

Integrieren oder Ausstoßen? Wie wirklich Sicherheit entsteht.

Ein an Therapie und Vernunft orientiertes Sicherheitskonzept im Maßregelvollzug.

Die Überschätzung der Gefährlichkeit vieler Maßregelpatienten

Sicherheit gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen und so verwundert es nicht, dass in einer erregten Öffentlichkeit Schlagworte die Diskussion um Sicherheit beherrschen. Emotional treffen diese Schlagworte den entscheidenden Punkt, dass nämlich Sicherheit absolut sein müsse und es kein Restrisiko geben dürfe. Rational betrachtet sind Schlagworte, wie etwa "Sicherheit vor Therapie", aber unbrauchbar. Ohnehin sind sich Öffentlichkeit, Medien und Bundeskanzler darin einig, dass insbesondere Sexualstraftäter im Maßregelvollzug für immer nicht nur ein- sondern weggesperrt werden müssten. Um keinen Zweifel daran zu lassen, dass es keine Form von Therapie geben dürfe, die auf eine Freilassung abzielt, heißt es auch oft, dass die Täter "in einer Anstalt lebenslang verwahrt", statt in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt werden sollten. Die Frage "Wohin mit den Tätern" ist also oft nur eine rhetorische Frage. Um maximale Gefahrenabwehr zu legitimieren, geht man bei jedem Patienten des Maßregelvollzuges von einer ständig vorhandenen, situationsunabhängigen, extremen Bedrohung aus. In öffentlichen Diskussionen wird vielfach der tendenziöse Eindruck erweckt, als handle es sich bei Maßregelpatienten ausschließlich um Sexualstraftäter, und im speziellen um Sexualmörder.

In einem 1998 in der Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform erschienenen Artikel von RÜTHER wird über internationale Erfahrungen bei der Behandlung von Sexualstraftätern berichtet. Dabei werden zur Charakterisierung des öffentlichen Diskurses 2 Statistiken sowohl über den Umfang der Presseberichterstattung zum Thema Kindesmissbrauch, als auch zur Entwicklung der Zahl von Sexualmorden gemäß der polizeilichen Kriminalstatistik gegenübergestellt. Entsprechende Publikationen sind zwischen 1971 und 1996 um das 10fache angestiegen. Die Zahl der Sexualmorde zwischen 1971 und 1995 ging dagegen auf etwa ein Drittel zurück.

Verschlechterung der Behandlungsbedingungen durch überzogene Medienkritik

Das gesteigerte Medieninteresse an psychisch kranken Straftätern hat also sicher andere Ursachen als eine gestiegene Gefährdungslage. Ob dieses Interesse einer tatsächlichen Verbesserung der Sicherheit dient, kann bezweifelt werden. Vielfach ist im Zusammenhang mit öffentlicher Polemik die sinnvolle Weiterentwicklung des Maßregelvollzuges erheblich beeinträchtigt worden. Bundesweite sensationelle Berichterstattung, vor allem im Fernsehen, verstärkt eine ohnehin schon bestehende Mystifizierung von und Vorurteile gegen Maßregelpatienten und kann durch eine damit verbundene Verschlechterung von Resozialisierungschancen zu einer erhöhten Gefährlichkeit beitragen. Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz einer Einrichtung scheint mir daher in erster Linie für die unmittelbare Umgebung und für eine interessierte (Fach-) Öffentlichkeit sinnvoll zu sein.

Tatsächlich ist Sicherheit nicht mit der Formel des Wegsperrens zu beschreiben, sondern Sicherheit ist ein weites Feld. Ein Sicherheitskonzept muss **differenziert** sein, denn die Menschen sind verschieden. Diese Selbstverständlichkeit bleibt z.B. dann unbeachtet, wenn bei jedem Patienten vor der Entlassung ein externes Prognosegutachten - häufig unnötig und teuer - gefordert wird. Sicherheitsmaßnahmen müssen nämlich auch **gezielt** sein. Pauschale Maßnahmen dienen oft nur einer trügerischen Beruhigung, sind aufwendig und können Therapien behindern.

Sicherheitskonzept als Ersatz der fehlenden inneren Struktur des Patienten

Die heute vielfach herbei geredete Polarisierung von Sicherheit und Therapie kann jedoch nicht nur zur Verwerfung von Therapie als vermeintlich risikostiftendem Unterfangen führen, sondern kann auch Patienten und Behandler dazu provozieren, Maßnahmen zur Sicherheit als feindselig oder behindernd zu erleben. In Wirklichkeit ist notwendige Sicherung eine wesentliche Voraussetzung im Rahmen der Entwicklung und Behandlung des Patienten.

