

»Auf dem Weg zu mir«

Maßregelvollzug aus dem Blickwinkel einer Erfahrenen VON CLAUDIA FRANCK

Mit Mitte vierzig sah ich mich zum ersten Mal mit Inhaftierung konfrontiert. Obwohl ich seit drei Jahrzehnten kontinuierlich delinquentes Verhalten gezeigt hatte, riss der Geduldfaden der damit befassten Richter erst, nachdem ich die Schwere meiner Delikte drastisch gesteigert hatte. Nach meiner zweiten schweren räuberischen Erpressung kam ich in Untersuchungshaft. Dort fiel mir schnell auf, dass ich keineswegs besorgt oder unglücklich war, im Gegenteil: Ich kam nach vielen Jahren endlich wieder zur Ruhe. Die Aussicht, dass dieser Zustand andauern könnte und ich dem Beschaffungsdruck, den häuslichen Verpflichtungen und all dem, was ein Leben mit Suchtmittelabhängigkeit plus psychischen Krisen ausmacht, entkommen war, erschien mir durchaus erholsam. Nun erkannte ich, wie schlecht es mir über lange Zeit gegangen, was ich als normal zu betrachten gewohnt und wie aussichtslos trotz vorangegangener Therapien und zahlloser Entgiftungen, medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlungen mir meine Situation erschienen war. Als der Maßregelvollzug ein Thema wurde, ging eine neue Tür für mich auf. Verurteilt wurde ich zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von vier Jahren und Unterbringung nach § 64 StGB. Ich wurde in die IVR-Klinik in Bedburg-Hau verlegt.

Die stationäre Behandlung

Unterschiede im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB*

Im 64er-Maßregelvollzug behält man mehr Gestaltungsfreiraum bezüglich des eigenen Lebens, beispielsweise ist es leichter, eine »Rückführung« zu erreichen. Die halbjährlichen Anhörungen helfen, sich selbst und die Einschätzung durch den Therapeuten/das Gericht besser und schneller zu reflektieren.

Und die Verweildauer ist leicht zu errechnen, nicht völlig offen. Im 64er-Bereich scheint man weniger Aggression und unvorhersehbares Verhalten von Mitpatientinnen ausgesetzt zu sein. Leider gab es nur im 63er-Vollzug Angebote, wie z.B. dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) und Psychoedukation.

Therapeutisches Setting

Um den Maßregelvollzug zu nutzen, musste ich mich mit den vorgefundenen Gegebenheiten arrangieren. Es widerstrebte mir, fremden Menschen zu vertrauen, insbesondere solchen, die Macht über mich hatten. Zu Beginn der Behandlung verstärkte dies das Gefühl des Ausgeliefertseins. Dieser Zwang zum Vertrauen, ohne das keine therapeutische Beziehung zustande kommen kann, hatte für mich etwas von »Friss, Vogel, oder stirb!«. Es bedeutete, alle meine bisherigen Erfahrungen, all das, was mich bis dahin am Leben gehalten hatte, nützlich und notwendig gewesen war, über Bord zu werfen und mich dem auszusetzen, was ich wahlweise »neue Erfahrungen machen« oder »Re-Traumatisierung« nenne. Mein persönlicher Hintergrund und die daraus resultierenden großen Hürden, vor allem Ängste, wurden im Team wenig beachtet.

Das Pflegepersonal schien in erster Linie die Aufgabe zu haben, das Leben auf der Station zu strukturieren, die Einhaltung der Stations- und sonstigen Regeln zu kontrollieren sowie sämtliche Äußerungen und Aktivitäten der Patientinnen zu dokumentieren. Für uns Patientinnen ergab sich daraus eine Abhängigkeit in allen Belangen, sämtliche Bedürfnisse wurden von der Pflege bewertet, die Kontrolle war durchgreifend und permanent. Auch wenn sich mit dem Aufbau von Vertrauen durch »angemessenes« Verhalten, Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit seitens der Patientinnen einiges mit der Zeit leichter gestaltete, wurde weiterhin häufig jeder Äußerung mit mehr oder weniger Misstrauen begegnet. Einen gewissen Anteil an dieser im Pflgeteam vorhandenen Haltung hat sicher der Umstand, dass Sicherheit einen hohen Stellenwert einnehmen muss. Das Pflgeteam trug viel Verantwortung bei einem eher kleinen Entscheidungsspielraum.

