

Vorwort zum ersten Band

Im Band 1 der vorliegenden Publikation werden zunächst die Rahmenbedingungen der Psychotherapie im deutschen Maßregelvollzug sowie die rechtlichen und strukturellen Bedingungen der Behandlung psychisch kranker Straftäter im deutschen Maßregelvollzug gemäß §§ 63 und 64 StGB im Hinblick auf den Aspekt der „Besserung und Sicherung“ thematisiert. Im Anschluss erfolgt die Darstellung wichtiger Aspekte der Behandlung psychisch kranker Straftäter in Bezug auf die Erkenntnisse aus der Straftäterbehandlung, auf die psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie und auf den Zusammenhang von psychischer Erkrankung und Gewaltdelinquenz.

Grundlage für die Behandlungsplanung bei psychisch kranken Straftätern ist ein individuelles Delinquenzmodell, welches die für die betreffende Person bedeutsamen chronisch-dynamischen und akut-dynamischen Risikofaktoren berücksichtigt. Dabei spielen neben psychotischen Akutsymptomen oft auch solche dynamischen Risikofaktoren eine besondere Rolle, die bei Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und Drogenmissbrauch gleichermaßen das Delinquenzrisiko erhöhen. Insbesondere gehören dazu Persönlichkeitsmerkmale, Einstellungen, Bedürfnisse und Defizite, welche individuelle Vulnerabilitäten erhöhen, die Bewältigung von Risikosituationen beeinträchtigen und es darüber hinaus dem Individuum erschweren, nachhaltig soziale Unterstützung zu erlangen, also stützende soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, einen Arbeitsplatz zu finden und zu halten oder rechtzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. So scheinen die mit psychischen Störungen einhergehenden Einschränkungen von Emotionalität, Empathiefähigkeit, Realitätsprüfung, Affekt- und Impulskontrolle sowie sozialer Adaptions-, Lern- und Urteilsfähigkeit das Bindeglied zwischen diesen Störungen und sozial deviantem Verhalten darzustellen (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 5). Aber auch bei Straftätern zeigen Studien klare Zusammenhänge zwischen Defiziten in den genannten Bereichen und Gewaltdelinquenz (McGuire, 2008).

Den Abschluss des theoretischen Teils bildet ein Überblick über Therapieprogramme zur Behandlung sozialer und emotionaler Defizite, darunter Selbstsicherheitstrainings, lerntheoretisch fundierte soziale Trainings, Trainingsprogramme speziell für schizophrene Patienten oder für Straftäter, verschiedene Trainings emotionaler Kompetenzen sowie Programme zur Verbesserung interpersonaler Problemlösefertigkeiten.

Der Band 2 stellt das im Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin entwickelte Soziale und emotionale Kompetenztraining „SEKT im Maßregelvollzug“ dar. Im Anschluss an die Vorstellung des Trainingskonzepts werden wichtige Aspekte der Durchführung des SEKT und die Trainingsinhalte der 15 Programmmodule erläutert.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Tanja Friedenstab

1 Rahmenbedingungen der Psychotherapie im deutschen Maßregelvollzug

1.1 Rechtliche und strukturelle Bedingungen

Im deutschen Maßregelvollzug gemäß der §§ 63 und 64 StGB werden psychisch kranke Straftäter behandelt, die im Zustand der erheblich verminderten (§ 21 StGB) oder der aufgehobenen (§ 20 StGB) Schuldfähigkeit gravierende Rechtsbrüche begangen haben und bei denen auch weiterhin von einer erheblichen Gefährlichkeit auszugehen ist. Die in diesem Falle erfolgende Anordnung einer „Maßregel der Besserung und Sicherung“ nach § 63 StGB (Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus) oder § 64 StGB (Einweisung in eine Entziehungsanstalt) ist eine freiheitsentziehende Maßnahme, die als „Rechtsfolge“ (Dölling, 2007, S. 220) des begangenen Delikts betrachtet wird. Diese rechtliche Sonderstellung, aber auch strukturelle Faktoren führen zu besonderen Rahmenbedingungen für die Therapie psychisch kranker Straftäter im psychiatrischen Krankenhaus des Maßregelvollzugs, die gravierende Auswirkungen auf Ziele, Konzepte und Ausgestaltung der Behandlung haben. Im ersten Kapitel werden kurz einige wichtige Besonderheiten dargestellt.

1.1.1 „Besserung und Sicherung“

Der Maßregelvollzug nach § 63 StGB erfüllt sowohl Aufgaben einer Justizvollzugsanstalt als auch die eines psychiatrischen Krankenhauses. Entsprechend trägt er das „Doppelmandat“ (Stolpmann, 2010, S. 30) der „Besserung und Sicherung“.¹ Dabei hat für die „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ aus rechtlicher Sicht – trotz der

¹ Von „Besserung und Sicherung“ war bereits von 1913 bis 1930 in den verschiedenen Entwürfen für die geplante Änderung des Strafgesetzbuchs die Rede, welche dann in das 1934 in Kraft getretene „Gewohnheitsverbrechergesetz“ („Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ [GewVbrG] vom 24. November 1933) mündeten. Das GewVbrG selbst kehrte dann die Priorität der Zweckbestimmung um und stellte Sicherung vor Besserung (Kammeier, 1996). Auch wenn im Zuge der Strafrechtsreform 1975 die Reihenfolge der beiden Begriffe „Sicherung“ und „Besserung“ im bundesdeutschen StGB (wieder) geändert wurde, kommt Kammeier zu dem Schluss, dass das Maßregelrecht kein „Besserungsrecht“, sondern ein „Sicherungsrecht“ sei, für das „Besserung“ nur im Sinne einer Besserung des Legalverhaltens relevant sei (Kammeier, 1996, S. 260). Die Therapie sei kein Thema des Maßregelrechts, sondern vielmehr des Vollzugs.

abweichenden Reihenfolge in den Abschnittsüberschriften von StGB, StVollGB etc. – die *Sicherungsfunktion* Priorität. Die Anordnung der Unterbringung erfolgt bei der Annahme hinreichender Gefährlichkeit unabhängig von Notwendigkeit und Erfolgsaussichten einer Behandlung (Leygraf, 2006a). Die Zuordnung der Maßregeln zu Strafrecht und Justizvollzug hat Auswirkungen auch auf die Behandlung. So erfolgt nicht nur die Anordnung der Maßregel, sondern auch ihre Beendigung bzw. Aussetzung sowie Lockerungen grundsätzlich durch das Gericht, unterliegen also nicht der vollen Kontrolle des Therapeuten. Zudem ist der Maßregelvollzug durch die bestehenden Sicherheitsanforderungen weitgehend von den weitgespannten Versorgungsnetzen abgekoppelt, in deren Rahmen in der Allgemeinpsychiatrie heute üblicherweise die Behandlung psychisch Kranker stattfindet und innerhalb derer die stationäre Behandlung nur ein (und nicht unbedingt das zentrale) Element ist (Kammeier, 1996). Das beschränkt die Möglichkeiten für eine optimale Behandlung der psychischen Erkrankung eines Maßregelpatienten gemäß entsprechender Richtlinien und Best Practices.

Hinzu kommt der gesetzlich vorgegebene Zweck der Maßregeln nach §§ 63 und 64 StGB, der letztlich in Verbrechensverhütung und Gefahrenabwehr zu sehen ist (Baur, 2010; vgl. auch § 8 PsychKG Berlin). Daraus ergeben sich als das maßgebliche Ziel einer Behandlung neben der Heilung oder Linderung von Leiden vor allem die Reduzierung der Gefährlichkeit der Patienten: Durch seinen Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus soll der Maßregelpatient „geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist“ (§ 136 StVollzG). Es geht also um die Verbesserung der Legalprognose mit dem Ziel der Beendigung des Freiheitsentzuges und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft: Maßregelvollzugskliniken haben „einen umfassenden Resozialisierungs- und Rehabilitationsauftrag (...), der nicht auf die Erbringung medizinischer Behandlungsmaßnahmen im engeren Sinne beschränkt ist“ (Pollähne, 2010, S. 45).

1.1.2 Deinstitutionalisierung, Ökonomisierung, Privatisierung

Möglichkeiten von und Anforderungen an Therapie im deutschen Maßregelvollzug werden auch von strukturellen Bedingungen wie Personalausstattung, Belegung, Verweildauer oder Diagnosenverteilungen erheblich beeinflusst. Letztlich waren es ja auch die strukturellen Bedingungen im Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) Berlin, welche die Entwicklung des Sozialen und emotionalen Kompetenztrainings „SEKT im Maßregelvollzug“ motiviert haben. In diesem Kapitel soll geprüft werden, ob die Verhältnisse in Berlin auch in anderen forensischen Einrichtungen Deutschlands vermutet werden dürfen, inwieweit also das SEKT mit seiner spezifischen Ausrichtung auch außerhalb des KMV Berlin nutzbringend eingesetzt werden könnte.

