

**Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig**

**Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften  
Studiengang Sozialwesen**

## **Diplomarbeit**

**Pädagogische Therapie in der Forensik -  
Ein differenzierter Blick auf den schulischen und  
beruflichen Werdegang sowie die Möglichkeiten und  
Grenzen der pädagogischen Betreuung von psy-  
chisch kranken Straftätern in Sachsen**

**Vorgelegt von: Oliver Zetsche**

**Erstgutachter: Prof. Dr. med. Jörg-A. Weber MPH**

**Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Rudolf Schweikart**

**Ort, Abgabetermin: Leipzig, 10. Oktober 2011**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>II</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>IV</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>V</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>VII</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Forensik – Was ist das? .....</b>	<b>4</b>
2.1 Zur Geschichte der Forensik und des Maßregelns.....	5
2.2 Rechtliche Grundlagen.....	9
2.2.1 Zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt .....	14
2.2.2 Zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus.....	18
2.3 Ein Überblick über die aktuelle Situation im Maßregelvollzug.....	21
2.3.1 Das Bild der Forensik in der Öffentlichkeit.....	21
2.3.2 Organisatorische und bauliche Voraussetzungen.....	23
2.3.3 Das Klientel des psychiatrischen Maßregelvollzuges.....	26
2.3.4 Das Behandlungsteam.....	29
2.3.5 Die Behandlung im Maßregelvollzug .....	30
2.3.5.1 Der therapeutische Verlauf einer Maßregelvollzugsbehandlung.....	31
2.3.5.2 Ein kurzer Exkurs zur Verdeutlichung des Stufenplankonzepts.....	33
2.3.5.3 Die drei grundsätzlichen Behandlungsmöglichkeiten: Phamako-, Psycho- und Soziotherapie.....	36
<b>3 Kriminalität: Abweichendes Verhalten als Reaktion auf Bildungsmangel .....</b>	<b>40</b>
<b>4 Formulierung der Fragestellung vor dem Hintergrund der theoretischen Diskussion .....</b>	<b>47</b>
<b>5 Methodik der empirischen Untersuchung .....</b>	<b>51</b>
5.1 Planung und Vorgehensweise .....	52
5.2 Studiendesign.....	54
5.2.1 Erhebungsinstrument Fragebogen.....	54
5.2.2 Datenerhebung .....	56
5.2.3 Datenauswertung.....	57

---

<b>6</b>	<b>Ergebnisse der Datenerhebung.....</b>	<b>58</b>
6.1	Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit .....	59
6.2	Lese-Rechtschreibschwäche .....	60
6.3	Schulische Vorbildung.....	64
6.4	Berufliche Bildung.....	69
6.5	Bildungswünsche .....	71
6.6	Erlebnisse mit Mitschülern und Einstellung gegenüber Lehrern.....	81
6.7	Einflussnahme von Familie, Freunden und sonstigen Bezugspersonen auf das Lernverhalten .....	86
6.8	Hypothesenüberprüfung und Zusammenfassung der Ergebnisse .....	90
6.9	Eine kritische Reflexion der empirischen Untersuchung.....	98
<b>7</b>	<b>Implikation für die Praxis: Die aktuelle Situation der pädagogischen Therapie in der Forensik in Sachsen .....</b>	<b>101</b>
7.1	Die rechtliche Situation der Pädagogik in der Forensik.....	103
7.2	Eine Ist-Analyse der pädagogischen Angebote in Sachsen .....	111
7.3	Eine Handlungsempfehlung für den pädagogischen Sektor der sächsischen Maßregelvollzugsbehandlung .....	117
<b>8</b>	<b>Resümee .....</b>	<b>124</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>127</b>
	<b>Anlage .....</b>	<b>132</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>154</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: §§ 20, 21 StGB: Schuldfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit .....	10
Abb. 2: Ablaufskizze: Von der Tat bis zur Maßregelanordnung (Nedopil, 2007, S. 22).....	13
Abb. 3: § 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt .....	14
Abb. 4: § 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus.....	18
Abb. 5: §§ 136-138 StVollzG .....	23
Abb. 6: § 67d Abs. 2 StGB, Dauer der Unterbringung .....	30
Abb. 7: Erreichter Schulabschluss, Patienten des sächsischen MRV .....	90
Abb. 8: Bildungsvergleich, befragte Patientengruppe mit Bevölkerung BRD 2010.....	91
Abb. 9: Berufsausbildung, Patienten des sächsischen MRV.....	91
Abb. 10: Diagramm, ausgeführte berufliche Tätigkeiten.....	92
Abb. 11: Generelle Bildungsmotivation nach Unterbringungsgrundlage .....	94
Abb. 12: Motivationslage, nächsthöheren Schulabschluss w. Therapiezeit nachzuholen.....	95
Abb. 13: Erlebnisse mit Mitschülern.....	96
Abb. 14: Einstellung gegenüber und Erlebnisse mit Lehrern.....	97
Abb. 15: § 3 StVollzG: Gestaltung des Vollzuges.....	104
Abb. 16: § 37 StVollzG: Zuweisung.....	106
Abb. 17: § 38 StVollzG: Unterricht .....	106
Abb. 18: § 21 SächsPsychKG: Behandlung.....	107
Abb. 19: § 38 Abs. 2 SächsPsychKG: Rechtsstellung des Patienten .....	107

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Unterbringungsgrundlage.....	58
Tab. 2: Alter, Patientengruppen .....	59
Tab. 3: Lese-Rechtschreibschwäche, prozentualer Anteil insgesamt.....	60
Tab. 4: Lese-Rechtschreibschwäche nach Altersperzentilen .....	61
Tab. 5: Ergebnisse der Level-One-Studie (vgl. Grotluschen & Riekmann, 2011).....	62
Tab. 6: Sprachlich- und schriftlich-soziale Fertigkeiten in Deutsch .....	63
Tab. 7: Erreichter Schulabschluss .....	64
Tab. 8: Zuletzt besuchter Schultyp, Patientengruppe ohne Schulabschluss.....	65
Tab. 9: Schulabschluss, gefiltert nach Altersperzentilen.....	66
Tab. 10: Schulabschluss, gefiltert nach Altersperzentilen und Unterbringungsgrundlage.....	67
Tab. 11: Zuletzt besuchte Klasse und vergangene Zeit, Gruppe < 25 J. ....	68
Tab. 12: Zuletzt besuchte Klasse und vergangene Zeit, Gruppe < 30 J. ....	68
Tab. 13: Abgeschlossene Berufsausbildung.....	69
Tab. 14: Genereller Schulabschlusswunsch .....	72
Tab. 15: Generelle Motivation, nächsthöheren Schulabschluss nachzuholen.....	74
Tab. 16: Motivation, Nachholen nächsthöheren Schulabschluss w. Therapiezeit .....	75
Tab. 17: Motivation, Nachholen nächsthöheren Schulabschluss w. Therapiezeit, Alter .....	76
Tab. 18: Motivation, Nachholen nächsth. Schulabschluss w. Therapiezeit, < 30 J., § 63 StGB....	77
Tab. 19: Motivation, Nachholen nächsth. Schulabschluss w. Therapiezeit, < 30 Jahre, § 64 StGB .....	78
Tab. 20: Bildungswünsche der Patienten .....	79
Tab. 21: Erlebnisse mit Mitschülern .....	81
Tab. 22: Einstellung gegenüber und Erlebniss mit Lehrern .....	83
Tab. 23: Einstellung gegenüber Schule und dem Lernen.....	84
Tab. 24: Einstellung gegenüber Schule und dem Lernen, gegliedert nach Schulabschluss .....	85
Tab. 25: Versuch: Einflussnahme Familie, Freunde u. sonst. Bezugspersonen, allg. Statistik.....	86
Tab. 26: Qualität: Einflussnahme Familie, Freunde u. sonst. Bezugspersonen, allg. Statistik .....	86
Tab. 27: Stärke der Einflussnahme der Familie auf das schul. Lernverhalten .....	87
Tab. 28: Stärke der Einflussnahme der Freunde auf das schulische Lernverhalten .....	88

---

Tab. 29: Stärke der Einflussnahme sonst. Bezugspersonen auf das schulische Lernverhalten..... 89

## Abkürzungsverzeichnis

BGH	Bundesgerichtshof
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidung
JVA	Justizvollzugsanstalt
KfP	Klinik für forensische Psychiatrie
KRG	Kontrollratsgesetz
LRS	Lese-Rechtschreibschwäche
MRV	Maßregelvollzug
GewVbrG	Gewaltverbrechergesetz
p. A.	prozentualer Anteil
SächsPsychKG	Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten
SKH	Sächsisches Krankenhaus
StGB	Strafgesetzbuch
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
StrRG	Strafrechtsreformgesetz
U. gem.	Unterbringung gemäß

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit dieser Diplomarbeit wird bei geschlechtsspezifischen Begriffen die maskuline Form verwendet. Diese Form versteht sich als geschlechtsneutral. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter*

# 1 Einleitung

Forensische Psychiatrie wird in der Öffentlichkeit wie kaum ein anderes Arbeitsgebiet besonders heftig diskutiert. Die objektive Beurteilung wird durch eine emotionale Betroffenheit erschwert. Die auf Sensationen ausgerichteten Medien fordern immer lauter ein Ausbleiben von Toleranz für die Verurteilung von psychisch kranken Straftätern. Vergessen wird oftmals, dass diese Täter meist selbst eine lange Zeit voller Pein und Elend erlitten haben, und somit selbst Opfer waren. Doch passt in diesem Satz die Vergangenheitsform? Hört ihr Opferdasein genau dann auf, wenn sie zum Täter werden? Die öffentliche Meinung macht sich darüber womöglich wenig Gedanken und vergisst dabei auch, dass diese Personengruppe aufgrund ihrer Erkrankung als schuldunfähig gesehen werden muss. Schuldunfähigkeit würde Freiheit bedeuten, und Freiheit induziert keine Unterbringung. Aus diesem Grund fügt der Gesetzgeber als Voraussetzung für die Anordnung einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt hinzu, dass diesem Täter diese Freiheit nicht zugesprochen werden darf, sofern von ihm in Folge seiner Erkrankung weitere erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind. Erst, wenn „erwartet werden kann, dass der Unterbrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“ (§ 67d Abs. 2 StGB), wird ihm seine offizielle Schuldunfähigkeit auch im vollen Umfang gewährt. Die Unterbringung in einer solchen Vollzugsform ist damit mehr Behandlung als Bestrafung, ist damit mehr Verbesserung der Kriminalprognose als einfaches Wegsperrern und damit in jedem Fall mehr als das, was die öffentliche oder auch politische Meinung fordert.

Der Therapie im Maßregelvollzug wird daher ein hohes Maß an Verantwortung übertragen. D. W. Winnicott (1956) formulierte einmal: „Die antisoziale Tendenz ist ein Hinweis auf Hoffnung.“. Die Arbeit in der Forensik muss wertschätzend versuchen, diese Hoffnung weiter auszubauen und die antisoziale Tendenz umzukehren. Die Arbeit mit dem mehrfach schwer geschädigten Patientenkontext kann nur erfolgreich sein, wenn ein umfangreiches Methodenarsenal verwendet wird. Das multiprofessionelle Team muss sich aus möglichst vielen Berufsgruppen zusammensetzen, die das Ziel verbindet, dem Menschen einen umfassenden Entwicklungsspielraum zu offerieren. Zu diesem breiten Spektrum von therapeutischen Verfahren zählt auch die pädagogische Therapie in Form von Bildungsangeboten während der Unterbringungszeit. Die Patienten des Maßregelvollzuges sind meist nicht nur psychiatrisch erkrankt. Ein Großteil kann aufgrund von Sozialisationsdefiziten keine Schul- oder Berufsausbildung vorweisen. Laut dem Mikrozensus 2010 (Personen im Alter  $\geq 15$  Jahre) des Statistischen Bundesamtes Deutschland verfügen 3,9 % der Bevölkerung über keinen allgemeinen Schulabschluss und 38,4 % der Bevölkerung „nur“ über einen Hauptschulabschluss. (vgl.

Statistisches Bundesamt Deutschland, 2011) Im Jugendstrafvollzug haben zwei Drittel der Inhaftierten keinen Schulabschluss. Über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt sogar nur einer von zehn der jungen Gefangenen. (vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2007) Ähnliche Zahlen können auch im Bereich des Maßregelvollzuges festgestellt werden. Leygraf (1988) erhebt unter den Patienten 13,6 % Analphabeten, fast 60 % , die über ein Bildungsniveau unterhalb des Hauptschulabschlusses verfügen und nur 24,4 % berufsausbildete Patienten. Eine solch prekäre Bildungssituation der Straftäter erschwert enorm den Resozialisierungsprozess – besonders für die nach § 64 StGB untergebrachten Patienten - allein in Hinsicht auf dessen Wettbewerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt. Es bedarf keiner großen Fantasie, sondern unterliegt vielmehr empirischen Erfahrungswerten, dass diese Gegebenheit weitere Auswirkungen auf die gesellschaftliche Wiedereingliederung und die Risikowahrscheinlichkeit eines möglichen Rückfalls in alte und strafrechtliche Verhaltensmuster haben könnte. Namhafte Rechtswissenschaftler haben sich deshalb mit der rechtlichen Situation der pädagogischen Betreuung von Patienten während des Maßregelvollzuges auseinandergesetzt und kamen nach der Analyse des entsprechenden länderindividuellen Psychisch-Kranken-Gesetz und des Strafvollzugsgesetzes zu dem Ergebnis, dass eine Rechtsgrundlage für die pädagogische Bildung im Maßregelvollzug existent ist, die dem Patienten das Recht auf Bildung während des Vollzuges zusichert. Dieses Recht ist jedoch an Rahmenbedingungen gebunden, die zu einem späteren Punkt dieser Arbeit näher betrachtet werden.

Bedauerlicherweise gilt es an dieser Stelle zu erwähnen, dass die schulische und berufliche Förderung in der Forensik lange Zeit keinerlei Beachtung erfahren hat. Diese - von Pädagogen als katastrophal bezeichnete – Situation von vor 30 Jahren hat sich zwar in einem erheblichen Maße gebessert. Das pädagogische Berufsbild kann aber immer noch nicht mit aller Sicherheit von einem gefestigten Stand im multiprofessionellen Therapieansatz sprechen. Da sich wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Forensik meist mit medizinisch-psychiatrischen Themen befassen, gestaltet sich das Literaturrepertoire zum Thema der pädagogischen Therapie im Maßregelvollzug dementsprechend überraschbar. Zwar wird die Bedeutung dieser Behandlungsform betont, diese Erwähnung erfolgt jedoch meist beiläufig. Aus diesem Grund will sich die hier vorliegende Arbeit intensiver mit Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen von Bildungsmaßnahmen in der Forensik beschäftigen. Dabei wird sich in erster Linie auf das Bundesgebiet des Freistaats Sachsen bezogen.

Der Aufbau dieser Arbeit soll durch klare Verknüpfungen diverser Themen, beginnend mit der allgemeinen Darstellung des Arbeitsgebietes der forensischen Psychiatrie, so strukturiert werden, dass aus der wissenschaftlichen Reflektion zu diesem Fachgebiet eine Skizze einer

Handlungsempfehlung für die pädagogische Betreuung von Patienten des Maßregelvollzugs entsteht.

Die allgemeine Aufführung der Rahmenbedingungen, der rechtlichen Grundlagen und ein Überblick über die aktuelle Situation des Maßregelvollzugs münden in der Beschreibung der Behandlungsmethoden der Forensik. Als eine der drei grundsätzlichen Behandlungsmöglichkeiten wird die Ergotherapie im Rahmen der Soziotherapie genannt. Da hier Defizite – wie bspw. Auswirkungen einer problematischen Schul- und Berufsausbildung - der Patienten aufgearbeitet werden sollen, wird eine Verbindung zu den möglichen Ursachen für diese Mangerscheinungen hergestellt. Das dritte Kapitel beschäftigt sich daher mit den Theorien des abweichenden Verhaltens als Reaktion auf Bildungsmangel. Aus einer Diskussion über die Bedeutung von Bildung soll eine Überleitung zu den mehrfach geschädigten Patienten der forensischen Psychiatrie geschaffen werden, woraus eine erste Zielformulierung für die Bildungsarbeit im Maßregelvollzug abgeleitet werden kann. Vor diesem theoretischen Hintergrund soll das Kapitel vier die Fragestellung der Arbeit konkretisieren. Das Aufgreifen und die Darstellung dieses Themas in der wissenschaftlichen forensischen Literatur führt zu einer Formulierung von Hypothesen, die in einer eigen dafür konzipierten empirischen Arbeit überprüft werden sollen. Das Kapitel fünf stellt deshalb zunächst die Methodik dieser empirischen Untersuchung vor. Neben der Darstellung der Forschungsfragen und der Dabeietung der Informationen, die für eine Überprüfung dieser Hypothesen notwendig sind, werden die Planung und die Vorgehensweise sowie das Studiendesign mit dem Erhebungsinstrument, der Datenerhebung und die Methode der Datenauswertung erläutert.

Die in Kapitel sechs wiedergegebene Ergebnisse der Untersuchung werden durch Implikationen für die Praxis abgerundet werden. Bevor eine Handlungsempfehlung für den pädagogischen Sektor der sächsischen Maßregelvollzugsbehandlung formuliert werden kann, sollen die rechtlichen Grundlagen und die entsprechenden Rahmenbedingungen in Sachsen nicht unbeachtet bleiben.

Die Spezialisierung dieser Arbeit auf das Teilgebiet der pädagogischen Nachreifung innerhalb des Maßregelvollzuges erhebt aber an keiner Stelle den Anspruch, krankhafte Kriminalität anhand monokausaler Zusammenhänge erklären zu wollen oder durch nur eine Art der Therapie dieses abweichende Verhalten in einem erheblichen Maße verändern zu können.

## 2 Forensik – Was ist das?

Die Antwort auf die Frage, was Forensik ist, lässt sich genauso schwer in nur wenigen Worten fassen, wie beispielsweise die Ausführung des ethischen Problems der Zwangsbehandlung im psychiatrischen Kontext. Die etymologische Betrachtung des Wortes „Forensik“ bzw. „Forensische Psychiatrie“ liefert zunächst eine Verknüpfung zweier Wissenschaften. Während die wörtliche Übersetzung von „Psychiatrie“ – nach Ableitung von „Psyche“ für Seele und „iatrós“ für „Arzt“ - das Wort „Seelenheilkunde“ liefert, wird das Wort „forensisch“ vom lateinischen „Forum“ – der Platz, das Theater, das Gericht – abgeleitet. Somit werden die Wissenschaften zur Beantwortung von gerichtlichen Fragen mit der medizinischen Fachdisziplin von Prävention, Diagnostik und Therapie seelischer Erkrankungen verbunden. Es entstand ein neues Spezialgebiet der Psychiatrie, welches auch als gerichtliche Psychiatrie verstanden wird. Dabei tangiert diese Disziplin die wissenschaftlichen Fachrichtungen Medizin, Psychologie, Kriminologie, Rechtswissenschaften, Anthropologie und Themen der Soziologie.

Durch die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten haben psychisch kranke Menschen oftmals Schwierigkeiten, vernünftige Willensäußerungen abzugeben und ihr Verhalten normkonform zu steuern. In unserer Gesellschaft gehen Gesetze und Rechtsprechungen davon aus, dass der erwachsene Mensch aufgrund seiner Steuerungsfähigkeit die Bedeutung und die Folgen für sein Handeln einschätzen, und die Verantwortung dafür übernehmen kann. Ein gesunder erwachsener Mensch ist somit gesellschaftsfähig und damit auch berufs- geschäfts- und schulfähig. Über welche Fähigkeiten er explizit verfügen sollte, damit er für sein Verhalten in vollem Umfang zur Verantwortung gezogen werden kann, wird in diesem Kontext jedoch nicht genau definiert. Die Frage nach dem „freien Willen“ ist somit zentral und beschäftigt besonders die Rechtswissenschaft und die forensische Psychiatrie. Zur Ergründung dieses schwierigen Feldes werden neben philosophischen Sichtweisen und Strömungen auch naturwissenschaftliche, soziologische und psychologische Erkenntnisse hinzugezogen. Bei der Vorlage einer Straftat ist somit zu überprüfen, ob der Täter zum Zeitpunkt der Tat unter einer psychischen Erkrankung gelitten hat, und ggf. ob diese Erkrankung sein normkonformes Verhalten so sehr beeinträchtigt hat, dass er nur deshalb straffällig wurde und die Unrechtmäßigkeit seiner Tat zu diesem Zeitpunkt nicht absehen konnte. Ausgehend von dieser Situation greifen die §§ 20 und 21 des Strafgesetzbuches, die für die Anordnung der Maßregelbehandlung von entscheidender Bedeutung sind. Die forensische Psychiatrie steht bei der Behandlung von psychisch kranken Straftätern somit zwischen dem rechtlichen Sicherungsauftrag und einer patientenzentrierten, psychiatrischen Behandlungsethik.

## 2.1 Zur Geschichte der Forensik und des Maßregels

Die historische Entwicklung der forensischen Psychiatrie wird von Norbert Nedopil (2007, S. 4 ff.) am umfangreichsten beschrieben und bietet somit die wissenschaftliche Grundlage für dieses Kapitel. Daneben wird an passenden Stellen der Inhalt dieser Vorlage durch weitere Beiträge der forensischen Literatur ergänzt.

Obwohl es zu Zeiten Aristoteles‘ noch keine Psychiatrie gab, beschäftigte sich der Begründer der Nikomachischen Ethik mit der Frage, ob psychisch kranke Straffällige für ihr delinquentes Verhalten zur Rechenschaft gezogen werden sollten. Er kam zu dem Entschluss, dass dies zu verneinen sei, sofern die Krankheit in Verbindung mit der straffälligen Handlung stünde, und der Täter den Regelverstoß aufgrund eines Wahngedankens oder einer Desorientierung begangen habe.

Das römische Recht sah bei schwerem Affekt und Trunkenheit eine Strafminderung vor. Straffrei hingegen gingen sogar folgende Personengruppen aus: „furiosi“ (die Rasenden), „mente capti“ (die Verblödeten), „dementes“ (die Toren).

Zu dieser Zeit war aber noch nicht festgelegt, wer über den Geisteszustand des Angeklagten urteilen durfte. Der Leibarzt des Papstes, Paolo Zacchia, griff diesen Sachverhalt im Jahre 1621 auf und verwies darauf, dass bei dem Verfahren Ärzte hinzuzuziehen seien. Zur Unterscheidung der Geisteskrankheiten gruppierte er die verschiedenen „Leiden des Gehirns“ in drei verschiedene Formen der Beeinträchtigung des Verstandes: „Fatuitas“ (Geistesschwäche und Stumpfsinn), „Phrentitis (Wahn, Halluzinationen und Delirium) und „Insania (gänzlicher Verlust des Verstandes).

Auch im Mittelalter erschien im Rahmen der Gerichtsbarkeit die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit und dem Zusammenhang zwischen seelischer Krankheit, freiem Willen und der Tat selbst von zentraler Bedeutung. Ein „Willensdefekt“ führt nach Samuel Pufendorf (1632-1694) zur Zurechnungsunfähigkeit. Zum Ausschluss der Willensfreiheit – und damit zum Ausschluss der Grundlage für die Verantwortung eines Menschen – führen nach Johann Samuel Freiherr von Böhmer (1704-1772) die Geistesstörungen „Furiosi“ (Rasende), „Dementes“ (Schwachsinnige), „Maniaci“ (Geistesverwirrte) und wahnhafte Melancholie.

Während im 18. Jahrhundert die Frage heiß diskutiert wurde, ob es sich bei der Beurteilung der verminderten Willensfreiheit um ein medizinisches oder psychologisches Problem handle, entwickelte Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) die Monomanienlehre und beschrieb 1838 in seinem Lehrbuch neben den diversen psychiatrischen Krankheitsbildern erstmals auch die rechtlichen Aspekte des Umgangs mit psychisch kranken Menschen. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde eine Vielzahl fachlicher Diskussionen im Bereich der

forensischen Psychiatrie geführt. Es beeinflussten nicht nur Esquirols Schriften die forensische Psychiatrieentwicklung. Vertreter der Degenerations- und Entartungslehre wie Augustin Morel (1809-1873), Valentin Magnan (1835-1916) und Cesare Lombroso (1836-1910) sahen in der Fehlentwicklung der menschlichen Evolution und der Vererbung von milieubedingten Schäden, sowie ausschweifende Lebensführung und Alkoholismus, Voraussetzungen für Kriminalität und Geisteskrankheit. Diese Theorien galten aber nach der Weiterentwicklung der Mendelschen Gesetze zu Beginn des 20. Jahrhunderts als überholt.

Während des Determinismus-Indeterminismus-Streites standen sich sogenannte Psychiker und Somatiker gegenüber. Während die Psychiker der Meinung waren, dass der Mensch nicht nur für seine Verbrechen, sondern auch teilweise für seine psychische Erkrankung verantwortlich sei, waren die Somatiker der Ansicht, dass der Angeklagte als ganzer Mensch – und auch nur als „Unglücklicher“ – betrachtet werden sollte.

Während der Psychiater Kraepelin gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Meinung vertrat, dass das Errichten von Erziehungsanstalten dazu führen kann, dass Rückfälligkeit und Delinquenz therapiert werden kann, wurde eine Vielzahl von neuroanatomischen Studien über die Entwicklung von Verbrechen durchgeführt, die wissenschaftlich nicht tragfähig waren und zu Zeiten des Nationalsozialismus nur zur Rechtfertigung von politischen Eingriffen in das Leben von psychisch Kranken dienen sollten.

In Deutschland wurden Menschen, die zum Zeitpunkt der Tat bewusstlos waren oder an einer krankhaften Störung des Geistes litten, welche die Unterbindung der freien Willensbestimmung zur Folge hatte, nach dem ersten Strafgesetzbuch (1871) des Deutschen Reiches Straffreiheit zugesprochen. Diese erstmalige Unterscheidung zwischen schuldfähigen und schuldunfähigen Tätern mündete in einer Freilassung des unzurechnungsfähigen Täters nach damals geltendem Vergeltungsstrafrecht.

„Erstmals in der Schweiz wurden sichernde Maßregeln im Falle der Unzurechnungsfähigkeit vorgeschlagen (1893). Diese Vorschläge wurden in die deutschen Strafrechtsreformen zwischen 1909 und 1930 eingearbeitet. Der Maßregelvollzug wurde erst mit der Strafrechtsreform am 24.11.1933 eingeführt. Er geht zurück auf das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“. (Weissbeck, 2009, S. 1)

Die Aufnahme in den Maßregel wurde in §§ 42a ff. StGB-GewVbrG verankert. Damit standen dem Richter Möglichkeiten zur Verfügung, auch bei Schuldunfähigkeit des Straftäters, den Schutz der Gesellschaft zu gewährleisten. Die Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt war zeitlich nicht befristet. Sie dauerte so lange, bis der Zweck der Unterbringung erreicht war. (vgl. Stolpmann, 2001, S. 16)

Wie von Kammeier (2010, S. 9) dargestellt, wurde das Gebiet der Maßregel zu Zeiten des Nationalsozialismus von dem Psychiater und Obergutachter des Euthanasieprogramms Carl

Schneider geprägt. Dieser sah in der Arbeitstherapie eine „biologische Heilweise“, wodurch die Patienten wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden könnten. Daneben war Schneider ein Verfechter des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, wodurch psychisch kranke Straftäter kastriert wurden. Heilbare Kranke sollten mit allen Therapiemöglichkeiten versorgt werden, unheilbar Kranke sollten nach dem Ausnützen der Arbeitskraft der Euthanasie zum Opfer fallen.

„Nach dem Zusammenbruch des Dritten Reiches wurde die Maßregel der zwangsweisen Entmannung (Kastration), § 42k StGB-GewVbrG, durch Art. 1 des KRG Nr 11 vom 30.1.1946 (ABI, 55) aufgehoben.

Die Maßregel der Sicherungsverwahrung in der Fassung des § 42e StGB-GewVbrG galt unverändert bis zum 31.3.1970 weiter. Der strafscharfende § 20a war 1941 um die Rechtsfolge der Todesstrafe erweitert worden. Diese Erweiterung wurde durch Art 2 des KRG Nr 11 wieder beseitigt. Im Übrigen galt er ebenfalls weiter bis zum Inkrafttreten des 1. StrRG am 1.4.1970.“ (Kammeier, 2010, S. 10)

Das zweite Strafrechtsreformgesetz wurde im Jahre 1969 verabschiedet. Die §§ 42b und 42c StGB-GewVbrG wurden durch die §§ 63 und 64 StGB ersetzt (01.01.1975). Neu war auch die Bestimmung der Schuldfähigkeit, welche in § 20 StGB Einzug fand. Die zuletzt 1933 in § 51 Abs. 2 StGB eingeführte Zurechnungsunfähigkeitsklausel, welche nur eine Minderung oder einen Ausschluss der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit aufgrund eines somatischen Krankheitsverständnisses vorsah, wurde im 2. StrRG durch die Aufnahme der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ als viertes Merkmal in den Katalog der Schuldausschlussgründe nach § 20 StGB übernommen. (vgl. Stolpmann, 2001, S. 16 i. V. m. Nedopil, 2007, S. 7) Somit umfasste dieser juristische Merkmalskatalog 1975 die krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn und schwere andere seelische Abartigkeit. Bis zum 20.12.1984 existierte noch der § 65 StGB (Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt). Die dafür benötigten 4000 bis 5000 Plätze wurden jedoch aus Kostengründen nie bereitgestellt. Die Aufnahme in eine solche Anstalt sollte dabei ohne rechtlichen Anspruch nur über die Antragstellung des Patienten erfolgen. (vgl. Stolpmann, 2001, S. 17)

Das heute geltende deutsche Strafrecht kämpft mit der Dualität zwischen dem Verhindern von Strafe aufgrund diagnostizierter Schuldunfähigkeitskriterien und dem Recht der Allgemeinheit auf Schutz vor Straftaten und deren Verursacher. Aus diesem Grund gibt es die Maßregelvollzugsbehandlung. Während diese Unterbringung nach § 42f StGB (a. F.) so lange andauerte, bis ihr Zweck – „die Sicherung der Allgemeinheit durch Unschädlichkeit des Unterbrachten“ – anzudauern hatte, eröffnete die Erprobungsformel (§ 67d Abs.2 StGB) bis 1998 eine Erprobung, ob der Unterbrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begeht. (vgl. Stolpmann, 2001, S. 18) Wie schon Aristoteles reflektierte, besitzt ein Wissen, welches sich auf die menschliche Lebenspraxis bezieht, nicht

den gleichen Genauigkeitswert wie das Wissen, welches sich auf die Sterne bezieht. Menschliches Verhalten ist nicht mit absoluter Sicherheit vorhersagbar und kriminelles Verhalten hängt zudem nicht nur von der Persönlichkeitsstruktur des Straftäters ab, sondern wird auch von situativen Bedingungen beeinflusst. Die Forensiker machten in dieser Zeit mit dieser Regelung keine negativen Erfahrungen.

Im Rahmen der Initiativen zur Verschärfung der Strafen von Sexualstraftätern erfolgte im November 1997 die Änderung des § 67d Abs. 2 StGB. „Danach ist eine Entlassung aus der Maßregelunterbringung künftig nur möglich, „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“ (Stolpmann, 2001, S. 18) Aus der Erprobungsklausel ist eine Erwartungsklausel geworden. Diese höheren Anforderungen an die Entlassungsmöglichkeit und an die ganze Therapie treffen neben den Sexualstraftätern auch alle anderen Maßregelvollzugspatienten. Die Voraussetzung für eine Entlassung wird dadurch verschärft, die Zahl der Untergebrachten steigt. Erschwerend kommt die fehlende Befristung der Unterbringungsdauer nach § 63 StGB hinzu. Jedoch wird die Dauer des Freiheitsentzuges durch die Verhältnismäßigkeit des Risikos für die Allgemeinheit und des Freiheitsrechts des Maßregelpatienten begrenzt. Dazu muss aber die jährlich stattfindende und auf die Zukunft gerichtete Gefährlichkeitsbegutachtung des Patienten positiv ausfallen.

„In der DDR konnte in einem Strafprozess aufgrund der Paragraphen 15 und 16 des Strafgesetzbuches der DDR nur eine an die Haftstrafe anschließende zivilrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 11 des Einweisungsgesetzes der DDR eingeleitet werden. Eine Behandlung für Straftäter, die ihre Straftaten infolge einer Alkoholabhängigkeit begangen hatten, war – jedenfalls als Rechtsfolge der Tat – nicht vorgesehen. Erst nach der deutsch-deutschen Vereinigung wurden mit der Übernahme des bundesdeutschen Strafrechts in der ehemaligen DDR die Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt eingeführt.“ (Schaumburg, 2010, S. 19)

„Das Einweisungsgesetz übertrug den Vollzug und die Aufhebung der Unterbringung fast ausschließlich dem Verantwortungsbereich der Psychiatrie. [...] Diese Trennung, in der allein therapeutische Gesichtspunkte über den Umgang mit den Menschen bestimmen sollten, erwies sich jedoch in der Praxis als problembehaftet. Die psychiatrischen Krankenhäuser (ärztliche Leiter) waren formal dazu verpflichtet, die Notwendigkeit der weiteren (zwangsweisen) Unterbringung im Halbjahresrhythmus zu prüfen und in den Betreuungsunterlagen zu protokollieren. Der fachlich interessante Aspekt lag in der Eigenverantwortung der Psychiatrie, die nicht als Normvollstreckungsinstrument des Strafrechts fungierte. [...] Eine verpflichtende Kontrolle seitens der Justiz bzw. der Administration, ob die Verantwortlichen in den Krankenhäusern der Verpflichtung, die Notwendigkeit der Unterbringung zu prüfen, auch tatsächlich nachkommen, forderte das Einweisungsgesetz nicht. Somit ist das Problem im Wesentlichen darin zu sehen, dass es ein Einweisungsgesetz gab, aber kein Unterbringungsgesetz.“ (Gericke, 2008, S. 15)

Mit der Einführung der Maßregelvollzugsgesetze, die sich in Folge des In-Kraft-Tretens des Strafvollzugsgesetzes (1976) nach § 138 StVollzG nach Länderrecht richten, hat sich die rechtliche Situation des Patienten und des therapeutischen Bereiches im Hinblick auf die Vollstreckungsmaßnahmen gebessert. Die in der Psychiatrie-Enquête (1975) geforderte

Integration der forensischen Psychiatrie in die allgemeine Psychiatrie und das Idealbild dieser Reformidee haben zwar bis heute noch nicht alle Forensiken erreicht, die qualitative und quantitative Entwicklung dieses Arbeitsgebietes schreitet aber mit hoher Geschwindigkeit voran. Für den Maßregelvollzug wurden seit Ende der siebziger Jahre zunehmend spezielle Stationen mit spezifischen Behandlungskonzepten entwickelt. Kurz vor der Jahrtausendwende wurde ebenfalls ein Behandlungsangebot für Jugendliche und Heranwachsende im MRV geschaffen. Weiterführend soll auf die aktuelle Situation des MRV in Kapitel 2.3 eingegangen werden.

## 2.2 Rechtliche Grundlagen

Omnipräsent im deutschen Strafrecht ist der „pragmatische Schuldbegriff“. Dabei wird das individuelle Verhalten dem Einzelnen zugerechnet. Der Mensch sei in der Lage, über sein Handeln frei zu bestimmen. Der BGH vertritt dabei einen eindeutig interdeterministischen Standpunkt und hält eine freie Willensentscheidung für möglich. Es ergibt sich das schwierige Problem der Beurteilung, inwiefern ein Mensch aufgrund eigener Entscheidungsgewalt auch hätte anders handeln können. (vgl. Nedopil, 2007, S. 21)

Während die agnostische Position die Auffassung vertritt, dass empirische Methoden die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit messen, und damit wissenschaftliche Aussagen über dieses menschliche Verhalten liefern könnten, konzentriert sich die gnostische Position auf die Beurteilung von unterschiedlichen Graden sozialer Kompetenz in einer spezifischen Situation. (ebd. S. 21) Damit verliert das Ausmaß der psychischen Störung im Hinblick auf die Beurteilungsfähigkeit insofern an Bedeutung, als der Zusammenhang zwischen Störung und Delikt weiter in den Mittelpunkt forensischer Diagnostik rückt. Eine generelle Schuldunfähigkeit aufgrund einer bestimmten Krankheit wird somit ausgeschlossen. Ähnlich verhält es sich bei der verminderten Schuldfähigkeit nach § 21 StGB.

„Demnach können auch Täter, die schwerste Delikte begangen und anderen Menschen an Leib und Leben oder in ihrer sexuellen Bestimmung erheblichen Schaden zugefügt haben, ohne Strafe ausgehen, das heißt freigesprochen werden. Dies bedeutet aber nicht, dass nicht andere Zwangsreaktionen des Staates möglich sind, zum Beispiel in Gestalt freiheitsentziehender Maßregeln.“ (Kammeier, 2008, S. 25)

Während das Gericht einen jugendlichen oder heranwachsenden Täter nach Jugendstrafrecht aufgrund einer pädagogischen Beurteilung der intellektuell-kognitiven Schuld- und Einsichtsfähigkeit verurteilt und das Ausmaß der Verurteilung herabsetzen kann, hat das Gericht – ggf. auch durch zusätzliches Hinzuziehen eines psychiatrischen Sachverständigers (gemäß § 244 StGB) – die Steuerungsfähigkeit des Täters nach psychologischen Kriterien zu

untersuchen. (ebd. S. 25)

Bevor es also zu einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) oder einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) kommen kann, sind die Eingangskriterien gemäß § 20 StGB zu prüfen.

Ein genauer Blick auf den § 20 StGB liefert die Tatbestandsmerkmale des Täters, die zum Ausschluss der Schuldfähigkeit oder zur Minderung der Schuldfähigkeiten (§ 21 StGB) führen können.

#### § 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung

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

#### § 21 Verminderte Schuldfähigkeit

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

Abb. 1: §§ 20, 21 StGB: Schuldfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit

Es finden sich somit sowohl Krankheitsbegriffe, die auf frühere medizinische Krankheitsmodelle zurückzuführen sind - wie die „krankhafte seelische Störung“ und „Schwachsinn“ - , als auch rein juristische Begriffe wie „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ oder „schwere andere seelische Abartigkeit“. (vgl. Nedopil, 2007, S. 23) Einige Rechtswissenschaftlicher fordern, die schwedische Regelung der Gesetzmäßigkeit der Schuldunfähigkeit zu übernehmen, und statt der vier Eingangskriterien einen einheitlichen Begriff zu wählen, der den Schweregrad der psychischen Störung genauer erfasst. Die Zuweisung einer Diagnose nach internationalem Klassifikationswerk zu einem Eingangsmerkmal ist aber nicht ausreichend. Eine quantitative Abschätzung der Störung und deren Auswirkung auf die Tat wird benötigt. (vgl. Nedopil, 2007, S. 23)

Im Folgenden sollen die vier Eingangsmerkmale kurz näher beschrieben werden:

Unter den Begriff der *krankhaften seelischen Störungen* werden alle somatisch begründeten psychischen Krankheiten gefasst. Nedopil (2007, S. 23) führt dabei die folgenden Störungen auf: endo- und exogene Psychosen, degenerative Hirnerkrankungen, Durchgangssyndrome, die entweder toxisch oder traumatisch bedingt sind, epileptische Erkrankungen, auch der epileptische Dämmerzustand, körperliche Abhängigkeiten und genetisch bedingte Erkrankungen wie bspw. das Down- oder Klinefelter-Syndrom.

„Mit dem zweiten Merkmal, der *tiefgreifenden Bewusstseinsstörung*, sind vor allem eine Trübung oder teilweise Ausschaltung des Selbst- bzw. Außenbewußtseins, eine Beeinträchtigung der Fähigkeit des intellektuellen und emotionalen Erlebens sowie ein Handeln im Affekt gemeint. (Schreiber, 2000: 12f.)“ (Kammeier, 2008, S. 26)

Mit dem Merkmal *Schwachsinn* möchte das Gesetz jene Täter erfassen, bei denen vor allem ein organisch befundloser Defekt der Intelligenz vorliegend ist. Unter diesem Begriff werden also alle Störungen der Intelligenz zusammengefasst. Zwar gilt ein IQ-Wert von 80 als festgesetzte Obergrenze für die Vergabe dieses Eingangsmerkmals, die Sozialisation des Täter und seine Persönlichkeit spielen dabei eine wichtige Rolle. „Intelligenzeinbußen führen unter Umständen auch zu leichterem Verführbarkeit, zu verminderter Erregungskontrolle und zu unüberlegten Handlungen in komplexen Situationen.“ (Nedopil, 2007, S. 24)

Das vierte Merkmal – die *schweren anderen seelischen Abartigkeiten* – ist ein Sammelbegriff für alle psychische Störungen, die in den anderen Merkmalen nicht erfasst wurden. Auch wenn diverse Autoren diesen Begriff für unglücklich gewählt halten, wird er im Rahmen der Verurteilung sehr oft gebraucht. Während Kammeier (2008, S. 26) in dieser Zusammenfassung die Krankheiten anstatt als Psychopathien, Neurosen oder Triebstörungen lieber als nicht pathologisch bedingte Persönlichkeitsstörungen kategorisiert, differenziert Nedopil (2007, S. 24) die schwere andere seelische Abartigkeit in Persönlichkeitsstörungen, neurotische Entwicklungen, sexuelle Verhaltensabweichungen, chronische nicht substanz-abhängige Süchte sowie in die Impulskontrollstörung und „paranoide Entwicklungen“ mit oder ohne Wahn. Dabei muss in jeden Fall das Leben des Täters so schwer beeinflusst worden sein, dass die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit in einem erheblichen Maße gemindert wurde.

In diesen Fällen greifen die Paragraphen 20 und 21 des Strafgesetzbuches und ermöglichen eine Unterbringung nach §§ 63 oder 64 StGB. Neben diesen Paragraphen gibt es noch weitere Maßregel, die im Strafgesetzbuch verankert sind. Dazu zählen die Sicherungsverwahrung (§ 66ff StGB), die Führungsaufsicht (§ 68 StGB), das Entziehen der Fahrerlaubnis (§ 69 StGB) und das Berufsverbot (§ 70 StGB).

Für den BGH reichen schon geringfügige Taten aus, eine Anordnung des § 64 StGB zu

verhängen. Dazu muss aber eine hohe Gefährlichkeit in Verbindung mit der Krankheit indiziert sein. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt oder einem psychiatrischen Krankenhaus wird nur verhängt, sofern von dem Täter auch in Zukunft aufgrund seiner – zum Tatzeitpunkt vorhandenen und dafür ausschlaggebenden – Krankheitssymptomatik eine hohe Wahrscheinlichkeit ausgeht, erneut rechtswidrig tätig zu werden. Grünebaum und Volckart (2009, S. 10) betonen in diesem Zusammenhang, dass der Begriff „Gefährlichkeit“ bei der Persönlichkeitsbeschreibung des Täters zu statisch sei und Politiker die Täter ebenfalls als „gefährlich“ bezeichnen, weil die Massenmedien das so verbreiten. Der Begriff „Gefährlichkeit“ sollte ihrer Meinung nach vermieden, und durch eine genaue Umschreibung einer ungünstigen Kriminalprognose ersetzt werden.

Zweifel im Hinblick auf die ungünstige Kriminalprognose wirken sich zugunsten des Täters aus.

„Wenn es also nach der Überzeugung des Gerichts nur wahrscheinlich, aber nicht sicher ist, dass der Anlasstat eine krankhafte seelische Störung zugrunde liegt, die künftig ähnliche Taten auszulösen droht, dann darf es die Unterbringung nach § 63 StGB nicht anordnen. [...] Eine ärztliche Fehldiagnose im Sinne eines >>sicher<< statt >>wahrscheinlich<< kann deshalb leicht eine Unterbringung durch Fehlurteil zur Folge haben. Dasselbe gilt bei der Unterbringung nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt, wenn Zweifel daran bestehen, ob der Täter das Suchtmittel, unter dessen Einfluss er die Anlasstat begangen hat, aufgrund eines >>Hanges<< genommen hat.“ (Grünebaum & Volckart, 2009, S. 11)

Grünebaum und Volckart (2009, S. 11) sehen darin ein großes Problem. Viele der psychisch kranken und suchtmittelabhängigen Straftäter werden entweder freigesprochen (i. S. des § 20 StGB), oder zur Strafe verurteilt, weil die Krankheit des Täters keinen Ausschluss der vollen Verantwortung nach den §§ 20 und 21 StGB gehabt haben soll. Diese „immanente Störung der Rechtspflege“ – wie sie Grünebaum und Volckart beschreibt – habe zur Auswirkung, dass in den Justizvollzugsanstalten Gefangene sitzen, die in Wahrheit psychisch krank oder suchtmittelabhängig sind und dementsprechende Behandlung bedürften, aber zu Freiheitsstrafen verurteilt sind.

Auch die Festlegung der Dauer und des Ablaufs der Maßregel beschäftigt eine Vielzahl von Rechtswissenschaftler. Selbst die Praktiker in den Kliniken behaupten von sich, diese Regelungen nur grob überblicken zu können. Gerade im Hinblick auf die Korrelation von Gefährlichkeit des Täters und dessen Rückfallgefahr lassen sich keine verlässlichen Aussagen über die Dauer der Maßregel machen. Zwar steht die Unterbringungsdauer in erster Linie nicht mit dem Schweregrad des Delikts in Verbindung, die Dauer der Maßregel wird aber auf eine zu verbüßende Haftstrafe angerechnet. Während für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 67d StGB eine Höchstfrist von zwei Jahren vorgesehen ist,

unterliegt die Unterbringung nach § 63 StGB keiner zeitlichen Befristung. Für erledigt wird sie aber erklärt, wenn die Unterbringung unverhältnismäßig ist (§ 67d Abs. 6 StGB).

