugendlichen zum Erwachsenen den Patientinnen und Patienten diese positiven Effekte nicht zwangsläufig eingängig sind. Insbesondere für die Aspekte Sauberkeit, Ordnung, sorgfältiges Umgehen mit Mobiliar, Zimmer- und Stationshygiene zeigen sie häufig noch nicht das angemessene Verständnis. Hier ist es von immenser Wichtigkeit, dass die Einrichtung vor derartigen Tendenzen nicht kapituliert, sondern die Patienten nach dem Grundsatz „Fördern und Fordern“ regelmäßig in die Aufrechterhaltung des Wohncharakters einbezieht bis hin zu gemeinsamen Aufräum- und Renovierungsarbeiten.

Um dieses Ziel der Milieugestaltung zur Erreichung einer altersgerechten Entwicklung zu erreichen, ist Folgendes erforderlich (siehe auch Grieser & Hans, 2013):

- Akzeptanz von Regeln in Einzel- und Gruppensituationen
- Altersgerechte Fähigkeit zum Bedürfnisaufschub
- Adäquates Verhalten bei Streit- und Konfliktsituationen, verbale Konfliktlösungsversuche
- Akzeptanz und Umgang mit Konsequenzen bei Fehlverhalten
- Angemessene Reaktionen auf frustrierende Situationen
- Angemessenes Einfordern und Durchsetzen von Rechten
- Abgrenzungsfähigkeit gegenüber negativen Modellen
- Emotionsregulation, Umgang mit Ärger, Wut (z. B. Abfuhr, angemessene Kanalisierung und Begrenzung)
- Kooperationsfertigkeiten
- Kritikfähigkeits- und Kritikempfindlichkeit
- Nähe und Distanz
- Übernahme von Verantwortung

Zur Umsetzung dieser Ziele ist eine gut organisierte Tagesstruktur auf der Station erforderlich, welche auch individuelle Bedürfnisse und Stärken (Freizeitgestaltungs-ideen, Aufgaben, Schule etc.) berücksichtigt, Wert auf Verbindlichkeit legt und auch Bereiche definiert, die Erfolgserlebnisse möglich machen. Zur Unterstützung werden

auch Verstärkerpläne (sowohl individuelle als auch gruppenbezogene) eingesetzt. Bei diesen müssen positive Verstärker grundsätzliche Bestandteile sein. Oftmals ist aber eine Ergänzung durch den Einsatz von Verstärkerentzug bei unerwünschten Verhaltensweisen sinnvoll.

Grundlage eines möglichst gewaltfreien Stationsmilieus ist das Erleben aggressionsfreier Umgangsformen und alternativer Problemlösungsstrategien. Hierzu ist es erforderlich, Patientinnen und Patienten frühzeitig auf eine beginnende Zunahme der Anspannung aufmerksam zu machen und frühzeitig deeskalierend einzugreifen. Es gilt destruktive Interaktionsspiralen frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken, was auch hohe Anforderungen an die Selbstreflexion der Mitarbeitenden stellt.

In Ergänzung zum klinikinternen Therapieprogramm werden freizeit- und erlebnispädagogische Behandlungselemente (Ausflüge, Wanderungen, Klettern o.ä.) angeboten. Für viele Patientinnen und Patienten stellt die Neuausrichtung der Freizeitgestaltung eine große Herausforderung dar und sie benötigen Unterstützung beim Übertrag von neu gewonnenen Elementen der Freizeitgestaltung in der Klinik (z.B. Sport) auf eigenständige Routinen außerhalb der Klinik.

Viele Patientinnen und Patienten profitieren zusätzlich von Elementen alltagspraktischen Trainings, indem ihnen z.B. Anleitung beim Einkaufen, Kochen und Putzen, bei der Bedienung von Haushaltsgeräten, der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel etc. gegeben wird.

Zudem ist die Partizipation gemäß der UN-Kinderrechtskonvention ein Grundrecht und in die Milieugestaltung einzubeziehen. Wir regen daher unsere Patientinnen und Patienten an, Angelegenheiten, die von gemeinsamem Interesse sind und die sich nach ihrer Art für eine Mitwirkung eignen, selbstständig wahrzunehmen. Hierbei werden sie vom Mitarbeiterteam bestmöglichst unterstützt. Die Mitverantwortung der Patientinnen und Patienten insbesondere für die alltäglichen Abläufe wird angestrebt. Möglichkeiten der Beteiligung sind da begrenzt, wo die Interessen der Patientinnen und Patienten mit den Vollzugszielen bzw. Sicherheitsaspekten des Maßregelvollzugs kollidieren. Insbesondere die Bildung einer eigenen Meinung und die Möglichkeit, diese in geeigneten Gremien vorzutragen, sind zu fördern. Dies entspricht dem Gedankens des Grundgesetzes auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit, soweit Einschränkungen zum Schutz der Sicherheit, Ordnung, Gesundheit oder der Grundrechte und -freiheiten anderer nicht erforderlich sind.