Die forensische Psychiatrie, so ein aktuelles „Arbeitsbuch“ zum Thema, steht derzeit vor „bislang nie erlebten Herausforderungen: Aufnahmedruck, Gesetzesnovellierungen und eine kritische Öffentlichkeit sorgen für Verschärfungen im Klinikalltag und Verunsicherungen bei den Beschäftigten“ (Hax-Schoppenhorst, 2008, S. 67). Die wesentlichen Entwicklungen im deutschen Maßregelvollzug sind mit den Schlagwör-

tern Deinstitutionalisierung, Ökonomisierung und Privatisierung bezeichnet. Die Folgen werden überwiegend kritisch bewertet. Dennoch ist zunächst festzustellen, dass sich auch die Situation im deutschen Maßregelvollzug im Zuge der Psychiatriereform nach 1975 erheblich verbessert hat, auch wenn sich die entsprechenden Veränderungen (Deinstitutionalisierung, Gemeindeorientierung, Reduzierung von Bettenzahl und Aufenthaltsdauer etc.) auf forensischem Gebiet nur mit großer Verzögerung auswirkten und in den letzten Jahren in einigen Bereichen wieder gegenläufige Bewegungen zu beobachten sind. Vor allem in den 80er und 90er Jahren waren deutliche Verbesserungen vor allem im personellen und baulichen Bereich zu verzeichnen. Dennoch wurde die allgemeine Behandlungsqualität in diesem Bereich wiederholt kritisiert und das Fehlen allgemein anerkannter, empirisch belegter Behandlungsstrategien und Organisationsmodelle beklagt (Müller-Isberner, 1998). Denn lange war im psychiatrischen Maßregelvollzug der Verwahr- und Sicherheitsaspekt dominant, so dass der Aspekt der Besserung bzw. Heilung „quasi nachträglich gegen das natürliche Beharrungsvermögen der Strukturen implementiert“ werden musste. So existiert erst seit kurzer Zeit eine Buchliteratur zu den Eigenheiten der Behandlung im Maßregelvollzug, die sich nicht nur mit einzelnen Behandlungsaspekten und Verfahren beschäftigt (Kröber & Wendt, 2011, S. 108f.)

Im Zuge der zunehmenden Deinstitutionalisierung wurden seit den 90er Jahren in nahezu allen westlichen Ländern Krankenhausbetten drastisch reduziert, während sich gleichzeitig die Zahl forensisch-psychiatrischer Betten mindestens verdoppelte. Stationäre Behandlungen in der Allgemeinpsychiatrie verkürzen sich nicht zuletzt infolge des steigenden Kostendrucks und können so möglicherweise den Versorgungsbedürfnissen einzelner, insbesondere psychotischer Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und/oder komorbidem Substanzmissbrauch, nicht mehr gerecht werden. Diese Entwicklungen könnten erklären, dass mehr Straftaten durch psychisch Kranke beobachtet werden (Steinert & Bergk, 2008). Auch Leygraf (2007a) führt den Anstieg der Unterbringungen insbesondere schizophrener Rechtsbrecher auch auf die Veränderungen bzw. Defizite in den allgemeinen Versorgungsangeboten für psychisch Kranke zurück; Kröber und Wendt sprechen von einer möglichen „Abdrängung in die Forensik“ (Kröber & Wendt, 2011, S. 110). Auch die hohe Prävalenz psychisch Gestörter im regulären Strafvollzug kann im Lichte derselben Entwicklungen gesehen werden. Konrad (2000) nennt hier als wesentliche Einflussfaktoren ebenfalls die Ökonomisierung der Behandlung psychisch Kranker mit dem Abbau stationärer Langzeiteinrichtungen (Enthospitalisierung) und eine zunehmende Verkürzung der Verweildauer in der vollstationären Behandlung, dazu eine unzureichende Entlassungsvorbereitung sowie defizitäre Strukturen für die komplementäre Versorgung in der Gemeinde.

1.1.3 Verweildauer und Belegungssituation

Nachdem in den Jahren 1970 bis 1985 die Zahl der in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB Untergebrachten um etwa 40% zurückgegangen war, setzte durch einen erneuten Anstieg der Verweildauer und durch eine Zunahme der Anordnungsfäl-

le in den 90er Jahren eine Trendumkehr ein. Die Zugänge überstiegen bald die Entlassungen um etwa 50% (Schalast, Seifert & Leygraf, 2007). Inzwischen wächst die Zahl der Maßregelpatienten in Deutschland (wie auch europaweit) seit Jahren kontinuierlich. In den letzten 20 Jahren stieg die Zahl der im früheren Bundesgebiet einschließlich Berlin in psychiatrischen Krankenhäusern nach § 63 StGB untergebrachten Straftäter um über 165% – von 2.489 Patienten im Jahre 1990 auf 6.569 Patienten in 2010 und 6.750 Patienten in 2012 (Stichtag jeweils 31.März).² Ursachen sind steigende Aburteilungszahlen einerseits und längere Verweildauern andererseits. „Noch nie in der Geschichte der (alten Länder der) Bundesrepublik Deutschland wurde bei so vielen Personen strafgerichtlich eine Unterbringung gemäß §§ 63, 64 StGB angeordnet wie in den letzten Jahren. Der bisherige Höchststand war 2004 mit 2.577 (2006: 2.398) Personen erreicht“ (Heinz, 2009, S. 109). In 2010 und 2011 wurde der von Heinz genannte „bisherige Höchststand“ noch weit übertroffen: Für 948 Personen (2010) bzw. 881 Personen (2011) wurde die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und für 2.323 Personen (2010) bzw. 2.427 Personen (2011) die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt angeordnet, zusammen also für 3.271 Personen in 2010 und 3.308 Personen in 2011 (Statistisches Bundesamt, 2011 u. 2012a). Anzumerken ist allerdings die starke Variation der Anordnungshäufigkeit je nach Bundesland: In Berlin und Bremen werden relativ zur Bevölkerung mehr als dreimal so viele Patienten eingewiesen wie in Brandenburg (Bremen: 2,4 Patienten pro Jahr je 100.000 strafmündige Einwohner; Berlin: 2,3 Patienten; Brandenburg: 0,7 Patienten; vgl. Seifert, 2010).

Der Anstieg von Maßregelanordnungen nach § 63 StGB ist wahrscheinlich nicht einfach auf immer gefährlicher werdende psychisch Kranke zurückzuführen, sondern vorwiegend auf die zunehmende Zahl von Einweisungen schizophrener Patienten (Seifert, 2010; s.u. Kapitel 1.2.3). Ob in diesem Zusammenhang bereits von einem „Versagen der Allgemeinpsychiatrie“ gesprochen werden kann, muss mangels Belegen offen bleiben (Seifert, 2010, S. 61). Deutlich ist aber, dass bundesweit auch die durchschnittlichen Unterbringungszeiten im psychiatrischen Maßregelvollzug immer länger werden, während stationäre Behandlungen in der Allgemeinpsychiatrie immer stärker zu kurzen Kriseninterventionen tendieren: Für 2003 nennt Leygraf (2006a, S. 196) eine mittlere allgemeinpsychiatrische Verweildauer von 22,8 Tagen, 2010 betrug die stationäre Verweildauer bei psychischen und Verhaltensstörungen nur noch durchschnittlich 20,3 Tage (Statistisches Bundesamt, 2012b). Im Maßregelvollzug beträgt die Verweildauer dagegen oft mehrere Jahre, wobei die mittlere Verweildauer in den vergangenen Jahren angestiegen ist, wenn auch dabei zwischen den Bundesländern teilweise erhebliche Unterschiede bestehen (Stolpmann, 2010). Die jährlichen Untersuchungen der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden (die leider nur bis 2006 auch Unterbringungsdaten zum psychiatrischen Krankenhaus einbezogen), zeigen für insgesamt 12 deutsche Bundesländer³ einen Anstieg der mittleren Aufenthaltsdauer

² 1990 einschl. Berlin-West, ab 2010 einschl. Gesamt-Berlin (Statistisches Bundesamt, 2013a). Die zitierte Statistik berücksichtigt noch immer keine Daten aus den neuen Bundesländern.