„Wenn allerdings neben einer Maßregel eine Freiheitsstrafe verhängt wurde und die Maßregel vor der Freiheitsstrafe angerechnet wird, wird der Maßregelvollzug zunächst auf die Freiheitsstrafe angerechnet, im Höchstfall bis zu zwei Dritteln dieser Freiheitsstrafe. Rechnerisch beginnt erst dann die eigentliche Maßregel. Bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verlängert sich so die Höchstfrist von zwei Jahren um die Zeitdauer, bis zwei Drittel der Parallelstrafe durch Anrechnung erledigt sind (§ 67d Abs. 1 StGB). Das ist dann die sogenannte verlängerte Höchstfrist. Durch diese Regelung soll verhindert werden, dass der Untergebrachte – vor allem bei günstigem Behandlungsverlauf – nach Abschluss des Maßregelvollzugs noch einmal in Strafhafte muss. Damit daraus keine unsinnig langen Behandlungsdauern resultieren, ist jedoch seit 2007 das Gericht gehalten, bei Begleitstrafen von über drei Jahren einen angemessenen Teil davon vor der Maßregel vollziehen zu lassen (§ 67 Abs. 2 StGB).“ (Schaumburg, 2010, S. 11)

Festzuhalten ist also, dass die Verantwortung für die Einweisungs- und Entlassungsentscheidungen bei dem Gericht bleiben und es im Rahmen der Hauptverhandlung sachverständige Äußerungen zur Schuldfähigkeit und Rückfallgefahr des Täters eingeholt werden sollen.

Die folgende Grafik veranschaulicht zusammenfassend die in diesem Kapitel diskutierten Folgen und Möglichkeiten der Beurteilung der Schuldfähigkeit und der Kriminalprognose des Täters.

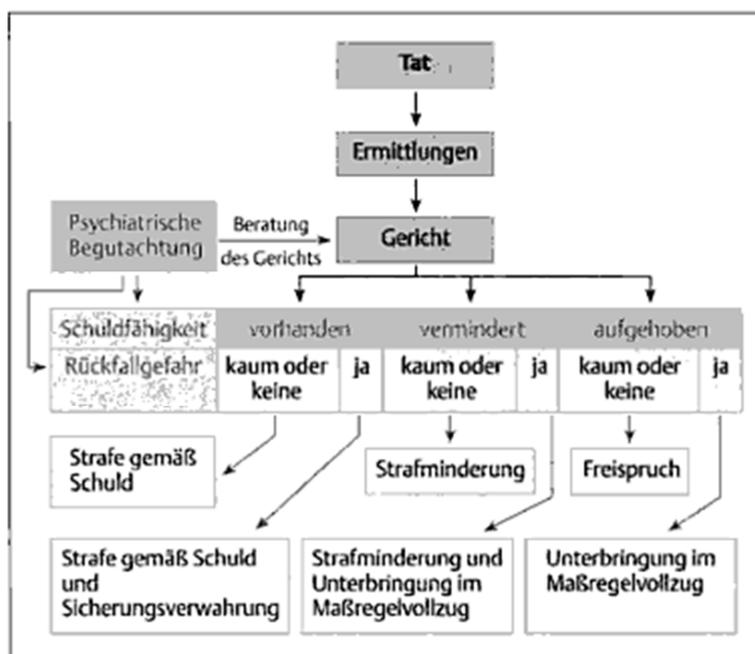


Abb. 2: Ablaufskizze: Von der Tat bis zur Maßregelanordnung (Nedopil, 2007, S. 22)

### 2.2.1 Zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt kann nach § 64 StGB angeordnet werden. Die Anordnungshäufigkeit und der Vollstreckungsverlauf wird entscheidend von der Anwendung der gesetzlichen Grundlagen und deren Interpretation der Rechtswissenschaftler bestimmt. Das im vorherigen Kapitel erwähnte „Zweite Gesetz zur Reform des Strafrechts (Inkrafttreten 02.01.1975) wurde durch das „Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt“ (Veröffentlichung 19.07.2007) aktualisiert. (vgl. Kammeier, 2010, S. 22) Die aktuell geltende Fassung des Paragraphen lautet wie folgt:

#### § 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

Abb. 3: § 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Um die Voraussetzungen für eine solche Unterbringung im Einzelfall klären zu können, sollten die folgenden Begrifflichkeiten des Gesetztextes genauer betrachtet werden.

Dazu zählen: der „Hang“, das „Übermaß“, die „rechtswidrige Tat“, die „Schuldunfähigkeit“, die Gegebenheit, „dass die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird“ und die Aussage, dass „eine hinreichende konkrete Aussicht besteht, die Person [...] zu heilen“.

– Der „*Hang*“: „Unter einem Hang im § 64 StGB versteht die Rechtsprechung eine eingewurzelte, auf psychische Disposition zurückgehende oder durch Übung erworbene

intensive Neigung, immer wieder Rauschmittel im *Übermaß* zu konsumieren, wobei diese Neigung noch nicht den Grad einer physischen Abhängigkeit erreicht haben muss.“ (Nedopil, 2007, S. 29)

- Das „Übermaß“: „‘Im Übermaß‘ bedeutet, dass der Täter berauschende Mittel in einem solchen Umfang zu sich nimmt, dass seine Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt wird (Winkler 2005).“ (Nedopil, 2007, S. 29)
- Die „rechtswidrige Tat“: Damit ist gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 5 StGB eine Tat gemeint, „die den Tatbestand eines Strafgesetzes verwirklicht“. Aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (§ 62 StGB) ist abzuleiten, dass Kleinkriminalität keinen ausreichenden Unterbringungsgrund darstellt. Dies geht auf eine Entscheidung des BGH vom 11.12.1991 (5 StR 626/91) zurück. (vgl. Gericke, 2008, S. 7)
- Die Terminus der „Schuldunfähigkeit“: Der besondere Wortlaut des § 64 StGB zur Verurteilung des Täters, wenn dessen „Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist“, deduziert die Möglichkeit der Anordnung des Maßregel auch dann, wenn die Schuld des Täters weder ausgeschlossen noch erheblich vermindert war. Die Beziehung zwischen dem Delikt und dem Zustand des Täters zur Tatzeit spielt dabei eine bedeutende Rolle. Aus der Definition der WHO geht hervor, dass der Verlust der Konsumkontrolle mit den Symptomen der Abhängigkeit einhergehen:

„Repeated use of a psychoactive substance or substances, to the extent that the user (referred to as an addict) is periodically or chronically intoxicated, shows a compulsion to take the preferred substance (or substances), has great difficulty in voluntarily ceasing or modifying substance use, and exhibits determination to obtain psychoactive substances by almost any means. [...]The life of the addict may be dominated by substance use to the virtual exclusion of all other activities and responsibilities.“ (WHO, 2011)

Der Drang, das Rauschmittel zu konsumieren, bestimmt den Abhängigen, sein Denken und Handeln. Diesen abhängigkeitsgesteuerten Handlungen und den damit einhergehenden Kontrollverlust werden eine psychische Abhängigkeit vorausgesetzt.

„Liegt eine derartige, zumindest psychische Abhängigkeit vor, die den Süchtigen >>beherrscht<<, wird sie auch immer den Schweregrad einer seelischen Störung im Sinne der §§ 20, 21 StGB erreichen und begründen. Das alleine reicht allerdings für die Annahme der eingeschränkten Schuldfähigkeit nicht aus. Denn trotz eines Zustandes im Sinne der § 20, 21 StGB kann die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit bei der konkreten Tat erhalten gewesen sein.“ (Grünebaum & Volckart, 2009, S. 22)

Die meisten suchtabhängigen Straftäter werden deshalb aufgrund der Anwendung des § 21 StGB zu einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB und einer zusätzlichen Begleitfreiheitsstrafe verurteilt.

- Die Gegebenheit, „dass Gefahr besteht, dass sie [Person als Täter] infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird“: Hier wird die Wahrscheinlichkeit aufgegriffen, dass der Täter infolge seiner Krankheitssymptomatik – hier als den Hang dargestellt – wieder rückfällig wird, und erhebliche rechtswidrige Taten begeht.

„Während solche Taten bei der Unterbringung nach § 63 StGB >>zu erwarten<< sein müssen, stellt § 64 StGB auf die >>Gefahr<< solcher Taten ab. [...] Bloß lästige und geringfügige Taten haben auszuschneiden. [...] Drohende Serienebstähle mittlerer Art, die die Maßregel nach § 63 StGB noch nicht ermöglichen, können nach allgemeiner Meinung die Unterbringung in der Entziehungsanstalt schon rechtfertigen. In Anlehnung an die Überlegungen zum Begriff der Erheblichkeit in § 63 StGB wird man sagen können, dass die Unterbringung in der Maßregel des § 64 StGB erst infrage kommt, wenn ein voll Verantwortlicher aufgrund des Tatbildes bei durchschnittlichen Persönlichkeitsanteilen an der Strafzumessung dafür eine Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr erhalten hätte. Die Symptomtaten brauchen nicht von derselben Art zu sein wie die Anlasstat, nur ihr Hintergrund, die Abhängigkeit, muss derselbe sein.“ (Nedopil, 2007, S. 23)

- Zur Aussage, dass „eine hinreichende konkrete Aussicht besteht, die Person [...] zu heilen“: In diesem hier genannten Erfordernis der Erfolgsprognose liegt der wichtigste Unterschied der beiden Maßregel. Ist eine Aussichtslosigkeit der Behandlung von vornherein zu bejahen, so ist die Unterbringung verboten. Das BVerfG hat am 16.03.1994 dazu eine Entscheidung (BverfGE 91,1) getroffen, welche der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzes zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt im Jahre 2007 vollständig umgesetzt hat. (vgl. Gericke, 2008, S. 9) Die Sicherung der Allgemeinheit darf somit nur dann nicht über die Unterbringung des Täters in einer JVA, sondern in einer Entziehungsanstalt erfolgen, wenn eine erfolgsversprechende Behandlung gewährleistet werden kann. „Die exakte Trennung zwischen in der Entziehungsanstalt unterzubringenden >>erfolgsversprechenden<< Patienten und solchen, die ausschließlich in den Justizvollzug zu überstellen sind, ist in der Praxis allerdings schwierig.“ (Grünebaum & Volckart, 2009, S. 24)

Der § 137 StVollzG beschreibt in einem Satz, welches Ziel mit dem Vollzug dieser freiheitsentziehenden Maßregel verfolgt werden soll: „Ziel der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben.“

Grünebaum & Volckart (2009, S. 24f.) beurteilen diese Zielzuschreibung als naiv. Der Abhängigkeitskranke solle vielmehr dazu befähigt werden, unter Bedingungen der Selbstverantwortlichkeit ein vom Suchtstoff abstinentes Leben zu führen. Auch sind viele Suchttherapeuten der Meinung, dass eine vollständige Heilung nicht immer möglich sei. Der Erfolg wird vielmehr in der Selbstbeherrschung gesehen. Der § 64 Abs. 2 StGB greift diesen Punkt auf, in welchem das Gesetz schon in einer gewissen Zeitspanne der Abstinenz zwischen Therapie und Rückfall in die akute Sucht einen Erfolg der Behandlung sieht.

Die Behandlung im Maßregelvollzug soll die Motivation zur Abstinenz stabilisieren, die Hintergründe und Ursachen für die Sucht analytisch und psychotherapeutisch aufdecken und die meist zusätzlichen Erkrankungen der Persönlichkeit behandeln.

Da auch eine Angststörung nicht nur theoretisch durch Gespräche in der Klinik behandelt werden kann, sind die Belastungen des Alltags in Freiheit ein wesentlicher Punkt der Therapie im MRV. So wie ein Angstpatient in einer Belastungssituation mit Hilfe des Expositionstherapeuten systemisch lernt, mit den Anforderungen umzugehen, so beginnt für einen Maßregelvollzugspatienten die eigentliche Lernphase auch erst während des Zeitraums der Bewährung mit den Handreichungen der ambulanten Hilfen.

„Im Normfall wird die Maßregel nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung zur Bewährung ausgesetzt: gleichzeitig tritt Führungsaufsicht ein (§67d Abs. 2 StGB). Die Aussetzung zu Bewährung wird widerrufen, wenn der Betroffene erneut straffällig wird, sich nicht korrekt an die Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht hält oder aufgrund seines psychischen Zustandes zu der Sorge Anlass gibt, er könne erneut eine schwere Straftat begehen (§ 67g StGB). Um einen solchen Widerruf möglichst zu verhindern, kann neuerdings als Krisenintervention bei einer akuten Verschlechterung des Zustands des Betroffenen die Maßregel befristet auf höchstens drei, allerhöchstens sechs Monate wieder in Vollzug gesetzt werden (§ 67h StGB). In dringenden Fällen, vor allem bei Gefahr weiterer Straftaten, sind nach § 453 StPOv auch sofortige vorläufige Maßnahmen bis hin zum Erlass eines Haftbefehls möglich.“ (Schaumburg, 2010, S. 12)

Es kommt auch gelegentlich vor, dass aufgrund der positiven Aussicht auf einen Behandlungserfolg ein Wechsel zwischen den Unterbringungsformen nach §§ 63 und 64 StGB sinnvoll und möglich ist.

## 2.2.2 Zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Die psychiatrische Maßregel wird in erster Linie zum Schutz der Gesellschaft angeordnet. Sie soll dann eingesetzt werden, wenn die vom Täter ausgehende Gefährlichkeit so groß ist, dass eine Straftat als unzureichende Maßnahme der Sicherung beurteilt werden kann.

### § 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

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

Abb. 4: § 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

„Da die Gefährlichkeit dieser Personen in ihrer Krankheit begründet liegt und unser Staat verfassungsrechtlich gehalten ist, niemanden die Freiheit zu entziehen, ohne ihm eine Behandlung anzubieten, hat der psychiatrische Maßregelvollzug neben der Sicherung *gleichrangig* auch die *Aufgabe der Besserung*.“ (Kammeier, 2008, S. 27) Auch wenn die therapeutischen Maßnahmen erfolglos verlaufen, bleibt der Sicherungsgedanke bestehen. In jedem Fall muss die Unterbringung verhältnismäßig sein. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist in § 62 StGB festgehalten: „Eine Maßregel der Besserung und Sicherung darf nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht.“

Grünebaum und Volckart (2009, S. 14) üben Kritik an der Gegebenheit, dass eine wenig gewichtige Anlasstat schon ausreichen soll, die Unterbringung auszulösen, sofern erhebliche rechtswidrige Taten drohen. Es wird die Reaktion des Staates auf abweichendes Verhalten in dem Sinne untergraben, dass die Verurteilung des Straftäters vielmehr auf die Gefahr als auf aktuelle Lage des Straffälligen abzielt und somit übermäßige Freiheitsentziehungen die Folge sind. Dazu führen die Autoren (ebd. S. 14) noch aussagekräftige Beispiele an:

„Das von *Venzlaff/Schreiber* [Herv. im Original] berichtete Beispiel des nicht vorbestraften debilen Mittäters, der zu einem Einbruch <<mitgenommen>> worden war und Schmiere gestanden hatte und dafür über 9 Jahre lang im psychiatrischen Krankenhaus festgehalten wurde, während

die (vielleicht viel stärker rückfallgefährdeten, aber gesunden) Haupttäter ihre Freiheitsstrafen schon Jahre vorher verbüßt hatten, offenbart einen krassen Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. In einem anderen, bis in das Jahr 1995 reichenden Fall hatte ein Mann, der als Obdachloser eine Reihe von Bagatelldelikten begangen hatte, sogar insgesamt etwa 24 Jahre im Maßregelvollzug verbringen müssen.“

Pollähne (2010, S. 35) sieht sogar in der Problematik der verminderten Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit des Täters und dem aktuellen – auf Schuld basierendem – Strafsystem eine Art Aufopferung des psychisch kranken Straffälligen in Verbindung mit einer sozialen Entschädigung für die allgemeine Gesellschaft.

Es führt aber nicht jeder Fall eines Schuldausschlusses oder einer Schuldminderung nach §§ 20 und 21 StGB zur Unterbringung. (vgl. Grünebaum & Volckart, 2009, S. 15). In jedem Fall muss daher die der Tat zu Grunde liegende Krankheit weiter fortbestehen. (vgl. Kammeier, 2008, S. 26) Grünebaum und Volckart (2009, S. 15) führen dabei die Notwendigkeit eines länger dauernden, krankhaften psychischen Zustands an, der bei dem Täter insofern vorliegt, als die Gesamtwürdigung von Täter und Tat infolge dieses Zustandes ergibt, dass künftig weitere erhebliche rechtswidrige Taten (Symptomtaten) zu erwarten sind. Es müssen mindestens Taten aus dem Bereich der mittleren Kriminalität vorliegen, um eine Maßregel anordnen zu können. (vgl. Kammeier, 2008, S. 27) „Der Gutachter hat nicht zu beurteilen, ob die Straftaten erheblich sind, dies ist eine wertende Aufgabe für das Gericht. Um eine Einordnung auf empirischer Basis zu ermöglichen, könnte der Deliktatalog, ähnlich wie er der Polizeilichen Kriminalstatistik zugrunde liegt, die Art der Straftaten beschreiben [...]“ (Nedopil, 2007, S. 29)

Zu den Deliktgruppen in Anlehnung an die polizeiliche Kriminalstatistik zählen (ebd. S. 29):

- Mord und Totschlag
  - Verbrechen gegen die sexuelle Selbstbestimmung
  - Vergewaltigung und sexuelle Nötigung
  - Andere sexuelle „Hands-on“-Delikte
  - Sexuelle „Hands-off“-Delikte
- Körperverletzungen
- Raub, räuberliche Erpressung, Einbruchsdiebstahl
- Entführung und Menschenhandel
- Btm-Delikte
- Diebstahl

Die Maßregel nach § 63 StGB darf nur angeordnet werden, wenn ein gesunder Täter für eine vergleichbare Tat (Anlasstat) eine Freiheitsstrafe von mindestens vier Jahren erhalten hätte,

und gleichzeitig von dem Täter eine Gefahr ausgeht, dass er wieder infolge seiner Störung eine rechtswidrige Tat begeht, die bei einem gesunden Täter eine Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren zur Folge hätte. (vgl. Grünebaum & Volckart, 2009, S. 16 f) „Hier liegt nach Auffassung des Gesetzgebers die Grenze, jenseits derer das Belassen des Täters in Freiheit der Allgemeinheit nicht mehr zugemutet werden kann (vgl. auch § 56 Abs. 2 StGB).“ (ebd. S.16)

„Ihre zeitliche Dauer kann nicht und wird nicht nach dem Maß der in der Vergangenheit verursachten Schuld bestimmt, da hier aus rechtsdogmatischen Gründen Schuldgesichtspunkte nicht berücksichtigt werden. Auf Grund ihrer präventiven Ausrichtung auf die Abwehr künftig möglicher Gefahren kann auch ihr Ende nicht festgelegt werden. Deshalb dauert sie, solange sie wegen fortbestehender Gefährlichkeit erforderlich ist (§ 67d II StGB).“ (Kammeier, 2008, S. 27)

Die hier angeschnittenen Themen der Anordnung, Überprüfung und Beendigung unterliegen bundesrechtlichen Regelungen. Schaumburg (2010, S.13f) führt an, dass die Ausgestaltung der Unterbringung und die Durchführung der Behandlung der Hoheit der Bundesländer – und damit den Ländergesetzen – unterliegt:

„Ein Teil der Bundesländer hat spezielle Maßregelvollzugsgesetze erlassen, ein anderer Teil regelt den Maßregelvollzug durch Sonderabschnitte und Querverweise in den Unterbringungsgesetzen für psychisch Kranke. Alle diese gesetzlichen Regelungen orientieren sich im Strafvollzugsgesetz. Sie sind teilweise sehr ausführlich, teilweise eher knapp gehalten, lassen aber in jedem Fall wie alle gesetzlichen Regelungen einen mehr oder weniger großen Ermessens- und Entscheidungsspielraum. [...] Daher wird in vielen Gesetzen ausdrücklich auf ergänzende *Hausordnungen* [Herv. im Original] hingewiesen, die entweder vom Träger oder von den Maßregelvollzugseinrichtungen aufzustellen sind.“

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich daher mit den aktuellen Rahmenbedingungen und Ausgestaltungen des Maßregelvollzugs.

## **2.3 Ein Überblick über die aktuelle Situation im Maßregelvollzug**

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Rahmenbedingungen, die im Arbeitsgebiet des Maßregelvollzuges vorzufinden sind. Neben den baulichen und organisatorischen Voraussetzungen sollen in den folgenden Abschnitten die wichtigsten Fakten zum Klientel des Maßregelvollzugs, dessen Behandlung, sowie das dazu notwendige multiprofessionelle Behandlungsteam beschrieben werden. Zuallererst scheint es in Anbetracht der vorherrschend negativen Meinungen und diversen Stereotypen zum MRV angebracht, das öffentliche Bild der Forensik kritisch zu diskutieren.

### **2.3.1 Das Bild der Forensik in der Öffentlichkeit**

Der Maßregelvollzug steht oft im Fadenkreuz sensationsgieriger Medien. Wer nicht weiß, was Forensik ist und was dort passiert, wird größtenteils durch die öffentliche Meinung beeinflusst. Diese erfährt von dem Thema meist erst, wenn es im Rahmen der psychiatrischen Maßregel zu Zwischenfällen – wie bspw. Entweichungen, Lockerungsverstößen und erneuten Delikten – gekommen ist. Erfolge in Behandlung und Delinquenzprävention als Arbeit der forensischen Mitarbeiter werden in den Medien nicht erwähnt und regelrecht verschluckt. Die öffentliche Meinung verlangt, dass die Patienten so lange sicher verwahrt werden, bis von ihnen keine schweren Straftaten mehr zu erwarten sind. Wie lange das dauert, spielt dabei keine Rolle. Vergessen wird dabei aber, dass es sich um schuldunfähige oder vermindert schulfähige Täter handelt. Die sich daraus ergebende Frage, was mit voll schulfähigen Straftätern geschehen soll, nachdem sie ihre Strafe abgesessen haben, wird bestenfalls in kleinen Fachkreisen angesprochen. „Während aber über den (zu humanen?) Umgang mit Strafgefangenen eher selten lauthals polemisiert wird, ist der Maßregelvollzug Zielscheibe von Anfeindungen, Unterstellungen und Verfälschungen.“ (Hax-Schoppenhorst, 2008, S. 386) „Ein professioneller Umgang mit solchen Situationen beinhaltet eine aktiv-offensive Medienarbeit, bei der aktuelle Daten und Fakten aus der Klinik ebenso verfügbar sein müssen wie ein rechtlich und kriminaltherapeutisch versierter Gesprächspartner aus der Einrichtung, der sensibel mit den durch den jeweiligen Vorfall aufgeworfenen Fragen umgehen muss.“ (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 123)

Basierend auf Schoppenhorst (2008, S. 387ff) sollen in dem hier folgenden Abschnitt einigen Mythen über die Forensik aktuelle Fakten gegenübergestellt werden:

- *Der Freigang wird oftmals als Kernübel des MRV gesehen.* Nur Patienten, die in der Therapie nachweisliche Erfolge machen, bekommen als letzte Stufe der Lockerung vor der Entlassung den unbegleiteten Ausgang. Entweichungen können und dürfen nicht verschwiegen werden. Diese passieren zwar meist bei Ausgängen und Ausführungen, die Häufigkeit ist jedoch sehr gering (nach Mahler (2000): Bei 1500 Lockerungen 190 Entweichungen) und nur bei jeder achten Entweichung begeht der Patient ein Delikt, welches sich sogar meist im gewaltfreien Eigentumsdeliktbereich bewegt.
- *Da in forensischen Kliniken nur Schwerstverbrecher, Trieb- und Gewohnheitstäter sitzen, ist das Leben in der Nähe einer solchen Einrichtung brandgefährlich.* Zu dem Klientel der Kliniken gehören weit mehr als nur Täter von Sexual- und Tötungsdelikten. Des Weiteren sind nicht alle Taten von der Heftigkeit, wie sie gerne in den Medien beschrieben werden. Dr. Martin Schott, ein bekannter forensischer Psychiater, formulierte einmal, dass hinter jedem Täter auch gleichzeitig ein Opfer steht. Zur Unsicherheitsthematik in der Nähe von Kliniken gilt festzuhalten, dass nur etwa ein Drittel aller entwichenen Patienten in direkter Umgebung blieb. In den überwiegenden Fällen wurden die Patienten sogar in der Rehabilitationsregion – also oftmals ihrem Heimatort – rückfällig.
- *Die Kliniken experimentieren auf hohe Kosten der Sicherheit der Bevölkerung.* Das Thema der Sicherung ist ein sehr weites Feld. Während viele Kritiker ein pauschales Sicherungssystem fordern, welches sich an die Gefängnissicherung anlehnt, sprechen sich forensische Spezialisten für ein differenziertes und an den Patienten angepasstes Sicherheitskonzept aus. Sicherung, die die Deliktthematik vernachlässigt, kann Therapie verhindern. Einfach Wegsperrern ist kontraproduktiv, und eine martialisch wirkende bauliche Sicherung der Klinik baut keine Ängste ab, sondern erzeugt sie vielmehr. Eine Atmosphäre paranoider Kontrolle entsteht, die die Basis jeglicher Behandlung und jeglicher Sicherheit gefährdet: Nähe zum Patienten und gegenseitiges Vertrauen. Zahlen – wie sie Dr. Martin Schott anführt – belegen, dass das Konzept Wirkung zeigt. Nur 10-20% der forensisch betreuten Sexualstraftäter werden wieder rückfällig. Bei der Vergleichsgruppe der im Gefängnis betreuten Täter sind es bis zu 80%. Daneben wäre es sowieso ein Trugschluss zu glauben, dass sexueller Missbrauch nur ein Delikt seelischer Krankheit sei. Festzuhalten ist aber auch, dass eine Maßregelbehandlung mit ca. 250 € pro Tag und Patient zubuche schlägt und damit nicht günstig ist. Auf den einzelnen Bürger übertragen bedeutete dies nach eine Studie zu DM-Zeiten, dass jeder sicherheitsfordernde Bürger täglich um 0,034 DM belastet wurde.

Daneben existiert natürlich noch eine Vielzahl weiterer Vorwürfe, Stereotype und Mythen zum psychiatrischen Maßregelvollzug. Auf dessen Diskussion soll hier aber in Anbetracht der thematischen Ausrichtung der Arbeit verzichtet werden.

### 2.3.2 Organisatorische und bauliche Voraussetzungen

Die gesetzlichen Vorschriften für die Gestaltung und Durchführung des Maßregelvollzugs finden sich lediglich als Leitgedanken der therapeutischen Ausgestaltung in den §§ 136 bis 138 StVollzG.

#### § 136 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

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

#### § 137 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Ziel der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben.

#### § 138 Abs. 1 S.1, Anwendung anderer Vorschriften

Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt richtet sich nach Landesrecht, soweit Bundesgesetze nichts anderes bestimmen.

Abb. 5: §§ 136-138 StVollzG

Durch § 138 Abs.1 StVollzG wird den Ländern ein weiter Ausgestaltungsrahmen zuteil. Viele Entscheidungen im Rahmen der Maßregelvollzugsbehandlung liegen somit im Ermessensbereich, sodass sich bundesweit unterschiedliche Behandlungs- und

Organisationsmodelle entwickelt haben. „Dieser, vom Bundesgesetzgeber eingeräumte Gestaltungsspielrahmen, hat zu in Teilen deutlich divergierenden Maßregelvollzugsgesetzen geführt.“ (vgl. Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 35) „Grundvoraussetzungen für eine Maßregelvollzugseinrichtung sind eine ausreichende Sicherung nach außen, eine sinnvolle interne Untergliederung, die innere Sicherungsmöglichkeiten beinhaltet, und ausreichend Platz.“ (Schaumburg, 2010, S. 61) Obwohl der MRV aufgrund seines heterogenen Klientels eine gewisse Mindestgröße haben sollte, wurden in den vergangenen drei Jahrzehnten heftige Debatten über die Größe einer solchen Einrichtung geführt, wobei die Bettenzahl forensisch-psychiatrischer Einrichtungen zwischen 15 (Hanau) und 440 (Haina) schwankt. (vgl. Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 35f)

„Derzeit gibt es in Deutschland fast 80 Maßregelvollzugseinrichtungen, die in der Regel entweder nur psychisch kranke Rechtsbrecher (§ 63 StGB) oder nur suchtkranke Straftäter (§ 64 StGB) behandeln. In wenigen Einrichtungen sind beide Patientengruppen noch vermischt. Es lassen sich drei verschiedene Organisationsformen unterscheiden:

1. eigenständige forensisch-psychiatrische Fachkrankenhäuser,
2. Forensisch-psychiatrische Fachabteilungen in allgemein-psychiatrischen Krankenhäusern und
3. Forensisch-psychiatrische Stationen in allgemein-psychiatrischen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser.“ (ebd.S.36)

„Auffälligstes inneres Strukturmerkmal einer forensischen Klinik sind die *unterschiedlichen baulichen Sicherheitsstandards* der verschiedenen Stationen. Diese strukturellen Sicherungselemente reichen von hochgesichert (Gefängnisstandard: Manganstahl-Gitter, über 4 m hohe Außenmauer) über gesichert, geschlossen (entsprechend einer allgemeinpsychiatrischen Akutaufnahmestation) und halb-offen bis hin zu offenen Stationen.“ (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 37)

Hax-Schoppenhorst (2008, S. 88) sieht in der architektonischen Entwicklung des Maßregelvollzugs eine „bauliche Übersicherung und bauliche Menschenfeindlichkeit“, die die Furcht des Patienten vor dessen Wohlfühl stellt, und das soziale Leben auf das Schwerste beeinträchtigt. Es existieren noch immer viel zu wenige intra- und extramurale Wohngruppen wie sie bspw. in Moringen existent sind. Auch fehlen Appartements, in denen Patienten Stunden bis Tage mit Partnerin bzw. Partner verbringen können, um intim zu werden oder einen „Urlaub“ zu verbringen. Der Vorteil dieser Möglichkeit wird im notwendigen Aufbau der Beziehungsfähigkeit gesehen.

Wie von Schaumburg (2010, S.61 ff.) dargestellt, sind Mehrbettzimmer die Regel und Einzelzimmer eher die Ausnahme und meist nur für besonders kranke und gemeinschaftsunfähige Patienten gedacht. Sie können in einer fortgeschrittenen

Behandlungsphase aber auch zur Förderung der Individuation dienen. Auf jeder Station müssen Speise-, Aufenthalts- Fernseh- und Raucherräume zur Verfügung stehen. Kleine Küchen sollen in Anbetracht der sich wiederholenden Klinikverpflegung einer individuellen Zubereitung eines eigenen Essens dienen. Als persönlicher Bereich – und damit als Rückzugsraum – wird der Bereich um das Bett des Patienten gesehen. Dieser soll, soweit es ethisch und therapeutisch vertretbar erscheint, dem Gestaltungsraum des Patienten überlassen sein. Von Vorteil ist es, wenn sich zwei Patienten das Zimmer teilen, die gegenseitige Sympathie empfinden und die sich aufgrund gewisser Persönlichkeitsfaktoren – wie bspw. Intelligenz, Dominanz und Therapiewilligkeit – nicht negativ beeinflussen. Die Unterteilung der Patienten in Diagnosegruppen erscheint therapeutisch wertvoll. So sollen Patienten, die an einer Psychose leiden, von persönlichkeitsgestörten Patienten, und jugendliche von erwachsenen Patienten getrennt werden. Meist erleichtert – besonders im MRV gemäß § 64 StGB – eine Gruppierungsmöglichkeit, die die gesamte Behandlung eines Patienten auf einer Station vorsieht, den therapeutischen Prozess, da somit die in der Therapie fortgeschrittenen Patienten als Vorbild, Ansporn und Ratgeber fungieren können.

Die schon erwähnte Hausordnung der jeweiligen Klinik hat für den Stationsalltag einen hohen Stellenwert. Sie stellt die Orientierungshilfe für das Leben im MRV – sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter - und soll ein reibungslosen Miteinander gewährleisten.

„Haus- oder Stationsordnungen sollten aber mindestens Regelungen enthalten über mögliche persönliche Habe (eigene Fernseher, Musikanlagen, rechtsorientierte Medienprodukte, Kleinhandeln etc.), die Ausgestaltung des persönlichen Wohnbereichs (Einbringung selbst gebauter Möbelstücke, Aufhängen pornografischer Fotos etc.), finanzielle Regelungen (Verfügung über Taschengeld und Arbeitstherapiebelohnung, Verbot von Spielen um Geld etc.) und Tages- und Wochenablauf (Wecken, Zeit und Ort der Mahlzeiten, Fernsehzeiten, Therapieveranstaltungen, Verbindlichkeit der Teilnahme daran etc.). [...] Ganz wichtig sind das klare Verbot von Suchtmitteln [...] und die Festlegung entsprechender Kontrollen sowie das eindeutige Verbot von Gewaltandrohungen und Gewaltanwendung. Durch die Haus- und Stationsordnung geregelt werden müssen ferner die Möglichkeiten der Patienten zu Außenkontakten [...] und sonstige Beschwerdemöglichkeiten.“ (Schaumburg, 2010, S. 64)

Eindeutig festzustellen ist die Bedeutung der jeweiligen Hausordnung und damit der große Ermessensspielraum, welcher den Einrichtungen durch die Psychisch-Kranken- und Maßregelvollzugsgesetzen eingeräumt wird. Zwar gibt es bei der zentralen therapeutischen Ausgestaltung auch kliniksabhängige Unterschiede, die meisten Maßregelvollzugseinrichtungen arbeiten aber nach einem Stufenplan. Auf diesen soll in einem späteren Kapitel näher eingegangen werden.

Von hoher Bedeutung – gerade für die Länder – ist auch die Wirtschaftlichkeit dieser Einrichtungen. Dem Maßregelvollzug wird oft zur Last gelegt, er würde enorm viel Geld verschlingen. Bei einem Kostenaufwand von ca. 250 € pro Patientenbehandlungstag kann die

Erheblichkeit der Kosten des Maßregelvollzugs auch nicht verneint werden. An dieser Stelle sollte jedoch eine Verknüpfung zwischen Kritik an den Kosten und den Nutzen hergestellt werden:

„Aus den verfügbaren Zahlen des Gesamtbudgets für den Maßregelvollzug lassen sich überschlagsmäßig die Klinikskosten je Patientenjahr berechnen, die in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2004 z. B. 92.923 Euro betragen. Man könnte aus einem naiven Vergleich mit dem Strafvollzug, der `lediglich´ 35.770 Euro (Zahl aus 2003) pro Jahr – also nur ca. 2/5 des Betrags im Maßregelvollzug – ausmachte, schlussfolgern, dass eine grundsätzliche Unterbringung aller Verurteilten im Regelvollzug sinnvoll wäre. Dieser Schluss ist – abgesehen von der rechtlichen Vorschrift, kranke Rechtsbrecher gemäß §§ 63, 64 StGB zu behandeln – auch aus rein ökonomischer Sicht unzulässig. Zu berücksichtigen ist, dass Insassen des Maßregelvollzugs im Durchschnitt eine höhere latente Gefährlichkeit für die Gemeinschaft aufweisen als im Strafvollzug, so dass schon allein durch die neutralisierende Sicherung der Täter `hinter Sicherungszäunen´ ein höherer Nutzen für die Gesellschaft als im Regelvollzug entsteht. Die gesetzliche Aufgabe des Maßregelvollzugs besteht jedoch nicht im `Wegsperrn´, sondern in einer intensiven medizinischen Betreuung, die nach Entlassung zu einem möglichst deliktfreien und integrierten Leben in der Gesellschaft verhelfen soll. Genau an dieser Stelle entscheidet sich aus ökonomischer Sicht Vorteil- oder Nachteilhaftigkeit des Maßregelvollzugs.“ (Entorf, 2010, S. 89 f.)

Die Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen wird aufgrund des effizienzorientierten Drucks, der auf der jeweiligen Landesregierung lastet, oftmals außer Acht gelassen. Politiker gehen mit immer größer werdenden Schritten auf die Privatisierung des Maßregelvollzugs zu. „Oft handelt es sich darum, den Landeshaushalt zu sanieren, aber unterschwellig vermeint man zu spüren, dass die Politik ein ungeliebtes Kind loswerden will, das man bisher in Form von Kompromissen nur als störend und imageschädigend erlebt hat.“ (Hax-Schoppenhorst, 2008, S. 88)

### **2.3.3 Das Klientel des psychiatrischen Maßregelvollzuges**

Patienten, die gemäß §§ 63 und 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt untergebracht sind, werden von der Strafvollzugsstatistik des statistischen Bundesamtes erfasst. Basierend auf diesem Bericht (Stand 08.10.2010) sind folgende Fakten festzuhalten:

Demnach wurden – bezogen auf das frühere Bundesgebiet – im Jahr 2005 insgesamt 7.842 Patienten und im Jahr 2009 insgesamt 10.023 Patienten (Stand 31.12.2009) in einer solchen Einrichtung behandelt. Davon entfielen

- auf ein psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 6.283 Patienten,
- auf eine Entziehungsanstalt ( § 64 StGB) 3.004 Patienten (darunter 1.847 wegen Trunksucht),
- auf die einstweilige Unterbringung gemäß § 126a StPo 736 Patienten.

Ein stetiger Anstieg der Unterbringungszahl seit 1987 (3.810 Untergebrachte) ist zu verzeichnen. Von den insgesamt 9.590 untergebrachten Patienten des Jahres 2010 mussten 489 Wiederholungsfälle und 339 Widerrufsfälle gemeldet werden. Die Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren stellt die größte Patientengruppe. 2.477 Patienten waren im Jahr 2010 unter 30 Jahren. Das sind mehr als 25 % der untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrecher. Für diese Gruppe wäre eine spezielle pädagogische Therapieform geeignet, worauf in einem späteren Kapitel näher eingegangen werden soll.

Wie von Müller-Isberner & Eucker (2009, S. 32) dargestellt, finden sich diagnostisch gesehen bei den Krankheitsbildern der Patienten hirnorganische Störungen (5,5%), funktionelle Psychosen (47,6%), Persönlichkeitsstörungen ohne Minderbegabung (20,9%), Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung (13,1%), geistige Behinderung (8,1%) und primäre Sucht (2,4%).

Eine bundesweite, repräsentative empirische Erfassung der Einweisungsdelikte ist schwer zu finden. Viele Fachbücher verweisen dabei auf regionale und kliniksabhängige Stichtagserhebungen. Der Vergleich der in der wissenschaftlichen Literatur meistvertretenen Erhebungen (Leipziger, 2007; Jöckel & Müller-Isberner, 1997; Leygraf 1988) ergibt näherungsweise, dass 18-20% der Patienten wegen Tötungsdelikten, 28-31 % wegen Sexualdelikten, 28-32 % wegen Körperverletzung, ca. 11 % wegen Brandstiftung und ca. 6 % wegen Raub strafrechtlich untergebracht wurden.

Schaumburg (2010, S. 66 f.) beschreibt die im MRV am häufigsten anzutreffenden Persönlichkeitsstörungen wie folgt:

- Bei der *dissozialen Persönlichkeitsstörung* agiert der Betroffene meist ohne Rücksicht auf die Auswirkungen des eigenen bedürfnisorientierten Verhaltens auf andere Menschen. Schuld wird größtenteils bei anderen gesucht, sodass es den Patienten schwer fällt, aus negativen Rückmeldungen zu lernen. Diese psychisch kranke Personengruppe weist eine erhöhte Reizbarkeit, ein verstärktes Aggressionspotential und eine geringe Frustrationstoleranz auf.
- Anhand extremer Stimmungsschwankungen, einer „schwarz-weiß“ Wahrnehmung der Beziehungsebene und herausforderndem provokantem Verhalten lässt sich eine *emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ* feststellen.
- Die *emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ* zeichnet sich durch gefühlsmäßige Unausgeglichenheit, verstärktes Ausagieren von Affekten und erhöhte

Kritikunfähigkeit aus. Dabei kann es zu Ausbrüchen von gewalttätigem und bedrohenden Verhalten kommen.

Wie aber schon erwähnt kommt es nicht nur in Folge einer Persönlichkeitsstörung als Haupt- oder Nebenerkrankung zu einem straffälligen Verhalten. Minderbegabung oder die Erkrankung an einer Psychose können auch zu Delinquenz führen.

„Bei den meisten der untergebrachten Patienten haben sehr ungünstige Sozialisationsbedingungen zur Fehlentwicklung der Persönlichkeit beigetragen. Sogenannte >>Broken Home<<-Situationen mit unvollständigen, überforderten, oft suchtbelasteten Familien oder Stiefelternteilen, nicht verlässlichen zwischenmenschlichen Beziehungen und emotionaler Verwahrlosung, Schulschwierigkeiten, Heimunterbringungen, abgebrochene Ausbildungen, Anschluss an Cliques mit negativen Einfluss sowie Suchtmittelmissbrauch sind in den Lebensgeschichten mit großer Regelmäßigkeit zu finden. Viele Patienten haben deswegen vor Beginn der Unterbringung bereits mehrere Jahre im Strafvollzug verbracht. Dort wurde dann die fehlentwickelte Persönlichkeit noch durch eine spezifische Sozialisation überformt, sodass sich schließlich eine >>Knotmentalität<< bildete, wie sie im Maßregelvollzug alltagssprachlich bezeichnet wird.“ (ebd. S. 67)

Dabei handelt es sich bei den Maßregelvollzugspatienten hauptsächlich um Männer. Nur etwa 5 % sind Frauen. Auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden, die gemäß § 126a StPO, § 7 JGG in Verbindung mit § 63 StGB und § 64 StGB untergebracht wurden, handelt es sich vermehrt um männliche Patienten (ca. 86%). Die Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsanalyse zum Jugendmaßregelvollzug (Tessenow, 2002) werden von Weissbeck (2009, S. 33) zitiert. Demnach waren im Frühjahr 2000 218 junge Menschen in psychiatrischen Einrichtungen aufgrund jugendstrafrechtlicher Entscheidungen untergebracht. Darunter waren 87 Personen unter 21 Jahre.

Laut Hax-Schoppenhorst (2008, S. 69) sind momentan drei Modelle im institutionellen Umgang mit den betreffenden Jugendlichen festzuhalten:

- Die integrierte Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- die spezialisierte Abteilung – angegliedert an die Jugendpsychiatrie - und
- spezialisierte Einrichtungen – angegliedert an eine forensische Klinik für Erwachsene.

Das Angebot für psychisch kranke junge Rechtsbrecher variiert aufgrund der unterschiedlichen Regelungen der Bundesländer erheblich und bedarf deshalb einer deutlicheren Wahrnehmung der aktuellen Lage dieses jungen Personenkreises.

Als letzte besondere Klientel des Maßregelvollzuges ist die Gruppe der Migranten (9-17%) zu nennen. Schaumburg (2010, S. 69 f.) führt an, dass das Ausländeramt bei Ausländern aus nicht zur EU gehörenden Staaten, die Straftaten von „einiger Schwere“ begangen haben, eine Ausweisungsverfügung erlässt. Der Maßregelvollzug wird meist als weniger sinnvoll

erachtet: „In den Kliniken stehen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor kaum zu bewältigenden Aufgaben, wenn kulturelle Kontexte unklar bleiben und Sprachbarrieren eine alltagsnahe Kommunikation (ganz zu schweigen von therapeutischen Gesprächen) fast unmöglich machen.“ (Hax-Schoppenhorst, 2008, S. 71)

Im Hinblick auf die thematische Ausrichtung dieser Arbeit soll auf die näheren Bestimmungen zu diesem weiten Thema in diesem Kapitel nicht weiter eingegangen werden, sodass jedoch abschließenderweise zu bemerken ist, dass eine enge Zusammenarbeit von Ausländerbehörde und Justizbehörde absolut unerlässlich ist.

### **2.3.4 Das Behandlungsteam**

Die Behandlung der Patienten erfolgt durch ein multiprofessionelles Team. Pflegepersonal, Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Lehrer, Ergo-, Musik-, Sport- und Arbeitstherapeuten arbeiten Hand in Hand. Dabei haben die verschiedenen Berufsgruppen eine Vorbildfunktion, deren sie sich sowohl im Umgang mit Patienten als auch teamintern immer bewusst sein müssen.

Die folgenden stark komprimierten Aussagen über die professionelle(n) Mitarbeit(er) in der Forensik stützen sich weitestgehend auf die Darstellungen des Behandlungsteams nach Schaumburg (2010, S. 70 ff.), Kammeier (2010, S. 90 ff.) und Müller-Isberner & Eucker (2009, S. 55 ff.):

- Eine konsequente Haltung und eine teaminterne Einigkeit müssen während des gesamten Therapieprozesses in jeglicher Situation herrschen. Damit sollen Spaltungen des Teams und Störungen der Therapie entgegengewirkt werden. Gerade bei persönlichkeitsgestörten Patienten ist die Gefahr groß, dass Grenzen sehr stark ausgetestet werden und eine hohe Unruhe kriert wird.
- Eine professionelle Distanz muss gegenüber dem Patienten hergestellt werden. Vereinnahmungen und Teamsplaltungen könnten sonst die Folge sein. Dabei müssen Mitarbeiter der forensischen Psychiatrie über ein pro-soziales Verhalten, einer nicht-aggressiven Konfliktbewältigung, einer kongruenten Wertschätzung, bzw. einer nicht wertenden Grundhaltung, einer emotionalen Stabilität, Engagement, Begeisterungsfähigkeit und Couragiertheit verfügen.
- Dem hohen Burnout-Risiko müssen sich die Mitarbeiter des MRV stets bewusst sein und durch gezielte Psychohygiene, Supervision, Teilanahme an Tagungen, Fort- und Weiterbildungen und entlastende Freizeitgestaltungen entgegenwirken.

### 2.3.5 Die Behandlung im Maßregelvollzug

Der Maßregelvollzug hat die Aufgabe der Besserung und Sicherung. Die Ziele der Behandlung in einer solchen Einrichtung werden gesetzlich in den §§ 136 und 137 StGB verankert. Demnach soll der Zustand des Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses nach ärztlichen Gesichtspunkten soweit gebessert werden, dass keine Gefahr mehr von ihm ausgeht. Gemäß der gesetzlichen Grundlage soll neben der Heilung des Hanges auch die Fehlhaltung des Patienten einer Entziehungsanstalt korrigiert werden. Somit wird in erster Linie eine therapeutische Behandlung, und in zweiter Linie die Sicherung des Patienten zum Schutz der Allgemeinheit verordnet.