Ein Sicherheitskonzept stellt zunächst einmal eine Struktur dar, die dem Patienten fehlt. Es substituiert Ich-Funktionen etwa der Selbststeuerung, der Binnen- und Außenwahrnehmung und der Realitätswahrnehmung. Eltern stellen bei der Erziehung ihrer Kinder solche Strukturen zur Verfügung und ersetzen noch fehlende Ich-Leistungen. Die Sorge, dass dem Kind nichts passiert und das Kind keinen Schaden anrichtet, begleitet die Eltern ständig. Eltern können aber nur dann angemessene Sicherheitsmaßnahmen ergreifen, wenn sie ihr Kind und seinen Entwicklungsstand genau kennen. Sie können dann sicher entscheiden, mit welchen Gegenständen das Kind spielen, wie lange das Kind auf der Straße bleiben darf und wann es abends das Haus verlassen muss. Für die Entwicklung des Kindes hätte es gleichermaßen fatale Folgen, wenn die Eltern dem Kind unangemessene Freiheiten einräumen oder aber

es zu stark einengen würden. Beides - und dies hat auch für die Behandlung von Patienten Bedeutung - rächt sich später. So ist es beispielsweise unvernünftig und

letztendlich gefährlich, wenn unterschiedslos alle Sexualstraftäter einer Einrichtung bei Ausgängen mindestens 1 zu 1, also jeweils von einem Bediensteten begleitet werden müssen und noch nicht einmal in einer größeren Gruppe extramurale Lockerungen bekommen können. Wann soll dann jemals ein Schritt in völlige Freiheit erfolgen? Andererseits etwa führt es nicht selten zu einer Überforderung, wenn Strafgefangene nach nicht ausreichender Vorbereitung plötzlich einen ganzen Tag lang alleine Ausgang erhalten.

Tatsächlich gibt es im Maßregelvollzug zwischen den einzelnen Einrichtungen enorme Unterschiede in der Handhabung von Lockerungen. Sinnvollerweise finden diese in angemessenen Schritten statt. Fragwürdig wiederum ist es, wenn solche Schritte einem starren Stufenschema folgen, das zwar den Behandlern manche Entscheidung vermeintlich erleichtert, sich aber zu wenig an den individuellen Fähigkeiten der Patienten orientiert.

Sicherungsmaßnahmen müssen auch in sich **logisch** sein und dürfen nicht mehr schaden als nützen. So wäre es beispielsweise falsch, als Disziplinarmaßnahme den Schulbesuch zu sperren, oder einen Patienten, der alkoholisiert aber friedlich ist, in jedem Fall auf eine Wachstation zu verlegen.

Martialische Sicherheitseinrichtungen machen Angst und erhöhen die Gefährlichkeit

Wie zuvor schon angesprochen, besteht in der Gesellschaft eine massive Tendenz, psychisch kranke Straftäter für immer auszuschließen. Dementsprechend spürt man auch im Maßregelvollzug ein Bestreben in Richtung Ausgrenzung. Manche Einrichtungen konzentrieren sich auf eine martialisch wirkende, äußere, bauliche Sicherung, so dass der Eindruck entsteht, man wolle die Patienten bekämpfen. Die Wirkung auf Patienten, Mitarbeiter und Außenstehende ist verheerend. Statt Ängste abzubauen und Sicherheit auszustrahlen, entsteht eine Atmosphäre paranoider Kontrolle.

Gefährdet wird insbesondere die Basis jeglicher Behandlung und jeglicher Sicherheit, nämlich Nähe zum Patienten und gegenseitiges Vertrauen. Statt gezielt im Einzelfall spezielle Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen, werden nicht selten alle Patienten unnötig eingeschränkt. Dadurch werden oft Entwicklungsmöglichkeiten erstickt und die Atmosphäre vergiftet. Solche Installationen haben u.a. ihre Ursache darin, dass man in der Öffentlichkeit den Maßregaleinrichtungen misstraut, dass deshalb von den politisch Verantwortlichen pauschale restriktive Maßnahmen gefordert werden und so ein Kreislauf entsteht, der die Arbeitsbedingungen in der Einrichtung immer weiter verschlechtert. Die negative Wirkung solcher paranoid-restriktiver Konzepte zeigt sich aber meist nicht sofort etwa in Form zunehmender Übergriffe, sondern zunächst findet eine Einschüchterung und nachfolgende Unterwerfung der Patienten statt. Die Dampfkesseltheorie, dass Druck immer Gegen- druck erzeugt, scheint zunächst nicht zuzutreffen. Im Gegenteil nimmt die Konflikt- haftigkeit mancher Patienten zunächst scheinbar sogar ab. Es wird eine Regression zu infantiler Abhängigkeit wie in totalitären Staaten erzeugt. Keineswegs handelt es sich bei der Anpassung der Patienten um wirkliche Selbststeuerung sondern nur um äußere Kontrolle und Unterwürfigkeit. Sobald der Druck nachlässt, sobald das System Schwächen erkennen lässt, brechen Willkür und Devianz um so heftiger durch. Dies ist spätestens bei Lockerungen und Entlassungsplanungen der Fall. Nicht zuletzt werden breite Möglichkeiten sozialen Lernens in einer solchen repres- siven Institution zunichte gemacht.

