

Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
des Bezirkskrankenhauses Günzburg
Lehrstuhl für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Ulm
Univ.-Prof. Dr. med. Manuela Dudeck

**Intelligenzgeminderte im psychiatrischen
Maßregelvollzug:
Auswertung der forensischen Basisdokumentation
Baden-Württemberg**

Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Hanna-Sofia Karcher
Engen
2017

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1.Berichterstatter: Prof. Dr. Klaus Hoffmann

2.Berichterstatter: Prof. Dr. Tilman Steinert

Tag der Promotion: 19.04.2018

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	III
1. EINLEITUNG	1
1.1. EINFÜHRUNG	1
1.1.1. BEGRIFFE UND DEFINITIONEN	2
1.1.2. UNTERBRINGUNG INTELLIGENZGEMINDERTER IM PSYCHIATRISCHEN MABREGELVOLLZUG (MRV)	6
1.1.3. THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN FÜR INTELLIGENZGEMINDERTE IM MRV	8
1.2. FORENSISCHE BASISDOKUMENTATION BADEN-WÜRTTEMBERG (FoDoBa)	13
1.3. ZIELE DER ARBEIT	14
1.3.1. SONDERAUSWERTUNG DER FoDoBa-DATEN AUS DEN JAHREN 2009 BIS 2015 IM HINBLICK AUF INTELLIGENZGEMINDERTE	14
1.3.2. ZWEI HYPOTHESEN IN BEZUG AUF INTELLIGENZGEMINDERTE IM MRV	15
2. MATERIAL UND METHODEN	17
2.1. ERHEBUNG DER DATEN – VERWENDETER DATENSATZ	17
2.2. SONDERAUSWERTUNG DER FoDoBa IN BEZUG AUF INTELLIGENZGEMINDERTE PATIENTEN	20
2.3. STATISTISCHE AUSWERTUNG	20
3. ERGEBNISSE	21
3.1. CHARAKTERISIERUNG DER PATIENTENGRUPPE	21
3.2. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE DER FORENSISCHEN BASISDOKUMENTATION BADEN-WÜRTTEMBERG VON 2009 BIS 2015	22
3.2.1. BESTAND INTELLIGENZGEMINDERTER PATIENTEN	22
3.2.2. AUFNAHMEN INTELLIGENZGEMINDERTER PATIENTEN	25
3.2.3. ENTLASSUNGEN INTELLIGENZGEMINDERTER PATIENTEN	27
3.2.4. AUFNAHMEN, ENTLASSUNGEN UND BESTAND INTELLIGENZGEMINDERTER	29
3.2.5. DELIKTVERTEILUNG UNTER INTELLIGENZGEMINDERTEN	32
3.2.6. SOZIALE SITUATION BEI AUFNAHME IN DEN PSYCHIATRISCHEN MRV	39
3.2.7. UNTERBRINGUNGSDAUER IM AKTUELLEN VERFAHREN	41

3.2.8. UNTERBRINGUNGSDAUER ALLER VERFAHREN	42
3.2.9. ABGESCHLOSSENE BERUFSAUSBILDUNG	44
3.2.10. MIGRATIONSHINTERGRUND	45
3.2.11. ALTERSVERTEILUNG BEI AUFNAHME	47
3.3. TESTUNG DER HYPOTHESEN	51
3.3.1. HYPOTHESE I	51
3.3.2. HYPOTHESE II	55
4. DISKUSSION	58
4.1. ERGEBNISSE	58
4.2. LIMITATIONEN	62
5. ZUSAMMENFASSUNG	64
6. LITERATURVERZEICHNIS	66
ANHANG	71
DANKSAGUNG	81
LEBENS LAUF	82

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
BtmG	Betäubungsmittelgesetz
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FoDoBa	Forensische Basisdokumentation Baden-Württemberg
FX	Nicht intelligenzgemindert
F7	Intelligenzgemindert
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQ	Intelligenzquotient
i.V.	in Verbindung
MRV	Maßregelvollzug
PS	Persönlichkeitsstörung
SD	Standardabweichung (Standard-Deviation)
SPSS	Statistical Package of Social Science
SR	Standardisiertes Residuum
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

1.1. Einführung

Menschen mit Intelligenzminderung galten lange Zeit als Stiefkinder der Psychiatrie (Tarjan 1966). Schneider gab bereits 1967 zu bedenken, dass „der Schwachsinn in der Psychiatrie wenig oder schlecht behandelt wird“ (S.37). Erst ab den 1980er Jahren entstand wieder vermehrtes Interesse seitens der Psychiatrie an dieser Patientengruppe, nachdem sich zuvor vorwiegend heilpädagogische Fachkräfte dieser angenommen hatten. Die qualifizierte Versorgung schwer Intelligenzgeminderter geschieht seit mehr als einhundert Jahren in spezialisierten heilpädagogischen Einrichtungen, die ihrerseits ausgefeilte, auf die Patientenklientel zugeschnittene Konzepte vorhalten. Beispielhaft können an dieser Stelle die CampHill-Dorfgemeinschaften Hermannsberg und Lehenhof genannt werden, in denen die seelenpflegebedürftigen Menschen, wie Intelligenzgeminderte Menschen in der Terminologie der anthroposophischen Heilpädagogik genannt werden, zusammenleben. Weitere Beispiele stellen das St. Josefshaus in Herten, ebenfalls eine therapeutische Wohngruppe, und die Stiftung Liebenau dar. Zunehmend wurde deutlich, dass aber eben nicht nur pädagogische Maßnahmen, sondern auch gängige Psychotherapieverfahren für diese Patientengruppe als geeignet anzusehen sind (Häßler et al. 2014). Zudem kommen Psychopharmaka bei dieser Patientengruppe zur Behandlung massiver Verhaltensstörungen häufig zum Einsatz.

Menschen mit Intelligenzminderung zeigen eine erhöhte Vulnerabilität sowohl für somatische als auch für psychische Störungen und Erkrankungen (Häßler et al. 2014). Psychische Störungen sowie damit verbundene emotionale und Verhaltensprobleme treten bei Menschen mit

Intelligenzminderung generell häufiger als in der normal intelligenten Bevölkerung auf (Emerson 2003; Emerson u. Hatton 2007; Walsh et al. 2003, 2008). Die Diagnostik ist erschwert, da die Symptomatik teilweise deutlich von den üblichen Manifestationen abweicht. Daher müssen diese Patienten auch mit besonderer medizinischer und psychologischer Aufmerksamkeit bedacht werden.

1.1.1. Begriffe und Definitionen

Das lateinische Verb *intellegere* liegt dem Begriff Intelligenz zu Grunde (Specht 1986). *Intellegere* bedeutet ‚erkennen, einsehen, verstehen‘. Jaspers beschrieb 1946 die Intelligenz kurz und prägnant als „das Ganze aller Begabungen, aller Talente, aller Werkzeuge, die zu irgendwelchen Leistungen in Anpassung an die Lebensaufgaben brauchbar sind und zweckmäßig verwendet werden.“ (Jaspers 1946, S.233)

Der Begriff des *Schwachsinn*s wurde zunächst als Überbegriff für alle Ausprägungen niedriger Intelligenz verwendet. Kraepelin unterteilte diesen 1897 in Imbezillität und Idiotie. Schlussendlich (1915) gebrauchte er jedoch den Begriff der Oligophrenie mit den Ausprägungen von Debilität über Imbezillität hin zu Idiotie (Kröber et al. 2010). So wurde die geistige Beeinträchtigung allmählich Objekt der wissenschaftlichen Psychiatrie, bis zuletzt die Begriffe der *intellectual disability* (DSM-V) bzw. der Intelligenzminderung (ICD-10) in den gängigen Klassifikationssystemen hierfür Eingang fanden (Kröber et al. 2010).

Es existieren verschiedene Intelligenzmodelle: Beispielhaft kann das weit verbreitete Modell von Spearman (1927), welcher von einer *allgemeinen Intelligenz* ausgeht, angeführt werden. Er spricht von einem *Generalfaktor* (g-Faktor), der sich auf die gesamte Denk- und Lernfähigkeit eines Menschen auswirkt und auch dessen erzielte schulische und berufliche Leistungen bestimmt. Des Weiteren geht er von *spezifischen Begabungsfaktoren* (s-

Faktoren) aus, welche sich beispielsweise in künstlerischen Fähigkeiten ausdrücken (aus forensischer Sicht zum Beispiel Seifert 2015). Cattell (1987) unterteilt hingegen Intelligenz in zwei Komponenten: Der eine, fluide Anteil ist angeboren und bleibt dabei in der Entwicklung von äußeren Einflüssen eher unberührt, wohingegen der andere, kristalline Anteil Fachwissen umfasst und sowohl von der Bildung, als auch von der Kultur abhängig ist. Eine allgemeingültige Definition von Intelligenz gibt es somit bis heute nicht. Vielmehr kann sie als „Konstrukt vielfältiger Fertigkeiten“ verstanden werden (Seifert 2015, S.272). Hinzu tritt die emotionale Intelligenz, welche als Erweiterung angesehen werden kann.

Da die beschriebenen Fertigkeiten somit wenigstens teilweise angeboren sind und zusätzlich in der Kindheits- und Jugendphase gefördert werden müssen, kann die Intelligenzminderung nicht als Krankheit, sondern als geistige Entwicklungsstörung bezeichnet werden. Diese zeichnet sich durch eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Schwierigkeiten im Sprachverständnis und der Sprachproduktion, verlangsamtes Denken, die Unfähigkeit, sich in neuen Situationen adäquat zu verhalten und sich selbst versorgen zu können wie auch gestörtes emotionales Verhalten aus. Dies zeigt sich bereits in den ersten Lebensmonaten, beispielsweise durch unsteten Blickkontakt. Das Kind wirkt geistig schwerfällig, die Entwicklung ist im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern verzögert (Kröber et al. 2010).

Offensichtlich ist, dass psychometrische Testungen der Intelligenz nicht alleine für die Diagnose ausschlaggebend sein können (Kröber et al. 2010). Hierfür scheint eine differenzierte Diagnostik des Entwicklungsstandes notwendig, welche jedoch langwierig ist (ca. sechs Monate). Die soziomoralischen Fähigkeiten lassen sich jedoch nur im Verlauf, somit im Längsschnitt, erfassen (Schmidt-Quernheim 2008).

Die gemessenen Intelligenzwerte der Bevölkerung sind, der Gaußschen-Kurve folgend, normalverteilt. Demnach weisen zwei Drittel der Bevölkerung einen Intelligenzquotienten (IQ) zwischen 85 und 115 (IQ= 100 ± 1 Standardabweichung(SD)) auf. Jeweils ca. 2,5 % weisen einen IQ >130 bzw. <70 (jeweils IQ= 100 ± 2 SD) auf. Nicht außer Acht gelassen werden sollte zudem die Tatsache, dass IQ-Testungen in den Randbereichen, verglichen mit dem Normalbereich, weniger gut differenzieren können. Zudem hat die jeweilige Stichprobenauswahl Einfluss auf die daraus resultierenden Daten (Seifert 2015). Beispielsweise ergeben sich unterschiedliche Häufigkeitsangaben, wenn eine ländliche mit einer städtischen Region verglichen wird oder Länder mit niedrigem Einkommen als Stichprobe ausgewählt werden. Somit wird gemäß aktuellen internationalen Studien für die Intelligenzminderung von einer Gesamtprävalenz von 1% ausgegangen (Seifert 2015).

Der Intelligenzquotient als alleiniges Merkmal ist nicht geeignet, um die Patientengruppe mit all ihren Facetten ausreichend zu charakterisieren. Dabei kommt es unter anderem darauf an, welche Teilkomponente schwer und welche weniger stark betroffen ist. Das Ausmaß der Beeinträchtigungen in den Bereichen Sprache, Motorik und Verhaltensauffälligkeiten ist zum einen intra- zum anderen auch interindividuell sehr unterschiedlich (Schmidt-Quernheim 2008).

Das ICD-10 verwendet den Begriff der Intelligenzminderung, wohingegen im DSM-V die *intellectual disability* bzw. *intellectual development disorder* im Bereich der *neurodevelopmental disorders* neben ADHS, spezifischen Lernstörungen und anderen aufgeführt wird. Noch im DSM-IV wurde von geistiger Behinderung (*mental retardation*) gesprochen. Für die jeweilige Diagnose gemäß der ICD-10 und DSM-V Klassifikation werden folgende Diagnosekriterien gefordert:

1. Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten (IQ <70),

2. Einschränkungen im adaptiven Verhalten (reduzierte soziale und praktische Fertigkeiten),
3. Auftreten vor dem 18.Lebensjahr.

Dabei nimmt das ICD-10 folgende Schweregradeinteilung vor:

1. leichte Intelligenzminderung: IQ zwischen 69 und 50,
2. mittelschwere Intelligenzminderung: IQ zwischen 49 und 35,
3. schwere Intelligenzminderung: IQ zwischen 34 und 20,
4. schwerste Intelligenzminderung: IQ <20.

Mit der vierten Stelle werden im ICD-10 die mit der Intelligenzminderung assoziierten Verhaltensstörungen bezeichnet. Dabei steht F7x.0 für eine fehlende begleitende Verhaltensstörung und F7x.1 für eine deutliche Verhaltensstörung, welche Beobachtung und Behandlung erfordert.

Die Gruppe der schwer und schwerst Intelligenzgeminderten findet sich dabei kaum im MRV, auch wenn dieser Anteil derzeit anwächst (Schmidt-Quernheim 2008). Ursächlich für schwere bis schwerste Intelligenzminderungen sind meist ein (frühkindlicher) Hirnschaden oder hirnorganische Erkrankungen. Störungen der Impulskontrolle kennzeichnen deren Deliktmuster. Da jedoch in den heilpädagogischen Einrichtungen immer weniger geschlossene Abteilungen vorzufinden sind, befinden sich diese Patienten zunehmend im MRV. So sind wohl auch bereits erste Patienten ohne Spracherwerb im MRV aufgenommen worden (Schmidt-Quernheim 2008).

1.1.2. Unterbringung Intelligenzgeminderter im psychiatrischen Maßregelvollzug

Generell wird gemäß Studienlage davon ausgegangen, dass das Intelligenzniveau von verurteilten Straftätern dem der Allgemeinbevölkerung entspricht (Rasch 1999). Zudem bringt die Diagnose einer Intelligenzminderung per se keine erhöhte Delinquenz mit sich (Seifert 2015). Gewisse Delikte wie Tötungen oder Wirtschaftskriminalität sind bei intelligenzgeminderten Patienten seltener, während Brandstiftungen und Sexualdelikte tendenziell häufiger auftreten (Seifert 2015; Kröber et al. 2010). Dies hat unter anderem mit der mangelnden Umstellungsfähigkeit, Defiziten im folgerichtigen Denken wie auch der Unfähigkeit, sich von eigenen Interessen zu lösen (Ich-Bezogenheit), zu tun. Zudem treten affektive Instabilitäten gehäuft auf. Die Umsetzung sexueller Wünsche und der Aufbau sozialer Beziehungen stellen weitere Problemfelder dar. Intelligenzgeminderte neigen in Anhörungen vermehrt zu konfabulierenden Falschaussagen und zeigen sich verstärkt suggestibel (Seifert 2015).

Nach einer bundesweiten Stichtagserhebung von 2005 wird der Anteil, der als intelligenzgemindert Diagnostizierten im psychiatrischen MRV mit 11% angegeben, wobei sich diese Zahl verdoppelt, wenn Patienten mit komorbiden Störungen (Erst- oder Zweitdiagnose) hinzugerechnet werden (Schmidt-Quernheim 2008). Unter allen nach § 63 StGB im baden-württembergischen MRV Untergebrachten sind 8 % als intelligenzgemindert diagnostiziert (siehe hierzu 3.2.1, Abbildung 3).

Des Weiteren konnte bereits in der Vergangenheit gezeigt werden, dass diese Patientenklientel überdurchschnittlich lange im MRV untergebracht ist. Leygraf (1988) betonte bereits in den 1980er Jahren die überdurchschnittlich lange Unterbringungsdauer Intelligenzgeminderter im MRV.

Ist der Gutachter zur diagnostischen Einschätzung gelangt, dass der Proband an einer Intelligenzminderung leidet, so muss im nächsten Schritt eine Zuordnung zu den vier Eingangsmerkmalen des § 20 StGB erfolgen. Diesbezüglich ist die Ätiologie entscheidend. Nur wenn die Ursache unbekannt ist, bzw. es sich um eine angeborene Intelligenzminderung handelt, kann dies unter dem dritten Eingangskriterium der §§ 20, 21 StGB (*Schwachsinn*) subsumiert werden. Lässt sich hingegen eine Ursache für die Intelligenzminderung finden, wie beispielsweise eine pränatale Infektion, so muss das erste Eingangskriterium (*krankhafte seelische Störung*) gewählt werden. Dies steht insofern im Widerspruch zur WHO-Klassifikation, als dort die Diagnosestellung unabhängig von der Ursache der Beeinträchtigungen erfolgt und sich nur am gegenwärtigen intellektuellen Niveau orientiert (Rasch 1999). Jedoch wird in der WHO-Klassifikation Wert darauf gelegt, zusätzlich spezifische Ursachen im Sinne des Komorbiditätsprinzips zu verschlüsseln.

Allein aus der Intelligenzminderung per se kann nicht auf eine Störung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit geschlossen werden. So ist beispielsweise im Fall einer leichten Intelligenzminderung selten davon auszugehen, wohingegen bei einer mittelschweren Intelligenzminderung im Regelfall eine aufgehobene Einsichtsfähigkeit angenommen werden kann. Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch, die Einsichtsfähigkeit im Hinblick auf die konkrete Tatbestandsverwirklichung zu betrachten. Sollte hiermit die Frage nach der Einsichtsfähigkeit bereits dahingehend beantwortet sein, dass diese aufgehoben zu sein scheint, so muss der Frage nach der Schuldfähigkeit im Folgenden nicht mehr nachgegangen werden. Ist dies jedoch nicht der Fall, so gilt es, die Schuldfähigkeit des Probanden einzuschätzen. Der Grad der Intelligenzminderung präjudiziert dabei keine Entscheidung hinsichtlich der Steuerungsfähigkeit (Kröber et al. 2010).

1.1.3. Therapeutische Möglichkeiten für Intelligenzgeminderte im MRV

Der jahrzehntelang propagierte therapeutische Nihilismus hat nun sowohl in der Psychiatrie, als auch speziell im MRV keinen Platz mehr (Häßler 2011). Da die Behandlung Intelligenzgeminderter jedoch in den vergangenen Jahrzehnten eher der Heilpädagogik überlassen wurde, muss sich nun die moderne Psychiatrie mehr und mehr in diesem Bereich etablieren. Es scheint somit an der Zeit, den fachlichen Dialog zwischen Psychiatrie und Psychotherapie auf der einen und Heilpädagogik und ihren Konzepten auf der anderen Seite zu vertiefen.

Eine Voraussetzung für die adäquate Behandlung Intelligenzgeminderter stellt deren genaue Diagnosestellung dar. Dies erfordert die Beobachtung im Längsschnitt.

Forensische Behandlungsprogramme sollten sich nicht nur an den reduzierten kognitiven Fähigkeiten, sondern am gesamten Leistungsniveau der Patienten orientieren, welches mitunter auch durch das soziale Milieu, aus dem die Patienten stammen, geprägt ist. Des Weiteren ist insbesondere die mangelnde verbale Reflexionsfähigkeit der Patienten zu beachten, so dass die „verbale Kommunikation nicht das Hauptmedium darstellen sollte“ (Schmidt-Quernheim 2008, S.154).

Wichtig scheint es auch, den richtigen Entlasszeitpunkt nicht zu verpassen, um einer Hospitalisierung vorzubeugen. Dabei stellt sich die Frage, wohin die Entlassung der Patienten erfolgen soll. Ein Großteil der Intelligenzgeminderten wird jedoch in betreute Heimeinrichtungen entlassen. Diesbezüglich sollte die forensische Psychiatrie, wie bereits angeführt, mit den Heimeinrichtungen in engem Austausch stehen bzw. gut vernetzt sein, um einen gelungenen Übergang zwischen der stationären Behandlung und dem Leben in einem (betreuten) Wohnheim zu ermöglichen.

Es gibt keine diagnose-spezifische psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Intelligenzminderung. Die Ziele sind analog zu jenen bei nicht intelligenzgeminderten Patienten. Individualisierte Kombinationen aus verschiedenen psychotherapeutischen und supportiven Techniken zur Problembewältigung sowie Beziehungsgestaltung haben sich dabei bewährt (Häßler et al. 2014). Probleme, welche sich aus dem sozialen Zusammenleben ergeben, wie auch eine konkrete Alltagsunterstützung stehen im Vordergrund. Es geht auch darum, „Selbstkontrolle, Voraussicht, Beurteilungsvermögen, Belohnungsaufschub“ immer wieder einzuüben (Schmidt-Quernheim 2008, S.154). Zu den therapeutischen Grundregeln gehören Vertrauen, Geduld, Distanz, haltende und stützende Atmosphäre, Arbeiten mit der Dynamik von Sein und Handeln, Integration sprachlicher Elemente sowie Planung (Häßler et al. 2014). Dabei ist insbesondere die frühzeitige Integration Angehöriger von entscheidender Bedeutung, welche im Vorfeld der Behandlung bereits über Jahre das *Gefühl der Ohnmacht* wie auch der *Selbststigmatisierung* erlitten haben.

Ein wesentlicher Unterschied zu nicht intelligenzgeminderten Patienten stellt die eingeschränkte verbale Kommunikations- sowie Informationsverarbeitungsleistung dar (Häßler et al. 2014). Dies führt primär erst einmal zur Annahme, dass primär heilpädagogische Maßnahmen statt klassischer Psychotherapie zum Einsatz kommen bzw. kommen sollten.

Die höchsten Effekte konnten jedoch bei verhaltenstherapeutischen Interventionen nachgewiesen werden. Je besser die Techniken auf die individuellen Gegebenheiten abgestimmt sind, desto höher die Wirkeffekte der Therapie (Prout u. Nowak-Drabik 2003). Zu diesen speziellen Behandlungssettings gehören höhere Therapiefrequenzen, kürzere Therapieeinheiten, weniger Komplexität, kürzere Sätze, weniger und einfachere Worte, mehr Aktivitäten wie Hausaufgaben und kreativ zeichnerische Elemente, Einbeziehung von Spielen, mehr direktives

Vorgehen sowie engeres Einbeziehen von Bezugspersonen (Whitehouse et al. 2006). Bei leichter Intelligenzminderung kommen Techniken wie Problemlösung, Selbstinstruktion, Management-Strategien und Erlernen von Skills zum Einsatz.

Das Behandlungsziel stellt zu jeder Zeit die Wiederherstellung oder wenigstens die Verbesserung der Selbstständigkeit und der Eigenverantwortlichkeit des Patienten dar.

Berufliche und soziale Eingliederung, welche auf den tatsächlich erworbenen Fertigkeiten beruht, hat im Erwachsenenalter eine höhere Relevanz als die Verbesserung von Intelligenztestergebnissen.

Zur Diagnostik während der forensischen Behandlung gehört eine präzise Deliktanamnese (Seifert 2015). Ist diese erfolgt, kann an der weiteren Nachreifung sowie einer Minimierung des Deliktrückfallrisikos gearbeitet werden.

Bei der multimodalen Therapie von Menschen mit Intelligenzminderung geht es auch um die Behandlung komorbider psychischer Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen. Dabei ist die Verbesserung der sozialen Anpassung und damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ein wichtiges Ziel (Häßler et al. 2014). Die Komorbidität stellt dabei oftmals besondere Ansprüche an die jeweiligen Behandler. Der Intelligenzminderung kommt dabei als Entwicklungsstörung eine besondere Bedeutung zu, welche bereits „von Geburt oder von früher Jugend an [mit] geistiger Schwäche [einhergeht] [...] und damit die psychische Entwicklung gehemmt oder doch gehindert wird; die betreffenden Individuen bleiben mehr oder weniger weit unter der gewöhnlichen Durchschnittsmasse von Intelligenz zurück und können die ihrem Alter und ihren Lebensverhältnissen entsprechende Bildung und Erziehung nicht erreichen.“ (Griesinger 1867, S.352)

Bezüglich der medikamentösen Therapie lässt sich anmerken, dass eine Verhaltensauffälligkeit nicht zwingend eine Neuroleptikatherapie zur Folge haben sollte.

Für Menschen mit Intelligenzminderung und einer zusätzlichen psychischen Störung gelten dabei grundsätzlich die gleichen Behandlungskriterien wie für nicht intelligenzgeminderte Personen. Jedoch werden bei der Pharmakotherapie geringere Dosen und eine langsamere Aufdosierung empfohlen (Häßler 2011). Menschen mit geistiger Behinderung zeigen sich in besonderem Maße für Nebenwirkungen anfällig, deren Auftreten systematisch und bestenfalls mittels validierter Skalen erfasst werden sollte (Matson u. Mahan 2010). Hirnorganische Schädigungen können zu verstärkten bzw. untypischen Neben- und Wechselwirkungen führen (Seifert 2015).

Die optimale Tagesdosis der Medikation liegt bei 30-50% der empfohlenen Höchstdosis (Häßler et al. 2014). Bei Personen mit Intelligenzminderung findet man deutlich höhere Prävalenzen von Psychopharmakabehandlungen, insbesondere wenn sich diese in stationärer Behandlung befinden (Mcgillivray u. McCabe 2004; Henniscke 2008; Tsiouris et al. 2012). Singh, Matson, Cooper, Dixon und Sturmey (2005) wiesen die Effektivität von Risperidon bei intelligenzgeminderten Menschen nach. Dabei eigne sich Risperidon besonders bei impulsiver Symptomatik mit aggressiv-gespannter Grundstimmung (Benkert u. Hippus, 2017). Bei sexuell-distanzlosem Verhalten hingegen sei ein eher dämpfendes Neuroleptikum, wie bspw. Perazin, vorzuziehen. Gegebenenfalls kommen auch antihormonelle Behandlungen mittels Cyproteronacetat (Testosteronantagonist) oder LHRH-Agonisten in Frage. Diese können gegebenenfalls mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern kombiniert oder diese bei leichteren Störungen der sexuellen Deviation auch in der Monotherapie verabreicht werden.

Neuere Ergebnisse bestätigen die Studie von Santosh und Baird (1999), wonach Zuclopenthixol das einzige konventionelle Antipsychotikum ist, welches einen positiven Effekt auf chronische Verhaltensauffälligkeiten ausübt (Häßler et al. 2007; 2008; 2014). Es erwies sich in der Therapie aggressiven Verhaltens als effektiv und nebenwirkungsarm. Valproinsäure und Topiramamat zeigten im Gegensatz zu Lithium einen positiven Effekt auf das Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderung (Matson u. Neal 2009, Deb u. Unwin 2007; Benkert u. Hippus 2017).

Neben den bereits genannten Therapieformen (medikamentös und psychotherapeutisch) soll auch die Soziotherapie Erwähnung finden, welche eine tragende Rolle auf dem Weg zum Behandlungserfolg erfüllt (Schmidt-Quernheim 2008).

Tagesstrukturierung, das Prinzip der realen Erfahrung, Entwicklungsförderung und Handlungsorientierung, Realitätstraining, Ressourcenorientierung und neuropsychologisches Training spielen eine wichtige Rolle (Schmidt-Quernheim 2008).

Sport- und Bewegungstherapie wird dabei im MRV von den Patienten überwiegend positiv angenommen. Es geht dabei um Aktivierung, Überwindung einer Anhedonie sowie Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Schmid et al. 2016). Bei der Musiktherapie steht insbesondere die Förderung kommunikativer und kreativer Fähigkeiten im Vordergrund. Dabei kann diese aktiv, aber auch rezeptiv gestaltet werden. Musik ermöglicht einen direkten Austausch mit anderen auf non-verbaler Ebene (Schmidt-Quernheim 2008). Spontane Zeichnungen und Bilder, welche in der Kunsttherapie entstehen können, ermöglichen dem Therapeuten einen Zugang zur Gefühls- und Erlebniswelt des Patienten. Dabei kann die Zeichnung unter Umständen über nicht bewusste Zusammenhänge Auskunft geben. Im Bereich der Ergotherapie kann zwischen Beschäftigungs- und

Arbeitstherapie unterschieden werden. Bei ersterer geht es um eine kreative Betätigung und Wiedereinübung basaler Fertigkeiten, wohingegen die Arbeitstherapie auf eine „instrumentelle Befähigung des Patienten abzielt“ (Schmidt-Quernheim 2008, S.161).

