

1 Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter – eine interdisziplinäre Herausforderung

Michael Brünger und Wolfgang Weissbeck

1.1 Einleitung

Psychisch kranke Jugendliche mit delinquentem Verhalten begegnen uns in Schule, Jugendhilfe, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und im Strafvollzug. Treten Verhaltensstörungen oder psychische Erkrankungen zusammen mit Prädelinquenz oder manifesten Straftaten auf, signalisiert dies den angesprochenen Fachleuten oft bereits bei der ersten Bestandsaufnahme die Notwendigkeit einer koordinierten interdisziplinären Hilfeplanung und damit die Verpflichtung zur Verständigung über eigene Berufsgrenzen und professionelle Konzepte hinweg. Sofern die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht erste Anlaufstelle für diese Gruppe von Jugendlichen ist, wird sie von den genannten Institutionen bei Verdacht auf psychische Erkrankung in aller Regel eingeschaltet.

Hierbei darf nicht abgewartet werden, ob sich Delinquenz als Übergangsphänomen bei einem jungen Menschen herausstellt, wie dies seit den wegweisenden Arbeiten von Moffit [13] in vielen Fällen angenommen werden kann: Die Koinzidenz mit psychischer Störung zwingt zu frühem Handeln. Die psychische Störung muss vom Kinder- und Jugendpsychiater als solche diagnostiziert und soweit möglich in ihren absehbaren Folgen dem interdisziplinären Helfernetz geschildert werden, weil die sich aus ihr ergebenden Konsequenzen maßgeblich für die Gesamtprognose des betroffenen Jugendlichen sind.

Die Vorgaben für eine derartige Zusammenarbeit im Rahmen der Gewährung von Hilfen zur Erziehung sind im Kinder- und Jugendhilfegesetz, bzw. im Achten Sozialgesetzbuch (§§ 27ff. SGB VIII) niedergelegt: „*Hilfeplanung ist ein Verfahren zur Konkretisierung eines Rechtsanspruches auf Hilfen zur Erziehung*“ [21]. Liegt bei dem betreffenden Jugendlichen eine seelische Behinderung vor – ein sozialrechtlicher Tatbestand gemäß § 35a SGB VIII – so sind auch Rechtsbestimmungen aus den Bereichen der Rehabilitation und Teilhabe nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) anzuwenden. Im günstigsten Fall und im Einklang mit den im SGB IX genannten Fristen [15, 4] wird Hilfeplanung ohne Zeitverlust und parallel zur erforderlichen Arbeit im eigenen Fachbereich angegangen. Hierzu gehören auch die einvernehmliche Klärung der Fallführung und die koordinierte Einbindung der Sorgeberechtigten, ohne ihnen die Pflicht aufzubürden, die Befunde der anderen beteiligten Institutionen zu beschaffen, bevor man selbst tätig wird. Auch den ärztlich-psychotherapeutischen Gutachter für die Beurteilung einer eventuell vorliegenden seelischen Behinderung dürfen sich die Betroffenen, bzw. deren Sorgeberechtigten selbst wählen – ein Umstand, der oft nicht mit der wünschenswerten Klarheit kommuniziert wird. Die Vorgaben des Sozialrechts einschließlich der §§ 12 und 13 der UN-Kinderrechtskonvention zur Partizipation von Kindern und Jugendlichen [4] sind zu beachten.

In der Zusammenarbeit zwischen Justiz und Kinder- und Jugendpsychiater ist häufig die gutachterliche Rolle des Facharztes gefragt, um die Verbindung von psychischer Störung und delinquentem Verhalten zu erhellen. Je nach Konstellation im Einzelfall können Therapie, Strafvollzug oder Jugendhilfe-maßnahme einem richterlichen Beschluss folgen.

Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter bleiben allerdings häufig ohne eine ausreichende Unterstützung. Die Klärung der Zuständigkeit, die die Rehabilitationsträger – damit meint das SGB IX auch die öffentliche Jugendhilfe, die Agentur für Arbeit und die Krankenkassen – unter sich, notfalls über die weithin unbekanntenen Servicestellen, herbeiführen sollen, führt zu Verzögerungen. In anderen Fällen wartet die Justiz auf die Einrichtung von Maßnahmen entsprechend der erteilten Weisungen und Auflagen.