Die Bedeutung eines guten Klimas und der Kommunikation

Dabei ist es für die Sicherheit von entscheidender Bedeutung, welches Klima innerhalb einer Einrichtung besteht. Ein gutes Klima hat nicht bloß kosmetischen Wert, sondern ist lebensnotwendig für die Zusammenarbeit mit den Patienten, für ihre Entwicklung und für die Möglichkeit, Konflikte mit den Patienten gemeinsam wahrzunehmen und zu bearbeiten. Wesentlich für ein gutes Klima sind vielfältige Möglichkeiten der Kommunikation innerhalb der Klinik wie nach außen. In der Einrichtung muss es **Lebendigkeit, soziales Leben** und ein **hohes Maß an Interaktionen** geben können. Schließlich müssen die Patienten wieder eine **Perspektive** bekommen, einen **Sinn** in ihrem Leben empfinden können, selbst wenn diese Perspektive nicht auf eine baldige Entlassung gerichtet ist.

Kommunikation innerhalb der Einrichtung bedeutet, dass die Patienten mühelos Zugang zu allen Mitarbeitern und auch untereinander haben. Es muss in reichem Maße die Möglichkeit geben, dass die Patienten untereinander Freundschaften, auch homosexuelle Freundschaften, pflegen können, und dass in vielfältigen Gruppensituationen alle möglichen Interessen der Patienten gefördert werden. Besonders

wichtig sind auch extramurale Aktivitäten, sei es mit einzelnen Patienten oder in der Gruppe, wodurch besonders viel Vertrautheit zwischen Mitarbeitern und Patienten entsteht.

Kommunikation nach außen heißt zuerst einmal, dass die früheren aber auch neue Beziehungen der Patienten nach draußen aufrechterhalten werden können. Dazu gehören etwa großzügige Besuchsregelungen ebenso wie Ausführungen nach Hause. Als außerordentlich wichtig und von den Patienten sehr intensiv in Anspruch genommen hat sich in Moringen die Einrichtung von sechs kleinen Appartements mit Wohnzimmer, Schlafzimmer, Kochecke, Dusche und WC erwiesen, wo die Patienten stundenweise, über Nacht oder über einige Tage lang mit Partnern wie in einem Hotel leben können. Damit erhalten selbst Patienten mit ungünstiger Prognose eine Perspektive, um ihr Isoliertsein zu überwinden. Schließlich müssen Kommunikation, soziales Leben und Lebendigkeit ähnlich wie in der Alltagspsychiatrie durch Gelegenheiten und Räume gefördert werden wie etwa durch eine von Patienten selbst betriebene Teestube oder eine Cafeteria.

Zur Perspektive der Patienten gehört ferner, dass sie ihren Lebensraum so weit wie möglich selbst gestalten, dass sie sich weitgehend selbst versorgen und dass sie Einfluss nehmen können, sei dies in einem Stationsforum oder in einer Hauszeitung. In Bezug auf Sicherheit könnte man, salopp ausgedrückt, formulieren, dass die Patienten, die noch den Abwasch erledigen müssen, keine Zeit haben zum Ausbrechen.

Sicherheit durch Integration

Es kommt also gerade auch unter Sicherheitsgesichtspunkten darauf an, dass Patienten integriert und nicht ausgegrenzt werden, und dass es für viele Patienten spezialisierte Behandlungsangebote gibt, mit denen sie zu erreichen sind. Auf diese Weise können u.U. auch Patienten mit schwersten Delikten im Rahmen des Kliniksettings ohne die geringste Gefährdung relativ freizügig behandelt werden.