³ Berücksichtigt wurden nur die Bundesländer, die in allen genannten Jahren an der Erhebung der KrimZ teilgenommen haben. Daher fehlen Hessen, Bayern, Hamburg und Thüringen.

der in den jeweiligen Jahren aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten von 5,4 Jahren (Median 4,5) in 2002, 6,1 Jahren (Median 5,5) in 2003, 7,0 Jahren (Median 5,8) in 2004, 6,3 Jahren (Median 5,5) in 2005 und 7,1 Jahren (Median 5,9) in 2006 – der höchste in der Erhebungsreihe des KrimZ gemessene Wert. Der Anteil der Patienten mit einer Unterbringungsdauer von 10 und mehr Jahren stieg dabei von knapp 10% in 2002 auf über 20% in 2006 (Dessecker, 2008). Für das Land Hessen, das in der Erhebung der KrimZ nicht berücksichtigt ist, wird ein Anstieg der Stichtagsverweildauer um 20% von 4,0 Jahren in 1993 auf 4,8 Jahre in 2006 (2000: 4,4 Jahre) berichtet (Müller-Isberner, Jöckel, Neumeyer-Bubel & Imbeck, 2007).

Als Erklärung für die verlängerte Unterbringungsdauer werden schwerere Störungen der Patienten, aber auch eine restriktivere Entlassungspolitik und erhöhte Anforderungen an die Legalprognosen aufgrund gesetzlicher Veränderungen diskutiert (Stolpmann, 2010). Auch Leygraf (2006a) sieht die Verlängerung der Verweildauer vor allem der restriktiveren Entlassungspraxis im Rahmen des aktuellen kriminalpolitischen Klimas geschuldet – die gerichtlichen Entlassungsentscheidungen sind ab Mitte der 90er Jahre innerhalb von 10 Jahren um die Hälfte gesunken. Aber auch die Überbelegung vieler Einrichtungen dürfte Behandlungsverläufe negativ beeinflusst haben (Leygraf, 2006a).

Diese Entwicklung – steigende Zahlen bei Neueinweisungen und längere Verweildauer – führte zwangsläufig zu erheblichen Kapazitätsproblemen im Bereich der forensisch-psychiatrischen Versorgung (Schalast, Seifert & Leygraf, 2007). In der Tat herrscht im Maßregelvollzug inzwischen schon seit vielen Jahren – wenn auch mit zum Teil großen regionalen Unterschieden – eine deutlich angespannte Belegungssituation (Dessecker, 2005), zumal ja selbst überbelegte Maßregelvollzugseinrichtungen in jedem Fall aufnahmepflichtig sind (Volckart, 2004). Wie schon angedeutet, kann dies zu einer verhängnisvollen Wechselwirkung zwischen Belegungssituation und Verweildauer führen: Nach Kröber und Lau (2010) gefährdet die in den letzten Jahren durch die steigenden Einweisungszahlen herbeigeführte starke Überbelegung im Maßregelvollzug ihrerseits die Behandlungsprogramme und die Therapieakzeptanz durch die Patienten.

1.1.4 Ärzte- / Therapeutenmangel im deutschen Maßregelvollzug

Im Nachgang der Psychiatrie-Enquete („Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“) von 1975 begannen Maßregelvollzugseinrichtungen mit gezielten Behandlungsstrategien für unterschiedliche Patientengruppen zu experimentieren. Aus der zunehmenden Differenzierung des Vorgehens ergaben sich spezifische Erfordernisse für eine Erfolg versprechende Maßregelbehandlung. Insbesondere machen die Spezifität der Klientel und die Schwere bzw. Komplexität der zu behandelnden Störungen einen hohen Personalaufwand nötig. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass aufgrund des Ärztemangels in den vergangenen Jahren dieser Personalbedarf nicht in allen Regionen bzw. Einrichtungen ausreichend gedeckt werden kann bzw. konnte (Yamanaka, 2008, S. 22).

Im Jahre 2006 verglichen Köhler und Kallert (2009) die forensisch-psychiatrischen Versorgungsstrukturen der alten und neuen Bundesländer (ABL, NBL). Die Ergebnisse wiesen besonders in den neuen Bundesländern, wie schon Mitte der neunziger Jahre, zwar auf einen Ärztemangel hin (ABL: 3% unbesetzte Ärztstellen, NBL: nahezu 20% unbesetzte Stellen). Im Vergleich zu den alten Bundesländern stünden hier jedoch mittlerweile deutlich mehr Psychologen pro Patient zur Verfügung. Köhler und Kallert (2009) lehnen aufgrund ihrer Daten von 2006 die pauschale Rede von einem Personalmangel im Maßregelvollzug ab.

Für den Berliner Maßregelvollzug lässt sich indes das Gegenteil belegen (s. Band 2, Einleitung). Hier sind aufgrund des eklatanten Fachärztemangels nur zögerlich einige (und nicht alle) bisher frei gebliebene Arztstellen in Psychologenstellen umgewandelt worden. Außerdem kann aus eigener Erfahrung gesagt werden, dass ein von der Klinikleitung festgelegter offiziell zu besetzender „Personalschlüssel“ nur wenig mit den tatsächlichen Besetzungsmöglichkeiten vor Ort auf den Stationen zu tun hat. Trotz über längere Zeit nicht besetzter Arztstellen, Urlaub, Krankheitsausfall und Arbeitszeitverkürzungstagen (AZK-Tage) muss der ärztliche Schichtdienst (AvD) rund um die Uhr gewährleistet werden. Dies führt dazu, dass wenige Ärzte viele Nachtdienste ableisten müssen und damit für den normalen stationären Therapieablauf nicht im erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen. In der Folge bleiben Behandlungspläne liegen, die Behandlung am Patienten selbst kommt zu kurz.

Eine angespannte Personalsituation hat ohne Zweifel Auswirkungen auf die therapeutischen Möglichkeiten, die vor Ort zur Verfügung stehen. Das fängt an bei der Frage, ob der zuständige Therapeut (der zusätzlich auch wachsenden Dokumentationspflichten gerecht werden muss) genügend Zeit für Einzelgespräche mit den Patienten hat – und ob er für Einzelpsychotherapie auch ausreichend qualifiziert ist. Zudem muss zumindest für den Berliner Maßregelvollzug konstatiert werden, dass immer wieder therapeutisch relevante Entscheidungen (vor allem Verlegungen) durch strukturelle und organisatorische Zwänge beeinflusst werden, die einem ernsthaften therapeutischen Bestreben und professionellem Handeln oft diametral entgegenstehen.

Schon 1995 hatte Dahle darauf hingewiesen, dass ein hoher Belegungsdruck die Entwicklung einer therapeutisch orientierten Arbeit vor Ort mitunter erheblich behindert (Dahle, 1995a). Neben der akuten Unterversorgung bei der psychotherapeutischen Arbeit am Patienten hat eine zu dünne Personaldecke im akademisch-therapeutischen Bereich auch langfristige Auswirkungen durch eine verzögerte konzeptuelle Entwicklung der Arbeit vor Ort.

1.2 Besondere Patientenklientel

Neben Kapazitätsproblemen sowie den zunehmenden Patientenzahlen in den letzten Jahren stellt auch die besondere Patientenklientel in Maßregelvollzugseinrichtungen im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie spezielle Herausforderungen an die Behandlung. Die diagnostische Zusammensetzung der im Maßregelvollzug (gem. § 63 StGB) untergebrachten Patienten weist gegenüber der durchschnittlichen Klientel der Allge-

meinspsychiatrie erhebliche Unterschiede auf. Diese Klientel ist durch kompliziertere Störungen, gravierende Unterbringungsdelikte und eine erhebliche strafrechtliche Vorbelastung gekennzeichnet. Die Therapie im Maßregelvollzug wird erschwert durch die Komplexität der vorgefundenen multiplen Symptombildungen und die Schwere der angenommenen Grundstörungen (Dahle, 2003a). Gerade die häufige Kombination von psychischen Erkrankungen (Achse I im DSM-IV) mit Persönlichkeitsstörungen (Achse II im DSM-IV) und oft langjähriger, lebensgeschichtlich verfestigter dissozialer Entwicklung bzw. Aggressionsproblematik bringt besondere Behandlungsanforderungen mit sich, die allgemein-psychiatrische Abteilungen sowohl fachlich als auch organisatorisch kaum erfüllen können (Leygraf, 2006a).

