

»Erst wirst du hoffnungslos und dann wirst du faul«*

Was spricht gegen die stationäre Maßregel und was ist zu tun? VON ULI LEWE

In memoriam Johnnie K. Baxstrom (1918–66), der als Insasse einer Hochsicherheitsklinik für psychisch kranke Straftäter in New York mit Hartnäckigkeit und Intelligenz deren Schließung durch alle Instanzen höchststrich-terlich erstritt.

Foto: Denise, pixelio.de



Das Kapitel über ›Mentally Disordered Offenders‹ im »Oxford Handbook of Criminology« wird mit der Aussage eingeleitet: Wenn man psychisch kranke Rechtsbrecher, wenn auch ursprünglich aus Wohltätigkeitsgründen, als juristische Sondergruppe behandelt, dürfe man sich in Zeiten repressiverer (Rechts-)Politik nicht wundern, dass diese besonders darunter zu leiden hätten (Peay 2007). Die Entwicklung der psychiatrischen Maßregel (§ 63 StGB) in Deutschland bestätigt diese Einschätzung.

Extreme Expansion

Die Zahl der jährlichen Unterbringungsanordnungen nach § 63 StGB stieg in den letzten zwanzig Jahren kontinuierlich an, die Zahl der Entlassungen sank, was die Anzahl der auf unbestimmte Zeit Eingeschlossenen von 2500 auf 8000 ansteigen ließ. Der Anteil der Psychosekranken stieg um den Faktor 3 überproportional, sodass sie heute die größte Diagnosegruppe im psychiatrischen Maßregelvollzug stellen (Kutscher et al. 2009). Bemerkenswert ist, dass im gleichen Zeitraum die Anzahl der im Strafvollzug Einsitzenden

»Für die Wegschlussdauer gibt es keine objektivierbaren Maßstäbe«

von 76 000 auf 72 000 sank. Fazit: Mehr Repression für den psychisch kranken Rechtsbrecher – sein Anteil an der Straftäterpopulation wird absolut und relativ immer größer –, weniger Repression für den Nichterkrankten (Statistisches Bundesamt 2014).

Der überproportionale Anteil der Psychosekranken ist schwer nachzuvollziehen, da wissenschaftlich belegt ist, dass von ihnen kein größeres Kriminalitätsrisiko ausgeht als von der Normalbevölkerung. Sie haben nur das Pech, dass die Inzidenz ihrer Erkrankung mit der Inzidenz von Gewaltkriminalität in der Normalbevölkerung zusammenfällt – 80 Prozent beider Ereignisse fallen in die Altersgruppe bis 39 Jahre (van der Werf et al. 2014; Statistisches Bundesamt 2014; Kutscher et al. 2009; Fazel et al. 2009; Gäbel/Wölwer 2010; Piontek et al. 2012).

Juristische Diskriminierung

Durch die Unterbringungsanordnung nach § 63 StGB sind die Maßregelvollzugs(MRV)-Insassen einer mehrfachen juristischen Diskriminierung ausgesetzt:

(a) Sie sind durch den § 63 StGB einer tendenziell faschistoiden Rechtsauffassung unterstellt. Das Unterbringungsende ist nicht definiert, und die Pflicht der Beweislast ist zuungunsten des Patienten umgekehrt (Kammeier 1996).

(b) Der § 63 StGB verstößt gegen den Artikel 14 der UN-Behindertenrechtskonvention: »... dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.«

(c) Sie werden als einzige Tätergruppe ohne Berücksichtigung der Schwere der Straftat der Maßregel der Führungsaufsicht unterstellt (§ 67 StGB).

(d) Wird die Unterbringungsanordnung vor dem 21. Lebensjahr ausgesprochen (§ 7 Jugendgerichtsgesetz [JGG]) werden jüngere MRV-Insassen den sozialtherapeutisch vielfältigeren Einflussmöglichkeiten des JGG entzogen.