1.2. Forensische Basisdokumentation Baden-Württemberg

Die forensische Basisdokumentation (FoDoBa) wird seit dem Jahr 2009 für alle im baden-württembergischen Maßregelvollzug Untergebrachten geführt und ist in allen Einrichtungen (Bad Schussenried, Calw, Emmendingen, Ravensburg-Weissenau, Reichenau, Weinsberg, Wiesloch und Zwiefalten) hierzu elektronisch implementiert. Sie stellt damit die einzige Vollerhebung dar, die in einem deutschen Bundesland durchgeführt wird.

Seit 2011 werden jeweils am Stichtag, dem 31.12. des betreffenden Jahres, die notwendigen Daten von den zuständigen Bezugstherapeuten erfasst (2009 und 2010 wurden jeweils zwei Datensätze, im Juni und im Dezember, erstellt). Der Letztverantwortliche ist der jeweilige Chefarzt. Zusätzlich besteht eine Arbeitsgruppe zur Koordination und Pflege der Daten, welche sich „*Prozessoptimierung und Qualitätssicherung im MRV Baden-Württemberg*“ nennt und deren Leiter Klaus Hoffmann ist. Der Koordinator ist Thomas Ross.

Folgende Items werden in der forensischen Basisdokumentation erfasst: Hauptdiagnose, aktuelle und Gesamtunterbringungsdauer, sozialer Empfangsraum bei Entlassung, soziale Situation bei Begehen der Straftat, Delikt, Schulabschluss, abgeschlossene Berufsausbildung, Berufs- und Arbeitstätigkeit vor Erstdiagnose der Anlasserkrankung, Migrationshintergrund, Aufnahmedatum in den MRV mit Rechtsgrundlage, Erstaufnahme ja/nein, Daten zum Rechtsstatus, somatische Diagnosen, allgemeinspsychiatrische Vorgeschichte, forensisch-psychiatrische Vorgeschichte, suchtmedizinische Vorgeschichte, Vorfälle während der

Unterbringung, Lockerungen, prognostische Beurteilung. Die genaue Auflistung der einzelnen Items der forensischen Basisdokumentation kann dem Anhang entnommen werden.

1.3. Ziele der Arbeit

1.3.1. Sonderauswertung der FoDoBa-Daten aus den Jahren 2009 bis 2015 im Hinblick auf Intelligenzgeminderte

In einem ersten Schritt soll es darum gehen, in einer deskriptiven Darstellung Fragen zur Vollstreckung von Maßregeln zu klären. Diesbezüglich interessiert die Frage nach der aktuellen und der Gesamtunterbringungsdauer. Die aktuelle Unterbringungsdauer bezieht sich dabei auf das laufende Unterbringungsverfahren. So waren etwa 30% der intelligenzgeminderten Patienten, welche sich zum Stichtag des 31.12.2012 im baden-württembergischen MRV aufhielten, dort für länger als 10 Jahre untergebracht, während dies nur 17% aller nach § 63 StGB Untergebrachten betraf. Es soll also darum gehen, zu untersuchen, ob sich dieser Trend auch in den Folgejahren fortsetzte und in der Gesamtdarstellung für die Jahre 2009-2015 nachweisen lässt. In der Diskussion soll möglichen Ursachen für die lange Unterbringungsdauer Intelligenzgeminderter im MRV nachgegangen werden.

Eine weitere Fragestellung stellt die deskriptive Darstellung des Bestandes, der Aufnahmen und Entlassungen sowie des Aufnahme/Entlass-Verhältnisses intelligenzgeminderter Patienten im MRV dar. Zudem soll der Frage nachgegangen werden, welche Delikte unter welchen Diagnosegruppen, und hier insbesondere unter den Intelligenzgeminderten, dominieren. Dies ist unter anderem für die Prävention weiterer Delikte von entscheidender Bedeutung. Eine weitere wichtige Fragestellung befasst sich mit den sozialen Rahmenbedingungen bei Begehung der Straftat und dem sozialen

Empfangsraum, in den die Patienten entlassen werden. In einem weiteren Schritt wird den unter 2.2 aufgelisteten Hypothesen nachgegangen.

Zudem soll der Zusammenhang des Migrationsstatus, des Alters bei Aufnahme sowie der abgeschlossenen Berufsausbildung mit der Diagnose einer Intelligenzminderung untersucht werden.

1.3.2. Zwei Hypothesen in Bezug auf Intelligenzgeminderte im MRV

Grundlage der Hypothesen

Eine frühere Sonderauswertung der Daten der FoDoBa konnte zeigen, dass sich die soziale Situation bei Aufnahme in den MRV zwischen intelligenzgeminderten Patienten und nicht intelligenzgeminderten Patienten unterscheidet. So leben Intelligenzgeminderte häufiger in betreuten Wohneinrichtungen als Nichtintelligenzgeminderte. Dies wirft die Frage auf, ob dieser Zusammenhang statistisch signifikant ist.

Zudem spielt der *soziale Empfangsraum*, also der Ort, an den die Patienten entlassen werden, eine wichtige Rolle, unter anderem, weil eine adäquate Wohnperspektive in der Regel entscheidend für die Entlassung aus dem MRV ist. Kann eine solche nicht gefunden werden, führt dies gewöhnlich zu einer Aufenthaltsverlängerung der im MRV untergebrachten Patienten. Aus diesem Grund stellt das ungenügende Angebot an adäquaten Heimplätzen ein großes Problem dar, auf welches in der Diskussion weiter eingegangen werden soll. Aus diesen Überlegungen ergeben sich die unter 1.3.2 genannten Hypothesen.

Hypothesen

Hypothese I: „Intelligenzgeminderte leben zum Zeitpunkt der Begehung der Straftat signifikant häufiger in betreuten Wohneinrichtungen als Nichtintelligenzgeminderte.“

Hypothese II: „Intelligenzgeminderte Patienten werden gegenüber den

übrigen aus der Unterbringung entlassenen Patienten signifikant häufiger in Heimeinrichtungen entlassen.“

2. Material und Methoden

2.1. Erhebung der Daten – Verwendeter Datensatz

Die Daten zur Erstellung der deskriptiven Statistik über Intelligenzgeminderte im MRV und zur Berechnung der Grafiken sowie der dargestellten Hypothesen wurden der forensischen Basisdokumentation entnommen (siehe 1.2).

Aus den in der FoDoBa erfassten Fällen wurden zunächst all diejenigen Patienten herausgefiltert, welche nach den §§ 63 StGB, 67 g/h StGB (in Verbindung mit § 63) sowie 126a StPO in den Jahren 2009-2015 untergebracht waren. Demnach wurden jene Patienten, welche nach § 64 StGB untergebracht waren, ausgeschlossen. Daraus ergaben sich zunächst 5966 Datensätze.

Da jährlich zum Stichtag (31.12.) alle in den jeweiligen Einrichtungen im Maßregelvollzug befindlichen Patienten in der FoDoBa erfasst werden, entspricht jeder Eintrag in der FoDoBa einem separaten Fall. Deshalb kommt es häufig vor, dass ein Patient bei mehrjähriger Unterbringung im Maßregelvollzug mit mehreren Falleinträgen in der FoDoBa gelistet ist. Nachdem die ursprünglich 5966 als Fälle gelisteten Datensätze, welche in der FoDoBa aus den Jahren 2009 bis 2015 dokumentiert sind, auf individuelle Patienten zurückgeführt wurden, entstanden nach Aggregation mittels SPSS (Statistical Package of Social Science) 1757 Datensätze. Hierfür wurden mehrfach in der FoDoBa dokumentierte untergebrachte Patienten (beispielsweise aufgrund mehrjähriger Unterbringung im MRV in konsekutiven Jahren jeweils zum Stichtag erfasst) zuerst nach Geburtsdatum und Geburtsort gefiltert und entsprechende Doppel- oder Mehrfacheinträge mit der Funktion *Aggregieren von Daten* in SPSS aggregiert. Zusätzlich

musste nachfolgend in einigen Fällen eine manuelle Korrektur der, auf Grund von Rechtschreibfehlern oder differierender Schreibweisen von beispielsweise Geburtsorten nicht erkannten, Übereinstimmungen vorgenommen werden.

Damit konnte erreicht werden, dass pro Patienten exakt ein aggregierter Datensatz vorliegt.

Dies erfolgte im Einzelnen mit folgenden Arbeitsschritten:

1. Von den Gesamt-FoDoBa-Daten wurden alle Patienten herausgefiltert, welche nach §§ 63 StGB, 67g/h (in Verbindung mit § 63) StGB sowie § 126a StPO untergebracht waren.
2. Die Fälle wurden primär nach Statistik ID (d.h. nach Jahr der Datenerhebung), sekundär nach der Fallnummer, sortiert.
3. Es erfolgte dann die Aggregation nach Geburtsdatum und Geburtsort (Breakvariablen in der Aggregieren-Funktion von SPSS).
4. Die Funktion der aggregierten Variablen musste hierfür ausgewählt werden: Dabei konnte zwischen *last* (=L, letzte Angabe) und *sum* (=S, Summe der Angaben) unterschieden werden (Items 1-104: L, 105-131: S, 132: L, 133-135: S, 136 bis Ende: L). Aus 5966 Datensätzen wurden somit 1874.
5. Zunächst wurde wieder nach der Statistik ID und der Fallnummer sortiert.
6. Es erfolgte anschließend die Aggregation nach der FoDoBa Nummer (hiermit konnten einige der aufgrund von differierender Schreibweisen von Geburtsdatum oder -ort nicht korrekt identifizierten Mehrfacheinträge automatisch aggregiert werden). Von den 1874 Fällen erfolgte somit eine Reduktion auf 1815 Datensätze.
7. Manuell wurden mögliche *doppelte Fälle* bzw. Mehrfacheinträge ermittelt, dabei handelte es sich um übereinstimmende Fälle gemäß

Geburtsdatum, innerhalb der übereinstimmenden Fälle musste zunächst nach dem Geburtsort sortiert werden.

8. Manuell wurden Geburtsdatum und Geburtsort sowie teilweise auch weitere Angaben auf Plausibilität geprüft. Oftmals war der Geburtsort in der Ausgangstabelle unterschiedlich geschrieben, sodass eine manuelle Korrektur der Schreibweise vorgenommen werden musste.
9. Wiederum erfolgte die Sortierung nach Statistik ID und Fall Nummer.
10. Es erfolgte eine nochmalige Aggregation nach Geburtsdatum und Geburtsort, wodurch sich die Datenmenge von 1815 auf 1757 Datensätze reduzierte.

Fälle, bei denen Angaben zu den relevanten Variablen fehlten, wurden von SPSS bei den statistischen Analyseverfahren automatisch von der Auswertung ausgeschlossen.

Für die Erstellung der deskriptiven Statistik wurde diese Aggregation nicht benötigt, da hierfür die Auswertung der Dokumentation der einzelnen Jahre entscheidend war. Die aggregierten Daten wurden für die statistische Auswertung der Hypothesen verwendet.

In der vorliegenden Auswertung gelten all jene als intelligenzgemindert, welche die Intelligenzminderung als Hauptdiagnose im psychiatrischen MRV und damit in der FoDoBa erhalten haben. Diejenigen mit Nebendiagnose *Intelligenzminderung* werden in der folgenden Auswertung nicht berücksichtigt, da die Validität für wissenschaftliche Auswertungen nicht gegeben war.

2.2. Sonderauswertung der FoDoBa in Bezug auf intelligenzgeminderte Patienten

In einer früheren Sonderauswertung der Arbeitsgruppe erfolgte bereits eine Auswertung der FoDoBa-Daten für die Jahre 2009-2012 in Bezug auf intelligenzgeminderte Patienten.

Diese spezielle Auswertung soll nun für die Jahre 2013-2015 fortgeführt und damit erweitert werden. Diese Auswertung und die Erstellung der Schaubilder erfolgten mit Hilfe von Excel (Microsoft Office). Dadurch lassen sich Trends aufzeigen, welche die Vollstreckung von Maßregeln und die Behandlung Intelligenzgeminderter im MRV charakterisieren.

2.3. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS (Statistical Package of Social Science), Version 24.

Zur Beantwortung der aufgestellten Hypothesen wurde jeweils ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Dieser wie auch die standardisierten Residuen wurden bewertet. Für sämtliche durchgeführte Rechnungen wurde ein Signifikanzniveau von $p=0,05$ festgelegt.

3. Ergebnisse

3.1. Charakterisierung der Patientengruppe

Von 2009 bis 2015 waren im Maßregelvollzug Baden-Württemberg 98 Intelligenzgeminderte nach den §§ 63 StGB, 67g/h StGB (in Verbindung mit § 63) sowie 126a StPO behandelt worden. Dabei handelte es sich um 90 Männer (91,8%) und 8 Frauen (8,2%). 57,1 % der Intelligenzgeminderten Patienten wurden zuvor schon in der Allgemeinpsychiatrie behandelt. Bei 68 der 98 Intelligenzgeminderten Patienten (69,4%) handelte es sich um die Erstaufnahme in der forensischen Psychiatrie. 64,3 % der Intelligenzgeminderten Patienten waren in den sechs Monaten vor dem Einweisungsdelikt keiner Arbeitstätigkeit nachgegangen. 93,9% der Intelligenzgeminderten Patienten waren ledig, 5,1% geschieden, 1% war verheiratet. 62,2% der Intelligenzgeminderten Patienten waren bei Aufnahme im MRV zwischen 22 und 44 Jahren alt. 92,8% der Intelligenzgeminderten Patienten hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung. Knapp 40% der Intelligenzgeminderten Patienten hatten betreutes Wohnen oder wohnten in (psychiatrischen) Pflegeheimen oder Wiedereingliederungsheimen, nur 16,3% von ihnen lebten alleine. 78,6% der Intelligenzgeminderten Patienten hatten keinen Migrationshintergrund. Knapp 45% der Intelligenzgeminderten Patienten waren gemäß § 20 StGB schuldunfähig.

3.2. Darstellung der Ergebnisse der forensischen Basisdokumentation Baden-Württemberg von 2009 bis 2015

3.2.1. Bestand intelligenzgeminderter Patienten

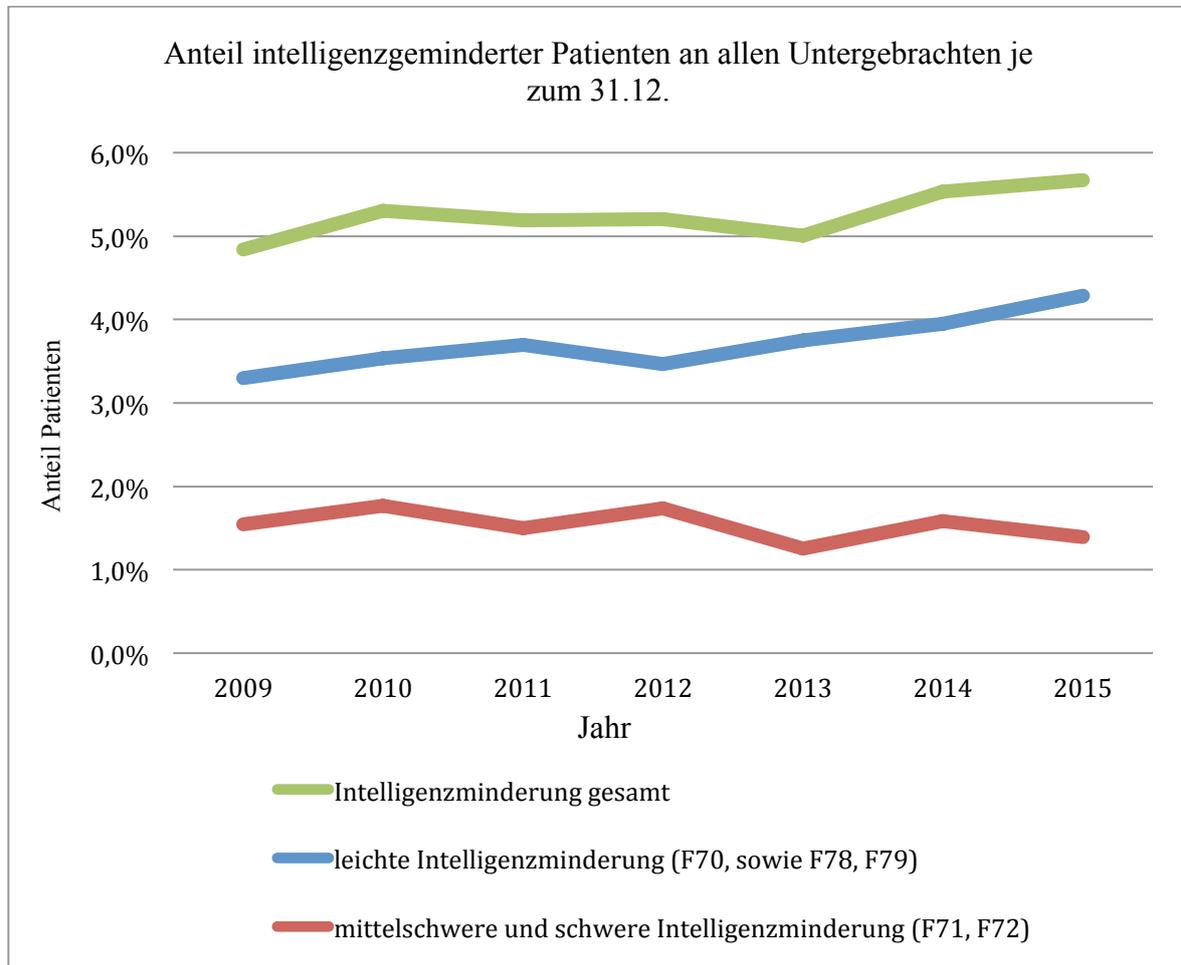


Abbildung 1. Anteil intelligenzgeminderter Patienten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg, an allen in Baden-Württemberg im MRV Untergebrachten, jeweils zum 31.12. in den Jahren 2009 bis 2015. § 63 StGB schließt § 67 StGB in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

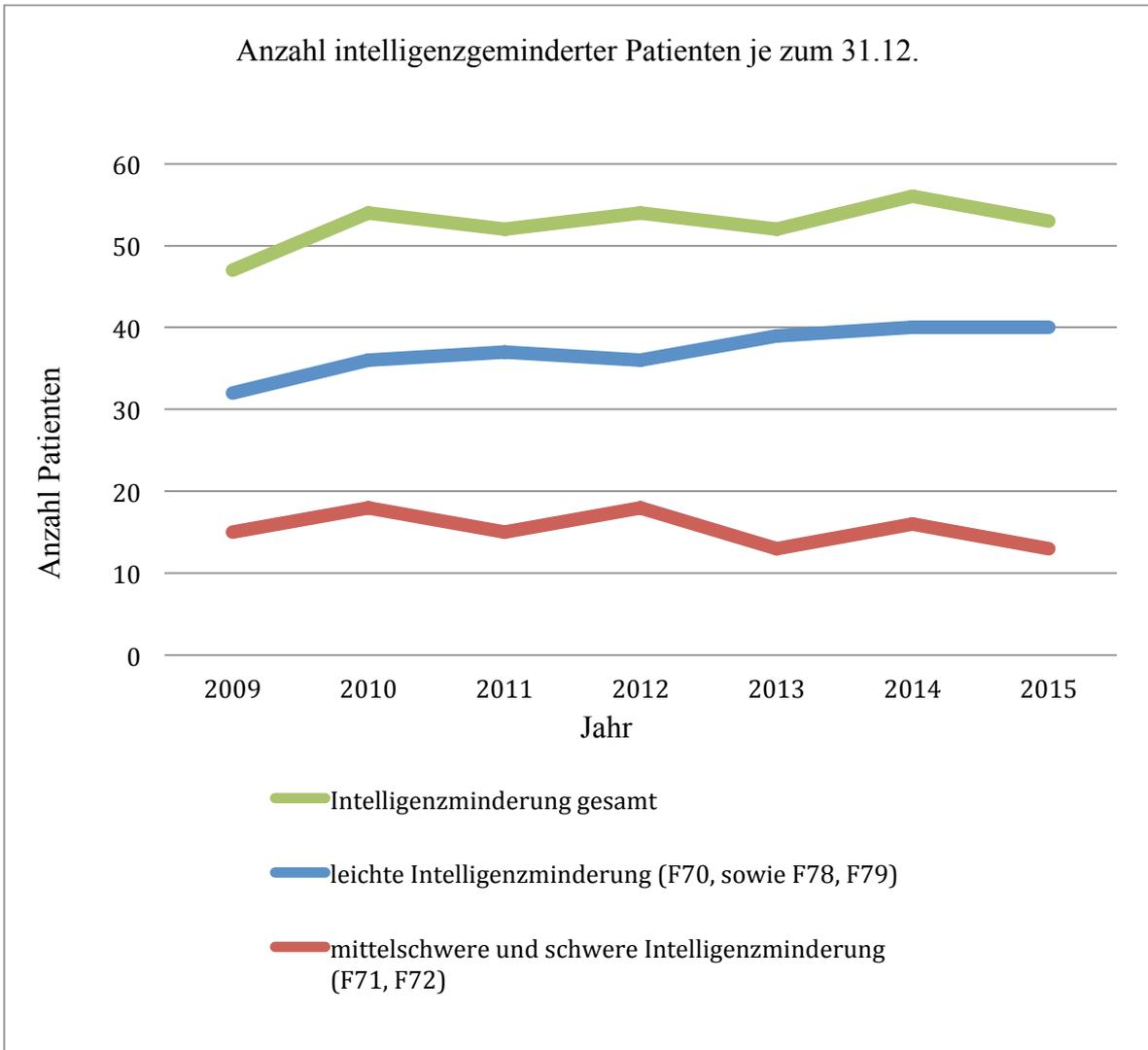


Abbildung 2. Anzahl der intelligenzgeminderten Patienten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg, je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt § 67g/h StGB in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

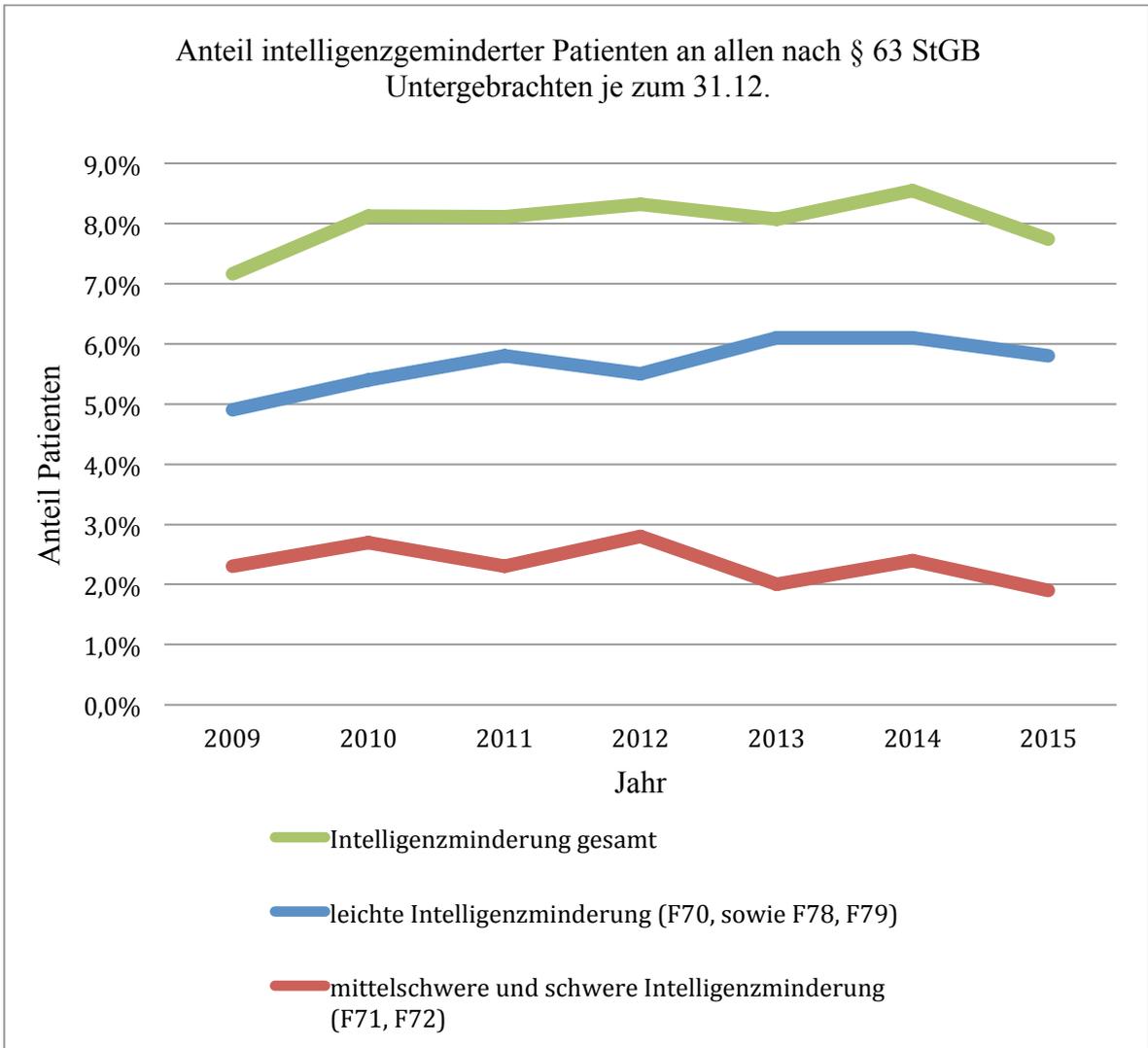


Abbildung 3. Anteil intelligenzgeminderter Patienten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg, von allen nach § 63 StGB im MRV in Baden-Württemberg untergebrachten Patienten, jeweils zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt § 67g/h StGB in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Die Abbildungen zeigen, dass der Bestand an intelligenzgeminderten Patienten zwischen den Jahren 2009 bis 2015 relativ konstant geblieben ist. Zudem blieb das Verhältnis zwischen jenen mit leichter zu jenen mit mittlerer/schwerer Intelligenzminderung ebenfalls etwa konstant. Den Schaubildern kann des Weiteren entnommen werden, dass im MRV mehr Patienten mit leichter als mit mittelschwerer und schwerer Intelligenzminderung behandelt werden.