1.2.1 Schwere Diagnosen und Komorbidität

Nach Schalast, Seifert und Leygraf (2007) lassen sich für die Population des Maßregelvollzuges zwei Hauptgruppen unterscheiden: Die erste, kleinere Gruppe besteht vornehmlich aus akutkranken Patienten, die zumeist an einer Psychose leiden, geringere Sozialisationsdefizite zeigen und relativ günstige Entlassungsaussichten haben. Die größere Gruppe bilden vor allem Sexualstraftäter und Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit schweren Entwicklungsstörungen und schlechten Entlassungsaussichten. Aber auch chronisch schizophrene Patienten, die oft (wie auch am Berliner Krankenhaus des Maßregelvollzuges) zu den zahlenmäßig stärksten Patientengruppen gehören, haben schlechte Entlassungsaussichten: Leygraf (1988) fand in seiner bundesweiten Studie überdurchschnittliche Verweildauern bei schizophrenen Patienten ($M = 7,7$ Jahre), obwohl die psychotische Erkrankung mittlerweile dank verbesserter Behandlungsmöglichkeiten auch bei Straftätern einer therapeutischen Beeinflussung gut zugänglich ist. Leygraf vermutete damals, dass die langen Unterbringungszeiten schizophrener Patienten weniger auf ihre reale Gefährlichkeit oder tatsächliche Behandlungsprobleme als auf hartnäckige Vorurteile über die „Gemeingefährlichkeit“ und „Unheilbarkeit“ schizophrener Patienten zurückzuführen sei, und warnte vor der Gefahr von Hospitalisierungsschäden gerade bei dieser Patientengruppe, die ihrerseits wiederum zu einer Verlängerung der Unterbringung Anlass geben würden (Leygraf, 1988, S. 180).

Hinsichtlich der Diagnose- und Deliktverteilung sowie der durchschnittlichen Unterbringungsdauer bei Patienten im Maßregelvollzug bestehen deutliche regionale Unterschiede. Wichtigste Quelle ist noch immer die bundesweite Erhebung von Leygraf 1988 (neuere Daten in vergleichbarem Umfang zu Klientel und Behandlung im Maßregelvollzug liegen leider bis heute nicht vor). Basisdaten zur MRV-Klientel finden sich daneben unter anderem in Jöckel und Müller-Isberner (1994) und Müller-Isberner, Jöckel, Neumeyer-Bubel und Imbeck (2007) mit Daten aus Hessen. Müller-Isberner und Eucker (2009, S. 32) halten die aus Hessen stammenden Basisdaten mit Stichtag 01.01.2006 für „im Wesentlichen repräsentativ“. Danach fanden sich bei 47,6% der Patienten funktionelle Störungen (Leygraf: 40%; dabei 37,9% schizophrene Störungen). Auch für Kröber und Wendt (2011) stellen Patienten mit einer schi-

zophrenen Erkrankung mit über 45% der Untergebrachten die größte diagnostisch homogene Patientengruppe im psychiatrischen Maßregelvollzug. Persönlichkeitsstörungen wurden in Leygrafs Untersuchung bei fast 44% und in Hessen bei 34% der Patienten diagnostiziert (der Anteil war relativ gesehen rückläufig, in absoluten Zahlen jedoch ansteigend); bei über einem Drittel dieser Gruppe (13,1% aller Patienten) lag eine intellektuelle Minderbegabung vor. Der Anteil hirnnorganischer Störungen erwies sich mit 5,5% (Leygraf: 6%) als relativ gering.

„Außerordentlich hoch“ ist allerdings die Belastung der Klientel im Maßregelvollzug mit komorbiden psychiatrischen Störungen, meist Substanzmissbrauch, Grenzbe-gabung oder dissozialer Persönlichkeitsstörung (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 32). So finden sich bei ca. 75% aller schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug Komorbiditäten von Abhängigkeit bzw. Missbrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen und/oder komorbiden Persönlichkeitsstörungen insbesondere dissozialer Prägung (Schmidt-Quernheim, 2008, S. 139). Schon Leygraf schätzte 1988 die Belastung der Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung als erheblich ein. Zudem wurde sehr häufig, nämlich bei 29%, eine gleichzeitige, meist frühkindliche erworbene Hirnschädigung als zusätzlicher Faktor angeführt, vor allem bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung und intellektuellen Behinderungen.

Besonders gravierend ist die Prävalenz komorbider Suchtproblematik im Maßregelvollzug, die durchaus überregional anzutreffen ist. Leygraf fand in seiner 1988er Untersuchung nur einen geringen Anteil primärer Suchterkrankungen (4%), aber bei jedem dritten untergebrachten Patienten des Maßregelvollzuges (35%) eine komorbide Suchtproblematik. Sogar mehr als 80% dieser Patienten hatten das Unterbringungsdelikt unter Alkoholeinfluss begangen (Leygraf, 1988). In späteren Jahren ist der Anteil der schizophrenen Patienten mit einer komorbiden Suchtproblematik im psychiatrischen Maßregelvollzug noch deutlich angestiegen. 10 Jahre nach der bundesweiten Erhebung von Leygraf (1988) wiesen 52% der Patienten neben der psychotischen Erkrankung eine Suchtproblematik auf, überwiegend in Form eines Alkoholmissbrauchs. In einer Studie von Hodgins, Hiscoke und Freese (2003) mit Daten aus Kanada, Finnland, Deutschland und Schweden fanden sich unter entlassenen Patienten mit einer schizophrenen Psychose bei 62% eine komorbide Alkoholproblematik und bei 42% eine komorbide Suchtproblematik illegaler Drogen. Bei 21% der schizophrenen Patienten lag zusätzlich eine dissoziale Persönlichkeitsstörung vor (Leygraf, 2006b). Im Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen bestanden 2006 bei drei Vierteln der schizophrenen Patienten komorbide psychische Störungen, meist Suchtproblematiken (Alkohol und illegale Drogen: 74%) sowie bei 20% bis 30% eine dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -störung (LBMRV NRW, 2009).

1.1.2 Soziodemografische Eigenheiten

„Hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten gleichen die im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten eher den nichterkrankten Tätern im Strafvollzug als den nichtdelinquenten psychisch Kranken“ (Leygraf, 2006a, S. 194f.). Schon in Leygrafs

1988er Untersuchung stammten die Maßregelpatienten überwiegend aus unteren sozialen Schichten und verfügten über ein niedriges Bildungsniveau (58% ohne Hauptschulabschluss, 75% ohne Berufsausbildung). Ein Drittel der Untergebrachten hatte zumindest einen Teil ihrer Kindheit bzw. Jugend im Heim verbracht. Nur etwa jeder zehnte Patient bei einem mittleren Lebensalter von 39 Jahren lebte vor der Unterbringung in einer Partnerschaft. Bei der Begehung des Unterbringungsdeliktes waren etwa zwei Drittel der Patienten schon ein- oder mehrmals vorbestraft, etwa 40% hatten bereits Haftstrafen hinter sich. „Typische Karriereentwicklungen (Kinderheim – Erziehungsheim – Jugendvollzug – Erwachsenenstrafanstalt – Maßregelvollzug) sind häufig; somit kennen viele Patienten ein Leben außerhalb von Einrichtungen nicht“ (Hax-Schoppenhorst, 2008, S. 68). Im Bundesland Hessen wiesen in einer älteren Studie (Jöckel & Müller-Isberner, 1994) 25% eine Heimsozialisation auf, 50% waren vor dem 16. Lebensjahr von ihren Eltern getrennt, über 40% hatten keinen Hauptschulabschluss und nur 30% eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Auch der Anteil von Ausländern, Aussiedlern bzw. Menschen fremdkultureller Herkunft ist im Maßregelvollzug höher als in der Gesamtbevölkerung. Zum Beispiel hat sich in Hessen der Anteil von Patienten fremdkultureller Herkunft in den letzten 20 Jahren mehr als verzehnfacht. Der Ausländeranteil in der hessischen Bevölkerung ist im gleichen Zeitraum von 9,5% auf 12,2% angestiegen. Diese Patientengruppe ist somit gemessen an ihrem Anteil an der hessischen Gesamtbevölkerung im psychiatrischen Maßregelvollzug um den Faktor 2,3 überrepräsentiert, nachdem sie noch vor 20 Jahren um den Faktor 3,7 unterrepräsentiert war (Müller-Isberner, Jöckel, Neumeyer-Bubel & Imbeck, 2007).

Der Ausländer- und Aussiedleranteil liegt generell über den entsprechenden Werten in der Allgemeinpsychiatrie, aber deutlich niedriger als im Strafvollzug. Bislang existieren allerdings noch keine speziellen Erhebungen zu dieser Population im Maßregelvollzug. Die Anteile von Maßregelpatienten aus anderen Kulturkreisen in einzelnen Bundesländern liegen zwischen 9% und 17%. Die häufigsten Herkunftsländer ausländischer Patienten sind Türkei, Polen, Jugoslawien, Italien, Ungarn, Russland, Algerien und Kroatien (Hax-Schoppenhorst, 2008, S. 70f.). Im Berliner KMV hatten zum Stichtag 31.12. 2009 17% der Patienten keine deutsche Staatsbürgerschaft, den größten Anteil machen hier die Türken mit 6% aus.