(e) Ihnen wird im Gegensatz zu anderen Straftätern automatisch das Wahlrecht entzogen (§ 13 Ziff. 3 Bundeswahlgesetz).

Denn sie wissen nicht, was sie tun – keine Maßstäbe für Indikation und Dauer der Unterbringung

Die durchschnittliche Dauer der Unterbringung schwankt nicht nur von Bundesland zu Bundesland, sondern auch zwischen Maßregelvollzugseinrichtungen des gleichen Bundeslandes erheblich – von 2,2 Jahren in Bremen bis 9,8 Jahren in Schleswig-Holstein (Heinz 2011; Köpke 2010; Traub/Weithmann 2011). Ebenso stark differiert die Anzahl der Unterbringungsanordnungen im Verhältnis



Thomas Riesner: Mensch mit Wunden

zur strafmündigen Bevölkerung von Bundesland zu Bundesland – von 0,33/100 000 in Brandenburg bis 2,29/100 000 in Berlin (Heinz 2010). Das heißt, die Dauer der Unterbringung und das Risiko, MRV-Patient zu werden, sind im Land ungleich verteilt und, unterstellt, dass weder Richter noch Therapeuten noch Gutachter willkürlich zu handeln glauben, kann man aus diesen Zahlen schließen, dass es sowohl für die Indikation zum Maßregelvollzug als auch für die Wegschlussdauer keine objektivierbaren Maßstäbe gibt.

Sinnlos und teuer – die stationäre Behandlung im MRV

Es gibt keine evidenzbasierten Nachweise, dass die stationäre Unterbringung im Maßregelvollzug eine besondere therapeutische und legalprognostische Wirksamkeit erzielt – im Gegensatz zur ambulanten Behandlung, wie neuere Untersuchungen zeigen (Schmidt-Quernheim/Seifert 2014; Butz et al. 2013). Die wenigen Studien zur Legalbewährung (forciert) entlassener forensischer Patienten sagen relativ übereinstimmend aus, dass etwa 80 Prozent der als gefährlich eingeschätzten Patienten eine positive Legalbewährung hatten, egal, ob ihre Entlassung geplant war oder gegen die Empfehlung der Institution höchstrichterlich erzwungen wurde (die forcierte Entlassung). Diese Erkenntnis verdanken wir dem oben erwähnten Johnnie K. Baxstrom (Steadman/Cocozza 1974), der als erster zwangspsychiatrisierter Insasse die Schließung einer Hochsicherheitsklinik erstritt. Das nächste Experiment mit einer forcierten Entlassung wird in Italien stattfinden, wo alle psychiatrischen Justizkrankenhäuser geschlossen werden müssen.

Totale Institution und totalitäre Ideologie: die Falsch-Positiven und ihr »Sonderopfer«

Die Ergebnisse der Studien zur Legalbewährung (forciert) entlassener forensischer Patienten** belegen aber nicht nur die Unwirksamkeit des stationären Maßregelvollzugs, sondern weisen auch nach, dass sich 80 Prozent der Patienten zu Unrecht in einer solchen »Behandlung« befinden (die so genannten Falsch-Positiven, also die Menschen, die zu Unrecht als gefährlich eingestuft wurden). Zur Rechtfertigung dieses Unrechts wird gern ein Argument ins Feld geführt: Das sei leider ein »Sonderopfer«, dass die

psychisch Kranken zwecks Sicherheit der Gesellschaft bringen müssten. Abgesehen davon, dass die Psychiatrie-Erfahrenen schon etliche Opfer bringen, wie eine verkürzte Lebensdauer, häufigere und frühere Multimor-

rer entlassener Straftätergruppen (Dessecker 2012). Daraus folgert der Verfasser, dass »die geschilderten Daten zur Legalbewährung von entlassenen Sicherungsverwahrten und Patienten des psychiatrischen MRV« darauf hinweisen, »dass deren Gefährlichkeit häufig überschätzt wird« (ebd.). Insofern braucht einem auch vor der Schließung der psychiatrischen Justizkrankenhäuser in Italien nicht bange zu sein, denn bei dem in Italien gut ausgebauten ambulanten psychiatrischen Betreuungsnetz wird auch die Legalperformance der frei zu lassenden Psychiatriegefangenen im Vergleich ziemlich gut sein.