3.2.2. Aufnahmen intelligenzgeminderter Patienten

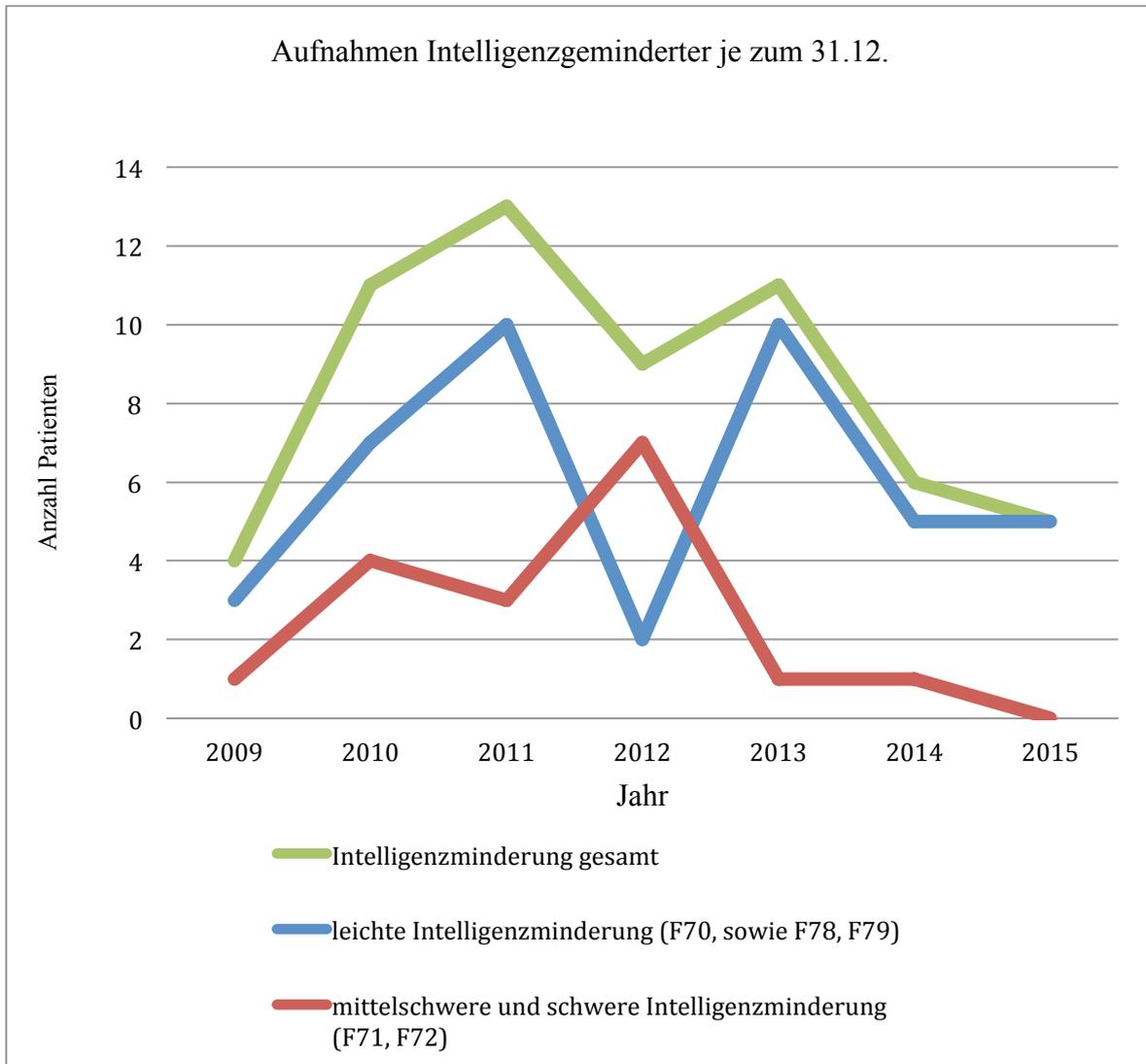


Abbildung 4. Absolute Anzahl an Aufnahmen intelligenzgeminderter Patienten, welche nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg zum 31.12. in den Jahren 2009-2015 untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

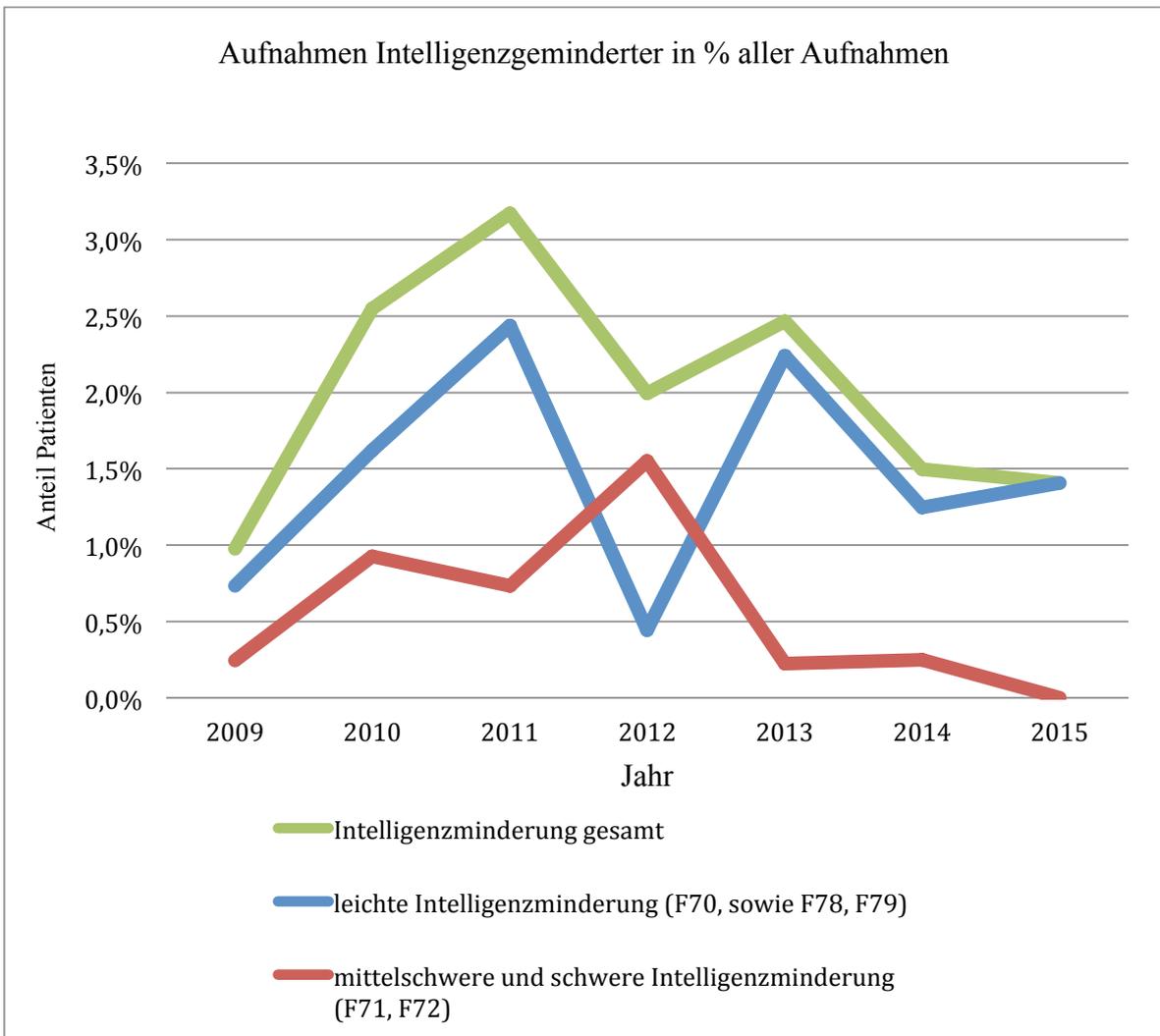


Abbildung 5. Aufnahmen intelligenzgeminderter Patienten, welche nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg untergebracht waren, in % aller Aufnahmen im MRV in Baden-Württemberg je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Diese Daten zeigen, dass die Anzahl der Aufnahmen intelligenzgeminderter Patienten zwischen 2009 und 2015 ebenfalls nahezu konstant geblieben ist. So machte der Anteil intelligenzgeminderter Patienten an allen Aufnahmen in den genannten Jahren etwa zwischen 1,5 und 3 % aus.

3.2.3. Entlassungen intelligenzgeminderter Patienten

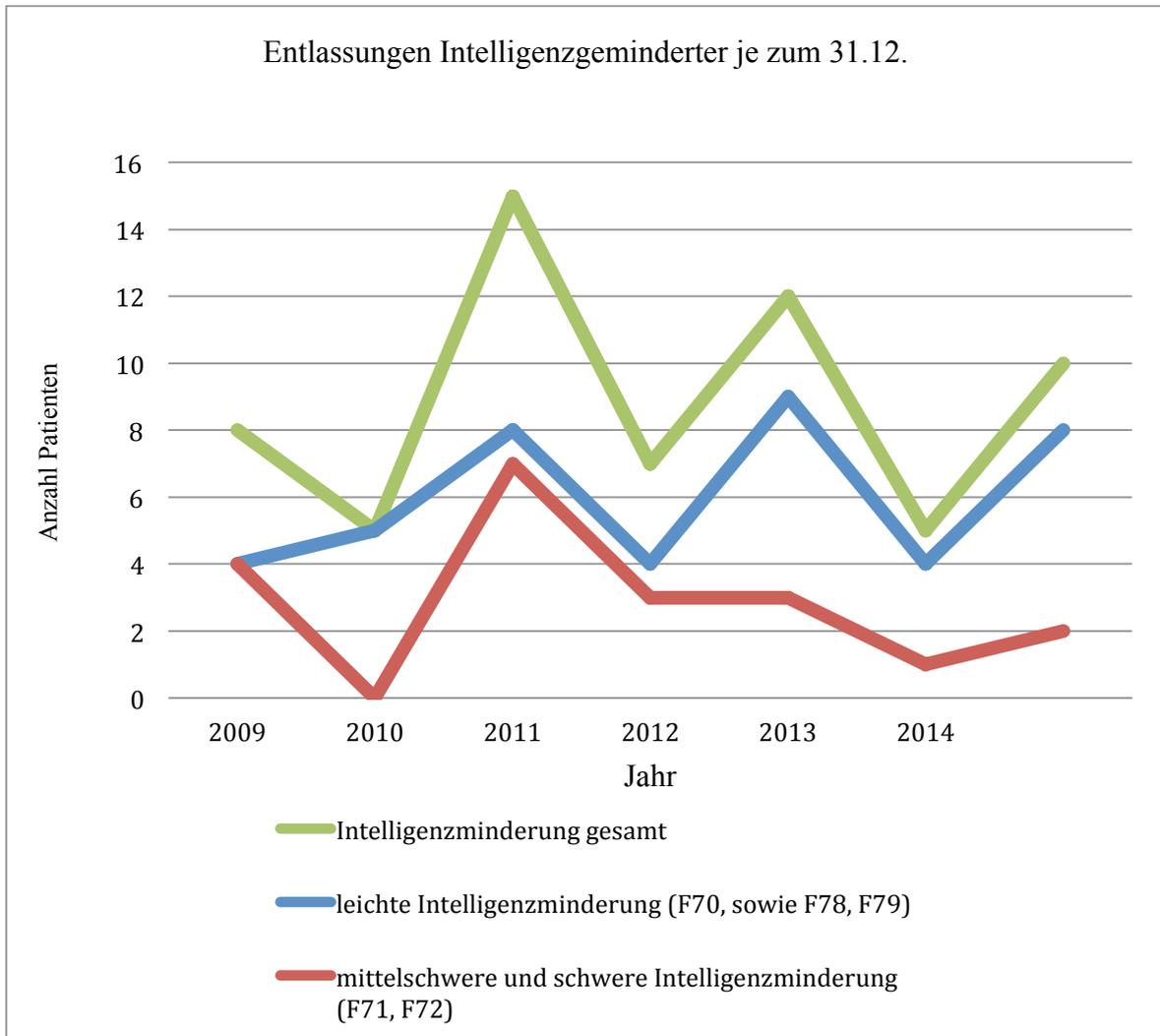


Abbildung 6: Anzahl an Entlassungen intelligenzgeminderter Patienten, welche nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015 untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

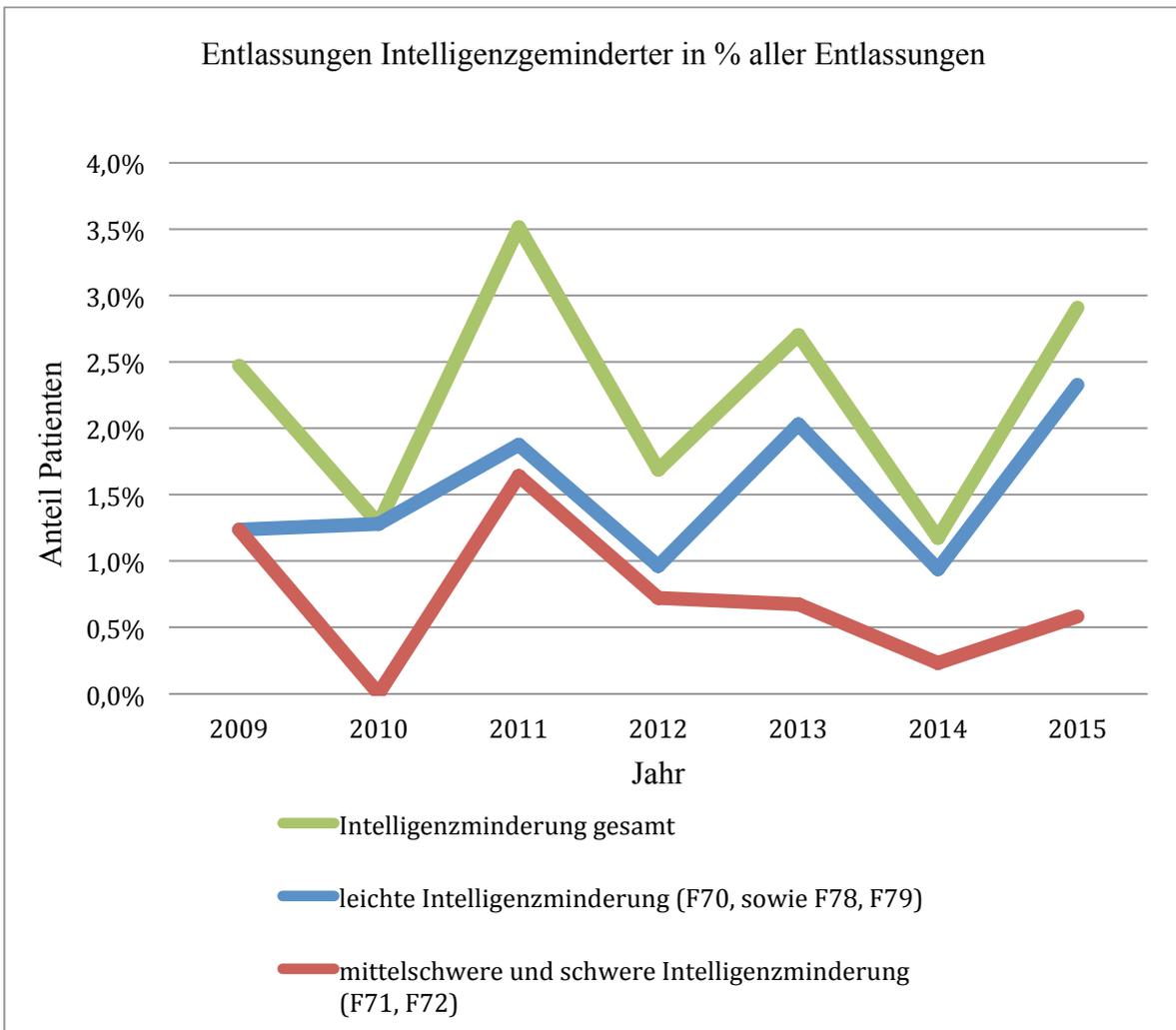


Abbildung 7. Anteil der Entlassungen intelligenzgeminderter Patienten, die nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg zum 31.12. in den Jahren 2009-2015 untergebracht waren, an allen entlassenen Patienten im MRV in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Bei Betrachtung der Daten fällt auf, dass die Rate an Entlassungen und Aufnahmen mit ca. 1,5 bis 3,5% einander sehr ähneln. Deshalb wird dieses Verhältnis in folgendem Unterpunkt näher beleuchtet.

3.2.4. Aufnahmen, Entlassungen und Bestand Intelligenzgeminderter

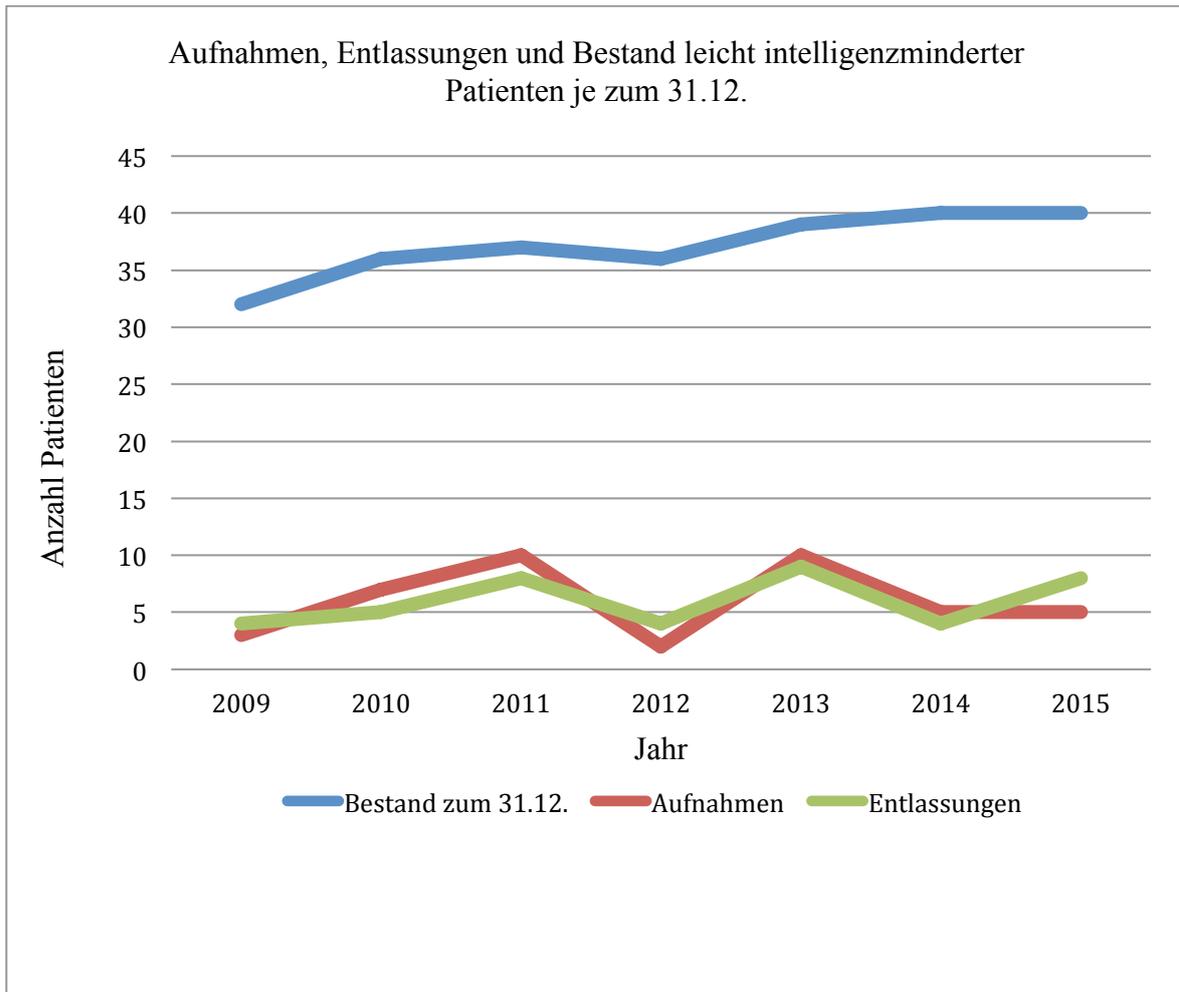


Abbildung 8. Aufnahmen, Entlassungen und Bestand leicht intelligenzgeminderter Patienten, untergebracht im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB), je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

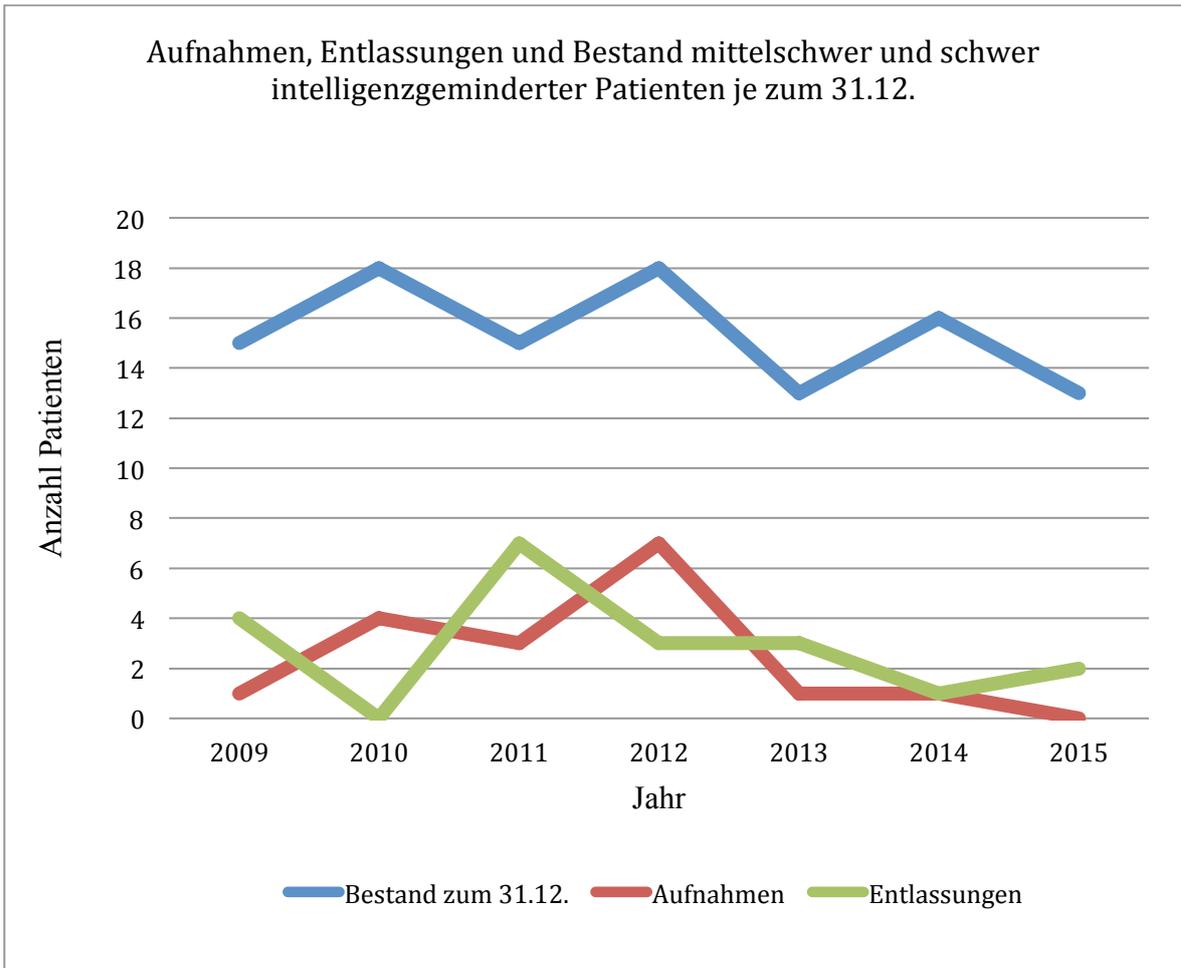


Abbildung 9. Aufnahmen, Entlassungen und Bestand mittelschwer und schwer intelligenzgeminderter Patienten, untergebracht im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB), je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

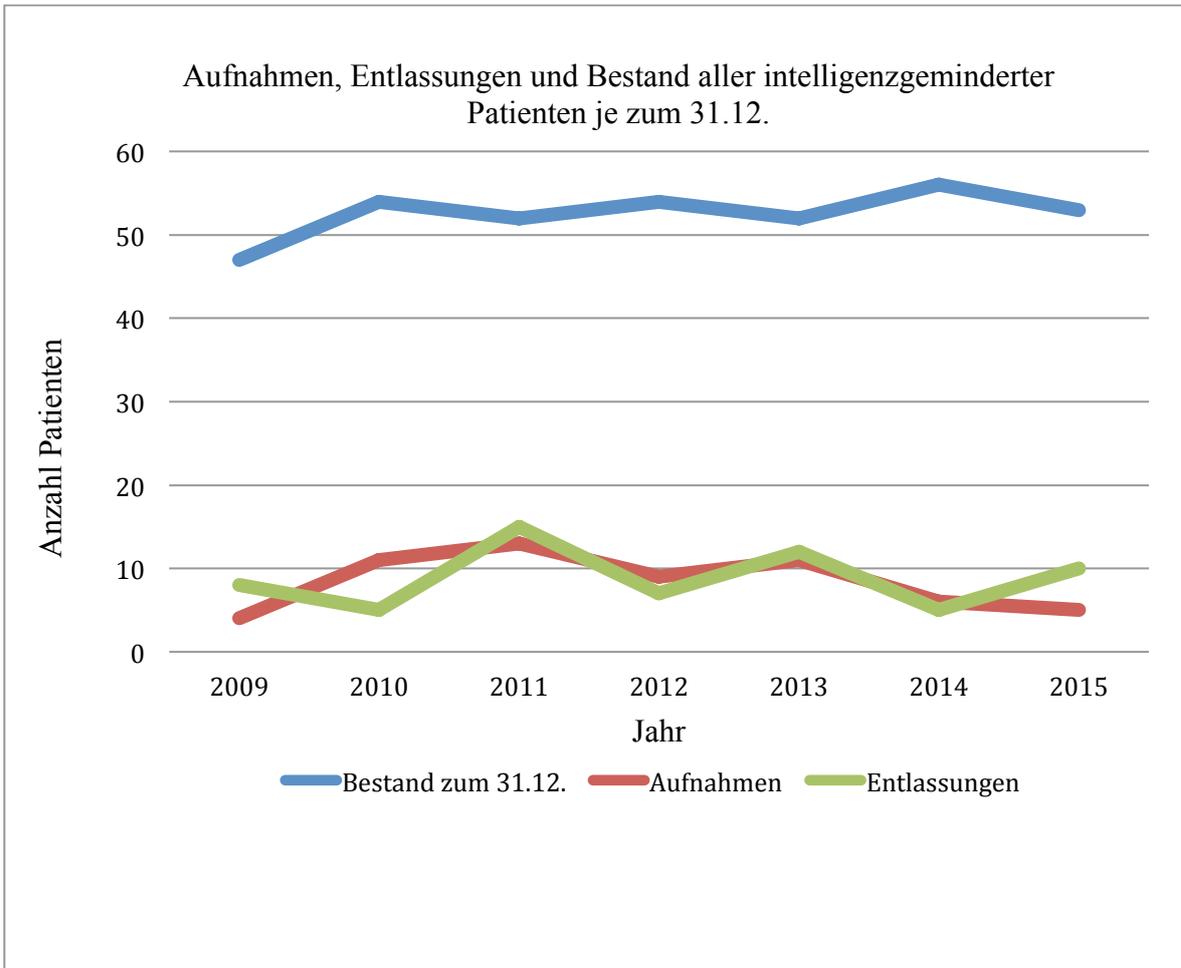


Abbildung 10. Aufnahmen, Entlassungen und Bestand aller intelligenzgeminderter Patienten, untergebracht im Maßregelvollzug in Baden-Württemberg nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB), je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Oben stehende Grafiken zeigen, dass sich die Entlassungen und Aufnahmen die Waage halten und das Aufnahme/Entlass-Verhältnis über die Jahre 2009-2015 hinweg in etwa konstant geblieben ist.

3.2.5. Deliktverteilung unter Intelligenzgeminderten

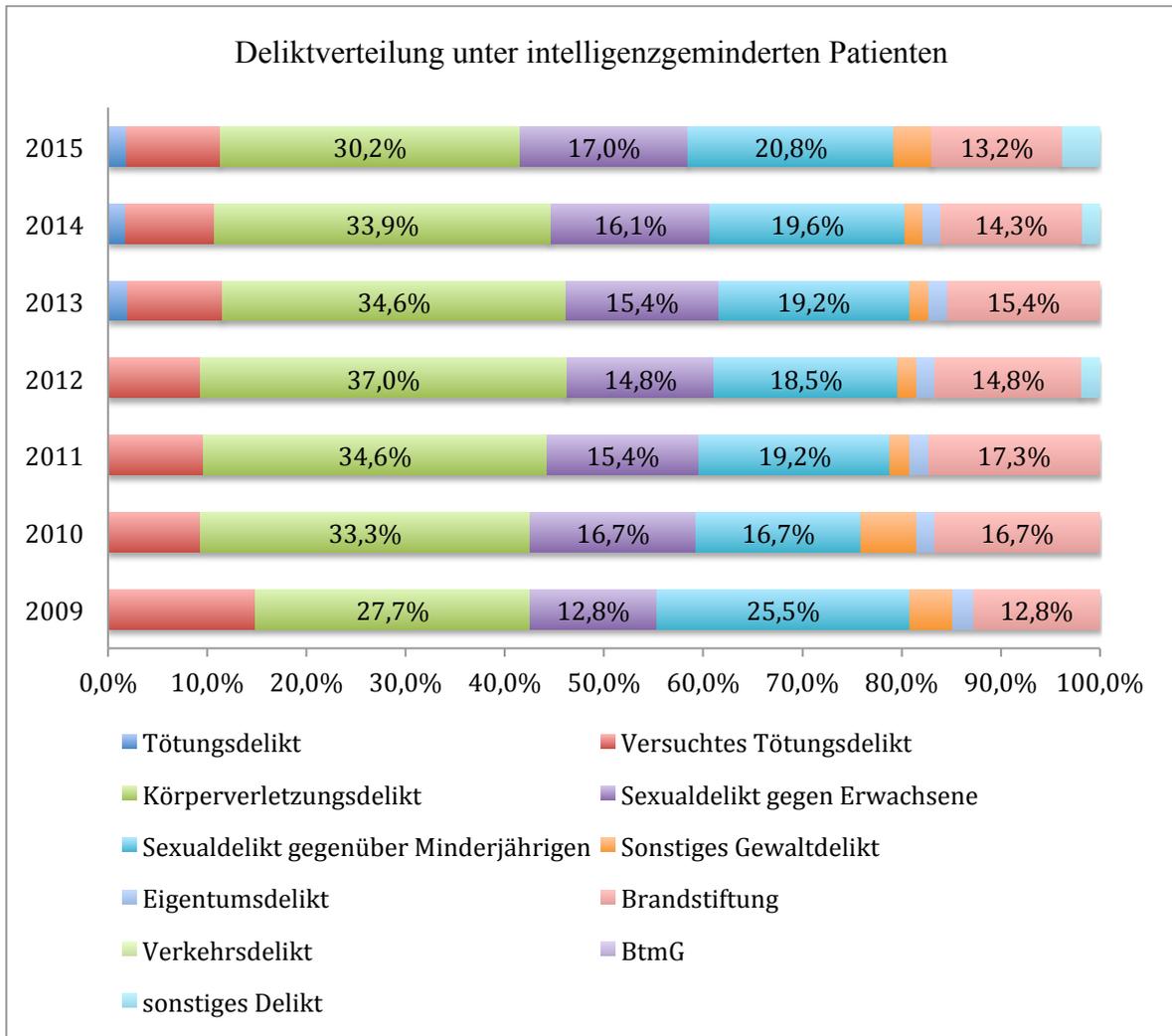


Abbildung 11. Deliktverteilung unter intelligenzgeminderten Patienten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg, je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein. BtmG steht für einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG).