Problematisch fand ich den »Seitenwechsel« (und den damit einhergehenden Verlust meiner bisherigen Identität); ich musste mich auf Menschen ohne kriminellen Hintergrund und anderen als den bekannten Regeln und Normen einlassen, ohne wirklich zu wissen, was mich nun erwartet und ob ich den neuen Anforderungen gewachsen sein

würde. Indem ich mich dafür entscheide, mich auf ein abstinentes und deliktfreies Leben einzulassen und vorzubereiten, mache ich auch deutlich, dass ich mich von meiner bisherigen Bezugsgruppe distanzieren werde. Bevor ich weiß, wie (und wer) ich nach erfolgreicher Therapie sein werde, ist damit ein Identitätsverlust verbunden. Von der alten will/soll ich mich verabschieden, eine neue ist noch nicht in Sicht. In diesem Moment stehe ich im stationären Setting ziemlich alleine da. Ich gehöre keiner der beiden größten Gruppen an, nicht mehr zu den Süchtigen, die sich zum Teil verraten fühlen, und noch lange nicht zu den »Normalen«, aus denen sich die Mitarbeiter rekrutieren. Das erfordert Mut. Ich fände es hilfreich, wenn dies vom Team besser wahrgenommen und auch kommuniziert würde.

Es ist schwierig, an sich selbst zu glauben und sich zu vertrauen, wenn niemand im Lebensumfeld dies tut. Wie die Mitpatientinnen ticken, weiß ich selber nur zu gut. Das Team vertraut mir berufsbedingt nicht. Und ich mir selber auch nicht – nach zwei Langzeittherapien, ohne die angestrebte Abstinenz zu erreichen, war ich lange rat- und mutlos.

Auf der Station gibt es immer auch eine informelle Struktur, eine, von der das Team bestenfalls ahnt. Das heißt, es gibt kein homogenes Milieu. An mich als Patientin werden weit mehr Anforderungen herangebracht, als offensichtlich ist, und ich muss Entscheidungen fällen und gegebenenfalls mit den Folgen leben, die ich vielleicht (noch?) nicht mit dem Team besprechen kann. Hierzu zählen auch Einflüsse von außen. Ab hier wurde für mich die Bezugspflege sehr wichtig – einen zuverlässig verfügbaren Ansprechpartner zu haben. Sie bot eine Möglichkeit, außerhalb der Therapiestunden Zeit mit einer professionellen Kraft zur Klärung der eigenen Situation zu verwenden. Damit diese Unterstützung auch in schwierigen Phasen gelingt, finde ich Konstanz in der Bezugspflege enorm wichtig.

Als Alternative zu alldem wäre eine Rückführung in die Justizvollzugsanstalt geblieben. Die Art der Behandlung von Patientinnen, die diesen Weg wählten, änderte sich von diesem Moment an sehr. Alle erreichten Stufen und Vergünstigungen wurden gestrichen. Sie wurden nur noch als Risiko angesehen. Wer in seiner Entscheidung noch nicht sehr gefestigt war und es sich eventuell noch anders überlegt hätte, tat dies nun sicher nicht mehr. Damit wurden unnötig Chancen vertan. Hier gibt es, auch was die Motivation



Foto: Thomas Siepmann, pixello.de

Hürden überwinden ...

zur Therapie allgemein betrifft, sicher Verbesserungspotenzial.