„Die Maßregelvollzugseinrichtungen formulieren ihre Behandlungsziele natürlich spezifischer und realistischer. So würde die therapeutische Zielsetzung bei der Unterbringung gemäß § 63 StGB etwa lauten, dass die psychische Erkrankung oder Störung so weit wie möglich gebessert werden soll, dass der Untergebrachte aber auch lernt, mit seiner Erkrankung oder Störung umzugehen und trotzdem ein sozial eingegliedertes, subjektiv befriedigendes und straftatenfreies Leben führen kann. Für die Unterbringung gemäß § 64 StGB wäre das Behandlungsziel zufriedene Abstinenz, soziale Eingliederung und ein Leben ohne Straftaten.“ (Schaumburg, 2010, S. 81)

#### § 67d Abs. 2, Dauer der Unterbringung

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

Abb. 6: § 67d Abs. 2 StGB, Dauer der Unterbringung

Zwar ist aufgrund der unterschiedlichen Landesgesetze das Therapieprogramm von Klinik zu Klinik verschieden, die Grundzüge der Behandlung der Störungsbilder und Patientengruppen sind jedoch sehr ähnlich. Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein verfügen über eigene Maßregelvollzugsgesetze. Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Berlin, Bremen, Sachsen und Thüringen adaptierten ihre Psychisch-Kranken-Gesetze und verfügen damit über keine eigenen Maßregelvollzugsgesetze. Die Sammlung dieser Werke sind bei Volckart & Grünbaum (2009) im Anhang zu finden.

### 2.3.5.1 Der therapeutische Verlauf einer Maßregelvollzugsbehandlung

Nach Schmidt-Quernheim (2008, S. 94) sollen folgende *Ziele* erreicht und *Problemfelder* bearbeitet werden:

- Verbesserung der spezifischen Psychopathologie
- Erhöhung psychosozialer Kompetenzen
- Bearbeitung der Aggressionsproblematik, meist in Folge langandauernder dissozialer Entwicklungen
- Behandlung komorbider Persönlichkeitsstörungen und/oder Substanzabhängigkeit nach Remission der akuten Symptomatik wie etwa bei schizophrenen Erkrankungen
- Tatauseinandersetzung/Deliktbearbeitung als Fokus der gesamten Behandlung
- Befähigung zu Empathie, Herstellung von Verantwortungsübernahme
- Reduzierung, Neutralisierung und Eliminierung jener Merkmale, die zu Delinquenz führen können.

Müller-Isberner & Eucker (2009, S. 41 ff.) gliedern die Behandlung in die Abschnitte Diagnostik und Therapieplanung“, „Behandlung“, „Wiedereingliederung“ und „Nachbetreuung“, und beschreiben diese wie folgt:

- Im Rahmen der *Diagnostik und Therapieplanung* steht die Suche nach allen möglicherweise relevanten kriminogenen Merkmalen, der klinischen Hauptdiagnose und möglichen dissozialen Persönlichkeitsanteilen, physischen und psychischen Abhängigkeitsmuster oder Begabungsmängeln im Vordergrund. Zur Informationsaufnahme sollen alle erreichbaren Quellen ausgeschöpft werden. Aufgrund der gefundenen kriminogenen Merkmale wird ein Gesamttherapieplan erstellt. Ein individuelles Delinquenzmodell mit einer Hypothesenbildung zur Korrelation von Störung und Delinquenz soll am Ende dieses Planungsprozesses stehen. Aufgrund dieser gesammelten Informationen wird der Patient auf eine geeignete Therapiestation verlegt.
- Der Abschnitt der *Behandlung* beginnt mit der Herstellung der Therapiefähigkeit des Patienten. Damit das gelingen kann, müssen die für den Behandler und die Mitpatienten gefährlichen Verhaltensweisen abgebaut, ein therapeutisches Bündnis zwischen MRV-

Klinik und Patient hergestellt, Gruppenfähigkeit geschaffen und eine akute psychotische Symptomatik zurückgedrängt werden.

Auf die genaue Ausgestaltung der Behandlung wird nach dem Wiedereingliederungs- und Nachbetreuungsabschnitt weiter unten eingegangen.

- Nach positiver Risikoeinschätzung und diversen Lockerungen infolge des fortgeschrittenen Therapiestatus des Patienten kommt es zur Entlassung und *Wiedereingliederung* des Patienten. Dabei wird er aber nicht in ein selbst gewähltes Umfeld entlassen. Die Entlassungsvorbereitungen haben daraufhinzuwirken, dass ein stress- und verführungsarmer Entlassungsraum erstellt wird und professionelle Hilfen sofort verfügbar sind. Der Behandlungserfolg wird dabei durch folgende Merkmale stabilisiert: qualifizierte Betreuung, Akzeptanz der Nachbetreuung, befriedigende Wohnverhältnisse, hinreichender Lebensunterhalt, stabilisierende Bezugspersonen, Beschäftigung, Tagesstrukturierung, Zufriedenheit mit der Lebenssituation und Rauschmittelkontrolle.
- Die *Nachbetreuung* – oder Nachsorge - wird auch als ambulante Kriminaltherapie gesehen und kann als Case Management verstanden werden. Neben forensisch-kriminologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Inhalten sind auch pflegerische und sozialarbeiterische Interventionen gefordert. Forensische Nachsorge sichert mit Einzelsprechstunden, Einzel- und Gruppentherapien, Hausbesuchen, Arbeitsplatzbetreuung, medikamentöser Behandlung und soziotherapeutischen Aktivitäten eine sehr wichtiges Feld der Justiz. Dabei ist es von großer Wertigkeit, dass eine ständige Risikoeinschätzung im Fokus ambulanter forensischer Hilfe steht.

Die genaue gesamtheitliche Ausgestaltung der Therapie unterliegt im Maßregelvollzug einem Stufenplan, der sich auf einen Behandlungsplan stützt.

„Mit dem Konzept der Stufenpläne hat man ursprünglich versucht, den therapeutischen Fortschritt durch Stufung in größere Freizügigkeiten zu belohnen und so den Patienten zur Mitarbeit bei der Behandlung zu motivieren. Stufenpläne haben mittlerweile eine solche Selbstverständlichkeit erreicht, dass selbst über die einzelnen Stufen, die im Laufe einer Unterbringung zu durchschreiten sind, kaum noch Dissens herrscht. [...] Lockerungen sollen jedoch vor allem einen therapeutischen Zweck haben. Sie dienen neben der Motivation des Patienten der Erprobung von gewachsener Autonomie, vermehrter Selbstverantwortung und erlernten prosozialen Verhaltensstrategien, der Konfrontation mit neuen, lebensnäheren Konfliktfeldern und der Bewährungserprobung von Copingstrategien in einem zunehmend weniger sicheren Schutzraum.“ (Nedopil, 2007, S. 305)

Wie von Schmidt-Quernheim (2008, S. 99 f.) dargestellt, sind in der Praxis der stationären Behandlung hinsichtlich der Organisation auf der Stationsebene das Modell des Stufenkonzepts und das Wohngruppenmodell existent. Während die Ausweitung der Lockerung und das Verlegen in die nächste Stufe auch einen Stationswechsel mit sich ziehen,

bleiben die Patienten des Wohngruppenmodells von Anfang bis zum Ende der Therapie in derselben Wohngruppe. „In der Praxis finden sich recht unterschiedliche Realisierungen dieser Organisationsformen, wobei <<reine>> Stufenkonzepte kaum noch anzutreffen sind. Übrig geblieben sind meist eine grobe Unterscheidung in <<Aufnahme – Behandlung - Rehabilitation>> oder <<(hoch) gesichert – geschlossen – (halb) offen>>.“ (ebd. S100).

Wie schon erwähnt, werden die Patienten des Maßregelvollzugs dabei in relativ homogenen Gruppen bspw. hinsichtlich ihrer Störungssymptomatik, Therapiewillig- und -fähigkeit und anderen Faktoren untergebracht.

Fortschritte in der Therapie werden mit einer „Hochstufung“ und damit verbundenen weiteren Privilegien, Aufgaben und Lockerungen honoriert. Als Maßstab für diese Entscheidungen wird ein Behandlungsplan notwendig, der als Wegweiser für den therapeutischen Gestaltungsprozess dienen soll.

Nach etwa sechs Wochen nach Aufnahme des Patienten erfolgt die Erstellung eines *Behandlungsplans*, nach dem der Patient im Laufe seiner Unterbringung behandelt werden soll. Infolge dieses Konzepts – dessen Überprüfung in einem Turnus von drei bis sechs Monaten erfolgen soll - werden aus vorhandenen Defiziten und Stärken des Patienten Teilziele und zielführende Maßnahmen gebildet. (vgl. Schaumburg, 2010, S. 85) „Der Behandlungsplan bedarf nicht der Zustimmung des Patienten. Die eingehende Erörterung mit dem Patienten ist jedoch ein wichtiges therapeutisches Instrument.“ (Schmidt-Quernheim, 2008, S. 103) Als Säulen des Behandlungsplans werden die Behandlungskonferenzen gesehen. Dabei erstellen alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen eine detaillierte Analyse, sodass eine fundierte Prozessdiagnostik und eine laufende Evaluation der behandlungsbegründeten Hypothesen geleistet werden können. (vgl. Schmidt-Quernheim, 2008, S. 104)

---

### **2.3.5.2 Ein kurzer Exkurs zur Verdeutlichung des Stufenplankonzepts**

Der folgende Stufenplan - basierend auf Mitschriften aus einer Praktikumszeit in der Forensischen Psychiatrie des St. Georgs Leipzig (§ 64 StGB) aus dem Jahre 2010 –soll den Vollzugsrahmen der Therapie in der Forensik verdeutlichen:

*Die Orientierungsstufe:* Die Dauer dieser Stufe beträgt mindestens 12 Wochen. Es finden Aufnahmediagnostik und Motivationsbehandlung statt. Der benötigte Behandlungsplan wird mit dem Patienten erarbeitet. Ab Beginn der siebten Woche ist einmal wöchentlich Besuch

unter Aufsicht möglich. Der Besuch besteht nur aus den nächststehenden Angehörigen. Die Freizeitgestaltung vollzieht sich nur im Stationsbereich. Nach vier Wochen im stationären Bereich erfolgt die „Initiale Behandlungskonferenz“. Eine solche Behandlungskonferenz besteht aus der teaminternen Besprechung über Fortschritte, Motivationslage und Defizite des Patienten. Nach dieser Besprechung werden die aktuellen Anliegen direkt mit dem Patienten besprochen. Nach 12 Wochen und damit nach der Initialen Behandlungskonferenz wird eine weitere Behandlungskonferenz ohne Antrag des Patienten einberufen. Dabei fällt die erste Entscheidung: Verlängerung der Orientierungsstufe oder Weiterstufung in die Intensivstufe. Nach dritter Prüfung der Therapiemotivation ohne zureichende Aussicht auf Erfolg wird der Abbruch der Therapie empfohlen.

*Die Intensivstufe:* Wurde der Patient aus der Orientierungsstufe in die Intensivstufe gestuft, so kann er Freizeit- und Therapiemöglichkeiten im Klinikgelände stations- und hausübergreifend nutzen. Besuch ist in der Regel einmal wöchentlich auf Antrag möglich. Dazu gehören Verwandte und Personen, die die Behandlung nicht behindern. In der Intensivstufe erfolgt dann die therapeutische Bearbeitung des Suchtverlaufs, die Straftatbearbeitung, der heiße Stuhl und die Erstellung eines ersten Rehabilitationsplans. Im Rahmen einer weiteren Behandlungskonferenz zieht der Patient nach 12 Wochen eine Zwischenbilanz zum Therapiefortschritt. Dies erfolgt spätestens auf Antrag des Patienten. Nachdem das süchtige und delinquente Verhalten des Patienten während dieser Phase genügend psychotherapeutisch aufgearbeitet wurde, wird der Behandlungsplan weiterentwickelt. Am Ende dieser Stufe wird wieder darüber entschieden, ob der Patient weitergestuft wird. Sind alle Kriterien erfüllt, befindet sich der Patient von da an in der Erprobungsstufe.

*Die Erprobungsstufe:* Die mindestens 12-wöchige Erprobungsstufe besteht aus drei Stufen: ES1, ES2 und ES3. Die Besuchsdurchführung entspricht der Intensivstufe. Weiterstufungsanträge bedürfen einer ausführlichen schriftlichen Begründung. Anhörungen des Patienten können durchgeführt werden. In dieser Phase wird der Rehabilitationsplan weiter bearbeitet und konkretisiert. Wichtigstes Merkmal der Stufe sind die begleitenden Ausgänge.

In der Erprobungsstufe 2 (ES2) werden die Ausgänge auf zwei Stunden täglich ohne Begleitung erweitert. Ausgang bis zu sechs Stunden erhält der Patient in der Erprobungsstufe 3. Während dieser Zeit erfolgt die erste Kontaktaufnahme zu einer Suchtgruppe, an der der Patient in der Regel einmal wöchentlich teilnehmen soll. Auf Antrag des Patienten erfolgt am Ende dieser Stufe eine weitere Behandlungskonferenz.

*Die Integrationsstufe:* Erfolgt die Weiterstufung in diese Stufe, beginnt die Umsetzung konkreter Rehabilitationsmaßnahmen, wie bspw. in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit, Nachsorge, etc.. Die weitere Einbindung in das therapeutische Setting der Klinik durch Einzel- und Gruppengesprächen wird unter Berücksichtigung des Ablöseprozesses erfolgen. Auch die mindestens 18-wöchige Integrationsstufe besteht aus drei Stufen: IG1, IG2 und IG3. Während der IG1 hat der Patient bis zu sechs Stunden Ausgang. Tagesausgänge sind möglich. Wöchentlich soll nach Antragsstellung des Patienten der Wechsel in den halboffenen Wohnbereich erfolgen. Die klinikgebundenen Beschäftigungs- und Therapieangebote werden eingeschränkt. Die Gründe dafür sind die Möglichkeit zu externen Praktika und der Intensivierung der individuellen Bemühungen zur Schaffung eines tagesstrukturierenden Umfeldes. Am Ende der IG1 steht auch hier im Zuge einer Weiterstufung nach Antragsstellung des Patienten eine Behandlungskonferenz.

Während der IG2 werden die Rehabilitationsmaßnahmen weitergeführt. Es wird zur Bewährungshilfe Kontakt aufgenommen. Auch besteht die Möglichkeit einer Arbeitsaufnahme. Beurlaubungen sind mit bis zu zwei Übernachtungen möglich. Das arbeitstherapeutische Angebot endet. Nach ca. acht Wochen erfolgt dann auf Antrag des Patienten unter Einladung aller an der Nachsorge beteiligten Partner eine Behandlungskonferenz. Diese soll frühestens 12 Wochen vor dem gerichtlich benannten Prüfungstermin zur voraussichtlichen Entlassung erfolgen. Ist der Nachsorgevertrag erarbeitet, so erfolgt die Weiterstufung in die Rehasstufe.

*Die Rehabilitationsstufe:* Die mindestens 6-wöchige Rehabilitationsstufe soll durch den schrittweisen Eintritt auf die nach der Entlassung vorliegenden Lebensverhältnissen vorbereiten. Wird der Patient in seinem Lebensraum entlassen, erfolgt die Entlassung aus der Klinik. Diese ist mit der Nachsorge durch die Forensische Institutsambulanz gekoppelt.

Während der Nachsorge in der forensischen Institutsambulanz verbleiben weiterhin einzel- und gruppentherapeutische Betreuung, sozialtherapeutische Begleitung, Kontrolle der Abstinenz, Hausbesuche und Kriseninterventionen.

### **2.3.5.3 Die drei grundsätzlichen Behandlungsmöglichkeiten: Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie**

Die Therapie der Delinquenz wird jedoch in allen Ländern mit Hilfe der allgemein-psychiatrischen Methoden zur Besserung der psychischen Störung erreicht. Diese können in folgende Obergruppen zusammengefasst werden: Pharmakotherapie, Psychotherapie und psychosoziale Therapie.

#### Pharmakotherapie

Die Pharmakotherapie spielt besonders bei Patienten mit psychotischen und affektiven Erkrankungen eine große Rolle. Sie wird aber auch bei Persönlichkeitsstörungen und der Behandlung von Sexualstraftätern unterstützend eingesetzt. „In der Langzeitbehandlung haben die atypischen Neuroleptika mittlerweile ihren festen Platz [...]. Aber auch hier sind dem Einsatz der Atypika durch Compliance-Probleme Grenzen gesetzt. [...] Ein regelmäßiges, engmaschiges drug-monitoring ist zur Überprüfung der Compliance und zur Optimierung der Einstellung unerlässlich.“ (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 61) Zur weiteren Beeinflussung der Stimmung des Patienten können neben Tranquillizier und Phasenprophylaktika auch Antidepressiva eingesetzt werden. Nedopil (2009, S. 53 ff.) weist darauf hin, dass eine Psychopharmakotherapie nur stattfinden darf, wenn der Patient über die Behandlung aufgeklärt wurde und er einwilligungsfähig ist. Rabe (2008, S. 145 ff.) erklärt den Zusammenhang von Zwangskontext und Behandlung ähnlich:

„Obwohl ausdrücklich im § 63 StGB auch die Besserung als Ziel genannt ist, folgt daraus nicht, dass eine für indiziert gehaltene Behandlung auch ohne Einwilligung durchgeführt werden kann, es sei denn, es bestehen noch näher auszuführende Gefährdungsaspekte. [...] Jeder ärztliche Eingriff, ob diagnostisch oder therapeutisch, erfüllt den Strafbestand der Körperverletzung, es sei denn, es bestehen Rechtfertigungsgründe in Form einer Einwilligung des Patienten, oder eine mutmaßliche Einwilligung bei Bewusstlosen bzw. ein rechtfertigender Notstand ist gegeben. [...] Die einzelnen Ländergesetze räumen den Maßregelvollzugseinrichtungen zwar scheinbar unterschiedliche Spielräume ein, lösen aber nicht die rechtliche Grundfrage, ob ein ungünstiger Krankheitsverlauf auf Grund fehlender bzw. verweigerter medikamentöser Behandlung eine zwangsweise Behandlung legitimiert.“

In jedem Fall ist klar, dass es für Dissozialität oder Kriminalität keine spezifischen Medikamente gibt. Die Psychopharmakotherapie wird in erster Linie aufgrund einer psychiatrischen Diagnose im Hinblick auf eine psychopathologischen Störungsregulation eingesetzt. Diese Therapieform hilft aber auch, gewissen Symptomen - wie bspw. der erhöhten Erregbarkeit, Anspannung, Impulsivität oder Unruhe – entgegenzuwirken. Davon kann dann eine Psychotherapie mit profitieren.

## Psychotherapie

Die Psychotherapie in Form von Einzel- und Gruppengesprächen spielt im MRV eine sehr wichtige Rolle. „Da viele Patienten im Maßregelvollzug von ihrer intellektuellen Begabung her an der unteren Grenze des Normbereichs liegen und über eher wenig Introspektionsfähigkeit und die Fähigkeit, über sich selbst zu sprechen, verfügen, müssen die psychotherapeutischen Maßnahmen diesen Voraussetzungen angepasst werden.“ (Schaumburg, 2010, S. 83) Zwar wird die störungsspezifische psychotherapeutische Behandlung nur von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, da jedoch die therapeutische Arbeit des Maßregelvollzugs in einem multiprofessionellen Team meist nahtlos ineinander übergeht, ist es nicht leicht, rein psychotherapeutische Behandlungsmethoden von den anderen zu trennen. Als Zentrum der psychotherapeutischen Behandlung kann die Analyse des bisherigen rechtswidrigen Verhaltens, dessen Gründe und Entwicklung sowie die Erarbeitung von Copingstrategien im Rahmen des Rückfallvermeidungsansatzes für ein straffreies Leben außerhalb der Klinik gesehen werden. Müller-Isberner & Eucker (2009, S. 70 f.) unterscheiden dabei bspw. zwischen der traditionellen verhaltenstherapeutischen Methode, die den Prinzipien des operanten und klassischen Konditionierens folgt, und der kognitiv-behavioralen Methode, die in Verbindung mit gezielten kognitiven Prozessen auf den Aufbau von Verhaltensfertigkeiten abzielt. Bei letzterem werden noch genannt: das Training sozialer Fertigkeiten, die Beleuchtung der Entscheidungsmatrix im Sinne des Abwägens und Folgens von straffälligen Verhalten, Erstellung von Problemlösungsansätzen, Deliktbearbeitung und -analyse, Identifikation und Modifikation eines risikoreichen Lebensstils, Reflexion von Einstellungen und Haltungen, Information und Auseinandersetzung mit Opferfolgen, Dilemmadiskussionen zur Förderung der Werteentwicklung, das Training lebenspraktischer Fertigkeiten und Verfahren zur Ärger- und Aggressionregulation.

„In Gruppen nach einem festen Programm durchgeführte Therapiemaßnahmen wie Anti-Aggressions-Training, Selbstbehauptungstraining oder Training sozialer Kompetenzen markieren den Übergang von der Psycho- zur Soziotherapie. Dasselbe gilt für kunst-, musik-, bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen.“ (Schaumburg, 2010, S. 83 f.)

## Soziotherapie

Als elementare Säule des therapeutischen Maßregelns wird die Soziotherapie verstanden. Sie setzt sich aus diversen direkten und indirekten therapeutischen Angeboten zusammen. Von großer Bedeutung ist das allgemeine Grundgerüst der Unterbringung bzw. der Behandlung: die Tagesstrukturierung. Ein verlässlicher Tages- und Wochenplan mit geregelten Weck-, Therapie-, Mahl- und Ruhezeiten sollen eine gewisse Normalität in den Alltag der Patienten bringen. Müller-Isberner & Eucker (2009, S. 63) empfehlen aber auch „Therapieferien“, in denen das therapeutische Angebot minimiert wird, und verbinden solche Routinen auch mit einer Erhöhung der Handlungssicherheit der Mitarbeiter. Im Bereich der soziotherapeutischen Verfahren dürfen aber die sozialadministrativen Aufgaben der Sozialarbeit, die Sport- und Bewegungstherapie, Maßnahmen zur Freizeitgestaltung und Arbeits- und Bildungsmaßnahmen nicht außer Acht gelassen werden.

Auch im MRV greift die klassische Sozialarbeit.. Hilfe wird in Form von psychosozialer Diagnostik und Therapieplanung, psychosozialer Beratung und Einzelfallhilfe, den sozialadministrativen Aufgaben – wie bspw. die Sicherung und Verwaltung der sozioökonomischen Situation des Patienten -, der sozialpädagogischen Gruppenarbeit und der Kooperation und Koordination im Rahmen der Rehabilitation geleistet.

Die Sport- und Bewegungstherapie dient nicht nur der allgemeinen Aktivierung, der Gesundheitsförderung, Förderung sozialer Kompetenzen und Selbstwahrnehmung sowie Affektstabilisierung. (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 69) Auch den negativen Wirkungen des Freiheitsentzuges werden damit Abhilfe geleistet.

Im Rahmen der Förderung sinnvoller Freizeitgestaltung sollen die Patienten lernen, freie Zeit angemessen zu nutzen. Im Fokus dieser Maßnahme – welche bspw. Einkaufsfahrten, Kinobesuche, Besuche von Sportveranstaltungen und kulturellen Einrichtungen sowie Spaziergänge und Treffen von Verwandten organisiert - stehen die Entwicklung und Förderung von Hobbies, persönlichen Interessen, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und eine Steigerung der Toleranz gegenüber Langeweile. (ebd. S. 69)

Einen ebenfalls hohen Stellenwert in der Maßregelvollzugsbehandlung hat die Ergotherapie.

„Mit den verschiedenen Formen der Ergotherapie (Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Belastungserprobung; Sporttherapie, Musiktherapie) können Grundleistungen (Ausdauer, Belastbarkeit, Zeiteinteilung, Konzentrationsfähigkeit etc.), soziale Funktionen (Initiative, Selbstvertrauen, Verantwortung) und geistige Funktionen (Sprachlogik, numerisches Verständnis, Abstraktionsfähigkeit) beeinflusst werden.“ (Kammeier, 2010, S. 119)

Eine gewisse Normalität des Alltags soll so verstärkt werden. Je weiter die Therapie fortgeschritten ist, desto mehr nimmt die Arbeitstherapie den Charakter einer Arbeitserprobung ein. (vgl. Schaumburg, 2010, S. 84)

„Dies beinhaltet die Förderung von planerischen Denken, Ausdauer, Misserfolgstoleranz, Ordnungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Sorgfalt, Verantwortung, kritischer Kontrolle, Teamfähigkeit und anderer arbeitstechnisch relevanter Schlüsselqualifikationen. Unübersehbar vermittelt Arbeitstherapie damit Fähigkeiten, deren Mangel als kriminogen identifiziert wurde, wie z. B. Mangel an sozialen und zwischenmenschlichen Fertigkeiten, Unfähigkeit zu planen und konzeptionell zu handeln, Schwierigkeiten vorherzusehen und zu umgehen.“ (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 66)

Diese Defizite finden unter anderem ihren Ursprung in der fehlenden abgeschlossenen Berufsausbildung und der damit einhergehenden prekären allgemeinen Schulbildung. Auf die aktuelle Situation und die Förderung dieses Bereiches soll in den folgenden Kapiteln näher eingegangen werden.

### **3 Kriminalität: Abweichendes Verhalten als Reaktion auf Bildungsmangel**

Im Jahre 1988 fasste Leygraf die Ergebnisse seiner Untersuchung von mehr als 80 % aller in der BRD untergebrachten Patienten gemäß § 63 StGB in dem Buch „Psychisch kranke Straftäter“ zusammen. Bei dieser erstmaligen empirisch fundierten Übersicht über die Situation der psychiatrischen Maßregel wurden neben den psychiatrischen Befunden auch die spezifischen Besonderheiten von sozialer Herkunft, Biographie und Krankheitsvorgeschichte erfasst. Dieses Werk gilt als eines der Standardwerke und soll für die vorliegende Studie als „Basis-Referenz“ dienen. Weitere aktuellere Erkenntnisse aus diversen anderen Studien sollen diese Grundlage ergänzen und damit den aktuellen Trend der pädagogischen Therapie in der Forensik der letzten Jahrzehnte verdeutlichen.

Leygraf (1988, S. 32 ff.) führt auf, dass mehr als 55 % der Patienten unterhalb des Hauptschulabschlusses liegen und nur rund ein Viertel über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt. Das Bildungsniveau ist damit noch geringer als das der nicht psychisch kranken Straftäter in den Justizvollzugsanstalten.

Kriminalität lässt sich natürlich nicht monokausal erklären und somit erhebt die vorliegende Arbeit auch nicht den Anspruch, Entstehung und Prävention von Delinquenz über ein einfaches Ursachen-Wirkungs-Schema erklären zu wollen. Die Rolle der Pädagogik in Prävention und Therapie gilt es jedoch markanter zu unterstreichen, als es bis jetzt in der wissenschaftlichen Literatur zum MRV getan wurde. Im Folgenden sollen daher verschiedene sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze für kriminelles Verhalten aufgeführt und mit der Bedeutung von Bildung verknüpft werden.

Die Straftäter und deren Taten werden in unserer heutigen Zeit so betrachtet, als lägen sie außerhalb der Gesellschaft. Die Medien unterstützen diese Haltung nicht nur, sie generieren mit der übersteuerten Beschreibung eines – für sie abnormalen - Einzelfalls einen beschränkten Blick auf diese Problematik. Zur Abschreckung und als „gerechte“ Strafe werden immer längere Freiheitsstrafen und utopische Sicherungsmöglichkeiten gefordert. Dass dieses Denken an dem eigentlichen Problem völlig vorbei geht, zeigen die steigenden Unterbringungszahlen. Positive Folgen dieser Abschreckungspolitik und auch die notwendige Bekämpfung der Ursachen für delinquentes Verhalten bleiben aus. Diese verschrienen Einzelfälle befinden sich nämlich mit ihrem pathologischen Hintergrund komplett im gesellschaftlichen Kontext. Ein besseres Verständnis der folgenden Sozialisationstheorien würde abweichendes Verhalten

nicht nur als pathologischen Einzelfall abstempeln, sondern womöglich auch die lautgewordenen Forderungen nach hoch gesicherten Vollzugseinrichtungen eindämmen.

Dieser Abschnitt stützt sich weitgehend auf die Autoren Lamnek (2007) und Kunz (2004), die in ihren Werken einen weitreichenden Überblick über die Theorien abweichenden Verhaltens und die Kriminologie darstellen.

Die von Durkheim eingeführte und unter anderem von Merton weiterentwickelte *Anomietheorie* erklärt in ihrer Grundlage, dass „Dauerhaftigkeit und ‚Intimität‘ der Beziehungen der Gesellschaftsmitglieder untereinander nur noch unzureichend sind, so dass sich daraus kein gemeinsames Regelsystem entwickeln kann.“ (vgl. Lamnek, 2007, S. 111) Der Mensch besitzt keine natürlichen Grenzen seiner Bedürfnisse, sodass er sich in einem permanent unbefriedigten Zustand befindet, wobei die vorhandenen Mittel nicht zur Befriedigung dieser Bedürfnisse ausreichen. Durch die Gesellschaft ist der Einzelne in einem sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontext eingebunden, wodurch eine moralische Macht diese übersteigerten Bedürfnisse und Wünsche anpasst, sodass der unbefriedigende Zustand gemildert wird. Gerät die Gesellschaft in eine Krise, oder wandelt sich in einem störenden Maße, so ist sie vorübergehend handlungsunfähig. Die Normanpassung der menschlichen Bedürfnisse ist in ihrer Funktion eingeschränkt. Als Krisen werden wirtschaftliche Zusammenbrüche oder große Prosperität gesehen, die zu sozialen Deklassierungen ganzer Gruppen führen können. Es entsteht eine Schwächung des Kollektivbewusstseins und damit eine Unfähigkeit sich an die neuen, eingeschränkten Bedingungen anzupassen und auch Unsicherheit über das Wissen, was gerecht und was ungerecht ist oder welche Ansprüche legitim oder maßlos sind. Durkheim sieht Kriminalität als einen sozialen Tatbestand, der nur durch soziale Tatsachen erklärbar ist und nicht nur auf biologische und psychologische Erklärungsmuster reduziert werden kann.

Merton entwickelte die Überlegungen Durkheims fort und erläuterte, dass sich die Gesellschaftsmitglieder in unterschiedlicher Weise an den anomischen Zustand anpassen. Es entstehen dabei unterschiedliche Typen (Innovator, Ritualist, Rebell und Rückzugstyp). Durch die ungleiche Verteilung legitimer Mittel zur Realisierung kulturell vorgegebener Ziele entsteht ein Verhaltensdruck, den die verschiedenen Typen in ebenso unterschiedliche Anpassungsformen umwandeln, sodass abweichende Verhaltensweisen entstehen. „Abweichendes Verhalten wie Suchtmittelkonsum ist somit eine individuelle Reaktion auf sozialstrukturelle Problemlagen, im familiären Nahbereich wie in der sozialen Stellung in der Gesellschaft (Zugang zu Ressourcen und deren Nutzung).“ (Gericke, 2008, S. 26)

*Cloward und Ohlin* modifizierten aus der Kritik heraus den Ansatz Durkheims. Im Zentrum

ihrer Chancenstrukturtheorie steht die Berücksichtigung der unterschiedlichen Verteilung sozialstruktureller Zugangschancen zu illegitimen Mitteln. Ober- Mittel- und Unterschichtsangehörige reagieren dabei verschieden. Aufgrund der höheren sozialstrukturellen Position verfügen die beiden oberen Schichten über einen weiteren Zugang zu bestimmten Ressourcen. Die Unterschicht unterliegt infolge ihres verminderten Zugangs zu legitimen Mitteln einem höheren Risiko, häufiger kriminell zu werden. Bevor es aber zu einer Ausführung eines illegitimen Mittels kommen kann, bedarf es im Rahmen der Zugangschancen-Struktur einer Lernstruktur. Werte und Fähigkeiten einer illegitimen Rolle muss sich der sich abweichend Verhaltende erst aneignen. Das geschieht in einer kriminellen Subkultur.

„Subkulturen sind nach *Cohen* [Herv. nicht im Original] kollektive Reaktionen auf Anpassungsprobleme, die aus gesellschaftlich ungleichen Lagen entstehen und für die eine bestehende Kultur keine zureichenden Lösungen zur Verfügung stellen kann bzw. stellt.“ (Lamnek, 2007, S. 157) Dabei unterscheidet Cohen sechs Arten delinquenter Subkultur: die männliche Basis-Subkultur, die konfliktorientierte Subkultur, die Subkultur der Rauschgiftsüchtigen, die des halbprofessionellen Diebstahl, die delinquente Mittelklasse-Subkultur und die weibliche delinquente Subkultur. In Verbindung mit der *Theorie der differentiellen Assoziation von Sutherland* wird deutlich, dass abweichendes Verhalten nach den gleichen Prinzipien wie legitimes bzw. konformes Verhalten erlernt wird. Dabei wird kriminelles Verhalten über die Interaktion mit anderen Personen in einem Kommunikationsprozess - und zwar hauptsächlich in intimen persönlichen Gruppen - erlernt. Personen werden dann delinquent, „wenn Gesetzesverletzungen begünstigende Einstellungen gegenüber den Einstellungen, die Gesetzesübertretungen negativ bewerten, überwiegen.“ (vgl. Lamnek, 2007, S. 198)

Der *Labeling Approach nach Trannenbaum und Becker* zeigt, dass es für den Einzelnen nicht einfach ist, aus seiner Subkultur herauszutreten, sofern er schon einmal hineingeraten ist. Der Etikettierungssatz „The young delinquent becomes bad, because he is defined as bad“ von Trannenbaum fasst in aller Kürze zusammen, dass die soziale Reaktion der Umwelt entscheidend für das Auftreten von abweichendem Verhalten, bzw. Delinquenz ist. Becker führt weiter auf, dass abweichendes Verhalten durch die Normsetzer definiert wird. Lamnek (2007, S. 234) zitiert Becker (1973, S. 161) wie folgt: „Die Etikettierung als abweichend setzt Mechanismen der self-fulfilling prophecy in Bewegung, die weitere Verhaltensweisen erwarten lassen, die als abweichend definiert sind bzw. als abweichend definiert werden. Über eine entscheidende Reduktion der konformen Handlungsmöglichkeiten durch nonkonforme Verhaltenserwartungen werden abweichende Karrieren initiiert.“

Abschließend darf *die Theorie der sozialen Bindungen von Hirschi* nicht ungenannt bleiben. „Für Hirschi [Herv. durch Verf.] liegt der Schlüssel der Delinquenz in der Stärke der sozialen Bindung und deren Einfluss auf die Umsetzung von abweichendem Verhalten.“ (Gericke, 2008, S. 27 f.) Der Autor führt dabei vier Variablen auf: attachment, achievement, involvement in conventional activities und belief in the moral validity of rules. „Attachment“ meint die emotionale Bindung an konkrete Bezugspersonen. Mit „commitment to achievement“ ist ein Verpflichtungsgefühl gegenüber dem bisher Erreichten gemeint. Dabei hilft eine Kosten-Nutzen-Entscheidung zur Ausführung der kriminellen Tat, da der legal erworbene Besitz durch eine kriminelle Aktivität gefährdet würde. Als dritte Variable nennt Kunz die „Einbindung in konventionelle Aktivitäten (*involvement in conventional*) [Herv. im Original] in Schule, Wehrdienst und Beruf, die für ‚dumme‘ Gedanken – und erst recht Taten – keine Zeit und Gelegenheit bietet.“ (Kunz, 2004, S. 165) In die Variable „belief in the moral validity of rules“ fasst Hirschi die persönliche Einstellung – besser: der Glaube an die Verbindlichkeit moralischer Wertvorstellungen – gegenüber Normen und Werten zusammen.

Da der kriminelle Akt als solcher zu oft aus den Augen verloren wird, haben Gottfredson und Hirschi den Ansatz der Theorie der sozialen Bindungen weiterentwickelt und unternehmen mit ihrem Werk „A General Theory of Crime“ den Versuch, „eine Theorie zu entwickeln, die ihrem Anspruch nach nicht nur Teilaspekte der Kriminalität beschreiben kann, sondern die Kriminalität in ihrer Ganzheit erfasst und erklärt.“ (vgl. Lamnek, 2008, S. 95) Von großer Bedeutung für diese Theorie ist die Selbstkontrolle. Diese Persönlichkeitsvariable entsteht durch ein Zusammenspiel von Veranlagung und Erziehung. Selbstkontrolle wird eingeübt, wenn das kindliche Verhalten beaufsichtigt und reguliert, d. h. bei abweichendem Verhalten effektiv sanktioniert wird. „Kriminalität ist eine Manifestation mangelnder Selbstkontrolle in Form der Überbetonung von Kurzzeitbefriedigung.“ (Lamnek, 2008, S. 118) Dabei muss Kriminalität nicht unbedingt als Folge mangelnder Selbstkontrolle eintreten, ihr werden aber hinreichende Voraussetzungen geliefert. In den Instanzen Familie, Schule, Beruf und Peers wird Belohnungsaufschub gelernt. Selbstkontrolle soll so internalisiert werden. Bleibt dies aus, so läuft der Mensch Gefahr, delinquent zu werden.

Übertragen auf das Thema Bildung würde das bedeuten:

Es gilt festzustellen, dass unsere Gesellschaft den Erwerb eines Sozialprestiges als ein kulturelles Ziel definiert. Wird ein Mensch jedoch in sozial instabilen Verhältnissen geboren, so ist er von diesem Ziel weiter entfernt als Personen aus einer höheren Schichtzugehörigkeit.

„Das Gefälle zwischen Ansprüchen und Möglichkeiten ist in der Unterschicht größer als in der Mittelschicht. Daher kommt es eher zu einer Positionsunzufriedenheit. Um bestimmte Erfolgsziele in der Gesamtgesellschaft zu erreichen, ist der Zugang zu legitimen Mitteln, nämlich eine gute

Ausbildung, notwendig. In der Unterschicht sind aber Schul- und Berufsausbildung unterbewertet. Dies hat zur Folge, dass der Zugang zu legitimen Mitteln begrenzt ist und es zu Anpassungsproblemen kommen kann.“ (Gerke, 2003, S. 19)

Zwar ist es auch für den „benachteiligten“ Menschen möglich, legitime Mittel wie harte Arbeit und Talente zu nutzen, sich mehr Anerkennung und einen höheren ökonomischen Status zu verdienen. In jedem Fall darf aber nicht negiert werden, dass aufgrund der ungleichen Ressourcenverteilung auf der Person ein höherer Verhaltensdruck lastet, die kulturell vorgegebenen Ziele zu erreichen. Sogar leistungsfähige Hauptschüler verlieren aufgrund fehlender Aufstiegsperspektiven ihre Lernmotivation. Somit erscheint es für einen Jugendlichen oftmals sehr lukrativ, ein zu geringes Taschengeld durch Raub oder Diebstahl aufzubessern und darüber zu mehr Ansehen zu kommen. Diese Tatsache ist natürlich – wie es Cloward und Ohlin in ihrer Chancenstrukturtheorie treffend beschreiben – vom Rahmen der Lernstruktur des Jugendlichen abhängig. Je tiefer die Person in einer problematischen Subkultur eingebunden ist, desto weniger entfernt ist das Erlernen krimineller Handlungen, Normen und Werte. Ist der Jugendliche auch noch in einer anderen haltgebenden sozialen Instanz wie der Familie weniger eingebunden, oder ist diese sogar von Problemen geprägt, so fehlt ihm eine wichtige Delinquenz verhindernde Stütze. Selbstkontrolle und Belohnungsaufschiebung können so weniger gut internalisiert werden. Veith (2008, S. 44 f.) versteht Bernstein (1959) wie folgt:

„Seiner Ansicht nach konnten Mittelschichtkinder den formalen schulischen Kommunikationspraktiken einfach besser folgen, weil sie in ihren Familien gelernt hätten, wie man sich *verbalsprachlich differenziert* verständigt und eigene Interessen artikuliert (Bernstein 1959). Die Kinder der Arbeiterklasse hingegen würden aus schulfernen Elternhäusern kommen und hätten im primären Sozialisationsprozess einen stark *gestikulierenden und expressiven Kommunikationsstil* verinnerlicht. Bei dieser Sprechweise würden die Arbeiterkinder spüren, dass ihre Art der Lebensführung beim schulischen Personal auf Unverständnis stößt und pädagogisch abgewertet wird. Die Kluft zwischen der schulischen und der familiären Lebenswelt sei dadurch so groß, dass Kinder aus einfachen Verhältnissen fast zwangsläufig scheitern müssten – und genau dadurch würden die sozialen Ungleichheitslagen reproduziert.“ (Veith, 2008, S. 44 f, Hervorhebungen im Original)

Die Instanz Schule muss deshalb mit qualifizierten Pädagogen versuchen, dieser Entwicklung entgegenwirken. Gerke (2003, S. 20) arbeitet aus Hurrelmanns (1997, S. 202) Jugendforschungswerk folgende Inhalte heraus, die die Wahrscheinlichkeit von Ausübung von Gewalt im schulischen Bereich begünstigen:

- Ungünstige Familienverhältnisse, wie gestörte Familienverhältnisse
- Ablehnung im Elternhaus, Armut, materielle und emotionale Deprivation
- Reduziertes Selbstwertgefühl und Leistungsversagen, wie Wiederholen der Klasse, Zurückstufung auf eine weniger qualifizierte Schule, Verfehlen des Schulabschlusses

- Durch Bildungsdefizite, insbesondere das Fehlen eines Schulabschlusses sind weitere Misserfolge für den beruflichen Werdegang oft schon vorprogrammiert
- Ablehnung schulischer Werte und Normen
- Integration in eine delinquente Jugendkultur

Diverse Studien (Schubarth, 2000; Melzer, Schubarth und Ehninger, 2004) zeigen das Ausmaß der Gewalt an verschiedenen Schulformen.

„Die höhere Belastung von Hauptschulen und auch Sonderschulen erklärt sich unter anderem auch dadurch, dass diese Schulen häufig in sozialen Brennpunkten liegen und Schüler aufweisen, die zu den >>Modernisierungsverlierern<< zählen und von den sozialen Chancen weitgehend abgekoppelt sind (Fuchs, Lamnek und Luedtke 2001, 48). Gemäß der Etikettierungstheorie fühlen sie sich als Versager, abgestempelt und ausgegrenzt.“ (Hurrelmann & Bründel, 2007, S. 93)

In einer Schulform, die von Gewalt, Beleidigungen und Ungehorsam gegenüber Autoritätspersonen geprägt ist, ist es für die Schüler sehr schwer, angemessene soziale Umgangsformen und produktive legale Bewältigungsstrategien für Konfliktsituationen zu erlernen. Abweichendes Verhalten erscheint somit als eine Art Flucht, und stabilisiert den gefährdeten Jugendlichen auf eine Art und Weise, die äußerst destruktiv sein kann. Durch das „Abrutschen“ in eine Risikogruppe - einer Peer-Group, die ähnliche Erziehungs- und Schulerfahrungen erlebt hat – wird ihnen eine Steigerung des Selbstwertgefühls und des sozialen Ansehens zuteil. Die gesellschaftlichen Normen verblassen, werden abgelehnt und möglicherweise sogar bekämpft. Neue Werte – wie bspw. Treue und Solidarität untereinander sowie Loyalität gegenüber der Gruppe - werden in diesen Gruppen und Banden gelehrt und gelernt. Das Ansehen und der Rang in der Gruppe bzw. der Status werden mit einer übersteigerten männlichen Haltung kombiniert. Dieses Bedürfnis definiert in Kombination mit der Gruppenzugehörigkeit ein neues, meist normwidriges Ziel für den Einzelnen. Zur Betäubung des Unterbewusstseins greifen viele zu Alkohol und illegalen Drogen.

Die in der Forensik untergebrachten Patienten sind somit in multidimensionaler Hinsicht benachteiligt und geschädigt. Sie leiden nicht nur unter einer psychischen Erkrankung, sondern haben häufig ein Suchtproblem und verfügen über schlechte Sozialisationsbedingungen. Leyraf (1988, S. 208) fand heraus, dass 49,5 % der Patienten aus Familienverhältnissen stammen, deren soziale Herkunft als „Untere Unterschicht und sozial Verachtete“ bezeichnet wird (Vergleichsgruppe, allg. Bevölkerung: 15 %). Schaumburg (2010, S. 67) bezeichnet die von Suchtproblemen, Überforderung, emotionaler Verwahrlosung, Schulproblemen und Heimunterbringungen geprägten familiären Verhältnisse auch als „Broken-Home-Situation“. Meist haben sie nie gelernt, mit schwierigen Situationen oder belastenden Lebensumstände kon-

struktiv umzugehen, sind aufgrund ihrer fehlenden Schul- und Berufsausbildung mit ihrer bisherigen Lebensführung innerlich höchst unzufrieden oder haben sogar eine resignative Haltung eingenommen.

Bogatzky (2009) stellt im Hinblick auf die Bildungsarbeit die Frage, wie uns dieses Wissen und die Sozialisationstheorien weiterhelfen können. Ihre Schlussfolgerung kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Dieses Wissen zeigt auf, mit welchen Defiziten zu rechnen ist, und woher die Defizite kommen.
- Die Entwicklung und Erweiterung der Sprachkompetenz ist ein wesentlicher Faktor für die Bildungsarbeit in der Forensik.
- Sozialisationsmängel können so aufgearbeitet und Bildungs- und Ausbildungsdefizite kompensiert werden.
- Im Auftrag der „Besserung“ muss dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, sein soziales Durchsetzungs- und Anpassungsvermögen zu entwickeln und zu erweitern.
- Mittel und Wege, die kulturell vorgegebenen Ziele zu erreichen, sollen vorgestellt werden.
- Als großes Ziel kann die individuelle Verbesserung der Lebenssituation des Patienten und die Vermeidung von Rückfallkriminalität definiert werden.

Die weiteren wesentlichen Ziele der Bildungsarbeit in der Forensik sowie deren aktuelle Situation und der Blick in die Zukunft sollen in einem folgenden Kapitel erläutert werden.