Die Jugendgerichtshilfe und die fallführenden Jugendämter sind allerdings oft nicht in der Lage, geeignete Maßnahmen nach § 10 Jugendgerichtsgesetz (JGG) einzurichten. Besonders für sexuell auffällig gewordene Jugendliche gibt es keine ausreichende Anzahl geeigneter Therapieangebote. Auch kann die Diskussion zu konzeptionellen Voraussetzungen derartiger Maßnahmen – insbesondere über die Wertigkeit der psychischen Störung und ihrer pädagogisch-therapeutischen Konsequenzen – zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht als abgeschlossen angesehen werden.

Weiterhin besteht noch keine ausreichende Evidenz, dass die bereits früh geäußerte Skepsis [3] gegenüber sozialpädagogischen Auslandsmaßnahmen für schwierige Jugendliche aufgegeben werden kann. In der Rückbetrachtung erscheinen diese Maßnahmen nicht immer mit ausreichender Sorgfalt indi-

ziert; die Durchführung erfolgt oft nicht auf der Basis eines interdisziplinären Konsenses. Rückkehrer aus diesen sozialpädagogischen Interventionen schaffen häufig nicht den gewünschten Transfer und finden sich unter Umständen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht wird größter Wert darauf gelegt, dass im Rahmen der vorangehenden Hilfeplanung für Auslandsmaßnahmen eine seelische Behinderung nach § 35a SGB VIII mit entsprechender psychiatrisch-psychotherapeutischer Kompetenz ausgeschlossen wird. Als Verlegenheitslösung für psychisch kranke und gewalttätige Jugendliche eignen sich Auslandsmaßnahmen keinesfalls, wie auch die 2005 in Griechenland durch einen deutschen Jugendlichen ausgeführte Tötung an seinem Betreuer deutlich gemacht hat. Wer gibt uns das Recht, unsere europäischen Nachbarn mit Jugendlichen zu konfrontieren, mit denen wir in unserem differenzierten Hilfesystem selbst nicht fertig werden?

1.1.1 Sonderfall Maßregelvollzug für Jugendliche

Sofern eine psychiatrische Erkrankung maßgeblich für die Straftat eines Jugendlichen ist, kann dieser – ebenso wie erwachsene psychisch kranke Straftäter – im Maßregelvollzug untergebracht werden. Voraussetzung ist eine Verurteilung nach § 63 des Strafgesetzbuches (StGB), die drohende Gefahr weiterer Straftaten und die Wahrung der Verhältnismäßigkeit der Anwendung dieser sehr einschneidenden Verurteilungsfolge [29]. Dieser Thematik widmen sich mehrere Beiträge dieses Buches.

Gerade psychisch kranken Straftätern im Jugendalter droht das Herausfallen aus dem sozialen Netz im Moment der Entwicklung schulischer, beruflicher und sozialer Reifen. Diese Jugendlichen dürfen nicht in ungeeigneten Institutionen hospitalisieren während die zugrunde liegende psychische Störung chronifiziert. Ebenso wenig dürfen sie unbegründet und lebenslang im Maßregelvollzug der Erwachsenenpsychiatrie verschwinden, auch wenn die aktuellen Prognoseinstrumente den frühen Beginn von Delinquenz bei psychisch kranken Jugendlichen mit ungünstigen Zukunftsaussichten eng verbinden. Im Gegenteil: Wenn alle anderen Möglichkeiten keine hinreichende Hilfestellung darstellen oder gar scheitern, kann ein fachgerecht konzipierter, zeitlich begrenzter Maßregelvollzug den Jugendlichen eine gute Chance auf gesellschaftliche Wiedereingliederung bieten.