An mich geglaubt haben während meiner Zeit im Maßregelvollzug die Pflegemutter meines jüngsten Sohnes und mein Strafverteidiger. Dies fand ich enorm hilfreich. Es war auch gut, dass es Menschen waren, die

bensqualität gewinne, wie ich sie vorher nicht kannte und deshalb auch gar nicht für erstrebenswert hielt. Endlich konnte ich Ziele entwickeln außer dem, am Leben bleiben zu wollen. Ich glaube, in diesen Momenten entstand neben meinem Beharrungswillen mein persönliches Empowerment, der

diesen Besonderheiten und den sich dadurch ergebenden Phänomenen umzugehen.

Ich stelle es mir sehr schwierig für vollkommen therapieunerfahrene Patientinnen vor, zu verstehen, wie Therapie funktionieren und was ihr eigener Anteil daran sein kann. Insgesamt wurden wir mit diesem Er-



mir nicht familiär verbunden sind oder sehr nahestehen. So kam keinerlei Druck zustande. Ich war mir selber überhaupt nicht sicher, dass meine Therapie zum Erfolg führen würde, ich habe sie lange Zeit quasi »auf Probe« gemacht und mir gesagt: »Mal sehen, wohin es mich führt, zurück in die alten Muster kannst du jederzeit.« Und ich habe auch lange keine Abstinenzentscheidung getroffen. Ich war dazu einfach noch nicht in der Lage. Mit Fortschreiten der Behandlung und unter dem Eindruck der vielen neuen Erfahrungen, die ich machte, merkte ich irgendwann, dass ich geirrt hatte, als ich glaubte, ich könnte so einfach wieder zurück. Ich hatte einen Punkt erreicht, wo mein Leben von einer Qualität war, die ich nicht mehr missen oder aufs Spiel setzen wollte. Ich erkannte, dass Abstinenz nicht nur Verzicht bedeutet, sondern dass ich dadurch Le-

Wunsch, mein Leben in die Hand zu nehmen.

Während meines Aufenthaltes wurden in den gruppentherapeutischen Sitzungen nahezu ausschließlich die Suchterkrankungen thematisiert, die weiteren psychiatrischen Störungen blieben dem Psychiater vorbehalten und wurden gegebenenfalls medikamentös behandelt. Trotzdem fand ich es angenehm, mich in einem Umfeld zu bewegen, in dem Doppeldiagnosen üblich sind. Vorher hatte ich meist die Erfahrung gemacht, dass sich so gut wie niemand zuständig fühlt. Eine weitere Besonderheit war der Umstand, dass trotz Doppeldiagnose selten auf das Dreieck Erkrankung–Sucht–Delinquenz, sondern vielmehr auf Beziehungsmuster–Sucht–Delinquenz geachtet wurde. Meine psychiatrischen Diagnosen waren dem Team wohl geläufig, jedoch habe ich während meiner Behandlung keinerlei Strategien erlernt, mit

kennen vollkommen alleingelassen. Manche Patientinnen gaben dann im Raucherzimmer und bei jeder sich bietenden Gelegenheit zum Besten: »Dies ist eine Verhaltenstherapie!«, ohne sich über die Bedeutung im Klaren zu sein. Sich durch Literatur schlauzumachen wurde höchst ungern gesehen.

Es gab wenig Konfrontation. Bei den Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit noch wesentlich weniger als bei denen aus dem Bereich illegaler Drogen. Die häufig wiederholte Aussage, man müsse erst mal lernen, uns einzuschätzen, fand ich zuerst vollkommen einleuchtend, bis mir im Lauf der Zeit klar wurde, dass das Misstrauen ein dauernder Bestandteil des Umgangs mit uns während unseres stationären Aufenthaltes und auch später in der Dauerbeurlaubung bleiben würde. Von uns Patientinnen wurde einerseits erwartet, Regelverstöße unserer

Mitpatientinnen offenzulegen und keinerlei »Verträge« einzugehen, andererseits bekamen wir bei solchen Gelegenheiten oft zu hören: »Bleiben Sie bei sich!«