## 4 Formulierung der Fragestellung vor dem Hintergrund der theoretischen Diskussion

An dieser Stelle gilt es zu erwähnen, dass die schulische und berufliche Förderung in der Forensik lange Zeit keinerlei Beachtung erfahren hat. Volker Schwarz schilderte die Verhältnisse als er als erster Pädagoge vor 30 Jahren seine Arbeit in einer deutschen forensischen Klinik aufnahm als katastrophal. (Fritzsche, 2002) Diese Situation hat sich laut Aussagen des Bundesverbandes der Pädagogik in der Forensik (Maßregelvollzug) e. V. zwar gebessert. Die Lehrer und Pädagogen sind jedoch meist „Einzelkämpfer“ und müssen ihre Arbeit mit viel Energie immer wieder neu verteidigen. Mit einem Entgegenkommen in dem von Schwierigkeiten geprägten Arbeitsfeld der forensischen Psychiatrie können die Pädagogen leider nur selten rechnen.

Da sich wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Forensik meist mit medizinisch-psychiatrischen Themen befassen, gestaltet sich das meist veraltete Literaturrepertoire dementsprechend überschaubar. Die Bedeutung der schulischen und beruflichen Nachreife wird im Bereich der Resozialisierungsprozesse und Therapieprogramme sehr oft betont. Die Erwähnung dieser Sozialisationsdefizite verläuft jedoch mehr beiläufig. Der folgende Abschnitt soll anhand einer Auswahl wissenschaftlicher Standardwerke zum Maßregelvollzug die Ausführungen zum Thema Schul-, Aus- und Weiterbildung beschreiben und damit aufzeigen, wie begrenzt die Darstellungen dieses Themengebietes gehalten werden.

Schmidt-Quernheim (2008, S. 159) beschreibt in einem halbseitigen Abschnitt das Thema „Schule und pädagogische Maßnahmen“ in der forensischen Psychiatrie. Dabei verweist er auf die Ergebnisse der bundeslandspezifischen Untersuchung von Gretenkord aus dem Jahre 1990, auf einen sechsstufigen Erfahrungsbericht zum 25-jährigen Jubiläum des offenen Maßregelvollzugs von 1996 und auf eine bundesweite, alle Therapiebereiche betreffende Stichstagerhebung von Leygraf aus dem Jahre 1988.

„Wenn auch Bildung nicht vor Straffälligkeit schützt, so können doch Schule und Berufsausbildung das Risiko verringern helfen. Pädagogischen Maßnahmen kommt somit eine nicht unerhebliche rückfallpräventive Bedeutung zu (Gretenkord et al., 1990; Heinz et al., 1996). [...] Die Förderung schulischer Qualifikationen verbessert die Chancen einer sozialen Wiedereingliederung grundsätzlich auf zweierlei Weise:

1. Zielorientierte Wissensvermittlung
2. Förderung der Persönlichkeitsentwicklung.“ (Schmidt-Quernheim, 2008, S. 159)

Im Lehrbuch der forensischen Psychiatrie verweist Nedopil (2007) eher beiläufig an verschiedenen Stellen auf die Bedeutung der Bildung für die Therapie der Maßregelvollzugspatienten. Als prägnant können die beiden folgenden Stellen bewertet werden.

„Die Defizite, die bei einer Vielzahl von Maßregelvollzugspatienten festgestellt werden, ergeben sich jedoch nicht nur aus den Diagnosen. Sie umfassen darüber hinaus bei vielen *Patienten Entwicklungsrückstände*, Ausbildungsdefizite, Unfertigkeiten im Sozialverhalten [...] und in der Selbstwahrnehmung [...]. Die Defizite liegen somit auf unterschiedlichen Ebenen und machen eine differenzierte Behandlung und Aufarbeitung erforderlich. Die Behandlung forensischer Patienten muss daher ein wesentlich breiteres Angebot an psychagogischen, pädagogischen und sozial-educativen Maßnahmen in das therapeutische Konzept integrieren als Behandlungen von allgemeinspsychiatrischen Patienten.“ (Nedopil, 2007, S. 310, Hervorhebungen im Original)

Nedopil (2007, S. 315) zitiert bei Müller-Isberner (2004) verschiedene Formen spezialisierter Therapiekonzepte. Zum Einsatz in der forensisch-psychiatrischen Therapie sollen auch kognitives Training für Schizophrene, Ergotherapie zur beruflichen Rehabilitation und Bildungsmaßnahmen zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls und zur Verbesserung der beruflichen Chancen kommen. (vgl. Nedopil, 2007, S. 315) Ausführlicher auf die Bedeutung der Bildungsmaßnahmen im Rahmen der Maßregelvollzugsbehandlung gehen Müller-Isberner und Eucker (2009, S. 66 ff.) ein. Sie fordern im Hinblick auf die lange Verweildauer in der Forensik und dem hohen Anteil von unqualifizierten Patienten das Angebot einer Berufsausbildung, die dem Leistungsniveau der Patienten gerecht werden kann.

„Bildungsarbeit in der Forensik muss den besonderen Erfordernissen des Maßregelvollzugs Rechnung tragen. Sie kann sich nicht an dem primären Bildungsziel und –auftrag der öffentlichen Schulen – vorrangig abschlussbezogene Wissensvermittlung – orientieren, sondern erfüllt eine wesentlich komplexere Aufgabe. Übergeordneter Zweck ist neben der zielorientierten Kenntnisvermittlung ein Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung vor kriminalpräventivem Hintergrund. Die kriminalpräventive Effizienz von Bildungsarbeit ist empirisch nicht ausreichend belegt. Ausgearbeitete und wissenschaftlich fundierte forensisch-pädagogische Konzepte fehlen. Gleichwohl legt eine indirekte Evidenz diese Form der Intervention nahe, da der Zusammenhang zwischen Kriminalität und Bildungsmängeln belegt ist. Schule kann als Baustein im gesamttherapeutischen Netzwerk angesehen werden. Lehrkräfte steuern für die Gesamtbehandlung wichtige diagnose- und prognoserelevante Erkenntnisse bei, da sie im Zuge ihrer Tätigkeit viele Informationen über Lebensplanung, Sozialverhalten, Lern- und Arbeitsverhalten, Ausdauer und Belastbarkeit, Zuverlässigkeit und Stabilität/Instabilität, Frustrationstoleranz, Ausprägung der kognitiven Fähigkeiten sowie über die Frage der generellen Förderbarkeit und, damit in unmittelbarem Zusammenhang stehend, der sozialen Rehabilitation gewinnen. [...] Im Vordergrund stehen eine generelle Verbesserung der Resozialisierungsmöglichkeiten durch den Erwerb eines Schulabschlusses und/oder eine Berufsausbildung sowie die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten, die z. B. bei Minder- und Grenzbegabten die Mitwirkung am therapeutischen Prozess positiv beeinflussen können.“ (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 68)

Schaumburg (2010, S. 14 f.) betont ebenfalls den Einsatz von angemessenen Behandlungsmaßnahmen als Wiedereingliederungshilfe in die Gesellschaft und die Notwendigkeit der Anpassung der Lebensbedingungen im MRV an die allgemeinen Lebensbedingungen. Dabei geht die Autorin jedoch nur kurz auf das Thema ein und erläutert, dass bei dem Rechtsanspruch auf Bildung während der Therapiezeit unterschiedliche Landesgesetzmäßigkeiten existent sind, dem Patienten Möglichkeit aber in jedem Fall Gelegenheit zur schulischen und beruflichen Fortbildung gegeben werden soll. Die rechtlichen Grundlagen werden in Kapitel 7 nähere Erläuterung finden.

Vor diesem theoretischen Hintergrund soll das Ziel der vorliegenden empirischen Arbeit darin bestehen, den Bildungsweg, die Einstellung gegenüber Bildung und die Sozialisations-erfahrungen der Patienten des Maßregelvollzuges in diesem Kontext zu erfassen. Im Hinblick auf die begrenzte Zeitspanne einer Diplomarbeit muss sich diese wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Erfassung der Daten für das Bundesland Sachsen zum Zeitpunkt 2010/2011 begnügen.

Aufgrund kursierender, jedoch nicht wissenschaftlich bewiesener Meinungen innerhalb des Arbeitsgebietes der forensischen Psychiatrie in Sachsen soll sich die pädagogische Betreuung der Patienten äußerst minimal gestalten. Die erste Beurteilung dieser Gegebenheit erweckt somit den Eindruck, die pädagogische Nachreife der Patienten wird in diesem Bundesland als weniger wichtig eingeschätzt. Sofern sich der Bildungsstand der Patienten –wie es Leygraf 1988 und Henniecke 1997 erfassten – weiterhin so defizitär gestaltet, und zusätzlich noch eine Bildungsmotivation der untergebrachten Patienten vorherrschend ist, können aussagekräftige Zahlen zum Thema „Pädagogik in der Forensik“ einen Veränderungsdruck auf defizitäre manifeste Strukturen innerhalb des Klinikalltages ausüben und damit auch die Rolle der Pädagogen in der Forensik stärken.

Aus den Überlegungen zu diesem Thema entstehen folgende *Hypothesen*:

- Der Bildungsstand von Maßregelvollzugspatienten weist einen erheblichen Mangel an schulischer Bildung und beruflicher Qualifikation auf.
- Bei einem Großteil der Patienten ist eine Lese-Rechtschreib-Schwäche bekannt.
- Die bis zum Untersuchungszeitpunkt ausgeführten beruflichen Tätigkeiten der psychisch kranken Straftäter beschränkten sich größtenteils auf körperlich anstrengende Arbeiten.
- Die befragten Patienten weisen eine positive Motivationstendenz gegenüber Bildungsmöglichkeiten während des Klinikaufenthaltes vor.
- Die bisherigen Erlebnisse mit Mitschülern und Lehrern werden eher negativ bewertet.
- Die Einflussnahme der Familien der Patienten gestaltete sich während ihrer Schulzeit weniger positiv.
- Professionelle Helfer werden von einem Großteil der Patienten als Bezugspersonen während der Kindheit und Adoleszenz erwähnt.

Die Beschreibung der Forschungsfragen, die sich von diesen Hypothesen ableiten lassen, folgt in dem Kapitel „Methodik der empirischen Untersuchung“.

Lassen sich die Annahmen bestätigen, sollen im Anschluss des empirischen Teils dieser Arbeit die Ergebnisse mit einer rechtswissenschaftlichen Analyse und einer Gegenüberstellung der Ist- und Soll-Situation der pädagogischen Therapie innerhalb der Forensik in Sachsen verbunden werden, sodass daraus eine Handlungsempfehlung für das Arbeitsgebiet der pädagogischen Betreuung von Maßregelvollzugspatienten in Sachsen entstehen kann.

## 5 Methodik der empirischen Untersuchung

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit dem methodischen Vorgehen der empirischen Untersuchung. Dabei sollen neben der Planung und Vorgehensweise auch das Studiendesign mit der Konstruktion der Fragebögen, der Datenerhebungsmethode und die anschließende Datenauswertung Beachtung finden.

Zunächst lassen sich jedoch folgende Forschungsfragen von den Hypothesen ableiten.

- Über welchen Bildungsstand verfügen die Maßregelvollzugspatienten?
- Sind die Patienten des MRV mit ihrer Bildung zufrieden, bzw. würden Sie gerne einen nächsthöheren Schulabschluss anstreben?
- Wie motiviert sind psychisch kranke Straftäter, einen Schulabschluss während der Therapiezeit nachzuholen?
- Wie sehen die Bildungs- und Ausbildungswünsche der Patienten aus?
- Wie bewerteten die Patienten die Einflussnahme der Familie, Freunde und sonstigen Bezugspersonen auf ihr schulisches Lernverhalten und die Ausbildungswahl?

Die Forschungsfragen lassen sich beantworten, in dem folgende Informationen und Erkenntnisse eingeholt werden.

- Erfassung des Bildungsstandes durch Abfrage der Daten:  
Lese-Rechtschreib-Schwäche, Schulabschluss, zuletzt besuchter Schultyp, zuletzt besuchte Klasse, vergangene Zeit zwischen dem Befragungszeitpunkt und dem letzten Schulbesuch, Berufsausbildung, modulare Ausbildung (JVA), ausgeführte berufliche Tätigkeiten, Bildungs- und Hilfsangebote durch die Arbeitsagentur.
- Erfassung der Bildungsmotivation durch die Abfrage des Bildungswunsches (Schulabschluss), des Berufswunsches, der Aus- und Weiterbildungswünsche und der Motivation, einen Schulabschluss nachzuholen oder eine gewünschte Aus-/Weiterbildung anzustreben.
- Erfassung der Bildungswünsche während des Klinikaufenthaltes.
- Erfassung der Einstellung gegenüber Schule und dem Lernen.
- Qualitative Erfassung der Erlebnisse mit Mitschülern und Lehrer während der Schulzeit.

- Analyse des Einflusses der Familie, der Freunde und sonstigen Bezugspersonen auf das schulische Lernverhalten und den allgemeinen Bildungsweg.
- Analyse der intrinsischen und extrinsischen Motivation gegenüber Bildung.
- Erfassung der Entlassungsperspektive und Entlassungsprognose.

## 5.1 Planung und Vorgehensweise

Die Idee für die vorliegende Studie entstand während der Praktikumszeit in der Klinik für forensische Psychiatrie (KfP) des Städtischen Klinikums St. Georg Leipzig (§ 64 StGB). Da die Klinikleitung mit den Überlegungen spielte, eine gesonderte pädagogische Station im Rahmen einer Umstrukturierung der Klinik aufzubauen, erschien es notwendig, erst einmal den bestehenden Bedarf festzustellen. Das sollte in Form einer Erhebung passieren. Dessen Ausgestaltung war freigestellt.

Die Erhebung der Daten mittels Fragebogen und die Konstruktion dieses Forschungsinstrumentes erfolgten nach den wissenschaftlichen Kriterien, die in dem Lehrbuch von J. Rost (2004) beschrieben sind. Die Feinheiten der Konstruktion werden dabei in dem folgenden Unterkapitel näher erläutert. Der erste Fragebogenentwurf wurde im Dezember 2009 auf zwei Stationen der KfP St. Georg Leipzig vorgestellt. Via Overhead-Präsentation erfolgte während des Sozialtrainings eine Besprechung des Erhebungsinstrumentes. Die Patienten konnten so sofort Rückmeldung geben, bei welchen Fragen sie mit Verständnisproblemen zu kämpfen hatten. Die Erfassung dieser Informationen und weitere Anregungen im Rahmen dieses Gruppengesprächs flossen in den nächsten Entwurf des Fragebogens ein, der im nächsten Schritt noch einmal einem Patientenkreis von 22 Patienten vorgelegt wurde und nach erfolgreicher Prüfung dann auch das fertige Erhebungsinstrument für die Befragung aller Patienten der KfP des St. Georg Leipzig stellte. Dieses Vorgehen kann damit als eine Art Pretest gewertet werden. Im Rahmen dieses qualitätsverbessernden Vortests sollten so die aufeinander aufbauenden Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität positiv beeinflusst werden. Auf eine statistische Auswertung der Korrelationsmesswerte im Rahmen einer Test-Retest-Methode wurde und musste bewusst verzichtet werden. Stattdessen wurde die Möglichkeit des Dialogs zwischen Probanden und Testautor als Ressource gewertet. Aufgrund der Eindeutigkeit der Fragen und der gleichbleibenden Pretest-Gruppe, sowie deren wiederholtes – und deutlich verbessertes - Feedback zum Verständnis des Fragebogens konnte eine Gegenüberstellung von Messwerten ausbleiben.

Über den Sozialdienst der Klinik erfolgt im Januar 2010 die Verteilung der Fragebögen an alle Patienten. Die forensische Institutsambulanz wurde dabei ausgelassen. Nachdem mit der KfP des St. Georgs Leipzig der erste Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB erfasst wurde, folgte die Ausweitung der Erhebung auf alle forensisch-psychiatrischen Kliniken in ganz Sachsen. Neben dem Städt. Klinikum St. Georg Leipzig (§ 64 StGB) sind dabei das SKH Altscherbitz (§ 63 StGB), das SKH Arnsdorf (§ 63 StGB), das SKH Großschweidnitz (§ 64 StGB) und das SKH Rodewisch (§ 63 StGB) zu nennen.

Aufgrund des überwiegenden Anteils von Patienten, die nach § 63 StGB in Sachsen untergebracht sind, galt es den Fragebogen erneut anzupassen. Während bei den nach § 64 StGB unterbrachten psychisch kranken Rechtsbrechern die Resozialisierung in Folge einer erfolgreichen Therapie meist nach 2-3 Jahren bevorsteht, können bei einem Großteil der Patienten nach § 63 StGB keine verlässlichen Prognosen zum Entlassungszeitpunkt gestellt werden. Die Aufenthaltsdauer dieser Patienten kann somit einen zeitlich unbegrenzten oder meist einen längerfristigen Zeitraum (> 3 Jahre) umfassen. Die Patienten dieser forensisch-psychiatrischen Kliniksform weisen daher meist einen verhältnismäßig „schwereren“ Krankheitsverlauf auf. Dieses Wissen und der erhöhte Anteil von eher unterdurchschnittlich begabten und intelligenzgeminderten Patienten (siehe auch Schmidt-Quernheim, 2008, S. 152) beeinflusste das weitere methodische Vorgehen. Fragen des in Leipzig verwendeten Erhebungsinstruments, dessen Auswertung mit Problemen verbunden waren, wurden im Hinblick auf die mögliche Verständnisproblematik der Patienten nach § 63 StGB überarbeitet. Des Weiteren erfolgte eine Integration einer Evaluationsmöglichkeit für bestehende pädagogische Betreuung. Die dafür benötigten Variablen und Items wurden auf Grundlage der pädagogischen Konzeption des SKH Großschweidnitz erstellt.

Im Rahmen der Kontaktaufnahme zu den jeweiligen Chefärzten wurde von dem Referat „Psychiatrische Versorgung, Suchtfragen, Maßregelvollzug“ des Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz mit Verweis auf die ärztliche Schweigepflicht die Durchführungszustimmung eingeholt.

Aus der Zusammenarbeit mit Chefärzten und Therapeuten resultierten diverse Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien. Diese werden in einem folgenden Unterkapitel dargestellt.

Natürlich basierte die von Januar bis März 2011 andauernde Befragung der Patienten auf Freiwilligkeit. Zur Motivationssteigerung der Teilnahme und damit zur Erhöhung der Rücklaufquote der Studie wurden dem jeweiligen Probanden eine kleine Entschädigung für dessen Zeitaufwand offeriert. Diese bestand aus einem Duschbad und einer Schokolade.

## 5.2 Studiendesign

Dieses Kapitel soll auf die erwähnten Feinheiten der Fragebogenkonstruktion, die Ein- und Ausschlusskriterien der Befragung sowie auf die statistische Datenauswertung näher eingehen.

Vor der Erklärung der Operationalisierung und der Mess- und Skalierungsmethode gilt es das Forschungsdesign beschreibend zu erfassen. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich als Merkmal der Untersuchungsebene um eine deskriptive Überprüfung einer Individualhypothese. Da sich die Befragung der jeweiligen Patienten auf einen Zeitpunkt oder - aufgrund der verschiedenen Kliniken in ganz Sachsen – auf eine kurze Zeitspanne bezieht, kann als zeitlicher Aspekt der Datenerhebung das Design einer Querschnittsstudie festgehalten werden. Diese Studie erhebt selbst keine Daten einer Vergleichsgruppe. Hierfür werden externe Daten über diverse Personengruppen, an den unterschiedlichen Stellen der Ergebnisdarstellung hinzugezogen.

### 5.2.1 Erhebungsinstrument Fragebogen

Als Erhebungsmethode werden dabei die Varianten der persönlichen und der schriftlichen Befragung verwendet. Die Patientendaten der Kliniken Städt. Klinikum St. Georg Leipzig und das SKH Groß-Schweidnitz wurden in Form einer schriftlichen Befragung erhoben. Die Erfassung der anderen drei Kliniken erfolgte mit Hilfe der Befragungsform des persönlichen face-to-face-Interviews. In diesen Fällen wurden alle Fragen des Fragebogens mit allen vorgegebenen Antwortkategorien gestellt. Es handelt sich somit bei dem Grad der Strukturierung oder Standardisierung um eine vollständig strukturierte Befragung. Berücksichtigt wurden aber auch zusätzliche offene Fragen ohne Antwortvorgaben. Die Kombination aus beiden Strukturformen ergibt daher keine eindeutige Möglichkeit der Zuordnung. Die qualitativen Methoden in Form des Leitfadeninterviews, des fokussierten und des narrativen Interviews sind hier nicht gegeben. Aus diesem Grund fällt die Bestimmung nicht leicht, diese Studie als eine rein quantitative oder qualitative Befragung zu bewerten. Im Vorfeld des eigentlichen Befragungsprozesses wurde der Patient darüber aufgeklärt, dass keine Daten an Dritte weitergegeben werden und auch keine Sanktionsform auf die Antwortreaktion des Befragten erfolgt. Im Vordergrund der Befragungsprozedur steht natürlich das Neutralitätspostulat. Möglichst unverfälschte Antworten sollen gewonnen werden, in dem das Interview nicht wie ein Alltagsgespräch geführt wird. Alltagsgespräche werden nämlich meist von Zustimmung und Missbilligung begleitet. „Mimik, Körpersprache und verbale Reaktionen des Interviewers werden von der befragten Person immer als Signale

der Zustimmung oder Mißbilligung interpretiert werden.“ (Diekmann, 2005, S. 376) Diese Kritik am Neutralitätsgebot kann in keinem Fall abgewehrt werden. Wie es Diekmann (2005, S. 376) erklärt, sorgt eine Kombination aus weicher und harter Interviewtechnik für eine kooperative Atmosphäre. Diese Methodik wurde auch in den Gesprächen mit den Patienten verwendet. Bei vielen Probanden hätte eine komplett neutrale Interviewtechnik aufgrund der Schwere der Erkrankung und den damit oft verbundenen Konzentrations- und Verständnisproblemen der Patienten zu keinen verwertbaren Ergebnissen geführt. Deshalb hat sich ein individueller Wechsel zwischen harter und weicher Interviewmethodik bewährt.

„Die Methode des Interviewers ist nur anwendbar, wenn die folgenden Bedingungen gegeben sind:

1. Kooperation der Befragten als Regelfall,
2. die Existenz einer <<Norm der Aufrichtigkeit>> in Gesprächen mit Fremden,
3. eine <<gemeinsame Sprache>> zwischen Interviewer und befragter Person.“ (Diekmann, 2005, S. 377)

Die Herstellung der Kooperation der Patienten wurde neben der Erklärung der sanktionsfreien Freiwilligkeit und der Anonymität durch eine kleine Motivationshilfe in Form eines Duschbads und einer Tafel Schokolade gesteigert. Über die „Norm der Aufrichtigkeit“ lassen sich im Kontext der forensischen Psychiatrie keine genauen Aussagen treffen. Einerseits unterliegt der Patient im Therapiesetting einer gläsernen Position, wodurch er an unangenehme Fragen gewohnt ist. Andererseits befindet sich der Patient aufgrund eines normwidrigen Verhaltens in dieser Institution, sodass die Ausgangslage einer aufrichtigen Kooperation nicht unbedingt in jedem Fall vorausgesetzt werden kann.

Weitere Problem- bzw. Fehlerquellen treten in den Kategorien „Befragtenmerkmale“ (soziale Erwünschtheit, Response-Set, Meinungslose), „Fragemerkmale“ (Frageformulierung, Frageposition, Effekt von Antwortkategorien) und „Merkmale des Interviews und der Interviewsituation“ auf. (vgl. Diekmann, 2005, S. 382) Um den Effekt der sozialen Erwünschtheit möglichst gering zu halten, wurden möglichst neutrale Frageformulierungen gewählt. Außerdem wurden Suggestivfragen vermieden. Taktiken wie die Übergabe der Antworten in einem Kuvert oder die Randomized-Response-Technik mussten ausgelassen werden. Der Fehlerquelle „Response-Set“, wobei manche Personen bspw. eine Vorliebe für einen Punktwert einer Skala hegen, wurde in dieser Studie nicht mit der Richtungsumpolung der Positiv-Negativ-Skala entgegengetreten. Antworten, die in dieser Befragung nicht sehr häufig waren, wurden akzeptiert. Meinungslose (Patienten) wurden als missing definiert.

Zur Fragensauswahl gehören geschlossene, offene Fragen, Mischformen sowie Retroperspektivfragen. Bei den Frageformulierungen wurde darauf geachtet, dass die Sätze

relativ kurz, verständlich und präzise formuliert sind. Doppelte Verneinungen blieben aus. Besondere Beachtung fand das Merkmal der disjunkten Antwortkategorie sowie der Vermeidung der Überforderung des Patienten. Die Ausgestaltungen der Rating-Skalen erfolgte nach dem Lehrbuch zur Testtheorie von J. Rost (2005) und Raab-Steiner und Benesch (2008).

Bei der Konstruktion der Antwortmöglichkeiten wurden folgende Formate verwendet:

- Statische Abfrage soziodemographischer Basis-Daten (Alter, Geschlecht, Nationalität)
- Mehrstufige Ratingskalen mit verbaler Skalenbezeichnung
- Dichotome Filterfragen
- Bipolare elfstufige Ratingskala mit numerischer Skalenbezeichnung
- Mehrfachantworten-Set

Jeder Fragebogen ergänzte sich durch die Patientendaten „Entlassungsprognose“ und „Entlassungsperspektive“. Diese wurden separat durch die Befragung des Personals eingeholt. Die Interviewsituation gestaltete sich bis auf eine Ausnahme der Gruppenbefragung aus dem zu befragenden Patienten und dem Interviewer. In seltenen Fällen musste ein Sicherheitsbeamter beisitzen.

Die beiden verwendeten Fragebögen befinden sich in der Anlage.

### **5.2.2 Datenerhebung**

Die ersten Daten wurden per schriftliche Befragung in der KFP des Städtischen Klinikums St. Georg Leipzig erhoben. Als Befragungszeitraum gilt Dezember 2009 und Januar 2010 festzustellen. Es folgten die persönlichen Befragungen der Patienten der Kliniken SKH Altscherbitz, SKH Arnsdorf und SKH Rodewisch. Die im SKH Großschweidnitz untergebrachte Zielgruppe wurde via schriftliche Befragung erfasst. (An dieser Stelle: ein großes Dankeschön für die freundliche Unterstützung.)

Aus den Vorgesprächen mit den Therapeuten und Chefarzten der Kliniken ergaben sich Ein- und Ausschlusskriterien. Als Ausschlusskriterien im Rahmen der bewussten Auswahl dieses Stichprobenverfahrens wurden definiert:

- Vorliegen einer akuten Psychose.

- Vorkommen einer Erkrankungssymptomatik, wie bzw. erhöhte Aggressivität, erhebliche Konzentrationsverminderung aufgrund starker Sedierung oder anderen weiteren Merkmalen, die bei Teilnahme an der Studie zu weniger stützenden Ergebnissen führen würden.
- Bestehen eines Intelligenzquotienten unterhalb 50.  
Mittelgradig intelligenzgeminderte Menschen sind im Gegensatz zu der Gruppe der leicht Minderbegabten nicht in der Lage, die Hauptschule abzuschließen. (vgl. Nedopil, 2007, S. 209) Bei einer leichten Intelligenzminderung (IQ –Wert (ICD) von 50-70) erfolgte die Einschätzung der Teilnahmefähigkeit im Hinblick auf die Ergebnisrelevanz durch das Pflegepersonal oder die Therapeuten.
- Fehlende Bereitschaft an der Studie teilzunehmen.

Im Vorfeld wurde – wie schon in Kapitel 5.1 erwähnt - zur Erhöhung der Gütekriterien ein Pretest durchgeführt. Probeinterviews mussten deshalb nicht erfolgen. Während der jeweilige Sozialdienst die Ausführung der schriftlichen Befragung in Form von Austeilen und Einsammeln der Fragebögen via Gruppenverteilungen übernahm, gestaltete sich die persönliche Befragung zeitlich und methodisch aufwendiger. In jedem Fall wurden die Patienten rechtzeitig per Anschreiben vor der Befragung in Kenntnis über die Modalitäten der Studie gesetzt.

### 5.2.3 Datenauswertung

Die folgende statistische Datenauswertung wird mit Hilfe der Programme PASW Statistics 18 für Windows und Microsoft Excel 2010 durchgeführt.

Größtenteils werden Items mit Antwortmöglichkeiten auf nominalem bzw. ordinalem Skalenniveau formuliert. Da es sich bei der vorliegenden Studie um ein deskriptives Forschungsdesign handelt, werden größtenteils Häufigkeiten angegeben und Kreuztabellen verwendet. An passender Stelle erfolgt durch die Aufteilung in Perzentilwerten eine genauere Betrachtung von eingeschränkten Bereichen der Streuung. Antworten auf qualitative Fragen werden kategorisiert und mit ausgewählten Beispielerantworten ergänzt. Aufgrund der unspezifischen Formulierung der Hypothesen wird nur an einer Stelle der Zusammenhang zwischen zwei Variablen anhand des Chi-Quadrat-Tests und der Bestimmung des Korrelationskoeffizienten überprüft.

## 6 Ergebnisse der Datenerhebung

Bei der vorliegenden Studie wurden insgesamt 174 Patienten aller forensischen Psychiatrien für Erwachsene in Sachsen erfasst. Die Verteilung gestaltet sich wie folgt:

Städtisches Klinikum St. Georg Leipzig:	80/92 Patienten, 87 %, Auslassung der FIA
SKH Altscherbitz:	25/90 Patienten, 28 %
SKH Arnsdorf:	19/85 Patienten, 22 %, 12 Jugendliche fielen raus
SKH Großschweidnitz:	27/80 Patienten, 34 %
SKH Rodewisch:	23/76 Patienten, 30 %

Unterbringungsgrundlage	Häufigkeit (N=174)	Prozentualer Anteil (p. A)
§ 63 StGB	67	38,5 %
§ 64 StGB	107	61,5 %

Tab. 1: Unterbringungsgrundlage

Insgesamt wurden von den - zum Untersuchungszeitpunkt untergebrachten - 423 Patienten insgesamt 174 Patienten befragt. Die Stichprobe mit N=174 Probanden stellte somit 41 Prozent der Grundgesamtheit aller untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrecher in Sachsen. Ein Großteil der Patienten blieb aufgrund der definierten Ausschlusskriterien aus. Fehlende Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen, konnte laut den Angaben der Kliniken bei einem relativ geringen Teil der Patienten festgestellt werden. In welchem prozentualen Verhältnis die beiden Gruppen stehen, wurde nicht erfasst. Aufgrund von Schätzangaben des Personals belief sich der Anteil der Patienten, die aufgrund ihrer Krankheitssymptomatik nicht in der Lage waren, an der Studie teilzunehmen, auf knapp 40 %.

Es lässt sich aber im Hinblick auf den schweren Krankheitsverlauf dieser Patientengruppe und die damit prädestinierten negativen Zukunftsprognosen, ein eigenständiges Leben zu führen, die Überlegung anstellen, ob diese Patienten von einer Verbesserung der pädagogischen Betreuung in der Forensik nur zu einem gewissen Teil profitieren würden. Hilfen zur Befähigung von Alltagsbewältigungsstrategien in Form von elementarer Wissensvermittlung und Entwicklungshilfen der kognitiven Fähigkeiten – wie bspw. die Verbesserung oder Herstellung von Schreib- und Rechenkenntnissen - können auch von Pflegepersonal, Ergotherapeuten oder Sozialpädagogen übernommen werden. Für das Durchführen dieser Maßnahmen ist

ein ausgebildeter Pädagoge von Vorteil, aber nicht zwingend notwendig. Anders verhält es sich bei der Verbesserung der Resozialisierungsmöglichkeiten durch den Erwerb eines Schulabschlusses oder einer Berufsausbildung. Hier sind besonders fähige professionelle Lehrkräfte unabdingbar.

Es kann somit das Resümee gezogen werden, dass zum Untersuchungszeitpunkt mehr als 50% der Patienten erfasst wurden, die von einer Verbesserung der pädagogischen Situation in Sachsen erheblich profitieren könnten.

## 6.1 Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit

Die Unterbringung in einem forensisch psychiatrischen Krankenhaus erfolgte im Freistaat Sachsen fast ausschließlich gegen Männer. Unter den 174 Befragten waren 13 weibliche Probanden, die damit einen Anteil von 7,5 % stellen.

Das Durchschnittsalter der Untersuchungsgruppe lag bei 32,8 Jahren, der Median bei 30 Jahren.

Patientengruppe (U. gem. § 63 StGB), N=67		Patientengruppe (U. gem. §64 StGB), N=107	
Ø-Alter: 36,4 Jahre		Ø-Alter: 30,4 Jahre	
5 %	< 21, 8 Jahre	5 %	< 21 Jahre
10 %	< 24 Jahre	10 %	< 22, 6 Jahre
15 %	< 25 Jahre	15 %	< 23 Jahre
25 %	< 28 Jahre	25 %	< 25 Jahren
40 %	< 30,2 Jahre	40 %	< 28 Jahren
50 %	< 34 Jahre	50 %	< 30 Jahre
60 %	< 37 Jahre	80 %	< 34,8 Jahre
90 %	< 53 Jahre	90 %	< 46,1 Jahre

Tab. 2: Alter, Patientengruppen

Der jüngste Proband war 20 Jahre und der älteste 62 Jahre alt. Die Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind, waren im Schnitt 6 Jahre älter. Im Rahmen der Überlegungen, welche Patientengruppen besonders interessant im Hinblick auf mögliche Beschulungsangebote

während der Therapie sein könnten, empfiehlt sich eine Aufteilung in Perzentile.

Bei deren Betrachtung ist auffällig, dass bei einem Viertel der nach § 64 StGB untergebrachten Maßregelvollzugspatienten das Alter unter 25 Jahren lag. Unter 30 Jahren war sogar jeder zweite befragte Proband (U. gem. § 63 StGB).

Bei den nach § 63 StGB untergebrachten Probanden waren nur 15 % der Befragten unter 25 Jahre. Jeder Zweite ist hier älter als 34 Jahre alt.

Diese Altersgruppen gilt es in einem weiteren Schritt auf deren Schulbildung zu untersuchen. Wenn hier erhebliche Defizite vorliegen, wäre bei diesen Patienten eine pädagogische Nachreife von großer Bedeutung für ihre Resozialisierungsaussichten.

Die Bild der Staatsangehörigkeit gestaltete sich relativ einheitlich. Ein Ausländeranteil von 5,2 % (bei N=173) war zu verzeichnen. Dabei stammte ein überwiegender Großteil der befragten Ausländer aus Osteuropa.

Im Hinblick auf die thematische Ausgestaltung dieser Arbeit wird nach der Darstellung dieser soziodemographischen Basisdaten deutlich, dass die aufgeführten Altersperzentile von erhöhter Bedeutung für die weitere Ergebnisdarstellung sein können.

## 6.2 Lese-Rechtschreibschwäche

Die Ergebnisse Selbstauskunft der Lese-Rechtschreibschwäche werden in Tabelle 3 zusammengefasst.

Unterbringungsgrundlage	LRS vorliegend		LRS nicht vorliegend	
	Patienten	Prozentanteil	Patienten	Prozentanteil
§ 63 StGB (N=67)	15	22,4 %	52	77,6 %
§ 64 StGB (N=107)	33	30,8 %	74	69,2 %
§§ 63, 64 StGB (N=174)	48	27,6 %	126	72,4 %

Tab. 3: Lese-Rechtschreibschwäche, prozentualer Anteil insgesamt

Die Daten zur Angabe der Lese-Rechtschreibschwäche (LRS) basieren – wie fast alle Angaben – auf der Ehrlichkeit des Probanden. Auf diversen Klinikstationen wurden dem Interviewer vorher via mündlichen oder schriftlichen Austauschs Basisdaten (LRS, Schulabschluss, Berufsausbildung) übermittelt. Die Überprüfung der Angaben des Patienten mit den Angaben

des Pflegepersonals ergab in jedem Fall eine hundertprozentige Übereinstimmung.

Von den befragten psychisch kranken Rechtsbrechern leiden 27,6 % unter einer LRS. Bei den nach § 64 StGB untergebrachten Patienten waren es sogar 30,8 %, die mit großen Problemen lesen und schreiben können.

Eine differenzierte Darstellung nach den ermittelten Altersgruppen erscheint deshalb sinnvoll.

	§ 63 StGB				§ 64 StGB			
	LRS +		LRS -		LRS +		LRS -	
Alter	Patienten	p. A.						
< 25 J.	1	12,5 %	7	87,5 %	11	44 %	14	56 %
< 28 J.	3	20 %	12	80 %	15	38,5 %	24	61,5 %
< 30 J.	5	22,7 %	17	77,3 %	18	35,3 %	33	64,7 %
< 35 J.	9	26,5 %	25	73,5 %	30	35,7 %	54	64,3 %

Tab. 4: Lese-Rechtschreibschwäche nach Altersperzentilen

Die Altersgruppe der < 34 Jahre alten Patienten (U. gem. § 63 StGB) wurde zur verbesserten Anschauung der Ergebnisse angepasst. Die Erhöhung auf < 35 Jahre stellt keinen erheblichen Unterschied. Bei der Darstellung fällt auf, dass 44 % der nach § 64 StGB untergebrachten und unter 25 Jahre alten Patienten eine LRS vorwiesen. Die aktuelle Forschungslage zu diesem Gebiet unterscheidet bei dem Kompetenzniveau des Lesens und Schreibens zwischen verschiedenen Alpha-Levels. (vgl. Grotluschen & Riekman, 2011) Die vorliegende Studie konnte das exakte Ausmaß der LRS des Patienten nicht erfassen und geht deshalb von einem Alpha-Level bis 3 aus. Ob die Befragten schon bei dem Vorliegen von weniger schwerwiegenden latenten Problemen des Lesens und Schreibens – wie sie auch in oberen Bildungsschichten zu finden sind – die Angabe machten, an einer LRS zu leiden, kann mit keiner Sicherheit gesagt werden. Wahrscheinlich kann somit das Alpha-Level 4 nur beiläufig betrachtet werden. Diese Kategorie fasst neben den Merkmalen des funktionalen Analphabetismus auch die Problematik des „fehlerhaften Schreibens“ zusammen.

Die folgende Tabelle fasst Ergebnisse der Level-One-Studie der Universität Hamburg zusammen, die für die durchgeführte Befragung als Referenzdaten von Bedeutung sein können.

	Funktionaler Analphabetismus ( $\alpha$ 1-3)	Fehlerhaftes Schreiben ( $\alpha$ 4)	Addition: $\alpha$ 1-4
Deutsch sprechende Bevölkerung (18-64 J.)	14,5 %	25,9 %	40,4 %
Alter: 18-29 Jahre	19,9 %	23,5 %	43,4 %
Alter: 30-39 Jahre	20,6 %	19,8 %	40,4 %
Kein Bildungsabschluss	19,3 %	5 %	24,8 %
Untere Bildung	47,7 %	41,0 %	88,7 %
Mittlere Bildung	18,9 %	32,2 %	51,1 %
Höhere Bildung	12,3 %	21,4 %	33,7 %

Tab. 5: Ergebnisse der Level-One-Studie (vgl. Grotluschen & Riekmann, 2011)

Der Vergleich zwischen den Werten des funktionalen Analphabetismus der deutsch sprechenden Bevölkerung im Alter von 18-29 Jahren und der entsprechenden Vergleichsgruppe aus dem MRV zeigt, dass beide Patientengruppen (U. gem. §§ 63 und 64 StGB) eine erhöhte LRS-Quote vorwiesen.

Leygraf (1988) führt auf, dass die Zahl der Analphabeten zum Zeitpunkt seiner Untersuchung bei 13,6 % lag, wobei er aber bemerkte, dass solche Befunde nicht in der Krankenakte vermerkt waren und die tatsächliche Zahl dieser Patienten vermutlich viel höher liege. (vgl. Leygraf, 1988, S. 32) Die hier vorliegende und in Sachsen durchgeführte Studie belegt mit einem Anteil von 27,6 % die Vermutung Leygrafs.

Sprachlich- und schriftlich-soziale Fertigkeiten

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Eigencharakterisierung der sprachlich- und schriftlich-sozialen Fertigkeiten in Deutsch der Patienten erfasst. Dabei standen drei Abstufungen zur Auswahl: Das Verfügen über eher gute (+), über eher ausreichende (+/-) oder eher problematische (-) sprachlich- und schriftlich-soziale Fertigkeiten in Deutsch.

	Insgesamt [Pat. (p. A.)]	§ 63 StGB [Pat. (p. A.)]	§ 64 StGB [Pat. (p. A.)]	LRS + [Pat. (p. A.)]	Kein Schulabschluss [Pat. (p. A.)]	Realschul- abschluss [Pat. (p. A.)]
Schriftlich +	75 (43,1 %)	29 (43,3 %)	46 (43 %)	2 (4,2 %)	18 (29,5 %)	26 (70,3 %)
Sprachlich +	83 (48 %)	33 (49,3 %)	50 (47,2%)	11 (22,9 %)	20 (32,8 %)	27 (73 %)
Schriftlich +/-	71 (40,8 %)	26 (38,8 %)	45 (42,1 %)	23 (47,9 %)	32 (52,5 %)	10 (27 %)
Sprachlich +/-	76 (43,9 %)	27 (40,3 %)	49 (46,2%)	31 (64,6 %)	35 (57,4 %)	8 (21,6 %)
Schriftlich -	28 (16,1 %)	12 (17,9 %)	16 (15 %)	23 (47,9 %)	11 (18 %)	1 (2,7 %)
Sprachlich -	14 (8,1 %)	7 (10,4 %)	7 (6,6%)	6 (12,5 %)	6 (9,8 %)	2 (5,4 %)
N (schriftl.)	174	67	107	48	61	37
N (sprachl.)	173	67	106	48	61	37

Tab. 6: Sprachlich- und schriftlich-soziale Fertigkeiten in Deutsch

Aus den vielen Zahlen der Tab. 6 können folgende wichtige Punkte herausgearbeitet werden:

- 16,1 % aller Befragten würden ihre schriftlich-sozialen Fertigkeiten als problematisch charakterisieren. Bei den sprachlich-sozialen Fertigkeiten gingen 8,1 % der Probanden von eher problematischen Fähigkeiten aus.

Diese Fähigkeiten wurden von den nach § 63 StGB untergebrachten Patienten als positiver bewertet.

- Jeder Zweite, der angab, an einer LRS zu leiden, würde seine schriftlichen Fähigkeiten mindestens als ausreichend bezeichnen. Die sprachlich-sozialen Fertigkeiten wurden von dieser Personengruppe mit nur 12,5 % als „eher problematisch“ beschrieben.

- Von den Patienten, die über keinen Schulabschluss verfügten, würden 18 % die schriftliche Ausdrucksfähigkeit als eher problematisch einstufen. Dagegen schätzten 2,7 % der Befragten, die einen Realschulabschluss erreicht haben, diese Fähigkeit als problematisch ein.

### 6.3 Schulische Vorbildung

Das Statistische Bundesamt Deutschland weist für das Jahr 2010 einen prozentualen Anteil von 4,1 % für die Bürger ohne allgemeinen Schulabschluss nach. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2010) Die Situation im MRV gestaltet sich hierbei anders. Während Leygraf (1988, S. 33) ermittelte, dass unter den 57,7 % der Patienten, die weniger als einen Hauptschulabschluss vorweisen konnten, nur ein Anteil von 9,7 % einen Sonderschulabschluss haben, bestätigte Henricke (1997, S. 6) diesen Anteil der Patienten, die über keinen allgemeinbildenden Schulabschluss verfügen.

Schulabschluss	Patienten (N=173)	p. A.	Kumulierter p. A.
Keinen	61	35,3 %	35,3 %
Sonderschulabschluss	24	13,9 %	49,2 %
Hauptschulabschluss	30	17,3 %	66,5 %
Qualifizierender Hauptschulabschluss	8	4,6 %	71,1 %
Realschulabschluss/POS	37	21,4 %	92,5 %
Fachabitur, Abitur	5	2,9 %	95,4 %
FH-, Hochschulabschluss	2	1,2 %	96,6 %
Sonstige	6	3,5 %	100 %

Tab. 7: Erreichter Schulabschluss

Die hier vorliegende Studie setzt den Abschluss einer allgemeinbildenden Polytechnischen Oberschule der ehemaligen DDR mit dem Realschulabschluss der BRD gleich. Angaben zu ausländischen und nicht zuordenbaren Bildungsinstitutionen werden als „sonstige Schulabschlüsse“ zusammengefasst.

Zuletzt besuchter Schultyp

Bei einem Anteil von 35,3 % der Patienten, die keinen Schulabschluss vorweisen konnten, interessiert, bei welchem Schultyp die Patienten zuletzt „gescheitert“ sind. Die folgende Tabelle soll somit klären, welchen Schultyp die Patienten ohne allgemeinbildenden Schulabschluss zuletzt besucht haben.

Schultyp	Patienten (N=61)	p. A.	Kumulierter p. A.
Förderschule / Sonderschule	25	41 %	41 %
Hauptschule	19	31,1 %	72,1 %
Realschule	6	9,8 %	82 %
POS	8	13,1 %	95,1 %
Sonstiger Schultyp	3	4,9 %	100 %

Tab. 8: Zuletzt besuchter Schultyp, Patientengruppe ohne Schulabschluss

Der Großteil der Patienten ohne Schulabschluss besuchte als letzte Institution auf dem primären Bildungsweg den Schultyp der Sonder- und Förderschule.

Für die Verbesserung der Resozialisierungsgrundlagen im Sinne der pädagogischen Nachreifeung erscheint es sinnvoll, eine „*primäre Zielgruppe*“ zu bilden, die von einem solchen Angebot während der Therapie besonders profitieren könnte. Die schon festgehaltenen Altersgruppen (< 25 Jahre, < 28 Jahre, < 30 Jahre, < 35 Jahre) gilt es im Folgenden auf deren Bildungsstand zu überprüfen. Die Altersgruppe „< 35 Jahre“ soll als eine Art Vergleichsgruppe instrumentalisiert werden, um den Übergang in eine „höhere Altersgruppe“ zu markieren.