Schule

Die meisten Patientinnen und Patienten, die in einer Jugendforensik nach §§ 63 oder 64 StGB untergebracht sind, verfügen zum Beginn der Therapie weder über einen Schulabschluss, noch über kontinuierliche und positive Schulerfahrungen. Insofern kommt den Angeboten der schulischen Förderung eine besonders hohe Bedeutung zu. Die Teilnahme am Schulunterricht dient der Tagesstrukturierung und ein Schulabschluss wird als prognostisch günstig angesehen. Dieser kann die berufliche Zukunft der untergebrachten Personen erheblich verändern und deshalb richtungsweisend für die zukünftige Lebensperspektive sein.

Schulische Förderung mit der Möglichkeit zur Abschlussprüfung sollte auf dem Niveau von Haupt- und Mittelschulen sowie Realschulen angeboten werden. Auch die Möglichkeit für weiterführende Schulabschlüsse, bis hin zur allgemeinen Hochschulreife kann individuell ausgestaltet und umgesetzt werden (z.B. über Fernschulen oder staatliche Lehrkräfte). Eine notwendige Nutzung des Internets in diesem Zusammenhang sollte möglich und klar geregelt sein.

Viele der Jugendlichen und Heranwachsenden haben eine lange Vorgeschichte von Misserfolgserlebnissen, die zu Schulangst bis hin zu Schulvermeidung und Schulabschluss infolge Fehlverhaltens oder Leistungsversagen geführt haben. Häufige Schulwechsel und damit auch Beziehungsabbrüche sind keine Seltenheit. Deshalb gilt es, eine schulische Atmosphäre zu schaffen, die es möglich macht, vielleicht erstmals mit den Themen Schule und Lernen angstfrei umgehen zu können. Selbst ohne einen erfolgreichen Schulabschluss ist diese Erfahrung zukunftsweisend und soll es den jungen Menschen erleichtern, sich möglicherweise auch nach der Therapie dem Zugang zu Bildung wieder öffnen zu können.

Auch bei Patientinnen und Patienten, die einen Schulabschluss auf Grund kognitiver oder psychischer Einschränkungen nicht erreichen können, sind unbedingt Angebote zum Erwerb oder der Aufrechterhaltung von Basisfertigkeiten bereitzustellen. Nicht zuletzt dienen Beobachtungen im schulischen Lern- und Arbeitsverhalten, z.B. bezüglich Anstrengungsbereitschaft, Frustrationstoleranz und Motivationsmustern, der diagnostischen Einschätzung der Patientinnen und Patienten und haben damit auch Einfluss auf therapeutische Interventionen.

In der Regel benötigen jugendforensische Untergebrachte kleine Lerngruppen, welche wenig Ablenkung bieten und insbesondere störende Einflüsse der Peergroup reduzieren können.

Auf der extrinsischen Motivationsarbeit liegt hier ein besonderer Schwerpunkt, sie muss durch das gesamte Team kontinuierlich übernommen werden. Eine klare gemeinsame Haltung zur hohen Priorität der schulischen Ausbildung muss von allen Mitgliedern des Teams gemeinsam vertreten werden und in den Stationsabläufen im Alltag verankert sein. Es bedarf z.B. der Möglichkeit im Stationsalltag mit Unterstützung Hausaufgaben zu machen und sich Lernzeiten im Alltag zu schaffen.

Die Ausgestaltung der Beschulung, bezogen auf inhaltliche und strukturelle Aspekte soll besonders individuell auf die Schülergruppe und die dort vorhandenen psychiatrischen Störungen angepasst werden.

Zur therapeutischen Ausstattung einer Jugendforensik gehört deshalb zwingend, vergleichbar zu der in Kinder- und Jugendpsychiatrien, ein Konzept für die Beschulung der Patientinnen und Patienten mit entsprechender Personalausstattung.