Integration bedeutet aber nicht, dass die Klinik oder der einzelne Therapeut oder ein Team jeden Patienten halten und therapieren können müssen. Eine einzelne Einrichtung kann nicht immer mit allen Störungen und Schwierigkeitsgraden fertig werden. Bestimmte Patienten müssten von einer sonst üblichen Freizügigkeit und den therapeutischen Angeboten soweit ausgeschlossen werden, so dass sowohl ihre eigene Lage im Vergleich mit anderen Patienten qualitativ wird, als auch die übrigen Patienten gegebenenfalls unter unnötigen Restriktionen zu leiden haben. Insbesondere, wenn die prognostische und juristische Situation hoffnungslos ist, müssen für solche Patienten andere Unterbringungsformen gefunden werden.

Das Ertragen solcher Patienten mangels Alternativen oder aus falsch verstandenem therapeutischen Enthusiasmus heraus kann bei Zwischenfällen verhängnisvolle Folgen für die Institution haben. Selbst wenn eine Behandlung von schwer gestörten Menschen mit massiven Delikten allem Anschein nach erfolgreich verlaufen würde, könnte man sich des Therapieerfolgs doch niemals so sicher sein, dass eine Entlassung angesichts eines immer noch ungeheuren Risikos gewagt werden könnte. Dabei handelt es sich aber um eine äußerst geringe Zahl von Patienten, von denen allerdings ein ungleich höheres Sicherheitsrisiko als von anderen ausgeht.

Bei allen übrigen Patienten, deren Behandlung sich die Einrichtung gewachsen fühlt, muss unbedingt eine Integration versucht werden, nicht nur um ein therapeutisches Arbeitsbündnis herzustellen, sondern um sie auch für eine Sicherheitspartnerschaft zu gewinnen. Vielfach wird angenommen, den Patienten sei Sicherheit nicht wichtig und sie seien etwa nur darauf aus, entweichen zu können; die Institution und die Mitarbeiter dagegen seien die einzigen, die sich um Sicherheit bemühen. Eine solche Einstellung unterschätzt die Vernunft und den Wunsch der Patienten zur Mitarbeit völlig. Lässt man beispielsweise Patienten über Sanktionen beraten, so plädieren sie oft für viel härtere Strafen, als es die Institution vorsieht. Viele Patienten spüren sehr genau, dass ihnen Ich-Funktionen für eine adäquate Selbststeuerung fehlen und nicht selten wird eine sanktionierende, begrenzende, aber auch Sicherheit gebende Reaktion der Klinik geradezu provoziert. Vom lautstarken Protest gegen solche Maßnahmen im Einzelfall darf man nicht ableiten, dass die Patienten diese Maßnahmen innerlich nicht akzeptieren könnten.

Manche Patienten brauchen Grenzen, Festigkeit und Geduld, um ihren Impulsen Widerstand entgegenzusetzen. Was den Patienten dagegen schadet, ist Härte, Kälte oder Ausgrenzung. Nur Festigkeit, die mit Güte und Wohlwollen verbunden ist, kann akzeptiert werden. Hasserfüllte oder vorwurfsvolle Reaktionen haben alle Patienten in ihrem Leben schon zur Genüge erfahren, ohne dass sich dadurch etwas gebessert hätte.

Entscheidend schließlich für die Integration und Sicherheit sind die **spezifischen therapeutischen Angebote**, die den Patienten helfen, Konflikte zu bewältigen, gestörte und defizitäre Lebensmöglichkeiten zu entwickeln, ein verletztes Selbst gesunden zu lassen und Bindungen einzugehen.

Kooperation des Behandlungsteams

Kommunikation, gute soziale Beziehungen und Integration sind aber nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Mitarbeiter lebensnotwendig. Der Behandlungserfolg hängt nicht nur von der individuellen Kompetenz der einzelnen Mitarbeiter, sondern auch von ihrer Zufriedenheit und ihrer Fähigkeit zur Kooperation ab. Teamarbeit, die nicht nur dem Namen nach besteht, ist therapeutisch besonders wirksam und schafft die Grundbedingungen für den richtigen Umgang mit den Patienten und für eine zutreffende Einschätzung.

Dazu müssen die Mitglieder des Teams genügend selbständig sein können, und auch das Behandlungsteam insgesamt muss autonom genug sein, um ein eigenes Konzept verwirklichen zu können. Die fachliche und freundschaftliche Verbunden-

heit eines Teams muss durch ausreichend viele Teamsitzungen und durch Projektarbeit, wie zum Beispiel regelmäßig stattfindender Teamtage außerhalb der Einrichtung, entwickelt und aufrechterhalten werden.

