Manuela Dudeck
Florian Steger (Hrsg.)

Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Manuela Dudeck | Florian Steger (Hrsg.)

Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Manuela Dudeck | Florian Steger (Hrsg.)

Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie

mit Beiträgen von

R. Basdekis-Jozsa | F.-P. Begher | D. Birnbacher | A. Boetticher | M. Braun | H. Brettel
P. Briken | M. Dudeck | I. Franke | G. Friedrichsen | D. Gaudernack | E. Herzog
K. Höffler | K. Hoffmann | J. Kaspar | J. Kinzig | V. Klein | M. Kölch
N. Konrad | H.-L. Kröber | W. Machleidt | J. Muysers | N. Nedopil
S. Nowara | S. Orlob | U. Rauchfleisch | H. Rosenau
G. Rubeis | N. Saimeh | K. Schiltz | H. Schöch
F. Steger | T. Steinert | D. Turner
T. Wolf | M. Wolfersdorf

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. med. Manuela Dudeck
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
am Bezirkskrankenhaus Günzburg,
Akademisches Krankenhaus für die Universität Ulm
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

Univ.-Prof. Dr. Florian Steger
Universität Ulm
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Parkstraße 11
89073 Ulm

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-391-0 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2018

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. In vorliegendem Werk wird nur die männliche Form verwendet, die anderen Geschlechter sind hierdurch nicht ausgeschlossen, sofern nicht anders angegeben.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Geleitwort

Jeder Vergleich hinkt, doch manchmal hilft überzeichnen: Stellen wir uns vor,

- ein Gefängnisinsasse müsste in Haft bleiben, bis eine Krankheit geheilt und gesichert ist, dass diese nicht wieder auftritt;
- ein Kranker müsste stationär bleiben, bis er keine Straftaten mehr begeht;
- weder Patient noch Arzt bestimmten über die Notwendigkeit und Dauer einer stationären Behandlung, sondern ein Richter und zugleich auch die Klinik, in der man behandelt werden darf;
- es gäbe eine Arztpraxis, in der Herzpatienten solange behandelt werden, bis sie garantiert bei einem erneuten Herzinfarkt nicht wieder bewusstlos würden. Erst wenn bestimmt kein Herzinfarkt mehr auftritt, könnten die Patienten entlassen werden.

Forensische Psychiatrie steht seit jeher im Spannungsfeld. Die Beurteilung und Behandlung der Auswirkungen psychischer Störungen auf Rechtsverhältnisse und gesellschaftliches Zusammenleben erfordern Interprofessionalität und das Überschreiten fachspezifischer Grenzen. Dies gilt für den sachverständig tätigen Gutachter, der eine neutrale, enthaltende, um Wissenschaftlichkeit und Objektivität bemühte Haltung zwischen den Parteiinteressen einnehmen muss. Dies gilt beinahe noch stärker für den klinisch-therapeutisch tätigen forensischen Psychiater, der der Behandlung seiner Patienten verpflichtet ist und zugleich die Sicherheit der Allgemeinheit beachten muss. Dies gilt weiter für die Verwirklichung des Patientenanspruchs auf eine fachlich fundierte, wissenschaftlich basierte Behandlung seiner forensisch relevanten Störung, wobei die Auswahl der Behandlungsmethoden auf objektive und belastbare Ergebnisse gestützt werden muss. Gleichwohl ist die Gewinnung dieser Erkenntnisse als Forschung an Untergebrachten zumindest nach dem Arzneimittelgesetz untersagt. Nicht zuletzt trifft dieses Spannungsfeld auch die zur Behandlung untergebrachten Patienten, die sich Freiheit oder zumindest eine Verkürzung des Freiheitsentzugs durch Mitwirkung an der Behandlung erhoffen und sich hinsichtlich der Bewertung ihrer Fortschritte in der Behandlung und Ungefährlichwerdung dem Urteil von Sachverständigen und Strafvollstreckungskammern unterwerfen müssen. All diese Anforderungen und Hoffnungen, Ansprüche und Zielsetzungen, rechtlichen Vorgaben und individuellen Möglichkeiten im Spannungsfeld von Besserung und Sicherung, zwischen Begutachtung und Behandlung, zwischen individuellem Heilversuch und Evidenzbasierung bergen Zielkonflikte, die allen Beteiligten und Betroffenen eine Gratwanderung abverlangen. Dies umso mehr, als aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen den Menschen mit einer psychischen Störung selbstbewusster sehen, seine Freiheitsrechte betonen und seine Autonomie stärken. Diese das Individuum stärkende Entwicklung ist uneingeschränkt zu begrüßen, ihre Auswirkungen beeinflussen die