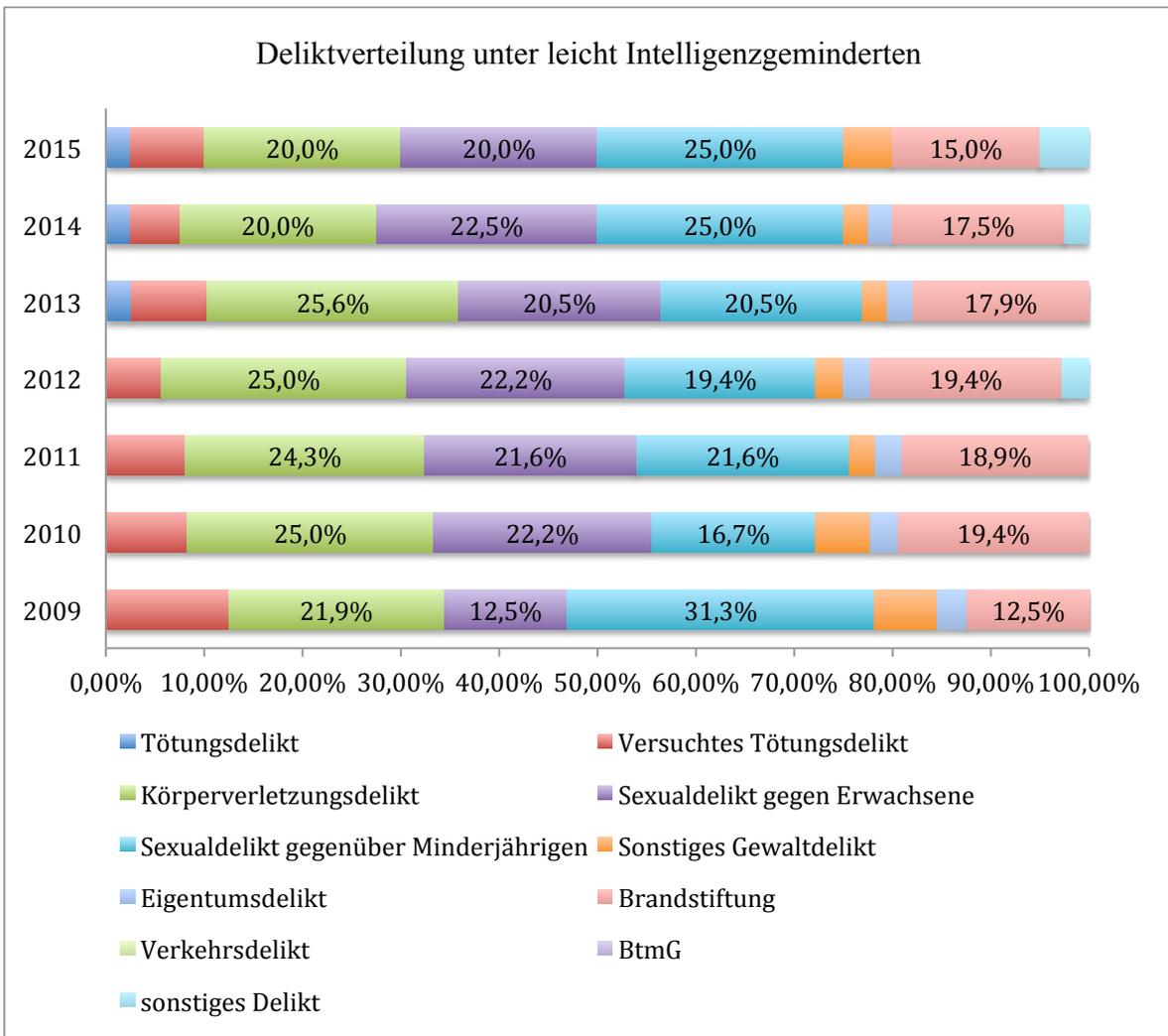


Abbildung 12: Deliktverteilung unter leicht intelligenzgeminderten Patienten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg, je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein. BtmG steht für einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG).

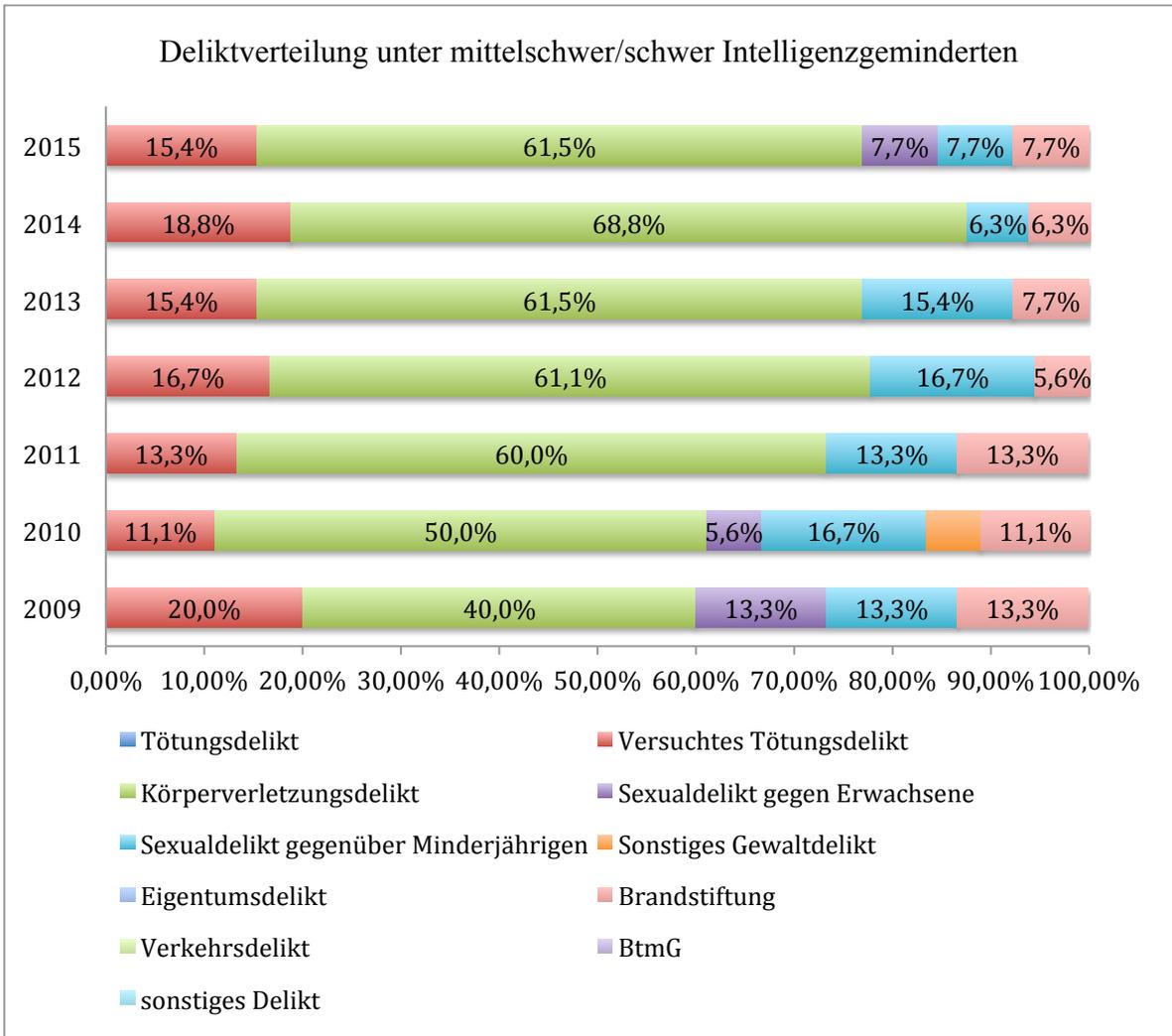


Abbildung 13: Deliktverteilung unter mittelschwer und schwer intelligenzgeminderten Patienten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg, je zum 31.12. in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein. BtmG steht für einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG).

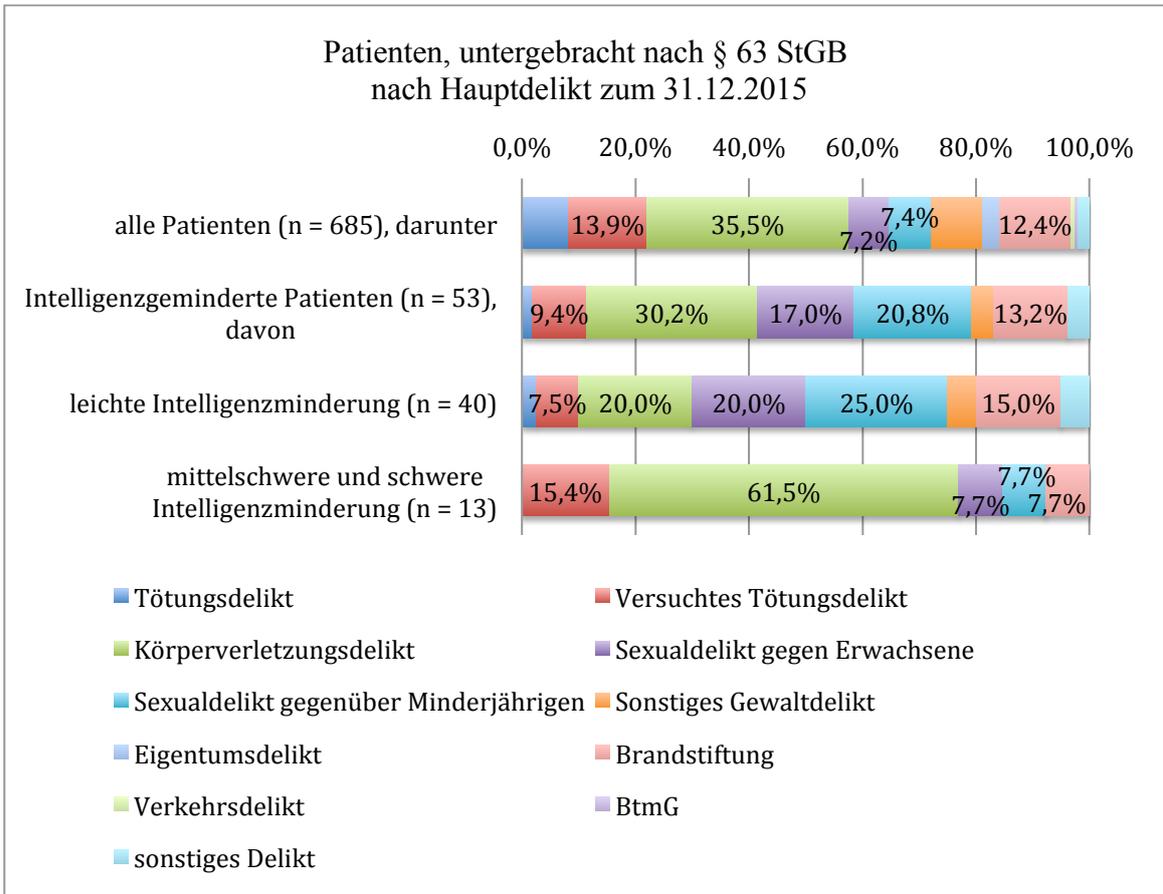


Abbildung 14. Vergleich der Hauptdelikte zwischen intelligenzgeminderten Patienten sowie allen nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg untergebrachten Patienten zum 31.12.2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein. BtmG steht für einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG).

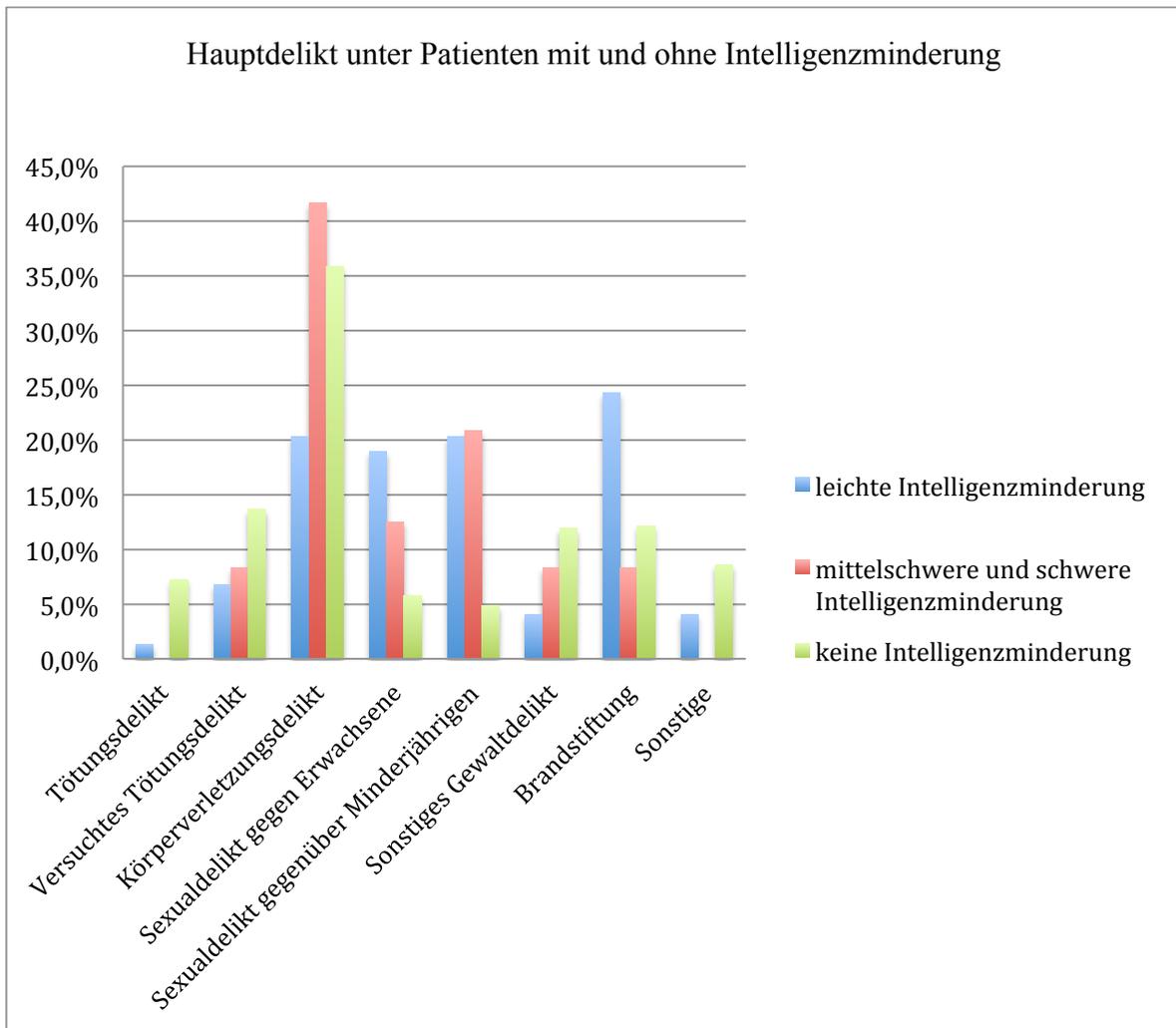


Abbildung 15. Hauptdelikt unter Patienten mit leichter, mittelschwerer/schwerer und keiner Intelligenzminderung, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg in den Jahren 2009-2015. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

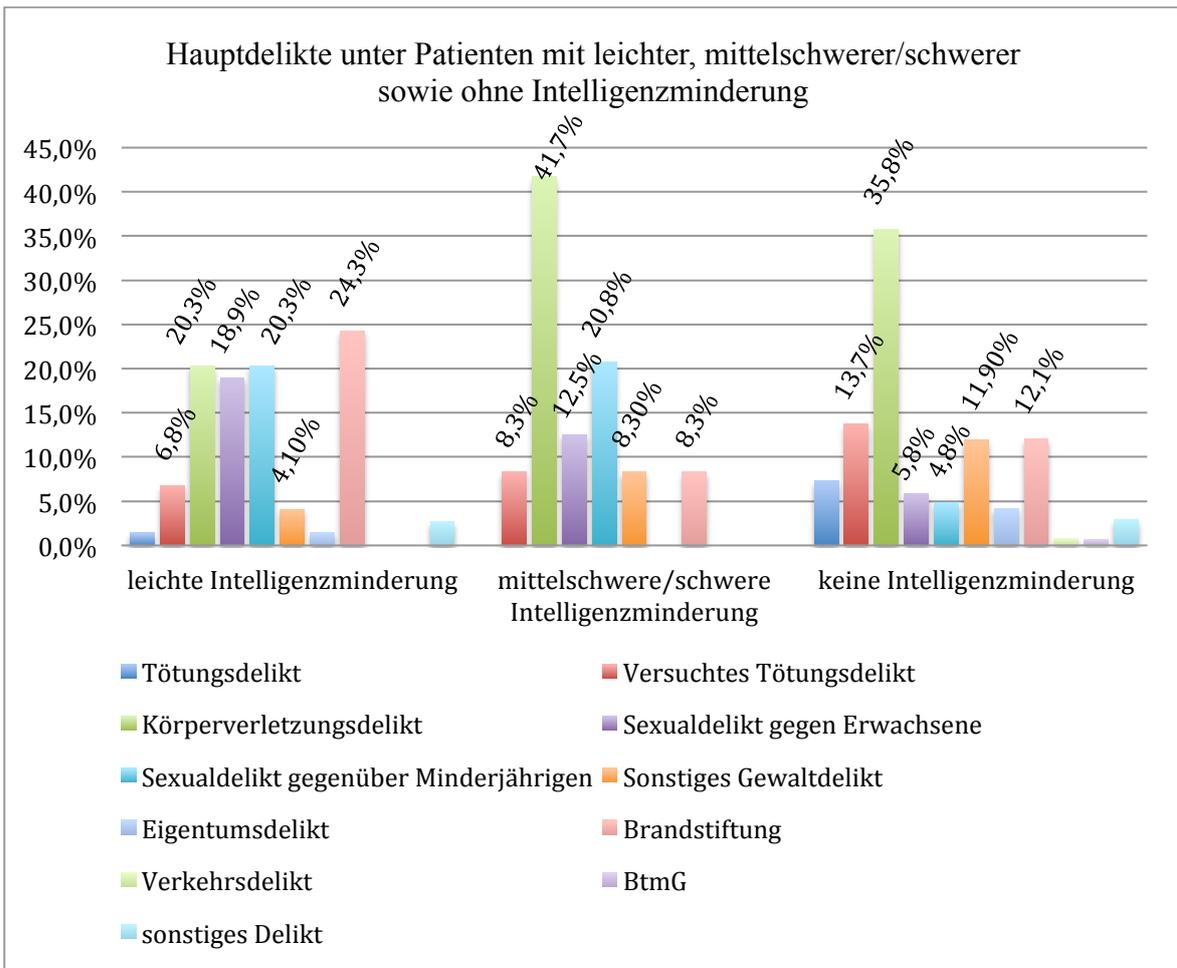


Abbildung 16. Hauptdelikte unter intelligenzgeminderten und nicht intelligenzgeminderten Patienten, welche nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein. BtmG steht für einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG).

Diese Auswertung zeigt deutlich, dass sich die Häufigkeit der einzelnen Delikte zwischen intelligenzgeminderten und nicht intelligenzgeminderten Patienten unterscheidet. Zudem bestehen Unterschiede zwischen leicht und mittelschwer/schwer intelligenzgeminderten Patienten. Unter den Intelligenzgeminderten ist das häufigste Hauptdelikt die Körperverletzung, gefolgt vom Sexualdelikt gegenüber Minderjährigen, dem Sexualdelikt gegenüber Erwachsenen und Brandstiftungen. Unter allen im MRV

untergebrachten Patienten sind Körperverletzungen am häufigsten, gefolgt von versuchten Tötungsdelikten und Brandstiftungen.

Bei den leicht intelligenzgeminderten Patienten überwiegen Brandstiftungsdelikte, wohingegen bei den mittelschwer/schwer intelligenzgeminderten Patienten Körperverletzungsdelikte überwiegen. Versuchte Tötungsdelikte, welche bei nicht intelligenzgeminderten Patienten das zweithäufigste Delikt darstellen, haben sowohl unter leicht, als auch unter mittelschwer und schwer Intelligenzgeminderten weniger Bedeutung.

3.2.6. Soziale Situation bei Aufnahme in den psychiatrischen MRV

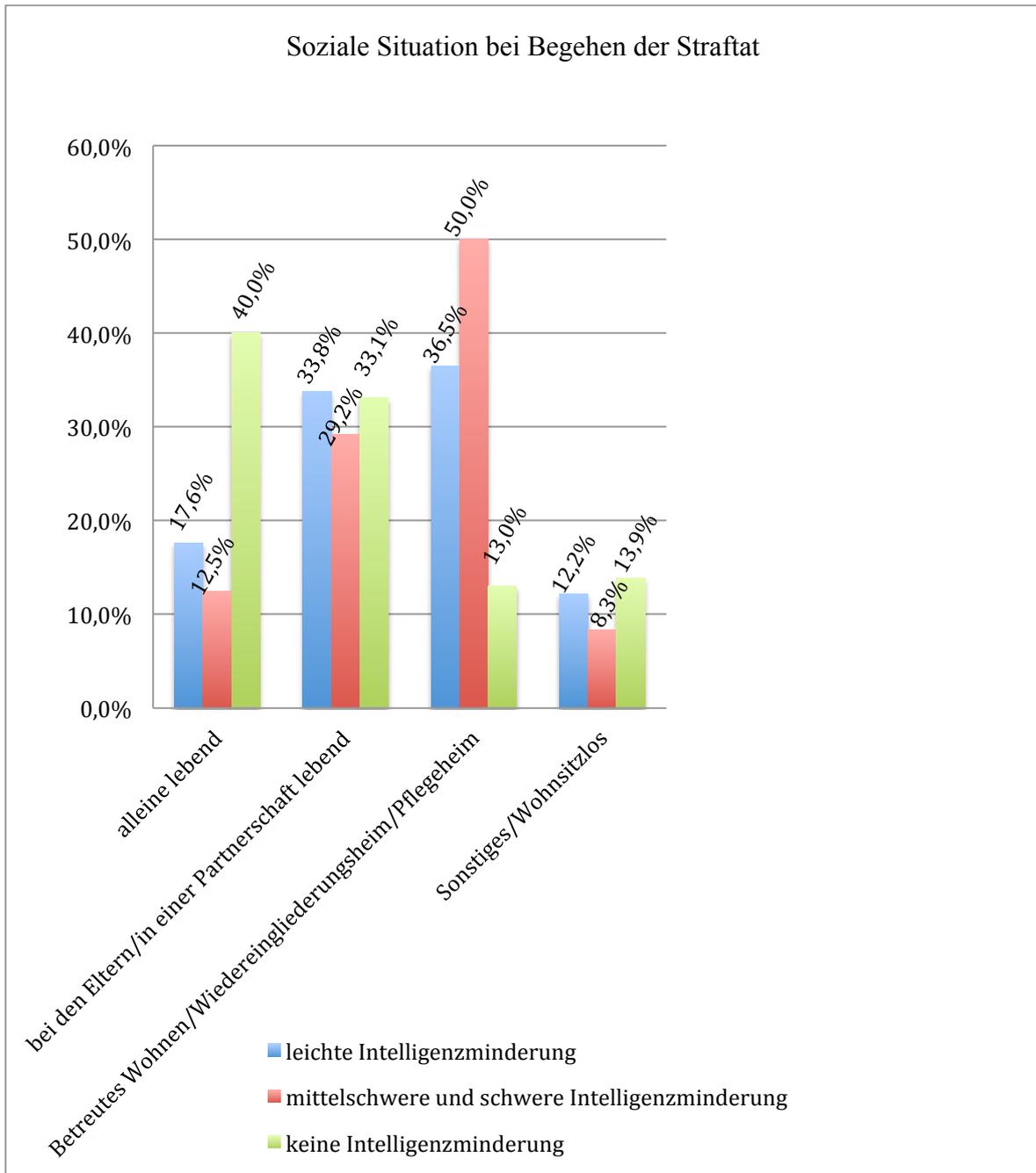


Abbildung 17. Soziale Situation bei Begehen der Straftat unter Patienten mit leichter bzw. mittelschwerer/schwerer sowie ohne Intelligenzminderung, welche nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

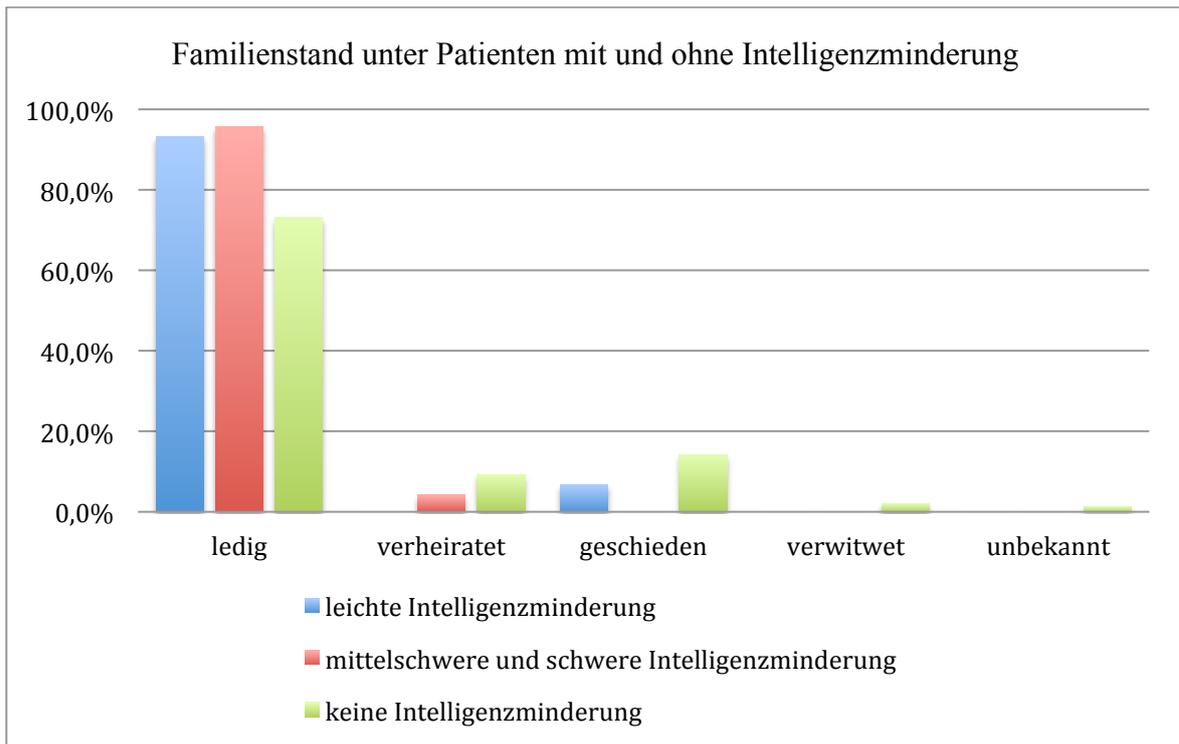


Abbildung 18. Familienstand unter Patienten mit und ohne Intelligenzminderung, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Die erste Grafik zeigt, dass Nichtintelligenzgeminderte vorrangig ledig sind und allein leben, gefolgt davon, dass sie in einer Partnerschaft oder bei ihren Eltern leben. 50% der mittelschwer/schwer Intelligenzgeminderten leben hingegen im betreuten Wohnen. In der Gruppe der leicht Intelligenzgeminderten liegt der Anteil etwas niedriger, bei knapp 36%.