Schließlich muss jedes Team die Möglichkeit zur **Teamsupervision** haben, um die Konflikte mit den Patienten, aber auch die eigenen Belastungen durch die Arbeit auffangen und bearbeiten zu können. Durch Teamsupervision, gegebenenfalls auch Einzelsupervision, kann in problematischen Fällen eine psychische Dekompensation von Mitarbeitern verhindert werden, die unter Umständen Anlass großer Gefährdungen sein kann. Mitarbeiter zum Beispiel, die in einer schwachen Position außerhalb des Teams stehen, sind nicht selten besonders anfällig für Verstrickungen mit Patienten, da sie bei diesen die Anerkennung und Zuwendung suchen, die ihnen im Team versagt bleibt. Im einfachsten Fall entstehen schon Sicherheitsrisiken dadurch, dass wichtige Beobachtungen und Informationen über die Patienten nicht weitergegeben werden.

Zusammenarbeit bei der prognostischen Einschätzung

Das komplizierteste und für die öffentliche Sicherheit bedeutsamste Problem im Maßregelvollzug ist die prognostische Einschätzung bei intra- und extramuralen Lockerungen und bei der Entlassung. Neben der psychologisch-kriminologischen Bewertung einzelner prognostischer Faktoren aus der Biographie des Patienten heraus stellt die Beobachtung seines Verhaltens und seiner Entwicklung das wichtigste prognostische Instrument dar. Dabei trifft allerdings die Vorstellung, die nicht selten in der Öffentlichkeit anzutreffen ist, nicht zu, jede Lockerungsentscheidung wäre mit ungeheurem prognostischem Aufwand verbunden. Auch fast alle Eltern können mit sehr sicherem Gefühl entscheiden, ob es für ihre Kinder richtig ist, dass sie um sieben, neun oder elf Uhr abends zu Hause sein müssen, ohne dass sie dazu wissenschaftlichen Rat brauchen. Ebenso können 80 bis 90 % aller Lockerungsentscheidungen ohne viel Aufwand und sehr sicher getroffen werden. Bei einer Zahl von über 300 Patienten im Landeskrankenhaus Moringen finden im Jahr etwa 7000 bis 8000 solcher Entscheidungen statt. Besonders wichtig sind dabei grundsätzliche Entscheidungen, wie beim ersten begleiteten und mehr noch beim ersten unbegleiteten Ausgang eines Patienten.

Um wichtige Entscheidungen adäquat treffen zu können, muss man sich auf den Sachverstand, die Beobachtungsgabe und das Einfühlungsvermögen aller Mitarbeiter, die den Patienten kennen, stützen können. An sicherheitsrelevanten Entscheidungsprozessen müssen auch die Mitarbeiter beteiligt werden, die vielleicht nicht unmittelbar mit dem Patienten arbeiten. Die Entscheidungen brauchen sowohl Breite, müssen aber auch alle Hierarchieebenen, vom Zivildienstleistenden bis zum Leiter der Einrichtung, umfassen. Dies kann nur gelingen, wenn sich alle Mitarbeiter in solche Entscheidungsprozesse wirklich mit einbezogen fühlen. Nur so entsteht eine sichere Basis oder ein **Netzwerk von Verantwortung**.

Eine besondere Rolle spielen natürlich die Erkenntnismöglichkeiten, die durch eine intensive Therapie gewonnen werden können. So entsteht die Tiefe einer prognostischen Entscheidung, die sich ja nicht nur am äußeren Verhalten orientieren darf.

Der Sicherheitsbeauftragte

In Niedersachsen gibt es im Maßregelvollzug die Position eines Sicherheitsbeauftragten. Er übt in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Direktor, dem er dienstlich unterstellt ist, in verschiedenen sicherheitsrelevanten Bereichen Kontrollen aus, sorgt für den Austausch sicherheitsrelevanter Informationen und steht z. B. im direkten Kontakt mit der örtlichen Polizei und der Bevölkerung. Er trägt durch seine Hinweise auch zur prognostischen Entscheidungsfindung bei. Es gibt im Landeskrankenhaus Moringen zwei Sicherheitsbeauftragte, nämlich jahrzehntelang in der Psychiatrie erfahrene Krankenpfleger, die neben einem handwerklichen Vorbereitungs- oder Fortbildungsinstitut in der Psychiatrie absolviert haben. Sie sind daher auch in der Lage, zu den Patienten gute Kontakte zu pflegen und vertreten keineswegs etwa Standpunkte eines „advocatus diaboli“.

Mit Hilfe der Sicherheitsbeauftragten erhöht sich die für alle sicherheitsrelevanten Fragen und Vorgänge wichtige **Redundanz**, so dass z. B. sichergestellt ist, dass Entschlüsse auf ausreichenden Informationen beruhen, und dass entsprechende Vorgänge und Anordnungen korrekt durchgeführt werden. Die Sicherheitsbeauftragten haben schließlich eine Vermittlerrolle zur unmittelbaren Umgebung der Klinik, vor allem auch zur Polizei.