Einrichtungen zur Durchführung des Maßregelvollzuges bei Jugendlichen sind daher aufgrund ihres Auftrages der Besserung und Sicherung in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie anzusiedeln. Besserung kann hierbei mit Therapie übersetzt werden, die in altersgemäßer Form unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie durchgeführt werden muss. In Deutschland sind derartige Einrichtungen allerdings noch nicht flächendeckend vorhanden. Deshalb müssen gesetzliche Regelungen und Planungen für den Maßregelvollzug bei Jugendlichen in allen Bun-

desländern in eine anwendbare Versorgungsstruktur münden [26]. Eine Trennung der Jugendlichen mit Verurteilung nach den Vorgaben des Jugendgerichtsgesetzes (JGG) von Erwachsenen im Maßregelvollzug ist dabei im Einklang mit der Rechtsprechung strikt zu fordern.

1.1.2 Sonderfall der nachträglichen Sicherungsverwahrung

Die im Laufe des Jahres 2007 auf den Weg gebrachten Gesetzesentwürfe zur nachträglichen Sicherungsverwahrung bei Jugendlichen haben die Sicherheit der Bevölkerung in Fällen von Verbrechen gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit und weitere schwerste Delikte im Auge. Diese nachträgliche Sicherungsverwahrung soll durch eine Ergänzung des § 7 Jugendgerichtsgesetzes (JGG) bewerkstelligt werden und auch bei Verurteilung nach Jugendstrafrecht Anwendung finden können. Hierzu werden von kinder- und jugendpsychiatrischer Seite prinzipielle Bedenken vorgetragen, die vor allem eine unzureichende Entwicklungsorientierung anführen und darauf hinweisen, dass die im Gesetzesentwurf genannten Anlasstaten nicht in erheblichem Maß prognoserelevant seien [5]. Ein nennenswerter Bedarf bei Jugendlichen wird ebenfalls bezweifelt. Grundsätzlich muss hier eine Schlechterstellung von Jugendlichen gegenüber Erwachsenen verhindert werden. Die weitere Entwicklung dieses Gesetzesvorhabens bleibt abzuwarten.

1.2 Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts und Auswirkungen auf die Gesetzgebung

Psychische Erkrankung, vorübergehende und persistierende Delinquenz im Jugendalter sind immer auf dem Hintergrund einer sich bis zum 24. Lebensjahr hinziehenden biologischen Reifung und Entwicklung zu sehen [5]. Daher lohnt ein Blick auf die gesetzgeberischen Bestrebungen, die seit 2006 eine Berücksichtigung der Reifung im Jugendalter und eine Bekräftigung des Erziehungsgedankens anstreben. Gesetzesentwürfe des Bundes und Gesetzesänderungen der Länder aus dem Jahr 2007 betreffen das Jugendstrafvollzugsgesetz und den Rechtsschutz inhaftierter Jugendlicher.

Mit Wirkung zum 1. August 2007 hat Baden-Württemberg als erstes Bundesland die vom Bundesverfassungsgericht am 31. Mai 2006 geforderten Veränderungen auf Länderebene umgesetzt und ein neues Jugendstrafvollzugsgesetz in Kraft gesetzt. Die Durchführung dieses Gesetzgebungsverfahrens war nach der Föderalismusreform vom September 2006 zur Sache der Länder geworden. Im Wesentlichen bestand die Aufforderung des Bundesverfassungsgerichts darin, Rechtswegregelungen für den Jugendstrafvollzug zu schaffen, die der besonderen Situation Strafgefangener im Jugendalter Rechnung tragen. Sehr zu begrüßen ist, dass schulische Bildung und berufliche Förderung nun gesetzlich verbrieft sind, hierbei war die Umsetzung der Kinder-

rechtskonvention der Vereinten Nationen [4] mit ihren Vorgaben zum Recht auf Bildung ein wesentlicher Leitgedanke. Dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil Schulabschlüsse und berufliche Fertigkeiten eine Reintegration von jugendlichen Strafgefangenen maßgeblich begünstigen können.

Ebenso wurde das Recht von Jugendlichen auf Trennung von den Erwachsenen im Strafvollzug festgeschrieben, Jugendstrafvollzug findet in einer gesonderten Haftanstalt statt. Mädchen können in Baden-Württemberg allerdings auch gemeinsam mit erwachsenen weiblichen Gefangenen in abgetrennten Abteilungen der Vollzugsanstalten untergebracht werden.