In der zweiten Grafik ist zu sehen, dass die meisten forensischen Patienten ledig sind. Der Anteil derer, die nicht ledig sind, ist jedoch bei den Nichtintelligenzgeminderten größer als bei den Intelligenzgeminderten.

3.2.7. Unterbringungsdauer im aktuellen Verfahren

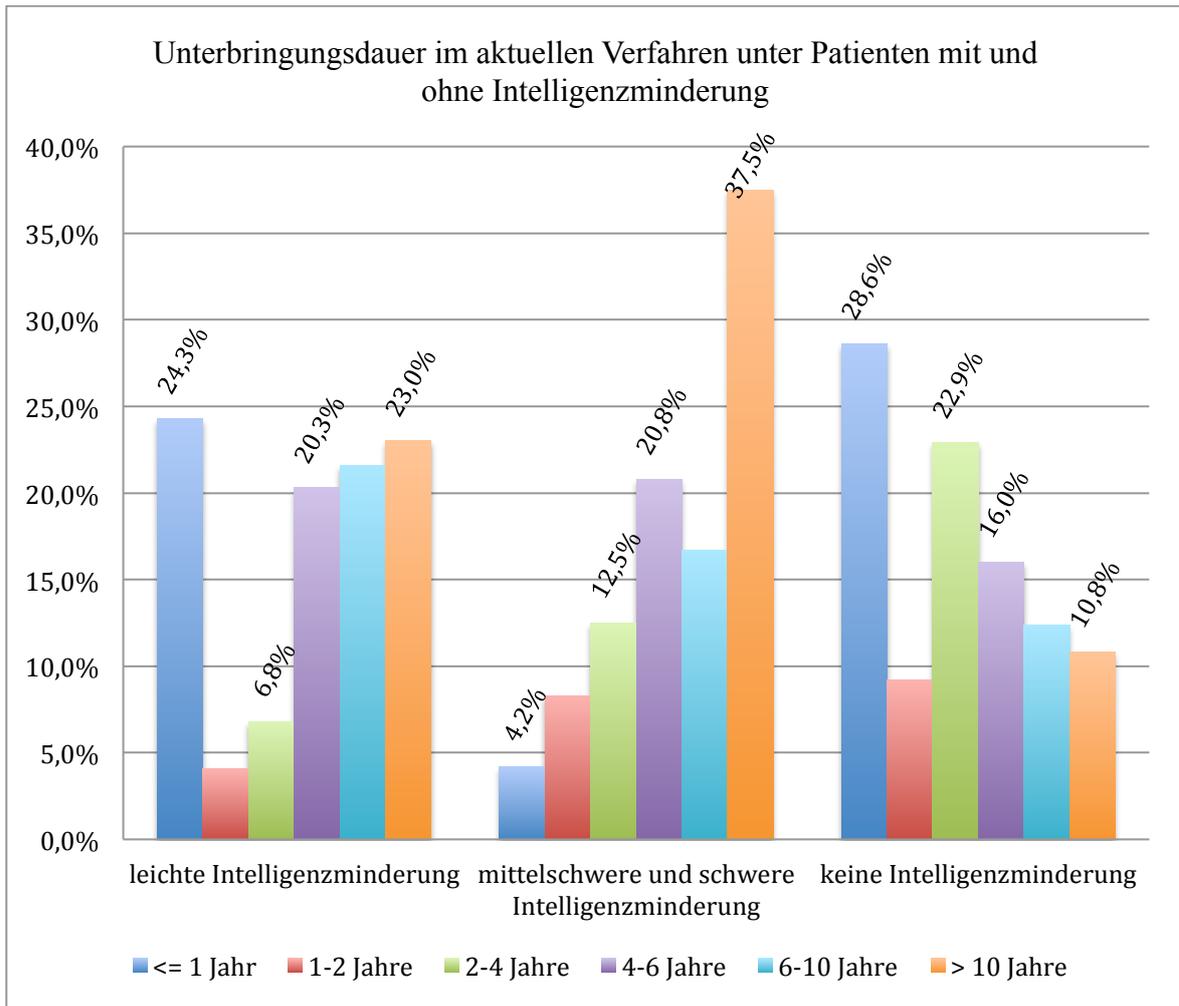


Abbildung 19. Unterbringungsdauer im aktuellen Verfahren unter Patienten mit und ohne Intelligenzminderung, welche nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg zwischen 2009-2015 untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Knapp 40% der mittelschwer/schwer intelligenzgeminderten Patienten verbringen mehr als 10 Jahre im MRV. Unter den nicht intelligenzgeminderten Patienten sind dies nur 10,8%. Bei den Nichtintelligenzgeminderten ist der Anteil, welcher für weniger als ein Jahr im MRV behandelt wird, mit 28,6% am größten. Unter den mittelschwer und schwer Intelligenzgeminderten beträgt dieser Anteil lediglich 4,2%. Unter

jenen Patienten mit leichter Intelligenzminderung hingegen liegt er bei immerhin 24,3%.

3.2.8. Unterbringungsdauer aller Verfahren

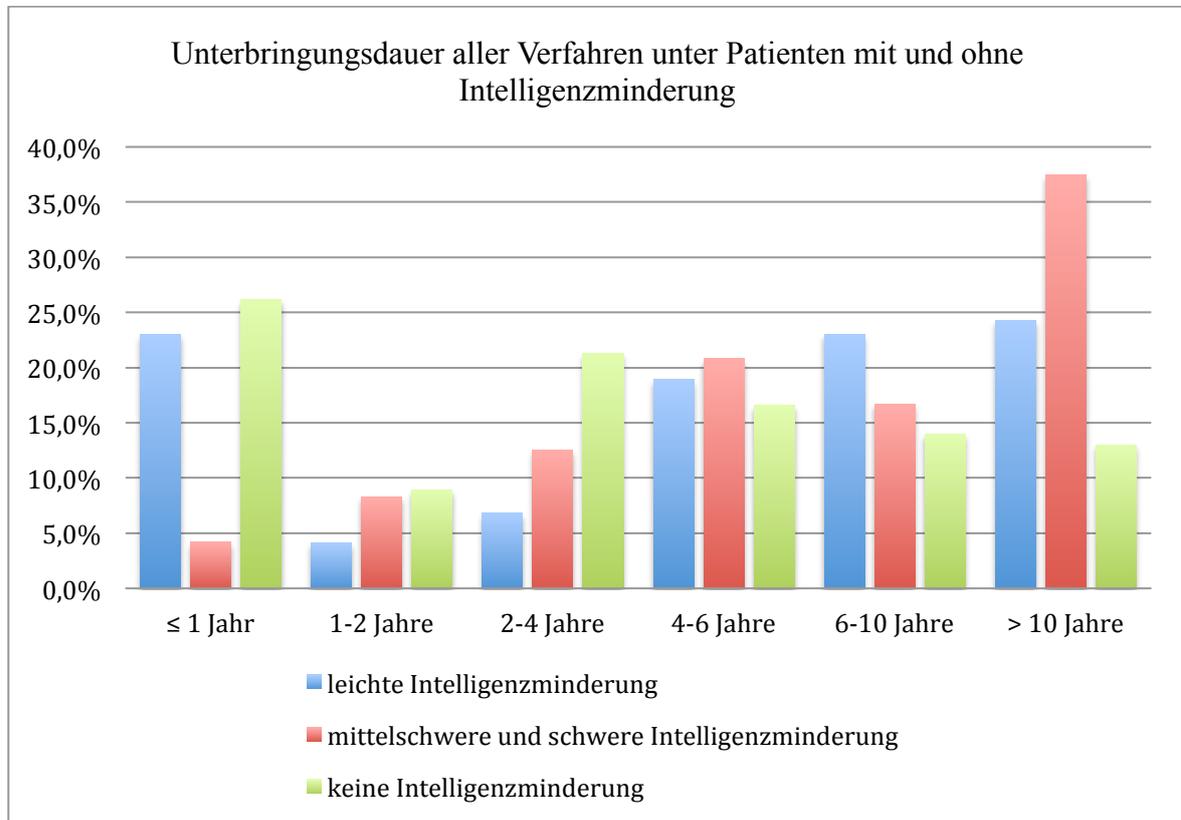


Abbildung 20. Unterbringungsdauer aller Verfahren unter Patienten mit leichter, mittelschwerer/schwerer und keiner Intelligenzminderung, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

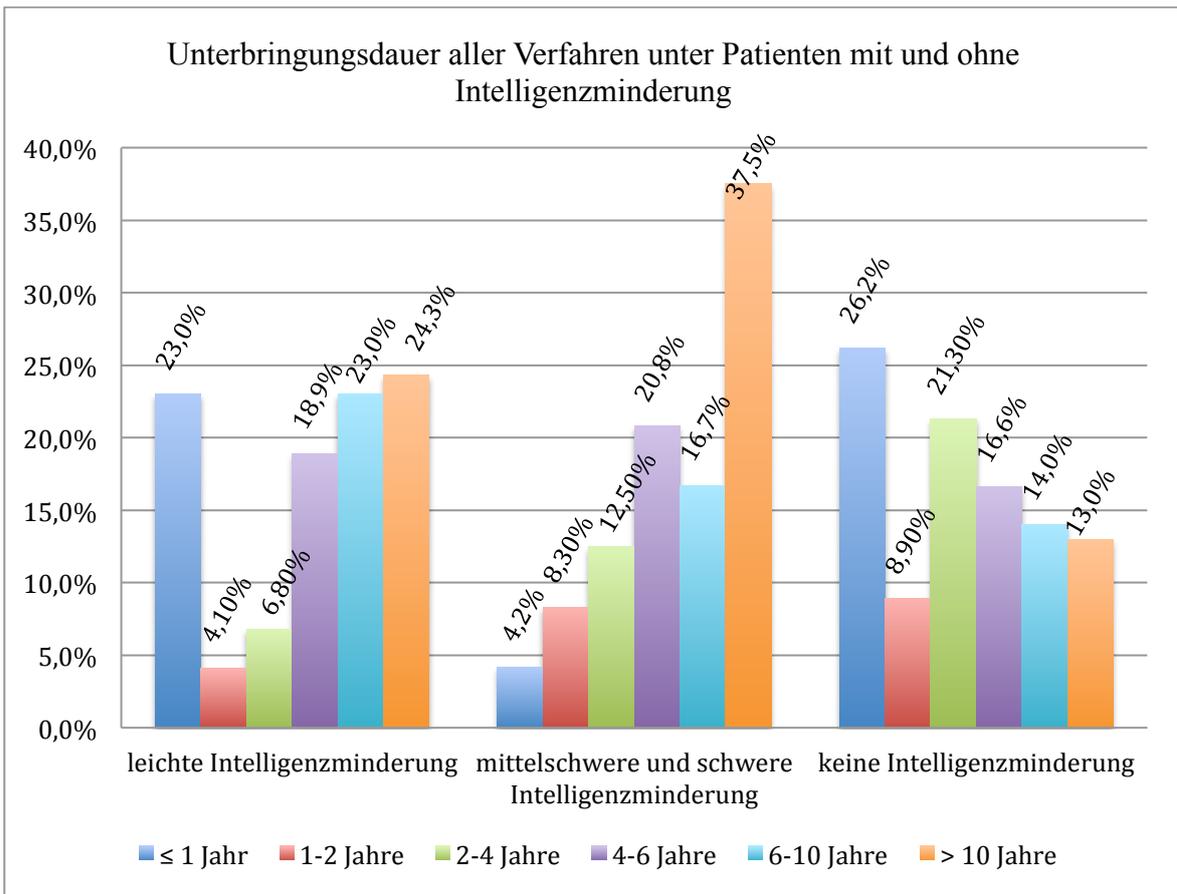


Abbildung 21. Unterbringungsdauer aller Verfahren unter Patienten mit leichter, mittelschwerer/schwerer und keiner Intelligenzminderung, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Bezüglich der Unterbringungsdauer in allen Verfahren zeigen sich die gleichen Tendenzen wie bei der Unterbringungsdauer im aktuellen Verfahren, welche unter 3.2.7 beschrieben wurden. Die mittelschwer/schwer intelligenzgeminderten Patienten verbringen in knapp 38% der Fälle mehr als zehn Jahre im MRV. Bei den leicht intelligenzgeminderten Patienten ist auch hier der Anteil derer, welche weniger als ein Jahr im MRV behandelt werden, relativ zu den mittelschwer/schwer intelligenzgeminderten Patienten erhöht und liegt bei 23%. Nichtintelligenzgeminderte befinden sich zu 13% länger als 10 Jahre und zu 26,2% kürzer als ein Jahr im MRV.

Dies zeigt, dass ein erheblicher Teil der Langzeituntergebrachten intelligenzgemindert ist. Darunter überwiegen diejenigen mit

mittelschwerer/schwerer Intelligenzminderung im Vergleich zu jenen mit leichter Intelligenzminderung.

3.2.9. Abgeschlossene Berufsausbildung

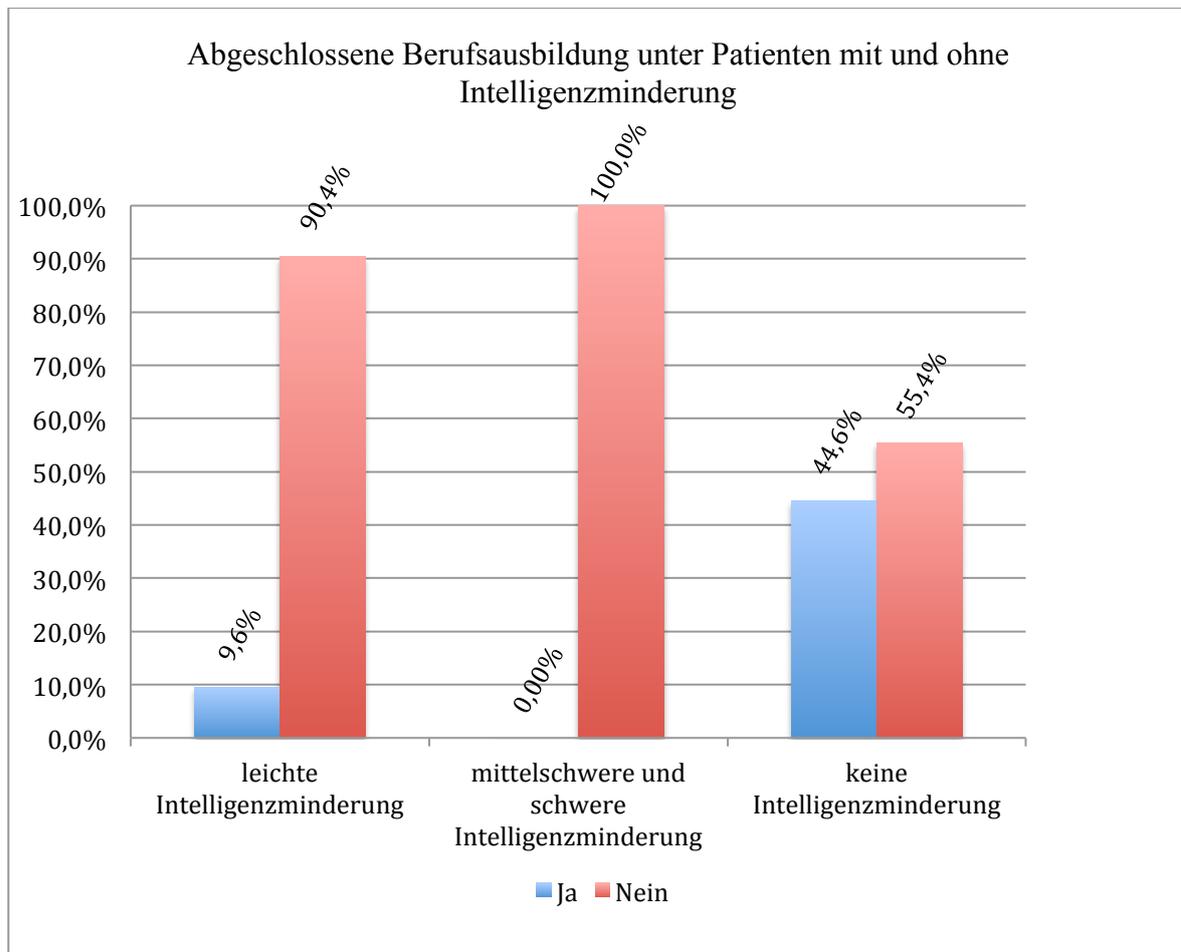


Abbildung 22. Abgeschlossene Berufsausbildung unter Patienten mit leichter und mittelschwerer/schwerer und keiner Intelligenzminderung, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Das Schaubild zeigt, dass 100% der mittelschwer/schwer intelligenzgeminderten Patienten keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen, wohingegen dieser Anteil bei jenen mit leichter Intelligenzminderung circa 90% beträgt. Unter den

Nichtintelligenzgeminderten weisen 44,6% eine abgeschlossene Berufsausbildung auf.

3.2.10. Migrationshintergrund

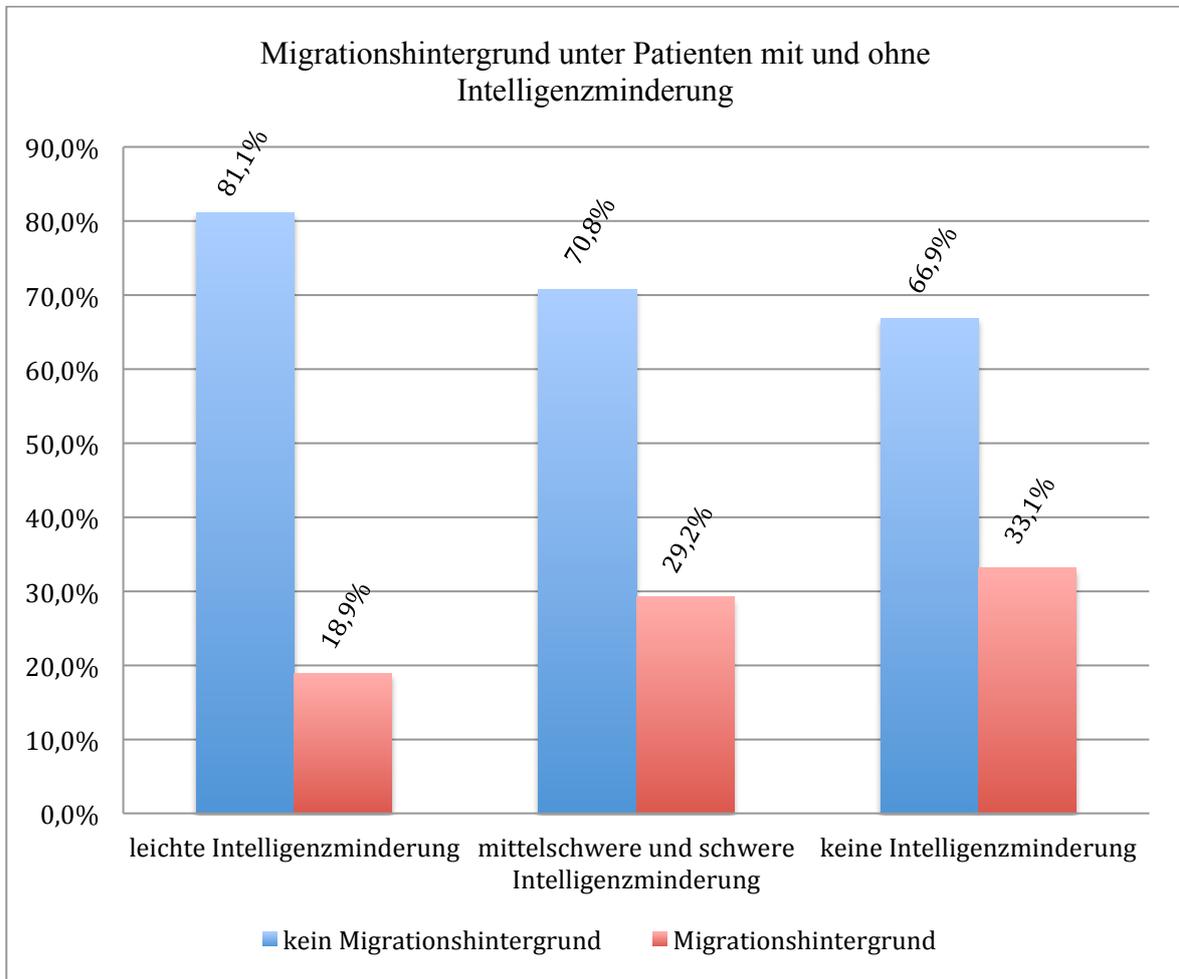


Abbildung 23. Migrationshintergrund unter Patienten mit leichter, mittelschwerer/schwerer sowie ohne Intelligenzminderung, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

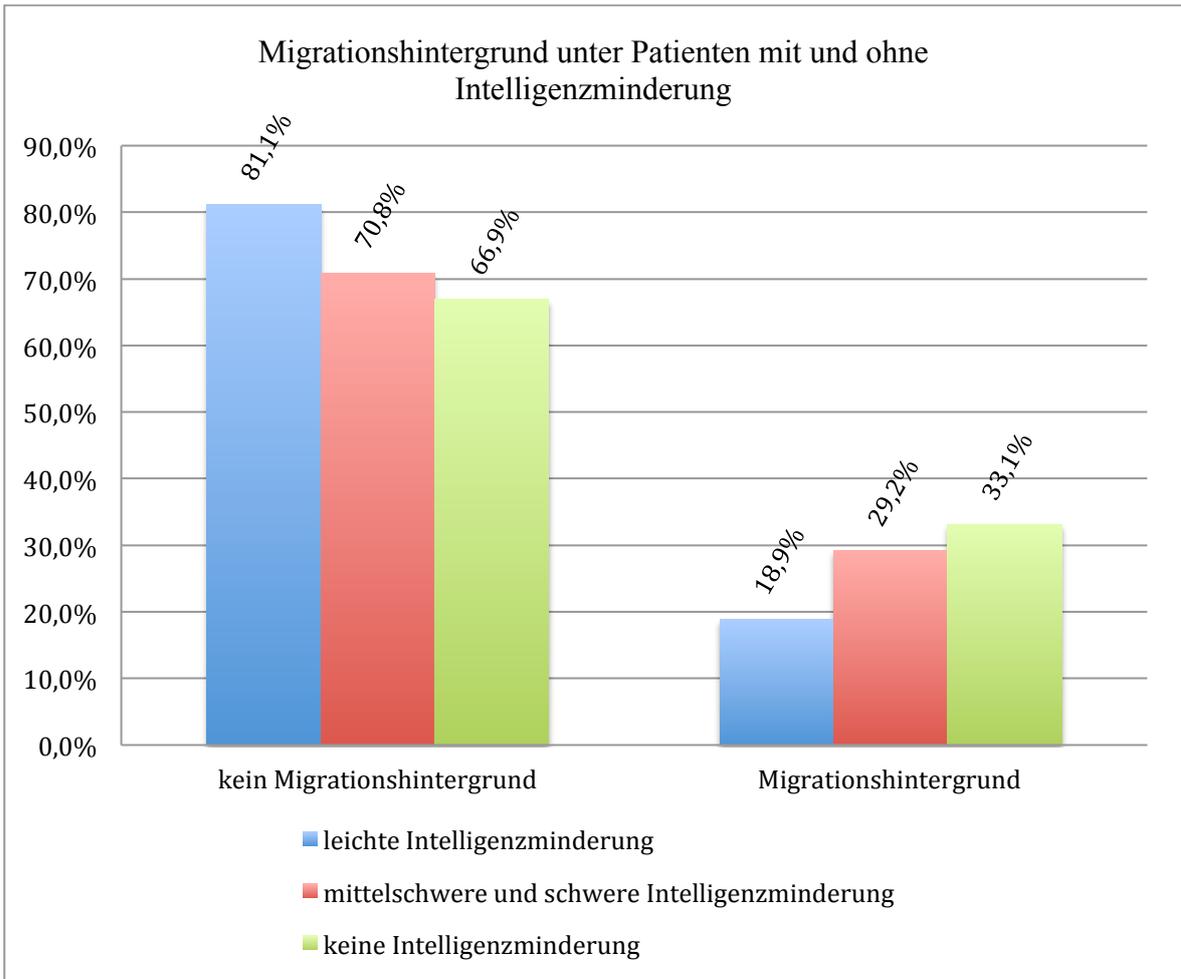


Abbildung 24. Migrationshintergrund unter Patienten mit leichter, mittelschwerer/schwerer und ohne Intelligenzminderung, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Patienten mit Intelligenzminderung weisen nicht häufiger als Nichtintelligenzgeminderte einen Migrationshintergrund auf, während mehr Patienten ohne Intelligenzminderung einen Migrationshintergrund haben. Rund 80% der leicht Intelligenzgeminderten und rund 70% der mittelschwer und schwer Intelligenzgeminderten haben keinen Migrationshintergrund.