Behandlung in der Forensischen Psychiatrie, verändern das Patienten-Therapeuten-Verhältnis und begrenzen Behandlungsoptionen. Mit diesem sich verändernden Blick auf Menschen mit psychischen Störungen ging auch eine veränderte rechtliche Bewertung einher, die nun einen freiheitsorientierten Freiheitsentzug fordert, die Dauer der Unterbringung an Verhältnismäßigkeitserwägungen bindet und damit trotz fortbestehender Gefährlichkeit befristet. Dies schlug sich in verschiedenen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, des Bundesgerichtshofs sowie in der Gesetzesnovellierung zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus nieder. Ungeachtet dessen bleibt die Sicherheit der Allgemeinheit hohes gesellschaftspolitisches Ziel der Forensischen Psychiatrie, nicht aber ausschließlicher Anspruch an die Unterbringung. Die unverhältnismäßige Fortsetzung des Freiheitsentzugs ist rechtlich nicht zulässig: Dieses Dilemma zwischen Sicherheit und Freiheitsanspruch ist ethisch problematisch, politisch brisant, die Umsetzung des Verhältnismäßigkeitsgebots heikel, eine gravierende Rückfallstraftat weiterhin der „Supergau".

Dies – und manches mehr – stellt den Maßregelvollzug vor eine Zerreißprobe, wenn er in zunehmend kürzeren Zeitintervallen einerseits bessern, lindern und heilen, andererseits als Sicherheitsgarant zwischenfallfrei agieren soll. Umso wichtiger ist, dass die ethischen, rechtlichen und ärztlichen Prämissen offen und naturgemäß kontrovers diskutiert werden.

Ethische Dilemmata in der Forensischen Psychiatrie wurden bislang stark an der Notwendigkeit von Forschungsfragen erörtert. Doch auch Begutachtung und verstärkt noch die Behandlung im Rahmen von Freiheitsentzug und Grundrechtsbeschränkung bergen in besonderem Maße Zielkonflikte, die durch die stärkere Betonung der Verhältnismäßigkeit aktualisiert werden. Nicht zuletzt beleuchtet die Rolle des Arztes als Leiter des Maßregelvollzugs und die darin zum Ausdruck kommende Doppelfunktion zwischen Sorger für das physische und psychische Patientenwohl und Garant für die Sicherheit das Spannungsfeld zwischen ärztlich therapeutischem Streben und ordnungspolitischem Auftrag.

Diese Schnittstellen werfen ethische, doch auch rechtliche, ärztliche und auch gesellschaftliche Fragen auf, einige von ihnen werden in diesem Manual aufgegriffen. Damit wird ein interdisziplinärer Diskurs angestoßen und unterhalten, der Lösungen einfordert. Es ist das große Verdienst der Initiatoren dieses Manuals, diese Herausforderungen aufgegriffen und namhafte Autoren gewonnen zu haben, sich ihnen zu stellen.

Jürgen L. Müller im Juni 2018

Vorwort

Die Psychiatrie-Enquete von 1975 war ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte der deutschen Psychiatrie. In diesem Sachverständigen-Bericht wurden Missstände in der Versorgung psychisch kranker Menschen aufgezeigt und humane Standards eingefordert. Im Anschluss wurden notwendige Reformen in der psychiatrischen Praxis durchgeführt. Dennoch sind die schon von Michel Foucault (1926-1984) und Erving Goffman (1922-1982) beschriebenen Problembereiche in Maßregelvollzügen und Gefängnissen hochaktuell geblieben. Dazu gehören das Ausgeliefertsein an eine „totale Institution" und die asymmetrischen Machtverhältnisse, die sich daraus ergeben. Die Patient*innen der Forensischen Psychiatrie haben im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung eine Straftat begangen. Die Therapie findet nicht wie sonst üblich auf der Basis individuellen Leidensdruckes und der Einsicht in eine mögliche Krankheit statt. Die Behandlung erfolgt geschlossen und unter Zwang auf Anordnung des Gesetzgebers nach stattgehabter Delinquenz. Das bedeutet, dass von vornherein ein Machtgefälle existiert, das auf die Therapie einwirken kann. Diese Situation macht ethische Überlegungen zur Therapie unter Zwang notwendig.