1.2.3 Steigender Anteil schizophrener Patienten

Wie bereits erwähnt, basiert der Anstieg der Einweisungen in ein psychiatrisches Krankenhaus nach § 63 StGB vor allem auf der vermehrten Unterbringung schizophrener Patienten (Seifert, 2010). Dies gilt trotz der teils großen Unterschiede zwischen den Bundesländern weitgehend bundesweit – bzw. entspricht nach Leygraf sogar einem weltweit zu beobachtenden Prozess der vermehrten Unterbringung Schizophrener in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen (Leygraf, 2006b, S. 258).

So ist im hessischen Maßregelvollzug in den letzten Jahren der Anteil schizophrener Patienten überproportional angewachsen: Während die hessische Bevölkerung von

1990 bis 2006 um 7% wuchs, hat sich die Anzahl der Einweisungen gemäß § 63 StGB in dieser Zeit verdoppelt, wobei dieser Zuwachs fast ausschließlich auf die vermehrte Einweisung psychosekranker Patienten mit Körperverletzungsdelikten zurückzuführen ist. Der überwiegende Anteil auch dieser Patienten war vor Begehung des Einweisungsdeliktes bereits mindestens einmal, meist aber vielfach, in psychiatrischer Behandlung gewesen (Müller-Isberner, Jöckel, Neumeyer-Bubel & Imbeck, 2007). Auch im Berliner KMV hat sich die Anzahl der Psychotiker zwischen 2001 und 2010 mehr als verdoppelt (von 165 auf 351); der relative Anteil der Psychotiker an der Gesamtzahl der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten stieg in diesem Zeitraum von 53% auf 72%.

Dass die Zahl der schizophren erkrankten Gewalttäter trotz verbesserter medizinischer Behandlungsmöglichkeiten nicht ab-, sondern zunimmt, bestätigen auch Seliger und Kröber (2008) in ihrer Untersuchung der psychiatrischen Vorgeschichte von 50 schizophrenen Patienten des Berliner Maßregelvollzugs aus dem Unterbringungszeitraum 1985-1988 (vor dem Anstieg) und aus dem Zeitraum 2002-2004. Auffällig in dieser Studie war, dass Veränderungen in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung (unzureichende Medikation bzw. Nachsorge, disziplinarische Entlassungen schwieriger Patienten) nicht als Ursache für die Zunahme von Gewalttaten Schizophrener bestätigt werden konnten, aber dafür Anhaltspunkte für die Relevanz patientenzentrierter Merkmale gefunden wurden, insbesondere ein dramatischer Anstieg des komorbiden Drogenmissbrauchs und ein hohes Maß an Noncompliance. Ähnliche Ergebnisse fanden sich in Nordrhein-Westfalen: Hier hat sich die Zahl der gemäß § 63 StGB in forensischen Kliniken untergebrachten schizophrenen Patienten (ohne forensische Patienten in allgemeinpsychiatrischen Kliniken) in 12 Jahren (von 1994 bis zum 1. Quartal 2006) auf 758 Patienten nahezu verdreifacht (Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009). Von den erstmalig nach § 63 StGB untergebrachten Schizophrenen waren 78% zuvor mindestens einmal in stationär-psychiatrischer Behandlung⁴ – zuerst durchschnittlich mit 23,5 Jahren und im Mittel 9,5 Jahre vor der Unterbringung im Maßregelvollzug. Durchschnittlich waren 7,5 Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie aktenkundig. Bei den Patienten aus NRW war ebenfalls ein Zuwachs der psychiatrischen Komorbidität und insbesondere komorbider Suchtprobleme zu verzeichnen (1984: 29,5%; 1994: 56,8%; 2006: 73,9%). Auch Kutscher, Schiffer und Seifert (2009) sind der Meinung, dass die schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug aus einer spezifischen Untergruppe schizophren Erkrankter stammen, die vom allgemeinpsychiatrischen Versorgungsnetz auf Dauer nur unzureichend aufgefangen werden kann, gekennzeichnet von früh beginnender strafrechtlicher Belastung und hoher Vorstrafenbelastung insbesondere mit Gewaltdelinquenz, oft verbunden mit komorbidem Substanzmissbrauch und geringer Behandlungscompliance.

⁴ Dieses Ergebnis deckt sich bemerkenswert genau mit dem einer multizentrischen Studie aus Kanada, Deutschland, Finnland und Schweden (Hodgins & Müller-Isberner, 2004). Von 158 forensischen Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis waren ebenfalls rund 78% (123 Patienten) schon einmal in der Allgemeinpsychiatrie stationär behandelt worden; knapp 40% dieser 123 Patienten waren bereits vor der ersten allgemeinpsychiatrischen Unterbringung straffällig geworden.

1.2.4 Unterbringungsdelikte

Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht werden, weisen aktuell häufig neben ihrer psychischen Erkrankung, der komorbiden Suchtproblematik und kognitiven Einschränkungen auch eine lang andauernde dissoziale Entwicklung und/oder eine massive Aggressionsproblematik auf. Dies schlägt sich in der Entwicklung der Unterbringungsdelikte nieder. Wenn auch mit gewissen regionalen Unterschieden, ist eine Zunahme gewalttätiger Deliktsformen bei den Unterbringungsdelikten zu verzeichnen. Im Durchschnitt haben jeweils ca. 30% der untergebrachten Patienten ein Tötungs- oder Sexualdelikt begangen, jeweils ca. 15% ein Körperverletzungs- oder Eigentumsdelikt und 10% überwiegend Brandstiftungsdelikte (Leygraf, 2006a). In Hessen waren am Stichtag 1.1.1993 26,5% Patienten wegen versuchter oder vollendeter Tötung untergebracht, 23,7% wegen eines Sexualdelikts mit Gewaltanwendung, 21,6% wegen Körperverletzung und 5,3% wegen eines Eigentumsdeliktes mit Gewaltanwendung. Die restlichen ca. 23% der Patienten hatten gewaltfreie Delikte begangen, vorwiegend (13,1%) Brandstiftungen (Jöckel & Müller-Isberner, 1997). Im Berliner KMV verteilen sich die Unterbringungsdelikte wie folgt: Tötungsdelikte 19%, Körperverletzungsdelikte 34%, Sexualdelikte 18%, Brandstiftungsdelikte 15%, Eigentumsdelikte (i.a. mit Gewaltanwendung) 11%.

Es liegen einige Daten speziell zu den Unterbringungsdelikten schizophrener Patienten im Maßregelvollzug vor. Auch hier überwiegen Gewaltdelikte. In Leygrafs bundesweiter Untersuchung (Leygraf, 1988) fanden sich dabei in 55% der Fälle Tötungs- bzw. Körperverletzungsdelikte, in der Regel ableitbar aus einem schizophrenen Wahnerleben. Etwa 20% der Unterbringungen erfolgten wegen Eigentumsdelikten und 12% wegen Sexualdelikten, wobei nicht immer ein direkter Bezug zwischen psychotischer Erkrankung und Delinquenz deutlich wurde (Leygraf, 2006b). In Nordrhein-Westfalen waren 2006 knapp 59% der schizophrenen Patienten wegen eines Gewaltdeliktes untergebracht (Kutscher, Schiffer & Seifert, 2009). Neben Tötungsdelikten (29,4%) waren am häufigsten Körperverletzungsdelikte (29,6%) Anlass für die Unterbringung gemäß § 63 StGB. In Hessen (Stichtag 1.1. 2006) handelte es sich in 19,6% der Einweisungsdelikte um Tötungsdelikte und in 31,9% um Körperverletzungen. Hinzu kamen 24,6% Sexualdelikte, 11,5% Brandstiftungen, 6,0% Raub und 2,6% Diebstahl (Müller-Isberner, Jöckel, Neumeyer-Bubel & Imbeck, 2007).

1.3 Konzeptuelle Besonderheiten des Maßregelvollzugs

1.3.1 Spezifische Behandlungskonzepte

In Auslegung von § 136 StVollzG haben die im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten „einen Anspruch auf Therapie“ und daraus folgt, so Baur (2010, S. 74), „auch das Erfordernis und die Pflicht der Maßregelvollzugseinrichtung, eigenständige Behandlungskonzepte zu entwickeln, und zwar differenziert nach Täter- und Patien-

tengruppen.“ Dieser Schluss kann hinterfragt werden: Brauchen wir tatsächlich spezifische Behandlungskonzepte für den Maßregelvollzug – brauchen wir einen „forensischen Sonderweg“?

Kröber und Wendt (2011, S. 110) berichten in ihrer Auswertung zweier Expertenworkshops zur Erfassung und Strukturierung der Behandlungsabläufe im Maßregelvollzug (nach Darstellung der bekannten Spezifika: Doppelfunktion von Besserung und Sicherung, eigenes, große Zeiträume umfassendes Setting, besondere, meist komorbide Patientenkontexte usw.), dass nach übereinstimmender Aussage der Workshopteilnehmer „in den Behandlungsrichtlinien kein forensischer Sonderweg erforderlich“ sei. Stattdessen sei eine „Übertragung der Rationale der Allgemeinpsychiatrie auf die Forensik unter Berücksichtigung der Besonderheiten hinsichtlich Komorbidität und Sicherungsbedarf“ möglich. Was genau das für forensische Behandlungskonzepte bedeutet, lassen die Autoren zunächst offen (weitere Treffen sind geplant).