3.2.11. Altersverteilung bei Aufnahme

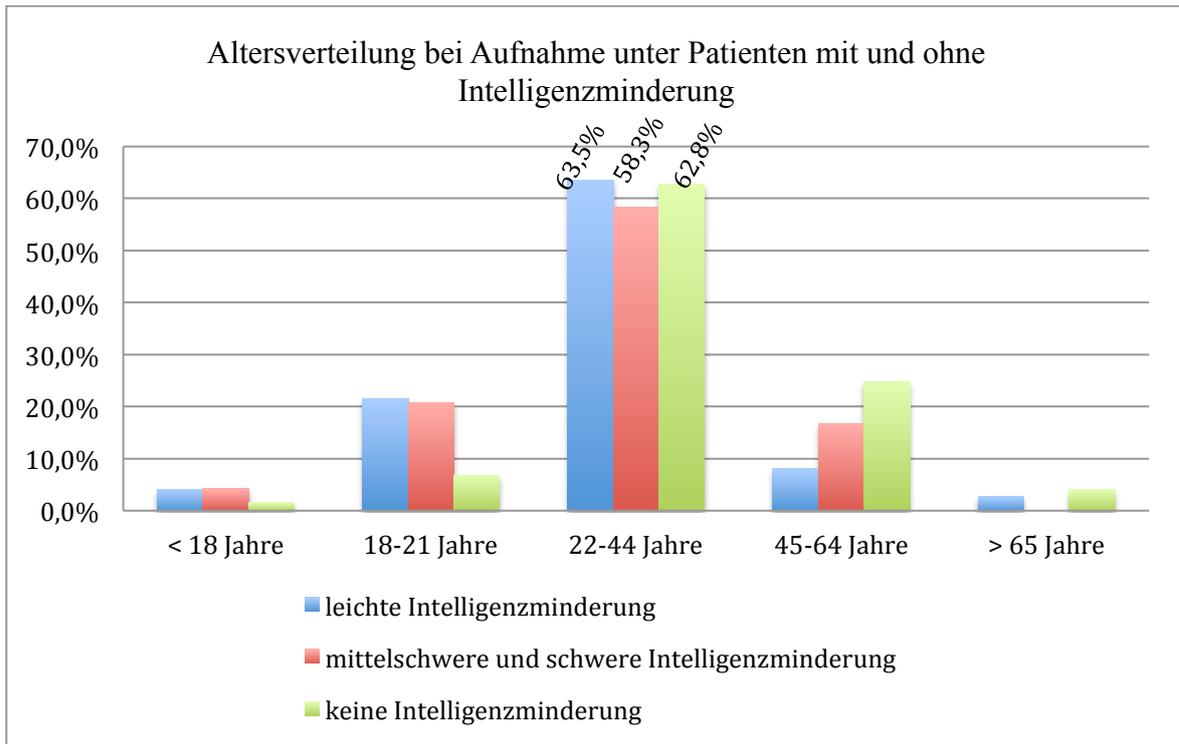


Abbildung 25. Altersverteilung bei Aufnahme unter leicht, mittelschwer/schwer und nicht intelligenzgeminderten Patienten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

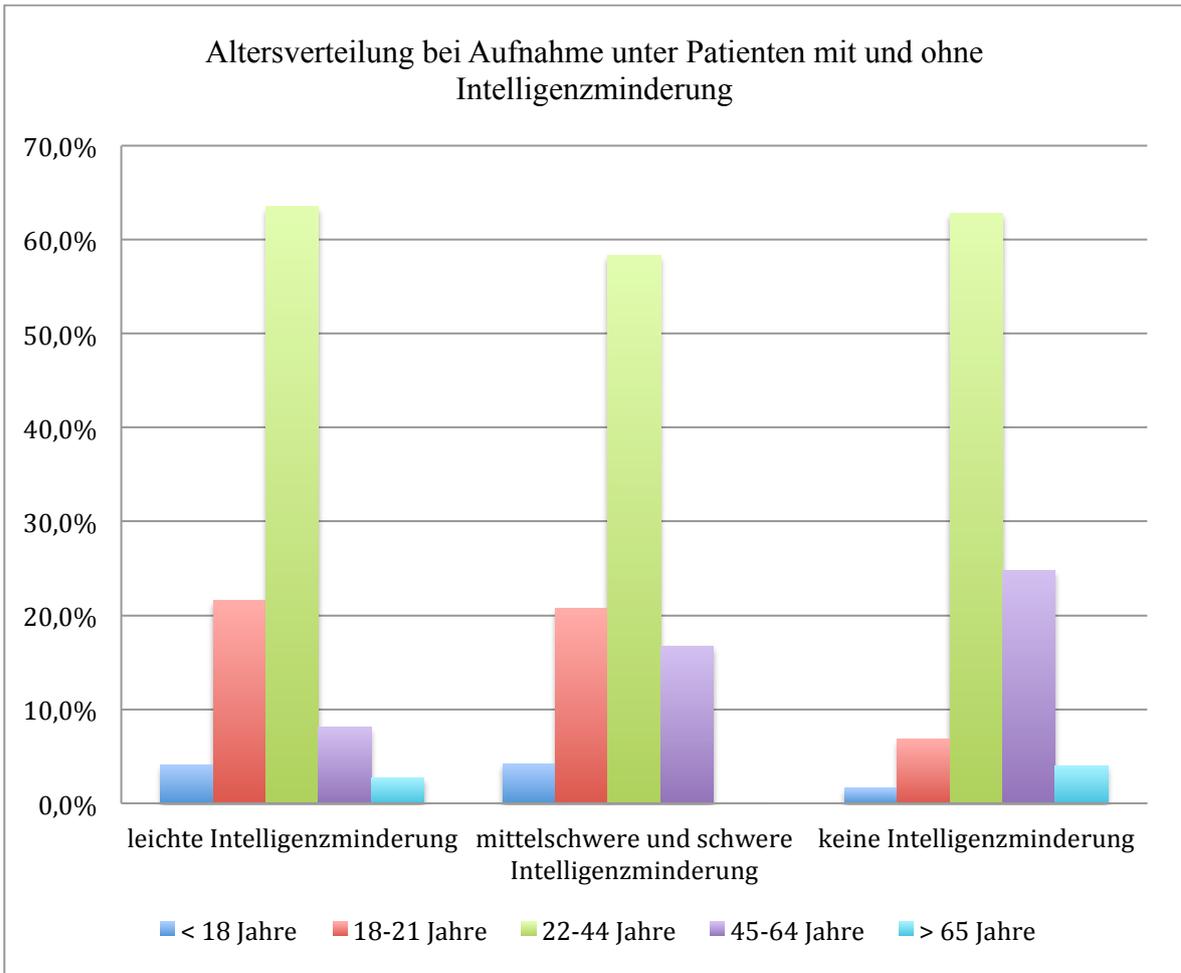


Abbildung 26. Altersverteilung bei Aufnahme unter leicht, mittelschwer/schwer sowie nicht intelligenzgeminderten Patienten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

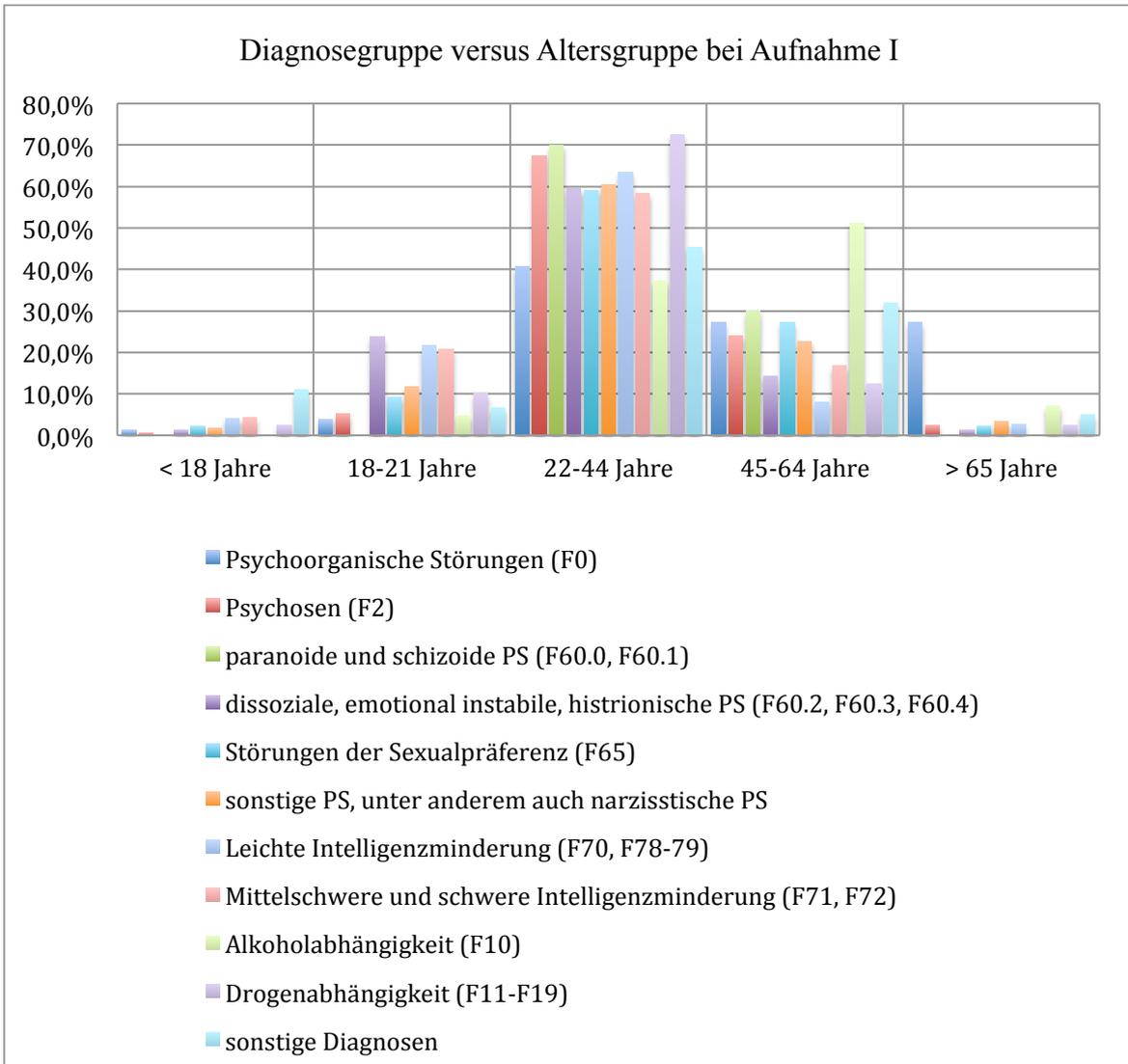


Abbildung 27. Altersgruppe bei Aufnahme in den Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg unter den verschiedenen Diagnosegruppen. Einbezogen wurden alle Patienten, welche nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im MRV in Baden-Württemberg untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein. PS steht für Persönlichkeitsstörung.

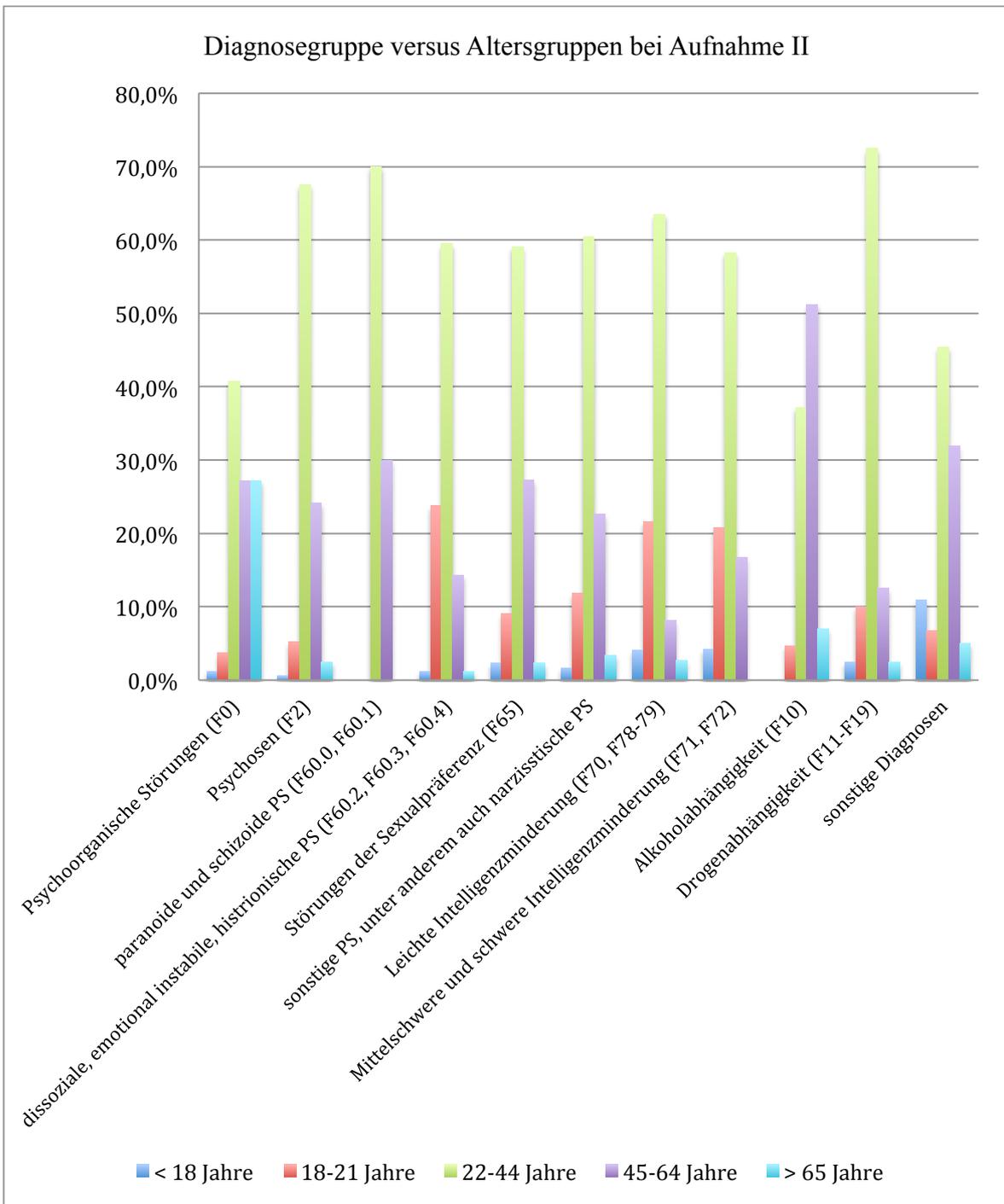


Abbildung 28. Altersgruppe bei Aufnahme unter den verschiedenen Diagnosegruppen. Einbezogen wurden alle Patienten, welche nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein. PS steht für Persönlichkeitsstörung.

Aus oben stehenden Grafiken wird deutlich, dass der Großteil, sowohl der Intelligenzgeminderten als auch der Nichtintelligenzgeminderten, bei Aufnahme in den MRV zwischen 22 und 44 Jahren alt ist.

3.3. Testung der Hypothesen

3.3.1. Hypothese I

Nullhypothese: „Intelligenzgeminderte und Nichtintelligenzgeminderte leben gleich häufig zum Zeitpunkt der Begehung der Straftat in betreuten Wohneinrichtungen.“

Alternativhypothese: „Intelligenzgeminderte leben zum Zeitpunkt der Begehung der Straftat signifikant häufiger in betreuten Wohneinrichtungen als Nichtintelligenzgeminderte.“

Tabelle 1

Kreuztabelle: betreute Wohnform zum Tatzeitpunkt versus Diagnose der Intelligenzminderung

N: Anzahl, SR: Standardisiertes Residuum, FX: Nicht intelligenzgemindert, F7: Intelligenzgemindert

		Betreute Wohnform		Gesamt
		nein	ja	
FX	n	1438	215	1653
	%	87%	13%	100%
	SR	0,7	-1,6	
F7	n	59	39	98
	%	60%	40%	100%
	SR	-2,7	6,6	
Gesamt	n	1497	254	1751
	%	85,5%	14,5%	100%

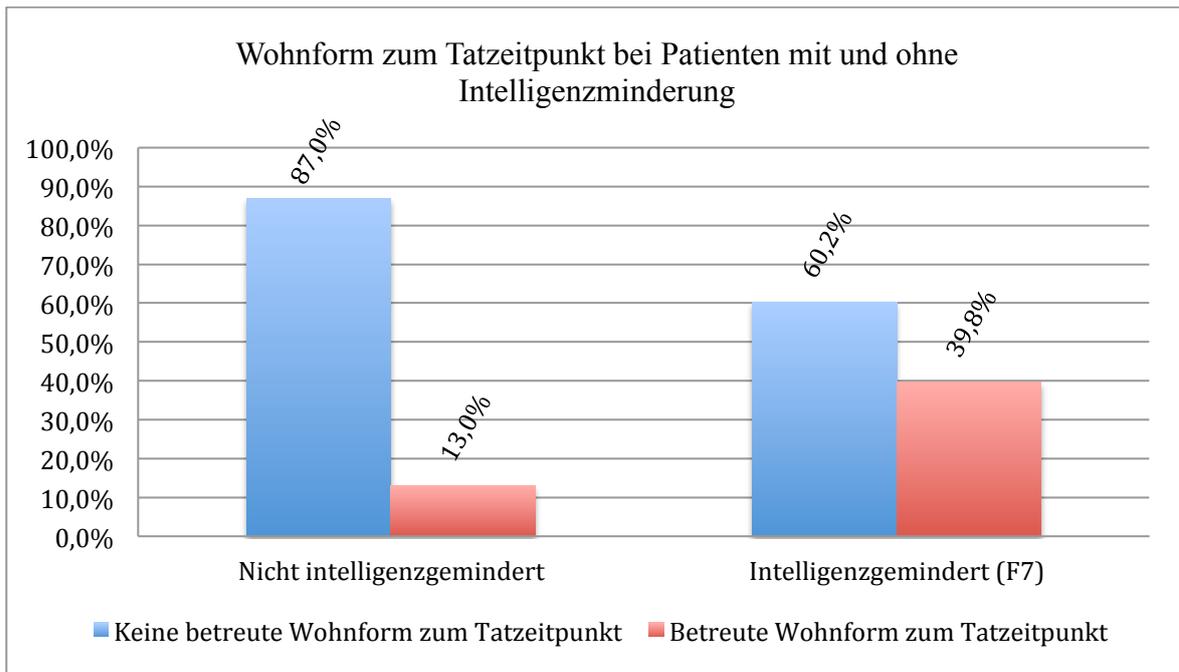


Abbildung 29. Wohnform zum Tatzeitpunkt: Vergleich von Intelligenzgeminderten und Nichtintelligenzgeminderten, untergebracht nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

Der durchgeführte Chi-Quadrat-Test ergab folgendes Ergebnis:

$$\chi^2 (1, N = 1751) = 53,54, p < 0,001$$

SR: 6,6 und -2,7

Da es sich um eine gerichtete Annahme handelt, muss der zuvor genannte p -Wert halbiert werden.

Dies bedeutet, dass die Wohnform signifikant mit der Diagnose einer Intelligenzminderung korreliert. Die Alternativhypothese kann angenommen werden. Intelligenzgeminderte Patienten wohnen signifikant häufiger in betreuten Wohneinrichtungen zum Zeitpunkt der Begehung der Straftat. Hierzu zählen ambulant betreutes Wohnen, Pflegeheime und Wiedereingliederungsheime. Die nachfolgenden Schaubilder geben hierzu einen differenzierteren Überblick.

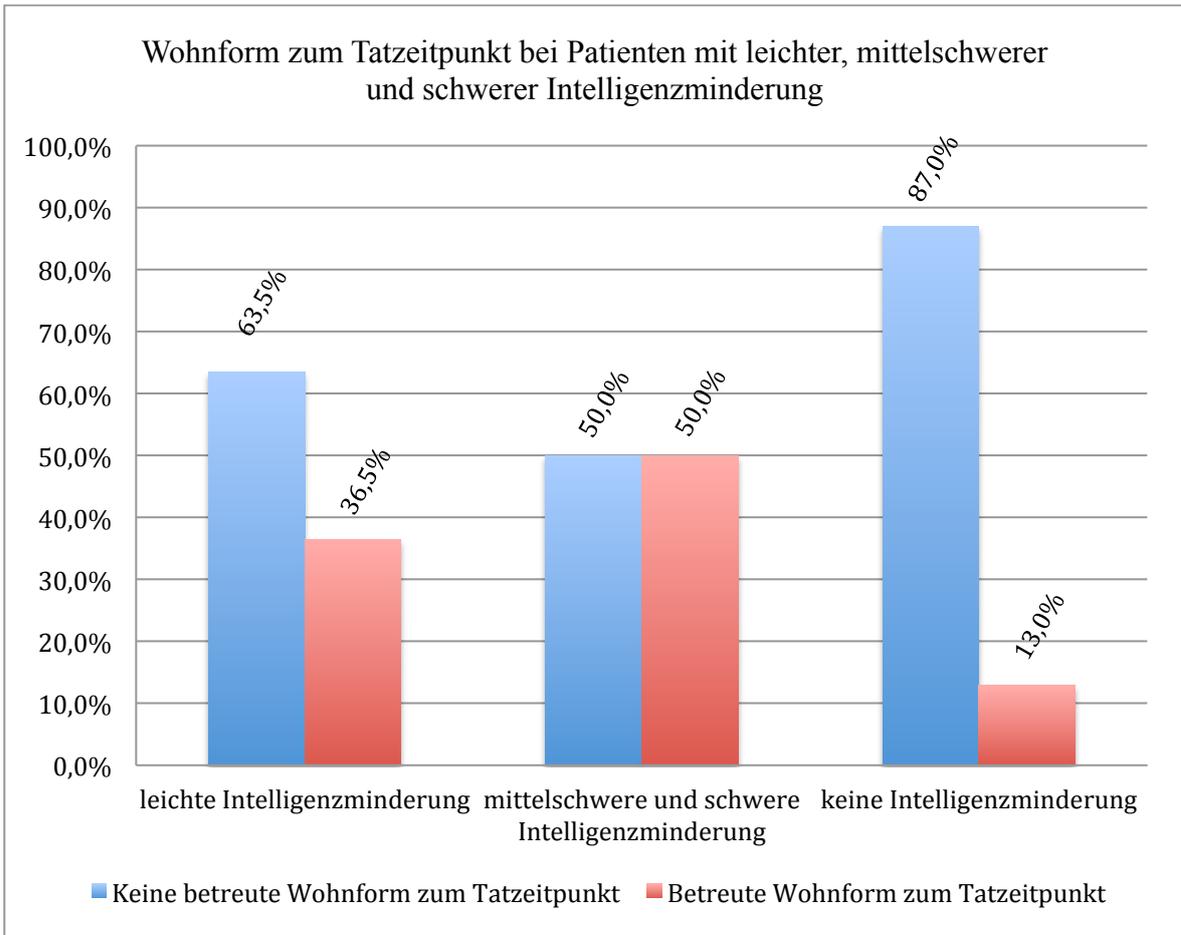


Abbildung 30. Wohnform zum Tatzeitpunkt: Vergleich zwischen den verschiedenen Formen der Intelligenzminderung und Nichtintelligenzgeminderten. Einbezogen wurden alle Patienten, die nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

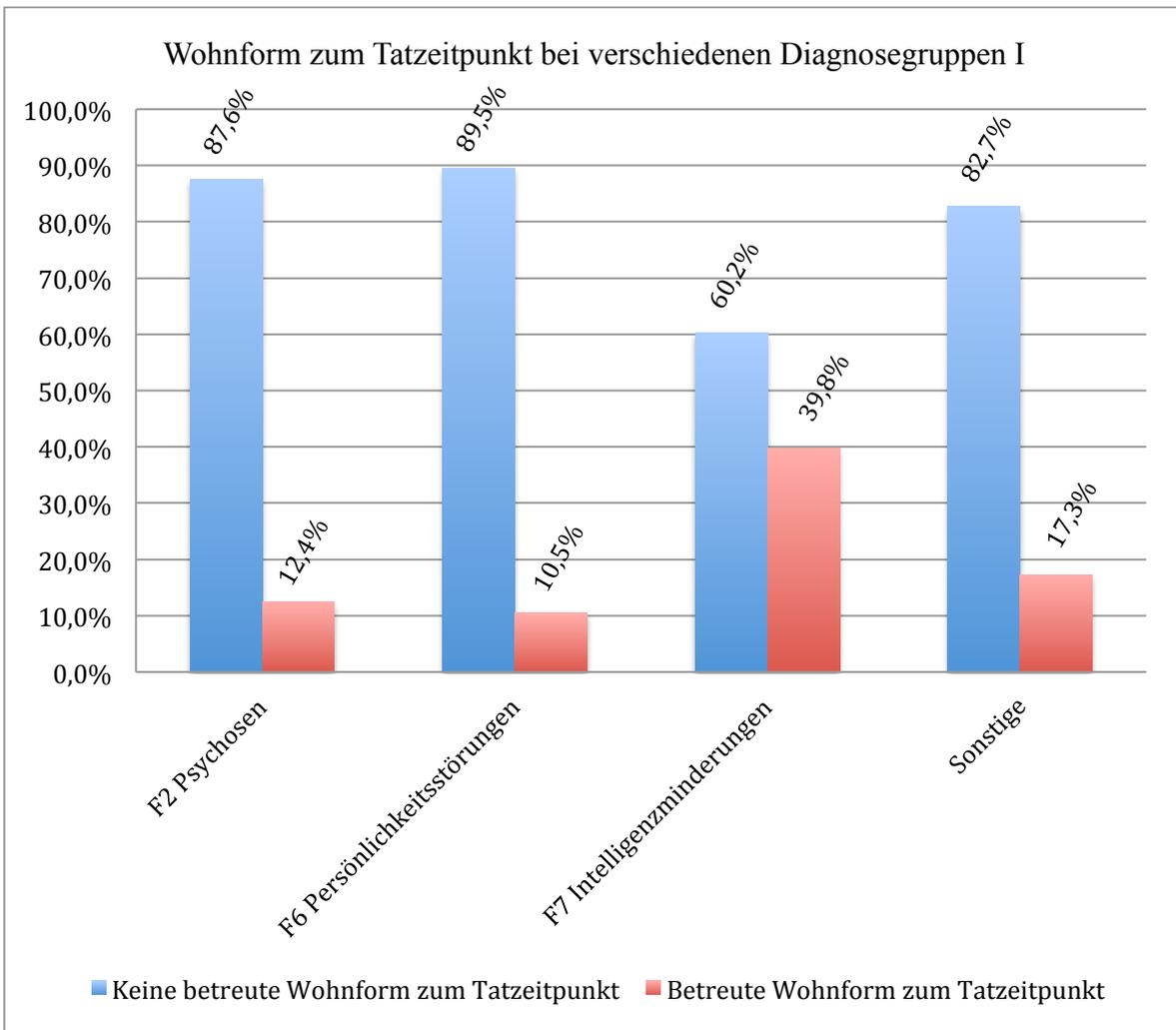


Abbildung 31. Wohnform zum Tatzeitpunkt: Vergleich zwischen Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzminderungen und sonstige. Einbezogen wurden alle, die nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

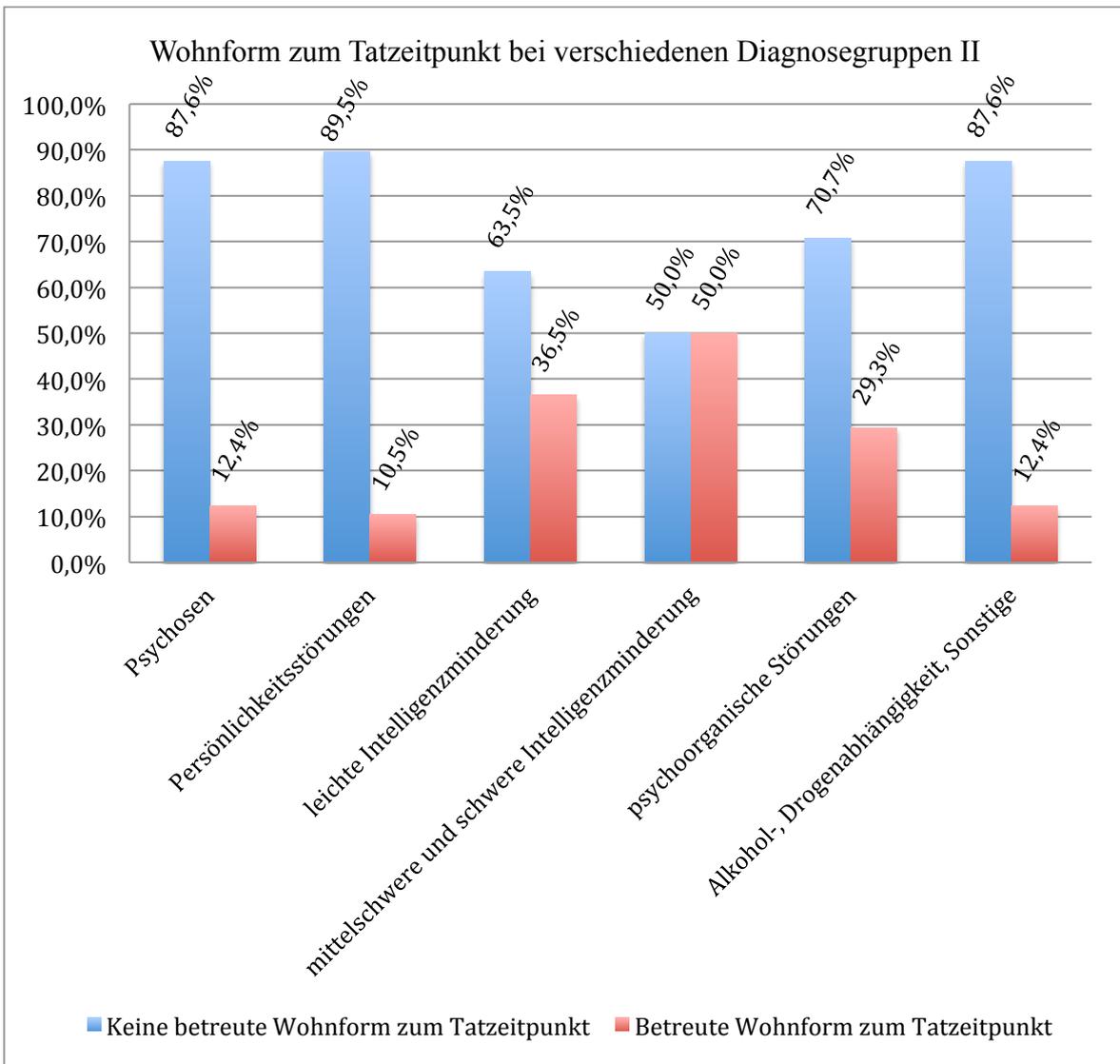


Abbildung 32. Wohnform zum Tatzeitpunkt: Vergleich zwischen Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, verschiedenen Formen der Intelligenzminderung, psychoorganischen Störungen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Bezieht sich auf alle, die nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in den Jahren 2009-2015 im Maßregelvollzug (MRV) in Baden-Württemberg untergebracht waren. § 63 StGB schließt Patienten nach § 67g/h in Verbindung mit § 63 StGB sowie § 126a Strafprozessordnung mit ein.