In jugendforensischen Einrichtungen werden dafür unterschiedliche Modelle gewählt. Die Beschulung erfolgt zum Teil in individuellen förderintensiven Kleingruppen mit zum Personal der Jugendforensik gehörenden klinikinternen Lehrpersonen. Auch ein Unterricht durch externe Lehrer, die z.B. von öffentlichen Schulen oder von anderen externen Bildungsträgern (z.B. Volkshochschule) bereitgestellt werden, ist möglich. Die Schulprüfungen können dann in Zusammenarbeit mit öffentlichen Schulen oder über Regelungen für externe Schülerinnen und Schüler bei diversen Bildungsträgern abgelegt werden.

Ergotherapie, Arbeitstherapie und Ausbildung

Der Fokus der Arbeitstherapie in einer Jugendforensik liegt im Bereich der sinnvollen Resozialisierung. In einer Jugendforensik muss der Bereich Ergotherapie/Arbeitstherapie grundsätzlich unterschiedlich zu einer Erwachsenenforensik aufgestellt werden.

Eine Jugendforensik sollte im Bereich der Arbeitstherapie die Möglichkeit vorhalten, von den entsprechenden Industrie- und Handelskammern anerkannte Qualifizierungsmodule anzubieten bzw. konkrete offizielle Scheine erwerben zu können, die für eine spätere externe Bewerbung nützlich sein könnten bzw. anerkannt werden.

Auch ist es sinnvoll, z. B. im Rahmen von „Einstiegsqualifizierungen“ dafür zu sorgen, dass Zeiten ohne Lockerungen für eine spätere Ausbildung genutzt werden können. Die Ausrichtung der Arbeitstherapie sollte sich in der Lebensphase, in der die Patientinnen und Patienten einer Jugendforensik sind, sehr deutlich an dem Thema Abschlüsse, Bescheinigungen, Scheine, Anerkennung von Abschlüssen und solche Bescheinigungen ausrichten.

Für die erfolgreiche Resozialisierung von Patientinnen und Patienten einer Jugendforensik ist es von hoher Bedeutung an dieser Stelle gut ausgestattet und aufgestellt zu sein.

Auch im Vergleich zu einer Unterbringung in Haft, in der in dem Bereich Arbeit und Ausbildung die Bedingungen in der Regel dem Maßregelvollzug überlegen gestaltet sind, ist hier im Bereich Jugendmaßregelvollzug ein besonderes Augenmerk darauf zu richten.

Bei der Therapie gemäß § 64 StGB, welche innerhalb eines Zeitrahmens von ca. 1,5 bis 2 Jahren zur Resozialisierungsphase führen soll, können üblicherweise keine vollständigen Ausbildungen in klinikinternen Betrieben durchlaufen werden, so dass die

Patientinnen und Patienten zur Realisierung von Berufsausbildungen vielmehr in geeigneter Lockerungsstufe in externe Betriebe vermittelt werden.

Ergotherapeutische Behandlungsangebote zielen auf den Aufbau kreativer Fähigkeiten und die Vermittlung von selbstwirksamkeitsstärkenden Erfolgserlebnissen. Viele Patientinnen und Patienten nutzen die Möglichkeit zur Fertigung individueller Bastel- und Werkstücke, die sie oft als „plastisches“ Ergebnis ihrer Arbeit behalten bzw. ausstellen oder aber als Geschenke an Familienmitglieder oder Freundinnen und Freunde geben.

In der Ergo- und Arbeitstherapie werden je nach Belastbarkeit und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten unter entsprechend abgestuften Anforderungen überwiegend handwerkliche Tätigkeiten mit verschiedenen Werkmaterialien angeboten (z.B. Metall, Holz, Ton u.a.).

Zu einem großen Teil geht es bei den arbeitstherapeutischen Maßnahmen um die Anbahnung und den Aufbau grundlegender Fertigkeiten, die für spätere berufliche Maßnahmen notwendig sind. Patientinnen und Patienten lernen dabei Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz sowie die Einhaltung basaler Regeln im Arbeitsalltag. Gleichzeitig können positive Erfahrungen mit Teamarbeit und der Fertigstellung von Werkstücken oder Arbeitsaufträgen gemacht werden.

Lockerungen

Die Unterbringung im geschlossenen Maßregelvollzug bedeutet für Jugendliche dort den Entzug vieler Freiheiten. Lockerungen aus dem Maßregelvollzug können und müssen gewährt werden, um den Untergebrachten möglichst bald und in Einklang mit dem Erreichen vereinbarter Behandlungsfortschritte deren Erprobung zu ermöglichen. Die Teilhabe am sozialen Leben soll zudem nur so weit eingeschränkt werden, wie dies zum Schutz der öffentlichen Sicherheit notwendig ist. Wichtig ist dabei, dass Lockerungen nicht eingesetzt werden dürfen, um Therapiewilligkeit zu erzeugen, genauso wenig wie der Entzug von Lockerungen zur Bestrafung von Fehlverhalten dienen soll (Pollähne, 1994).