Kröber und Wendt (2011) legen darauf Wert, dass die Behandlung auch im Maßregelvollzug so weit wie möglich gemäß standardisierter Leitlinien erfolgt (die Autoren argumentieren am Beispiel der Behandlung schizophrener Maßregelvollzugspatienten und beziehen sich auf die Behandlungsleitlinie Schizophrenie, DGPPN, 2006). Kröber und Wendt (2011) haben dabei die gesamte Behandlung von der Aufnahme bis zum Übergang in die Nachsorge im Auge – Ziel ihrer Überlegungen ist es letztlich, auch im MRV definierte Patientenzugänge zu etablieren, die die Behandlung intensivieren und eine zielstrebigere Bewegung in Richtung Entlassung erreichen sollen. Dabei konzedieren die Autoren zwar, dass viele Maßregelpatienten Zeit brauchen und Rückschritte nicht auszuschließen sind, in der gegenwärtigen Praxis sehen sie jedoch eher die Gefahr einer „Unterforderung“ mancher Patienten (Kröber & Wendt, 2011, S. 115) als die einer Überforderung.

Allerdings sollten die besonderen Defizite von (schizophrenen) Maßregelvollzugspatienten nicht unterschätzt werden. In der therapeutischen Arbeit der II. Teilverwaltung des KMV Berlin wird regelmäßig die Erfahrung gemacht, dass gängige Behandlungsprogramme viele Maßregelpatienten eben doch *überfordern*. Die Berücksichtigung der spezifischen Defizite von Maßregelpatienten bedeutet vielleicht noch keinen „forensischen Sonderweg“. Dennoch macht sie eine Anpassung von psychotherapeutischen Methoden und Programmen erforderlich. Denn „die besonderen Rahmenbedingungen erfordern (...) besondere Therapiekonzepte“, welche dem strafrechtlichen Kontext und seinen speziellen Anforderungen Rechnung tragen; „eine einfache Übertragung andernorts entwickelter (und dort bewährter) Strategien wird der Aufgabe nicht gerecht“ (Dahle, 1997, S. 146). Die Arbeit mit psychisch kranken Rechtsbrechern macht ein Umdenken im therapeutischen Selbstverständnis erforderlich, weil diese Patienten in der Regel nicht intrinsisch veränderungsmotiviert sind. Die Klientel des Maßregelvollzugs ist „das genaue Gegenteil jener eher leicht gestörten YAVIS-Patienten (young, attractive, verbal, intelligent, successful) ..., bei denen einsichtsorientierte Verfahren ihre Berechtigung haben mögen“ (Müller-Isberner und Eucker, 2009, S. 27).

Ein zweiter entscheidender Unterschied zur allgemeinpsychiatrischen Behandlung besteht in der Notwendigkeit, die Behandlung im Maßregelvollzug auf kriminogene

Bedürfnisse auszurichten (s.u. Kapitel 2.2.2.2). Müller-Isberner und Eucker (2009) betonen, dass im Maßregelvollzug die psychiatrische Hauptdiagnose in vielen Fällen nicht das aus kriminologischer Sicht vorrangige Behandlungsproblem darstellt. Daher kommt es bei der Konzeption der Behandlung im Maßregelvollzug darauf an, sich zwar, soweit es sinnvoll und praktikabel ist, an den standardisierten Leitlinien der Allgemeinpsychiatrie zu orientieren, aber insbesondere bei der psychotherapeutischen Behandlung die Behandlungsangebote auf die Stärken und Schwächen der Patienten einerseits und die spezifischen Behandlungsziele im Maßregelvollzug andererseits zuzuschneiden. Bekanntlich haben einige Bundesländer, z.B. Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen eigene Leitlinien für die Behandlung im Maßregelvollzug entwickelt (in NRW gibt es MRV-Behandlungsleitlinien für schizophrene Patienten, für forensische Patienten mit Intelligenzminderung, für Patienten mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung und Störungen der Sexualpräferenz sowie für die Behandlung von Suchtpatienten nach § 64 StGB).

Lange Zeit fehlten allerdings im deutschen Maßregelvollzug allgemein anerkannte, empirisch belegte Behandlungsstrategien und Organisationsmodelle (Müller-Isberner, 1998). Erst in jüngerer Zeit entstanden spezifisch forensische Behandlungskonzepte, z.B. das „evidenzbasierte Behandlungskonzept“ der Hainauer Arbeitsgruppe um Müller-Isberner (Nedopil, Müller, Müller-Isberner & Eucker, 2011; s.u. Kapitel 1.3.3). Konrads Kritik an den Behandlungsstandards im Strafvollzug lässt sich problemlos auf den Maßregelvollzug erweitern: In personaler, räumlicher und organisatorischer Hinsicht erfahren die dort untergebrachten Patienten oft keinen der allgemeinen Psychiatrie außerhalb des Justizvollzugs vergleichbaren Behandlungsstandard, obwohl nach dem Strafvollzugsgesetz Gefangene im Hinblick auf die medizinische Behandlung nicht schlechter gestellt werden dürfen als die Allgemeinbevölkerung (Konrad, 2006).

Auch in der psychotherapeutischen Forschung ist der forensische Bereich noch immer unterrepräsentiert. Zudem finden wissenschaftliche Erkenntnisse wenig Eingang in die praktische Arbeit vor Ort. Sind Behandlungsprogramme überhaupt im Maßregelvollzug im Einsatz, sind sie häufig schlecht implementiert, unzureichend theoretisch begründet und evaluiert und/oder unvollständig beschrieben und dokumentiert (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 17). Schon für den Strafvollzug generell wird angemerkt, dass sich nur in Ansätzen eigenständige Entwicklungen von Behandlungsstrategien finden, die sich an den Gegebenheiten, Möglichkeiten und Bedürfnissen straffällig gewordener Personengruppen orientieren und auch die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen einbeziehen (Dahle, 2003a). Zwar richtete sich das Interesse in den vergangenen Jahren vermehrt auf die Behandlung spezifischer Klienten der Maßregelpopulation, etwa auf die Behandlung von Sexualstraftätern, sowie auf verschiedene Strukturmodelle im Spannungsfeld zwischen zentralisiertem und dezentralem Versorgungssystem (Konrad, 2003). Dennoch fehlen oftmals noch immer spezifische Therapiemodelle für Straftäter mit speziellen Störungsbildern (Dahle, 2003a) – etwa für schizophrene Straftäter. Stattdessen wird oft versucht, gängige Therapiekonzepte aus der Allgemeinpsychiatrie mit nur geringen Modifikationen an die Bedingungen des Straf- bzw. Maßregelvollzuges zu adaptieren. Viele klassische

Therapiemethoden, die ihren Fokus auf die Bearbeitung innerpsychischer Konfliktstrukturen beschränken, werden jedoch einer Zielgruppe, deren Konfliktpotenzial vor allem in der Interaktion mit dem sozialen Umfeld liegt, kaum gerecht (Rauchfleisch, 1981, 2003; Dahle, 1995b). Die Begründer klassischer Therapiemethoden haben unterdessen teilweise selbst darauf hingewiesen, dass diese Behandlung nicht für Straffällige geeignet sei (Kury, 2001). Und selbst wenn bestimmte Behandlungskonzepte im Strafvollzug funktionieren, muss dies noch nicht für den Maßregelvollzug gelten.

Im Maßregelvollzug selbst dominieren – neben allgemeintherapeutischen – Konzepte aus der Straftäterbehandlung. Dazu gehören zum einen Programme aus der Allgemeinpsychiatrie, die zwar an den Strafvollzug, nicht aber für den Maßregelvollzug angepasst wurden. Das gilt auch für Programme, die soziale Kompetenzen trainieren. In vielen Vollzugsanstalten sind Soziale Kompetenztrainings inzwischen fester Bestandteil der Straftäterbehandlung geworden. Zum Beispiel bieten nahezu alle (96%) geschlossenen Jugendhaftanstalten solche strukturierten Programme im Sinn des Sozialen Trainings bzw. zur Förderung sozialer Kompetenzen an (Düinkel & Geng, 2007). Für die Klientel in den forensisch-psychiatrischen Krankenhäusern wurde bis dahin allerdings noch kein einziges entsprechend angepasstes Therapieprogramm veröffentlicht. Aber auch spezielle Programme zur „Kriminaltherapie“ (zum Begriff vgl. Pfäfflin 2006, S. 350f.), die wie das *Reasoning and Rehabilitation Program* (R&R) von Ross, Fabiano und Ross (1986) meist im angloamerikanischen und kanadischen Raum entwickelt wurden, konzentrierten sich bisher hauptsächlich auf die Behandlung von Straftätern in Justizvollzugsanstalten. In den Maßregelvollzug wurden solche Programme in Deutschland zuerst in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina eingeführt. Obwohl einiges dafür spricht, dass diese Programme in modifizierter Form auch in der deutschen Maßregelbehandlung zur Verbesserung der Behandlungseffizienz beitragen können, ist dies bislang nicht ausreichend empirisch belegt (Leygraf, 2006a).