Hospitalisierung oder warum Therapie in der stationären Maßregel nicht funktioniert

Die Unterbringung in einer totalen Institution wie dem stationären Maßregelvollzug fügt mit dem Zwang, sein Leben unter einem 24-stündig wirksamen einheitlichen juristisch-therapeutischen Zwangsregime zu verbringen, allen Beteiligten mehr (Patienten) oder weniger (Mitarbeiter) Hospitalisierungsschäden zu.

Für Menschen mit Psychosen ist ein stationärer Aufenthalt, der die Dauer einer akuten Krise überschreitet, Gift. Denn nach der Behandlung einer akuten Krise besteht die Therapie darin, mit ihnen einen Platz im Leben zu finden, der ihrer je individuellen Stressbelastbarkeit und Vulnerabilität angemessen ist – und das geht nur im richtigen und nicht im simulierten Leben. Im simulierten Leben genehmigt sich dann der Psycho-

tiker seine Psychose, weil ihm langweilig und öde ist, oder er zieht sich total zurück, weil er nicht die richtige Dosis Lebensanreiz bekommen kann. Und wenn er dann nach einer Weile mit diesen institutionsbedingten Überlebensweisen die Geduld der Mitarbeiter überstrapaziert, wird er als »Nichttherapierbarer« in eine »long stay«-Einrichtung expediert.

Auf andere Weise gilt dies auch für persönlichkeitsgestörte Menschen. Bei denen aktiviert das Eingesperrtsein, der Nachtabschluss, der extreme Zwang zur Unterordnung, die körperliche Überwältigung genau die Schemata, die er in Kindheit und Jugend als Überlebensstrategie entwickelt hat und die dann im Erwachsenenalter dysfunktional geworden sind. Und wenn sie dann nach einer Weile ... siehe oben.

Das erste Dilemma für alle therapeutischen Mitarbeiter lautet also: Therapeute ich



Protestplakat, Demo Psychiatrie-Erfahrene, 2014 in Gießen

bidity, größeres Risiko, Opfer von Gewalt- und Tötungsdelikten zu werden (Aderhold 2010; Hiroe 2001), möchte ich die Verfechter dieses Arguments auf Folgendes hinweisen: Hätten Sie auf einer der vielen Denkmalsentwürfen, Gedenkveranstaltungen und Symposien zum Thema »Euthanasie« zugehört und aufgepasst, könnten Sie wissen, dass »Euthanasie« so geht: 1. definieren und registrieren; 2. ideologisch entwerten und zu Gemeinschaftsschädlingen/Sicherheitsrisiken erklären; 3. internieren; 4. ermorden. Der erste und dritte Punkt sind schon erledigt, die Sonderopferverfechter beteiligen sich gerade an der Ausarbeitung des zweiten.

Legalbewährung

Die »Legalperformance« – die allgemeine Rückfalldelinquenz – der entlassenen Maßregelvollzugsinsassen ist besser als die ande-

hier eine Erkrankung, oder bekämpfe ich die Überlebensstrategie eines eingesperrten Subjektes? Das komplementäre Dilemma für den Patienten lautet: Wenn ich meine Überlebensstrategien aktiviere, dann komm ich hier nicht raus!

»Ihnen vertrauen, da müsste ich ziemlich blöd sein. Im Zweifel sind sie nämlich immer gegen mich.« Gut auf den Punkt gebracht von einem forensischen Insassen: das zweite Dilemma des Mitarbeiters, nämlich gleichzeitig Schließer und Therapeut zu sein. Damit erhält jede Beziehung eine Injektion von Misstrauen, die die Therapie zu einer unendlichen Geschichte werden lässt und den stationären Aufenthalt unsinnig verlängert.