Wie einführend beschrieben, steht bei Jugendlichen und Heranwachsenden die Bewältigung verschiedener Entwicklungsaufgaben an. Patientinnen und Patienten der Jugendforensik weisen hier meist bereits vor ihrer Unterbringung Defizite und Verzögerungen auf. Neben dem klar formulierten Behandlungs- und Sicherungsauftrag an die Einrichtungen ist es wichtig, eine möglichst erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgaben zu ermöglichen. Dafür sind Lockerungen aus dem Maßregelvollzug entscheidend. Während erwachsene Untergebrachte in der Regel trotz ihrer psychischen Einschränkungen aufgrund ihrer Entwicklung grundlegende Fähigkeiten des Bedürfnisaufschubes erworben haben, ist dies bei Jugendlichen häufig noch zusätzlich eingeschränkt. Bei der Planung lockerungsrelevanter Therapiefortschritte muss diese Besonderheit des Jugendalters berücksichtigt werden. Während bisher kaum Erkennt-

nisse zu Auswirkungen der Lockerungspraxis auf den Therapieerfolg vorliegen (u. a. Stöver et al., 2013; Scheu-Hachtel, 2019), liegen Hinweise darauf vor, dass grundsätzlich punitive Maßnahmen die Effektivität nicht steigern, aber einschränken können (Lipsey & Cullen, 2007).

Lockerungsprognosen stellen dabei im Gegensatz zu Entlassungsprognosen Kurzzeitprognosen dar. Die Risikobeurteilung bezieht sich auf konkrete unmittelbare Situationen in einem vorgegebenen Rahmen mit zumeist überschaubaren Einflussvariablen. Die Vorhersage von Zwischenfällen wird nicht durch die gleichen Variablen bestimmt wie Rückfälle nach Entlassungen (Leygraf, 2012).

In einem ersten Lockerungsschritt werden wie auch im Maßregelvollzug für Erwachsene begleitete Ausgänge in verschiedenen Abstufungen eingeführt und erprobt, z. B. alleine oder in der Gruppe. Dies kann zum Beobachten und Erlernen alltagsrelevanter Fähigkeiten wie Orientierung, das Nutzen öffentlicher Verkehrsmittel, Einkaufen, soziale Kompetenzen und weiteres eingesetzt werden. Oft konnten diese Fähigkeiten von den Jugendlichen vor ihrer Unterbringung nicht erworben werden. Eine weitere wichtige Zielsetzung ist das Erlernen von Beschäftigungsmöglichkeiten und von Freizeitaktivitäten, die im Sinne des Good Lives Models (Ward, 2010) Ressourcen generieren und deliktpräventiv sind. Auch dieses Ziel ist bei jugendlichen Unterbrachten besonders relevant.

Durch die Gewährung dieser Lockerungen können wichtige therapeutische Aufgaben und Ziele entwickelt und gegebenenfalls angepasst werden. Ohne zeitnahe und verantwortbare Lockerungen ist dies nicht möglich oder deutlich erschwert.

Als Voraussetzung für begleitete Ausgänge ist ein grundlegendes Kennenlernen, ein ebenfalls grundlegendes Einverständnis mit therapeutischen Zielen sowie eine tragfähige Anbindung an das Behandlungsteam erforderlich.

In einem nächsten Schritt und nach ausreichender Erprobung der begleiteten Ausgänge ist eine schrittweise und ebenfalls gestufte Überführung hin zu unbegleiteten Ausgängen sinnvoll. Hier kann die Entfernung von der Einrichtung, die Zeitdauer sowie die inhaltliche Aufgabenstellung variiert und sinnvoll angepasst werden. Für diese weitreichenderen Lockerungen sind zu den erfolgreich absolvierten Erprobungen in Begleitung weitere therapeutische Auseinandersetzungen, zumindest mittelfristige Ziele und letztendlich die Ausrichtung auf ein straffatfreies Leben sowie der Erwerb dafür erforderlicher Verhaltenskontrollfähigkeiten und Skills notwendig. Für die Jugendlichen liegt hier ein wesentlicher motivationaler Faktor, aber auch eine anspruchsvolle Herausforderung, die mit Unterstützung des Behandlungsteams bewältigt werden soll.

In einem letzten Lockerungsschritt werden einzelne Übernachtungen oder Serien außerhalb der Einrichtung erprobt. Je nach sozialem Umfeld, das bereits vor der Unterbringung vorhanden war, können diese Lockerungen unter Umständen dort stattfinden, so dass die Patientinnen und Patienten bei den Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen übernachten können. Am wichtigsten ist hier aber die Erprobung in

einem erarbeiteten, langfristig stabilen Resozialisierungsumfeld, in dem die wesentlichen deliktrelevanten Risikofaktoren möglichst gut kontrolliert werden können.

In Zusammenfassung der bestehenden Empfehlungen des Arbeitskreises Jugendmaßregelvollzug wird von Hupp und Kollegen (2015) auf die Berücksichtigung der Bindungssituation und jugendspezifischer tatrelevanter Kriterien zusätzlich zu den auch im Erwachsenenbereich etablierten Kriterien verwiesen.

Nachsorge und Resozialisierungsmaßnahmen

Die besondere Herausforderung in der forensischen Nachsorge bei Jugendlichen und Heranwachsenden liegt in der Begleitung der Sozialisation. Die neue Freiheit nach einer Entlassung aus der Jugendforensik ist für Heranwachsende an zusätzliche Verpflichtungen gekoppelt, weil bei einer Entlassung auf Bewährung in der Regel eine dreijährige Führungs- und Bewährungsaufsicht mit Weisungen auferlegt wird. Eine dieser Weisungen sollte die Anbindung an eine forensische Nachsorgeambulanz sein, die im besten Falle die Patientin oder den Patienten über den kompletten Zeitraum begleitet.

In der ambulanten forensisch-psychiatrischen Nachsorge von Jugendlichen und Heranwachsenden sollen die stationär erarbeiteten Inhalte und Interventionen mit dem Ziel „kein neues Delikt“ fortgesetzt werden. Die Aufgabe des ambulanten Behandlungsteams mit der Bezugstherapeutin oder dem Bezugstherapeuten ist die Begleitung in den nun veränderten Lebensbedingungen. Dabei kann sich die Spanne von stark unterstützenden Komplementäreinrichtungen bis hin zu sehr selbständigen Wohnformen erstrecken. Auf der Grundlage einer gut funktionierenden therapeutischen Beziehung gilt es in der ambulanten Nachsorge, eine Annäherung an deliktnahe Verhalten zu vermeiden und rechtzeitig Unterstützung anzubieten. Wenn diese Hilfsmöglichkeiten nicht angenommen werden, bestehen auch Möglichkeiten der Umsetzung gegen den Willen der betreuten Person bis hin zur Krisenintervention und dem Widerruf der Bewährung.

Im Idealfall finden zu Beginn der ambulanten Behandlung hochfrequente aufsuchende Kontakte im Lebensumfeld statt. Besonders wichtig ist zudem die Vernetzung im Helfersystem mit Bewährungshilfe, Jugendgericht, Jugendamt und Betreuern (gesetzlich und im Wohnumfeld) sowie mit Eltern, Familie, Schule oder Personen im Rahmen der Berufsausbildung.

Da häufig vor der Unterbringung keine erfolgreiche Sozialisierung stattgefunden hat, geht es im Rahmen der Nachsorge um die weiterführende Anleitung zu einem selbstverantwortlichen gesunden Lebensstil im Sinne eines Good Lives Models (Ward et al., 2002) mit nun mehr Freiheitsgraden als während der Unterbringung.

Zusätzlich zu den entwicklungsbedingten Herausforderungen der Sozialisation verlangt die Führungsaufsicht von den Heranwachsenden einen „verantwortungsvollen abstinenten Lebensstil“, der durch viele Termine unterstützt und kontrolliert werden

soll. Dafür braucht die Gesellschaft einen „Aufpasser“ und die oder der Heranwachsende einen „vertrauensvollen Begleiter“, die oder der das Zurückerlangen der Eigenverantwortung unterstützt. Eine gute therapeutische Beziehungsarbeit und Behandlungsallianz sind dabei von großer Bedeutung. In dieser Sozialisationsphase kann es für die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten schwierig sein, den Heranwachsenden in einem Spannungsfeld zu begleiten, in welchem diese oder dieser sicher entscheiden soll, wo sie oder er sich ausprobieren darf/soll und wo sie oder er es gerne würde, aber es durch vorgegebene Weisungen nicht erlaubt ist.

Als besondere Herausforderung im Jugendmaßregelvollzug stellt sich die teils fehlende Heimatnähe durch spezialisierte Einrichtungen dar, was einerseits ausreichende personelle Ressourcen erfordert, andererseits Kooperationen mit heimatnäheren Nachsorgeabteilungen von Erwachsenenforensiken, wenn die Möglichkeit dazu besteht.

Fazit

Jugendliche und Heranwachsende werden nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) im Maßregelvollzug untergebracht. Maßregelvollzug für Jugendliche und Heranwachsende ist trotz der kleinen Fallzahlen ein relevantes Thema (Tondorf & Tondorf, 2009), da die Maßnahme für diese jungen Menschen sehr einschneidend ist, in ihre Grundrechte eingreift und sehr kostenintensiv ist. Vor dem Hintergrund des Erziehungsgedankens im Jugendstrafrecht haben diese Patientinnen und Patienten auch im Maßregelvollzug (§ 2 JGG) Anspruch auf eine Behandlung, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser Altersgruppe und den Entwicklungsstand zugeschnitten ist. Der Bundesgerichtshof hat im September 2008 festgeschrieben, dass „diese Personengruppe durch geeignete Unterbringung besonders zu schützen und zu betreuen ist“ (BGH – 5. Strafsenat – 5 StR 371/08). Die Gesetzgebung einzelner Bundesländer hat die Schaffung gesonderter Behandlungsbereiche für diese Altersgruppe ausdrücklich vorgesehen.

Im Jugendmaßregelvollzug ist deshalb die bauliche und personelle Ausstattung besonders bedeutsam. Sie orientiert sich an den Personalverordnungen der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrien und ist durch die Einbindung weiterer (insbesondere pädagogischer) Berufsgruppen grundsätzlich multiprofessioneller aufzustellen als im Vergleich zum Maßregelvollzug für Erwachsene. Dies betrifft auch die therapeutische Haltung, die mehr Fehlertoleranz im Sinne von jugendtypischem Erproben von Verhalten, eine kleinschrittigere und geduldigere Herangehensweise sowie eine entsprechende pädagogischere Ausrichtung erfordert. In Bezug auf Lockerungen ist ebenfalls auf Unterschiede hinzuweisen. Neben einer Vielzahl lockerungsrelevanter Aspekte, die auch bei der Einschätzung Erwachsener angewandt werden, gibt es zusätzlich jugendtypische Kriterien. In manchen Fällen mögen besonders individualisierte Vorgehensweisen bei Lockerungen angebracht sein, um Anforderungen durch anstehende

Entwicklungsaufgaben gerecht zu werden. Die Verminderung des Deliktrisikos sowie die Fokussierung auf die psychiatrische Grunderkrankung sind sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen zentral. Gerade bei Jugendlichen und Heranwachsenden sind im Sinne der Deliktprävention Nachreifungsprozesse wirksam. Eine spezialisierte Behandlung, die es ermöglicht, altersgemäße Erfahrungen zu machen, ist im Transitionsprozess besonders wichtig, weil häufig Entwicklungsaspekte nachgeholt werden müssen. Zusätzlich zur Betonung der schulischen Förderung und Ausbildung seien hier Fähigkeiten der verantwortungsvollen selbständigen Lebensführung zu nennen.

Eine solche hoch spezialisierte Ausrichtung der Therapie im Maßregelvollzug ist oft nicht gleichzeitig mit dem Anspruch von Heimatnähe für die Jugendlichen und Heranwachsenden zu realisieren, da es in Deutschland nur wenige spezialisierte Einrichtungen des Jugendmaßregelvollzuges gibt. Die Notwendigkeit der Einbindung der wesentlichen Bezugspersonen der Untergebrachten gilt es dennoch gesondert zu beachten und es müssen sich durch gute Kooperationen z.B. im Bereich der Nachsorge durch die forensischen Institutsambulanzen Möglichkeiten finden lassen, die untergebrachten Patientinnen und Patienten möglichst optimal zu versorgen. Darüber hinaus sollten auch präventive Angebote geschaffen werden.

Der Jugendmaßregelvollzug muss für die untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden die erneute Möglichkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eröffnen und somit eine Chance bieten, frühe Fehlentwicklungen aufzuarbeiten. Hierzu bedarf es spezialisierter Einheiten mit entsprechendem Know-how und einer, wie hier beschriebenen, personellen, räumlichen und fachlichen Ausstattung, selbstverständlich unter Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten. Bislang ist dieser Auftrag noch nicht in allen Bundesländern flächendeckend umgesetzt. Eine begleitende Forschung sollte insbesondere ermöglichen, die Behandlung in Zukunft zu optimieren, um die stationäre Behandlung so kurz wie möglich zu machen und Resozialisierungsmaßnahmen optimal zu gestalten.