Nicht zuletzt werden auch spezifische Probleme der Unterbringung im Maßregelvollzug noch immer nicht genügend berücksichtigt, z.B. die Gefahr der Hospitalisierung auf Grund der gewöhnlich mehrjährigen Unterbringungszeit. Eine Unterbringung im Maßregelvollzug ist immer verbunden mit einem Verlust an Autonomie und Selbstständigkeit. Es werden damit genau „diejenigen Inhalte konterkariert, die in der Behandlung grundsätzlich zu fördern sind, nämlich ein positives Selbstwertgefühl und ein realistisches Selbstbild, das durch Selbstverantwortung und -wirksamkeit gekennzeichnet ist“ (Leygraf, 2006a, S. 207). Grund ist nicht zuletzt die organisatorisch bedingte weitgehende Vollversorgung von Patienten in entsprechenden „totalen Institutionen“ (im Sinne von Goffman, 1972), welche als eine wesentliche Ursache für Hospitalisierung nach langwieriger Unterbringung in entsprechenden Einrichtungen gilt (Davison & Neale, 1988). Bereits Leygraf (1988) hatte daher gefordert, zur Verhinderung der Gefahr sekundärer Hospitalisierungsschäden die stationäre Behandlungszeit auf das erforderliche Mindestmaß zu reduzieren. Diese Forderung kann sich auf gesetzliche Vorgaben stützen – „generelles Ziel des Maßregelvollzuges ist die frühestmögliche Entlassung zur Bewährung (...), nicht hingegen die dauerhafte Verwah-

rung“ (Baur, 2010, S. 73) – und sie ist angesichts steigender Verweildauern im Maßregelvollzug dringlicher denn je.

So sollte zukünftig in noch stärkerem Maße von den Bedürfnissen und Mängeln der Patientenkielentel im Maßregelvollzug ausgegangen werden, um darauf abgestimmte Behandlungsmaßnahmen zu entwickeln. Die Entwicklung des Sozialen und emotionalen Kompetenztrainings versteht sich als ein Schritt in diese Richtung.

1.3.2 Zwangsunterbringung, Therapiefähigkeit und Therapiemotivation

In den Einrichtungen des Maßregelvollzuges erfolgt eine Aufnahme immer auf richterliche Anordnung und nicht auf freiwilliger Basis, wie etwa in der Sozialtherapie gemäß § 9 StVollzG auf Antrag des Gefangenen. Auch die Maßregelvollzugseinrichtung ist unabhängig von ihrer Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeit und -aussichten in jedem Fall zu einer Aufnahme der eingewiesenen Patienten verpflichtet. Bei den zwangsuntergebrachten Patienten sind Motivationsprobleme nicht ungewöhnlich; zudem hat das Miteinander von Zwangsunterbringung und Behandlungsangeboten ethische Implikationen (dazu ausführlicher Dahle, 1995b, S.13ff.).

Die Zwangsunterbringung eines Patienten im Maßregelvollzug bringt – ebenso wie die Inhaftierung (vgl. Konrad, 2000) – besondere Beeinträchtigungen mit sich, die zusätzlich zur Erkrankung die Rahmenbedingungen von Therapie wesentlich beeinflussen, darunter das Gefühl sozialer Degradierung, die Einengung der Bewegungsfreiheit, der Verlust vertrauter sozialer Beziehungen, veränderte Kommunikationsmuster, die weitgehende Aufgabe bisheriger Lebensgewohnheiten und resultierend eine Beeinträchtigung von Coping-Ressourcen. Diese Faktoren eines „unnatürlichen Milieus“ begünstigen zudem sekundäre Störungen mit fließendem Übergang zu einer „gemäß ICD-10 als Anpassungsstörung zu klassifizierenden Symptomatik“ wie Niedergeschlagenheit, Zengengrübelen, Angst, Unruhe oder Hassgefühle (Konrad, 2000, S. 7).

Ebenso wie für den Strafvollzug (vgl. Pfaff, 2001, S. 173) besteht auch für den Maßregelvollzug die Aufgabe darin, in einem relativen „späten“ Stadium der pathologischen Entwicklung aktiv zu werden, was seine Einflussmöglichkeiten deutlich einschränkt. Vor allem aber unterscheidet sich die forensische Psychiatrie von herkömmlichen Therapieformen in ihrer Zielsetzung. Es geht „bei den Behandlungen um eine Besserung des psychischen Befindens und eine Minderung der psychischen Störungen, es geht aber zugleich auch um den Schutz der Öffentlichkeit vor Straftätern und darum, einen Patienten davor zu bewahren, dass er erneut Straftaten begeht“ (Kröber, 2007a, S. 3).

Der Umstand, dass im Unterschied zur Allgemeinpsychiatrie die Maßregelpatienten auf richterliche Anordnung und nicht freiwillig in der Maßregeleinrichtung aufgenommen werden, sollte sich auch auf die Therapiemotivation der Patienten auswirken, welcher gewöhnlich eine große Bedeutung für den Erfolg einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zugesprochen wird (Dahle, 1995b, 19f.).

Daher sollen im Folgenden kurz einige Aspekte der Therapiemotivation im Maßregelvollzug und ihre Konsequenzen für die Behandlung diskutiert werden.

Auch für die zwangsuntergebrachten Maßregelpatienten gilt, dass ein Mindestmaß an Therapiebereitschaft Bedingung für das Einleiten therapeutischer Maßnahmen ist – denn eine Behandlung ohne Zustimmung des Patienten ist nur im Ausnahmefall, bei erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung, und nur in Bezug auf eine unerlässliche und unaufschiebbare Behandlung der Anlasserkrankung gestattet. Gleichzeitig ist allerdings davon auszugehen, dass viele psychisch kranke Rechtsbrecher zunächst nicht oder kaum „intrinsisch veränderungsmotiviert“ sind (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 45). Eine Studie an alkoholkranken Straftätern im Maßregelvollzug (Marneros, 1993) fand einen Anteil von ca. 23% Probanden mit „eher positiven“ gegenüber 72% mit „eher negativen“ Therapieeinstellungen (Dahle, 1995b, S. 36). Interessant dabei war allerdings, dass nur 4% der Befragten Psychotherapie grundsätzlich ablehnten – dagegen äußerten jeweils 82% der Probanden mit negativer Therapieeinstellung die Meinung, im Maßregelvollzug werde keine „richtige“ Therapie durchgeführt, bzw. ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber den Therapeuten im Maßregelvollzug. Offenbar war hier nicht unbedingt die Veränderungsmotivation selbst beeinträchtigt, sondern die Einschätzung der Therapie als geeignetes Mittel zur Veränderung. Wenn Therapiemotivation thematisiert werden soll, ist es daher wichtig, die verschiedenen Einflussfaktoren einzubeziehen, „welche die Handlungstendenzen einer Person im Hinblick auf psychotherapeutische Behandlung erklären“ (Dahle, 1995b, S. 18) und nicht auf die klassische Dichotomie von „Leidensdruck“ vs. „Krankheitsgewinn“ (Freud, 1905) beschränkt sind.