Das dritte Dilemma lautet: Jede Station hat einen offiziellen (das Stationskonzept) und einen inoffiziellen (unterschiedliche Einstellungen der Mitarbeiter) Lehrplan. Beide ändern sich ständig, stimmen selten überein und nötigen dem Patienten nicht vereinbare Handlungsalternativen ab oder zwingen ihn zum Lügen. So zum Beispiel, wenn seine analytisch orientierte Therapeutin von ihm Einsicht qua Deliktbearbeitung fordert und der Leygraf-geschulte Oberarzt ihm vermittelt, das sei bezüglich seiner Entlassung kein wichtiges Thema. Näheres hierzu im anschaulich und ohne Selbstmitleid geschriebenen Buch »Ich oder Ich« von Mathias Illigen, in dem er seine Patientenerfahrungen in der stationären Forensik beschreibt (Illigen 2011).

Dies ganze verquaste System wurzelt in einer faschistoiden Strafrechtstradition, befördert die Stigmatisierung Psychiatrie-Erfahrener, diskriminiert sie durch das Gesetz und macht therapeutisch und legalprognostisch keinen Sinn – nur: Kliniken und Gutachter leben prächtig davon. Derzeit gibt es wenig Anzeichen dafür, dass dieser skandalöse Zustand korrigiert wird.

Was ist zu tun?

Da der § 63 StGB eindeutig gegen die von Deutschland ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention verstößt, ist er aus dem Strafgesetzbuch zu streichen und der Neubau von Psychiatriegefängnissen ist zu stoppen. Da es Jahre dauern wird, bis diese Forderungen umgesetzt sind, hier ein Vorschlag, was die Gemeindepsychiatrie bis dahin tun kann: Sie trägt eine Mitverantwortung für die skandalöse Expansion des Maßregelvollzuges, da sie nach der gerichtlichen Unterbringungsanordnung gemäß § 63 StGB ihre Patienten in der forensischen Psychiatrie üblicherweise alleinlässt und sich nicht weiter um ihre Reintegration kümmert. 79 Prozent der forensischen Patienten hatten vor ihrer Unterbringung Kontakt zum allgemeinsy-

chiatrischen System (Kutscher et al. 2009), und auch zu den anderen 21 Prozent der Patienten, die über das Unterbringungsverfahren erstmals mit der Psychiatrie in Berührung kommen, wäre leicht ein Kontakt herzustellen. Diese unsinnige (und von beiden Seiten gewollte?) Arbeitsteilung zwischen den psychiatrischen Teilsystemen liefert die Patienten Macht- und Interessenspielen aus, verlängert und verteuert ihren Aufenthalt in der Forensik und befördert aktiv ihre langjährige und schädliche Hospitalisierung. Durch ein »gemeindenahes Begleit- und Empfangskomitees für forensische Patienten« ließe sich diese Systemschädigung der Patienten reduzieren.

Und so kann Kooperation gelingen:

(a) Grundidee

In einer definierten Region (Großstadt, Landgerichtsbezirk) übernimmt das Komitee die Verantwortung für die gemeindenahen (Re-)Integration forensischer Patienten. Dabei haben das Unterbringungsdelikt oder die Dauer der bisherigen Unterbringung keine Rolle zu spielen.

(b) Aufgaben des Komitees

■ Das Komitee ist der zentrale Ansprechpartner für die forensischen Entlasseinrichtungen.

■ Es initiiert in den forensischen Bezugseinrichtungen mit Patienten und dortigen Mitarbeitern eine »Heimat-/Biografiegruppe«, um mit potenziellen Rückkehrern deren Biografie zu erforschen und durch einen Rehistorisierungsprozess ein Rückkehrinteresse gerade bei Langzeituntergebrachten zu wecken und zu fördern.