Das oben genannte Misstrauen erschwerte auch die Kontakte zu Angehörigen. Die Kommunikation am Telefon und bei Besuchen auf der Station war eher abschreckend. Für Maßregelvollzugspatienten bedeutet dies eine Erschwerung ihrer Rückkehr in die Gesellschaft, wenn Halt gebende familiäre Bindungen während der Unterbringung unter diesen Bedingungen leiden. Der Wert sozialer Bindungen scheint nicht hoch angesehen zu werden. Angehörige brauchten ein großes Beharrungsvermögen, gute Nerven und viel Kontrolle über ihre Emotionen und häufig auch verständliche Verärgerung, um eigentlich Selbstverständliches zu erreichen. Patientinnen, deren Angehörige sich ihre Frustration anmerken ließen oder nicht so funktionierten, wie das Team vorgab, wurde die Verantwortung dafür gegeben.

Der Schritt nach draußen

Durch die lange Isolation auf der Station und den dortigen Bedingungen der Rundumversorgung liegen erzwungenermaßen viele ehemals vorhandene Fähigkeiten (auch berufliche) brach oder gehen ganz verloren. Ich finde es wünschenswert, dass (je nach vorhandenen bzw. fehlenden Ressourcen der Patientinnen) früher oder später mehr Augenmerk auf die berufliche Situation gelegt wird, in der sich die Patientin bei der Arbeitsfreigabe befinden wird. Ich habe eine große Blauäugigkeit bezüglich der realen Chancen auf dem Arbeitsmarkt erlebt. Zu Aus- und Fortbildung wurde nicht ermutigt, Patientinnen, die eine solche wünschten, mussten gegen viele Widerstände beim Team kämpfen. Dieser Zustand wurde noch verschärft durch das Fehlen jeglicher Möglichkeit, sich mit modernen Kommunikationsmedien und computerisierter Arbeit auseinanderzusetzen. Hier könnten Gruppenangebote, (Fort-) Bildungsmöglichkeiten und Zugang zu Information helfen. Der Ausblick auf die Situation der Patienten nach der Entlassung und eine bessere Vorsorge und Stärkung ihrer Ressourcen und Kompetenzen kann sicher die Reintegration in die Gesellschaft erleichtern und fördern. Wichtig finde ich die gute Vernetzung der multiprofessionellen Teams mit allen weiteren mit den Patienten befassten Kräften in der Klinik und gegen Ende der Therapie auch mit der FÜNA (forensische Überleitungs- und Nachsorgeambulanz). Ganz allgemein wünsche ich mir eine Stärkung der Position der Pflegenden, mehr Präsenz des Teams auf der Station, weniger Rückzug ins Stationszimmer, bessere und



... den richtigen Weg finden

häufigere Ansprechbarkeit. Im Idealfall ist das Pflgeteam die Unterstützung meines Maßregelvollzugs, und ihre Mitarbeiter sind mir ein Gegenüber und nicht nur Sanktionen erteilende Organe.

In der Dauerbeurlaubung fand ich hilfreich, dass es neben der Option, mir noch während meines stationären Aufenthaltes eine Arbeit und später eine Wohnung zu suchen, auch die Möglichkeit gab, in eine »Adaptionseinrichtung« zu wechseln. Diese Strategie der kleinen Schritte ist mir gut bekommen, ich hatte dadurch seltener das Gefühl der Überforderung und konnte mich gut nach und nach aus den Bezügen zur Station lösen. Andere professionelle Begleiter traten an die Stelle der Bezugspflege und des Therapeuten. Soziale Kontakte, die ich durch den langen stationären Aufenthalt inzwischen nahezu ausschließlich in der Klinik hatte, wurden durch neue im sozialpsychiatrischen Kontext ergänzt. Zu diesem Zeitpunkt war ich nur begrenzt in der Lage, eigenständig tragfähige Beziehungen aufzubauen, so dass diese »geschenkten Kontakte« sehr wichtig waren; ich wäre sonst in selbst gewählter Isolation versunken.