Es bleibt zu hoffen, dass sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Landesgesetzen, zum Jugendstrafvollzug in Grenzen halten. Eine Regelung zum Maßregelvollzug bei Jugendlichen in allen Bundesländern ist dagegen noch nicht in Sicht.

Für das Jugendgerichtsgesetz (JGG) sind im Jahr 2007 vom Bundeskabinett Gesetzesentwürfe auf den Weg gebracht worden, die eine jugendgerechtere Ausgestaltung des Rechtsschutzes im Jugendstrafvollzug gewährleisten sollen (auch nach der Föderalismusreform liegt die Zuständigkeit für den gerichtlichen Rechtsschutz beim Bund). Hierbei steht eine einfachere Kommunikation zwischen inhaftierten Jugendlichen und den im günstigsten Fall nahe gelegenen Jugendkammern im Vordergrund.

1.3 KiGGS: Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ernst nehmen

Neue Studienergebnisse zu psychischen Erkrankungen im Kindesalter und delinquenter Entwicklung sowie jüngere Ansätze zur frühzeitigen Intervention sind eindeutig vom grundsätzlichen Willen zur interdisziplinären Zusammenarbeit bestimmt – sie werden hier im Überblick dargestellt.

Als wesentliches Ergebnis des im Mai 2007 veröffentlichten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zur Kindergesundheit in Deutschland (siehe Info-Box) lässt sich festhalten, dass psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in ernst zu nehmender Häufigkeit festzustellen sind [16]. Psychische Störungen im Jugendalter sind demnach in ihrer Bedeutung mindestens ebenso bedeutsam wie Neuerkrankungen im Erwachsenenalter, vielfach böte sich auch die Chance einer frühen Diagnostik und Intervention. Allerdings ist ein erheblicher Mangel an therapeutischen Möglichkeiten zu konstatieren.

Ergebnisse KiGGS im Überblick:

In dieser repräsentativen Studie wurden Daten zur psychischen Gesundheit von 14.478 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erhoben.

Wesentliche Befunde:

23,2% der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigten Hinweise auf psychische Probleme. Kinder mit Migrationshintergrund sind dabei häufiger betroffen.

Als verhaltensauffällig oder grenzwertig verhaltensauffällig müssen gelten:

- 11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen.
- Verhaltensprobleme: Mädchen: 11,9%, Jungen 17,6%.
- Emotionale Probleme: Mädchen 9,7%, Jungen 8,6%.
- Hyperaktivitätsprobleme: Mädchen: 4,8%, Jungen: 10,8%.
- Ungünstiges Familienklima und niedriger sozioökonomischer Status gelten in der parallel durchgeführten BELLA-Studie als eindeutige Risikofaktoren für die Entstehung einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter. Bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Risikofaktoren nehmen Hinweise auf psychische Auffälligkeit zu.

Diese Aussage stützt sich auf eine umfangreiche Datenbasis und bezieht sich auf ein breites kinder- und jugendpsychiatrisches Spektrum von Störungen. Wenn es um Delinquenz als Folge psychischer Erkrankungen geht, werden Aussagen von Schmidt aus dem Jahr 2004 besonders hinsichtlich der Entwicklung von hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens gestützt [25]: Ein früher Beginn der Symptomatik ist als eindeutiger Risikofaktor für Delinquenz, Substanzmissbrauch und weitere psychische Erkrankung anzusehen. Wie Ziegler und Rösler gezeigt haben, ist dieses Störungsspektrum auch retrospektiv bei einem erheblichen Anteil einer erwachsenen Gefängnispopulation nachzuweisen [20, 31].

1.4 Risikofaktor Armut

Spätestens mit der ebenfalls aus der KiGGS-Studie abzuleitenden Aussage, dass das Risiko der Entwicklung psychischer Erkrankung vor allem für Kinder und Jugendliche aus Familien in Armut erhöht ist, wird deutlich, dass es nicht allein um kinderärztliche Früherkennung und rechtzeitiges kinder- und jugendpsychiatrisches Handeln gehen kann. Breit angelegtes gesellschaftliches Handeln ist erforderlich, um die ursächlichen Faktoren wirksam anzugehen.