■ Das Komitee bezieht die Angehörigen in die Entlassungsplanung mit ein.

■ Das Komitee garantiert den forensischen Entlasseinrichtungen zeitnah die Bereitstellung einer fachgerechten Behandlungs-, Wohn- und Tätigkeitsstruktur.

■ Es erarbeitet mit den Entlasskandidaten, ihren Bezugspersonen und ihrem zukünftigen Bewährungshelfer Vorschläge für Weisungen, die dadurch weniger schematisch, individueller und durch die Mitsprachemöglichkeit des Patienten auch verbindlicher werden.

(c) Aufgaben der entlassenden Kliniken/Träger

■ Sie informieren, wie viel und welche Patienten aus der entsprechenden Region kommen.

■ Sie arbeiten in der »Heimat-/Biografiegruppe« mit.

■ Sie benennen Mitarbeiter als Kontaktperson/Mitglied für das Komitee.

■ Sie stellen Informationen über den Entwicklungsfortschritt und potenzielle Entlassdaten von Patienten zur Verfügung.

■ Sie arbeiten an den Weisungsvorschlägen mit.

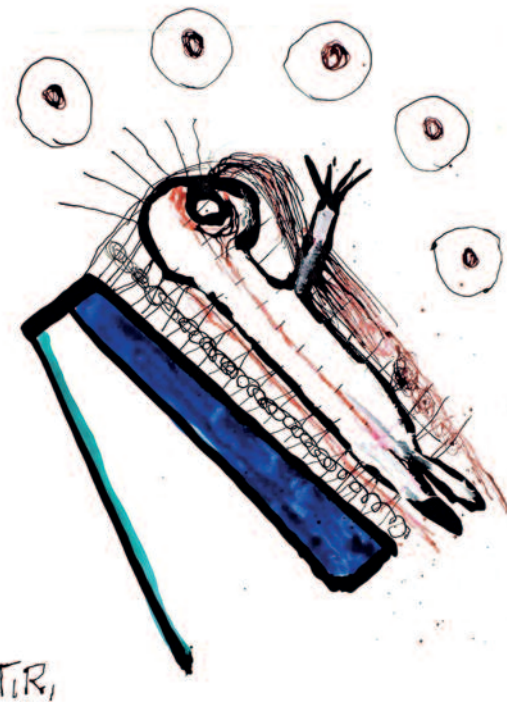
(d) Wer sollte in dem Komitee mitarbeiten?

Für die Mitarbeit im Komitee sind vorzusehen:

- die Führungsaufsicht des entsprechenden Landgerichtsbezirks,
- die Betreiber der gemeindenahen Behandlung-, Wohn- und Beschäftigungsstrukturen,
- Vertreter der entlassenden Kliniken und ihrer Träger,
- Angehörigenvertreter,
- Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen (möglichst mit forensischer Erfahrung),
- Psychiatriereferent der entsprechenden Region.

So weit der Vorschlag. Man braucht dazu keine neuen Gesetze und Verordnungen. Er ist Menschenfreundlich, bei mäßigem Einsatz eher leicht umzusetzen und seine Finanzierung durch die beschleunigte Entlassung aus dem stationären Setting eine betriebswirtschaftlich lohnende Investition. ■

Thomas Riesner: »Gewalt antun«



Uli Lewe, Jg. 1948, Diplom-Psychologe mit »marxistisch-dörneristisch-theweleitistischem Grundrauschen im Kopf«, 2003–2013 auf einer geschlossenen forensischen Station in einer allgemeinpsychiatrischen Klinik tätig; aktuell in einer Ambulanz für psychisch kranke Haftentlassene beschäftigt; Mitarbeit im Fachausschuss Forensik der DGSP.
E-Mail: ulewe@t-online.de

Literatur (und Tabellen) beim Verfasser.

* Ein Maßregelinsasse.

** In Tabellenform zusammengefasst.