	< 25 Jahre [Pat. (p. A.)], N=33	< 28 Jahre [Pat. (p. A.)], N=54	< 30 Jahre [Pat. (p. A.)], N=73	< 35 Jahre [Pat. (p. A.)], N=117
Keinen Schulabschluss	20 (60,6%)	29 (53,7 %)	37 (50,7%)	46 (39,3 %)
Sonderschulabschluss	1 (3 %)	2 (3,7 %)	4 (5,5 %)	14 (12 %)
Hauptschulabschluss	6 (18,2 %)	9 (16,7%)	13 (17,8 %)	23 (19,7 %)
Qualifizierender Hauptschulabschluss	1 (3 %)	4 (7,4 %)	5 (6,8 %)	7 (6%)
Realschulabschluss/POS	4 (12,1 %)	7 (13 %)	10 (13,7 %)	19 (16,2%)
Fachabitur und höher	1 (3%)	3 (5,6 %)	4 (5,4 %)	5 (4,3 %)

Tab. 9: Schulabschluss, gefiltert nach Altersperzentilen

Die Tabelle 9 zeigt, dass 60,6 % der unter 25 Jahre alten Patienten keinen Schulabschluss nachweisen konnten. Bei den unter 30-Jährigen waren das immer noch 50,7 %. Aufgrund des erhöhten Anteils der Befragten, die über keinen allgemeinbildenden Schulabschluss verfügten, kann diese Patientengruppe als „*primäre Zielgruppe*“ definiert werden. Eine differenzierte Darstellung soll durch eine Untergliederung dieser Zielgruppe Aufschluss geben, in welcher Unterbringungsform das Defizit am größten ist.

Die Ergebnisse der folgenden Tabelle 10 zeigen, dass der Anteil der Patienten, die über eine höhere Bildung als den Hauptschulabschluss verfügen und aufgrund § 63 StGB untergebracht sind, in diesen Altersgruppen höher als der entsprechende Anteil der anderen Patientengruppe war. Bei der Gruppe der Befragten, die über keinen Schulabschluss verfügen, gab es keine großen Abweichungen zwischen den beiden Unterbringungsformen.

	< 25 Jahre		< 28 Jahre		< 30 Jahre	
	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=8	§ 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=25	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=15	§ 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=39	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=22	§ 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=51
Keinen Schulabschluss	5 (62,5%)	15 (60 %)	7 (46,7 %)	22 (56,4 %)	12 (54,5 %)	25 (49 %)
Sonderschulabschluss	0 (0 %)	1 (4 %)	0 (0 %)	2 (5,1 %)	0 (0 %)	4 (7,8 %)
Hauptschulabschluss	0 (0 %)	6 (24 %)	1 (6,7 %)	8 (20,5 %)	1 (4,5 %)	12 (23,5 %)
Höher als Hauptschulabschluss	3 (37,5 %)	3 (12 %)	7 (46,7 %)	7 (17,9 %)	9 (40,9 %)	10 (19,6 %)

Tab. 10: Schulabschluss, gefiltert nach Altersperzentilen und Unterbringungsgrundlage

Auf die Bedeutung für die pädagogische Therapie wird in einem späteren Kapitel eingegangen. Bevor der Part der Berufsausbildung beleuchtet werden soll, erscheint es sinnvoll, die zuletzt besuchte Klasse und die Zeit zu erfassen, die zwischen dem Befragungszeitpunkt und dem letzten Schulbesuch vergangen ist.

Bei der Feststellung der zuletzt besuchten Klasse konnte ein Mittelwert (bei N=169) von 8,95 eruiert werden. Bei einer Standardabweichung von 1,253 würde es sich empfehlen, bei einer Beschulung von einem Wert zwischen siebter und neunter Klasse auszugehen. Die individuellen Fähigkeiten des Einzelnen sind in einer pädagogischen Eingangsdiagnostik festzustellen. Im Schnitt lag der letzte Schulbesuch 15,43 Jahre zurück. Eine Standardabweichung von 9,785 zeigt, dass hier eine erhebliche Streuung festzustellen ist. Aus diesem Grund und aus der Frage heraus, bei welchem Bildungsstand die Patienten bei einer möglichen pädagogischen Nachreifung „abgeholt“ werden könnten, eignet sich eine differenzierte Darstellung der beiden Variablen (zuletzt besuchte Klasse und vergangene Zeit zw. Befragungszeitpunkt und dem letzten Schulbesuch) im Hinblick auf die festgehaltenen Altersgruppe in Verbindung mit der Patientengruppe, die eine geringere Bildung als den Hauptschulabschluss vorweist. Aufgrund der relativ ähnlichen und sehr nah beieinanderliegenden ausgewählten Altersgruppen genügt für den folgenden Verlauf der Ergebnisdarstellung eine Einschränkung auf zwei statt drei Gruppenvariablen.

	< 25 Jahre			
	§ 63 StGB, N=8		§ 64 StGB, N=25	
	Zuletzt be- suchte Klasse (Ø)	Vergangene Zeit (Ø)	Zuletzt be- suchte Klasse (Ø)	Vergangene Zeit (Ø)
Keinen Schulabschluss	8,2 Kl.	6,6 Jahre	8,1 Kl.	7,5 Jahre
Sonderschulabschluss	-	-	9. Kl (N=1)	8 Jahre (N=1)

Tab. 11: Zuletzt besuchte Klasse und vergangene Zeit, Gruppe &lt; 25 J.

	< 30 Jahre			
	§ 63 StGB, N=22		§ 64 StGB, N=51	
	Zuletzt be- suchte Klasse (Ø)	Vergangene Zeit (Ø)	Zuletzt besuchte Klasse (Ø)	Vergangene Zeit (Ø)
Keinen Schulabschluss	8. Kl.	9,3 Jahre	7,9 Kl.	8,8 Jahre
Sonderschulabschluss	-	-	8,5 Kl.	12,3 Jahre

Tab. 12: Zuletzt besuchte Klasse und vergangene Zeit, Gruppe &lt; 30 J.

Die beiden Tabellen elf und zwölf zeigen, dass die Befragten, die keinen Schulabschluss vorweisen konnten, zuletzt die 8. Klasse besucht haben. Die Gegenüberstellung der Jahresangaben ergab eine größere Steigung als es bei einem zu erwartenden linearen Anstieg der Fall wäre. In jedem Fall lässt sich feststellen, dass bei den Patienten seit dem letzten Schulbesuch durchschnittlich mehr als 7 Jahre vergangen sind. .

## 6.4 Berufliche Bildung

Laut dem Statistischen Bundesamt Deutschland verfügt 2010 ein Anteil von 27,8 % über keinen beruflichen Bildungsabschluss. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2010) Im Bereich des Maßregelvollzugs dreht sich dieses Bild fast um 180 Grad. So weist Leygraf nach, dass 75,6 % der Patienten über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. (vgl. Leygraf, 1988, S. 33) Hennicke kommt in ihrer Untersuchung von acht forensischen Psychiatrien zu ähnlichen Ergebnissen. Demnach verfügen 34,1 % aller Patienten, 25 % der „63er Patienten“ und 40 % der „64er Patienten“ über eine abgeschlossene Berufsausbildung. (vgl. Hennicke, 1997, S. 8)

Die durchgeführte Befragung ergab, dass 64 % über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten. Zehn Missings mussten festgestellt werden, sodass ein N von 164 entstand.

Von den unter 25 Jahre alten Patienten (N<sub>total</sub>=33, missing=4) konnten 10,3 % eine abgeschlossene Berufsausbildung angeben. Bei der Gruppe der unter 30-Jährigen (N<sub>total</sub>=73, missing=9) belief sich dieser Anteil auf 12,5 %.

Eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse, bezogen auf die Unterbringungsgrundlage kann Aufschluss geben, in welcher Klinikform die Ausprägung dieser Defizite am größten ist.

	< 25 Jahre		< 30 Jahre	
	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=8	§64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=21	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=22	§ 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=42
Keine abgeschl. Berufsausbildung	7 (87,5 %)	19 (90,5 %)	18 (81,8 %)	38 (90,5 %)
Abgeschlossene Berufsausbildung	1 (12,5 %)	2 (9,5 %)	4 (18,2 %)	4 (9,5 %)

Tab. 13: Abgeschlossene Berufsausbildung

Tabelle 13 zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Unterbringungsformen. Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, verfügten durchschnittlich über eine geringere berufliche Bildung.

Eine qualitative Auswertung der offenen Frage, *welche Berufsausbildungen im Laufe des Lebens abgebrochen wurden*, ergab zunächst eine Berufsgliederung in folgende Bereiche: BFW- und BVJ-Maßnahmen, Baufacharbeiten, Bereich Metall, Maler- und Lackierungsarbeiten, kaufmännische Ausbildungen, Logistik, Garten- und Landschaftsbau, handwerkliche Berufe,

Holzbereich und sonstige Dienstleistungen.

Die meisten Nennungen fielen auf die Bereiche der Bauffacharbeit (12 Nennungen), die sonstigen Dienstleistungen (10 Nennungen) und die handwerklichen Berufe (15 Nennungen). Unter „sonstige Dienstleistungen“ wurden Berufe wie Koch, Tierpfleger, Fleischer oder Altenpfleger gefasst.

An einer *modularen Ausbildung in einer Justizvollzugsanstalt* haben 17,3 % (27 Patienten, bei N=156) der Patienten teilgenommen. Die meisten Nennungen bliefen sich auf Maler- und Lackierungsarbeiten (6 Nennungen), eine Weiterbildung im CNC Dreher- und Fräserbereich (3 Nennungen), auf den EDV-Bereich (4 Nennungen) und den Garten- und Landschaftsbau (4 Nennungen).

Bei den Antworten auf die Frage nach den bis jetzt *ausgeführten beruflichen Tätigkeiten* zeichneten sich diverse Berufsgruppen deutlich ab. Die meisten Tätigkeiten wurden im Bau-Bereich ausgeführt (57 Nennungen). Viele der Patienten arbeiteten daneben auch beim Abriss (10 Nennungen). Oft vertreten waren außerdem: der Holzbereich (bspw. Schreiner, Tischler, Dachdeckerarbeiten mit 16 Nennungen), der Garten- und Landschaftsbau (19 Nennungen), mechanische Berufe (bspw. industrielle Fertigungsberufe, Feinmechaniker, Schlosser, mit 22 Nennungen), der Bereich Metall (bspw. Metallverarbeitung, Stanzer, mit 16 Nennungen), kaufmännische Berufe mit dem Bereich Verkauf (Einzelhandelskaufmann, Verkäufer, selbstständiger Handel, mit 23 Nennungen), Lagerarbeiten (19 Nennungen) und sonstige Berufe (73 Nennungen). Neben einem erhöhten Anteil der Patienten, die noch keine beruflichen Tätigkeiten ausgeführt haben (15 Nennungen), wurde bei den sonstigen Berufen vermehrt der Beruf des Kochs (8 Nennungen) genannt.

Als *realistischen Berufswunsch* gaben viele Patienten an, im Bau-Bereich arbeiten zu wollen (20 Nennungen). Gleichzeitig hatte ein Großteil der Patienten keine Vorstellung, was sie arbeiten möchten und gaben somit häufig keinen Wunsch an (25 Nennungen). Weitere beliebte Berufe sind im Kfz-, Holz- und kaufmännischen Bereich festzustellen (12, 15 und 14 Nennungen). Der Beruf des Tierpflegers (11 Nennungen) wurde unter der Gruppe der „sonstigen Berufswünsche“ (38 Nennungen) relativ häufig genannt.

## 6.5 Bildungswünsche

Zur Ermittlung der Bildungswünsche und der Abfrage der dazugehörigen Motivationslage der Patienten wurden folgende Fragen gestellt:

- „Welchen Schulabschluss würden Sie, realistisch gesehen, generelle gerne anstreben?“
- Frage nach den Gründen für eine nicht genügende Motivation einen nächsthöheren Schulabschluss nachzuholen
- Frage nach einem Aus- und Weiterbildungswunsch
- „Wie motiviert sind Sie, generell den gewünschten Schulabschluss nachzuholen?“
- „Sofern Sie während des Klinikaufenthaltes die Möglichkeit hätten, Unterstützung in Form eines pädagogischen Lehrangebotes (zu erhalten), um einen nächsthöheren Schulabschluss zu erreichen, würden Sie diese Option wahrnehmen?“
- Frage nach den Gründen für ein fehlendes Interesse an einer pädagogischen Hilfsmöglichkeit während der Therapie
- Frage nach den Bereichen, bei denen sich die Patienten eine Erweiterung des Therapieprogramms oder ein pädagogisches Hilfsangebot wünschen würden
- Frage nach den Gründen für die Motivation, an einer solchen Erweiterung teilzunehmen

Die Ergebnisse dieser Datenerhebung sollen im Folgenden aufgelistet werden.

Auf die Frage, welchen Schulabschluss sie realistisch gesehen generell gerne anstreben wollen würden, entgegneten fast 50 % mit einer eher ablehnenden Haltung. Als Gründe wurden bspw. die Zufriedenheit mit der eigenen vorhandenen Schulbildung oder das Fehlen der eigenen Voraussetzungen für ein solches Vorhaben genannt. Bei den beiden Unterbringungsformen gibt es nur einen auffallenden Unterschied. Patienten gemäß der Unterbringung nach § 63 StGB sahen sich häufiger nicht dazu in der Lage, ihre Bildung nachträglich zu verbessern. Dieses Ergebnis – wie es Tabelle 14 darstellt - deckt sich mit der allgemeinen Gegebenheit, dass 63er Patienten oftmals schwerer als 64er Patienten erkrankt sind.

Bildungswunsch	§§ 63 und 64 StGB [Pat. (p. A.)], N=168	§ 63 StGB [Pat. (p. A.)], N=66	§ 64 StGB [Pat. (p. A.)], N=102
Hauptschulabschluss	36 (21,4 %)	15 (22,7 %)	21 (20,6 %)
Quali. Hauptschulabschluss	3 (1,8 %)	3 (4,5 %)	0 (0 %)
Realschulabschluss	25 (14,9 %)	3 (4,5 %)	22 (21,6 %)
Fachabitur/Abitur	25 (14,8 %)	8 (10,6 %)	17 (16,6 %)
Keinen (gesamt)	79 (47 %)	29 (43,9 %)	42 (41,2 %)
Keinen, da nicht genügend motiviert	3 (1,8 %)	1 (1,5 %)	2 (2 %)
Keinen, da mit aktueller Schulbildung zufrieden	36 (21,4 %)	14 (21,2 %)	22 (21,6 %)
Keinen, da vordergründig Aus- & Weiterbildungswunsch	9 (5,4 %)	4 (6,1 %)	5 (4,9 %)
Keinen, weil sich Pat. Nicht dazu in der Lage sieht	16 (9,5 %)	10 (15,2 %)	6 (5,9 %)
Sonstige Gründe dagegen	15 (8,9 %)	8 (12,1 %)	7 (6,9%)

Tab. 14: Genereller Schulabschlusswunsch

Die Darstellung des allgemeinen Wunsches, einen nächsthöheren Schulabschluss anzustreben, wird nicht in Altersgruppen aufgeschlüsselt. Diese Aufteilung soll im Hinblick auf die mögliche Notwendigkeit der Therapieumstrukturierung erst wieder bei der Frage nach der Motivation, einen nächsthöheren Schulabschluss während der Therapiezeit nachzuholen, Anwendung finden.

Die qualitative Auswertung der *Gründe für eine fehlende Motivation*, einen nächsthöheren Schulabschluss nachzuholen ergab ein sehr heterogenes Bild. Während bei einem Großteil der Patienten herauszuhören war, dass sie mit der erreichten Schulbildung zufrieden sind und sich lieber Richtung Weiterbildung orientieren wollten, beschrieben andere Patienten eine

deutliche Präsenz von Versagensängsten. Eine Auswahl dieser Besorgnisse gestaltet sich wie folgt:

- „Ich bin mir nicht sicher, ob ich es schaffen würde, da ich Konzentrationsprobleme habe.“
- „Ich fühle mich unter Druck gesetzt, weil ich es nicht schaffen könnte und es somit verlorene Zeit wäre.“
- „Ich würde es mit meinen schulischen Leistungen nicht schaffen und fühle mich als Versager.“
- „Rechtschreibschwäche steht mir im Weg.“
- „Angst vorm Versagen.“

Die Antworten auf die Frage, welche *Aus- und Weiterbildung* sich die Patienten wünschen, gestaltet sich ähnlich wie die Frage nach dem Berufswunsch. Hier sind keine großen Unterschiede festzustellen. Über detaillierte Weiterbildungspläne verfügte nur ein kleiner Teil der Patienten. Der Großteil gab den übergeordneten Arbeitssektor an und wäre damit zufrieden, in diesem Bereich – so wie es in Kapitel 6.4 dargestellt ist – Arbeit oder Bildung zu finden.

Motivationslage	§§ 63 und 64 StGB [Pat. (p. A.)], N=154	§ 63 StGB [Pat. (p. A.)], N=61	§ 64 StGB [Pat. (p. A.)], N=93
Kein Interesse	46 (29,9 %)	28 (45,9 %)	18 (19,4 %)
Mäßiges Interesse/eher zu viel Arbeit	10 (6,5 %)	3 (4,9 %)	7 (7,5 %)
Noch keine Gedanken darüber gemacht	16 (10,4 %)	7 (11,5 %)	9 (9,7 %)
Sofern Option vorhanden, ernsthafte Überlegung und Motivationssteigerung	60 (39 %)	15 (24,8 %)	45 (48,4 %)
Fest vorgenommen/stark motiviert	22 (14,3 %)	8 (13,1 %)	14 (15,1 %)

Tab. 15: Generelle Motivation, nächsthöheren Schulabschluss nachzuholen

Die Tabelle 15 legt die generelle Motivationslage der Patienten dar, den gewünschten Schulabschluss nachzuholen. Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, zeigten sich motivierter, einen nächsthöheren Schulabschluss nachzuholen. Während 45,9 % der 63er Patienten kein Interesse an einem solchen Vorhaben hatten, belief sich dieser Patientenanteil bei der anderen Unterbringungsform auf 19,4 %. Mehr als 60 % der 64er Patienten sind positiv motiviert. Der folgende Abschnitt geht auf die Frage ein, der für die Thematik dieser Arbeit von großer Bedeutung sein kann: Wie motiviert sind die Patienten, einen nächsthöheren Bildungsabschluss während der Therapiezeit nachzuholen?

Motivationslage	§§ 63 und 64 StGB [Pat. (p. A.)], N=137	§ 63 StGB [Pat. (p. A.)], N=39	§ 64 StGB [Pat. (p. A.)], N=98
„Ja, ich würde das Angebot sehr gerne wahrnehmen.“	60 (43,8 %)	7 (17,9 %)	53 (54,1 %)
„Ja, ich wäre gewillt, das Angebot eher auszuprobieren.“	24 (17,5 %)	10 (25,6%)	14 (14,3 %)
„Ich weiß es nicht, ich kann mit nicht entscheiden.“	15 (10,9 %)	12 (30,8 %)	3 (3,1 %)
„Nein, ich würde das Angebot eher nicht wahrnehmen wollen, um mich auf die Therapie zu konzentrieren.“	17 (12,4 %)	2 (5,1 %)	15 (15,3 %)
„Nein, ich hätte eher kein Interesse.“	21 (15,3 %)	8 (20,5 %)	13 (13,3 %)

Tab. 16: Motivation, Nachholen nächsthöheren Schulabschluss w. Therapiezeit

Die in Tabelle 16 festgehaltenen Zahlen zeigen ein deutliches Interesse der 64er Patienten an einem pädagogischen Therapieangebot. Demnach stehen knapp 70 % dieser Patientengruppe einer Möglichkeit, während des Unterbringungszeitraums einen Schulabschluss nachzuholen, positiv gegenüber. Bei den 63er Patienten war diese Einstellung bei jedem zweiten Patient feststellbar. Die Befragten, die kein Interesse vorwiesen, gaben als Gründe dafür vermehrt an, dass sie glauben, dass ein solches Programm negative Auswirkungen auf die Therapie haben könnte und sie sich deshalb nur auf diese konzentrieren möchten. Ein weiteres sich wiederholendes Motiv ist der vordergründige Wunsch einer Ausbildung ohne schulische Vorbildung.

Im Hinblick auf die primäre Zielgruppe erscheint es sinnvoll, diese Ergebnisse in die gebildeten Altersgruppen zu entschlüsseln.

	< 25 Jahre		< 30 Jahre	
	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=3	§ 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=23	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=14	§ 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=48
„Ja, ich würde das Angebot sehr gerne wahrnehmen.“	1 (33,3 %)	14 (60,9 %)	2 (14,3 %)	31 (64,6 %)
„Ja, ich wäre gewillt, das Angebot eher auszuprobieren.“	1 (33,3 %)	2 (8,7 %)	4 (28,6 %)	6 (12,5 %)
„Ich weiß es nicht, ich kann mit nicht entscheiden.“	0 (0 %)	1 (4,3 %)	5 (35,7 %)	1 (2,1 %)
„Nein, ich würde das Angebot eher nicht wahrnehmen wollen, um mich auf die Therapie zu konzentrieren.“	0 (0 %)	3 (13 %)	1 (7,1 %)	5 (10,4 %)
„Nein, ich hätte eher kein Interesse.“	1 (33,3 %)	3 (13 %)	2 (14,3 %)	5 (10,4 %)

Tab. 17: Motivation, Nachholen nächsthöheren Schulabschluss w. Therapiezeit, Alter

Die Gruppe der unter 25 Jahren alten befragten 63er Patienten ist aufgrund der kleinen Stichprobe weniger repräsentativ. Die Konzentration auf die Gruppe der Befragten, die jünger als 30 Jahre als sind, zeigte einen deutlichen Motivationsunterschied. Auch wenn mehr als 40 % der 63er Patienten an einer Bildungsmöglichkeit während der Therapie sehr interessiert sind, ist der Anteil der 64er Patienten, die ein solches Angebot annehmen wollten, mit mehr als 75 % Zustimmung fast doppelt so hoch.

Über welchen Schulabschluss die Patienten verfügten, die an einer pädagogischen Nachreife während der Therapie interessiert sind, erklären Tabelle 18 und 19.

	< 30 Jahre, U. gem. § 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=14			
	Keinen Schulabschluss	Hauptschulabschluss	Realschulabschluss	Abitur und höher
Angebot sehr gerne wahrnehmen	2 (14,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Gewillt Angebot auszuprobieren	3 (21,4 %)	0 (0 %)	1 (7,1 %)	2 (14,3 %)
Unentschieden	1 (7,1 %)	0 (0 %)	2 (14,3 %)	1 (7,1 %)
Nein, Konzentration nur auf Therapie	0 (0 %)	1 (7,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Kein Interesse	1 (7,1 %)	0 (0 %)	1 (7,1 %)	0 (0 %)

Tab. 18: Motivation, Nachholen nächsth. Schulabschluss w. Therapiezeit, < 30 J., § 63 StGB

Ein relativ kleines N bei den befragten Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht sind, lässt schwer solide Aussagen über deren Motivation treffen.

Bei den Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, gestaltet sich die Stichprobe umfangreicher.

	< 30 Jahre, U. gem. § 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=48				
	Keinen Schulabschluss	Sonderschulabschluss	Hauptschulabschluss	Quali. Hauptschulabschluss	Realschulabschluss/ POS
Angebot sehr gerne wahrnehmen	16 (33,3 %)	1 (2,1 %)	6 (12,5 %)	5 (10,4 %)	3 (6,3 %)
Gewillt Angebot auszuprobieren	3 (6,3 %)	1 (2,1 %)	2 (4,2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Unentschieden	1 (2,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Nein, Konzentration nur auf Therapie	2 (4,2 %)	1 (2,1 %)	2 (4,2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Kein Interesse	2 (4,2 %)	1 (2,1 %)	1 (2,1 %)	0 (0 %)	1 (2,1 %)

Tab. 19: Motivation, Nachholen nächsth. Schulabschluss w. Therapiezeit, < 30 Jahre, § 64 StGB

Es zeigte sich deutlich, dass die 64er Patienten, die jünger als 30 Jahre alt waren und keinen Schulabschluss erreicht haben, ein Angebot zur schulischen Nachreifeung sehr gerne wahrnehmen wollen würden.

Die Frage, in welchen Bereichen sich die Patienten pädagogische Unterstützung vorstellen könnten, wurde in Anlehnung an einen Part der Studie von Hennicke aus dem Jahre 1997 konzipiert. Die Ergebnisse dieser vergangenen Studie gestalteten sich wie folgt:

„Das größte Interesse der Teilnehmer liegt im Bereich „Schulwissen erweitern“ [...], gefolgt von dem Wunsch nach „Elementarbildung“ und „Beruflicher Bildung“ [...]. Dann folgen in geringerem Abstand „Schulabschlüsse“ [...] gefolgt von „Weiterbildungswünschen [...], „Deutsch als Fremdsprache“ wurde nur von 22 gewählt (bei 41 ausländischen Teilnehmern).“ (Hennicke, 1997, S. 11)

Aus der Tabelle 20 ist zu entnehmen, dass der Bereich „Schulwissen erweitern“ (223 Nennungen) vor den Bereichen „Berufsausbildung“ (73 Nennungen), „Schulabschlüsse“ ( 67 Nennungen) und der „Elementarbildung“ (40 Nennungen) lag.

	§§ 63 und 64 StGB [Pat. (p. A.)], N=174	§ 63 StGB [Pat. (p. A.)]	§ 64 StGB [Pat. (p. A.)]
Lesen lernen	10 (5,7 %)	3 (30 %)	7 (70 %)
Schreiben lernen	16 (9,2 %)	4 (25 %)	12 (75 %)
Rechnen lernen	14 (8 %)	2 (14,3 %)	12 (87,5 %)
Schulwissen erweitern, Deutsch	45 (25,9 %)	15 (33,3 %)	30 (66,7 %)
Schulwissen erweitern, Mathematik	57 (32,8 %)	17 (29,8 %)	40 (70,2 %)
Schulwissen erweitern, Englisch	77 (44,3 %)	24 (31,2 %)	53 (68,8 %)
Schulwissen erweitern, Sachfächer	44 (25,3 %)	17 (38,6 %)	27 (61,4 %)
Deutsch als Fremdsprache	7 (4 %)	5 (71,4 %)	2 (28,6 %)
Schulabschluss Sonderschule	4 (2,3 %)	0 (0 %)	4 (100 %)
Schulabschluss Hauptschule	18 (10,3 %)	4 (22,2 %)	14 (77,8 %)
Schulabschluss Mittlere Reife	21 (12,1 %)	1 (4,8 %)	20 (95,2 %)
Schulabschluss Fachabitur/Abitur	24 (13,8 %)	5 (20,8 %)	19 (79,2 %)
Berufsausbildung	53 (30,5 %)	16 (30,2 %)	37 (69,8 %)
Umschulung	20 (11,5 %)	7 (35 %)	13 (65 %)
Weiterbildung EDV	58 (33,3 %)	30 (51,7 %)	28 (48,3 %)
Weiterbildung Sonstige	6 (3,4 %)	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)

Tab. 20: Bildungswünsche der Patienten

Die *Gründe für ein Interesse an einem Bildungsprogramm während der Therapie*, die die Patienten angaben, lassen sich grob in 3 Gruppen unterteilen: Bessere Chancen in der Ausbildung und auf dem Arbeitsmarkt, Ausbau und Förderung von Bewältigungsstrategien und Fähigkeiten sowie sonstige explizite Vorstellungen.

Eine Auswahl von inhaltlich wiederkehrenden und aussagekräftigen Gründe gestaltet sich folgendermaßen:

- „Als Sicherung für mein straffreies Leben.“
- „Da ich mal eine ordentliche Ausbildung und Arbeit machen und nicht immer auf dem Bau arbeiten will.“
- „Dazuzulernen schafet nie und ich habe schon genug in meinem Leben versäumt.“
- „Gut für die Arbeitswelt und ich würde die Leute besser verstehen.“
- „Gut für die Zukunft. In der Vergangenheit einiges verbaut, nun soll es besser werden, Zeit nutzen.“
- „Ich kann das nachholen, was mir damals nichts bedeutet hat. Bringt mich persönlich und beruflich weiter.“
- „Umgang im Alltag. Selbstwert.“
- „Notwendig für soziales Leben und den Einstieg in den Wunschberuf und ein legales Leben zu finden.“
- „Um Briefe schreiben zu können und im Alltag besser zurecht zu kommen.“
- „Weil ich feststellen musste, dass ich ohne Abschluss weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt habe.“

Diese Auswahl einiger Aussagen zeigt, dass die Patienten die Möglichkeit, ein straffreies Leben zu führen, oftmals mit ihren Optionen auf Bildung und einen guten Beruf verbinden. Außerdem scheinen viele Patienten aufgrund ihrer fehlenden Fähigkeiten Probleme mit der Alltagsbewältigung zu haben. Die Theorien abweichenden Verhaltens aus Kapitel 3 zeigen hier ihre Relevanz.

## 6.6 Erlebnisse mit Mitschülern und Einstellung gegenüber Lehrern

Die Patienten wurden befragt, wie sie die bisherigen Erlebnisse mit Mitschülern und ihre Einstellung gegenüber Lehrern beschreiben würden. Diese Antworten wurden in jeweils drei Antwortkategorien unterteilt: Positives, neutrales und negatives Feedback. Hier gilt anzumerken, dass neben den Antworten, die weder positiv noch negativ bewertet werden konnten, auch solche in dieser Kategorie vermerkt wurden, die bspw. eine Definition wie „normal“ oder „okay“ enthielten. Zu beachten ist also: Was für den Befragten „normal“ und „okay“ ist, könnte – auch im Hinblick auf die meist problematische Sozialisation - für eine andere Person „heikel“, „defizitär“ oder „gut“ heißen.

	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=64	§ 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=95	§§ 63 und 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=159
Positive Erlebnisse	24 (37,5 %)	46 (48,4 %)	70 (44 %)
„Neutrale“ Erlebnisse	14 (21,9 %)	25 (26,3 %)	39 (24,5 %)
Negative Erlebnisse	26 (40,6 %)	24 (25,3 %)	50 (31,4 %)

Tab. 21: Erlebnisse mit Mitschülern

Fast jeder dritte Patient beschrieb die bisherigen Erlebnisse mit Mitschülern als negativ. Bei den Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, gestaltete sich das Feedback positiver als bei den Patienten der anderen Unterbringungsgrundlage.

Die folgenden Aussagen stellen Antwortbeispiele auf die Frage nach den bisherigen Erlebnissen mit Mitschülern.

### Negativ

- „Zu Kriminellen gute Bindung und offen, zu Sozialen eher distanziert und provokant gewesen.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)
- „Ich habe die meisten verprügelt.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)
- „Eher schlecht, da es viele Auseinandersetzungen gab.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)
- „Anfangs sehr kompliziert, von Gewalt und Mobbing geprägt. Danach rechtspolitische Ausrichtung: wurde besser.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

- „Gehänselt wegen Armut, schlecht.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)
- „In Grundschule keine Hänseleien, danach wurde ich verprügelt und gehänselt.“  
(Patient, U. gem. § 63 StGB)
- „Schwierig: Schwererziehbarenheim. Sehr konfrontativ, wollte eigene Person hervorheben.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

### Neutral

- „Eher gut, war früher der Klassenclown.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)
- „Gute Erlebnisse mit Mitschülern, was auch andere Gründe hatte.“  
(Patient, U. gem. § 64 StGB)
- „Ging, war selten in der Schule“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)
- „Manchmal gab es Auseinandersetzungen.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

### Positiv

- „Bin immer gut ausgekommen. Keine nennenswerten Probleme.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)
- „Hatte immer ein gutes Verhältnis mit ihnen.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)
- „Haben uns gemocht und auch außerhalb der Schule etwas unternommen.“  
(Patient, U. gem. § 63 StGB)
- „Ich kam mit allen klar.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

Diese Beispiele zeigen, dass auch die als „neutral“ bewerteten Aussagen nicht deutlich von den negativen abgrenzbar sind. Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht sind, gaben Mobbingprobleme wesentlich häufiger an. Auch die Rolle des Einzelgängers und Außenseiters waren hier öfter festzustellen.

Die *Einstellung gegenüber und die Erlebnisse mit Lehrern* gestalten sich ähnlich wie die festgestellten Ergebnisse bezüglich des Verhältnisses zu früheren Mitschülern.

	§ 63 StGB, [Pat. (p. A.)], N=64	§ 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=93	§§ 63 und 64 StGB, [Pat. (p. A.)], N=157
Positive Beurteilung	31 (48,4 %)	33 (35,5 %)	64 (40,8 %)
„Neutrale“ Beurteilung	15 (23,4 %)	30 (32,3 %)	45 (28,7 %)
Negative Beurteilung	18 (28,1 %)	30 (32,3 %)	48 (30,6 %)

Tab. 22: Einstellung gegenüber und Erlebniss mit Lehrern

Bei den Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, gestaltete sich dieses Mal das Feedback nicht deutlich positiver als bei den Patienten der anderen Unterbringungsgrundlage. Positive, negative und neutrale Beurteilungen hielten sich bei dieser Personengruppe im Gegensatz zu den 63er Patienten die Wage.

Die folgende Auswahl beinhaltet einige positive, neutrale und negative Antworten auf die Frage nach der Einstellung gegenüber Lehrern.

### Negativ

„Aufmüpfig, rebellisch, arrogant. Sie waren zum Großteil meine Gegner.“

(Patient, U. gem. § 64 StGB)

„Die ist nicht so gut, da ich schon eine körperliche Auseinandersetzung mit einem Lehrer hatte.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)

„Nicht so gut, weil ich früher keinen Sinn gesehen habe etwas zu ändern.“

(Patient, U. gem. § 64 StGB)

„Viele Probleme, Ignoranz. Konfrontation gesucht.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

„Sehr aggressiv, Probleme. Straftaten wie bei den Mitschülern.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

### Neutral

„Heute sind Lehrer wichtige Menschen für mich, die mir was beibringen können.“

(Patient, U. gem. § 64 StGB)

„So wie es in den Wald reinschallt, so schallt es raus.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)

„Durchwachsen: noch im Rahmen.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

„War so gut wie nie da, aber sonst auch ganz gut ausgekommen.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

### Positiv

„Gab keine Probleme mit ihnen. Kann mir gut was von ihnen annehmen.“

(Patient, U. gem. § 64 StGB)

„Ich habe alle Lehrer respektiert.“ (Patient, U. gem. § 64 StGB)

„Gute Beziehung, konnte sie auch privat mal fragen.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

„Respektvoll und dankbar für das vermittelte Wissen.“ (Patient, U. gem. § 63 StGB)

Auf die Frage nach der Einstellung gegenüber Schule und dem Lernen, antworteten die Patienten relativ positiv. Nicht ganz 10 % gaben an, der Schule und dem Lernen bewusst aus dem Weg zu gehen. 20 % der Befragten erklärten, dass sie die Schule und das Lernen eher als Pflicht sehen, der sie sich fügen soweit sie können und müssen. Mehr als 60 % gaben an, recht gerne zu lernen, egal ob mit oder ohne Probleme.

Bei den beiden Patientengruppen gestalteten sich der Ergebnisse wie folgt.

Einstellung	§ 63 StGB, < 30 Jahre, [Pat. (p. A.)], N=20	§ 64 StGB, < 30 Jahre, [Pat. (p. A.)], N=41
„Ich lerne recht gerne und es bereitet mir eher keine Probleme.“	7 (35 %)	8 (19,5 %)
„Obwohl es mir schwer fällt, lerne ich eher gerne.“	8 (40 %)	17 (41,5 %)
„Ich sehe die Schule und das Lernen eher als Pflicht, der ich mich füge, soweit ich kann und muss.“	4 (20 %)	14 (34,1 %)
„Die Schule und das Lernen meide ich eher soweit möglich.“	1 (5 %)	1 (2,4 %)
„Schule ist für mich ein rotes Tuch. Ich gehe ihr eher stark aus dem Weg.“	0 (0 %)	1 (2,4 %)

Tab. 23: Einstellung gegenüber Schule und dem Lernen

Aus Table 23 wird ersichtlich, dass Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht sind, eine positivere Einstellung gegenüber Schule und dem Lernen vorwiesen. Es resultiert daraus die interessante Frage, über welchen Schulabschluss diejenigen verfügen, die der Schule und dem Lernen positiv gegenüberstehen.

Schulabschluss	§ 63 StGB, < 30 Jahre, [Pat. (p. A.)], N=20		§ 64 StGB, < 30 Jahre, [Pat. (p. A.)], N=41	
	Eher positiver Einstellung gegenüber Schule und Lernen	Eher negative Einstellung gegenüber Schule und Lernen	Eher positiver Einstellung gegenüber Schule und Lernen	Eher negative Einstellung gegenüber Schule und Lernen
Keinen Schulabschluss	8 (40 %)	2 (10 %)	10 (24,4 %)	8 (19,5 %)
Sonderschulabschl.	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (9,8 %)
Hauptschulabschl. (+ quali. HSA)	0 (0 %)	1 (5 %)	10 (24,4 %)	4 (9,8 %)
Realschulabschl./POS.	3 (15 %)	2 (10 %)	5 (12,2 %)	0 (0 %)
Fachabitur/Abitur	2 (10 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Hochschulabschluss	2 (10 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	75 %	25 %	61 %	39,1 %

Tab. 24: Einstellung gegenüber Schule und dem Lernen, gegliedert nach Schulabschluss

Die Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht und jünger als 30 Jahre alt sind, stehen der Schule und dem Lernen positiver gegenüber als die Patienten der anderen Unterbringungsform. Trotz Nichterreichen eines Abschlusses stand die Gruppe der Patienten ohne Schulabschluss dem Lernen und der Schule eher positiv gegenüber. In Anbetracht der qualitativen Auswertung der Fragen zu der Motivation und den Gründen einen Schulabschluss nachzuholen, den Erlebnissen mit Mitschülern und die Einstellung gegenüber Lehrern ist erkennbar, dass sich die Meinung der Patienten zu diesem Thema positiv verändert hat.

## 6.7 Einflussnahme von Familie, Freunden und sonstigen Bezugspersonen auf das Lernverhalten

Um die Einflussnahme der Familie, Freunden und sonstigen Bezugspersonen auf das schulische Lernverhalten erfassen zu können, wurden die Patienten gefragt, wie hoch sie den quantitativen Einfluss der genannten Personengruppen einschätzen würden. Im Anschluss auf diese Frage wurden die Probanden gebeten, diese quantitative Einflussnahme qualitativ von 0 für „sehr negativ“ bis 10 für „sehr positiv“ zu bewerten.

	Versuch der Einflussnahme: Familie	Versuch der Einflussnahme: Freunde	Versuch der Einflussnahme: sonst. Bezugspersonen
N (Valide Aussagen)	167	166	165
Mittelwert	3,6	2,7	3,24
Standardabweichung	1,317	1,364	1,493
Varianz	1,736	1,860	2,320

Tab. 25: Versuch: Einflussnahme Familie, Freunde u. sonst. Bezugspersonen, allg. Statistik

	Qualität: Einflussnahme Familie	Qualität: Einflussnahme Freunde	Qualität: Einflussnahme sonst. Bezugspersonen
N (Valide Aussagen)	165	163	154
Mittelwert	5,11	3,91	4,85
Standardabweichung	2,996	2,961	3,252
Varianz	8,976	8,770	10,572

Tab. 26: Qualität: Einflussnahme Familie, Freunde u. sonst. Bezugspersonen, allg. Statistik

Stärke der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten

Ein Mittelwert von 3,6 würde bedeuten, dass die Patienten die Stärke der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten als „kaum“ oder „etwas“ stark bewerten. Eine Standardabweichung von 1,317 veranschaulicht eine relativ hohe Streuung. Aus diesem Grund erscheint eine statistische Aufteilung in Quartilsabständen sinnvoll. Fast ein Viertel der Patienten bewertete die Stärke der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten als eher nicht vorhanden. Lediglich 30 % der Befragten erklärten, dass die Familie sehr stark versuchte, Einfluss auf das schulische Lernverhalten zu nehmen.

Stärke der Einflussnahme	Patienten (p. A.), N=167	Kumulierter p. A.
Gar keinen	19 (11,4 %)	11,4 %
Eher keinen	17 (10,2 %)	21,6 %
Kaum	26 (15,6 %)	34,1 %
Etwas	55 (32,9 %)	70,1 %
Sehr starken	50 (29,9 %)	100 %

Tab. 27: Stärke der Einflussnahme der Familie auf das schul. Lernverhalten

Qualitative Auswirkung der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten

Die qualitative Auswirkung der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten gestaltet sich ausgeglichen. Um den Mittelwert von 5,11 streuen die Antwortmöglichkeiten mit einer Standardabweichung von 2,996. Negative und positive Einschätzungen halten sich somit die Waage.

Stärke der Einflussnahme der Freunde auf das schulische Lernverhalten

Der Mittelwert dieser Variabel (2,7) beläuft sich hier auf einem niedrigeren Wert als bei der Stärke der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten. Auch hier ist eine relativ hohe Standardabweichung (1,364) festzustellen. Mehr als 70 % der Befragten gaben an, dass die Freunde eher nicht versuchten, Einfluss auf ihr schulisches Lernverhalten zu nehmen. Dem gegenüber steht ein prozentualer Anteil von ca. 30 %, wobei ein Versuch der Einflussnahme erkennbar war.

Stärke der Einflussnahme	Patienten (p. A.), N=166	Kumulierter p. A.
Gar keinen	45 (27,1 %)	27,1 %
Eher keinen	32 (19,3 %)	46,4 %
Kaum	36 (21,7 %)	68,1 %
Etwas	34 (20,5 %)	88,6 %
Sehr starken	19 (11,4 %)	100 %

Tab. 28: Stärke der Einflussnahme der Freunde auf das schulische Lernverhalten

Qualitative Auswirkung der Einflussnahme der Freunde auf das schulische Lernverhalten

Die Auswirkungen der Einflussnahme der Freunde auf das schulische Lernverhalten bewerten die Patienten eher negativ. Bei einem Mittelwert von 3,91 ist hier ein negativer Trend erkennbar. Zwischen den Standardabweichungen der beiden Variablen „Einflussnahme Familie“ und „Einflussnahme Freunde“ ist kein deutlicher Unterschied zu verzeichnen. 22,7 % der Patienten scheuten sich nicht davor, den Extremwert „0“ für „sehr negativ“ auszuwählen. Wird von einem Neutralwert „5“ ausgegangen, so entschieden sich im Rahmen der Einschätzung der Qualität der Einflussnahme der Freunde 55,2 % der Patienten für einen Wert unter dieser Markierung. Lediglich 4,9 % der Probanden entschieden sich bei der Bewertung für den positiven Extremwert von „10“.

### Stärke der Einflussnahme sonstiger Bezugspersonen auf das schulische Lernverhalten

Sonstige Bezugspersonen haben laut den Angaben der Patienten zwar nicht so stark wie die Familie, jedoch stärker als die Freunde versucht, auf das schulische Lernverhalten Einfluss zu nehmen. Dieser Schluss lässt sich aus der Betrachtung des Mittelwerts (3,24) folgern. Auffällig im Gegensatz zu den beiden anderen Personengruppen ist hier eine noch höhere Standardabweichung von 2,330. Ein Blick auf die Ergebnisse der Tabelle 29 deduziert in Verbindung mit dieser verstärkten Streuung ein Bild einer relativ ausgeglichenen Verteilung. Ein deutlich positiver Trend ist hier abzulesen.

Stärke der Einflussnahme	Patienten (p. A.), N=165	Kumulierter p. A.
Gar keinen	35 (21,2 %)	21,2 %
Eher keinen	20 (12,1 %)	33,3 %
Kaum	24 (14,5 %)	47,9 %
Etwas	43 (26,1 %)	73,9 %
Sehr starken	43 (26,1 %)	100 %

Tab. 29: Stärke der Einflussnahme sonst. Bezugspersonen auf das schulische Lernverhalten

### Qualitative Auswirkung der Einflussnahme sonstiger Bezugspersonen auf das schulische Lernverhalten

Der Mittelwert dieser Variabel gestaltet sich verhältnismäßig wie bei der „Stärke der Einflussnahme sonstiger Bezugspersonen auf das schulische Lernverhalten.“: Mit einem Mittelwert von 4,85 liegt dieser zwischen den beiden anderen Mittelwerten. Sehr auffällig ist hier eine hohe Standardabweichung von 3,252. Sofern der Wert „5“ als eine Art Nullpunkt definiert wird, liegen 41,6 % unterhalb und 44,2 % oberhalb diesem Wert. Obwohl fast genauso viele positive wie negative Einschätzungen abgegeben wurden, ist im negativen Bereich ein Wert von 16,9 % bei dem Extremwert „0“ für „sehr negativ“ markant.

Die qualitative Auswertung der Frage, welche Bezugsperson die Patienten bewertet haben, ergab vier Personengruppen, die besonders häufig genannt wurden: Professionelle Helfer wie bspw. Erzieher, Heimbetreuer, Sozialarbeiter und Lehrer (55 Nennungen), keine sonstigen Bezugspersonen vorhanden (27 Nennungen), Großeltern (19 Nennungen) und Partnerschaften

(17 Nennungen).

## 6.8 Hypothesenüberprüfung und Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus der theoretischen Diskussion zur Rolle der Pädagogik in der forensischen Psychiatrie sind – wie in Kapitel 4 formuliert - Forschungsfragen und Hypothesen entstanden, die an dieser Stelle in Verbindung mit der Zusammenfassung der in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse überprüft werden sollen. Im Folgenden sollen die gebildeten Forschungshypothesen genannt und mit den dazu passenden wichtigsten Ergebnissen verknüpft werden.

*„Der Bildungsstand von Maßregelvollzugspatienten weist einen erheblichen Mangel an schulischer Bildung und beruflicher Qualifikation auf.“*

Die vorliegende Studie definiert als einen „erheblichen Mangel an schulischer Bildung und beruflicher Qualifikation“ ein Bildungsniveau unterhalb des Hauptschulabschlusses und eine nicht abgeschlossene berufliche Ausbildung.