1.5 Psychische Störungen bleiben häufig unerkannt

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die zu Haftstrafen verurteilt werden, bleiben psychiatrische Störungen häufig unerkannt. Armut und ungünstiges Familienklima als Risikofaktoren für deren Entstehung werden wohl

eher selten als besonders auffällige Elemente der Vorgeschichte von jungen Straftätern wahrgenommen. Da manifeste oder sich entwickelnde psychische Störungen nicht häufig genug in Betracht gezogen werden, ist auch die Quote jugendpsychiatrischer Gutachten bei Jugendlichen im Strafverfahren eher gering.

In einer 2001 publizierten Studie fanden Rösler et al. bei Insassen von Gefängnissen, bzw. forensisch-psychiatrischen Kliniken bei Drogendeliktanten in 29 % unbehandelte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), bei Sexualstraftätern war eine ADHS ohne Vorbehandlung in 31 % nachzuweisen, bei Raub in 35 % der untersuchten Fälle [2]. Dementsprechend sieht Rösler die Früherkennung und Behandlung einer ADHS als wesentliche Strategie zur Prävention von Jugendkriminalität an.

Auch Schmidt et al. gehen davon aus, dass bei vorhandener psychischer Störung, insbesondere aus dem ADHS-Spektrum, die Wahrscheinlichkeit für zukünftige kriminelle Handlungen steigt [20]. Allerdings muss noch besser definiert werden, auf welche Zahlenbasis sich derartige Aussagen evidenzbasiert gründen lassen. Die bestehende Unsicherheit wird durch die Beobachtungen zur kriminologischen Dunkelfeldforschung verdeutlicht [30]:

„Legt man die Angaben selbst berichteter Delinquenz zugrunde, so ergibt sich ein deutlich höheres Risiko fortgesetzter Delinquenz, als dies auf der Basis von Hellfelddelikten zu erwarten wäre, während episodische, auf das Jugendalter beschränkte Delinquenzverläufe bei Berücksichtigung von Dunkelfelddelikten deutlich weniger häufig vorkommen“ [24].

Hinsichtlich der Entwicklung von antisozialen Persönlichkeitsstörungen weist Vloet daraufhin, dass insbesondere Kinder mit früh auftretender Symptomatik („Early-starter“-Typus) dazu neigen, als Erwachsene eine antisoziale Persönlichkeitsstörung auszubilden [28]. Als Ursachen gelten unter anderem genetische Dispositionen, sowie neuropsychologische und neuroanatomische Auffälligkeiten. Weitere Risikokonstellationen sind ein niedriger sozioökonomischer Status und geringe elterliche Aufsicht, sie erscheinen damit zunächst ebenso wenig spezifisch wie Merkmale des elterlichen Erziehungsstils: Unangemessene Regelvorgaben für die Kinder und mangelnde Konsequenz der Eltern erhöhen das Risiko der Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung zusätzlich.

1.6 Ebenen der Prävention

Welche präventiven Maßnahmen lassen sich in frühen Altersstufen auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz – und folglich auch mit hinreichender Begründung für den entsprechenden Kostenaufwand – implementieren? Sinnvolle Interventionen bei psychisch auffälligen und prädelinquenten Jugendlichen erfordern – bezogen auf die jeweilige Altersstufe – unterschiedliche

Ansatzpunkte und Strategien. Es kann dabei nicht als selbstverständlich angesehen werden, dass eine frühe Diagnosestellung in jedem Fall sinnvoll ist. Auf die Kritik an den Frühinterventionsprogrammen zur Schizophrenie sei an dieser Stelle verwiesen.

1.6.1 Primärprävention

Primärprävention bedeutet im hier angesprochenen Kontext, dass ohne spezifische Hinweise auf eine Risikokonstellation eine als wirksam angesehene Vorsorge wegen befürchteter späterer psychischer Störung und delinquenter Entwicklung geplant, finanziert und eingeleitet wird. Angesichts der bereits seit Jahren bekannten Bedeutung früher, noch unspezifischer Hinweise in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (siehe Info-Box) kann es nicht verwundern, dass die Ergebnisse des im Mai 2007 veröffentlichten Kinder- und Jugendgesundheits surveys („KiGGS-Studie“) erneut zum Anlass genommen werden, die nachhaltige Integration von Familien in Screeningprogramme beim Kinderarzt zu fordern.