Schwierig finde ich die Situation in der Versorgung durch Sozialpsychiatrische Dienste. Nach meiner Erfahrung, sowohl als Nutzerin dieser Angebote wie auch als Profi in meiner Tätigkeit als EX-IN-Genesungsbegleiterin, gibt es dort große Vorbehalte und Ängste bezüglich der Inklusion von Patientinnen und Patienten aus dem Maßregelvollzug. Dabei könnten diese Einrichtungen und deren Angebote viel Unterstützung bieten. Nicht alles sind Angelegenheiten, mit denen sich die FÜNA befassen muss und kann.

Mit dem Wechsel in die Adaptionseinrichtung war die Arbeitsfreigabe verbunden. Ich

fand schnell zwei Arbeitgeber, die trotz des Zusatzvertrages, auf dessen Abschluss das Team besteht, bereit waren, mich einzustellen. Ebenso schnell stellte sich aber heraus, dass ich durch meine bisherige Lebensweise schwere körperliche Schäden davongetragen hatte, die mir die Ausübung meiner bisherigen Tätigkeiten unmöglich machten. So kam ich schließlich zu einem Grad der Behinderung (GdB) von hundert Prozent, was auf der Station mit Unbehagen zur Kenntnis genommen wurde und zu einer beruflichen Trainingsmaßnahme führte, um meine Belastungsgrenzen festzustellen. Nebenbei habe ich die Ausbildung zur Genesungsbegleiterin gemacht und im Anschluss auch Arbeit gefunden. Während der Wartezeit auf beide Maßnahmen wurde ich 2011 bedingt entlassen. Ich habe meine Politik der kleinen Schritte beibehalten, mir ein ambulant betreutes Wohnen gesucht, eine gute Selbsthilfegruppe und Arbeit, die mir Freude macht. Unabhängigkeit habe ich für mich ganz neu definiert; es geht schon lange nicht mehr um den Verzicht auf Suchtmittel, sondern um die freie Gestaltung meiner zweiten Lebenshälfte. Ich kann für mich sagen, dass ich vom Maßregelvollzug profitieren konnte und ich es ohne diese Unterstützung vermutlich nicht geschafft hätte, mich so zu entwickeln, wie ich es getan habe. Geblieben ist mir eine unerschwellige Unsicherheit in persönlichen Beziehungen und die häufige Frage, ob meine Empfindungen »normal« sind, also auch bei Gesunden vorkommen, ob es Gefühle sind, die ich aufgrund meiner Defizite habe, die aus dreißig Jahren »Dichtsein« und der damit verbundenen Unfähigkeit, Erlebtes zu verarbeiten und mich weiterzuentwickeln, herrühren, oder ob es krankheitsbedingte Zustände sind.

Für die nähere Zukunft der Verhältnisse im Maßregelvollzug fände ich es gut, wenn auch dort die Einbeziehung Erfahrener vorgebracht würde und Patientinnen und Patienten daraus Hoffnung schöpfen können und erleben, dass sich das Einlassen auf eine Behandlung für sie lohnen kann. ■

Claudia Franck ist EX-IN-Genesungsbegleiterin.
E-Mail: franck.claudia@hotmail.de

* § 63 StGB: Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus – bezieht sich auf *schuldunfähige* oder *vermindert schuldfähige* Straftäter, die aufgrund ihrer Erkrankung als für die Allgemeinheit gefährlich gelten und von denen weitere erhebliche Straftaten (Gewaltdelikte, aber auch Sexualdelikte) zu erwarten sind. Diese Maßregel ist unbefristet.

§ 64 StGB: Unterbringung in der Entziehungsanstalt – bezieht sich auf *suchtkranke* Straftäter. Diese Maßregel ist grundsätzlich auf zwei Jahre befristet, wobei sich die Aufenthaltsdauer in der Maßregel durch entsprechende Höchstfristberechnungen verschieben/verlängern kann (nach Wikipedia).