Manchmal wird die Befürchtung geäußert, die Institution des Sicherheitsbeauftragten könne dazu führen, dass das Verantwortungsgefühl der übrigen Mitarbeiter durch Delegation von Verantwortung zurückgeht, konnte in Moringen nicht beobachtet werden. Vielmehr führt die verstärkte Beachtung von Sicherheitsroutinen zu einer erhöhten Integration von Verantwortlichkeit in den klinischen Alltag. Dass sich für die Aufgabe des Sicherheitsbeauftragten nur menschlich kompetente, kommunikationsfreudige und nicht zwanghafte oder paranoide Persönlichkeiten eignen, versteht sich von selbst.

Prognostische Entscheidungshilfe durch externe Sachkompetenz ?

Selbst bei optimaler prognostischer Entscheidungsfindung, basierend auf Entscheidungsprozessen in allen Ebenen der Einrichtung kann allerdings in manchen Fällen eine in ungünstiger Weise emotional gefärbte Sichtweise entstehen. Dies lässt sich nur verhindern, indem man Entscheidungshilfe durch Sachkompetenz von außerhalb der Klinik in Anspruch nimmt. Zu einem ganz wesentlichen Teil wird dies durch die ständige Supervision der Mitarbeiter gewährleistet. Ferner können in schwierigen Fällen externe Gutachter beauftragt werden - in Nordrheinwestfalen finden Begutachtungen regelmäßig alle 3 Jahre statt - und schließlich können der Träger oder die

Justiz in Form der zuständigen Staatsanwaltschaft oder der Strafvollstreckungskammer um Entscheidungshilfe angefragt werden.

In Niedersachsen, als einem von wenigen Bundesländern, ist es Gesetz, dass die Staatsanwaltschaft vor jeder extramuralen Lockerung gehört, bzw. bei Urlaub auch um Zustimmung ersucht werden muss. Diese Praxis funktioniert seit Bestehen des Maßregelvollzugsgesetzes 1982 überwiegend gut und hat in manchen Fällen zu einer kooperativen Begleitung der Entwicklung von Patienten durch die Staatsanwaltschaft geführt. Zum einen wurden tatsächlich bisweilen wichtige Hinweise oder Bedenken geäußert, die zu einer nochmaligen Überprüfung Anlass gaben und zum anderen scheint diese Form der Mitverantwortung sowohl Vertrauen im Bereich der Justiz, als auch in der Öffentlichkeit zu bewirken. Es geht dabei weniger in jedem Falle um eine fachlich tief fundierte Kontrolle, sondern darum, dass überhaupt eine Kontrolle von außen ausgeübt wird. Bei schweren Einweisungsdelikten ist es die Regel, dass den zuständigen Staatsanwaltschaften bei Lockerungsanträgen die Entwicklung des Patienten und die prognostische Einschätzung über ihn detailliert dargestellt wird. Nicht zuletzt kann die durch die Staatsanwaltschaft mitgetragene Verantwortung auch ein wichtiger Schutz für die Mitarbeiter der Maßregelanstalten sein.

Vor einigen Jahren hat KOBBE in der Zeitschrift "Recht und Psychiatrie" über die Arbeit einer sogenannten "Prognoseberatenden Fachgruppe" in Eickelborn berichtet. Diese Fachgruppe setzt sich aus einem Psychologen, einem Arzt und einem Krankenpfleger zusammen, die entsprechende Kompetenz aufweisen. Sämtliche von den Stationen befürworteten Lockerungsvorschläge werden von dieser Fachgruppe geprüft. Zweifellos hat sich dabei eine wichtige zusätzliche Qualitätsverbesserung von Lockerungsentscheidungen ergeben.

DITTMANN hat mehrfach über die Arbeit der externen schweizerischen "Fachkommission zur Beurteilung gemeingefährlicher Straftäter" berichtet, die eine Überprüfung von Lockerungsentscheidungen durch eine außerhalb der Institution gelegene Instanz gewährleisten soll. Dieser Kommission gehören drei Experten an.

Der Wert solcher zusätzlicher prognostischer Beurteilungsinstanzen sowohl innerhalb der Klinik als auch von außerhalb kann in Abhängigkeit von der Kompetenz der verantwortlichen Experten beträchtlich sein. Zu bedenken ist allerdings auch, dass vor allem eine Instanz von außen nicht in dem Maße über Informationen aus dem Netzwerk von Sicherheitskommunikation aller Mitarbeiter verfügt, wie die Einrichtung selbst und dass eine solche Prüfinstitution weniger beratende sondern de facto oft Entscheidungsfunktion besitzt, also ein eigenes Machtzentrum darstellt. Da eine solche Instanz nicht auch für die Durchführung der Therapie verantwortlich ist, könnte eine auch für Sicherheitsbelange schädliche, einseitige Sichtweise entstehen.

Schließlich muss sich der Leiter der Einrichtung persönlich mit jeder problematischen Lockerungsentscheidung aufs genaueste auseinandersetzen. Ich selbst führe im Beisein von Mitarbeitern mit nahezu jedem Patienten vor einer wesentlichen neuen Lockerungsentscheidung, zum Beispiel vor einem unbegleiteten Ausgang, ein Gespräch.

Die Bedeutung angemessener, ästhetisch akzeptabler baulicher Sicherungsmaßnahmen

Bauliche Sicherungen haben für den geschlossenen Bereich des Maßregelvollzuges selbstverständlich große Bedeutung. Ein nicht ausreichend gesichertes Fenster kann im Falle eines Ausbruchs eine ansonsten erfolgreiche therapeutische Arbeit in Misskredit bringen. Für gewisse Patienten, gewisse Bereiche und gewisse Situationen im Maßregelvollzug ist die Zuverlässigkeit baulich-physikalischer Maßnahmen unerlässlich.

Gleichzeitig senden aber baulich-physikalische Sicherheitsinstallationen unübersehbare Signale aus, die von Patienten, Mitarbeitern und Außenstehenden sofort verstanden werden. Solide, vernünftige Grenzen führen die Patienten nicht in Versuchung, einen Ausbruch zu wagen. Manche Patienten spüren genau, dass sie einen Schutz vor sich selbst brauchen und delegieren diesen Schutz unbewusst an die Einrichtung. Es wäre verhängnisvoll, wenn bauliche Sicherheitsmaßnahmen deshalb vernachlässigt würden, weil sie als peinlich empfunden werden. Eine solche Einstellung rächt sich und führt schließlich aufgrund von äußeren Interventionen vielleicht am Ende zu weit überzogenen restriktiven Einschränkungen.

Andererseits - und dafür gibt es leider viele erschreckende Beispiele - wird teilweise derart mit Beton und Stacheldraht gewütet, dass unweigerlich düstere Assoziationen etwa an ein Straflager entstehen. Wie fatal solche martialischen Sicherheitseinrichtungen sind (s.o.), erkennt man auch daran, dass die Medien sich auf derartige Bilder geradezu stürzen: Stacheldrahtbewehrte Zäune, gigantische Türanlagen, kahle Flure und Überwachungskameras. Dabei haben die meisten spektakulären Zwischenfälle im Maßregelvollzug nichts mit mangelnder physikalischer Sicherung, sondern mit problematischen Lockerungsentscheidungen zu tun gehabt.

Derart monströse Sicherheitsanlagen sind oft nur in sehr beschränktem Umfang notwendig und sinnvoll. Bauliche Sicherungen lassen sich meist ebenso vernünftig wie ästhetisch erträglich umsetzen. Am besten werden äußere Grenzen durch Gebäudeteile dargestellt, deren Höhe im Gegensatz etwa zu einer überdimensionierten Mauer nicht erschreckend wirkt.

Gelungenes Beispiel dafür ist etwa die forensische Abteilung der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin, das Wilhelm-Sander-Haus. Auch in Moringen ist der geschlossene Bereich überwiegend von Gebäuden umgeben. Ein höher gesicherter Bereich wird noch von einer 6 bis 8 Meter breiten, 3 bis 4 Meter hohen, inzwischen außerordentlich dichten Dornenhecke begrenzt, die in ihrer ausgewachsenen Form noch nicht überwunden werden konnte. Gleichzeitig, und darauf hat auch die Stadt großen Wert gelegt, macht die Einrichtung von außen (und innen) gesehen einen

immer noch akzeptablen Eindruck. Zusätzlich hat eine einfache, aber sehr wirkungsvolle Maßnahme, nämlich die nächtliche Bewachung des Freigeländes durch zwei Nachtwächter mit Hund, dazu beigetragen, dass in Moringen seit über 12 Jahren nachts fast kein Ausbruch oder eine Geiselnahme stattgefunden hat.