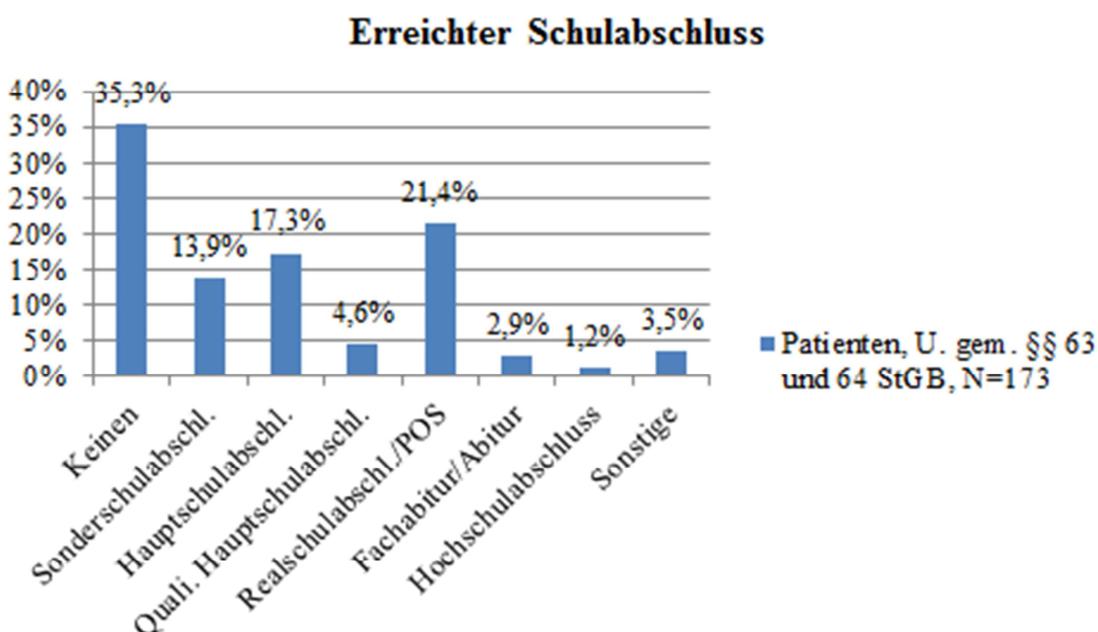


Abb. 7: Erreichter Schulabschluss, Patienten des sächsischen MRV

Demnach verfügte mehr als ein Drittel der Patienten über keinen Schulabschluss. Eine Gruppe von 14 % konnte lediglich einen Sonderschulabschluss nachweisen. Laut dem Mikrozensus 2010 verfügen 4,1 % der Bevölkerung über keinen allgemeinen Schulabschluss. Ein erhebli-

cher Mangel an schulischer Bildung ist also bei der Gruppe der Patienten forensischer Psychiatrien in Sachsen feststellbar.

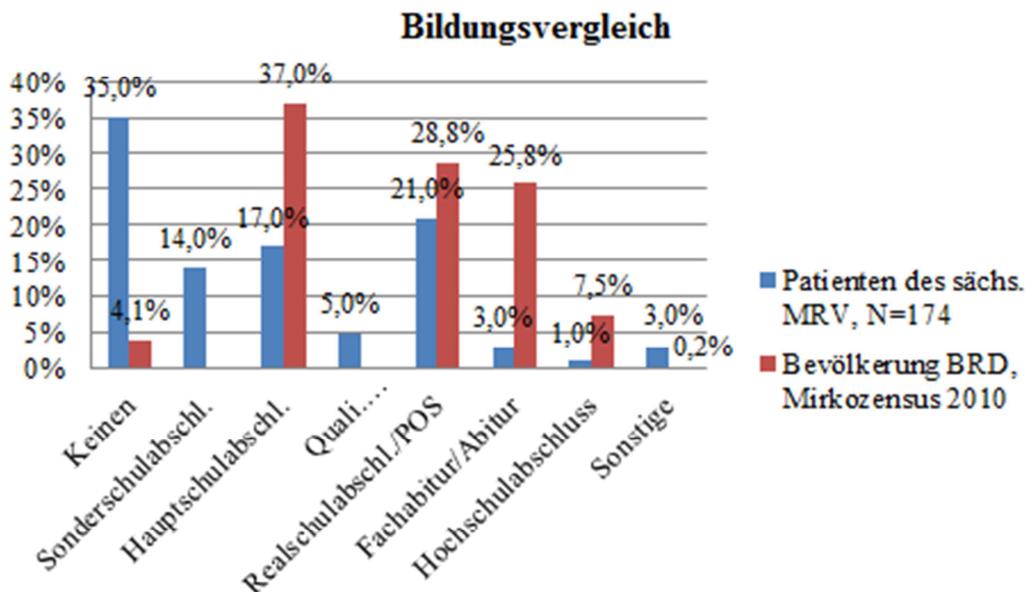


Abb. 8: Bildungsvergleich, befragte Patientengruppe mit Bevölkerung BRD 2010

Über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt laut Mikrozensus 2010 ein prozentualer Bevölkerungsanteil von 27,8 %. Dieser Wert wird innerhalb des Maßregelvollzugs überboten.

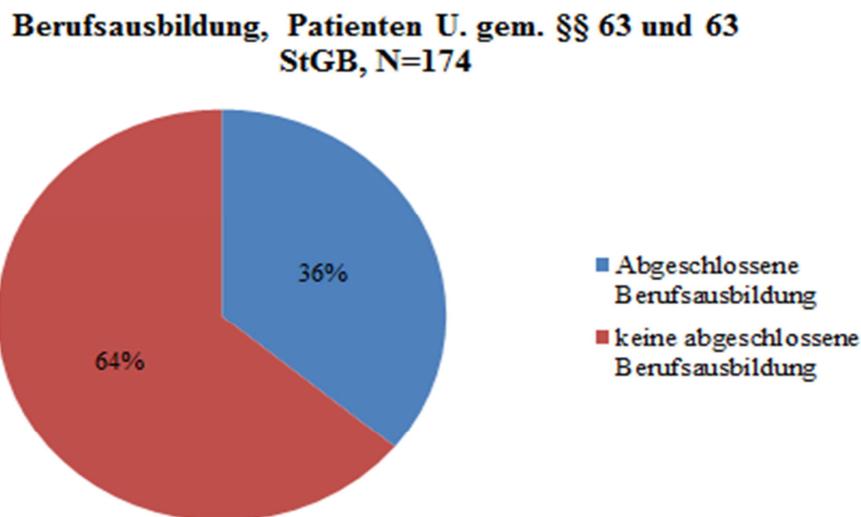


Abb. 9: Berufsausbildung, Patienten des sächsischen MRV

Fast zwei Drittel der sächsischen Patienten verfügen über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Somit ist auch hier ein erheblicher Mangel an beruflicher Qualifikation festzustellen. Die Forschungshypothese ist somit zu bestätigen.

„Bei einem Großteil der Patienten ist eine Lese-Rechtschreibschwäche bekannt.“

Ein Anteil von 14,5 % der deutschsprachigen Bevölkerung leidet unter einem funktionalen Analphabetismus ( $\alpha$  1-3). Ausgehend von einem  $\alpha$ -Level 3 gestaltet sich diese Zahl bei den Maßregelvollzugspatienten annähernd doppelt so hoch. Dieser achtundzwanzigprozentige Anteil stellt bei den Patienten zwar nicht ein Drittel der Befragten, ab welchem Wert jedoch von einem „Großteil“ gesprochen werden kann, unterliegt einer individuellen Definition, die hier noch nicht festgelegt wurde. Somit kann auch dieser Hypothese zugestimmt werden.

„Die bis zum Untersuchungszeitpunkt ausgeführten beruflichen Tätigkeiten der psychisch kranken Straftäter beschränkten sich größtenteils auf körperlich anstrengende Arbeiten.“

Auf die Frage, welche beruflichen Tätigkeiten im Laufe des Lebens ausgeführt wurden, entgegneten die Patienten mit Mehrfachnennungen diverser Berufe. Diese wurden Arbeitsbereichen zugewiesen, wobei die Berufsgruppen, die am häufigsten vertreten waren, in Abbildung 8 dargestellt werden.

### Nennungen der ausgeführten beruflichen Tätigkeiten nach Arbeitsbereichen

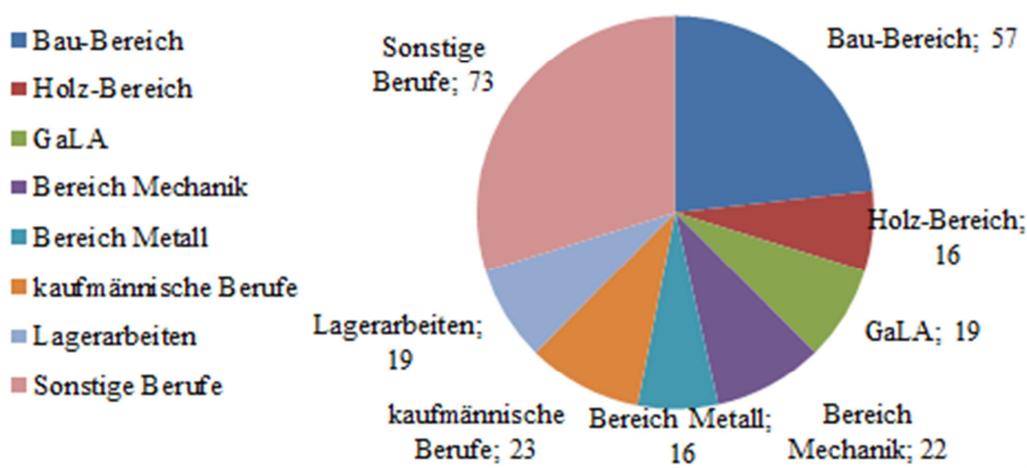


Abb. 10: Diagramm, ausgeführte berufliche Tätigkeiten

Der Sachverhalt, dass einige Berufe bzw. Berufsgruppen so wenig genannt wurden, und wiederum andere Tätigkeiten schwer zuordenbar waren, erklärt die Gruppengröße der „sonstigen Berufe“. Daneben ist die Zahl der Nennungen der Berufe, die in den Baubereich fallen, sehr

auffällig. Die Analyse der Patientenangaben zeigte, dass in diesem Bereich keine leitenden, sondern anstrengende Tätigkeiten ausgeführt wurden. Aus den insgesamt 174 Antworten, fielen unter den Bau-Bereich alleine 10 Nennungen auf die Berufsausübung des Abriss-Helfers. Ebenfalls körperlich hart arbeiten die Mitarbeiter des Garten- und Landschaftsbaus. Lagerarbeiter und Arbeiter im Metall-, Holz- und Mechanik-Bereich. Obwohl die Anstrengung der kaufmännischen Berufe hier ohne Bewertung bleiben sollen, kann doch objektiv festgehalten werden, dass die Arbeiten im Baugewerbe körperlich durchschnittlich mehr abverlangen als eine kaufmännische Tätigkeit. Aus den Gesprächen mit den Patienten stellte sich heraus, dass der Berufszweig der Bau- und Montage-Arbeiter überdurchschnittlich viel Alkohol konsumieren. Für Menschen mit einer psychischen Disposition und einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber Suchtmitteln können diese Rahmenbedingungen als sehr unvorteilhaft bewertet werden.

„Die befragten Patienten weisen eine positive Motivationstendenz gegenüber Bildungsmöglichkeiten während des Klinikaufenthaltes vor“.

Bei der Frage nach der generellen Motivation, einen Schulabschluss nachzuholen, wurden folgende Items formuliert: „Es besteht kein Interesse“, „Es besteht eher mäßiges Interesse. Es wäre mir eher zu viel Arbeit.“, „Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.“, „Sofern mir die Option geboten wird, würde ich mir darüber ernsthaft Gedanken machen. Die Motivation würde sich deutlich steigern.“ und „Das habe ich mir fest vorgenommen. Ich bin stark motiviert.“

Bei mehr als jedem zweiten Patienten würde sich die Motivation deutlich steigern, sofern ihm eine solche Option geboten würde. Es zeigten sich dabei jedoch deutliche Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen.

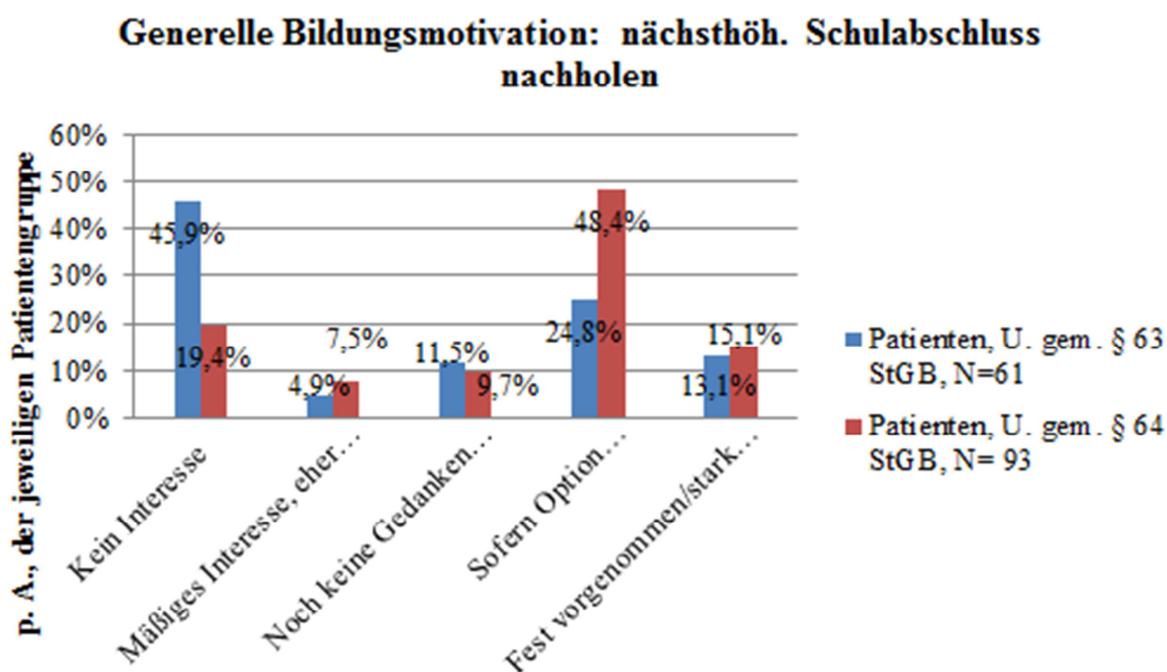


Abb. 11: Generelle Bildungsmotivation nach Unterbringungsgrundlage

Bei den befragten Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, zeigte sich eine fast doppelt so hohe Bildungsmotivation wie bei den nach § 63 StGB unterbrachten Patienten. Gleichzeitig fehlte - im Gegensatz zu 19,4 % bei den 64er Patienten – das Interesse, einen Schulabschluss nachzuholen, bei 45,9 % der 63er Patienten. Diese Tendenz soll nun im Hinblick auf eine Bildungsmöglichkeit während der Unterbringungszeit vertieft werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 abzulesen. Als Items wurden gewählt: „Ja, ich würde das Angebot eher sehr gerne wahrnehmen.“, „Ja, ich wäre gewillt, das Angebot eher auszuprobieren.“, „Ich weiß es nicht, ich kann mich eher nicht entscheiden.“, „Nein, ich würde das Angebot eher

nicht wahrnehmen wollen, um mich zunächst auf die Therapie zu konzentrieren.“ und „Nein, ich hätte eher kein Interesse.“

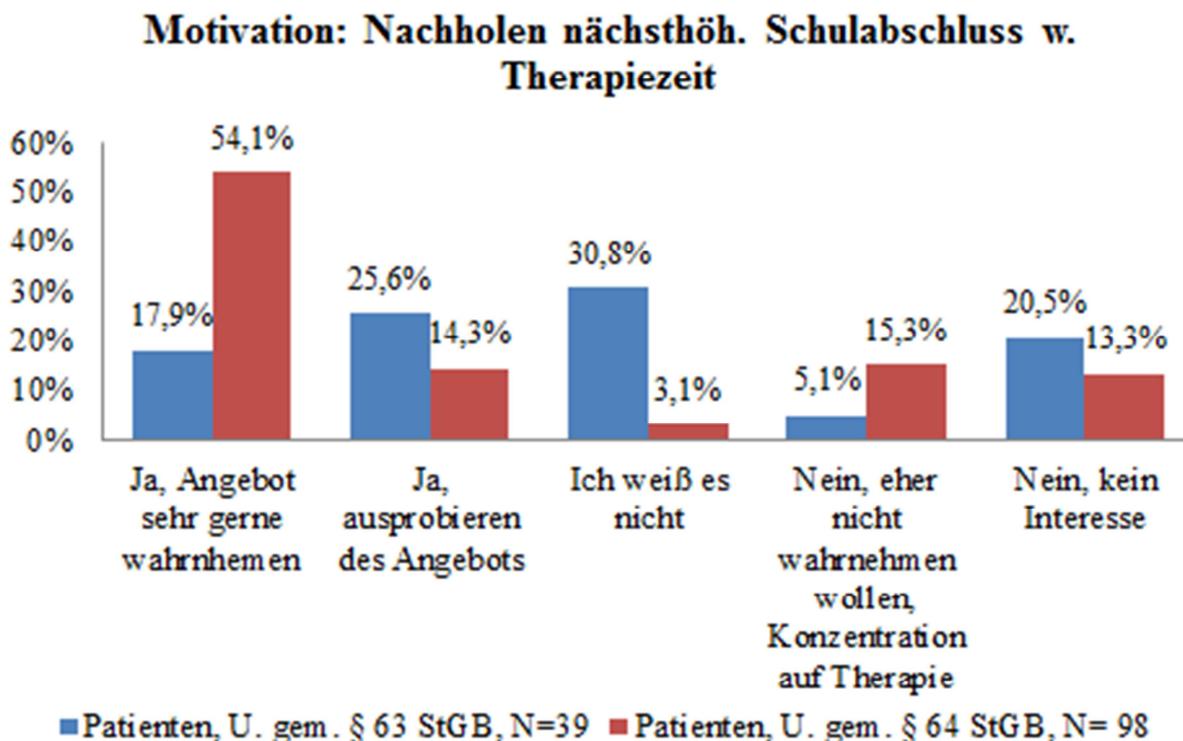


Abb. 12: Motivationslage, nächsthöheren Schulabschluss w. Therapiezeit nachzuholen

Die Antworten auf diese Frage bestätigen die Ergebnisse der letzten Frage. Auch hier zeigten sich die 64er Patienten deutlich motivierter als die 63er Patienten. Von allen befragten Patienten (N=137) stehen knapp 70 % einer Möglichkeit, einen nächsthöheren Schulabschluss während der Unterbringungszeit nachzuholen, positive gegenüber.

Diese Ergebnisse bestätigen somit die Annahme, dass die Patienten eine positive Bildungstendenz gegenüber Bildungsmöglichkeiten während des Klinikaufenthaltes vorweisen.

*„Die bisherigen Erlebnisse mit Mitschülern und Lehrern werden eher negativ bewertet.“*

Um die Erlebnissen mit Mitschülern und Lehrern sowie die Einstellung gegenüber diesen Autoritätspersonen zu erfassen, wurden die beiden Fragen danach offen formuliert. Im Rahmen der qualitativen Auswertung wurden die Antworten in positive, neutrale und negative Aussagen kategorisiert. Zur Bestätigung der Hypothese müssten mehr negative als neutrale bzw. positive Antworten gezählt werden. Die folgende Abbildung soll daher Aufschluss geben.

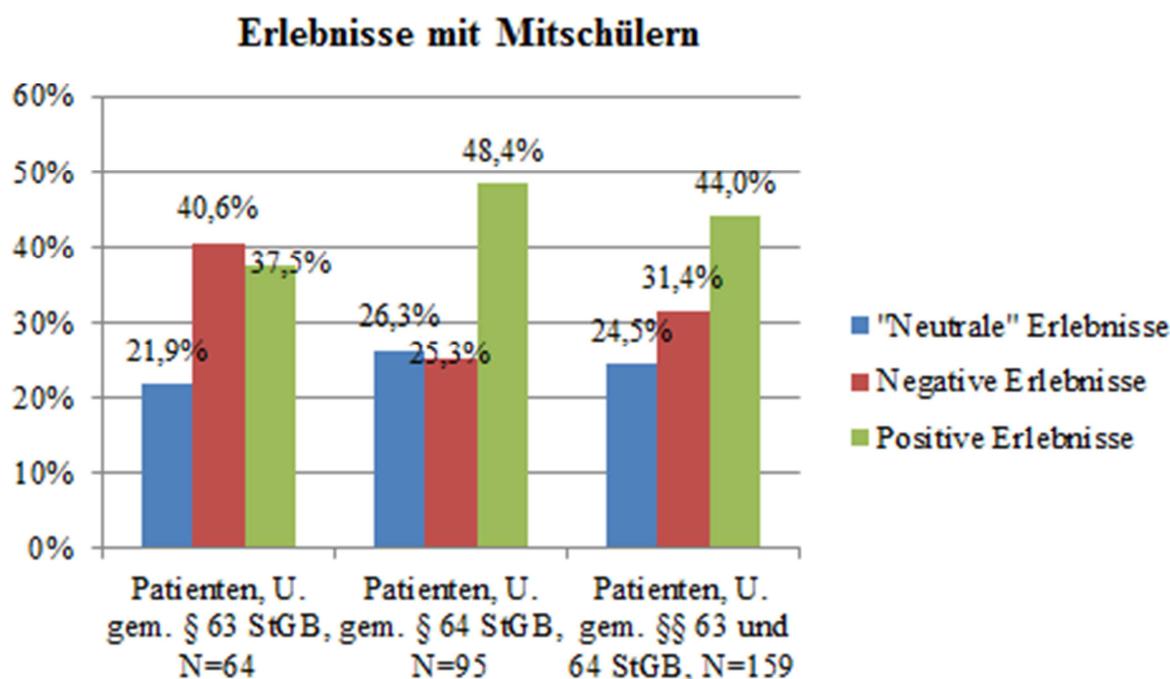


Abb. 13: Erlebnisse mit Mitschülern

Aus Tabelle 13 ist ein Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen abzulesen. Die nach § 63 StGB untergebrachten Befragten beschrieben ihre Erlebnisse mit Mitschülern - im Gegensatz zu den nach § 64 StGB untergebrachten Patienten - vermehrt negativer. Bei den psychisch kranken Straftäter, die in einer Klinik gemäß § 63 StGB behandelt werden, liegen oftmals schwerer Krankheitsverläufe vor. Diese machen sich meist schon in einer frühen Lebensphase bemerkbar. Viele Probanden aus dieser Patientengruppe erzählten oftmals von Hänseleien, Verspottung und einem Einzelgänger-Dasein. Bei den 64er Patienten konnten diese Beschreibungen weniger häufig festgestellt werden. Aus der Kombination beider Unterbringungsformen entsteht aufgrund der relativen Ausgeglichenheit der positiven und negativen Erlebnisse der 63er Patienten (negativ: 40,6 %; positiv: 37,5 %) und den überwiegend positiv formulierten Erlebnissen mit Mitschülern der 64er Patienten (negativ: 25,3 %; positiv: 48,4 %) ein eher positives Bild. Die Hypothese über die Gesamtheit der befragten Patienten kann vor diesem Hintergrund – bezogen auf die Erlebnisse mit Mitschülern - nicht bestätigt werden.

Ein anderes Bild ergibt sich aus der Frage nach der Einstellung gegenüber und den Erlebnissen mit Lehrern. Patienten der Unterbringungsform gemäß § 63 StGB beschrieben deutlich öfter eine positive Einstellung gegenüber Lehrern. Nicht nur gegenüber der Anzahl der negativen Beurteilungen aus der eigenen Patientengruppe, sondern auch im Vergleich mit den

Aussagen der 64er Patienten setzte sich dieses positive Bild deutlich ab. Die Abbildung 14 fasst die Ergebnisse dieser qualitativen Auswertung zusammen.

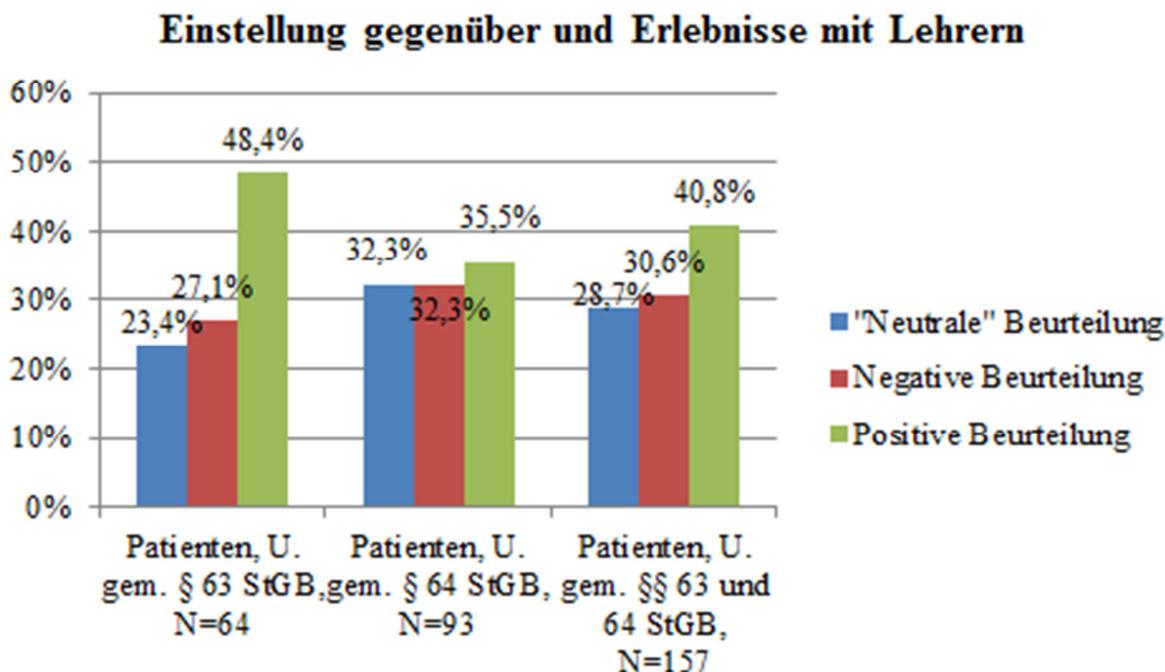


Abb. 14: Einstellung gegenüber und Erlebnisse mit Lehrern

Insgesamt ist auch hier eine eher positive Beurteilung feststellbar. Nach Betrachtung beider Diagramme kann die Hypothese zwar nicht bestätigt werden, eine differenzierte Betrachtung sollte jedoch einer pauschalen Bestätigung entgegengesetzt werden.

*„Die Einflussnahme der Familie der Patienten gestaltet sich während ihrer Schulzeit weniger positiv.“*

Die Untersuchung dieser Gegebenheit bestand aus zwei Fragen. Zunächst sollten die Probanden die Stärke der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten bewerten. Danach wurden sie nach der Qualität dieser Einwirkung gefragt. Anhand einer Ratingskala von 0 für gar keinen bzw. sehr negativ bis 10 für sehr starken bzw. sehr positiv sollten diese Bewertungen festgehalten werden.

Die Überprüfung der Korrelation ergab einen sehr signifikanten mittleren Zusammenhang zwischen den beiden Variablen ( $p=0,003$ ;  $r=0,689$ ). Bei der Variable Stärke der Einflussnahme zeigte ein Mittelwert von 3,6 nach einem Umkodierungsprozess, dass die Stärke der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten von den Patienten als „kaum“ bis „etwas“ stark vorhanden bewerteten. Die Bewertung der Qualität dieser geringen Einfluss-

nahme wurde im nächsten Schritt als weder positiv noch negativ bewertet. Diese Ergebnisbewertung resultiert aus einem Mittelwert von 5,11 und einer Standardabweichung von 2,996. Zurückkommend auf die Hypothese ist anzumerken, dass der Terminus „weniger positiv“ sehr ungenau formuliert ist. Da die Antworten um den Erwartungswert 5 streuen, und die Bewertung der Qualität der Einflussnahme der Familie auf das schulische Lernverhalten keine Richtungstendenz vorweist, kann die Hypothese nicht bestätigt werden.

*„Professionelle Helfer werden von einem Großteil der Patienten als Bezugsperson während der Kindheit und Adoleszenz erwähnt.“*

Aus der Auswertung der Frage, an welche Bezugspersonen die Probanden gedacht haben, als sie deren Einflussnahme auf das schulische Lernverhalten bewerteten, resultierten vier Personengruppen, die besonders häufig genannt wurden. Darunter wurden Personen aus der Gruppe der professionellen Helfer am häufigsten genannt. Die Patienten hatten schon frühzeitig Kontakt mit Erziehern, Betreuern, Heimarbeitern und Sozialarbeitern. Die Hypothese ist zu bestätigen.

## **6.9 Eine kritische Reflexion der empirischen Untersuchung**

Die Methodik der empirischen Untersuchung soll in diesem Kapitel auf ehrliche Weise kritisch hinterfragt werden. Aus den aufgedeckten Schwierigkeiten und Problemen, die in diesem Arbeitsprozess entstanden, können so realistische Verbesserungsvorschläge resultieren.

- Der Fragebogen gestaltete sich sehr umfangreich. Um den Umfang der Arbeit zu begrenzen, wurden im Rahmen der Auswertung erhobene Daten (Evaluation der Bildungsangebote, sofern vorhanden; Untersuchung der intrinsischen und extrinsischen Motivation gegenüber Bildung; Entlassungsprognose und –perspektive), die den Inhalt der Arbeit in keinem bedeutendem Maße verändert hätten, ausgelassen.
- Bei der Untersuchung der intrinsischen und extrinsischen Motivation musste im Nachhinein festgestellt werden, dass die Formulierung der Items keine disjunkten Antwortkategorien vorweisen konnten. Deshalb fiel diese Variable aus der Wertung.
- Entlassungsprognose und Entlassungsperspektive wurden ebenfalls nicht im Ergebnisteil präsentiert. Der Aussagegehalt dieser Datendarstellung wurde als nicht unbedingt erachtet.

- Aufgrund organisatorischer Abspracheprobleme zwischen der Klinik und dem Interviewer konnte nicht festgestellt werden, welche Patienten aufgrund der formulierten Ausschlusskriterien nicht befragt werden konnten, und welche Patienten die Teilnahme verweigerten. Deshalb wurden beide Gruppen in einem kumulierten Anteil der nicht befragten Patienten dargestellt. Im Hinblick auf die klar definierten Ausschlusskriterien kann auch kein Repräsentationsrückschluss auf die Gesamtheit aller in Sachsen untergebrachten psychisch kranken Straftäter abgegeben werden.
- Da die befragten Kliniken in ganz Sachsen verteilt sind, gestaltete sich die Befragung der Probanden sehr zeit- und kostenaufwendig. Vor jeder Befragung mussten zusätzlich die Rahmenbedingungen in ein bis zwei persönlichen Gesprächen mit den Chefarzten und Therapeuten geklärt werden. Jede Klinik (außer SKH Großschweidnitz) musste somit mehrfach besucht werden. Zur Motivationssteigerung, an der Befragung teilzunehmen, erhielten die Patienten für ihre Teilnahme eine Tafel Schokolade und ein Duschbad. Die von Ablehnung geprägte Suche nach Sponsoren blieb erfolglos. Nicht ganz einfach gestaltete sich auch die tatsächliche Befragung der Patienten. Wissenschaftliche Untersuchungen in einem Hochsicherheitsbereich müssen auf spontane Situationsänderungen sehr flexibel reagieren.
- Die tatsächliche Befragung der Patienten in einem Maßregelvollzug ist eine organisatorische Herausforderung. Für einen reibungslosen Ablauf ist eine klare und deutliche Absprache mit dem jeweiligen Stationspersonal unverzichtbar. Es kann nämlich sonst vorkommen, dass der Interviewer auf Station gebracht wird, und das Team nicht weiß, wer das ist und was er vor Ort machen möchte. Das gefährdet das Kriterium der Wissenschaftlichkeit einer Untersuchung in einem erheblichen Maße.
- Bei der Frage nach den sprachlich- und schriftlich-sozialen Fertigkeiten in Deutsch ist der Interviewer gelegentlich auf Verständnisprobleme auf Seiten der Patienten gestoßen. Eine Umformulierung dieser Variable sollte in Erwägung gezogen werden.
- Die Frage nach der beruflichen Bildung der Patienten könnte bei einer erneuten Befragung im Hinblick auf eine effizientere Auswertung differenzierter formuliert werden. Neben der Nennung des Berufs könnte noch eine Auswahl von Antwortmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die den übergeordneten Arbeitsbereich genauer erfassen. Außerdem sollte die Registrierung dieser Daten ein extra Item enthalten, welches die Hilfen und Maßnahmen des Arbeitsamtes separat feststellt. In einem weiteren Schritt könnte diese Fragestellung er-

weitert und mit einem Bewertungssystem versehen werden, wobei der Patient Angaben darüber machen kann, wie sehr ihm diese Maßnahme bei der Arbeitsfindung geholfen hat.

- Auf die Frage nach den Erlebnissen mit Mitschülern und Lehrern zeigten sich die Patienten sehr auskunftswillig. Hier könnte zunächst eine vorgegebene Kategorisierung in „positive“, „neutrale“ und „negative“ Erlebnisse der subjektiven Beurteilung der gegebenen Antwort durch den Auswerter entgegentreten. Ein zweites Item könnte durch eine offene Antwortmöglichkeit diese Bewertung qualitativ vertiefen. Bei der Bewertung der Einstellung gegenüber Lehrern wäre interessant, inwieweit sich diese Einstellung im Laufe des Lebens geändert hat. Eine retrospektivische Frage nach der damaligen Einstellung und der jetzigen Sicht auf diese Personengruppe würde dafür in Frage kommen.
- Bei der Erfassung der Einflussnahme der Familie, Freunde und sonstigen Bezugspersonen auf das schulische Lernverhalten der Patienten könnte eine Erweiterung der Ratingskala dabei helfen, dem Patienten bessere Orientierungspunkte für die Bewertung der Qualität der auf ihn einwirkenden Personengruppe zur Verfügung zu stellen. Unter den Zahlen könnten daher Kategorien („völlige Zustimmung, Zustimmung, Ablehnung, völlige Ablehnung“, „++/+/+/-/--, o. a.“) ergänzt werden. Eine Frage wie bspw. „Welches Bild schießt Ihnen sofort durch den Kopf, wenn sie an die Einflussnahme Ihrer Familie denken?“ würde die Ergebnisse einer solchen Rating-Einschätzung noch bildlich verstärken.
- Bei der Nennung der sonstigen Bezugspersonen empfiehlt sich eine vorgegebene Gruppierung von Personengruppen. Damit kann der Einteilung der genannten Bezugspersonen in Personengruppen durch den Auswerter entgegentreten.
- In der vorliegenden deskriptiven Studie werden mehr unspezifische als spezifische Hypothesen überprüft. Um den subjektiven Interpretationsspielraum möglichst klein zu halten, wäre ein größerer Anteil von spezifischen Hypothesen von Vorteil. Die Ergebnisse der hier vorliegenden deskriptiven Untersuchung sind jedoch relativ eindeutig, so dass diese Kritik unter Vorbehalt gesehen werden kann.

Insgesamt ist festzustellen, dass mit keiner Selbstverständlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass eine wissenschaftliche Untersuchung in diesem Bereich mit hoher Wahrscheinlichkeit reibungslos verläuft. Die Patienten der forensischen Psychiatrie stehen nicht nur aufgrund hoher Sicherheitsvorkehrungen am Rande der Gesellschaft. Der Einsatz für eine Verbesserung der therapeutischen Lebensbedingungen in diesem Bereich stößt oftmals auf eine leicht resignative Grundhaltung, bei Außenstehenden sogar auf Unverständnis.

## 7 Implikation für die Praxis: Die aktuelle Situation der pädagogischen Therapie in der Forensik in Sachsen

Aus der Kombination der aktuellen wissenschaftlichen Situation der Pädagogik in der Forensik, den Theorien abweichenden Verhaltens und den Ergebnissen dieser Studie resultieren klare Aufgaben, Konsequenzen und Ziele für die Bildungsarbeit im MRV. Basierend auf Gerke (2003, S. 22 ff.) und Bogatzky (2009, S. 10 ff.) sollen im Folgenden Ziele für die Bildungsarbeit im Hinblick auf das Arbeitsgebiet der forensischen Psychiatrie dargestellt werden.

1. *Aufarbeitung der Sozialisationsmängel:* Während seiner Sozialisation hat sich das Individuum mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Aus dieser prägenden Interaktion entstehen Leitmuster, die mitunter dazu führen können, dass ein Mensch delinquent wird. Ein Patient des Maßregelvollzuges weist oftmals solche Sozialisationsmängel auf. Diese gilt es im Rahmen der pädagogischen Therapie mit aufzuarbeiten. Der Anspruch einer Aufhebung einer solchen Problematik sollte dabei jedoch nicht verfolgt werden. Vielmehr gilt es, Defizite so zu bearbeiten, dass sich ein gesundes soziales Durchsetzungs- und Anpassungsvermögen entwickelt oder erweitert.
2. *Weiterentwicklung der Lebenskompetenz:* Im Laufe seines Lebens und damit auch im Laufe eines lebenslangen Lernprozesses findet das Individuum seinen Platz in der Welt. Wie in Kapitel 3 dargestellt, gestalten sich die Rahmenbedingungen höchst unterschiedlich. Wird der Mensch in einem defizitären Sozialisationsumfeld geboren, so sind die Ausgangsbedingungen für das Führen eines legalen und erfolgreichen Lebens erschwert. Ihm wird ein erster Platz in dieser Welt zugewiesen, der bei den psychisch kranken Straftätern oftmals von Gewalt und beschränkten Zukunftsaussichten geprägt ist. Das Verlassen dieses Stigmas gestaltet sich äußerst schwierig und ist meist nur durch Bildung möglich. Diese eröffnet die Möglichkeit, über sich selbst zu bestimmen. Da ein Großteil der Patienten über keine allgemeine Schulbildung verfügt, ist es notwendig, diese versäumte oder problembehaftete Möglichkeit zu verbessern.

Die pädagogische Nachreifung soll also versuchen:

- den Patienten bei der Befähigung zu sozialer Kompetenz zu unterstützen und im Umgang mit Kommunikationsprozessen eine soziale Identität zu erwerben;

- an der Kommunikationsfähigkeit des Patienten zu arbeiten, sodass das Verstehen, die Wahrnehmung, die Ausdrucksfähigkeit und die damit verbundenen Aushandlungsprozesse zu zufriedenstellenden Ergebnissen führen,
  - das Vertrauen, die Offenheit und die Konfliktfähigkeit des Patienten zu stärken; durch die Vermittlung von Wissen, Werten und Fähigkeiten die Frustrationstoleranz zu erhöhen, die Selbstständigkeit zu fördern und das Durchhaltevermögen zu verbessern,
  - den Patienten so zu motivieren, dass er die Bereitschaft lernt, Verantwortung zu übernehmen und im Rahmen der Auseinandersetzung mit seinen eigenen Fähigkeiten auf den Weg einer realistischen Selbsteinschätzung gerät,
  - Versagensängste zu überwinden, lernen zu lehren und die bisherigen frustrierenden Schulerfahrungen durch positive Erfolgserlebnisse zu überschreiben.
3. *Erleichterung der Eingliederung in die Gesellschaft:* Neben dem Sicherheitsgedanken verfolgt die Forensik auch die Aufgabe der Resozialisierung. Die Vermeidung der Rückfallkriminalität ist dabei auch ein zentrales Ziel der pädagogischen Therapie in der Forensik. Die durch Straffälligkeit und Mangel an schulischer und beruflicher Bildung geprägten Eingliederungsschwierigkeiten gilt es durch abschlussbezogene Wissensvermittlung entgegenzuwirken. Durch Möglichkeiten, einen Schulabschluss nachzuholen werden gerade für die immer jünger werdenden Patienten die Voraussetzungen für den Erwerb einer beruflichen Qualifikation geschaffen. Alphabetisierungsangebote und grundlegende Bildungsangebote helfen betroffenen Patienten, an ihren Lese- und Rechtschreibfähigkeiten zu arbeiten. Erfolgserlebnisse in diesem Bereich stärken die Therapiemotivation und das Selbstwertgefühl, welches für ein deliktfreies Leben von großer Bedeutung ist.

Diese Ziele sollen durch folgende *Angebote der pädagogischen Therapie* erreicht werden:

- Alphabetisierung
- Elementarunterricht
- Schulabschlussbezogene Kurse
- Vermittlung alltagspraktischer Fähigkeiten
- Fachunterricht in verschiedenen Schwierigkeitsebenen

- Deutsch als Fremdsprache
- Sexualekundeunterricht
- EDV-Kurse
- Vorbereitende oder begleitende Maßnahmen der beruflichen Bildung

Für die Ausführung dieses Spektrums innerhalb des Arbeitsgebiets Maßregelvollzug bedeutet das in keinem Fall eine konkurrierende Situation von psychotherapeutischen und pädagogischen Maßnahmen. Aus dem Zusammenspiel beider Methoden kann der größtmögliche Erfolg entstehen.

Thiersch (1996) zitiert Lempp (1988): „Pädagogik ist zuständig für die Hauptrealität, die normale Welt, Therapie aber für die Nebenrealitäten, die besonderen Welten; oder Pädagogik ist zuständig für den Alltag und die in ihm sich abspielenden Entwicklungs- und Lernprozesse, und Therapie ist zuständig für Ausnahmestände. [...] Pädagogik und Therapie sind so gesehen Prinzipien, Arbeitsansätze. Sie können nicht in Personen getrennt werden. Sie werden je nach Anlass und Situation in eins praktiziert.“ (Lempp, 1996)

## **7.1 Die rechtliche Situation der Pädagogik in der Forensik**

Der Maßregelvollzug hat den gesetzlichen Auftrag der „Besserung und Sicherung“. Dazu gehört bei einer möglichen Resozialisierung die Hinführung zu einem selbstbestimmten Leben. Im Rahmen dieser Hinführung, die zunächst nur über die „Sicherung“ laufen kann, und auch im Hinblick auf die jahrelangen bis sogar lebenslangen Unterbringungszeiträume, ist es unabdingbar, die Lebensverhältnisse innerhalb des Vollzugs so normal wie möglich zu gestalten. Diese Maxime unterliegt dem in den Schweden entstandenen und erstmals in Dänemark formulierten „*Normalisierungsprinzip*“. Aus der Kritik an der Behandlung und Unterbringung geistig behinderter Menschen, entstanden Forderungen, die 1959 und 1967 in skandinavischen Gesetzen Einzug fanden. (vgl. Gutenberger, 2010, S. 30 f.) Eine Auswahl der auf die forensische Psychiatrie übertragbaren Forderungen der Urväter dieses Ansatzes –B. Nirje, W. Wolfensberger, N. Bank-Mikkelsen – gestalten sich wie folgt (ebd. S. 35 f.):

- Ein Leben, das in Tages-, Jahres- und Lebensablauf so normal wie möglich ist.
- Die Integration in die Gesellschaft, z. B. durch die Möglichkeit arbeiten zu gehen.
- Die Verbesserung der Lebensqualität

- Respektierung der Bedürfnisse durch Mitspracherecht der Betroffenen
- Gleichberechtigung, bspw. durch gesetzliche Rahmenbedingungen
- Aufwertung der sozialen Rolle der Personen, bspw. durch Aufwertung der Kompetenz der Person auf verschiedenen Ebenen.

Das Normalisierungsprinzip gilt natürlich auch für andere Personengruppen, die - im Hinblick auf allgemeingültigen Kriterien wie sie bspw. in Standardwerken wie dem ICD-10 zu finden sind - als abweichend definiert sind. Darunter fallen auch die in der Forensik untergebrachten psychisch kranken Straftäter. In den Maßregelvollzugsgesetzen ist daher der Angleichungsgrundsatz festgeschrieben.

Laut Volckart und Grünebaum (2009) sind in § 3 StVollzG Eingliederungsgrundsatz, Gegenwirkungsgrundsatz und Angleichungsgrundsatz formuliert.

#### § 3 Gestaltung des Vollzuges

Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden.

Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken.

Der Vollzug ist darauf auszurichten, daß er dem Gefangenen hilft, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern.

Abb. 15: § 3 StVollzG: Gestaltung des Vollzuges

„Mit der Angleichung an die Freiheit sind durchschnittliche Lebensverhältnisse gemeint und nicht etwa die äußerst dürftigen Umstände sozialer Deklassierter, in denen mancher Patient vor seiner Inhaftierung gelebt hat. Für den Strafvollzug hat der Bundesgesetzgeber diese Grundsätze in § 2 StVollzG ausdrücklich zum Gesetz erhoben.“ (Grünebaum & Volckart, 2009, S. 80 f.) Aufgrund der erheblichen Defizite der schulischen und beruflichen Qualifikation der Patienten des Maßregelvollzuges gilt es schulische und berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Wiedereingliederungschancen anzubieten. Ob die Patienten einen gesetzlich verankerten Rechtsanspruch auf Bildung während der Unterbringungszeit erheben können, soll im Folgenden geklärt werden.

Laut § 1 StVollzG regelt das Strafvollzugsgesetz den Vollzug in den Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung.

„Seit dem Inkrafttreten der **„Föderalismusreform I“** [Herv. durch Verf.] am 1.9.2006 obliegt der Strafvollzug nicht mehr der konkurrierenden Gesetzgebung des Art 74 I Nr 1 GG, sondern unterfällt der (allgemeinen) Gesetzgebungskompetenz der Länder, Art 70 I GG. Solange und soweit die Länder diese neue Kompetenzen nicht wahrnehmen, gilt bestehendes, nach Art 74 I GG erlassenes Bundesrecht als solches fort, Art 125a I GG.“ (Baur, 2010, S. 78)

Dieser Reform sind zwar alle Länder gefolgt. Jedoch gingen sie dabei unterschiedliche Wege, so dass einige Länder (Hbg, Hess, Nds, NW, RhPf, Saar, SaAn, SH) eigenständige Maßregelvollzugsgesetze vorweisen können. Eine Reihe von Bundesländern (BW, Bay, Berl, Bran, Bre, MeVo, Sa, Thü) regeln den Maßregelvollzug nicht so eigenständig und greifen dabei auf das allgemeine Unterbringungsrecht zurück.