3.3.2. Hypothese II

Nullhypothese: „Es besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Entlassung in eine Heimeinrichtung zwischen intelligenzgeminderten und nicht intelligenzgeminderten Patienten.“

Alternativhypothese: „Intelligenzgeminderte Patienten werden gegenüber den übrigen aus der Unterbringung entlassenen Patienten signifikant häufiger in Heimeinrichtungen entlassen.“

Tabelle 2

Kreuztabelle: Sozialer Empfangsraum versus Intelligenzminderung ja/nein

N: Anzahl, SR: Standardisiertes Residuum, FX: Nicht intelligenzgemindert, F7: Intelligenzgemindert

		F7	FX
Entlassung in Heim	n	21	200
	%	56,80%	24,40%
	SR	3,7	-0,8
Entlassung in sonstige Umgebung	n	16	619
	%	43,20%	75,60%
	SR	-2,2	0,5
Gesamt	n	37	819
	%	100,00%	100,00%

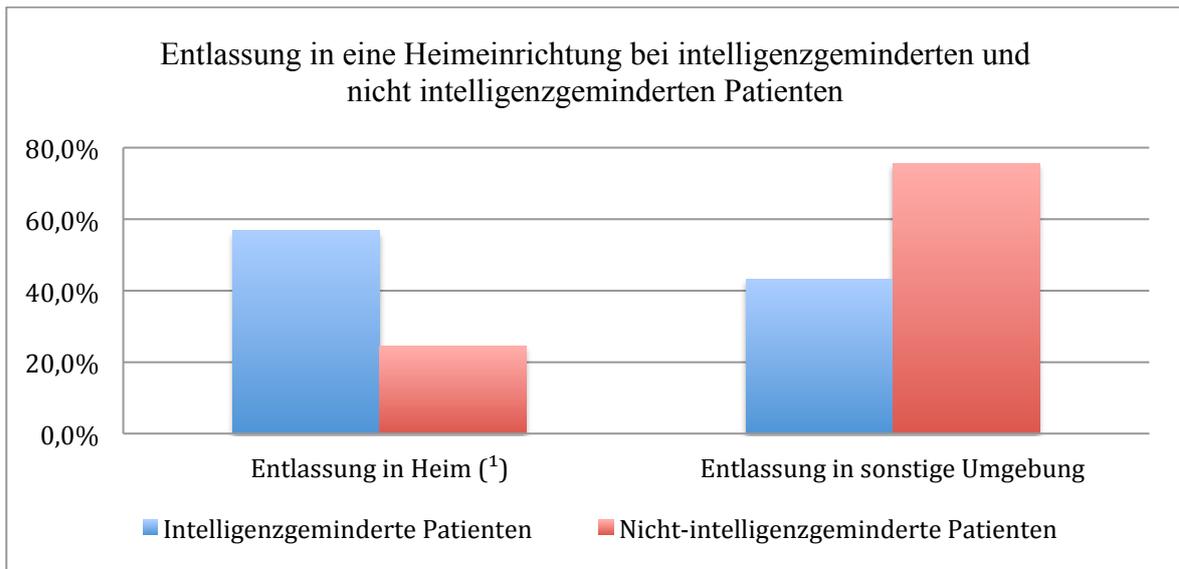


Abbildung 33. Intelligenzgeminderte Patienten versus Nichtintelligenzgeminderte: Entlassung aus dem Maßregelvollzug in Baden-Württemberg in eine Heimeinrichtung. ¹Sozialer Empfangsraum = Item 153-156 der forensischen Basisdokumentation (entspricht Wiedereingliederungswohnheim, (psychiatrisches) Pflegeheim, geschlossenes Wohnheim, Wohnheim der Strafgefangenen und Suchtkrankenhilfe)

Es wurde erneut ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Dieser ergab folgendes Ergebnis:

$$\chi^2 (1, N = 856) = 19,33, p < 0,001$$

SR: 3,7 und -2,2

Es wurde eine gerichtete Annahme formuliert, so dass auch hier der p -Wert halbiert werden muss.

Somit werden intelligenzgeminderte Patienten im Vergleich zu den restlichen Patienten signifikant häufiger in Heimeinrichtungen entlassen. Die Alternativhypothese kann angenommen werden.

4. Diskussion

4.1. Ergebnisse

Bei der FoDoBa handelt es sich um die erste und bislang einzige Vollerhebung in einem deutschen Bundesland, welche unterschiedlichste Daten zur Vollstreckung von Maßregeln im psychiatrischen MRV aufzeigt. Die FoDoBa listet Items wie beispielsweise die aktuelle und Gesamtunterbringungsdauer, die Hauptdiagnose, die soziale Situation bei Begehen der Straftat, die Deliktart wie auch den sozialen Empfangsraum bei Entlassung auf. Der Umfang der versorgungsepidemiologisch und kriminologisch relevanten Daten, bedingt durch die große Fallzahl und die longitudinale Erhebung über bisher sechs Jahre, ermöglicht fundierte Analysen mit signifikanten Ergebnissen. Die FoDoBa vermag somit Entscheidungsträger über versorgungsepidemiologisch relevante Entwicklungen zu informieren. Des Weiteren lassen sich aus der FoDoBa relevante Konsequenzen für die tägliche klinische Arbeit im psychiatrischen MRV, die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des forensischen Patientenkontingents ableiten.

In der vorliegenden Arbeit konnten Hypothesen, welche sich aus dem klinischen Alltag in Bezug auf intelligenzgeminderte Patienten ergaben, bestätigt werden.

Klinisch besteht der Eindruck, dass intelligenzgeminderte Patienten einen Großteil der Langzeitpatienten darstellen und häufig über mehrere Jahre hinweg im psychiatrischen MRV untergebracht sind. Die vorliegende Vollerhebung konnte diesen klinischen Eindruck bestätigen. 23% der leicht

und 37,5% der mittelschwer/schwer Intelligenzgeminderten sind im aktuellen Verfahren mehr als 10 Jahre im psychiatrischen MRV untergebracht.

Des Weiteren fällt auf, dass Sexualstraftaten – sowohl gegenüber Minderjährigen als auch gegenüber Erwachsenen – unter den Intelligenzgeminderten Patienten überrepräsentiert sind. Diese Tatsache ist insofern interessant, als sie die Frage aufwirft, ob eine Sexualstraftat als Anlassdelikt zu einer verlängerten Unterbringungsdauer Intelligenzgeminderter führt oder ob vielmehr das Vorhandensein einer Intelligenzminderung die Unterbringungsdauer dieser Sexualstraftäter erhöht. Diesbezüglich lassen sich zumindest aus derzeitiger Sicht keine eindeutigen Schlüsse ziehen. Eine Loglinear-Analyse konnte jedoch zeigen, dass das Anlassdelikt der einflussreichste Faktor für eine Unterbringung, die länger als sechs Jahre im baden-württembergischen MRV andauert, darstellt (Ross et al. 2012).

Neben den Sexualstraftaten sind Brandstiftungen unter Intelligenzgeminderten – insbesondere bei leicht Intelligenzgeminderten – ebenfalls überrepräsentiert. Bei mittelschwer/schwer Intelligenzgeminderten spielen wiederum Körperverletzungsdelikte eine wichtige Rolle.

Ein möglicher Grund für die unterschiedliche Verteilung der Deliktarten zwischen Intelligenzgeminderten und nicht Intelligenzgeminderten Patienten könnte sein, dass Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher nicht per se ein Delikt begehen wollen, sondern es für sie eine Möglichkeit darstellt, Emotionen auszudrücken bzw. sich abzureagieren. Schmidt-Quernheim (2008) spricht davon, dass es sich um Delikte mit *Ausweichcharakter* handelt. Die Sexualdelikte würden dabei nicht auf einer pädophilen Störung der Sexualpräferenz beruhen und fänden in 50% der Fälle ohne regelrechte Gewalteinwirkung statt. Unreife Sexualität spiele ebenfalls eine wichtige Rolle. Hilflosigkeit führe oft zu Brandstiftungsdelikten; Impulsivität wie auch die mangelnde Fähigkeit zur verbalen Kommunikation würden die

Körperverletzungsdelikte bedingen. Dabei handle es sich um eine "inadäquate, archaische Form einer Auseinandersetzung" (Schmidt-Quernheim 2008, S. 153 u. S.154).

Obwohl meist besser ausgestattete und finanzierte Spezialeinrichtungen, welche unter anderem mit heilpädagogischen Elementen arbeiten, für die weitere Versorgung intelligenzgeminderter Patienten zur Verfügung stehen, wird diese oft den forensischen Psychiatrien überlassen. Dies könnte zum einen in der Tatsache begründet sein, dass Heime Verpflichtungserklärungen gegenüber der Bevölkerung abgeben, keine Rechtsbrecher aufzunehmen. Teilweise hat das betreffende Anlassdelikt auch bereits in einer betreuten Wohneinrichtung stattgefunden, welche die erneute Aufnahme des Patienten im Anschluss an die Behandlung im psychiatrischen MRV ablehnt. Teilweise kam es jedoch auch im Vorfeld bereits zu mehreren disziplinarischen Entlassungen aus Heimbereichen.

Ein weiterer Punkt stellt die fehlende Verpflichtung von Landkreisen, Kommunen und Ländern dar, den intelligenzgeminderten Mitbürgerinnen und Mitbürgern eine ihrer Behinderung angemessene Wohnform zur Verfügung zu stellen. Dem hingegen sind forensische Unterbringungsanordnungen rechtlich bindend.

Sollten diese strukturellen Faktoren wirklich einen wesentlichen Einfluss auf die langen Unterbringungszeiten intelligenzgeminderter Patienten haben, so würde dies eine Ungleichbehandlung darstellen, welche im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention angemahnt werden könnte. Lange Unterbringungsauern bergen die Gefahr einer Hospitalisierung der intelligenzgeminderten Patienten, welche die Autonomie und Verantwortungsübernahme der Patienten weiter reduziert.

Ein reger Austausch zwischen der Eingliederungshilfe, den (psychiatrischen) Heimen und dem psychiatrischen MRV scheint dringend notwendig (Seifert,

2015). Nur so kann zum einen die Unterbringungsdauer verkürzt und zum anderen eine erfolgreiche Integration in ein Leben außerhalb der Klinik gewährleistet werden.

Das Leitbild der 2009 in Deutschland in Kraft getretenen Behindertenrechtskonvention heißt *Inklusion*. Dies bedeutet mitunter auch eine Öffnung der Gesellschaft und nicht nur ein Anpassen des Einzelnen, um Teilhabe zu ermöglichen. Beispielsweise sollten geeignete Möglichkeiten geschaffen werden, um auch dieser Patientenklientel die Chance zu geben, eine Ausbildung mit anschließender Berufsausübung zu absolvieren. Die aktuelle Auswertung konnte zeigen, dass lediglich 10% der leicht Intelligenzgeminderten und niemand der mittelschwer/schwer Intelligenzgeminderten eine abgeschlossene Berufsausbildung besitzt.

In früheren unveröffentlichten Auswertungen, welche mit Hilfe der FoDoBa-Daten erstellt wurden, fand eine Unterscheidung zwischen der *Minderbegabung mit Persönlichkeitsstörung* und den *Oligophrenien mit psychoorganischen Störungen* statt. Zum einen lässt sich diesbezüglich anmerken, dass der Begriff der Oligophrenien nicht mehr verwendet wird. Er wurde durch den Begriff der Intelligenzminderung ersetzt. Oligophrenien zeichneten sich durch eine angeborene oder sehr frühzeitig erworbene Intelligenzminderung aus. Zum anderen zählen Demenzen, deren Merkmal der Verlust bereits einmal erworbener kognitiver Fähigkeiten darstellt, ebenfalls zu den psychoorganischen Störungen. In den ersten Auswertungen wurde diese dichotome Einteilung zunächst beibehalten. Die Ergebnisse ließen sich jedoch nicht sinnvoll interpretieren. Gründe dafür konnten schlussendlich darin gefunden werden, dass durch Einbezug der psychoorganischen Störungen und somit unter anderem dementer Patienten die Auswertung verfälscht wurde. Dies scheint schlüssig, da es sich nicht um einen Nichterwerb intelligenzdefinierender Faktoren, sondern um den Verlust

bereits einmal vorhandener Fähigkeiten handelt. Die Lebensgeschichte dementer Patienten verläuft anders als die Intelligenzgeminderter, was sich zum einen in der FoDoBa abbilden lässt, zum anderen auch durch die unterschiedlichen Behandlungsbedürfnisse offensichtlich wird. In früheren Auswertungen wurden die leicht Intelligenzgeminderten als Minderbegabte mit Persönlichkeitsstörungen in die Auswertung mit einbezogen, wobei unter den Oligophrenen eher diejenigen mit mittelschwerer und schwerer Intelligenzminderung ihren Platz fanden. Da diese Einteilung, welche vorwiegend aus dem klinischen Eindruck heraus vorgenommen wurde, schwer greifbar und wenig klar nachvollziehbar schien, wurde in vorliegender Arbeit eine strukturierte Einteilung gemäß der ICD-10 Kriterien der Intelligenzminderung getroffen und die psychoorganischen Störungen nicht in die Auswertung miteinbezogen. Es scheint sinnvoll, diese Einteilung auch für die weitere Forschung und die Jahresauswertungen der FoDoBa beizubehalten.

4.2. Limitationen

Die bereits erwähnte Einteilung der Intelligenzminderung in *leicht* und *mittelschwer/schwer* in der vorliegenden Auswertung führt dazu, dass diese Ergebnisse nur bedingt mit jenen vorangegangener Auswertungen, welche nach *Oligophrenie mit psychoorganischen Störungen* und *Minderbegabung mit Persönlichkeitsstörung* unterteilt, verglichen werden können. Auf der anderen Seite konnte jedoch gezeigt werden, dass eine *neue* Einteilung sinnvoll erscheint und auch für weitere Auswertungen Anwendung finden sollte.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Vergabe der Diagnose einer Intelligenzminderung auch im psychiatrischen MRV nicht zwangsläufig nach standardisierten Kriterien, wie beispielsweise einer IQ-Testung, erfolgt, sondern teilweise alleine auf der klinischen Erfahrung des behandelnden

Therapeuten und dessen Verhaltensbeobachtung des Patienten beruht. Zum einen leidet zwar die Präzision der Diagnosestellung darunter, zum anderen kann jedoch die Realität dadurch deutlich besser abgebildet werden. Des Weiteren wurden nur diejenigen Patienten in der Auswertung erfasst, welche als Hauptdiagnose eine Intelligenzminderung kodiert hatten. All diejenigen mit einer Intelligenzminderung als Nebendiagnose wurden folglich nicht in der Auswertung berücksichtigt. Die Erfassung der Nebendiagnosen ist hierfür nicht ausreichend valide.

Detaillierte Informationen, in welche Heime die Patienten entlassen werden oder welche Motive für Straftaten vorgelegen haben, liegen nicht vor. Daher kann die Interpretation dadurch nicht empirisch gestützt werden.

5. Zusammenfassung

Acht Prozent der nach § 63 Strafgesetzbuch im psychiatrischen Maßregelvollzug untergebrachten Patienten sind intelligenzgemindert.

Ziel dieser Arbeit ist es, verschiedene Charakteristika der Behandlung Intelligenzgeminderter im Maßregelvollzug (MRV) aufzuzeigen; dies insbesondere mit einem versorgungsepidemiologischen Schwerpunkt. Hierfür wurde die forensische Basisdokumentation, welche in den Jahren 2009-2015 an den baden-württembergischen forensischen Psychiatrien durchgeführt wurde, ausgewertet. Dabei konnte gezeigt werden, dass der Bestand, die Anzahl der Aufnahmen und Entlassungen sowie das Aufnahme/Entlass-Verhältnis in den genannten Jahren nahezu konstant geblieben ist. Intelligenzgeminderte Patienten sind überdurchschnittlich lange im MRV untergebracht. Knapp 38% der mittelschwer und schwer Intelligenzgeminderten sind für mehr als 10 Jahre im MRV untergebracht, bei den leicht Intelligenzgeminderten sind es 23%. Als mögliche Gründe kommen das Anlassdelikt wie auch die Diagnose selbst in Frage. Zudem stellt oftmals die schwierige Vermittlung in eine adäquate Nachsorgeeinrichtung ein Problem dar, welches eine Entlassung aus dem MRV erschwert bzw. zunächst unmöglich macht. Zum einen befinden sich intelligenzgeminderte Patienten bereits bei Begehen der Straftat vermehrt in betreuten Wohneinrichtungen, zum anderen werden sie signifikant häufiger als nicht intelligenzgeminderte Patienten in eine betreute Wohneinrichtung entlassen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass für intelligenzgeminderte Patienten ein betreutes Wohnumfeld mit klaren, vorgegebenen Strukturen und Regeln notwendig ist. Ein reger Austausch zwischen der Eingliederungshilfe und den betreuten Wohnmöglichkeiten auf der einen Seite und dem psychiatrischen MRV auf der anderen Seite ist dringend notwendig, um einen gelungenen Übergang von der Klinik ins häusliche Umfeld zu ermöglichen.

Des Weiteren zeigt die vorliegende Arbeit die differierende Deliktverteilung zwischen Intelligenzgeminderten und Nichtintelligenzgeminderten auf. Dabei wird deutlich, dass bei Intelligenzgeminderten Sexualdelikte gegenüber Minderjährigen und Erwachsenen sowie Brandstiftungen im Vergleich zu Nichtintelligenzgeminderten überrepräsentiert sind. Die Art des Delikts und dessen Analyse stellen wichtige Aspekte in der Therapie Intelligenzgeminderter dar und sind unter anderem für die Rückfallprophylaxe von entscheidender Bedeutung. Das Anlassdelikt selbst scheint bei der Länge der Aufenthaltsdauer eine bedeutende, wenn nicht sogar die führende Rolle zu spielen.

6. Literaturverzeichnis

1. Deb S, Unwin G L: Psychotropic medication for behaviour problems in people with intellectual disability: a review of the current literature. *Curr Opin Psychiat* 20: 461-466 (2007)
2. Emerson E: Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 47: 51-58 (2003)
3. Emerson E, Hatton C: Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry* 191: 493-499 (2007)
4. Griesinger W: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende. Zweiter Abdruck, Adolph Krabbe, Stuttgart, S. 352 (1867)
5. Häßler F: Intelligenzminderung. Schattauer, Berlin (2011)
6. Häßler F, Bienstein P, Buscher M, Caby F, Hennicke K, Hoffmann K, et al.: S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. (2014)
7. Häßler F, Glaser T, Beneke M, Pap A, Bodenschatz R, Reis O: Zuclopenthixol in adults with intellectual disabilities and aggressive behaviours: Discontinuation study. *The British Journal of Psychiatry* 190: 447-448 (2007)

8. Häßler F, Glaser T, Pap A, Beneke M, Diefenbacher A, Reis O: A double-blind placebo-controlled discontinuation study of Zuclopenthixol for the treatment of aggressive disruptive behaviours in adults with mental retardation-secondary parameter analyses. *Pharmacopsychiatry* 41: 232-239 (2008)
9. Hennicke K: Psychopharmaka in der Behindertenhilfe-Fluch oder Segen? *Materialien der DGSGB*. Band 17 (2008)
10. Jaspers K: *Allgemeine Psychopathologie*. 1. Auflage, Springer, Berlin, S. 233 (1913)
11. Matson J L, Neal D: Psychotropic medication use for challenging behaviours in persons with intellectual disabilities: An overview. *Research in Developmental Disabilities* 30: 572-586 (2009)
12. Lammel M: Schuldfähigkeit bei Intelligenzminderung. In: Kröber H L, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg) *Handbuch der forensischen Psychiatrie*, Band 2, Springer, Heidelberg, S. 372-437 (2010)
13. Leygraf N: Psychisch kranke Straftäter, Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Springer, Heidelberg, S. 106-122 (1988)
14. Matson J, Mahan S: Antipsychotic druge side effects for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities* 31: 1570-1576 (2010)

15. McGillivray J A, McCabe M P: Pharmacological management of challenging behaviour of individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities* 25: 523-537 (2004)
16. Müller Ch.: *Lexikon der Psychiatrie*. Springer, Heidelberg, S. 357 (1986)
17. Muysers J: Behandlung von intelligenzgeminderten Menschen im Maßregelvollzug. In: Schanze C (Hrsg) *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Schattauer, Stuttgart, S. 419-427 (2013)
18. Walsh P N, Kerr M, van Schrojenstein Lantman-de Valk H M J: Health Indicators for people with intellectual disabilities. *European Journal of Public Health* 13: 47-50 (2003)
19. Prout H P, Nowak-Drabik K M: Psychotherapy with persons with mental retardation: an evaluation of effectiveness. *American Journal on Mental Retardation* 108: 82 (2003)
20. Rasch W: *Forensische Psychiatrie*, 2. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, S. 256-259 (1999)
21. Ross T, Querengässer J, Fontao M-I, Hoffmann K: Predicting discharge in forensic psychiatry: The legal and psychosocial factors associated with long and short stays in forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Law and Psychiatry* 35: 213-221 (2012)
22. Santosh P J, Baird, G: Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *The Lancet* 354: 233-242 (1999)

23. Schmid O, Abele L, Wichmann P, Kluttig T, Hoffmann K, Mess F: Sporttherapeutische Ansätze in der forensischen Psychiatrie. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattsschriften 23: 315-335 (2016)
24. Schmidt-Quernheim F: Behandlung von Intelligenzgeminderten. In: Schmidt-Quernheim F, Hax-Schoppenhorst T (Hrsg) Professionelle forensische Psychiatrie, 2. Auflage, Huber, Bern, S. 152-165 (2008)
25. Schneider K: Klinische Psychopathologie. 8. Auflage, Thieme, Stuttgart, S. 37 (1967)
26. Seifert D: Begutachtung und Behandlung von Intelligenzgeminderten. In: Venzlaff U, Foerster K, Dressing H, Habermeyer E (Hrsg) Psychiatrische Begutachtung, 6. Auflage, Elsevier, München, S. 272-289 (2015)
27. Seifert D: Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher. In: Kröber H L, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg) Handbuch der forensischen Psychiatrie, Band 3, Steinkopf, Darmstadt, S. 288-304 (2006)
28. Singh A N, Matson J L, Cooper C L, Dixon D, Sturmey P: The use of risperidone among individuals with mental retardation: clinically supported or not? Research in developmental Disabilities 26: 203-218 (2005)
29. Smith M L, Grass G V: Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist 32: 752-760 (1977)

30. Tarjan G: Cinderella and the prince: mental retardation and community psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 122: 1057-1059 (1966)
31. Tsiouris J A, Kim S, Brown W T, Pettinger J, Cohen I J: Prevalence of Psychotropic Drug Use in Adults with Intellectual Disability: Positive and Negative Findings from a Large Scale Study. *J Autism Dev Disord Journal of Autism and Developmental Disorders* 43: 719-731 (2012)
32. Walsh P, Hall L, Ryan D, Linehan C: POMONA II: Health indicators for people with intellectual disability: using an indicator set. Final report (2008)
33. Whitehouse R M, Tudway J A, Look R, Kroese B S: Adapting Individual Psychotherapy for Adults with Intellectual Disabilities: a Comparative Review of the Cognitive-Behavioural and Psychodynamic Literature. *Journal of Applied Reserach in Intellectual Disabilities* 19: 55-65 (2006)
34. Willner P: The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for People with Learning Disabilities: a Critical Overview. *Journal of Intellectual Disability Research* 49: 73-85 (2005)

Anhang

FODOBA-ITEM-ÜBERSICHT

Itemblock	Nr.	Kategorie und Werte	Institution		Seite 1	
1. Einrichtung	1) Einrichtung					
	1	Schussenried	4	Weinsberg	7	Emmendingen
	2	Weissenau	5	Wiesloch	8	Reichenau
	3	Zwiefalten	6	Calw		
	2) Erhebungsbogen					
	0	Halbjahresstatistik 2009	3	Jahresstatistik 2010	6	Jahresstatistik 2013
	1	Jahresstatistik 2009	4	Jahresstatistik 2011	7	Jahresstatistik 2014
	2	Halbjahresstatistik 2010	5	Jahresstatistik 2012		
	Patient allgemein					
	2. Codes	3) Patientenidentifikationsnummer				
4) Fallidentifikationsnummer						
3. Geschlecht	5) Geschlecht					
	1	männlich	2	weiblich		
4. Geburtsdatum	6) Geburtsdatum					
	7) Geburtsort					
5. Soziale Lebenssituation	8) Soziale Lebenssituation zum Erhebungszeitpunkt					
	0	Ledig	2	Geschieden	4	Unbekannt
	1	Verheiratet	3	Verwitwet		
	9) Lebenssituation bei Straftat					
	0	Ledig – allein lebend	3	Betreutes Wohnen	5	Sonstiges
	1	Ledig – in Partnerschaft	4	Eingliederungsheim/Pflegeheim	6	wohnsitzlos
6. Schulabschluss	10) Schulabschluss des Patienten					
	0	keiner	3	Mittlere Reife	6	unbekannt
	1	Sonderschule	4	Fachhochschulreife		
	2	Hauptschulabschluss	5	(Fach)-Abitur		
	11) Schulabschluss während des aktuellen MRV erworben?					
J	Ja	N	Nein			
7. Abgeschlossene Berufsausbildung	12) Abgeschlossene Berufsausbildung des Patienten					
	J	Ja	N	Nein	U	Unbekannt
	13) Berufsausbildung während des aktuellen MRV erworben?					
J	Ja	N	Nein			
8. Berufs- und Arbeitstätigkeit vor Erstdiagnose der Anlasserkrankung	14) Dauer der aktuellen Arbeitstätigkeit bis zur aktuellen Aufnahme					
	15) Arbeitstätigkeit vor Erstdiagnose der psych. Störung					
	J	Ja	N	Nein	U	Unbekannt
	16) Falls ja: Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit					
	J	Ja	N	Nein	U	Unbekannt
17) Arbeitstätigkeit nach Erstdiagnose der psych. Störung						
J	Ja	N	Nein	U	Unbekannt	

Patient allgemein (Forts.)

8. Berufs- und Arbeitstätigkeit vor Erstdiagnose der Anlasserkrankung (Forts.)	18) Falls ja: Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit	J	Ja	N	Nein	U	Unbekannt
	19) Arbeitstätigkeit innerhalb von sechs Monaten vor Einweisungsdelikt	J	Ja	N	Nein	U	Unbekannt
	20) Falls ja: Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit	J	Ja	N	Nein	U	Unbekannt

9. Migrationshintergrund	21) Migrationshintergrund	0	keiner	5	Spätaussiedler
		1	zugewanderter Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis	6	Person mit min. einem Elternteil, das eines der genannten Kriterien erfüllt
		2	zugewanderter Ausländer ohne Aufenthaltserlaubnis		
		3	in Deutschland geborener Ausländer		
		4	eingebürgerter Ausländer	7	Tourist
	22) Herkunftsland (gem. ISO Länderkürzel)				

Aufnahme

10. Aufnahme-datum	23) Aufnahmedatum für den aktuellen Aufenthalt						
	24) Rechtsgrundlage der Aufnahme	0	§ 63 StGB	5	§ 67h StGB/64	9	§ 81 StPO
		1	§ 64 StGB	6	§ 126a StPO	10	§ 67a StGB/63
		3	§ 67g StGB/63	7	§ 453c StPO (SHB)	11	§ 67a StGB/64
		4	§ 67h StGB/63	8	§ 67g StGB/64		
	25) Übernahme aus anderer MRV-Einrichtung?	0	Nein	10	Bayern	19	Rheinland-Pfalz
		1	Schussenried	11	Berlin	20	Saarland
		2	Weissenau	12	Brandenburg	21	Sachsen
		3	Zwiefalten	13	Bremen	22	Sachsen-Anhalt
		4	Weinsberg	14	Hamburg	23	Schleswig-Holstein
	5	Wiesloch	15	Hessen	24	Thüringen	
	6	Calw	16	Mecklenburg-Vorpommern	25	außerhalb Deutschlands	
	7	Emmendingen	17	Niedersachsen			
	8	Reichenau	18	Nordrhein-Westfalen			

11. Erstaufnahme in forensische Psychiatrie?	26) Erstaufnahme in forensische Psychiatrie	J	Ja	N	Nein	U	Unbekannt
	27) Falls nein: Datum der Erstaufnahme						
	28) Dauer aller MRV-Unterbringungen insgesamt im aktuellen Rechtsverfahren incl. 126a (in Monaten)						
	29) Dauer aller MRV-Unterbringungen insgesamt inklusive früherer Rechtsverfahren, einschließlich § 126a StPO (in Monaten)						
	30) Zahl der Aufenthalte im Laufe des aktuellen Unterbringungsverfahrens						

Rechtsstatus

12. Anordnendes Gericht	31) Anordnendes Gericht	0	LG Baden-Baden	41	AG Achern	127
		1	LG Eilwangen	43	Freitextfeld für außerdeutsche Einträge	
		2	125	Bayern		
		41	AG Aalen	126	Brandenburg		

13. Rechtskraft	32) Datum der Rechtskraft des Urteils				
-----------------	---------------------------------------	--	--	--	--

Rechtsstatus (Forts.)