Die Begründung, Bevölkerungsgruppen zu aktivieren, die den angebotenen Vorsorgemöglichkeiten ohne Initiative begegnen, ist dabei aus früheren Studien bereits abzuleiten: Psychiatrische Diagnosen ließen sich in der prospektiv angelegten Great Smokey Mountains Studie immerhin bei 17,9 Prozent der Kinder, die keine Fachdienste in Anspruch genommen hatten, stellen [25]. Derzeit ist unklar, ob diese Gruppen eher über ein elaboriertes Meldewesen oder den Ausbau beispielhafter und freiwilliger Initiativen [8] erreicht werden können.

Zu erwähnen sind auch Programme, die auf den Aufbau sozialer Kompetenz im schulischen Kontext hinarbeiten und hierbei gute Erfolge vorweisen können [27]. Als Nachteil primärer Präventionsprogramme muss angesehen werden, dass sie nach dem Gießkannenprinzip alle erreichen müssen und daher häufig unspezifisch und sehr teuer sind.

„Im Rahmen der prospektiven *KiGGS-Studie* konnten 321 Probanden bis zum Alter von 25 Jahren längsschnittlich untersucht werden. Die Ergebnisse zeigen, dass nahezu jeder der in Frage stehenden individuals- und umweltbezogenen Belastungsfaktoren – für sich genommen – mit einem höheren Risiko für Delinquenz assoziiert ist. Bei chronologischer Betrachtung sämtlicher Prädiktorvariablen konzentriert sich die Vorhersage jugendlicher Delinquenz auf umschriebene Entwicklungsstörungen und bis zum Alter von 13 Jahren fortgesetzt widrige familiäre Bedingungen.

Auf fortgesetzt delinquentes Verhalten weist im Alter von acht Jahren zunächst die Diagnose einer dissozialen oder hyperkinetischen Störung hin; im Jugendalter diagnostizierte Entwicklungsverzögerungen in Verbindung mit widrigen familiären Bedingungen erhöhen das Risiko für fortgesetzte Delinquenz darüber hinaus signifikant“ [12]

1.6.2 Sekundärprävention

Kinder und Jugendliche mit Hyperkinetischem Syndrom bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom sind im Laufe ihrer psychischen Störung mit einem erhöhten Risiko delinquenter Entwicklung behaftet [25]. Als wirksame Therapie wird eine Kombinationsbehandlung von Medikation, begleitenden Maßnahmen (Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz KJHG, schulische Interventionen) und Psychotherapie angesehen. Im August 2007 vorgelegte Ergebnisse aus der in Nordamerika durchgeführten MTA-Studie (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, National Institute of Mental Health, NIMH) weisen allerdings auf eine ernüchternd deutliche Zweiteilung der behandelten Population hin: Einerseits werden unter Behandlung bei Jungen mit weniger ausgeprägter Symptomatik sowie bei Mädchen positive Effekte gesehen, andererseits müssen optimistische Aussagen, wie sie nach einem 24-monatigen follow-up formuliert wurden, revidiert werden.

„It is interesting that both medication and educational services for 24 to 36 months were markers for poor outcome at 36 months, suggesting that those who are doing poorly get more treatment yet still do not do as well as those for whom treatment is not considered essential. The converse, of course, is that many patients are eventually able to stop treatment and continue doing well [5].

Jungen, die öffentliche Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen – was hier als Hinweis auf ungünstige materielle Verhältnisse und erhöhten Hilfebedarf verstanden werden soll – haben innerhalb der MTA-Population die schlechteste Prognose hinsichtlich der Besserung der Störung selbst unter intensiver Therapie, womit auch Delinquenz in der Folge weiterhin droht [9]. Demnach könnten Vertreter der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiater zu der gleichen Einschätzung kommen, dass diese Hochrisikopatienten als Gruppe mit dem vorhandenen Instrumentarium nicht in ausreichendem Maß im Sinne einer verbesserten Prognose beeinflusst werden können.