„Diese Lösung arbeitet weitgehend mit Verweisungen auf das jeweilige Landesunterbringungsrecht und kann damit den besonderen Behandlungsbedürfnissen der Maßregelvollzugspatienten nicht gerecht werden [...]. Im Übrigen werden vielfach die Lücken, Unzugänglichkeiten und Unverträglichkeiten des Landesrechts mit weiterhin anwendbarem Bundesrecht beklagt [...].“ (Baur, 2010, S. 79)

Es kann also festgehalten werden, dass diese „Auseinanderentwicklung des Maßregelvollzugsrecht“ – wie es Baur (2010) betitelt – dazu führt, dass bundesweit keine einheitliche Regelung vorliegend ist, und deshalb oftmals Unterbringungsgesetze bzw. Maßregelvollzugsgesetze und das Strafvollzugsgesetz ineinander übergreifen. Für das Bundesland Sachsen wären hier das StVollzG und das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) zu nennen.

Nach § 138 StVollzG richtet sich die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt nach Landesrecht, soweit Bundesgesetze nichts anderes bestimmen. Es sind also hier die entsprechenden Paragraphen des SächsPsychKG heranzuziehen, die nach einem Blick auf die bundesrechtliche Regelung (StVollzG) im Weiteren erläutert werden sollen. Aus dem StVollzG ist zunächst Folgendes zu entnehmen:

Für die Zielumsetzung des Vollzuges ist ein Vollzugsplan notwendig. Dieser soll gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 4, 5 und 6 StVollzG auch Angaben zur Behandlungsmaßnahme des Arbeitseinsatzes sowie Maßnahmen der beruflichen Ausbildung und Weiterbildung, Teilnahme an Veranstaltungen der Weiterbildung und besonderen Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen enthalten.

Der fünfte Teil des Strafvollzugsgesetzes beschäftigt sich mit dem Thema „Arbeit, Ausbildung und Weiterbildung“.

### § 37 Zuweisung

- (1) Arbeit, arbeitstherapeutische Beschäftigung, Ausbildung und Weiterbildung dienen insbesondere dem Ziel, Fähigkeiten für eine Erwerbstätigkeit nach der Entlassung zu vermitteln, zu erhalten oder zu fördern.
- (2) Die Vollzugsbehörde soll dem Gefangenen wirtschaftlich ergiebige Arbeit zuweisen und dabei seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und Neigungen berücksichtigen.
- (3) Geeigneten Gefangenen soll Gelegenheit zur Berufsausbildung, beruflichen Weiterbildung oder Teilnahme an anderen ausbildenden oder weiterbildenden Maßnahmen gegeben werden.
- (4) Kann einem arbeitsfähigen Gefangenen keine wirtschaftlich ergiebige Arbeit oder die Teilnahme an Maßnahmen nach Abs. 3 zugewiesen werden, wird ihm eine angemessene Beschäftigung zugeteilt.
- (5) Ist ein Gefangener zu wirtschaftlich ergiebiger Arbeit nicht fähig, soll er arbeitstherapeutisch beschäftigt werden.

Abb. 16: § 37 StVollzG: Zuweisung

Dieser Paragraph deutet auf das Recht auf Ausbildung und Weiterbildung sowie deren Bedeutung im Rahmen der Resozialisierung hin. Eine Konkretisierung dieser Zuweisung erfolgt in § 38 StVollzG.

### § 38 Unterricht

- (1) Für geeignete Gefangene, die den Abschluß der Hauptschule nicht erreicht haben, soll Unterricht in den zum Hauptschulabschluss führenden Fächern oder ein der Sonderschule entsprechender Unterricht vorgesehen werden. Bei der beruflichen Ausbildung ist berufsbildender Unterricht vorzusehen; dies gilt auch für die berufliche Weiterbildung, soweit die Art und Maßnahme es erfordert.
- (2) Unterricht soll während der Arbeitszeit stattfinden.

Abb. 17: § 38 StVollzG: Unterricht

Dieser Abschnitt deklariert eindeutig eine Notwendigkeit für eine bestimmte Patientengruppe, Unterricht während des Vollzugs anzubieten. Die Frage, ob sich aus diesem Absatz auch ein

Rechtsanspruch des Patienten auf Bildung folgern lässt, wird nach der Darstellung der landesrechtlichen Gesetzmäßigkeiten nach dem SächsPsychKG beantwortet.

Gemäß § 138 StVollzG in Verbindung mit § 1 Abs. 1 Nr. 4 SächsPsychKG regelt das SächsPsychKG den Vollzug der Maßregeln nach §§ 63 und 63 StGB.

Auch hier ist zur Zielerreichung der Behandlung die Anfertigung eines Behandlungsplans notwendig.

#### § 21 Behandlung

(1) Der Patient hat Anspruch auf die notwendige Behandlung. Sie schließt die erforderlichen Untersuchungen sowie sozialtherapeutische, psychotherapeutische, heilpädagogische, beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen ein. Die Behandlung erfolgt nach einem Behandlungsplan. Sie umfasst auch Maßnahmen, die erforderlich sind, um dem Patienten nach seiner Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Abb. 18: § 21 SächsPsychKG: Behandlung

Die Inhalte des fünften Kapitels „Arbeit, Ausbildung und Weiterbildung“ des Strafvollzugsgesetzes und der Angleichungsgrundsatz werden von dem Paragraph 38 des achten Abschnitts des SächsPsychKG aufgegriffen.

#### § 38 Rechtsstellung des Patienten

(2) Der Patient soll entsprechend dem Behandlungsplan Gelegenheit zu einer Schul- und Berufsausbildung, Umschulung, Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen, Berufsausbildung oder Arbeit erhalten, die seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entspricht und diese fördern kann. Diese Tätigkeiten können den Patienten auch außerhalb des Krankenhauses gestattet werden, soweit es dem Zweck der Unterbringung dient. Für geleistete Arbeit ist ein angemessenes Arbeitsentgelt, für die Zeiten einer Ausbildung eine angemessene Ausbildungsbeihilfe zu gewähren.

Abb. 19: § 38 Abs. 2 SächsPsychKG: Rechtsstellung des Patienten

Zuvor betont § 38 Abs. 1 SächsPsychKG, dass das Leben in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden sollen, soweit es ohne Beeinträchtigung des Zwecks der Unterbringung möglich ist.

Neben Sachsen (§ 38 II) greifen Bremen (§ 41 III) und Hamburg (§ 13) den Anspruch auf eine den Fördermöglichkeiten entsprechende angemessene Schulbildung des Patienten noch am weitest gehenden auf. (vgl. Marschner, 2010, S. 172)

„NW (§ 11 I) stellt den Unterricht unter den Vorbehalt der organisatorischen Möglichkeiten der Einrichtung, **RhPf** (§7 I), **Saar** (§ 11 I) und **SaAn** (§ 10) wollen nur „Gelegenheiten“ zum Schulbesuch geben bzw. den Schulbesuch nach „Möglichkeit“ gestatten. In den anderen Ländern sind schulische Fördermöglichkeiten nicht erwähnt.

Dem Wiedereingliederungsgebot des Maßregelvollzugs entsprechen diese gesetzlichen Regelungen nicht. Sie verletzen angesichts der wesentlichen differenzierten Regelungen und Angebote im Strafvollzug den **Gleichbehandlungsgrundsatz** nach Art 3 GG [...]. Die Maßregelvollzugskliniken sind verpflichtet, die durch pädagogische und schulische Maßnahmen mögliche Förderung der Patienten in einem Mindestumfang zu gewährleisten. Hierzu gehört, dass **Schulunterricht** grundsätzlich **unabhängig vom Lockerungsstatus** möglich sein muss und nicht nur die Teilnahme an externen Kursen gestattet wird. Gerade in den Phasen geschlossener Behandlung sind deshalb interne trainierende Kursangebote und auf Bildungsabschlüsse vorbereitender Schulunterricht vorzuzulassen (vgl. im Einzelnen Limpinsel 1992).“ (ebd. S. 172, Hervorhebungen im Original)

Diese klare Stellungnahme präzisiert Marschner (2010, S. 172 ff.) und forderte dabei folgende Aspekte:

- Im MRV müssen sowohl Elementarangebote, Analphabetisierungskurse als auch abschlussbezogenen Schulunterricht angeboten werden.
- Entsprechend des Lockerungsstatus des Patienten müssen von der Einrichtung auch externe Bildungsmöglichkeiten eröffnet werden.
- Die Teilnahme am Schulunterricht darf nicht in zeitlicher Konkurrenz zu Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit stehen. Deshalb müssen die Teilnehmer eines solchen Programms von der Teilnahme an der Arbeits- und Beschäftigungstherapie freigestellt werden, ohne dass sie weniger Zuwendung erhalten.
- Die Organisation der Bildungsangebote sind so zu gestalten, dass die Patienten in einem hohen Maße gefördert und motiviert werden. Die alleinige Zurverfügungstellung von solchen Kursen (bspw. VHS oder Abendschule) ist unzureichend.
- Die Hilfe sollte so angelegt sein, dass sie nicht nur für einen kleinen ausgewählten Anteil förderungswilliger Patienten verfügbar ist.

Auch Volckart (2009) fordert eine Ausweitung des therapeutischen Angebots, so dass eine fehlende Schul- und Berufsbildung während der Therapie mit der Hilfe von qualifizierten Pädagogen und Sonderschulpädagogen nachgeholt werden kann.

Jedoch konzentriert sich Volckart (2009) im Kapitel „Arbeit, Ausbildung und Weiterbildung“ seines Standardwerkes zu den rechtlichen Grundlagen des Maßregelvollzugs vorrangig auf die Möglichkeit der Berufsausbildung.

„Zum Recht auf Arbeit im Vollzug der Maßregel gehört deshalb auch das Recht auf Gewinnung der Fähigkeiten, die eine qualifizierte, befriedigende Arbeit während des Vollzugs ermöglichen und das Finden eines geeigneten Arbeitsplatzes nach der Entlassung erleichtert. Die Arbeit in den Arbeitsbetrieben darf deshalb nicht nur auf ungelernte und angelernte Arbeiter zugeschnitten werden. Patienten, die die Fähigkeit für eine weitere Förderung haben, sind entsprechend zu fördern. Das darf nicht erst der der Entlassung vorausgehenden Zeit des Freigangs überlassen werden, denn damit würde wertvolle Ausbildungszeit vergeudet und es bestünde die Gefahr, dass die Strafvollstreckungskammer später die Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung nach § 67d Abs. 2 StGB hinauszögert, um die Berufsausbildung noch >>unter Dach zu bringen<<.“ (Grünebaum & Volckart, 2009, S. 163)

In aller Regel sind Maßnahmen der beruflichen Bildung nur für Freigänger verfügbar, da kein MRV über eine Anbindung an eine betriebliche Ausbildungsstätte verfügt. An der Notwendigkeit von Ausgangsstufen aufgrund von Sicherheitsbedenken und organisatorischen Unzugänglichkeiten darf die berufliche Nach- und Weiterqualifikation nicht scheitern. (vgl. Baur, 2010, S. 173)

Die Bundesländer Hamburg, Sachsen und Bremen sehen ebenso wie Niedersachsen und das Saarland lediglich vor, dass den Patienten „Gelegenheit“ zur beruflichen Förderung gegeben werden sollen. (ebd. S.173)

Bei der rechtsanalytischen Betrachtung der zu der Thematik passenden Paragraphen sticht das Wort „soll“ hervor.

„Nur die Landesgesetze von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz erklären **Gewährung von Arbeit und Ausbildung** uneingeschränkt zu einer Pflicht des Krankenhauses – selbstverständlich nur, soweit der Patient zu deren Wahrnehmung in der Lage ist. Alle anderen behandeln die Arbeit und Ausbildung entweder gar nicht oder mittelbar – als Teil des Therapieplans oder als Voraussetzung für die Zahlung von Bezügen – oder sie verwenden das Wort >>soll<<. Dieser Terminus bezeichnet allerdings in der Sprache des Verwaltungsrechts kein Ermessen. Die Gesundheitsverwaltungen haben damit die gesetzliche Aufgabe erhalten, die nötigen Voraussetzungen für Arbeit und Ausbildung zu schaffen. Der Patient kann sich darauf berufen, wenn nicht ein wichtiger Grund entgegensteht.“ (Grünebaum & Volckart, 2009, S. 168, Hervorhebungen im Original)

Grünebaum und Volckart (2009) kommen zu dem Entschluss, dass der Terminus „soll“ keine Ermessensentscheidungen legitimiert. Ein genauer Blick in das Verwaltungsrecht – und damit auch in ein Basiswerk des Verwaltungsrechts von Schomerus und Hobro(2007) - soll darüber Aufschluss geben.

„Eine Rechtsnorm besteht aus Tatbestand und Rechtsfolge. Bei der Ausgestaltung der Tatbestands- und der Rechtsfolgenseite sind verschiedene Konstellationen möglich:

- gebundene Entscheidung
- unbestimmte Rechtsbegriffe
- Ermessen
- Koppelungsvorschriften.

Bei gebundenen Entscheidungen sind die Tatbestandsmerkmale klar vorgegeben; es gibt dann nur eine Handlungsmöglichkeit. Hier ist kein Raum für behördliche Erwägungen auf der Rechtsfolgenseite. Liegen die Tatbestandsvoraussetzungen vor, muss die Behörde die auf der Rechtsfolgenseite normierte Maßnahmen treffen. Formulierungen von gebundenen Entscheidungen sind: „Muss“, „hat“, „sind zu“, „soll“.“ (Schomerus & Hobro, 2007, S. 48)

Demnach kann gefolgert werden, dass die Patienten des Maßregelvollzugs einen Rechtsanspruch auf schulische und berufliche Aus- und Weiterbildung während der Therapiezeit haben.

Die Förderung der schulischen, beruflichen Aus- und Weiterbildung können durch individuelle Leistungsansprüche nach dem SGB III realisiert werden. Die Patienten des MRV sind von den Leistungen nach §§ 59 ff., 77 ff. SGB III nicht auszuschließen. (vgl. Grünebaum & Volckart, 2009, S. 169)

Baur (2010, S. 173) deklariert ebenfalls einen Rechtsanspruch der Patienten auf besondere Teile des SGB III, und merkt dabei an, dass diese Ausübung sozialer Rechte oftmals aufgrund der Bedingung des Maßregelvollzugs scheitert. Als Zulassungsvoraussetzungen für solche Maßnahmen – die eine Reihe von unbestimmten Rechtsbegriffen beinhalten - werden definiert: Die „Eignung“ der Förderung für den Patienten, die persönliche Eignung und die fachliche Eignung des Erkrankten sowie die vollzugliche Eignung und eine „widerrufbare Zustimmungserfordernis“. (vgl. Laubenthal, 2007, S. 245)

Baur (2010, S. 174) weist darauf hin, dass die Leistungsansprüche nach dem SGB III auf berufliche Aus- und Weiterbildung oft erst zum Ende der Behandlungszeit im Maßregelvollzug realisierbar sind und deshalb den Patienten im Rahmen des vollzugsrechtlichen Wiedereingliederungsgebots die Möglichkeit eröffnet werden muss, Angebote der beruflichen Bildung durch das Krankenhaus wahrnehmen zu können.

## 7.2 Eine Ist-Analyse der pädagogischen Angebote in Sachsen

Vor dem Hintergrund der Resozialisierung und damit auch aus therapeutischer Sicht kann nicht verleugnet werden, dass Schul- und Berufsausbildung von großer Bedeutung für die Entwicklung der Patienten sein kann. Möglichkeiten der beruflichen und schulischen Bildung während der Therapie müssen als wichtiger Therapiebaustein des Behandlungsprozesses gesehen werden. Die Situation der pädagogischen Therapie war 1988 jedoch katastrophal.

„Möglichkeiten einer schulischen oder beruflichen Weiterbildung der Patienten sind kaum vorhanden. Einen qualifizierenden Schulunterricht besuchten zum Erhebungszeitpunkt insgesamt nur 14 Patienten (0,7 %) und nur 6 Patienten (0,3 %) befanden sich in einer beruflichen Lehre. Die Möglichkeit einer beruflichen Lehre innerhalb der Einrichtung besteht nur in einem einzigen Krankenhaus. Auch das arbeitstherapeutische Angebot erscheint selten genügend differenziert und beschränkt sich zumeist auf einfachste manuelle Tätigkeiten.“ (Leygraf, 1988, S. 182)

Seitdem hat sich viel verändert. Inzwischen verfügt laut dem im Jahre 2002 gegründeten Bundesverband Pädagogik in der Forensik (Maßregelvollzug) e. V. fast jede Klinik über ein Bildungsangebot. Zwischen 60 und 70 pädagogische Kräfte arbeiten in Kliniken in ganz Deutschland. Jedoch unterscheiden sich diese Angebote in einem ganz erheblichen Maße. An der stetigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Lehrer in diesem Arbeitsbereich – besonders im Hinblick auf finanzielle und personelle Ressourcen - muss weiter gearbeitet werden. Die vorliegende Arbeit stellt die Frage, wie diese Bedingungen und Umstände im Freistaat Sachsen aussehen. Während bspw. im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt in Nordrhein-Westfalen bei 350 Patienten rund 100 Patienten in einer Patientenschule mit 4,5 Lehrerstellen pädagogisch betreut werden, gestalten sich die Werte in Sachsen weniger stark.

Die hier vorliegende Studie beweist eine hohe Bildungsmotivation der untergebrachten psychisch kranken Straftäter. Demnach würden mehr als 70 % aller befragten Patienten ein Angebot der Bildung während der Unterbringungszeit zumindest gerne ausprobieren bzw. wahrnehmen wollen. Der Freistaat Sachsen verfügt über fünf Maßregelvollzugskliniken. 423 Patienten können so auf rechtlicher Grundlage des SächsPsychKGs behandelt werden. In allen Kliniken wirken Mitarbeiter der unterschiedlichsten Berufsgruppen als multiprofessionelles Team an der Rehabilitation der Patienten mit. Lediglich in zwei Kliniken – SKH Großschweidnitz (§ 64 StGB) und SKH Leipzig (§ 63 StGB) - sind auch Pädagogen festangestellte Mitglieder dieser therapeutischen Gemeinschaft.

Aus Gesprächen mit Therapeuten und Chefärzten der einzelnen sächsischen Kliniken kann das folgende Bild zur Einstellung von Pädagogen in der Forensik skizziert werden:

- SKH Rodewisch: Derzeit sind 3 Lehrer – vermutlich auf Honorarbasis - angestellt. Sie bieten schulische Förderung in Mathe und Deutsch an, ohne das Ziel eines Schulabschlusses. Eine Sozialpädagogin bietet „lebenspraktisches Mathetraining“ für geistig behinderte Patienten an. Prinzipiell gibt es über Fernschulen die Möglichkeit, einen nächsthöheren Schulabschluss zu erreichen. Dies wurde in den letzten Jahren jedoch nicht mehr durchgeführt, weil es meist aufgrund von Überforderung der Patienten im Abbruch dieser Maßnahme endete. Zur Chancenbildung auf eine Berufsausbildung kooperiert die Klinik mit dem Reha-Bereich des Arbeitsamts und Bildungsträgern (FAW, Kolping). Es liegen hier jedoch keine Angaben vor, ob diese Kooperation mit externen Bildungsinstituten schon vor einer entsprechend weiten Ausgangsstufe beginnt. (Stand: Oktober 2011)
  
- SKH Arnsdorf: Auch hier werden zurzeit keine festangestellten Pädagogen beschäftigt. 2-3 Lehrer auf Honorarbasis übernehmen Aufgaben der elementaren Wissensvermittlung. Die Betreuung erfolgt per Einzelunterricht. Je nach Bedarf werden so durchschnittlich 3 Patienten pro Station betreut. Diese Betreuung kann zu einem Schulabschluss führen. In der Praxis passiert das aber eher selten. Die Finanzierung übernimmt die Klinik. Eine Berufsausbildung kann nur ab einer bestimmten Lockerungsstufe über den Sozialdienst organisiert werden, die zu keinem Abschluss oder Zertifikat führt. Im Vordergrund stehen hier die Verbesserung der Alltagskompetenz und die individuelle Förderung der Bildungsdefizite des Patienten. In diesen Fällen werden sie von Pflegepersonal oder dem Sozialdienst gefördert. Das Angebot gestaltet sich daher zeitlich als auch inhaltlich sehr individuell. (Stand: Oktober 2011)
  
- SKH Leipzig: Das Klinikum beschäftigt eine festangestellte Pädagogin. Neben ihrem Büro existiert ein Schulungsraum mit einer pädagogischen Grundausstattung (Klassenzimmer, Tafel, PC, Bücher, usw.). Die Beschulung erfolgt über Einzelunterricht oder Kleingruppenarbeit. Zwar wäre es über die Schulfremdenprüfung möglich, einen Hauptschulabschluss nachzuholen. Jedoch sind die Erfolge in der Praxis auch minimal. Über die Möglichkeit einer Berufsausbildung liegen derzeit keine Informationen vor. Diese Möglichkeit wird wahrscheinlich auch hier erst ab einer bestimmten Lockerungsstufe über den Sozialdienst organisiert. (Stand: September 2011)
  
- Städt. Klinikum St. Georg Leipzig: Das Krankenhaus beschäftigt keine Pädagogen. Eine Beschulung über externe Lehrkräfte wird nicht angeboten. Auch hier können der Besuch der VHS und die Vermittlung in berufsbildende Maßnahmen erst ab einer gewissen Lockerungsstufe erfolgen. (Stand: April 2010)

- SKH Großschweidnitz: Derzeit arbeitet ähnlich wie im SKH Leipzig ein festangestellter Pädagoge mit den Patienten an deren Bildungsdefiziten oder –wünschen. Eine Begleitung bis zum Schulabschluss wird ebenfalls angeboten. Die Beschulung über Einzel- und Kleingruppenarbeit erfolgt in einem eigenen Klassenzimmer. Module einer Berufsausbildung im Rahmen der Ergotherapie stehen noch nicht zur Verfügung, sind aber angedacht. Eine Berufsausbildung oder eine berufsvorbereitende Maßnahme wird auch hier erst ab der Rehabilitationsstufe vermittelt. Eine frühe Überforderung der Patienten soll vermieden werden.

Zwei pädagogische Planstellen und etwa. sechs unabhängige Lehrer betreuen eine Gesamtheit von 423 Patienten innerhalb fünf Kliniken für forensische Psychiatrie. Ob diese Lehrkräfte den Bedarf – ganz besonders im Hinblick auf den Bereich des psychiatrischen Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB - adäquat abdecken können, ist zu bezweifeln.

Als Beispiel für die Praxis soll die Darstellung eines Bildungsangebotes nach der Konzeption der schulischen Weiterbildung des SKH Großschweidnitz (Großschweidnitz, 2010) herangezogen werden. Das in diesem Kapitel nur minimal angepasste Konzept gestaltet sich folgendermaßen (ein großes Dankeschön an dieser Stelle nach Großschweidnitz für die Überlieferung):

Die schulische Weiterbildung hat folgende *Angebotsfelder*:

- Vorbereitung auf externe Prüfung, insbesondere Hauptschulabschluss
- Gezielte Förderung bei Lernschwäche und Analphabetismus
- PC-Kenntnisse: Grundkurs Textverarbeitung und Tabellenkalkulation
- Training Grundkenntnisse und Fertigkeiten in Deutsch und Mathematik
- Deutsch als Fremdsprache
- Kursangebote zu speziellen Themen allgemeiner Bildung (Astronomie, Planetensystem, Internetrecherche, u. a.)

Als *Vorbereitungs- und Zulassungskriterien* sind zu nennen:

- Grundlage: individueller Förderplan, ausgehend testpsychologischer Leistungsdiagnostik und einem Test in den Grundlagenfächern Deutsch und Mathematik

- Mit Beginn der Therapie in Stufe 1A wird im Gespräch mit dem Patienten der jeweilige Bildungsstand erfasst. Schwerpunkte sind dabei die deutsche Rechtschreibung und Mathematik (alltagstaugliches Grundwissen). Auf dieser Grundlage absolviert der Patient einen Test
- Dieser Test ist an die individuellen Voraussetzungen des Patienten gebunden. Vergleichsarbeiten (Deutsch/Mathematik) bzw. Prüfungsaufgaben aus dem Hauptschul- oder Realschulbereich und auch aus dem Bereich der Allgemeinbildung werden herangezogen. Werden im Test deutliche Defizite festgestellt, nimmt der Patient am Gruppenunterricht im entsprechenden Fach (Deutsch/Mathematik) teil, um diese gezielt aufzuarbeiten.

*Die Ziele und die Zielsetzung der Bildungsarbeit* gestalten sich wie folgt:

- Die individuellen Ziele des Patienten werden im Behandlungsplan unter Einbeziehung der vom Therapeuten ermittelten testpsychologischen Erkenntnisse verankert.
- Wichtigstes Ziel für diese Patienten ist, sie zu befähigen, ihre Angelegenheiten im täglichen Leben selbständig regeln zu können (verständliche Briefe richtig schreiben, Formulare ausfüllen, Rechnungen, Mahnungen, Lohnabrechnung, Kredit, Haushaltsbuch verstehen und kontrollieren zu können). Gleichzeitig muss vielen Patienten das Lernen und die Arbeit in der Gruppe beigebracht werden, Erfolgserlebnisse geschaffen werden, um zu motivieren, um auch wieder Freude am Gelernten zu haben und das Selbstbewusstsein zu stärken. Umfang: min. 2 Wochenstunden.
- Ziel ist, bei entsprechenden Voraussetzungen einen besseren Schulabschluss (Hauptschule/Realschule) oder eine Berufsausbildung vorzubereiten. Beide Ziele dienen einer späteren Integration bzw. sind für eine anzustrebende Berufsausbildung notwendig.

*Rahmenbedingungen und Durchführung* des pädagogischen Angebots:

- Für die Vorbereitung auf einen Schulabschluss wird Gruppenunterricht in Form von Förderunterricht angeboten, der die jeweiligen Grundlagenfächer Deutsch und Mathematik und mindestens drei Wahlfächer (z.B. Geschichte, Gemeinschaftskunde, Physik, Biologie) beinhaltet. Grundlage für den Unterricht bilden die Lehrpläne des Landes Sachsen und eine gezielte Prüfungsvorbereitung anhand von Prüfungsaufgaben der vergangenen Jahre. Um-

- fang: 2 bis 4 Unterrichtsstunden täglich im Wechsel am Vormittag oder Nachmittag. (Abstimmung mit Ergotherapie und Sport notwendig)
- Ein vollständiger Unterricht in den Fächern Physik, Chemie, Biologie ist wegen der fehlenden technischen Voraussetzungen (Lehrmittel/Experimente) nicht möglich.
  - Die eigentliche Prüfung erfolgt als externe Prüfung im MRV bzw. nach der Entlassung extern oder mit größeren Erfolgsaussichten nach Besuch einer Abendmittelschule (z.B. Bautzen).
  - Für die Patienten, die wegen guter Testergebnisse nicht am Unterricht teilnehmen, werden einmal wöchentlich allgemein bildende Kurse angeboten (z.B. Geografie und Geschichte Europas, Astronomie-Grundkurs, PC-Grundkurs für Anfänger zur Bedienung und sinnvollen Nutzung des PC, Kurs zu Textverarbeitung und Tabellenkalkulation). Die Inhalte sollen den Patienten Möglichkeiten für eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung zeigen oder einer besseren beruflichen Integration dienlich sein.
  - Auch eine Berufsausbildung kann bei entsprechenden Voraussetzungen angeregt und begonnen werden. Dabei wird der Patient im Berufsschulbereich durch den Lehrer unterstützt. Voraussetzung ist dafür eine entsprechend hohe Lockerungsstufe und letztlich die Zustimmung durch den Chefarzt.
  - Es wurde auch schon notwendig, Patienten im intensiven Einzelunterricht Deutsch (für Ausländer) zu vermitteln, damit Therapie und sinnvolle Verständigung überhaupt möglich werden.
  - In regelmäßigen Abständen berichten die Fachlehrer über Lernfortschritte und das Verhalten der Patienten in den Bezugsteams und in den Behandlungskonferenzen.
  - Auf die Nutzung von Computertechnik im Unterricht ist heute nicht mehr zu verzichten! Zum Beispiel ist eine am PC nutzbare Enzyklopädie für viele Unterrichtsfächer von unschätzbarem Vorteil. Für die Vorbereitung auf den Realschul- oder Hauptschulabschluss sollte es möglich sein, themenbezogen auch im Internet zu recherchieren.
  - Für Patienten mit sehr schlechten Lese- und Schreibfähigkeiten steht auch die Möglichkeit zur Übung auf dem Internetportal [www.ich-will-schreiben-lernen.de](http://www.ich-will-schreiben-lernen.de) zur Verfügung.

- Es gibt vielfältige Übungs- und Lernprogramme, die am PC sinnvoll genutzt werden können, besonders hervorheben möchten wir hier Sprachlernprogramme und Übersetzungsprogramme (Englisch/Russisch), die den Erfordernissen eines qualifizierten Englisch- bzw. Deutschunterrichts (für Ausländer) genügen. Das im Krankenhaus verfügbare Programm Cogpack kann für vielfältige Übungen im Unterricht für die Fächer Deutsch und Mathematik sowie Allgemeinbildung genutzt werden, außerdem ist es gut für Konzentrations-, Ausdauer-, Gedächtnis-, und Koordinationsübungen geeignet.

Es ist festzuhalten, dass die Bildungsangebote von Klinik zu Klinik variieren. Die Breite der Möglichkeiten für die Patienten, an ihrer oftmals problematischen Bildung zu arbeiten, ist daher von ihrem Unterbringungsstandort abhängig. Das Erfordernis einer einheitlichen Ausgestaltungsform dieses therapeutischen Sektors zeichnet sich ab.

### **7.3 Eine Handlungsempfehlung für den pädagogischen Sektor der sächsischen Maßregelvollzugsbehandlung**

Die Lage der pädagogischen Therapie in der Forensik in Sachsen zeigt einen erheblichen Handlungsbedarf. Vor dem Hintergrund der psychiatrischen Krankheitssymptomatik darf nicht von einem Schüler-Lehrer-Verhältnis ausgegangen werden, wie es in den Schulen des öffentlichen Lebens vorzufinden ist. Kleingruppenarbeit von maximal fünf bis acht Patienten stellt die maximale Beschulungsgröße. Hinzu kommen Einzelunterrichtsstunden und ein individueller Förderbedarf. Während der Maßregeltherapie gleicht nicht jeder Tag dem anderen. Die Stimmung, die Leistungsbereitschaft und die Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit der Patienten weisen extreme Schwankungen auf. Daraus ergeben sich zeitliche Verzögerungen im therapeutischen Vorgehen, auf die individuell eingegangen werden müssen. So kann es vorkommen, dass ein Patient seine Probleme auf seine Mitschüler überträgt. Eine an die Situation angepasste Reaktionsweise und damit auch eine Separierung bzw. Aufteilung von Lern-typen wird notwendig. Ein Pädagoge kann diese Aufgabe unmöglich alleine stemmen.

Kliniken, die nur eine pädagogische Kraft zu ihrem Therapiekonzept zählen können, sollten sich um eine entsprechende Aufstockung des Personals auf mindestens zwei pädagogische Vollzeitstellen (anhängig von der Größe der Klinik) bemühen.

Im Hinblick auf den Erwerb von staatlich anerkannten Leistungen, wie den Hauptschulabschluss, wird das Lernsetting nicht nur durch einen qualitativ höheren Anspruch belastet. Die Anforderungen der Rahmenbedingungen erschweren die objektiven Herausforderungen für den Erwerb eines Abschlusses.

Im Folgenden soll eine Skizze entstehen, wie ein Bildungsprogramm geschaffen werden könnte. Dabei wird sich auf den Raum Leipzig bezogen. Dieses Beispiel soll sich primär auf die Möglichkeit beschränken, wie ein Angebot entstehen kann, einen Hauptschulabschluss während der Therapiezeit zu erwerben.

Die hier dargestellten Informationen beziehen sich auf Ergebnisse des kommunikativen Austausches mit den folgenden Partnern:

- Frau B., Pädagogin aus dem SKH Altscherbitz
- Abendgymnasium Leipzig
- Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Kultusministerium Sachsen

- Regionalstelle Schulamt Leipzig, Mittelschule
- Projektmanagement ILS
- VHS Leipzig
- Aktion Mensch
- Jobcenter (früher: ARGE) Leipzig
- Verein Arbeit und Leben Leipzig
- Servicecenter ESF, Sächsische Aufbaubank
- Bundesverband der Pädagogen in der Forensik

### Einrichten einer Testphase

Bevor Anstrengungen unternommen werden, Pädagogen oder Lehrer fest einzustellen, könnte eine Testphase für Bildung erfolgen. Davor empfiehlt sich zunächst eine Bedarfserhebung. Diese sollte nach etwa 3 Monaten erfolgen. Der Patient muss sich erst einmal einleben und im Setting der Klinik ankommen.

Anhand einer *pädagogischen Eingangsdiagnostik* sollte eine Bildungsanamnese durchgeführt werden. Neben der Erfassung der Daten zur vorliegenden Schul- und Berufsbildung wäre das Eruiieren von Bildungsinteressen und –wünschen von Vorteil. Aus diesen Erkenntnissen und einem abschließenden pädagogischen Test über das Allgemeinwissen sowie die Schreib-, Les-, Rechen- und Ausdrucksfähigkeit des Patienten können Ziele und Inhalte der pädagogischen Förderung entstehen.

Patienten, die besonders motiviert, aufgrund ihres Intelligenzquotienten und der vorliegenden psychiatrischen Erkrankung kognitiv nicht bildungsresistent oder in einem Alter sind, bei dem Bildung primär Resozialisierungschancen im Hinblick auf eine Steigerung der Vermittlungschancen in die Arbeitswelt keine Funktion erfüllen kann, sollten ausgewählt werden, an einem Bildungsprogramm während der Therapiezeit teilzunehmen.

Dieses Angebot sollte nicht warten, bis der Patient in einer erhöhten Lockerungsstufe angekommen ist. Im Rahmen dieser Testphase gilt es das Netzwerk im regionalen Setting der Klinik zu analysieren, um mit Bildungspartnern zu kooperieren, die in die Klinik kommen können, um dort vor Ort mit den Patienten an deren Bildungsdefiziten zu arbeiten. Für den Raum

Leipzig können die Institutionen des Abendgymnasiums Leipzig und die Volkshochschule Leipzig in Frage kommen. Die Direktorin des Abendgymnasiums Leipzig erklärte auch ein deutliches Interesse an einer Kooperation zwischen der Abendschule und dem Klinikum. Ohne eine verbindliche Aussage treffen zu wollen, könnte sie sich vorstellen, eine extra Lerngruppe für Patienten des MRV zu kreieren. Jedoch fehlten die finanziellen und personellen Ressourcen, Lehrer in die Klinik zu schicken, sodass eine entsprechende Lockerungsstufe notwendig wäre. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass diese Ressourcen geschaffen werden sollten. Deshalb wurde die Möglichkeit einer zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeit durch den ESF überprüft: Die Förderbereiche SMWA, 07406 R24 („Verbesserung der Beschäftigungschancen von Arbeitslosen und Benachteiligten“), SMS/SMUL 07441 („Vorhabensbereich I – Qualifizierungs- und Beschäftigungsvorhaben für benachteiligte junge Menschen – Jugendberufshilfe; Integrationsvorhaben für psychisch Kranke; Integrationsprojekte für schwerbehinderte Menschen“), SMWA 07481, 07482, 07483 R24 („Verbesserung der Beschäftigungschancen von Arbeitslosen und Benachteiligten“) und vor allem Angebote des SMJus 07380 zur „Qualifizierung Gefangener“ kämen für eine Finanzierungshilfe in Frage. (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, 2009)

Obwohl die Anforderungen an den Inhalt in den genannten Richtlinie einen großen Interpretationsspielraum gewähren, dementierte der ESF diese Finanzierungsmöglichkeit. In einer persönlichen E-Mail wurde mitgeteilt, dass die ESF-Richtlinien des SMSJus die berufliche Qualifizierung als Förderzweck festlegen. „Der nachträgliche Erwerb von Schulabschlüssen fällt leider nicht darunter. Zudem darf der ESD nur nachrangig zu gesetzlichen Aufgaben und anderen Fördermittelgebern Projekte finanzieren. Sobald ein Recht bzw. ein Anspruch auf eine Förderung bzw. Leistung besteht, ist diese Nachrangigkeit verletzt.“ (Kunert, SAB: Abt. Sozialfonds, Pers. Email, 14. April 2010)

Inhaltlich besonders attraktiv gestaltete sich das Programm der VHS Leipzig. Das dazugehörige Schreiben befindet sich aus Gründen des Datenschutz nicht im Anhang dieser Arbeit. Die Pädagogen der Volkshochschule würden dreimal wöchentlich (für 1,5h) in die Klinik kommen, um mit den Patienten zu arbeiten. Inhaltlich würden die Kurse in den Fächern Deutsch, Englisch und Mathematik die Teilnehmer an ein kontinuierliches Lernen heranführen. Aufbauend auf diesem Kurs wäre es möglich, einen nahtlosen Übergang zu einer Vorbereitung auf einen angestrebten Schulabschluss zu schaffen. Jedoch ist dieses Angebot auch sehr schwer realisierbar, da die VHS Leipzig ein solches Angebot nur offerieren darf, sofern die Teilnehmer die Kursgebühren selbst tragen. Somit würden für den Patienten Kosten zwischen 162 Euro und 374,40 Euro entstehen. Unabhängig, ob der Patient nur über die monatliche Auszahlung des „Taschengeldes“ (ca. 100 Euro) nach SGB II oder andere höhere

Einkünfte verfügt, sind diese Kosten zu hoch.

Die Beschulung von Patienten vor einer entsprechenden Lockerungsstufe kann auch durch die Möglichkeit externer Lehrer auf Honorarbasis erfolgen. Dazu müsste die Klinik über finanzielle Ressourcen verfügen, diese pädagogischen Kräfte bezahlen zu können. Die Umsetzung dieser einfachen theoretischen Überlegung gestaltet sich in der Praxis meist schwieriger als vermutet. Wirtschaftliche Effizienz wird zu Zeiten der Privatisierung der Maßregelvollzüge und der Weltwirtschaftskrise groß geschrieben.

Sofern diese Testphase aufgrund sonstiger externer Geldgeber (bspw. Sponsoren o. ä.) doch zustande kommen kann, oder die Klinik Lehrer auf Honorarbasis im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten einstellen kann, sollten die Erfahrungen über die erschwerten Rahmenbedingungen, Bildungsmaßnahmen vor einer Lockerungsstufe anbieten zu können, und die pädagogischen Erfahrungen aus einer durchgeführten „Testphase“ zu Überlegungen führen, ob es nicht sinnvoll ist, das Therapiekonzept der Klinik zu erweitern und vor Ort Strukturen zu schaffen, den Patienten im Rahmen einer Patientenschule innerhalb des Klinikgeländes die Möglichkeit der pädagogischen Nachreifung zu offerieren.

#### Aufbau einer spezialisierten Therapiestation

Soll eine solche pädagogische Therapieform in den Klinikalltag integriert werden, empfiehlt sich der Aufbau einer spezialisierten Therapiestation. Durch die Zusammenfassung von Patienten mit ähnlichen Behandlungsbedürfnissen und die Aufgliederung in einheitliche Behandlungsziele kann das multiprofessionelle Team effizienter arbeiten. Dabei spielen Faktoren wie die Klinikgröße und die bauliche und personelle Ausstattung eine wesentliche Rolle. „So sind therapeutische Konzeptualisierungen erst möglich, wenn es auch andere, weniger spezialisierte Stationen gibt, auf denen die Patienten behandelt werden können, die aus vielerlei Gründen (ungenügende Remission einer Psychose, intellektuelle Einschränkung, nicht gruppenfähig, Fehleinweisung) nicht an einem umfangreichen hoch spezialisierten Therapieangebot teilnehmen können oder wollen.“ (Bauer, 2005, S. 11)

Im Hinblick auf die Ergebnisse dieser Diplomarbeit wäre der Aufbau einer gesonderten Therapiestation für motivierte Patienten, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht haben von großem Vorteil für die angedachte Resozialisierung und das Fußfassen in der Arbeitswelt nach dem Klinikaufenthalt. Innerhalb einer solchen Spezialstation können sich die Patienten gegenseitig Halt, Unterstützung und Motivation geben. Die Beziehung der Patienten untereinander kann durch die ähnlichen Interessen, Ziele und Fähigkeiten gestärkt werden. Ein wohlthuendes Lernumfeld kann so entstehen. Patienten, die während ihrer Therapiezeit an einer Bildungsmaßnahme teilnehmen, bräuchten keine Bedenken zu haben, dass sie von anderen

Patienten ausgegrenzt oder abgelenkt werden.

Um der Gefahr zu entgehen, dass die Bildungsmaßnahme von den Patienten latent als Grund missbraucht wird, den psychiatrischen Behandlungsmethoden nicht volle Konzentration schenken zu können, sollte die Verlegung auf die Spezialstation erst nach zentralen Behandlungspunkten wie bspw. der Straftatbearbeitung erfolgen. Das bedeutet aber im Umkehrschluss niemals, dass die pädagogische Therapie auf der Sonderstation vor den allgegenwärtigen Basisbehandlungsmethoden steht. Vielmehr sollte die Arbeitstherapie so ergänzt werden, dass sie vom wöchentlichen Zeitumfang reduziert wird. Da der Gesetzgeber verlangt, dass Unterricht während der Arbeitszeit stattfinden soll, würde an dieser Stelle § 38 Abs. 2 StGB aufgegriffen und umgesetzt werden.

In drei vorgeschalteten Phasen müsste geklärt werden, welche Patienten für die Verlegung auf eine solche Spezialstation in Frage kommen:

1. Orientierungsstufe mit zusätzlicher Informationsvermittlung
2. Motivationsphase
3. Testphase

Im Rahmen der Aufnahmephase wird der Patient über die Bildungsmöglichkeit in der Klinik informiert. An dieser Stelle empfehlen sich Teile der zuvor genannten pädagogischen Eingangsdagnostik.

In der zweiten Phase (Motivationsphase) testet das therapeutische Personal die Motivation des Patienten. In ausführlichen Gesprächen und während den Einzel- und Gruppentherapien können die Einstellung gegenüber Bildung sowie die entsprechenden Zukunftspläne des Patienten immer wieder thematisiert und überprüft werden.

Zur zusätzlichen Überprüfung der Motivation kann eine weitere Phase (Testphase) durchlaufen werden. Hierbei sollte der bildungswillige Patient mit dem Pädagogen erste Einzelunterrichtsstunden vereinbaren. Anhand erster pädagogischer Aufgaben und zusätzlicher Hausaufgaben kann der Patient seine Einstellung gegenüber der Bildungsmöglichkeit handfest überprüfen. Zu trainierende und im Rahmen von Bildungsprozessen angesprochene Fähigkeiten wie bspw. Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen und kognitive Leistungsfähigkeit können so getestet werden. Aus der Kombination dieser ersten Erfahrungen mit dem Bildungsanwärter und weiteren psychologischen Tests zur Aufnahme-, Konzentrations- und Merkfähigkeit kann der Pädagoge eine fundierte Einschätzung über die Sinnhaftigkeit der Verlegung des Patienten auf die pädagogische Station abgeben.

Bei der Ausgestaltung des pädagogischen Therapieangebots einer solchen Spezialstation können folgende Punkte beachtet werden:

- Das pädagogische Angebot der Station sollte sich aus Alphabetisierung, Deutsch für Ausländer, Sexualkundeunterricht, Hauptschulvorkurs, Hauptschulkurs, Realschulkurs, und Fernstudienkurse (bspw. über IHK, ILS, SGD, u. a.) zusammensetzen.
- In Form von Einzelunterricht, Kleingruppenarbeit (max. 4 Teilnehmer) und wenn möglich auch Großgruppenarbeit (min. 3 Teilnehmer) kann die Bildungsarbeit über teilnehmerorientiertes, selbstbestimmtes oder erfolgsorientiertes Lernen durchgeführt werden.
- Eine Unterscheidung in offene und geschlossene Gruppen würde helfen, den Lernfluss kontrolliert zu steuern. Besonders leistungsfähige Teilnehmer sollten so von Patienten getrennt werden, die oftmals Leistungseinbrüche und ein erhöhtes Störpotential vorweisen.
- Die Separierung von Elementarunterricht und abschlussbezogene Wissensvermittlung muss ebenfalls gewährleistet sein.
- Jede Teilnahme sollte nicht nur mit einem psychischen Erfolgserlebnis enden. Teilnahmebestätigungen, Zertifikate oder sogar staatlich anerkannte Abschlussprüfungen klären über den Erfolg der Teilnahme auf.
- Teambesprechungen, Morgenrunden, Patientenbesprechungen und Therapien gilt es mit der pädagogischen Bildungsmaßnahme zu verbinden.
- Die Dokumentation der Lernfortschritte sollten in der Elektronischen Patientenakte dokumentiert werden. Regelmäßige Leistungstest (Leistungsdiagnostik) können die Transparenz erhöhen.
- Kooperationen mit externen Bildungsinstituten und regelmäßiger Besuch externer Dozenten können sich auf die Motivation des Patienten positiv auswirken.
- Fehlverhalten müssen auch hier mit entsprechenden konsequenten Disziplinarmaßnahmen bearbeitet werden.

Kritiker eines solchen Konzepts bringen oftmals das Argument vor, dass eine solche Maßnahme zu keinem Erfolg führen kann, weil die Patienten durch die erheblichen Anforderungen aus der Kombination von Therapie und Bildungsmaßnahme überfordert sind, und es deshalb zu einem Abbruch kommen würde. Empirische Untersuchungen können diese Kritik jedoch widerlegen: „Mit nur 11,7 % ist der Grund >>Überforderung<< erfreulich niedrig, was auf die beschriebene stets vorausgehende Testuntersuchung, die geringen Gruppengrößen, die patientenorientierte Unterrichtsführung und das differenzierte Angebot zurückzuführen ist.“ (Gretenkord, Giese, & Müller-Isberner, 1990, S. 46) Als Grund für eine vorzeitige Beendigung einer Maßnahme in diesem Bereich muss die „Demotivation“ des Patienten festgestellt werden. Die Motivationsarbeit nimmt deshalb einen hohen Stellenwert in der pädagogischen Therapie ein.