Literaturverzeichnis

- Altmannsberger, W. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit – Ein Trainingsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychological Association (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Abgerufen von <https://www.apa.org/ethics/code/index>.
- Bonta J & Andrews, D.A. (2016). *The Psychology of Criminal Conduct* (6th edition). London: Routledge.
- Berking, M. (2008). *Training emotionaler Kompetenzen*. Heidelberg: Springer.
- Best, T., Aebi, M & Bessler, C. (2015). *Forensisches Therapieprogramm für junge Straftäter – Das ForTiS-Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- BGH – 5. Strafsenat – 5 StR 371/08

- Birnbacher, D. (2018). Selbstbestimmung und informed consent im Maßregelvollzug. In M. Dudeck & F. Steger (Hrsg.). *Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 91 - 100). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Brettel, H. (2018). Grenzen der Selbstbestimmung bei psychischen Erkrankungen. In M. Dudeck & F. Steger (Hrsg.). *Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 101 - 114). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Müller, J. L., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M., Wolf, T., Dudeck, M., Hartl, C., Jakovljevic, A.-K., Klein, V., Knecht, G., Müller-Isberner, R., Muysers, J., Schiltz, K., Seifert, D., Simon, A., Steinböck, H., Stuckmann, W., Weissbeck, W., Wiesemann, C. & Zeidler, R. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Der Nervenarzt*, 88, 1-29.
- Demmerling, R. (2013). Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter (BiG). In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern. Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug* (vol 26) (pp. 454-464). Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media.
- Eisenberg, U. & Kölbl, R. (2020). *Jugendgerichtsgesetz* (21. Aufl.). München: C.H. Beck-Verlag.
- Erhebung Arbeitskreis Jugendmaßregelvollzug (2019 und 2020).
- Esser, G. (1999). Sind die Kriterien der sittlichen Reife des § 105 JGG tatsächlich reifungsabhängig? *Die Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 10(1), 37-40.
- Esser, G., Fritz, A. & Schmid, M. H. (1991). Die Beurteilung der sittlichen Reife Heranwachsender im Sinne des § 105 JGG – Versuch einer Operationalisierung. *Die Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 6, 356-368.
- Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T. & Freyberger H. J. (2016). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45, 80-85.
- Friedenstab, T. (2013). *Soziales und emotionales Kompetenztraining (SEKT) im Maßregelvollzug. Vorstellung und Evaluation eines Gruppentrainings für psychisch kranke Straftäter mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis und komorbiden Störungen wie Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen*. Dissertation, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie der FU Berlin.
- Grieser, M. & Hans, M. (2013). Wann arbeitet eine Pflegeperson milieutherapeutisch? *Psych. Pflege Heute*, 19, 212-218.
- Hendriks, J. & Bullens, R. (1998). *Dauerhafte Veränderung – J. Handbuch Rückfallvorbeugung*. Leiden (Ambulant Bureau Jeugd welzijnzorg).
- Hinsch, R. & Pfingsten U. (2015). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Hupp, E., Stöver, A. & Wendt, F. (2015). Kriminalprognose im klinischen Kontext. In F. Häbeler, N. Nedopil & W. Kinze (Hrsg.). *Praxishandbuch Forensische Psychiatrie* (pp. 523 - 538). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Karow, A., Lipp, M., Schweigert, E., Sengutta, M., Wiltfang, G., Wittmann, L., Lambert, M., Bindt, C., Gallinat, J. & Schulte-Markwort, M. (2018). Alters-, diagnose- und fachübergreifende stationäre Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene (16-25 Jahre) in der stationären Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 45(5), 248-255.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Ustun, T. B. (2003). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-64.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-17.
- Klos, H. & Görgen, W. (2020). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit – ein Trainingsprogramm* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen – das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Hogrefe.
- Laue, C. (2017). Die Rechtsprechung des Gerichtshof zu § 105 JGG. *Die Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 2, 108-113.
- Leygraf, N. (2012). Lockerungen im Maßregelvollzug. In F. Schneider (Hrsg.) *Positionen der Psychiatrie* (pp. 47-51). Berlin: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2016). *Lieber schlau als blau – Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Lipsey, M. W. & Cullen, F. T. (2007). The Effectiveness of Correctional Rehabilitation: A Review of Systematic Reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297 – 320.
- Löhr, M., Schulz, M. & Nienaber, A. (2020). *Safewards – Sicherheit durch Beziehung und Milieu* (2. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Marshall, W.L. & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D.R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender* (pp. 257-275). New York: Plenum
- Oermann, A. (2008). Dialektisch-Behaviorale Therapie im forensischen Setting. *Psychotherapie*, 18(1), 115-131.
- Pollähne H. (1994). *Lockerungen im Maßregelvollzug – eine Untersuchung am Beispiel der Anwendung des nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugsgesetzes im westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt*. Frankfurt: Peter Lang.
- Prüter-Schwarte, C. (2012). Autonomie und Fürsorge im Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 6, 201-207.
- Riittakerttu Kaltiala-Heino, K. H. & Eronen, M. (2015). Ethical issues in child and adolescent forensic psychiatry: a review. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(6), 759-780.
- Robertson, M. D. & Walter, G. (2008). Many Faces of the dual role dilemma in psychiatric ethics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(3), 228-235.
- Scheu-Hachtel, H. (2019). *Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug – eine bundesweite Erhebung und Verlaufsmessung (BADO Daten 2009 – 2019)*. Masterarbeit an der

- Universität Koblenz – Landau, FB8 Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (Veröffentlichung in Arbeit).
- Schmelzle, M. (2003). *Skala zur Einschätzung des Rückfallrisikos bei jugendlichen Sexualstraftätern* – Deutsche Übersetzung Version 0.0/2003 des ERASOR: Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism Version 2.0 2001 verfügbar unter <https://www.forio.ch/service/erasor/>.
- Schmelzle, M. (2004). *Juvenile sex offender assessment protocol-II (J-SOAP-II) manual* Deutsche Übersetzung verfügbar unter <https://www.forio.ch/service/j-soap/>.
- Schläfke, D. & Häbler, F. (2001). *Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden*. Abgerufen von https://www.bag-ped.de/sites/default/files/dateien/fachbeitrag_massregelvollzug-bei-jugendlichen-und-heranwachsenden.pdf.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44, 28 – 53.
- Stöver, A., Hupp, E. & Wendt, F. (2013). Jugendmaßregelvollzugspatienten – eine übersehene Hochrisikogruppe. Was sie kennzeichnet. Was zu tun ist. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(3), 183-192.
- Tessenow, A. (2002). *Jugendliche und Heranwachsende im psychiatrischen Maßregelvollzug*. Frankfurt: Peter Lang.
- Tondorf, G. & Tondorf, B. (2009). Brauchen wir Gesetze zum Jugend- und Frauenmaßregelvollzug? *Die Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 1, 54-57.
- United Nations. (1989). *Kinderrechtskonvention*. Abgerufen von <https://www.kinderrechtskonvention.info/>
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Abgerufen von <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-3-general-principles.html>
- Ward, T. (2010). The good lives model of offender rehabilitation: Basic assumptions, aetiological commitments, and practice implications. In F. McNeil, P. Raynor & C. Trotter (Hrsg.). *Offender supervision: New directions in theory, research and practice* (pp. 41-64). New York: Willan.
- Weidner, J. (2001). *AAT – Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter: ein delikt spezifisches Behandlungsangebot im Jugendvollzug*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. (5. aktualisierte Auflage).
- Weinberger, L. E. & Screenivasan, S. (2018). Addressing Ethics Dilemmas in violence-risk assessments. In E. Griffith (Hrsg.). *Ethics Challenges in forensic Psychiatry and Psychology Practice* (pp. 284-303). New York: Columbia University Press.
- Weissbeck, W. (2009). *Jugendmaßregelvollzug in Deutschland. Übersicht über Maßregelvollzugseinrichtungen für Jugendliche in Deutschland-Auswertung der Basisdokumentationen 2004-2005 Jugendforensischer Einrichtungen und konzeptuelle Überlegungen*. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Weissbeck, W. & Häbler, F. (2015). Psychotherapeutische Behandlung delinquenter Jugendlicher im Maßregelvollzug. In F. Häbler, W. Kinze & N. Nedopil (Hrsg.). *Praxishandbuch Forensische Psychiatrie. Grundlagen, Begutachtung, Interventionen im Erwachsenen-, Ju-*

gendlichen- und Kindesalter (pp. 465-500). Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Wischka, B., Rehder, U. & Foppe, E. (2012). *BPS-R Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* – revidierte Fassung. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.

World Medical Association (2017). *WMA Declaration of Geneva*. Abgerufen von <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>