Im Einzelfall – und unter Beibehaltung eines multimodalen Behandlungssettings zusätzlich zur Medikation – erweisen sich Psychostimulanzien als ganz wesentliche Therapiekomponente mit direkter Auswirkung auf die Prognose von Jugendlichen. Dies gilt besonders, wenn sie im Rahmen ihrer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ein hohes Maß an Impulsivität zeigen: Unüberlegtes Handeln in der peer group und am Arbeitsplatz sowie riskantes Verhalten im Straßenverkehr als Führerscheinanfänger haben teilweise fatale Folgen! Anzustreben ist die geregelte Möglichkeit auf der Grundlage sorgfältiger Prüfung und Diagnosestellung auch bei Heranwachsenden und im Erwachsenenalter eine Weiterbehandlung mit Psychostimulanzien durchführen zu können.

Auf diesem Hintergrund erscheint es umso bedeutsamer, dass unter verhaltenstherapeutischer Behandlung im ersten Zeitraum der MTA-Studie

(24 Monate) eine deutliche Verringerung des Drogenkonsums im Selbstbericht zu verzeichnen war [14].

Auch die Ulmer Heimkinderstudie [23] hat genau die Hochrisikogruppe im Blick, die trotz interdisziplinärer Kooperation die ungünstigste Langzeitprognose hat. Unterschiedliche Sichtweisen zwischen Vertretern der Jugendhilfe und den kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlern führen zu einer Unterversorgung dieser Kinder und Jugendlichen. Zukünftige Anstrengungen sollen diesem Mangel abhelfen: Das parallele „Pädzi-Projekt“ [6], welches Zielerreichung als modernes Instrument einer evaluierbaren Jugendhilfemaßnahme im Visier hat, könnte sich als gute Verständigungsbasis zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe erweisen.

1.6.3 Tertiärprävention

Im vorliegenden Buch berichten mehrere Autoren über ihre praktische Arbeit mit psychisch kranken Straftätern im Jugendalter und über Konzepte, die ihrer Arbeit zugrunde liegen. Die Behandlung psychisch kranker Jugendlicher in der Jugendstrafanstalt und der Auftrag zur Besserung und Sicherung an den Kinder- und Jugendpsychiater im Rahmen einer Unterbringung im Maßregelvollzug erfordern die Gestaltung therapeutischer Arbeit mit einer kleinen, hochrisikobehafteten Gruppe von Straftätern. Im Maßregelvollzug handelt es sich dabei meist um männliche Jugendliche, für die sich im besten Fall eine Chance der Rehabilitation – therapeutisch, schulisch, beruflich und sozial – eröffnet.

Hierbei sind im Maßregelvollzug dem Lebensalter angemessene, sorgfältig geplante und auf hohem fachlichem Niveau durchgeführte Behandlungen zu fordern. Standards, die über Landesgrenzen hinweg gleichen fachlichen Grundregeln folgen, sollen dabei eine verlässliche Basis darstellen. Es ist augenfällig, dass föderale Strukturen das Entstehen gemeinsamer Planungen und Strukturen der Versorgung eher behindern als fördern. Für die Betroffenen kann dies zu Irrfahrten durch Justiz, Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie über Ländergrenzen hinweg führen. Dass der Versorgungsbedarf für psychisch kranke Straftäter im Jugendalter eindeutig besteht, lässt sich an den Anfragen in den bestehenden Einrichtungen aus benachbarten Bundesländern ablesen. Haben nicht auch diese Jugendlichen ein Anrecht auf möglichst gemeinde-nahe Versorgung?

1.7 Schlussbemerkung: Wohin mit psychisch kranken Straftätern?

Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter benötigen spezifische Institutionen und Konzepte der Hilfe, keine Verlegenheitslösungen. Unzureichende, unzureichende, unzureichende oder ausbleibende Hilfen für diesen Personenkreis lassen sich nicht nur mit suboptimaler Hilfeplanung vor Ort oder gänzlich fehlenden lokalen Netzwerken begründen. Zu Recht mahnt Schepker [22] an, dass diese Jugendlichen in