An dieser Stelle kann auf den beruflichen Sektor als weitere Vertiefung von Bildungsmaßnahmen nicht eingegangen werden. Dieser Bereich ist für eine würdige Darstellung im Rahmen dieser Diplomarbeit zu komplex.

„Bei berufsbezogenen Maßnahmen steht die Qualifizierung für ein spezielles Berufsbild bzw. eine Berufsausbildung unter Vermittlung von berufsspezifischen Fertigkeiten und Wissensinhalten im Vordergrund. [...] Vor dem Hintergrund der mittleren Verweildauer von 4-5 Jahren und einer Berufsausbildungsquote von 24,4 % (Leygraf, 1988) kann die Ergotherapie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ggf. die praktischen *Berufsausbildungsaufgaben* übernehmen. Bedingung hierfür ist nicht zuletzt eine professionelle Personalgewinnung sowie eine enge Kooperation mit den Industrie- und Handelskammern.“ (Madsack, 2005, S. 129, Hervorhebung im Original)

Zusätzlich sollte noch bemerkt werden, dass sich bspw. die KfP Haina mit ihren Angeboten des beruflichen Sektors (berufsvorbereitender Unterricht, ausbildungsbegleitender Unterricht, ein Direktangebot von Ausbildungsplätzen und eine offen geführte Außenstation in Form eines landwirtschaftlichen Betriebes) auf einem vorbildlichen Weg hin zur Gewährleistung einer ganzheitlichen Resozialisierung für Maßregelvollzugspatienten befindet.

## 8 Resümee

Die Entstehung und die Prävention von Delinquenz lassen sich nicht über ein einfaches Ursachen-Wirkungs-Schema erklären. Muss es bei einem Straftäter zu einer psychiatrischen Maßregelvollzugsbehandlung kommen, darf diese nicht eindimensional verlaufen. Möglichst sollten die Therapiemethoden auch nicht nach Wichtigkeit abgestuft werden. Vor dem Hintergrund des erwähnten Axioms führen alle Interventionen nur dann zu einer effizienten Behandlung, sofern sie kombiniert werden. Laubenthal (2007) geht dabei auf die Bedeutung des pädagogischen Fachgebiets wie folgt ein.

„Schulische und berufliche Defizite lassen sich zwar in überproportionaler Häufigkeit bei Strafgefangenen finden. Im Sinne eines monokausalen Zusammenhangs darf dies jedoch nicht dahin gehend interpretiert werden, dass **Bildungsmangel** die Ursache von Straffälligkeit darstellt. Als ein Faktor kann er allerdings **kriminelles Verhalten begünstigen**. [...] Nach den Wirkungsanalysen von vollzughlichen Interventionen im schulischen und beruflichen Bereich verbessert die Teilnahme an Bildungsangeboten und insbesondere deren erfolgreicher Abschluss die Chance einer positiven Legalbewährung. Der Behandlungsvollzug darf es aber bei Sozialisationsdefiziten in der Arbeits-, Berufs- oder Bildungskarriere des Einzelnen nicht bei Angeboten zu (Aus-)Bildungsförderung für geeignete Inhaftierte und deren Durchführung belassen. Denn es geht häufig nicht nur um die Behebung von Schwächen und Mängeln in diesen Bereichen, sondern zugleich auch um eine Unterstützung der Bildungsmaßnahmen mittels sozialen Trainings zur Erlangung sozialer Kompetenz, damit die Förderungsbemühungen nicht an fehlendem Durchhaltevermögen, geringer Einzelbereitschaft oder Belastbarkeit scheitern. Bildungsmaßnahmen müssen deshalb Teil eines umfassenden individuellen Behandlungskonzepts sein.“ (Laubenthal, 2007, S. 223, Hervorhebungen im Original)

Bildungsarbeit ist damit mehr als nur ein Hinführen zu einem Abschlusszertifikat oder der Vermittlung von theoretischen Erkenntnissen. Aufgrund des verminderten Zugangs zu legitimen Mitteln erhöht sich das Risiko der Kriminalität. Abweichende Verhaltensweisen werden in einer Lernstruktur erlernt. Ein Großteil der Patienten bzw. deren Familie gehören der Unterschicht an. (vgl. Leygraf, 1988, S. 208) Schul- und Berufsausbildung wird in der Unterschicht unterbewertet. (vgl. Gerke, 2003) Diese Beurteilung gilt es im therapeutischen Setting zu verändern. Oftmals mussten die Patienten während ihrer Schulzeit spüren, dass sie von dem pädagogischen Personal nicht adäquat behandelt werden konnten. Im MRV soll ihnen deshalb eine zweite Chance offeriert werden, die daraus entstandenen Defizite aufzuarbeiten. Erleben die stigmatisierten psychisch kranken Straftäter in der Klinik Erfolge, so können sie aus ihrer Subkultur heraustreten. Sie würden die psychiatrische Maßregel nicht nur offiziell „therapiert“ verlassen, sie würden vielmehr über einen Zugang zu einem neuen „Ich“ verfügen. Handfeste Beweise der Bildung verstärken dieses Gefühl.

Bildungsarbeit während der Behandlung kann aber auch an den Auswirkungen der oftmals vorliegenden „Broken-Home-Situation“ arbeiten. Da bei den „verbalsprachlichen“ Fähigkeiten aufgrund der Verinnerlichung eines eher gestikulierenden und expressiven Kommunikationsstils häufig erhebliche Defizite erkennbar sind (vgl. Veith, 2008, S. 44), muss durch Bil-

dungsarbeit versucht werden, die Kommunikationsfähigkeit des Patienten zu korrigieren. Die Psychotherapie kann von diesen verbesserten Fertigkeiten des Patienten im Rahmen der Verhaltenstherapie erheblich profitieren. Wird die kognitive Leistungsfähigkeit des Patienten erhöht, können notwendige Coping-Strategien leichter verstanden und verinnerlicht werden.

„Erst wenn man als Mensch einen gewissen Grad an Selbstwertgefühl, Selbstständigkeit, Selbstentfaltung und das Wissen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten erkannt hat, kann man ungewohnte/unbekannte Situationen angstfrei und ohne Aggression erleben. Somit darf man Bildungsangebote nicht nur vor dem Hintergrund von Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten (Schul- und Berufsausbildung) sehen, sondern als Erweiterung der Lebenskompetenz.“ (Gerke, 2003, S. 54)

Abschließend soll die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der empirischen Untersuchung diese Diplomarbeit abrunden:

Unter einer Lese-Rechtschreibschwäche leiden 27,6 % der befragten Patienten. Innerhalb der deutschsprachigen Bevölkerung beläuft sich dieser Anteil auf 14,5 %.

Über keinen Schulabschluss verfügen 35,3 % der Probanden. Bei der Referenzgruppe der deutschen Staatsbürger sind das 4,1 %.

Die Patienten, die über keinen Schulabschluss verfügen, sind mit einem prozentualen Anteil von 41 % in der Sonderschule gescheitert.

Vor dem Aufbau einer pädagogischen Therapiestation muss unterschieden werden, bei welchen Patienten eine Bildungsmaßnahme im Hinblick auf die Eingliederungsmöglichkeiten nach dem Klinikaufenthalt am sinnvollsten wäre. Deshalb wurde bei dieser Studie eine „primäre Zielgruppe“ gebildet: Alter: Die Ergebnisse der Probanden, die jünger als 30 Jahre alt waren, wurden gesondert betrachtet.

Innerhalb dieser Gruppe verfügten 50,7 % über keinen allgemeinbildenden Schulabschluss. Meist verließ diese erkrankte Personengruppe die Schule nach der siebten bis achten Klasse. Durchschnittlich vergingen seit dem letzten Schulbesuch 7 Jahre.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung konnten nur 36 % der Befragten vorweisen. Innerhalb der primären Zielgruppe belief sich dieser Anteil auf 18,2 % (U. gem. § 63 StGB) und 9,1 % (U. gem. § 64 StGB).

Diese Zahlen zeigen eine völlig unzureichende schulische und berufliche Bildung der Maßregelvollzugspatienten. Ein erheblicher Handlungsbedarf ist nicht zu verleugnen.

Bildungserfolg setzt aber auch Motivationsbereitschaft voraus. Die Untersuchung dieser Einstellung ergab, dass mehr als 60 % der 64er Patienten und mehr als 40 % der 63er Patienten über das Nachholen eines nächsthöheren Schulabschlusses nachgedacht haben und eher positiv motiviert sind. Jedoch zeigten ganze 45,9 % der 63er Patienten ein deutliches Desinteresse. Hätten die Patienten die Möglichkeit, während der Therapiezeit ein solches Angebot wahrzunehmen, würden mehr als 65 % der 64er Patienten dieses Angebot wahrnehmen wol-

len. Bei den 63er Patienten belief sich dieser Anteil auf nur 17,9 %.

Bei der Analyse der primären Zielgruppe wurde deutlich, dass Patienten, die gemäß § 64 StGB unterbracht sind, einem solchen Angebot deutlich positiver gegenüberstanden. Während 14,3 % der 63er Patienten ein solches Angebot sehr gerne wahrnehmen wollen würden, waren das bei den 64er Patienten 64,6 %. Erwartungsgemäß waren die Patienten dieser Gruppe, die über keinen Schulabschluss verfügten, besonders motiviert.

Auch wenn der Maßregelvollzug seinem Ziel der Resozialisierung vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarktsituation und den dort zunehmend höheren Qualifikationsanforderungen nur dann gerecht werden kann, in dem er auch auf die schulische und berufliche Qualifikation der Patienten achtet, muss in der Praxis bei jedem Patienten die Sinnhaftigkeit eines Schulbesuchs kritisch diskutiert werden. Es darf nicht dazu kommen, dass der therapeutische Gesamtplan dabei aus den Augen verloren wird. Andere Angebote der Klinik können deshalb durchaus als vorrangig eingestuft werden. Auch wenn der Erfolg von Bildungsmaßnahmen in Bezug auf die Wiedereingliederung in die Gesellschaft nicht so leicht messbar ist, kann in jedem Fall gefordert werden, dass der Ausbau der beruflichen Ausbildung innerhalb des Klinikgeländes, oder zumindest eine bessere Anbindung an externe Berufsausbildungsinstitute weiter fortschreiten muss. Bundeseinheitliche Regelungen können den erheblichen regionalen Unterschieden entgegenreten. Bildung im MRV darf als keine isolierte Maßnahme ohne therapeutischen Charakter verstanden werden. Vielmehr soll sie als Instrument nachwirkender Kriminalprävention einen festen und respektierten Platz in dem Therapiesystem des psychiatrischen Maßregelvollzugs einnehmen.

## Literaturverzeichnis

- Bauer, P. (2005). Spezialisierte Therapiestationen und Behandlungsgrundlagen im psychiatrischen Maßregelvollzug. In P. Bauer, *Differenzierte Behandlungskonzepte im psychiatrischen Maßregelvollzug* (S. 10-13). Lengerich u. a.: Pabst Science .
- Baur, F. (2010). Vollzugsgrundlagen, Organisation und Finanzierung. In H. Kammeier, *Maßregelvollzugsrecht* (S. 69-106). Berlin u. a.: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Becker, H. S. (1973). *Außenseiter : Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Bernstein, B. (1969). Soziokulturelle Determinanten des Lernens. Mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Sprache. In P. Heintz, *Soziologie der Schule* (S. 52-79). Köln: Westdeutscher Verlag.
- Bogatzky, U. (2009). Pädagogik in der Forensik. Leipzig: Referat.
- Bundesamt, S. (2010). *Strafvollzugsstatistik : Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrechtlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug)*. Wiesbaden: Destatis, Statistisches Bundesamt.
- Diekmann, A. (2005). *Empirische Sozialforschung : Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Dilling (Hrsg.), H. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F) : diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Entorf, H. (2010). Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundsätze einer Kosten-Nutzen-Analyse. In J. Fergert, & D. Schläfke, *Maßregelvollzug zwischen Kostendruck und Qualitätsanforderung* (S. 87-135). Lengerich u. a.: Pabst Science Publ.
- Fritzsche, M. (05. 11 2002). *Lernen in der Forensik*. Abgerufen am 08. September 2011 von [http://www.lerneninderforensik.de/Home/frset\\_home.html](http://www.lerneninderforensik.de/Home/frset_home.html)
- Gericke, B. (2008). *Zur Unterbringung nach § 64 StGB Verurteilter im Freistaat Sachsen von 1996 bis 2001 unter besonderer Berücksichtigung von Entlassungs- und Rückfallprädiktoren*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Gerke, M. (2003). *Bildungsarbeit als Teil von Resozialisierungsmaßnahmen im Maßregelvollzug*. Berlin: Diplomarbeit FU Berlin.

- Gretenkord, L., Giese, R., & Müller-Isberner, R. (1990). Möglichkeiten und Grenzen schulischer und beruflicher Bildung im Maßregelvollzug : Ein Erfahrungsbericht aus der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, S. 40-49.
- Großschweidnitz, S. K. (2010). *Konzeption : Schulische Weiterbildung in der KfP*  
Großschweidnitz.
- Grotlüschen, A., & Riekmann, W. (kein Datum). *Bundesverband Alphabetisierung und Grundbildung e. V.* Abgerufen am 14. September 2011 von <http://www.alphabetisierung.de/presse/presse-downloads.html>
- Grünebaum, R., & Volckart, B. (2009). *Maßregelvollzug : Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt*. Köln: Carl Heymanns Verlag.
- Gutenberger, J. (2010). *Selbstbestimmung bei Menschen mit geistiger Behinderung? Studie zur Theorie und Praxis der Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung im Wohnheim*. Hamburg: Diplomica-Verlag.
- Hax-Schoppenhorst, T. (2008). Versachlichen, nicht verstecken - Forensische Psychiatrie in der Öffentlichkeit. In F. Schmidt-Quernheim, & T. Hax-Schoppenhorst, *Professionelle forensische Psychiatrie : Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (S. 385-402). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hax-Schoppenhorst, T. (2008). Zur aktuellen Situation im Maßregelvollzug. In F. Schmidt-Quernheim, & T. Hax-Schoppenhorst, *Professionelle forensische Psychiatrie* (S. 67-92). Bern: Hans Huber Verlag.
- Heesen, B. (2009). *Wissenschaftliches Arbeiten: Vorlagen und Techniken für das Bachelor-, Master- und Promotionsstudium*. Heidelberg: Springer.
- Hennicke, A. (1997). *Schulische und berufliche Bildung von Patienten in der forensischen Psychiatrie*. LehrerInnen in der Forensik Nordrhein-Westfalen und Rheinlad-Pfalz.
- Hurrelmann, K. (1997). *Lebensphase Jugend : Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K., & Bründel, H. (2007). *Gewalt an Schulen : Pädagogische Antworten auf eine soziale Krise*. Weinheim u. a.: Beltz-Taschenbuch Verlag.

- Jöckel, D., & Müller-Isberner, R. (26. Mai 1997). Einweisungsdelikte im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Der Nervenarzt*, S. 390-394.
- Kammeier, H. (2008). Die Maßregeln - Rechtliche Grundlagen. In F. Schmidt-Quernheim, & T. Hax-Schoppenhorst, *Professionelle forensische Psychiatrie : Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (S. 25-54). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kammeier, H. (2010). Entstehung und Entwicklung von Maßregelrecht und Maßregelvollzug. In H. Kammeier, *Maßregelvollzugsrecht : Kommentar* (S. 1-18). Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Kunert (SAB Abteilung Sozialfonds), G.-L. (14. April 2010). Finanzierungsmöglichkeit eines schulischen Bildungsprojekts im Maßregelvollzug. (O. Zetsch, Interviewer)
- Kunz, K.-L. (2004). *Kriminologie*. Bern u. a.: Haupt Verlag.
- Lamnek, S. (2007). *Theorien abweichenden Verhaltens I : "Klassische" Ansätze*. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.
- Lamnek, S. (2008). *Theorien abweichenden Verhaltens II : "Moderne" Ansätze*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Laubenthal, K. (2007). *Strafvollzug*. Berlin: Springer-Verlag.
- Lempp, R. (1996). Das Pädagogische in der Therapie, das Therapeutische in der Pädagogik. In H. Thiersch, *Die Frage nach der Lebenswelt und problematische Bewältigungsmuster : Zum Verständnis von sozialer Arbeit und Therapie* (S. 122-126).
- Leygraf, N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter : Epidemiologie u. aktuelle Praxis des psychiatrischen Massregelvollzugs*. Berlin u. a.: Springer Verlag.
- Madsack, T. (2005). Ergotherapie. In P. Bauer, *Differenzierte Behandlungskonzepte im psychiatrischen Maßregelvollzug* (S. 125-137). Lengerich u. a.: Pabst Science.
- Marschner, R. (2010). Rehabilitation. In H. Kammeier, *Maßregelvollzugsrecht* (S. 165-186). Berlin u. a.: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Melzer, W., Schubarth, W., & Ehninger, F. (2004). *Gewaltprävention und Schulentwicklung*. Stuttgart: Verlag Julius Klinkhardt.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen. (2007). *Schulische Berufsbildung im Strafvollzug : Neue Konzepte im Verbund von Justizvollzugsanstalten und Berufskollegs*. Paderborn: Eusl-Verlagsgesellschaft mbH.

- Müller-Isberner, R. (2004). Behandlung im Maßregelvollzug. In U. Venzlaff, K. Försterer, & U. Diederichsen, *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (S. 417-435). München u. a.: Urban und Fischer Verlag.
- Müller-Isberner, R., & Eucker, S. (2009). *Therapie im Maßregelvollzug*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nedopil, N. (2007). *Forensische Psychiatrie : Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Pollähne, H. (2010). Verfassungsrechtliche Grundlagen und Menschenrechte. In H. Kammeier, *Maßregelvollzugsrecht* (S. 23-68). Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Raab-Steiner, E., & Benesch, M. (2008). *Der Fragebogen : Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandel AG.
- Rabe, K. (2008). Psychopharmakologische Behandlung. In F. Schmidt-Quernheimt, & T. Hax-Schoppenhorst, *Professionelle forensische Psychiatrie : Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (S. 145-170). Bern: Hans Huber Verlag.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch : Testtheorie - Testkonstruktion*. Bern u. a.: Hans Huber Verlag.
- Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, A. u. (09. November 2009). Auswahlkriterien für das Operationelle Programm des Freistaat Sachsen für den Europäischen Sozialfonds im Ziel "Konvergenz" in der Förderperiode 2007-2013. Sachsen.
- Schaumburg, C. (2010). *Basiswissen : Maßregelvollzug*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmidt-Quernheim, F. (2008). Behandlung im Maßregelvollzug. In F. Schmidt-Quernheim, & T. Hax-Schoppenhorst, *Professionelle forensische Psychiatrie : Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (S. 93-200). Bern: Hans Huber Verlag.
- Schmidt-Quernheim, F., & Hax-Schoppenhorst, T. (2008). *Professionelle forensische Psychiatrie : Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schomerus, T., & Hobro, Y. (2007). *Verwaltungsrecht : Prüfungswissen, Multiple-Choice-Tests, Gesetze, Urteile*. Planegg b. München: Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co. KG.
- Schubarth, W. (2000). *Gewaltprävention in Schule und Jugendhilfe*. Kriftel: Leuchterhand Verlag.
- Stascheit, U. (2010). *Gesetze für Sozialberufe : Stand 10.August 2010*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Statistisches Bundesamt, D. (2010). *Bildungsstand der Bevölkerung : 2010*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stolpmann, G. (2001). *Psychiatrische Maßregelbehandlung : Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Tessenow, A. (2002). *Jugendliche und Heranwachsende im psychiatrischen Maßregelvollzug*. Frankfurt am Main u. a.: Peter Lang Verlag.
- Veith, H. (2008). *Sozialisation*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Weissbeck, W. (2009). *Jugendmaßregelvollzug in Deutschland : Basisdokumentation, Einrichtungen, Konzepte*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- WHO. (2011). *World Health Organisation*. Abgerufen am 12. August 2011 von [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)

## Anlage

**Fragebogen (ausgeteilt in den SKHs Leipzig, Arnsdorf, Rodewisch und Groß-Schweidnitz)**

### Datenerhebung zur Schulbildung der Patienten des Maßregelvollzuges

Sehr geehrte Damen und Herren,

es würde uns sehr freuen, wenn Sie sich für eine Befragung zum aktuellen Bildungsstand und der damit verbundenen Motivation einen Moment Zeit nehmen und uns helfen würden. Die Auswertung der Antworten erfolgt natürlich völlig anonym, sodass niemand auf Ihre Person schließen kann.

Wir würden Sie bitten, die folgenden Fragen möglichst wahrheitsgemäß zu beantworten. Kreuzen Sie hierfür aus den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten bitte die Aussage an, die für Sie **am Zutreffendsten** scheint.

Sollte der Platz nicht reichen, können Sie gerne die Rückseite benutzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, Geduld und Mitarbeit!

**Station/Haus:** \_\_\_\_\_

**Unterbringung nach §:** \_\_\_\_\_

---

#### 1. Alter

\_\_\_\_\_ Jahre

---

#### 2. Geschlecht

Weiblich       Männlich

---

#### 3. Nationalität

\_\_\_\_\_

---

#### 4. Ist bei Ihnen eine Lese-Rechtschreib-Schwäche bekannt?

Ja       Nein

---

**5. Charakterisieren Sie bitte das Ausmaß Ihrer sprachlich-sozialen Fertigkeiten in Deutsch.**

- Ich verfüge eher über gute sprachlich-soziale Fertigkeiten.
- Ich verfüge eher über ausreichend sprachlich-soziale Fertigkeiten.
- Meine sprachlich-sozialen Fertigkeiten sind eher problematisch.
- 

**6. Charakterisieren Sie bitte das Ausmaß Ihrer schriftlich-sozialen Fertigkeiten in Deutsch.**

- Ich verfüge eher über gute schriftliche Fertigkeiten.
- Meine schriftlichen Fertigkeiten würde ich eher als ausreichend beschreiben.
- Ich habe mit der deutschen Rechtschreibung eher Probleme.
- 

**7. Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keinen                  | <input type="checkbox"/> Abitur                               |
| <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss    | <input type="checkbox"/> qualifizierender Hauptschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss     | <input type="checkbox"/> Fachhochschul-, Hochschulabschluss   |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/ POS | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                      |
- 

**8. Welchen Schultyp haben Sie zuletzt besucht?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Förderschule / Sonderschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium                  |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule                 | <input type="checkbox"/> POS                        |
| <input type="checkbox"/> Realschule                  | <input type="checkbox"/> Hochschule                 |
| <input type="checkbox"/> Fachoberschule              | <input type="checkbox"/> sonstige Schultypen: _____ |
- 

**9. Zuletzt besuchte Klasse**

\_\_\_\_\_ Klasse

---

**10. Wie viel Zeit ist zwischen heute und Ihrem letzten Schulbesuch vergangen?**

\_\_\_\_\_ Jahre

---

**11. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?**

*Wenn ja, nennen Sie bitte den Beruf.*

*Wenn Sie eine Ausbildung abgebrochen haben, bitte nennen Sie den angestrebten Abschluss/ Beruf und setzen Sie ein ``X`` dahinter.*

*Eine offiziell unterbrochene Ausbildung kennzeichnen Sie bitte mit einem ``U``. (Mehrfachauflistung möglich)*

---

---

---

**12. Haben Sie an einer modularen Ausbildung in einer Justizvollzugsanstalt teilgenommen?**

*Wenn ja, bitte nennen Sie die Ausbildung, und kennzeichnen Sie, wenn nötig, einen Abbruch mit ``X`` und eine offizielle Unterbrechung mit ``U``.*

*(Gleiches Prinzip wie in Frage 11.)*

---

---

---

**13. Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie bis jetzt ausgeführt?**

---

---

---

**14. Welchen realistischen Berufswunsch haben Sie?**

---

---

---

**15. Welchen Schulabschluss würden Sie, realistisch gesehen, generell gerne anstreben?**

*Bitte füllen Sie die Frage auch dann aus, wenn Sie gerade dabei sind, einen nächsthöheren Schulabschluss nachzuholen.*

- Hauptschulabschluss
- Qualifizierenden Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Fachabitur
- Abitur
- „Keinen, da ich mich nicht genügend motiviert fühle.“
- „Keinen, da ich mit meiner aktuellen Schulbildung zufrieden bin.“
- „Keinen, da ich mir vordergründig ``nur`` eine Aus-/Weiterbildung wünsche.“
- „Keinen, weil ich mich nicht dazu in der Lage sehe.“
- „Keinen, weil \_\_\_\_\_“

**16. Falls Sie sich eher nicht genügend motiviert fühlen, generell einen nächsthöheren Schulabschluss anzustreben, begründen Sie bitte kurz dieses Gefühl.**

---

---

---

**17. Falls Sie eine Aus-/Weiterbildung anstreben wollten, um welche Weiterbildung handelt es sich dabei?**

*Bitte schreiben Sie den hierfür notwendigen Beruf in Klammern dahinter.*

---

---

---

**18. Wie motiviert sind Sie, generell den gewünschten Schulabschluss nachzuholen?**

*Bitte füllen Sie die Frage auch dann aus, wenn Sie gerade dabei sind, einen nächsthöheren Schulabschluss nachzuholen.*

- „Es besteht kein Interesse.“
- „Es besteht eher mäßiges Interesse. Es wäre mir eher zu viel Arbeit.“
- „Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.“
- „Sofern mir die Option geboten wird, würde ich mir darüber ernsthaft Gedanken machen. Die Motivation würde sich deutlich steigern.“
- „Das habe ich mir fest vorgenommen. Ich bin stark motiviert.“
- 

**19. Haben Sie die Möglichkeit, während der Therapie an einem pädagogischen Lehrangebot für einen nächsthöheren Schulabschluss teilzunehmen?**

- „Ja, die Möglichkeit besteht.“
- „Nein, diese Möglichkeit besteht nicht.“ (Wenn Sie „Nein...“ ankreuzen → Bitte weiter bei Frage 23)
- 

**20. Wenn Sie diese Möglichkeit haben, nutzen Sie dieses Angebot?**

*(Wenn Sie „Nein“ ankreuzen, machen Sie bitte bei Frage 24 weiter.)*

- „Ja, ich nehme das Angebot wahr.“
- „Nein, ich nehmen das Angebot nicht wahr.“
-

## 21. Wenn Sie das Angebot zum Erreichen eines nächsthöheren Schulabschlusses wahrnehmen, wie fühlen Sie sich damit?

Bitte kreuzen Sie hierfür nach jeder Aussage, die Zahl an, die Ihre Zustimmung oder Ablehnung am besten ausdrücken könnte.

Die Zahlen reichen dabei von „0“ als Ausdruck für völlige Ablehnung bis „10“ als Ausdruck für völlige Zustimmung.

**„Es vermittelt mir das Gefühl, dass ich etwas leiste.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über- stimme voll  
haupt nicht zu und ganz zu

**„Ich nehme es wahr, weil ich damit meine beruflichen Chancen verbessern möchte.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über- stimme voll  
haupt nicht zu und ganz zu

**„Ich nehme es wahr, weil ich damit meine Zeit während des Klinikaufenthaltes füllen kann“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über- stimme voll  
haupt nicht zu und ganz zu

**„Ich nehme es wahr, weil es bei Richtern, Therapeuten und Personal gern gesehen ist.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über- stimme voll  
haupt nicht zu und ganz zu

**„Die Teilnahme an dem Schulangebot macht ein Stück weit einen anderen Menschen aus mir.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über- stimme voll  
haupt nicht zu und ganz zu

**„Meine Selbstsicherheit steigert sich durch die Teilnahme an dem Schulangebot.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Mein Selbstwertgefühl steigert sich durch die Teilnahme an dem Schulangebot.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Meine sozialen Kompetenzen verbessern sich durch die Teilnahme an dem Schulangebot.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Ich habe Freude an dem Gelernten.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**22. Wie gut lassen sich Therapie und das pädagogische Schulangebot verbinden?**

- „Die Therapie leidet darunter, das pädagogische Schulangebot ist mir aber wichtiger.“
- „Das Schulangebot leidet, weil ich sehr mit der Therapie beschäftigt bin.“
- „Beiden Angeboten nachzugehen ist stressig und es ist nicht einfach, alles unter einen Hut zu bringen.“
- „Beide Angebote lassen sich eher gut verbinden.“

---

**23. Sofern Sie während des Klinikaufenthaltes die Möglichkeit hätten, Unterstützung in Form eines pädagogischen Lehrangebotes, um einen nächsthöheren Schulabschluss zu erreichen, würden Sie diese Option wahrnehmen?**

*(Sofern Sie schon Unterstützung erhalten, brauchen Sie die Frage nicht beantworten und können zu Frage 25 weitergehen.)*

- „Ja, ich würde das Angebot eher sehr gerne wahrnehmen.“
- „Ja, ich wäre gewillt, das Angebot eher auszuprobieren.“
- „Ich weiß es nicht, ich kann mich eher nicht entscheiden.“
- „Nein, ich würde das Angebot eher nicht wahrnehmen wollen, um mich zunächst auf die Therapie zu konzentrieren.“
- „Nein, ich hätte eher kein Interesse.“

---

**24. Falls Sie an einer pädagogischen Hilfsmöglichkeit während der Therapie nicht interessiert sind, oder nicht daran teilnehmen, geben Sie dafür bitte kurz Gründe an.**

---

---

---

---

**25. Wenn Sie an einem Lehrangebot (wie z.B. Computerkurse, Rechtschreibkurse, etc.) teilnehmen, wie fühlen Sie sich damit?**

Bitte kreuzen Sie hierfür nach jeder Aussage, die Zahl an, die Ihre Zustimmung oder Ablehnung am besten ausdrücken kann.

Die Zahlen reichen dabei von „0“ als Ausdruck für völlige Ablehnung bis „10“ als Ausdruck für völlige Zustimmung.

**„Es vermittelt mir das Gefühl, dass ich etwas leiste.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Ich nehme es wahr, weil ich damit meine beruflichen Chancen verbessern möchte.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Ich nehme es wahr, weil ich damit meine Zeit während des Klinikaufenthaltes füllen kann“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Ich nehme es wahr, weil es bei Richtern, Therapeuten und Personal gern gesehen ist.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Die Teilnahme an dem Schulangebot macht ein Stück weit einen anderen Menschen aus mir.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Meine Selbstsicherheit steigert sich durch die Teilnahme an dem Schulangebot.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Mein Selbstwertgefühl steigert sich durch die Teilnahme an dem Schulangebot.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Meine sozialen Kompetenzen verbessern sich durch die Teilnahme an dem Schulangebot.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**„Ich habe Freude an dem Gelernten.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimme über-  
haupt nicht zu

stimme voll  
und ganz zu

**26. Wenn Sie sich für ein pädagogisches Hilfsangebot oder eine Erweiterung des Therapieangebotes während der Therapie interessieren, in welchen Bereichen würden Sie sich (zusätzlich) Unterstützung wünschen?**

*(Mehrfachwahl und „Sonstige Fächernennung“ möglich)*

- Ziel: Lesen lernen
- Ziel: Schreiben lernen
- Ziel: Rechnen lernen
- Schulwissen erweitern, Fach Deutsch
- Schulwissen erweitern, Fach Mathematik
- Schulwissen erweitern, Fach Englisch
- Schulwissen erweitern, Sachfächer (bspw. Physik, Biologie, Chemie)
- Deutsch als Fremdsprache
- Schulabschluss Sonderschule
- Schulabschluss Hauptschule
- Schulabschluss Mittlere Reife
- Schulabschluss Fachabitur / Abitur
- Berufsausbildung
- Umschulung
- Weiterbildung in EDV
- Weiterbildung Sonstige
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**27. Falls Sie an einem pädagogischen Hilfsprogramm während der Therapie oder dessen Erweiterung interessiert sind, geben Sie bitte kurz Gründe für Ihre Motivation an.**

---

---

---

## **Fragen zu Vorkommnissen und Ansichten zum Thema „Schulbildung“**

**1. Wie würden Sie Ihre bisherigen Erlebnisse mit Mitschülern beschreiben?**

---



---



---

**2. Wie würden Sie Ihre Einstellung gegenüber Lehrern beschreiben?**

---



---



---

**3. Bitte bewerten Sie im Folgenden, welchen Einfluss Ihre Familie, Freunde oder sonstige Bezugspersonen auf Ihr schulisches Lernverhalten nahmen.**

*Kreuzen Sie hierfür bitte im Folgenden bei der jeweiligen Aussage eine Zahl zwischen 0 und 10 an, die das Ausmaß bzw. die Stärke der Beeinflussung beschreibt., von 0 (gar keinen Einfluss) bis 10 (sehr starken Einfluss).*

**Versuch der Familie, Einfluss zu nehmen**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gar keinen

sehr starken

**Versuch der Freunde, Einfluss zu nehmen**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gar keinen

sehr starken

**Versuch sonstiger Bezugspersonen, Einfluss zu nehmen**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gar keinen

sehr starken

**4. Wie wirkte sich die jeweilige Einflussnahme auf Ihr schulisches Lernverhalten aus? Kreuzen Sie hierfür bitte im Folgenden bei der jeweiligen Aussage eine Zahl zwischen 0 und 10 an, die die Qualität der Beeinflussung beschreibt, von 0 (sehr negativ) bis 10 (sehr positiv).**

**Qualität: Einflussnahme der Familie**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sehr negativ

Sehr positiv

**Qualität: Einflussnahme der Freunde**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sehr negativ

Sehr positiv

**Qualität: Einflussnahme sonstiger Bezugspersonen**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sehr negativ

Sehr positiv

---

**5. Welche „sonstigen Bezugspersonen“ haben Sie eben bewertet? An wen haben Sie gedacht? Versuchen Sie bitte die Personen ohne Namen zu nennen zu erfassen.**

---



---



---



---

**6. Charakterisieren Sie bitte Ihre Einstellung gegenüber Schule und Lernen.**

*Bitte kreuzen Sie die zutreffendste Antwort an.*

- „Ich lerne recht gerne und es bereitet mir eher keine Probleme“
- „Obwohl es mir schwer fällt, lerne ich eher gerne.“
- „Ich sehe die Schule und das Lernen eher als Pflicht, der ich mich füge, soweit ich kann und muss.“
- „Die Schule und das Lernen meide ich eher, soweit möglich.“
- „Schule ist für mich ein rotes Tuch. Ich gehe ihr eher stark aus dem Weg.“
- „Dazu kann oder möchte ich keine Angaben machen.“
-

**7. Das Erreichen eines nächsthöheren Schulabschlusses verbinde ich für meine Person eher mit:**  
*Kreuzen Sie hierfür bitte im Folgenden bei der jeweiligen Antwortmöglichkeit eine Zahl zwischen (-2) und (+2) an, die Ihre Meinung am Zutreffendsten beschreibt, von -2 (starke Ablehnung) bis +2 (starke Zustimmung).*

	<b>lehne stark ab</b>	<b>lehne ab</b>	<b>teils/ teils</b>	<b>stimme zu</b>	<b>stimme stark zu</b>
<b>höheren Selbstvertrauen.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)
<b>höheren beruflichen Chancen.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)
<b>höherem Selbstwertgefühl.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)
<b>höheren materiellen Lebensstandard, aufgrund höherer beruflicher Chancen.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)
<b>Verbesserung meiner sozialen Kompetenz.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)

**8. Wie sieht Ihre Freizeitgestaltung aus?**

*(Mehrfachnennungen möglich)*

---



---



---

**9. Das Ausfüllen dieses Fragebogens:**

	<b>Gar nicht</b>	<b>eher nicht</b>	<b>kaum</b>	<b>etwas</b>	<b>sehr stark</b>
<b>fiel mir leicht.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)
<b>hat mir Spaß gemacht.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)
<b>hat mich zum Nachdenken angeregt.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)
<b>hat mich zu neuen Gedankengängen gebracht, die ich eventuell umsetzen möchte.</b>	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

**Fragebogen (ausgeteilt im Städtischen Klinikum St. Georg Leipzig)****Datenerhebung zur Schulbildung der Patienten des Maßregelvollzuges**

Durch diese Befragung soll geprüft werden, inwiefern es sinnvoll wäre, ein pädagogisches Hilfsprogramm in den Therapiealltag zu integrieren.

Diese Datenerhebung basiert natürlich auf Freiwilligkeit und Anonymität.

Kreuzen Sie bitte die zutreffendste Antwortmöglichkeit an.

Für eine möglichst wahrheitsgemäße Beantwortung der genannten Fragen wären wir sehr dankbar. (Sollte der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht reichen, verwenden Sie bitte die Rückseite.

**Unterbringung nach §:** \_\_\_\_\_

**Station/Haus:** \_\_\_\_\_

---

**1. Alter**

\_\_\_\_\_ Jahre

---

**2. Geschlecht**

Weiblich       Männlich

---

**3. Nationalität**

\_\_\_\_\_

---

**4. Ist bei Ihnen eine Lese-Rechtschreib-Schwäche bekannt?**

Ja       Nein

---

**5. Charakterisieren Sie bitte das Ausmaß Ihrer sprachlich-sozialen Fertigkeiten in Deutsch.**

Ich verfüge eher über gute sprachlich-soziale Fertigkeiten.

Ich verfüge eher über ausreichend sprachlich-soziale Fertigkeiten.

Meine sprachlich-sozialen Fertigkeiten sind eher problematisch.

---

**6. Charakterisieren Sie bitte das Ausmaß Ihrer schriftlich-sozialen Fertigkeiten in Deutsch.**

Ich verfüge eher über gute schriftliche Fertigkeiten.

Meine schriftlichen Fertigkeiten würde ich eher als ausreichend beschreiben.

Ich habe mit der deutschen Rechtschreibung eher Probleme.

**7. Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keinen                  | <input type="checkbox"/> Abitur                               |
| <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss    | <input type="checkbox"/> qualifizierender Hauptschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss     | <input type="checkbox"/> Fachhochschul-, Hochschulabschluss   |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/ POS | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                      |

**8. Welchen Schultyp haben Sie zuletzt besucht?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Förderschule / Sonderschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium           |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule                 | <input type="checkbox"/> POS                 |
| <input type="checkbox"/> Realschule                  | <input type="checkbox"/> Hochschule          |
| <input type="checkbox"/> Fachoberschule              | <input type="checkbox"/> sonstige Schultypen |

**9. Zuletzt besuchte Klasse**

\_\_\_\_\_ Klasse

**10. Wie viel Zeit ist zwischen heute und Ihrem letzten Schulbesuch vergangen?**

\_\_\_\_\_ Jahre

**11. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?**

*Wenn ja, nennen Sie bitte den Beruf.*

*Wenn Sie eine Ausbildung abgebrochen haben, bitte nennen Sie den angestrebten Abschluss/ Beruf und setzen Sie ein ``X`` dahinter.*

*Eine offiziell unterbrochene Ausbildung kennzeichnen Sie bitte mit einem ``U``. (Mehrfachauflistung möglich)*

---



---



---

**12. Haben Sie an einer modularen Ausbildung in einer Justizvollzugsanstalt teilgenommen?**

*Wenn ja, bitte nennen Sie die Ausbildung, und kennzeichnen Sie, wenn nötig, einen Abbruch mit ``X`` und eine offizielle Unterbrechung mit ``U``.*

*(Gleiches Prinzip wie in Frage 11.)*

---

---

---

**13. Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie bis jetzt ausgeführt?**

---

---

---

**14. Welchen realistischen Berufswunsch haben Sie?**

Bitte schreiben Sie die vermutlich notwendige Schulbildung hinter Ihren Wunsch!

---

---

---

**15. Welchen Schulabschluss würden Sie, realistisch gesehen, generell gerne anstreben?**

Hauptschulabschluss

Qualifizierenden Hochschulabschluss

Realschulabschluss

Fachabitur

Abitur

„Keinen, da ich mich nicht genügend motiviert fühle.“

„Keinen, da ich mit meiner aktuellen Schulbildung zufrieden bin.“

„Keinen, da ich mir vordergründig ``nur`` eine Aus-/Weiterbildung wünsche.“

„Keinen, weil ich mich nicht dazu in der Lage sehe.“

„Keinen, weil \_\_\_\_\_“

**16. Falls Sie sich eher nicht genügend motiviert fühlen, generell einen nächsthöheren Schulabschluss anzustreben, begründen Sie bitte kurz dieses Gefühl.**

---

---

---

**17. Falls Sie eine Aus-/Weiterbildung anstreben wollten, um welche Weiterbildung handelt es sich dabei?**

*Bitte schreiben Sie den hierfür notwendigen Beruf in Klammern dahinter.*

---

---

---

**18. Wie motiviert sind Sie, generell den gewünschten Schulabschluss nachzuholen?**

- „Es besteht kein Interesse.“
- „Es besteht eher mäßiges Interesse. Es wäre mir eher zu viel Arbeit.“
- „Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.“
- „Sofern mir die Option geboten wird, würde ich mir darüber ernsthaft Gedanken machen. Die Motivation würde sich deutlich steigern.“
- „Das habe ich mir fest vorgenommen. Ich bin stark motiviert.“

**19. Sofern Sie während des Klinikaufenthaltes die Möglichkeit hätten, Unterstützung in Form eines pädagogischen Lehrangebotes für einen nächsthöheren Schulabschluss zu bekommen, würden Sie diese Option wahrnehmen?**

- „Ja, ich würde das Angebot eher sehr gerne wahrnehmen.“
- „Ja, ich wäre gewillt, das Angebot eher auszuprobieren.“
- „Ich weiß es nicht, ich kann mich eher nicht entscheiden.“
- „Nein, ich würde das Angebot eher nicht wahrnehmen wollen, um mich zunächst auf die Therapie zu konzentrieren.“
- „Nein, ich hätte eher kein Interesse.“

**20. Falls Sie an einer pädagogischen Hilfsmöglichkeit während der Therapie nicht interessiert sind, geben Sie dafür bitte kurz Gründe an.**

---

---

---

**21. Wenn Sie sich für ein pädagogisches Hilfsangebot während der Therapie interessieren, in welchen Bereichen würden Sie sich Unterstützung wünschen?**

*(Mehrfachwahl und „Sonstige Fächernennung“ möglich)*

- Ziel: Lesen lernen
  - Ziel: Schreiben lernen
  - Ziel: Rechnen lernen
  - Schulwissen erweitern, Fach Deutsch
  - Schulwissen erweitern, Fach Mathematik
  - Schulwissen erweitern, Fach Englisch
  - Schulwissen erweitern, Sachfächer (bspw. Physik, Biologie, Chemie)
  - Deutsch als Fremdsprache
  - Schulabschluss Sonderschule
  - Schulabschluss Hauptschule
  - Schulabschluss Mittlere Reife
  - Schulabschluss Fachabitur / Abitur
  - Berufsausbildung
  - Umschulung
  - Weiterbildung in EDV
  - Weiterbildung Sonstige
  - Sonstige: \_\_\_\_\_
-

**22. Falls Sie an einem pädagogischen Hilfsprogramm während der Therapie interessiert sind, geben Sie bitte kurz Gründe für Ihre Motivation an.**

---

---

---

**Einstellung gegenüber Schulbildung**

**1. Wie würden Sie Ihre bisherigen Erlebnisse mit Mitschülern beschreiben?**

---



---



---

**2. Wie würden Sie Ihre Einstellung gegenüber Lehrern beschreiben?**

---



---



---

**3. Bitte bewerten Sie im Folgenden, welchen Einfluss Ihre Familie, Freunde oder sonstige Bezugspersonen auf Ihr schulisches Lernverhalten nahmen!**

**Versuch der Familie, Einfluss zu nehmen**

gar keinen       eher keinen       kaum       etwas       sehr starken

**Versuch der Freunde, Einfluss zu nehmen**

gar keinen       eher keinen       kaum       etwas       sehr starken

**Versuch sonstiger Bezugspersonen, Einfluss zu nehmen**

gar keinen       eher keinen       kaum       etwas       sehr starken

**4. Wie wirkte sich die jeweilige Einflussnahme auf Ihr schulisches Lernverhalten aus?**

*Kreuzen Sie hierfür bitte im Folgenden bei der jeweiligen Frage eine Zahl zwischen 0 und 10 an, die die Qualität der Beeinflussung beschreibt! Von 0 (sehr negativ) bis 10 (sehr positiv)*

**Einflussnahme der Familie**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Einflussnahme der Freunde**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Einflussnahme sonstiger Bezugspersonen**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**9. Welche „sonstigen Bezugspersonen“ haben Sie eben bewertet? An wen haben Sie gedacht?****Versuchen Sie bitte die Personen ohne Namen zu nennen zu erfassen!**

---

---

---

**10. Charakterisieren Sie bitte Ihre Einstellung gegenüber Schule und Lernen!***Bitte kreuzen Sie die zutreffendste Antwort an!*

- „Ich lerne recht gerne und es bereitet mir eher keine Probleme“
- „Obwohl es mir schwer fällt, lerne ich eher gerne.“
- „Ich sehe die Schule und das Lernen eher als Pflicht, der ich mich füge, soweit ich kann und muss.“  
„Die Schule und das Lernen meide ich eher, soweit möglich.“
- „Schule ist für mich ein rotes Tuch. Ich gehe ihr eher stark aus dem Weg.“
- „Dazu kann oder möchte ich keine Angaben machen.“

**11. Das Erreichen eines nächsthöheren Bildungsabschlusses verbinde ich für meine Person eher mit:**

- höheren Selbstvertrauen / Selbstbewusstsein
- höheren beruflichen Chancen
- höheren beruflichen Chancen und einem Anstieg des Selbstvertrauens / Selbstbewusstseins
- höheren materiellen Lebensstandard, aufgrund höherer beruflicher Chancen

**12. Welche Fächer bevorzugen Sie? (Mehrfachnennung möglich)**

---

---

---

**13. Gegenüber welchen Fächern verspüren Sie eine Abneigung?***(Mehrfachnennung möglich)*

---

---

---

**14. Wie sieht ihre Freizeitgestaltung aus? (Mehrfachnennungen möglich)**

---

---

---

## **Eidesstattliche Erklärung**

„Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, alle benutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben sowie wörtliche und sinngemäße Zitate gekennzeichnet habe.“

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift