

Vorwort

Herbert Steinböck

Am 22.6.2012 fand das siebte Münchner Forensik-Symposium im Isar-Amper-Klinikum München-Ost in Haar statt. Mit dem zugrunde gelegten Thema „Von der Besserungsanstalt zur modernen Therapielandschaft“ sollte darauf hingewiesen werden, dass vorfindliche Strukturen ebenso wie Therapieangebote nicht einfach entweder da sind oder eben fehlen, sondern eine mühevolle, konfliktreiche Entwicklung markieren, die sich aus gesellschaftshistorischen, rechtlichen und fachspezifisch-psychiatrischen Quellen speist.

Inhaltlich werden die Beiträge durch die Frage von *Herbert Steinböck* eröffnet, inwiefern die Aufregungen, welche uns die jüngsten Bundesverfassungsgerichtsbeschlüsse, sei es zur Zwangsbehandlung, sei es zur Sicherungsverwahrung oder zur Privatisierung des Maßregelvollzugs, beschert haben, aus psychiatrischer Sicht gewissermaßen berechtigt seien und einer Anpassung falscher juristischer Annahmen an die erfahrungswissenschaftlichen Erkenntnisse der Psychiatrie bedürften, oder ob wir es nicht vielmehr mit zwei Paradigmen unter einem Dach zu tun haben, wobei dann näher zu klären wäre, unter welchen Bedingungen und in welchen Zusammenhängen die jeweiligen juristischen bzw. psychiatrischen Feststellungen Gültigkeit beanspruchen können.

Wie abhängig erfahrungswissenschaftliche Aussagen auf psychiatrischem Gebiet von gesellschaftlichen Entwicklungen sind, wurde in dem anschließenden Vortrag von *Renate Löprich-Zerbes* und *Susanne Stübner* deutlich, die über eine in Zusammenarbeit mit der forensischen Abteilung der Ludwig-Maximilians-Universität München (Professor Dr. Norbert Nedopil) durchgeführte Untersuchung über Fortschritte der forensisch-psychiatrischen Ergebnisqualität im Laufe der letzten 10 bis 15 Jahre berichten. Ein wesentliches Resultat dieser Begleitforschung war, dass über die letzten Jahre im Maßregelvollzug trotz des verschärften soziökonomischen Drucks und restriktiver politischer Vorgaben ein höheres Maß an Sicherheit mit einer günstigeren Behandlungs- und Entlassungsperspektive für die Betroffenen verknüpft werden konnte.

Welche therapeutischen Konzepte angemessen seien, wurde lange Zeit eher aus der jeweiligen ideologischen Haltung heraus bestimmt, als zu fragen, welche Antworten sich auf welche Fragen innerhalb welchen Kontexts finden las-

sen. Nach den Grabenkämpfen des 20. Jahrhunderts vor allem zwischen Verhaltenstherapie hier, Psychoanalyse dort hatte es zu Beginn des 21. den Anschein, der Gewinner dieser Kämpfe sei eine kognitiv gewendete behaviorale Therapie, nicht nur in der Forensik, sondern auch außerhalb. Dabei spricht vieles dafür, dass sich hier neue Ideologien breit machen, freilich nun stärker indirekt, als Widerspiegelung politisch-ökonomischer und methodischer Effekte: Es gewinnt, wer innerhalb kurzer Zeit Studien über rasche, formal gut messbare (nicht unbedingt inhaltlich valide) Effekte vorlegen kann. Ob diese Effekte auch zu langfristigen, auf den Lebensalltag der Patienten übertragbaren Veränderungen führen, muss meist eher offen bleiben.

Sascha Schmidt fokussiert innerhalb des psychoanalytisch-psychodynamischen Modells auf ein besonders schwieriges, aber auch vernachlässigtes Kapitel der Suchtbehandlung gemäß § 64 StGB, nämlich auf die Probleme und Chancen der Gegenübertragung, also jene herausfordernden Gefühle, die jeden Therapeuten beschleichen oder auch befallen und mit denen professionell umzugehen eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen des Therapiegeschehens darstellt.

Nicht nur psychotherapeutische Haltungen können dazu beitragen, totalisierenden und hospitalisierenden Tendenzen, die jeder Maßregelvollzugsklinik grundsätzlich innewohnen, gegenzusteuern und gegenüber der übermächtigen Institution den Blick für die individuellen Probleme, Konflikte und auch Stärken der Patienten zu öffnen. Wie Marcus Steiner und Johannes Thalmeier zeigen, trägt zu einer solchen Korrektur institutioneller Beschädigung auch ein Pflegekonzept bei, das Stationsmilieus wesentlich an Prinzipien des salutogenetischen Modells nach Antonovski zu orientieren versucht.

Der gemeinsam von *Thomas Pöhlmann-Moore* und *Wolfgang Krah* als ausgewiesene forensische Sucht-Experten einerseits, von *Merja Neukamm* als Fachpharmazeutin für Toxikologie der Universität Freiburg andererseits verfasste Bericht über das „Spice-Phänomen“ schildert die Konfrontation der Entwöhnungstherapie mit dem Gebrauch neuer synthetischer Drogen und macht deutlich, inwiefern trotz modernster labortechnischer Analyseverfahren das Herzstück jeder Suchtbehandlung die therapeutische Beziehung bleibt.

Nicht ohne Widerspruch dürften die offensiven Ausführungen von Jürgen Reiss bleiben, der das differenziert-kritische Substitutionskonzept der Forensischen Klinik des IAK-KMO vorstellt und betont, dass eine Substitution mit Drogensatzstoffen innerhalb des stationären Maßregelvollzugs die wohlbegründete Ausnahme und auch in der forensischen Nachsorge während der Führungsauf-

sicht nur unter eng zu bestimmenden Grenzen eine sinnvolle Alternative zum grundsätzlich weiter bestehenden Abstinenz-Ziel sein sollte. Hierzu werden die nächsten Jahre wohl noch genügend „Stoff“ für eine weitere Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Positionen liefern. Klar wird aber aus dem Beitrag auf alle Fälle, dass die bloße Übernahme vermeintlich wissenschaftlich bestätigter Konzepte aus der allgemeinen Suchtszene in den Maßregelvollzug dessen Spezifika verfehlt.

Hatten sich die bisher genannten Texte schwerpunktmäßig mit dem stationären Maßregelvollzug befasst, wendet sich der folgende Beitrag von *Bettina Grill* und *Anette Graf* der forensischen Ambulanz zu. Die dabei thematisierten Fragen entstanden im Zusammenhang mit einem Workshop, den die beiden Verfasserinnen zusammen mit Angehörigen forensisch-psychiatrischer Patienten veranstaltet hatten und in dem gerade solche Fragenbereiche wie Entlassungsvorbereitung, Kooperation mit anderen Institutionen, betreute Formen des Wohnens und Arbeitens, Organisation und Ablauf der Nachsorge und nicht zuletzt Möglichkeiten der Unterstützung bzw. Entlastung der Angehörigen auf großes Interesse gestoßen waren.

Nach diesen Ausführungen über Struktur und Grundsätze der Forensischen Ambulanz stellen *Markus Schlie*, der die Forensische Ambulanz des IAK-KMO aufgebaut hat und seither als Oberarzt leitet, und *Christine Büttner-Krischock* als erfahrene Bewährungshelferin aus der jeweils berufsspezifischen Perspektive die praktische Umsetzung des Ambulanzkonzepts am Beispiel der jahrelangen Begleitung eines hoch problematischen dissozial gestörten Patienten vor.

Während die Begleitung dieses Patienten zwar schwierig und von zahlreichen krisenhaften Einbrüchen gekennzeichnet war, letztlich jedoch eine positive Entwicklung erkennen ließ, gibt es immer wieder vereinzelt Fälle, die weder solche Entwicklungen noch auch nur Ansatzpunkte für die Behandlung zu bieten scheinen. Besonders manche jahrelang in Sicherungsverwahrung untergebrachte, voll schuldfähige Straftäter, die bislang keine therapeutischen Maßnahmen angeboten bekommen oder solche stets zurückgewiesen haben, nun aber trotz des Weiterbestehens ungünstiger legalprognostischer Bedingungen aus juristischen Gründen entlassen werden müssen, sind durch die Mittel der Forensischen Ambulanz kaum erreichbar. Die Kasuistik von *Susanne Hecht*, psychologische Psychotherapeutin in der Forensischen Ambulanz des IAK-KMO, belegt dies eindrucksvoll.

Dass Verhältnismäßigkeit nicht nur ausschließlich Sache der Justiz im Zusammenhang mit Unterbringungsanordnungen bzw. Entlassungsentscheidungen ist, sondern auch Maßstab für die täglichen Lockerungsentscheidungen der Maßregelvollzugsklinik sein muss, diskutiert ein von der Strafvollstreckungs-

richterin *Susanne Reiß* und dem forensischen Psychiater *Friedrich Mohr* gemeinsam gestalteter Beitrag, wobei die zunächst erläuterten juristischen Voraussetzungen anschließend auf einen konkreten Unterbringungs- und Behandlungsfall ihre praktische Anwendung finden.

Rolf Marschner erläutert die Konsequenzen, die sich für die Kliniken, aber auch für die betroffenen Patienten aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.3.2011 ergeben haben, und inwiefern zurzeit eine Gesetzeslücke besteht, die möglichst bald, aber zugleich auch mit großer Sorgfalt durch die Legislative geschlossen werden muss. Dass dieser legislative Bedarf seit den beiden jüngsten Beschlüssen des BGH vom 20.06.2012 eher noch dringlicher geworden ist, sei an dieser Stelle nur nebenbei bemerkt.

Den Abschluss der Beiträge bilden die aus einem konkreten deutsch-äthiopischen Kooperationsprojekt erwachsenen Fragen von *Herbert Steinböck*, die durch eigene Mitarbeit drängend geworden sind: Inwieweit können die forensische Psychiatrie und die mit ihr eng verwandte psychiatrische Ethik in Entwicklungsländern einen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der dort lebenden Patienten und ihrer Angehörigen leisten bzw. inwieweit macht eine Einbeziehung solcher Themen in die dortige Ausbildung psychiatrischer Gesundheitsarbeiter (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Pflegende) auch dann Sinn, wenn aufgrund des Ressourcenmangels weder entsprechende forensisch-psychiatrische Strukturen noch auch nur eine Mental-Health-Gesetzgebung existiert. Man kann auch sagen, dass in Äthiopien weder die Besserungsanstalt noch eine moderne Therapielandschaft existiert. Die Antwort auf unsere Frage kann jedoch gerade deshalb auch für uns von Interesse sein: weil die dortige Situation gewissermaßen zur Schärfung des Blicks durch seine konzentrierte Verfremdung beizutragen vermag.

Konflikte zwischen Forensischer Psychotherapie und Recht – zwei Paradigmen unter einem Dach?

Herbert Steinböck

1. Einleitung und Fragestellung

Aus Sicht der Maßregelvollzugskliniken ist die höchstrichterliche Rechtsprechung der letzten Jahre aufregend geworden. Erinnert sei nur an verschiedene einschlägige Urteile des Bundesverfassungsgerichts, etwa zur Einsichtnahme in die Krankengeschichte durch die Betroffenen (9.1.2006), zur Zwangsbehandlung (23.3.2011), zur Sicherungsverwahrung (4.5.2011) oder zur Privatisierung des Maßregelvollzugs (18.1.2012). Alle vier Urteile wirkten und wirken in unsere tägliche Maßregelvollzugspraxis ein.

Das Urteil zur Krankengeschichts-Einsicht aus dem Jahr 2006 hat unter anderem zur Folge, dass informationelle Selbstbestimmung der Patienten auch in forensische Akten eindringt, dass wir mehr zu inhaltlicher Korrektheit wie Wortwahl unserer Dokumentationen stehen müssen, dass wir als identifizierbare Personen stärker im Fokus stehen und dass der Patient sich juristisch besser unser erwehren kann. Das Urteil wirkt sich nicht nur auf die forensische, sondern auch auf die gesamte Psychiatrie aus.

Das Verbot der Zwangsbehandlung, soweit diese lediglich der Erreichung des Vollzugszwecks dient, macht ganze Ländergesetze, genauer gesagt: Maßregelvollzugsgesetze, unwirksam. Psychiatrische Fachgesellschaften wie die DGPPN reagieren besorgt; Martin Zinkler hat hierzu kürzlich in Recht & Psychiatrie einen erfrischend optimistischen Kontrapunkt gesetzt (Zinkler, 2012). Alte Prinzipien der Sozialpsychiatrie wie „Verhandeln statt behandeln!“ werden in der Forensik wiederentdeckt.



Abb. 1: *Blinde Justitia?*

Zu einer kleinen politischen Erschütterung führte das Urteil zur Sicherungsverwahrung, das den Vorrang des Resozialisierungs- gegenüber dem Verwahrungs-Anspruch dekretiert hat. Die gesamte Gesetzgebung zur Sicherungsverwahrung ist neu zu fassen, das Abstandsgebot durch Baumaßnahmen und die Erfindung neuer Institutionen umzusetzen. Das durch das Parlament rasch hingeworfene Therapie-Unterbringungs-Gesetz (ThUG) provozierte eine hierzu-lande inzwischen selten gewordene Grundsatzdiskussion über den Krankheits- und Therapie-Begriff.

Das Urteil zur Privatisierung des Maßregelvollzugs vom Januar 2012 schließlich setzte der Privatisierungswelle forensischer Kliniken ein zumindest vorläufiges Ende. Es fordert die Rückbesinnung auf den hoheitlichen Auftrag und den Schutz der demokratischen Legitimationskette vor ihrer Verwandlung in eine profitable Produktionskette.

Das Aufregende an diesen Urteilen besteht somit darin, dass sich durch sie besonders eindrücklich die eingreifende Wirksamkeit des (juristischen) Wortes zeigt. Wirksam kann Recht immer nur da werden, wo es mit dem Bereich, innerhalb dessen es Wirksamkeit entfalten will, in Berührung kommt. Besonders gut sichtbar wird der Berührungspunkt zwischen beiden Bereichen, zwischen Recht und Psychiatrie, überall dort, wo beide zueinander in Konflikt geraten. Alle vier genannten Eingriffe des Bundesverfassungsgerichts in den Bereich der Maßregelpraxis haben bei Psychiatern zum Teil heftige Reaktionen hervorgerufen, die wir unter anderem in den einschlägigen Stellungnahmen der Fachgesellschaften wiederfinden können. Nun handelt es sich bei diesen

Reaktionen vor allem um in die Zukunft gerichtete Befürchtungen. Es gibt aber im Maßregelvollzug unterhalb der Ebene der Verfassungsgerichtsbarkeit auch die Konflikte zwischen Recht und forensischer Psychiatrie bzw. Psychotherapie, die das tatsächliche Alltagsgeschäft der beiden Professionen betreffen. Mit ihnen wollen wir uns im Folgenden kurz beschäftigen und dabei der Frage nachgehen, wie wir uns diesen Konflikten gegenüber positionieren: Betrachten wir sie als lösbar, als unlösbar oder vielleicht einfach nur als Ärgernis?

2. Konfliktbeispiele zwischen Recht und Psychiatrie

2.1. Schweigen – über oder als eine Tatsache?

Das Bild des schweigenden Angeklagten, der ohne seinen Anwalt gar nichts zu sagen bereit ist, kennen wir aus jedem Krimi. Nun gehört das Schweigerecht tatsächlich zum Kernbestand des Rechtsstaates. Adressat des Schweigerechts ist der Staat, es hat seine Wurzel vor allem im Schutz des Einzelnen vor staatlicher, früher auch kirchlich veranlasster Folter und dadurch erpressten Selbstbezeichnungen. Dies kann als unstrittig vorausgesetzt werden.



Abb. 2: Dienstkleidung der Bundesverfassungsrichter

Auch einem gemäß § 126a StPO neu in die Forensik aufgenommenen Patienten, der noch seine Hauptverhandlung vor sich hat, steht ein solches Schweigerecht zu. Allerdings kontrastiert dies mit unserem Bedürfnis, dem Patienten möglichst früh den Eintritt in die Behandlung zu ermöglichen. So wissen wir beispielsweise, dass etwa bei schizophrenen Erkrankungen der Verlauf umso ungünstiger ist, je länger mit dem Beginn der Behandlung gewartet wird. Verleugnung und Bagatellisierung bezüglich des Delikts werden sich mehr verhärteten, wenn über Monate hinweg, nämlich bis zur Hauptverhandlung, hierüber keine inhaltliche und damit auch keine therapeutische Auseinandersetzung möglich ist. Obwohl der Therapeut das rechtlich garantierte Schweigen akzeptieren wird, wird er beispielsweise dann, wenn es um diagnostische oder prognostische Einschätzungen geht, feststellen müssen, dass das Schweigen im Gegensatz zur Verantwortungsübernahme als Therapieziel steht, dass ein Neuanfang den Abschluss des bisherigen Lebensstils durch dessen Offenlegung seitens des Patienten sich selber gegenüber voraussetzt, und dass Offenheit hier für eine günstige Therapieprognose spricht.

Ein Schweigerecht besteht nicht nur vor der Hauptverhandlung, sondern auch nach dem gesprochenen Urteil. Beispielsweise hat der gemäß § 63 StGB untergebrachte Patient nicht die Verpflichtung, zusätzliche, bislang nicht gerichtlich verurteilte oder noch nicht justizbekannte Delikte zu offenbaren und sich so selbst zu belasten. Es kann aber auch sein, dass der Patient das bereits verurteilte Delikt nach wie vor abweichend von dem im Urteil geschilderten Ablauf darstellt oder auch ganz leugnet. Für den Therapeuten ist in einem solchen Fall wichtig, zu beachten, dass die Therapie auch im Maßregelvollzug nicht mit der Tatauseinandersetzung beginnt, sondern mit der Herstellung einer therapeutischen Beziehung. Es kann also durchaus sein, dass der Schwerpunkt der Therapieinhalte zunächst andere Probleme des Patienten, die dieser anbietet, in den Fokus nimmt und das Delikt gewissermaßen vorläufig umschifft. Allerdings besteht weitgehend Einigkeit darin, dass üblicherweise irgendwann im Therapieverlauf die Tat zum Thema werden muss. Prognostisch entscheidender als ein Bekenntnis zur Tat ist freilich, ob in der Auseinandersetzung mit der Tat eine Entwicklung erkennbar ist (Kröber 2006).

Der zu Deliktvorhaltungen schweigende Maßregelvollzugspatient führt uns zu der Frage, was überhaupt in diesem Zusammenhang unter "Tatsachen" zu verstehen sein soll. Bedeutet also hier das Schweigen lediglich die Äußerung des guten Rechts des Patienten, dessen Ausgangspunkt die Unschuldsvermutung darstellt und dessen Wahrnehmung zu keinen rechtlichen Nachteilen führen darf, oder ist das Schweigen hier eine empirische Tatsache, die von prognostischer Relevanz sein und dann, etwa bei Sachverständigen-Aussagen zur Legal-

prognose, durchaus auch dem Patienten zum rechtlichen Nachteil gereichen kann?

Im Strafprozess gilt zwar der Grundsatz „in dubio pro reo“ („im Zweifel für den Angeklagten“). Es handelt sich hierbei aber nicht um eine Beweis-Regel, sondern um eine Entscheidungs-Regel. Das bedeutet, dass nach diesem Grundsatz im Sinne einer normativen Beurteilung nach abgeschlossener Beweiswürdigung vorgegangen wird, gültig für den Fall, dass das Gericht nicht die volle Überzeugung von der Täterschaft gewonnen hat. Prognoseentscheidungen dagegen sind Wahrscheinlichkeitsfeststellungen, für die der Zweifelssatz nicht gilt (Meyer-Goßner 2004, S. 950).

Im Unterschied zur Betrachtung des Schweigens unter rechtlich-normativen Gesichtspunkten wird der psychiatrische oder psychologische Psychotherapeut Schweigen immer als Ausdruck einer bestimmten affektiv-kognitiven Verfassung verstehen: sei es als Ausdruck einer bewussten Entscheidung, die der Patient für sich getroffen hat, sei es als psychopathologisches Symptom, etwa als Mutismus bzw. im Rahmen eines Stupors, vielleicht auch als Ausdruck eines paranoid motivierten Verhaltens. In jedem Fall also, egal ob als psychopathologisches Symptom oder als Teil eines normalpsychologischen Repertoires aufgefasst, nimmt somit das Schweigen des Patienten für den Therapeuten die Qualität eines empirischen Befunds an. Zu prüfen wäre dann lediglich, ob es erfahrungswissenschaftlich belegbare Zusammenhänge mit Auswirkungen beispielsweise auf künftiges (Legal-) Verhalten gibt.

Wir wollen uns unsere Überlegungen zum Schweigerecht anhand von zwei klinischen Beispielen deutlich machen:

Patient A, jetzt 22 Jahre alt, wurde aus einem afrikanischen Waisenhaus heraus durch eine alleinstehende, sozial engagierte Ärztin adoptiert. Als Indexdelikt erstach er diese seine Stiefmutter im Rahmen einer heftigen Auseinandersetzung ums Taschengeld, wobei die Motivlage letztlich unklar blieb. Eine eindeutige psychotische Symptomatik fand sich nicht. Ab dem 14. Lebensjahr bietet der Patient Schulversagen, Drogenkonsum, Sachbeschädigungen und kleinere Körperverletzungsdelikte. Während der Unterbringung gemäß § 126 a StPO zeigte er immer wieder raptusartige Erregungszustände, ansonsten wirkt er überwiegend adynam, schweigt zur Tat über die gesamten sieben Monate bis zur Hauptverhandlung, setzt dieses Schweigen auch nach der Anordnung der Unterbringung gemäß § 63 StGB fort. Rechtlich steht Herrn A zu, weiterhin zu schweigen. Dennoch stellt dieses Schweigen ein prognostisch äußerst ungünstiges Faktum dar, weil es jeglichen Ansatzpunkt dafür verunmöglicht, gemeinsam mit dem Patienten Vorstellungen über einen Zusammenhang zwischen Störung und Tat zu erarbeiten und hieraus rückfallprophylaktische Maßnahmen abzuleiten.

Patient B, ein jetzt 35-jähriger Mann, wuchs unter extrem ungünstigen Bedingungen auf, der Vater war ein prügelnder Alkoholiker, die Mutter Prostituierte, sie brachte ihre Freier regelmäßig nach Hause, die sich wiederholt auch am Patienten vergingen. Zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr verübte der Patient mehrere Körperverletzungsdelikte und Vergewaltigungen, für die er aufgrund einer schweren Borderlinestörung als vermindert schulfähig angesehen und gemäß § 63 StGB untergebracht wurde. Nun befand er sich seit ca. 15 Jahren im Maßregelvollzug, hatte hier mehrere Jahre auf der forensischen Psychotherapiestation verbracht und sollte demnächst entlassen werden. Hierzu trat er in einer therapeutischen Wohngemeinschaft ein voraussichtlich halbjähriges Probewohnen an. Im Rahmen der polizeilichen Überprüfung bislang unaufgeklärter, viele Jahre zurückliegender Straftaten mithilfe neuester DNA-Techniken wurde nun gegen den Patienten der Verdacht erhoben, eine weitere Vergewaltigung im 19. Lebensjahr begangen zu haben. Sowohl gegenüber dem zuständigen Therapeuten als auch in der polizeilichen Vernehmung bestritt er zunächst den Tatvorwurf, auch in Rücksprache mit seinem Anwalt. Obgleich es dem Therapeuten nicht zusteht, den Patienten zu einem Geständnis zu drängen, bemühte er sich intensiv darum, Herrn B davon zu überzeugen, dass es problematisch sei, dass er diese Tat in den Jahren der Behandlung für sich behalten hatte, auch im Hinblick auf die Ansprüche des Opfers. Darüber hinaus sehe sich die Klinik außer Stande, die weitgehenden Lockerungen aufrechtzuerhalten, wenn sich die Offenheit des Patienten lediglich auf die ohnehin bekannten Sachverhalte beziehe. Letztlich gelang es, den Patienten für eine Aussage zu gewinnen. Durch deren Einbettung in den bisherigen Therapieverlauf gelangten Staatsanwaltschaft und zuständiges Gericht zu der Einschätzung, dass die eingeleiteten Resozialisierungsmaßnahmen fortgesetzt werden sollten und könnten.

2.2. Sind Gefühle „Anknüpfungstatsachen“?

Nicht nur das Schweigen des Patienten, auch sein Reden löst beim Therapeuten Gefühle aus, die wir üblicherweise als Gegenübertragung bezeichnen. Sind sie gewissermaßen „rechtsfähig“, können sie also – oder sollen sie vielleicht sogar – beispielsweise eine Rolle für Lockerungsentscheidungen innerhalb der Maßregel spielen?

Immer dann, wenn der Therapeut sich zu prognostischen Fragen äußert, und dies muss er innerhalb des Maßregelvollzugs ständig, schlüpft er gewissermaßen in die Rolle des Sachverständigen. Wie stellt ein Sachverständiger „Tatsachen“ fest? Der Sachverständige übermittelt Sachkunde und/oder wendet sie an. Unter Sachkunde versteht man hierbei die Beherrschung allgemeiner Erfahrungssätze, wobei er sein „Erfahrungswissen“ auf den vom Gericht vorgegebe-



Abb. 3: Hütte der Bundesverfassungsrichter

nen „Gegenstand“ – hier also auf den Patienten – anwendet (Meyer-Goßner 2004, S. 235).

Wie verhält sich dieselbe Angelegenheit aus Sicht des Therapeuten im Maßregelvollzug? Psychotherapie heißen alle Behandlungsmethoden, die auf die Seele oder den Körper mit Mitteln wirken, die über die Seele führen (Jaspers 1913/1973, S. 695 ff.). Psychotherapie ist somit die wesentliche Behandlungsmethode innerhalb der forensischen Psychiatrie oder muss sie jedenfalls sein. Wichtigster Wirkfaktor jeder Psychotherapie sind – empirisch gesichert – nicht spezifische Interventionstechniken, sondern die Gestaltung und Qualität der therapeutischen Beziehung (Wampold 2001; Ermann & Waldvogel 2012). Daraus ergibt sich, zusammen mit dem hohen fachlichen Gewicht emotionaler Prozesse in der Psychotherapieweiterbildung, dass die Erfassung von und der Umgang mit Gefühlen (zum Beispiel Gegenübertragung) und Atmosphären (Manipulation, Agieren) zur Sachkunde des Psychotherapeuten gehören. Folglich müssen Gefühle und Atmosphären Eingang in die juristische Diskursebene finden können.

Für den Dialog zwischen Justiz und Therapie (etwa in der jährlichen – § 63 StGB – bzw. halbjährlichen – § 64 StGB – richterlichen Anhörungssituation) ähnlich schwierig wie das Reflektieren über Gegenübertragungsgefühle ist die Beurteilung der Rolle von formaler Anpassung bzw. Verweigerungshaltungen.

Die Justiz verfügt bekanntlich über unterschiedliche Gesetze, in denen stationäre Therapie angeordnet werden kann, sei es in Gestalt der Sozialtherapeutischen Abteilungen der Justizvollzugsanstalten, sei es als stationäre Suchtentwöhnung gemäß § 35 BtMG, sei es als Maßregelvollzug gemäß §§ 63, 64 StGB. Speziell für § 64 StGB ist beispielsweise zu beurteilen, ob eine „hinreichend konkrete“ Erfolgsaussicht bei der Anordnung oder auch ob eine Aussicht

während des Unterbringungsverlaufs besteht oder ob eine Erledigung wegen Aussichtslosigkeit infrage kommt. Als Kriterium für die Erfolgsaussicht wird durch den BGH beispielsweise die voraussichtliche Dauer der Suchtbehandlung herangezogen und von Aussichtslosigkeit bei einem Behandlungsbedarf ausgegangen, der voraussichtlich drei Jahre überschreitet (BGH 3 StR 538/09, Urteil vom 11.3.2010). Dagegen wird gefordert, dass bei Motivationsmangel erst dessen "Gründe und Wurzeln" zu ermitteln seien (BGH 5 StR 413/09, Beschluss vom 10.11.2009).

Nun ist weder die Prognose eines Behandlungsbedarfs von mehr als drei Jahren noch die Ermittlung von Gründen und Wurzeln eines Motivationsmangels ein einfaches, quasi an handfesten Fakten orientierbares Geschäft. Selbst ein so scheinbar einfaches Merkmal wie äußere Anpassung kann höchst Unterschiedliches bedeuten. Bei einer deliktrelevanten Impulskontrollstörung beispielsweise mag äußere Anpassung einen Behandlungsfortschritt zeigen, während der prognostische Wert von Anpassung etwa bei Betrugsdelikten oder paraphil motivierten Taten meist gegen Null geht. Ähnliches gilt entsprechend für Verweigerungshaltungen während der Therapie. Auch die verbale Bekräftigung von Opferempathie, Motivation oder von erreichten Therapieeinsichten durch den Patienten in foro bedeutet für die Prognosestellung empirisch nichts.¹ Entscheidend ist aus therapeutischer Sicht vielmehr die Bereitschaft, sich im Behandlungsalltag kognitiv-emotional einzulassen und sich mit Krisen konstruktiv auseinanderzusetzen, sowie die Erkennbarkeit eines Veränderungsprozesses über die Zeit. Die Beschreibung solcher Prozesse ist freilich schwierig, vor allem dann, wenn sie in Form interpersonell nachprüfbarer "Fakten" geschehen soll.

Auch für den Bereich der ambulanten Nachsorge stellen sich vergleichbare Schwierigkeiten ein. Wie soll die Erfüllung von Therapieweisungen erfasst werden? Durch Festlegung einer Vorstellungsfrequenz?

Im ambulanten Bereich gibt es explizite Therapieweisungen gemäß § 68 b Abs. 2 Satz 2 und 3 StGB: „Das Gericht kann die verurteilte Person insbesondere anweisen, sich psychiatrisch, psycho- oder sozialtherapeutisch betreuen und behandeln zu lassen (Therapieweisung). Die Betreuung kann durch eine forensische Ambulanz erfolgen.“ Während nun solche Therapieweisungen nicht

¹ Nichtsdestoweniger kann sich das Äußern von entschuldigenden Worten, von Bedauern und von Änderungsbereitschaft in der Hauptverhandlung nicht nur auf das Strafmaß positiv auswirken, sondern dies kann im Einzelfall auch, sei es für das Opfer, sei es für den Täter, viel bedeuten. In diesem Sinn sind Gerichtsverhandlungen wichtige gesellschaftliche Rituale. Therapie soll durchaus auf diese Rituale Bezug nehmen, allerdings ohne sie lediglich unkritisch zu reproduzieren.

straßbewehrt sind, ist die Weisung von Vorstellungen beim Therapeuten, also die äußere Handlung, die für die Erfüllung der Therapieweisung deren raumzeitliche Voraussetzung darstellt, durchaus nach § 145 a StGB strafbewehrt. Allerdings kann der mangelhafte Erfolg einer Behandlung, also des Vorgangs, der auf innere Veränderung des Patienten abzielt und nicht strafbewehrt ist, gegebenenfalls zum Widerruf einer Maßregel-Aussetzung führen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass es sich bei der Vorstellungs- wie bei der Therapieweisung lediglich um eine Verpflichtung des Verurteilten handelt, nicht etwa der ihn behandelnden Institution.

Für den zuständigen Therapeuten bedeutet dies, dass die (strafbewehrte) Terminwahrnehmung des Patienten zwar „messbar“ ist, jedoch lediglich den Weg bzw. das Mittel darstellt. Der wesentliche Zweck dagegen, also die Behandlung, ist in diesem Sinn kaum „messbar“, wenn auch als Interaktionsform „spürbar“.² Was lässt sich dann tun, wenn zwar die Vorstellungs-, nicht aber die Therapieweisung erfüllt wird? Im Grunde das, was auch außerhalb der Forensik gemacht wird: Der Therapeut hat gar keine andere Option als die Rückgabe der Verantwortung an den Patienten selbst, zusätzlich im forensischen Kontext auch an die die Weisung erteilende Justiz. Und darin bestätigt sich dann auch der Sinn der oben erwähnten Einseitigkeit der Therapieweisung, die nur den Patienten selbst, nicht aber die behandelnde Institution in die Pflicht nimmt.

Sowohl im Vollzugsalltag der Maßregel-Klinik als auch der Sozialtherapeutischen Abteilung sind immer wieder prognostische Einschätzungen vorzunehmen, die sich üblicherweise an anerkannten Checklisten orientieren, wie sie auch für die Erstellung von Prognosegutachten empfohlen werden (Boetticher et al. 2006). Auch hier stellt sich wieder die Frage, inwieweit Rechtsbegriffe und Begriffe der forensisch-psychiatrischen Prognostik miteinander vereinbar sind.

Rechtlich gesehen steht es dem Untergebrachten zu, sich gegen die Unterbringung selbst oder bestimmte Umstände der Unterbringung (Lockerungsstatus, Verlegungen, vermeintliche oder tatsächliche Ungleichbehandlung, Ablehnung eines speziellen Therapeuten etc) gerichtlich zu wehren. Er kann sich hierzu der Unterstützung durch einen Rechtsanwalt bedienen. Es ist üblich, dass solche Schritte den Patienten emotional nicht gleichgültig lassen, was eine

² Dies gilt vor allem für persönlichkeitsgestörte bzw. neurotische Patienten. Bei anderen Patientengruppen, etwa vielen Psychosekranken, bei Depressiven, auch bei einem erheblichen Teil der Suchtkranken lässt sich der Behandlungsprozess natürlich auch häufig anhand der psychopathologischen Symptomatik, vielleicht auch von fremdanamnestischen Angaben, Laborwerten etc objektivieren.

eventuell schon bestehende Frontstellung zum Therapeuten akzentuieren und zu Ärger, Misstrauen und schließlich zur Aufkündigung der therapeutischen Beziehung führen kann. Trotzdem darf die Nutzung rechtlich ihm zustehender Mittel und Wege nicht zu rechtlicher Schlechterstellung führen.

Das Dilemma ist vergleichbar mit unseren Überlegungen zum Schweigen (s. o.). Zu den akuten dynamischen Prognosefaktoren werden beispielsweise gezählt (Quinsey 2006): Aufkündigung der therapeutischen Beziehung zu den Verantwortlichen, fehlende Berücksichtigung der Interessen anderer, unangemessenes Misstrauen, Verleugnung früherer Gewalthandlungen, Ärger, manische Symptomatik, unkonventionelle Einstellungen, flacher Affekt, Verworrenheit im Denken und in der Selbstorganisation sowie fehlende Compliance bei der Medikation. Schon diese Aufzählung macht deutlich, dass mehrere dieser akuten dynamischen Prognosefaktoren zugleich häufig als Begleiterscheinungen bei rechtlichen Auseinandersetzungen zwischen Patient und Institution anzutreffen sind: Aufkündigung der therapeutischen Beziehung zu den Verantwortlichen, unangemessenes Misstrauen und Ärger.

Was folgt daraus: Während einer rechtlichen Auseinandersetzung zwischen Patient und Institution sistiert die Therapie faktisch in den meisten Fällen. Die Auseinandersetzung kann aber, nach ihrem Abschluss, in ein erneuertes therapeutisches Bündnis münden. Ob dies der Fall sein wird, ist zunächst offen. Eine Lockerungsrücknahme kann für die Zeit der Auseinandersetzung, wegen der prognostischen Bedeutung der genannten Begleitaufekte seitens des Patienten, indiziert sein. Indikation und Schikane sind dann schwer auseinanderzuhalten – für alle beteiligten Seiten.

Wie schwierig es ist, eher implizit gemachte, quasi auf der affektiven Ebene angesiedelte Wahrnehmungen zu objektivieren, soll das folgende Beispiel aus unserem Maßregelvollzugsalltag beleuchten:

Herr C, 25 Jahre, ist wegen versuchter gefährlicher Körperverletzung untergebracht. Der Patient hatte während eines Gefängnisaufenthalts im Anschluss an eine Therapiesitzung, bei der er sich durch einen Mithäftling gekränkt gefühlt hatte, versucht, diesem ein Messer in den Bauch zu stoßen, was der Mithäftling jedoch durch eine Abwehrbewegung verhindern konnte. Aus der Liste der Vordelikte sind vor allem eine sexuelle Nötigung im Alter von 17 Jahren, eine Vergewaltigung mit 15 und mehrere Körperverletzungsdelikte zu erwähnen. Die Biografie ist von den ersten Lebensjahren an durch Missbrauch und Gewalt gekennzeichnet, weshalb er ab dem sechsten Lebensjahr in wechselnden Heimen lebte, auch einmal auf einem pädagogisch geführten Segelschiff. Als Diagnose wurden neben erheblichen dissozialen Zügen eine Borderline-Störung und eine Polytoxikomanie festgestellt. Spricht man das erste Mal mit

ihm, ist man erstaunt über seine Freundlichkeit, er wirkt bescheiden, verständig, etwas unsicher und hilfsbedürftig. In schroffem Gegensatz zu diesem Eindruck steht das Klima, das er meist nach kurzer Zeit auf den von ihm bewohnten Stationen manipulativ herstellt: Es kommt zu Gruppenbildungen innerhalb der Patientenschaft, die Freundin irgendeines bislang relativ unauffälligen Patienten wird dazu gebracht, Drogen einzuschmuggeln, man bastelt aus einem Rasierapparat eine Tätowiermaschine und gibt sich trotz jahrelanger Hafterfahrung überrascht, dass dies wegen der Gefahr der Virusübertragung, insbesondere Hepatitis und HIV, auf Station verboten ist. Kurz: innerhalb weniger Wochen bildet sich unter der unsichtbaren Regie unseres Patienten eine ausgesprochene „Knastatmosphäre“ heraus. Fragt man sich dann, welche konkret benennbaren Verfehlungen wir Herrn C nachweisen können, bleibt kaum etwas übrig. Und doch sind wir überzeugt, dass er die klimatischen Veränderungen bewirkt hat, und dass diese Form der Einwirkung auf seine Umwelt ein für ihn sehr typisches, gleichzeitig legalprognostisch ausgesprochen ungünstiges Verhaltensmuster ist. In juristisch haltbare Terminologie übersetzbar ist diese Überzeugung freilich nicht.

2.3. Beschwerden: Worum geht es „eigentlich“?

Wie die anderen bereits genannten Rechte ist auch das Beschwerderecht hoch zu schätzen, weil es dem Individuum innerhalb der Machtasymmetrie zwischen Einzelnem und Staat bzw. Institution Schutz verleiht. Es lassen sich die verschiedensten Beschwerde-Formen unterscheiden, so als Rechtsmittel der Berufung bzw. Revision gegen ein Urteil, als Verfassungsbeschwerde, als Petition, als Dienst- oder Fachaufsichtsbeschwerde, als formloses Beschwerdeschreiben, als stapelweise geschriebene Beschwerdebriefe oder auch als „unschlüssige, haltlose, beschimpfende, sich inhaltlich wiederholende querulatorische Strafanzeigen“ usw. Weil eine Nichtbescheidung „querulatorischer“ Beschwerden die Gefahr von Dienstaufsichtsbeschwerden und Landtageeingaben bewirkt, wird auch in solchen Fällen meist beschieden (Kockel 2001).

Ist man als Therapeut mit einer Beschwerde in einer der oben genannten Formen befasst, ist als erstes zu prüfen, worum es bei der Beschwerde „eigentlich“ geht.

Handelt es sich um eine sachlich „berechtigte“, „realistische“ Beschwerde? Es ist klar, dass zunächst der Inhalt für sich zu beurteilen ist, unabhängig von der die Beschwerde veranlassenden Person. Es ist unzweifelhaft, dass jede Maßregelvollzugsklinik – wie alle großen Institutionen, insbesondere solche, zu deren Aufgabe es gehört, in staatlichem Auftrag und kontrolliert, Macht, ja



Abb. 4: Entscheidung der Bundesverfassungsrichter

Gewalt auszuüben – gewissermaßen grundsätzlich einen erheblichen Kritikbedarf besitzt.