14. Vollzugsüberwachende Behörde	33) Vollzugsüberwachende Behörde	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 30%;">StA Baden-Baden</td> <td style="width: 10%;">41</td> <td style="width: 30%;">AG Aalen</td> <td rowspan="3" style="width: 20%; vertical-align: top;"><i>Freitextfeld für außerdeutsche Einträge</i></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>StA Ellwangen</td> <td>41</td> <td>AG Achern</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>.....</td> <td>43</td> <td>.....</td> </tr> </table>	0	StA Baden-Baden	41	AG Aalen	<i>Freitextfeld für außerdeutsche Einträge</i>	1	StA Ellwangen	41	AG Achern	2	43					
0	StA Baden-Baden	41	AG Aalen	<i>Freitextfeld für außerdeutsche Einträge</i>																
1	StA Ellwangen	41	AG Achern																	
2	43																	
15. Gutachten	34) Einweisungsgutachten	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">K</td> <td style="width: 45%;">Keines</td> <td style="width: 5%;">E</td> <td style="width: 45%;">Extern - niedergelassener Gutachter</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td>Sonstige Klinik</td> <td>I</td> <td>MRV-Klinik</td> </tr> </table>	K	Keines	E	Extern - niedergelassener Gutachter	M	Sonstige Klinik	I	MRV-Klinik										
K	Keines	E	Extern - niedergelassener Gutachter																	
M	Sonstige Klinik	I	MRV-Klinik																	
16. Rechtsgrundlage der Unterbringung	35) Rechtsgrundlage der Unterbringung zum Erfassungszeitpunkt	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 30%;">§ 63 StGB</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 30%;">§ 67h StGB/63</td> <td style="width: 20%;">7</td> <td style="width: 10%;">§ 453c StPO (SHB)</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>§ 64 StGB</td> <td>5</td> <td>§ 67h StGB/64</td> <td>8</td> <td>§ 67g StGB/64</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>§ 67g StGB/63</td> <td>6</td> <td>§ 126 StPO</td> <td>9</td> <td>§ 81 StPO</td> </tr> </table>	0	§ 63 StGB	4	§ 67h StGB/63	7	§ 453c StPO (SHB)	1	§ 64 StGB	5	§ 67h StGB/64	8	§ 67g StGB/64	3	§ 67g StGB/63	6	§ 126 StPO	9	§ 81 StPO
0	§ 63 StGB	4	§ 67h StGB/63	7	§ 453c StPO (SHB)															
1	§ 64 StGB	5	§ 67h StGB/64	8	§ 67g StGB/64															
3	§ 67g StGB/63	6	§ 126 StPO	9	§ 81 StPO															
	36) Datum der letzten Änderung der Rechtsgrundlage																			
17. Widerruf/befristete Wiederinvollzugsetzung	37) Widerruf/befristete Wiederinvollzugsetzung?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">67g</td> <td style="width: 35%;">§ 67g StGB</td> <td style="width: 15%;">67h</td> <td style="width: 35%;">§ 67h StGB</td> <td style="width: 10%;">N</td> <td style="width: 10%;">Nein</td> </tr> </table>	67g	§ 67g StGB	67h	§ 67h StGB	N	Nein												
67g	§ 67g StGB	67h	§ 67h StGB	N	Nein															
	38) Datum Widerruf / befristete Wiedereinsetzung																			
	39) Anzahl der Widerrufe im aktuellen Unterbringungsverfahren	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	40) Anzahl der befristeten Wiedereinsetzungen im aktuellen Unterbringungsverfahren	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	41) Wiederaufnahme nach ... Jahre	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5]; 0 wenn nicht zutreffend</td> </tr> </table>	Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5]; 0 wenn nicht zutreffend																	
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5]; 0 wenn nicht zutreffend																				
	42) Weisungsverstoß Suchtmittel?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">J</td> <td style="width: 45%;">Ja</td> <td style="width: 5%;">N</td> <td style="width: 45%;">Nein</td> </tr> </table>	J	Ja	N	Nein														
J	Ja	N	Nein																	
	43) Weisungsverstoß Medikamentenincompliance?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">J</td> <td style="width: 45%;">Ja</td> <td style="width: 5%;">N</td> <td style="width: 45%;">Nein</td> </tr> </table>	J	Ja	N	Nein														
J	Ja	N	Nein																	
	44) Weisungsverstoß andere?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">J</td> <td style="width: 45%;">Ja</td> <td style="width: 5%;">N</td> <td style="width: 45%;">Nein</td> </tr> </table>	J	Ja	N	Nein														
J	Ja	N	Nein																	
	45) Grund des Widerrufs: Tötungsdelikt?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	46) Grund des Widerrufs: Vers. Tötungsdelikt ?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	47) Grund des Widerrufs: Körperverletzungsdelikt?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	48) Grund des Widerrufs: Sexualdelikt gg. Erwachsene?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	49) Grund des Widerrufs: Sexualdelikt gg. Minderjährige?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	50) Grund des Widerrufs: Sonst. Gewaltdelikt?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	51) Grund des Widerrufs: Eigentumsdelikt (Diebstahl, Betrug)?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				
	52) Grund des Widerrufs: Brandstiftung?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]</td> </tr> </table>	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																	
Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]																				

Rechtsstatus (Forts.)

17. Widerruf/ befristete Wiederinvol- lungsetzung (Forts.)	53) Grund des Widerrufs: Verkehrsdelikt?	<input type="text" value="Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]"/>																	
	54) Grund des Widerrufs: Vergehen gg. BtMG?	<input type="text" value="Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]"/>																	
	55) Grund des Widerrufs: Andere / sonstiges Delikt?	<input type="text" value="Häufigkeit: Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]"/>																	
	56) Zustandsverschlechterung Wiederaufnahme innerhalb von Jahren	<input type="text" value="Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5]; 0 wenn nicht zutreffend"/>																	
18. Straftat	57) Straftat: (Hauptdelikt laut rechtskräftigem Urteil)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 Tötungsdelikt</td> <td style="width: 50%;">8 Brandstiftung</td> </tr> <tr> <td>2 Vers. Tötungsdelikt</td> <td>9 Verkehrsdelikt</td> </tr> <tr> <td>3 Körperverletzungsdelikt</td> <td>10 Vergehen gg. BtMG</td> </tr> <tr> <td>4 Sexualdelikt gg. Erwachsene</td> <td>11 Andere/sonstiges Delikt</td> </tr> <tr> <td>5 Sexualdelikt gg. Minderjährige</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sonst. Gewaltdelikt (z.B. Raub, Erpressung, Nötigung, Bedrohung)</td> </tr> <tr> <td>7 Eigentumsdelikt (Diebstahl, Betrug)</td> <td></td> </tr> </table>		1 Tötungsdelikt	8 Brandstiftung	2 Vers. Tötungsdelikt	9 Verkehrsdelikt	3 Körperverletzungsdelikt	10 Vergehen gg. BtMG	4 Sexualdelikt gg. Erwachsene	11 Andere/sonstiges Delikt	5 Sexualdelikt gg. Minderjährige		6		Sonst. Gewaltdelikt (z.B. Raub, Erpressung, Nötigung, Bedrohung)		7 Eigentumsdelikt (Diebstahl, Betrug)	
	1 Tötungsdelikt	8 Brandstiftung																	
	2 Vers. Tötungsdelikt	9 Verkehrsdelikt																	
	3 Körperverletzungsdelikt	10 Vergehen gg. BtMG																	
	4 Sexualdelikt gg. Erwachsene	11 Andere/sonstiges Delikt																	
	5 Sexualdelikt gg. Minderjährige																		
	6																		
Sonst. Gewaltdelikt (z.B. Raub, Erpressung, Nötigung, Bedrohung)																			
7 Eigentumsdelikt (Diebstahl, Betrug)																			
57x Relevante weitere Delikte / (max. drei aus Liste bei Punkt 57) in Datei III																			
19. Schuld- fähigkeit	58) Schuldfähigkeit	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">0 § 20 StGB</td> <td style="width: 50%;">2 § voll schuldfähig</td> </tr> <tr> <td>1 § 21 StGB</td> <td>3 Noch ohne Urteil</td> </tr> </table>		0 § 20 StGB	2 § voll schuldfähig	1 § 21 StGB	3 Noch ohne Urteil												
	0 § 20 StGB	2 § voll schuldfähig																	
1 § 21 StGB	3 Noch ohne Urteil																		
20. Haftstrafe	59) Haftstrafe	<input style="width: 25%;" type="text" value="0 keine"/> <input style="width: 25%;" type="text" value="1 zeitlich befristet"/> <input style="width: 25%;" type="text" value="2 lebenslang"/>																	
	60) Dauer Haftstrafe (Parallelstrafe) in Monaten (0 wenn keine oder lebenslang bei 59)	<input type="text"/>																	
	61) Dauer von Aufnahme bis Halbstrafentermin in Monaten (0 wenn keine oder lebenslang bei 59)	<input type="text"/>																	
	62) Halbstrafentermin	<input type="text"/>																	
20.1 Syndrome	63) Suchtspezifische Störung zum Tatzeitpunkt?	<input style="width: 25%;" type="text" value="J Ja"/> <input style="width: 25%;" type="text" value="N Nein"/> <input style="width: 25%;" type="text" value="U Unbekannt"/>																	
	64) Intoxikation?	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																	
	65) Entzugssyndrom?	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																	
	66) Delir?	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																	
	67) Substanzinduzierte Psychose?	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																	
20.2 Beteiligte Substanzen	68) Alkohol	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																	
	69) Opiate	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																	
	70) Kokain	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																	

Rechtsstatus (Forts.)

20.2 Beteiligte Substanzen (Forts.)	71) Cannabis	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>	
	72) Amphetamine	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>	
	73) Halluzinogene	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>	
	74) Tabletten	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>	
	75) Designerdrogen	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>	
	76) Weitere Maßregel	<input type="text" value="0 § 66 StGB"/>	<input type="text" value="2 § 64 StGB"/>
	<input type="text" value="1 § 63 StGB"/>	<input type="text" value="3 Nicht zutreffend"/>	

21. Gesamthaft 77) Bisherige Gesamthaftdauer in Monaten vor jetzigem Urteil (0 falls kein Urteil)

Diagnosen

22. Somatische Diagnosen	<i>Somatische Diagnosen (Werte ICD-10 kodiert) in Datei IV</i>
23. Psychiatr. Diagnosen	78) Psychiatrische Hauptdiagnose (Wert ICD-10 kodiert) <i>Weitere psychiatrische Diagnosen (Werte ICD-10 kodiert) in Datei V</i>

Vorgeschichte

24. Frühere Delikte	79) Frühere Delikte: Anzahl Eintragungen BZR														
	80) Alter bei erster Delinquenz														
25. Allgemeinpsychiatrische Vorgeschichte (vor aktueller Maßregel)	81) Voraufenthalt Allgemeinpsychiatrie (außer Sucht)														
	<input type="text" value="J Ja"/> <input type="text" value="N Nein"/> <input type="text" value="U Unbekannt"/>														
	82) Häufigkeit der Voraufenthalte (außer Sucht)														
	<input type="text" value="Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]"/>														
	83) Alter bei erster stationärer psychiatrischer Aufnahme														
	84) Letzte bekannte Hauptdiagnose (Wert ICD-10 kodiert)														
26 Forensischpsychiatrische Vorgeschichte (nicht Widerruf) in Datei II	y5) Früherer MRV von [Datum]														
	y6) Früherer MRV....bis [Datum]														
	y7) Früherer MRV Unterbringungsgrund														
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="text" value="1 Tötungsdelikt"/></td> <td><input type="text" value="8 Brandstiftung"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="2 Vers. Tötungsdelikt"/></td> <td><input type="text" value="9 Verkehrsdelikt"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="3 Körperverletzungsdelikt"/></td> <td><input type="text" value="10 Vergehen gg. BtMG"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="4 Sexualdelikt gg. Erwachsene"/></td> <td><input type="text" value="11 Andere/sonstiges Delikt"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="5 Sexualdelikt gg. Minderjährige"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="6 Sonst. Gewaltdelikt (z.B. Raub, Erpressung, Nötigung, Bedrohung)"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="7 Eigentumsdelikt (Diebstahl, Betrug)"/></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="text" value="1 Tötungsdelikt"/>	<input type="text" value="8 Brandstiftung"/>	<input type="text" value="2 Vers. Tötungsdelikt"/>	<input type="text" value="9 Verkehrsdelikt"/>	<input type="text" value="3 Körperverletzungsdelikt"/>	<input type="text" value="10 Vergehen gg. BtMG"/>	<input type="text" value="4 Sexualdelikt gg. Erwachsene"/>	<input type="text" value="11 Andere/sonstiges Delikt"/>	<input type="text" value="5 Sexualdelikt gg. Minderjährige"/>		<input type="text" value="6 Sonst. Gewaltdelikt (z.B. Raub, Erpressung, Nötigung, Bedrohung)"/>		<input type="text" value="7 Eigentumsdelikt (Diebstahl, Betrug)"/>	
<input type="text" value="1 Tötungsdelikt"/>	<input type="text" value="8 Brandstiftung"/>														
<input type="text" value="2 Vers. Tötungsdelikt"/>	<input type="text" value="9 Verkehrsdelikt"/>														
<input type="text" value="3 Körperverletzungsdelikt"/>	<input type="text" value="10 Vergehen gg. BtMG"/>														
<input type="text" value="4 Sexualdelikt gg. Erwachsene"/>	<input type="text" value="11 Andere/sonstiges Delikt"/>														
<input type="text" value="5 Sexualdelikt gg. Minderjährige"/>															
<input type="text" value="6 Sonst. Gewaltdelikt (z.B. Raub, Erpressung, Nötigung, Bedrohung)"/>															
<input type="text" value="7 Eigentumsdelikt (Diebstahl, Betrug)"/>															
	y8) Psychiatrische Hauptdiagnose bei Entlassung aus dem MRV (Wert ICD-10 kodiert)														

Vorgeschichte (Forts.)

26 Forensisch- psychiatrische Vorgeschichte (nicht Widerruf) in Datei II (Forts.)	y9) Einrichtung des Früheren MRV	1 Schussenried	10 Bayern	18 Nordrhein-Westfalen	
		2 Weissenau	11 Berlin	19 Rheinland-Pfalz	
		3 Zwiefalten	12 Brandenburg	20 Saarland	
		4 Weinsberg	13 Bremen	21 Sachsen	
		5 Wiesloch	14 Hamburg	22 Sachsen-Anhalt	
		6 Calw	15 Hessen	23 Schleswig-Holstein	
		7 Emmendingen	16 Mecklenburg-Vorpommern	24 Thüringen	
		8 Reichenau	17 Niedersachsen	25 außerhalb Deutschlands	
		y10) Rechtskräftiges Urteil, das dem Voraufenthalt zugrunde liegt	0 § 63 StGB	4 § 67h StGB/63	8 § 67g StGB/64
			1 § 64 StGB	5 § 67h StGB/64	9 § 66 StGB
			2 § 67a StGB	6 § 126a StPO	
			3 § 67g StGB/63	7 § 453c StPO (SHB)	
	y11) Datum des rechtskräftigen Urteils, das dem Voraufenthalt zugrunde liegt				
	y12) Anzahl der Aufenthalte im Laufe des damaligen Unterbringungsverfahrens				

27. Sucht- medizinische Vorgeschichte, soweit bekannt	85) Suchtmedizinische Auffälligkeiten (z.B. Missbrauch, Abhängigkeit)	J Ja	N Nein
	86) Suchtmedizinische Vorbehandlung	J Ja	N Nein
	87) Anzahl Stationäre Entgiftungen Alkohol	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	88) Anzahl Ambulante Entgiftungen Alkohol	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	89) Anzahl Stationäre Entwöhnungen Alkohol	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	90) Anzahl Ambulante Entwöhnungen Alkohol	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	91) Anzahl Stationäre Entgiftungen Drogen	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	92) Anzahl Ambulante Entgiftungen Drogen	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	93) Anzahl Stationäre Entwöhnungen Drogen	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	94) Anzahl Ambulante Entwöhnungen Drogen	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	95) Anzahl Stationäre Entgiftungen Medikamente	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	96) Anzahl Ambulante Entgiftungen Medikamente	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	97) Anzahl Stationäre Entwöhnungen Medikamente	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	98) Anzahl Ambulante Entwöhnungen Medikamente	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]	
	99) Psychiatrische Hauptdiagnose bei erster Entgiftung (Wert ICD-10 kodiert)		

Vorgeschichte (Forts.)

27. Sucht- medizinische Vorgeschichte, soweit bekannt (Forts.)	100)	Jemals in einem Substitutionsprogramm?	J	Ja	N	Nein											
	101)	Raucher?	J	Ja	N	Nein											
	102)	Rauchen während der Therapie/des akt. Aufenthalts im MRV beendet?	J	Ja	N	Nein											
	103)	Dominierende Droge bei § 64	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 Opiate</td> <td style="width: 50%;">6 Tabletten (Benzodiazepine, Barbiturate, Sedativa, Hypnotika, Tranquillizer, Anabolika)</td> </tr> <tr> <td>2 Kokain</td> <td>7 Anderes</td> </tr> <tr> <td>3 Cannabis</td> <td>8 mehrere</td> </tr> <tr> <td>4 Amphetamine</td> <td>9 Nicht zutreffend</td> </tr> <tr> <td>5 Halluzinogene</td> <td></td> </tr> </table>					1 Opiate	6 Tabletten (Benzodiazepine, Barbiturate, Sedativa, Hypnotika, Tranquillizer, Anabolika)	2 Kokain	7 Anderes	3 Cannabis	8 mehrere	4 Amphetamine	9 Nicht zutreffend	5 Halluzinogene	
	1 Opiate	6 Tabletten (Benzodiazepine, Barbiturate, Sedativa, Hypnotika, Tranquillizer, Anabolika)															
2 Kokain	7 Anderes																
3 Cannabis	8 mehrere																
4 Amphetamine	9 Nicht zutreffend																
5 Halluzinogene																	

Vorfälle während der Unterbringung

28. Vorfälle während des Erfassungs- zeitraums	104)	Vorfälle während des Erfassungszeitraums	J	Ja	N	Nein	
	105)	Tätlichkeiten gg. Personal	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	106)	Tätlichkeiten gg. Mitpatienten	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	107)	Sachbeschädigung	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	108)	Diebstahl	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	109)	Brandstiftung	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	110)	Selbstschädigungen (Suizidversuche, Suizidale Handlungen)	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	111)	Suizidversuche	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	112)	Suchtmittelrückfälle: [Anzahl] Kriterium: Nachweis eines erneuten Konsums	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	113)	Sexuelle Auffälligkeiten/Handlungen	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	114)	Andere Vorfälle	Häufigkeit: Werte: [0] [1] [9] [10 und mehr]				
	29. Ent- weichungen während des Erfassungs- zeitraums	115)	Entweichung – Anzahl der Ereignisse insgesamt	Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]			
		116)	Entweichung – davon geringfügige Ausgangsüberschreitungen	Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]			
		117)	Entweichung – davon Ausbruch	Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]			
118)		Entweichung – länger als zwei, aber weniger als 48 Stunden	Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]				

Vorfälle während der Unterbringung (Forts.)

29. Entweichungen während des Erfassungszeitraums (F.)
- 119) Entweichung – davon Flucht (über 48 Stunden)
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 120) Entweichung – davon Dauerentweichung (über 3 Monate)
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 121) Tötungsdelikte
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 122) Vers. Tötungsdelikte
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 123) Körperverletzungsdelikte
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 124) Sexualdelikte gg. Erwachsene
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 125) Sexualdelikte gg. Minderjährige
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 29.1 Delikte während der Entweichung
- 126) Sonst. Gewaltdelikte (z.B. Raub, Erpressung, Nötigung, Bedrohung)
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 127) Eigentumsdelikte (Diebstahl, Betrug)
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 128) Brandstiftungen
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 129) Verkehrsdelikte
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 130) Vergehen gg. BtMG
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 131) Andere/sonstige Delikte
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]

30. Rückkehr nach Entweichung
- 132) Aktuell entwichen?
J Ja N Nein
- 133) Rückkehr nach Entweichung – durch polizeiliche Festnahme
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 134) Rückkehr nach Entweichung – selbst gestellt
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]
- 135) Rückkehr n. Entweichung – zurückgebracht (durch Angehörige, Personal, sonstige)
Werte: [0] [1] [2] [3] [4] [5 und mehr]

Lockerungen

31. Lockerungen

136) Aktuelle Lockerungen

0	Keine	4	Ausgang außerhalb des Geländes ohne Personal	8	Zusätzlich nur bei § 64 StGB: Tagesausgang
1	Geländeausgang mit Personal	5	Zusätzlich nur bei § 64 StGB: Park in der Gruppe	9	Zusätzlich nur bei § 64 StGB: Urlaub
2	Ausgang außerhalb des Geländes mit Personal	6	Zusätzlich nur bei § 64 StGB: Park allein		
3	Geländeausgang ohne Personal	7	Zusätzlich nur bei § 64 StGB: Ortsausgang		

Lockerungen (Forts.)

31. Lockerungen (Forts.)	137) Beurlaubung zu extramuralen Maßnahmen	0 keine	2 Wohnen in betreuter Einrichtung	3 Wohnen in betreuter WG
		1 allein wohnend		4 Heim
	138) Beginn der extramuralen Maßnahme [Datum]			
	139) Anzahl der im Verhalten des Patienten begründeten Unterbrechungen der extramuralen Maßnahme			
	140) Anzahl der im Verhalten des Patienten begründeten Rücknahmen der extramuralen Maßnahme			
	141) Arbeit außerhalb			

Prognostische Beurteilung

32. Maßregelvollzugseinschätzung (aus der [halb]jährlichen Stellungnahme zu entnehmen)	142) Prognostische Beurteilung: Interne Prognose	0 Entlassung wahrscheinlich innerhalb der nächsten sechs Monate		
		1 Mittelfristige (3-4 Jahre) Prognose günstig		
		2 Mittelfristige (3-4 Jahre) Prognose ungünstig		
		3 Entlassung wahrscheinlich längerfristig nicht erreichbar		
		4 Prognostische Beurteilung liegt noch nicht vor		
		5 Nur für § 64 StGB: Bedingte Entlassung in den nächsten 6 Monaten wahrscheinlich		
		6 Nur für § 64 StGB: Beendigung wegen fehlender Erfolgsaussicht in den nächsten 6 Monaten wahrscheinlich		
		7 Nur für § 64 StGB: Mittelfristige Prognose (12-18 Monate) günstig		
		8 Nur für § 64 StGB: Mittelfristige Prognose (12-18 Monate) eher ungünstig		
	143) Maßregelvollzugsanregung – Maßregelvollzugseinschätzung des behandelnden Teams	1 Empfehlung der Fortdauer	3 Erledigungsempfehlung	5 liegt noch nicht vor
		2 Aussetzungsempfehlung	4 Abbruchempfehlung	
	144) Datum der Maßregelvollzugsanregung			
	145) Prognostische Beurteilung: Externes Prognosegutachten	1 Mittelfristige (3-4 Jahre) Prognose günstig	2 Mittelfristige (3-4 Jahre) Prognose ungünstig	3 Externes Gutachten liegt nicht vor

Entlassung

33. Entlassung juristisch	146) Entlassung juristisch [Begründung]	0 Juristisch nicht entlassen	6 Abbruch	10 Abschiebung (§456a StPO)
		1 Entlassung gemäß § 67 b	7 Erreichen der Höchstfrist	11 Verstorben
		2 Entlassung gemäß § 67 d	8 Unterbrechung der Unterbringung	12 sonstiges
		3 Beendigung von § 67 h		13 § 35 BtMG
		4 Aufhebung §126a	9 Änderung der Vollstreckungsreihenfolge	14 Sonderfall(controlling-relevant)
		5 Erledigung		
	147) Entlassung juristisch [Datum der Rechtskraft]			

34. Sozialer Empfangsraum	148) nicht entlassen	1 = Ja oder leeres Datenfeld
	149) allein lebend	1 = Ja oder leeres Datenfeld
	150) in Partnerschaft	1 = Ja oder leeres Datenfeld
	151) Herkunftsfamilie/bei Eltern lebend	1 = Ja oder leeres Datenfeld

Entlassung (Forts.)

34. Sozialer Empfangsraum (Forts.)	152) betreutes Wohnen	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	153) Wiedereingliederungswohnheim	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	154) (psychiatrisches) Pflegeheim	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	155) geschlossenes Wohnheim	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	156) Wohnheim der Strafgefangenen und Suchtkrankenhilfe	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	157) Pflegefamilie	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	158) Obdachlosigkeit	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	159) Verlegung in andere Forensik	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	160) Fachklinik	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	161) JVA	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	162) Sicherungsverwahrung	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	163) Aufnahme in forensisch psychiatrische Ambulanz	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	164) Suizid	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	165) sonstiges	<input type="text" value="1 = Ja oder leeres Datenfeld"/>																																																								
	166) Verlegung nach: empfangende Klinik?	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>Keine – Trifft nicht zu</td> <td>10</td><td>Bayern</td> <td>19</td><td>Rheinland-Pfalz</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>Schussenried</td> <td>11</td><td>Berlin</td> <td>20</td><td>Saarland</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>Weissenau</td> <td>12</td><td>Brandenburg</td> <td>21</td><td>Sachsen</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>Zwiefalten</td> <td>13</td><td>Bremen</td> <td>22</td><td>Sachsen-Anhalt</td> </tr> <tr> <td>4</td><td>Weinsberg</td> <td>14</td><td>Hamburg</td> <td>23</td><td>Schleswig-Holstein</td> </tr> <tr> <td>5</td><td>Wiesloch</td> <td>15</td><td>Hessen</td> <td>24</td><td>Thüringen</td> </tr> <tr> <td>6</td><td>Calw</td> <td>16</td><td>Mecklenburg-Vorpommern</td> <td>25</td><td>außerhalb Deutschlands</td> </tr> <tr> <td>7</td><td>Emmendingen</td> <td>17</td><td>Niedersachsen</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>8</td><td>Reichenau</td> <td>18</td><td>Nordrhein-Westfalen</td> <td></td><td></td> </tr> </table>			0	Keine – Trifft nicht zu	10	Bayern	19	Rheinland-Pfalz	1	Schussenried	11	Berlin	20	Saarland	2	Weissenau	12	Brandenburg	21	Sachsen	3	Zwiefalten	13	Bremen	22	Sachsen-Anhalt	4	Weinsberg	14	Hamburg	23	Schleswig-Holstein	5	Wiesloch	15	Hessen	24	Thüringen	6	Calw	16	Mecklenburg-Vorpommern	25	außerhalb Deutschlands	7	Emmendingen	17	Niedersachsen			8	Reichenau	18	Nordrhein-Westfalen		
	0	Keine – Trifft nicht zu	10	Bayern	19	Rheinland-Pfalz																																																				
1	Schussenried	11	Berlin	20	Saarland																																																					
2	Weissenau	12	Brandenburg	21	Sachsen																																																					
3	Zwiefalten	13	Bremen	22	Sachsen-Anhalt																																																					
4	Weinsberg	14	Hamburg	23	Schleswig-Holstein																																																					
5	Wiesloch	15	Hessen	24	Thüringen																																																					
6	Calw	16	Mecklenburg-Vorpommern	25	außerhalb Deutschlands																																																					
7	Emmendingen	17	Niedersachsen																																																							
8	Reichenau	18	Nordrhein-Westfalen																																																							
167) Falls entlassen: Verlegungsdatum/Entlassdatum																																																										

Danksagung

Ganz herzlich möchte ich mich bei meinem Betreuer Prof. Dr. Klaus Hoffmann bedanken, welcher meinen Wunsch, zu promovieren, von einer Minute auf die andere in die Tat umgesetzt hat. Ich danke ihm insbesondere für seine persönliche Begleitung, seine Zuverlässigkeit wie auch seine inhaltlichen Korrekturen.

Mein Dank gilt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Reichenau für die Überlassung der Daten der FoDoBa.

Danken möchte ich Dr. Jan Bulla für seine rasche Bearbeitung meiner Anliegen, seine zügigen Korrekturen wie auch seine Gewissenhaftigkeit.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Mann, Robert Holzwarth-Karcher, welcher mich insbesondere bei der „technischen“ Umsetzung meines Dissertationsvorhabens unermüdlich und mit sehr viel Geduld und Ausdauer unterstützt hat.

Meiner Mutter danke ich dafür, dass sie mich zur Erstellung dieser Arbeit ermutigt hat.

Dr. Jan Querengässer danke ich für seine Unterstützung bei statistischen, Gabriel Henkes für die Beantwortung sozialpsychiatrischer Fragestellungen sowie Dr. Robert Stark für das abschließende Korrekturlesen.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.