Auch die Frage der Ausstattung mit Fenstern oder Gittern hat technische, ästhetische und psychologische Aspekte. Während stabile Fenster viel schwerer zu überwinden sind als Gitter, hält sich doch vielfach die Phantasie, dass eben gefährliche Patienten hinter Gittern eingesperrt werden müssten.

Martialische Sicherheitsvorkehrungen haben zwar zunächst vielleicht eine abschreckende Wirkung, führen aber in jedem Fall dazu, dass man die derart eingesperrten Patienten für weit gefährlicher hält, als sie es aktuell sind. Das Miteinanderleben der Mitarbeiter und Patienten wird in seiner Spontaneität stark beeinträchtigt und es entstehen Ängste und Abwehr. Ohne Zweifel reagieren viele Patienten mit Wut und Protest, andere mit Resignation. Nicht wenige Patienten fühlen sich provoziert und versuchen durch Ausbrüche, so etwas wie eine sportliche Herausforderung anzunehmen. Nicht selten drängt sich der Stein gewordene Eindruck auf, dass bauliche Sicherungsmaßnahmen Ausdruck von Abwehr, Angst und Herabsetzung der Patienten geworden sind. Damit führen derartige überzogene, abschreckende, bauliche Sicherungsmaßnahmen zum Gegenteil dessen, was sie bewirken sollen, - sie führen zu einem Gefühl von Gefährlichkeit und zu einer Beeinträchtigung von Sicherheit.

Warum Therapie Sicherheit schafft

Dagegen sind nicht nur die Gestaltung der sozialen Atmosphäre einer Einrichtung als Teil eines sinnvollen Therapiekonzepts, sondern selbstverständlich auch die spezifischen Therapiemaßnahmen ganz ohne Zweifel die Elemente, die durch Reduzierung der Gefährlichkeit von Patienten Sicherheit erzeugen. Das in der Therapie erworbene Verständnis der Deliktentwicklung und der Psychopathologie ist entscheidend für den richtigen Umgang mit einem Patienten und für seine Sicherung. Zu wissen beispielsweise, welche unbewussten Phantasien ein Patient hat, was spezifische auslösende Situationen für eine Gefährdungssituation sind, ermöglicht erst eine verlässliche prognostische Einschätzung, die über eine bloße Verhaltensbeobachtung hinausgeht. Die im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen erlebten Emotionen sind ein feiner Indikator für Gefahren, die dem Patienten vielleicht selbst gar nicht bewusst sind. Schließlich vertieft sich im engen therapeutischen Kontakt das Verständnis der Beziehungs- und Gruppendynamik der Patienten, die sonst kaum zugänglich wäre.

Von entscheidender Bedeutung für die positive Entwicklung des Patienten und damit auch für die Abnahme von Gefährlichkeit sind therapeutische Beziehungen, die häufig eine tragende Funktion besitzen. In vielen Fällen ist es ja zum Delikt gekommen, weil die Patienten einen unerträglichen inneren Objektverlust mit nachfolgender seelischer Fragmentation erlitten haben. Sie fühlten sich isoliert und verloren.

Therapie muss nicht zwingend immer mehr Freiheit bedeuten, kann aber vielleicht bei Patienten mit extremen Delikten und unabsehbarer Aufenthaltsdauer dennoch zu einer psychischen Stabilisierung, Integration und kooperativem Verhalten führen.

Therapeutische Interventionen stellen nur dann ein Risiko dar, wenn die Indikation für eine bestimmte Therapieform nicht sachgerecht war, oder wenn in der Therapie selbst Beziehungsstörungen auftreten, die in einer Supervision nicht aufgearbeitet werden. Oft nur im Rahmen der Therapie können Lockerungsmaßnahmen richtig eingeschätzt und modifiziert oder müssen sie manchmal auch zurückgenommen werden.

Sich sorgen

Das Wort ‚sicher‘ stammt von dem althochdeutschen Wort "sichur", das sich wiederum vom lateinischen "securus" ableitet. Securus bedeutet "se", das heißt „ohne“, und "cura", die ‚Sorge‘, d.h. ohne Sorge sein. Sorglos kann man aber nur sein, wenn sich jemand kümmert, sich sorgt. Dieses sich Sorgen um die Patienten ist die innere Haltung, die eine Entwicklung der Patienten ermöglicht und damit auch Sicherheit schafft.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass

- positive Beziehungen zu den Patienten,
- die therapeutische Arbeit,
- ein vielfältiges, gutes, soziales Klima und
- vernünftige, akzeptable, bauliche und organisatorische Maßnahmen

Sicherheit gewährleisten. Nur so können Patienten, seien sie hoch gesichert oder schon weit gelockert, integriert werden und kann man mit ihnen zusammenleben.