Selbst dann, wenn mit der vorliegenden Beschwerde eine berechtigte Kritik vorgebracht wird, wird sich für den Therapeuten dennoch die Frage stellen, inwieweit der Beschwerde zugleich auch Symptomcharakter zukommt, etwa im Rahmen einer querulatorischen Haltung. Dabei kann Querulanz Ausdruck ganz unterschiedlicher Problematiken sein. So mag es sein, dass dahinter eine Persönlichkeitsstörung oder auch nur bestimmte Persönlichkeitszüge stehen, oder paranoid motivierte Beschwerden. Querulanz mag Ausdruck von Institutionalismus sein, wobei sich dann die weitere Frage stellt, ob mit dem Institutionalismus der des Patienten gemeint ist oder der Institution selbst, ihr Antwortverhalten, ihre Rollenzumutungen etc. Querulanz kann Ausdruck von Abwehr sein, von Projektionen, Schutz des eigenen Narzissmus, Umleitung des Therapieflusses bzw. Ablenkung vom „Eigentlichen“ der Therapie, Querulanz kann aber auch Ausdruck des therapeutischen Fortschritts dieses Patienten sein, der sich nunmehr zumindest zum Widerspruch traut, wenn er auch vielleicht für sich das rechte Maß noch nicht gefunden hat.

Meist belohnt jede schriftliche Beantwortung seiner Beschwerde den „Querulanten“ und versetzt also dem Beschwerdekassell einen weiteren Schwung. Die Fliehkraft dieses Schwungs fehlt dann der Therapie. Insofern ist in solchen Fällen oft Nichtbescheidung trotz der damit verbundenen „Gefahr einer

Dienstaufsichtsbeschwerde“ der bessere Weg, sofern zugleich das therapeutische Gespräch, zumindest als Angebot, bestehen bleibt.

Auch hierzu ein Praxisbeispiel:

Herr D. wuchs bei seiner psychosekranken Mutter sowie seinem Vater, einem Schäfer, in der Lüneburger Heide unter extremer sozialer Isolation auf. Dennoch konnte er einen regulären Schul- und Lehrabschluss erzielen. Er lebt inzwischen allein und bietet überwiegend ein antriebsarmes, dysphorisch-depressives Zustandsbild, das gelegentlich von gereizt-maniformen Zuständen abgelöst wird. Diagnostisch schwanken die Gutachter zwischen chronischer Schizophrenie und schizoaffektiver Psychose. Mitte der neunziger Jahre war ein Verfahren wegen Schuldunfähigkeit eingestellt worden. Bei der Straftat hatte es sich um Gefährdung im Straßenverkehr gehandelt, aus Hass speziell gegen Frauen mit brünettem Haar hatte er versucht, eine solche Frau aktiv mit dem Pkw anzufahren. Mit der gleichen Begründung griff er im Jahr 2000 während eines Besuchs in Garmisch ihm fremde brünette Passantinnen an, indem er ihnen Reizgas in die Augen sprühte. Darauf erfolgte eine erste Unterbringung gemäß § 63 StGB. Im Jahr 2008 wurde er zur Bewährung in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen, von dort zog er nach einem Jahr in eine eigene Wohnung. Im Jahr 2010 begab er sich eines Abends in eine psychiatrische Klinik, nach eigener Angabe aufgrund großer Einsamkeit. Wegen nicht auszuschließender Suizidalität wurde er auf freiwilliger Basis stationär aufgenommen. Da er sich durch einen neben seinem Zimmer untergebrachten, mechanisch fixierten deliranten Mitpatienten „genervt“ fühlte, begab er sich in einem unbeobachteten Moment zu diesem, steckte ihm ein zusammengerolltes t-Shirt als Knebel in den Mund, zündete mit einem Feuerzeug an drei verschiedenen Stellen dessen Nachthemd an und drückte ihm, als der Patient zu schreien begann, ein Kissen auf das Gesicht. Nur weil in dieser Situation ein Krankenpfleger hinzukam, konnte der Tod des geschädigten Patienten verhindert werden. Herr D. ist seither erneut gemäß § 63 StGB in der forensischen Klinik untergebracht. Er verweigert bislang weitgehend Auskünfte über die Tat, die vom Gericht als versuchter Mord gewertet wurde, und er ist nach wie vor auf der besonders gesicherten Station. Er verhält sich wie früher überwiegend misstrauisch, bevorzugt eine Attitüde hochfahrender Abgehobenheit, beobachtet seine Umgebung kritisch und liebt es, vermeintliche oder auch tatsächliche Missstände anzuprangern. Hierzu schreibt er Petitionen an den Landtag, Beschwerdeschreiben an die Klinikleitung und gibt Strafanzeigen gegen Forensik-Mitarbeiter auf. Selbst wenn die eine oder andere Beschwerde sich als sachlich berechtigt herausstellt, und dies ist hier durchaus ab und zu der Fall, sind die Beschwerden für das therapeutische Weiterkommen des Patienten schon deshalb kontraproduktiv, weil sie ihn über die damit verbundene Bestätigung

seines Selbstwerterlebens in seiner bisherigen Haltung bestärken und so Bewegung im Sinne eines therapeutischen Fortschritts unterbinden.

3. Paradigmen-Konflikt – Konkurrenz oder Komplementarität?

Die drei dargestellten Konfliktbeispiele – Schweigen, Gefühle und Beschwerden – werden, wie wir gesehen haben, in Recht und Psychiatrie in sehr unterschiedlicher Weise als normative bzw. empirische „Tatsachen“ behandelt und gewürdigt. Die Vermutung liegt nahe, dass dies mit unterschiedlichen Paradigmen zu tun hat, auf die sich die beiden unterschiedlichen Disziplinen beziehen.

Der Paradigmenbegriff stammt aus den wissenschaftstheoretischen und wissenschaftshistorischen Diskussionen im Anschluss an die Kritik des Popperschen Falsifikationismus und dessen Modells vom wissenschaftlichen Fortschritt vor allem durch Thomas S. Kuhn. Unter Paradigma verstand dieser unhinterfragte Grundannahmen einer („normalen“) Wissenschaft anhand typischer, diese Wissenschaft charakterisierender Beispiele bzw. beispielhafter, erfolgreicher Lösungen (Kuhn 1962).



Abb. 5: sehende Justitia