Dahle (1995b; 2003b) schlägt ein spezielles „Strukturmodell der Therapiemotivation für inhaftierte Zielgruppen“ vor und unterscheidet *zielbezogene* (intentionale) und *handlungsbezogene* (instrumentelle) Elemente. Der Aspekt der Ziele therapeutischer Maßnahmen betrifft in erster Linie das Änderungsmotiv, sei es in Bezug auf innere (psychische) Probleme oder äußere (z.B. Vollzugsbedingungen, Lockerungen). Der instrumentale Aspekt der Therapiemotivation betrifft dagegen die individuelle Bewertung des Therapieangebots im Hinblick auf ein etwaiges Änderungsmotiv (Dahle, 2003b). Dahle leitet sein „Therapiemotivationskonstrukt“ aus einem allgemeinen Handlungsmodell ab und bezieht darin neben motivationsbestimmenden Faktoren der Persönlichkeit auch solche des institutionellen Kontextes ein. Die intentionalen, also direkt motivationsbestimmenden Faktoren beschreiben „Bestimmungsstücke, die (...) Umfang (Stärke) und Richtung der relevanten Handlungsmotive bestimmen“ (Dahle, 1995b, S. 71). Dazu gehören insbesondere Faktoren der „*Problembelastung*“, darunter die Einsicht, dass überhaupt therapierelevante Störungen vorliegen, Art und Umfang der Probleme und der Umgang mit ihnen (Coping-Gewohnheiten, allgemeine Handlungskompetenz bzw. deren subjektive Konzeptionalisierung). Daneben kommen auch Faktoren der „*Problemverarbeitung*“ zum Tragen, insbesondere Überzeugungen über Ursachen und Veränderbarkeit der Probleme. Zusätzlich zu diesen problembezogenen Motivfaktoren, die an das Ziel des Therapieerfolgs gebunden sind, können aber auch „*kontextabhängige Therapieeffekte*“ die Motivation beeinflussen,

etwa das Ziel, durch erfolgreiches Absolvieren der Therapie die nächste Lockerungsstufe zu erreichen.

Handlungsbezogene Faktoren der Therapiemotivation richten sich dagegen auf die Einschätzung und Bewertung der angebotenen Therapie als verfügbares, wirksames und angemessenes Mittel zur Erreichung eines eventuellen Änderungsmotivs unter den besonderen Bedingungen in Haft oder Maßregelvollzug. Es geht dabei um Erwartungen an die Therapie, ihre zu erwartenden Folgen (in Bezug auf die konkreten Ziele) und die dabei zu erbringenden Leistungen. Therapieeinstellungen sind beeinflusst durch Wissen bzw. Überzeugungen der Patienten über Therapie und Therapeuten. Hier gewinnt die soziale Herkunft der Zielgruppe an Bedeutung: So werden Therapieeinstellungsfaktoren wie „Therapievertrauen“, „Therapieabwehr“ oder „Misstrauen in die Person des Therapeuten“ mit steigendem Bildungsniveau der Betroffenen systematisch positiver (Dahle 1993; Dahle 1995b, S. 36). Je nach sozialer Herkunft gehört Psychotherapie zu den bekannten und akzeptierten Lösungsstrategien bei Problemen oder eher nicht. Darüber hinaus sind für Dahle auch kontextbezogene Faktoren für die Einschätzung des Therapieangebotes von Bedeutung, vor allem bezogen auf die Verfügbarkeit wirksamer Therapie unter Vollzugsbedingungen und mit der Institution verbundenen Ressentiments. Schließlich wird das Therapieangebot des Maßregelvollzugs im Kontext der Zwangsinstitution des Justizvollzuges und damit nicht unbedingt ausschließlich als Hilfeangebot wahrgenommen. Und last but not least wird die Einschätzung der Therapie als geeignetes Mittel zur Erreichung eines Ziels auch durch die Wahrnehmung verfügbarer Bewältigungsalternativen bestimmt. Auch hier spielen Coping-Gewohnheiten und allgemeine Handlungskompetenz eine Rolle.

Angesichts dieser Differenzierungen ist Dahle zuzustimmen, dass eine scheinbar defizitäre Therapiemotivation auch im Maßregelvollzug „weniger in einem grundsätzlichen Mangel an Behandlungsbereitschaft“ bestehen dürfte. „Vielmehr erscheint die Motivationslage oft ambivalent und von einem Konglomerat diffuser und teilweise widersprüchlicher Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen und Ängste geprägt, die zudem zu einem guten Teil durch den strafrechtlichen Kontext mitbedingt sind“ (Dahle, 1997, S. 150). Zudem ist Therapiemotivation kein Zustand, sondern ein Prozess, in dessen Verlauf sich einige der relevanten Bestimmungsfaktoren gezielt beeinflussen lassen, um die Therapiemotivation zu stärken. Rohdich und Kirste (2005) heben diesbezüglich folgende Aspekte hervor:

1. Nutzbarmachung extrinsischer Motivation
2. Fördern intrinsischer Motivation
3. Aufstellen eines allgemeinen Behandlungsplans
4. Zuschneiden von Behandlungskomponenten auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten
5. Aufeinander-Abstimmen der Behandlungskomponenten.

Viele Patienten des Maßregelvollzuges haben einen langjährigen kriminellen Werdegang durchlaufen und zunächst kaum Einsicht in ihre eigene Persönlichkeitsproblematik (Leygraf, 2006a). Deshalb werden bei Maßregelvollzugspatienten nach der „Herstellung von Therapiefähigkeit“ (u.a. durch Abbau gefährlichen Verhaltens und

Zurückdrängen der psychotischen Akutsymptomatik; vgl. Müller-Isberner & Eucker, 2009) in der Regel erst einmal extrinsische, auf „kontextuelle Therapieeffekte“ zielende Motivationsanreize die größte Rolle spielen. So kann erfahrungsgemäß die Aussicht auf mehr Freiheit als positiver Verstärker dienen (vgl. Rasch & Konrad, 2004; Rohdich & Kirste, 2005). Lockerungen sind in der Regel an eine erfolgreiche Therapiebeteiligung gebunden. Nicht selten beginnen Patienten in Anbetracht einer bevorstehenden Gerichtsverhandlung eine Behandlung, um damit dem Gericht Änderungsmotivation zu demonstrieren. Darüber hinaus scheint es vielen Betroffenen bewusst zu sein, dass die Gefahr einer Re-Exazerbation der psychischen Erkrankung oder ein Weiterbestehen der Drogensucht – und somit oft auch des kriminellen Verhaltens – auf Dauer zu einem Konflikt mit der Justiz führt.

Ist der Patient erst einmal zur (Psycho-)Therapie bereit, kann diese über eine gezielte Auswahl an Übungs- und Trainingsangeboten weiteren Einfluss auf Motivationsfaktoren nehmen. Im Maßregelvollzug Berlins haben sich z.B. Entspannungsübungen sehr bewährt, um Berührungängste abzubauen und auch bereits auf Faktoren der Problembelastung einzuwirken. Faktoren der Problemverarbeitung werden durch Psychoedukation positiv beeinflusst. Instrumentelle Faktoren, insbesondere Bewertungen, Erwartungen und Einstellungen bezüglich Therapie, sind ebenfalls nicht dem Einfluss des Therapeuten und der Institution entzogen. Motivational wirksam sind zunächst ein gutes therapeutisches Klima, Offenheit und Transparenz, die die Herstellung des „therapeutischen Bündnisses“ erleichtern. Allerdings sollte diese Bündnisbildung, welche Müller-Isberner und Eucker (2009) der „Herstellung von Therapiefähigkeit“ zuordnen und damit vor Beginn der eigentlichen Therapie ansiedeln, ebenfalls als prozesshaftes Geschehen aufgefasst werden. Neben dem allgemeinen Klima und einer durchdachten Behandlungsplanung, die den Motivationsstand der Patienten berücksichtigt (vgl. Müller-Isberner & Eucker, 2009, 45f. sowie Rohdich & Kirste, 2005, 43f. mit Bezug auf das transtheoretische Modell der Veränderungsmotivation nach Prochaska & Di Clemente, 1984), ist auch der Therapeut selbst gefordert: Bedingung ist die Realisierung „therapeutischer Basisvariablen“ wie Respekt, Transparenz, eine wertfreie Grundhaltung und eine neutrale und tolerante Wertschätzung des Patienten (Rohdich & Kirste, 2005). Der Therapeut muss sich aktiv bemühen, sich auf seine Patienten einzulassen und so das häufig vorhandene „soziale Gefälle“ zu überbrücken – denn wie Dahle (mit Bezug auf den Strafvollzug) betont, wurzeln motivationale Probleme zu einem nicht geringen Teil in der sozialen Herkunft der Patienten. Auch für den Maßregelvollzug gilt, dass vielen Patienten wegen ihres geringen Bildungsniveaus nur wenig über Inhalte, Procedere und Hintergründe von Psychotherapie bekannt sein dürfte, „weshalb von vornherein Unsicherheiten und Vorbehalte gegenüber solchen Maßnahmen zu erwarten sind. Zudem besteht gewöhnlich ein soziales Gefälle zum meist mittleren Bevölkerungsschichten entstammenden Therapeuten“ (Dahle, 1995b, S. 150). Auch Dahle und Steller (2000) betrachten solche instrumentalen Motivationsprobleme als „grundsätzlich beeinflussbar, z.B. durch Vermittlung von Wissen über Psychotherapie, durch Hilfen beim Aufbau von Selbstvertrauen in Handlungskompetenzen oder durch die Vermittlung von Gelegenheiten zur erwartungswidrigen Erfahrung der Ehrlichkeit von Hilfeangeboten“.