Ein zentrales Anliegen ist hierbei, dass den Patient*innen und Gefängnisinsassen die gleichen Behandlungsmöglichkeiten wie der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung stehen sollen. Die Behandlung im Maßregelvollzug erfolgt nach den Modellen der Risiko-Bedürfnis-Ansprechbarkeit (Risk, Need, and Responsivity, RNR) und dem Good Lives Modell (GLM). Die Behandlung zielt auf Resozialisierung und somit in weiterer Folge auf Straffreiheit. Für die klinische Praxis ergeben sich daraus mehrere Fragen: Wie kann eine Therapie gelingen, die unter Zwang durchgeführt wird? Sind die Bedingungen eingeschränkter Selbstbestimmung im Maßregelvollzug geeignet, einen Patienten auf ein straffreies Leben vorzubereiten? Welche Therapien sind hierzu sinnvoll? Ist die Sicherungsverwahrung als Maßregel im Gefängnis als Sonderopfer des Einzelnen für die Gesellschaft gerecht?

Das Herausgeberteam hat Autor*innen gefunden, die sich diesen Fragen interdisziplinär annähern. Somit ist das Spektrum der Beiträge weit und reicht von den Themenfeldern Begutachtung und Gutachtenqualität, Recht auf Selbstbestimmung, über die Frage, ob der Maßregelvollzog ein männliches Phänomen ist, bis zu speziellen Fragen der maßregelspezifischen Behandlung und nicht zuletzt dem Spannungsfeld von Sicherungsverwahrung und Gefängnispsychiatrie. *Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie* wendet sich an die im Maßregelvollzug tätigen Ärzt*innen, Psycholog*innen und Fachpflegekräfte, an Entscheidungsträger*innen im Gesundheits-, Rechts- und Sozialwesen sowie an alle, die an ethischen Fragen interessiert sind – nicht zuletzt an die kritische Zivilbevölkerung. Somit stellt das Buch eine Grundlage für das Wiederaufleben einer Debatte dar, die die Lebens-

bedingungen von Patient*innen im Maßregelvollzug verbessern soll. Wir danken den sehr engagierten Autor*innen für ihre gehaltvollen Beiträge und dem Verlag für die professionelle Begleitung unseres Projekts.

Manuela Dudeck und Florian Steger
Juli 2018

Die Autorinnen und Autoren

Dr. med. Raphaela Basdekis-Jozsa
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie
Oderfelder Straße 4
20149 Hamburg

Dr. Franz-Peter Begher, Dipl.-Soz.päd
LVR-Klinik Langenfeld
Kölner Straße 82
40764 Langenfeld

Prof. Dr. Dr. h. c. Dieter Birnbacher
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Institut für Philosophie
Universitätsstraße 1
40225 Düsseldorf

Dr. Axel Boetticher
RiBGH a.D. Bremen/Karlsruhe
Blankenburger Straße 26
28205 Bremen

Dr. Matthias Braun
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Lehrstuhl für Systematische Theologie (Ethik)
Kochstraße 6
91054 Erlangen

Prof. Dr. Dr. Hauke Brettel
Johannes Gutenberg-Universität
Fachbereich Rechts- und Wirtschaftswissenschaften
Lehrstuhl für Kriminologie, Strafrecht und Medizinrecht, Jugendstraf- und Strafvollzugsrecht
Jakob-Welder-Weg 9
55099 Mainz

Univ.-Prof. Dr. med. Peer Briken
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Martinistraße 52
Gebäude W38 (Facharztklinik)
20246 Hamburg

Univ.-Prof. Dr. med. Manuela Dudeck
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Krankenhaus für die Universität Ulm
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

Dr. med. Irina Franke, MHBA
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Krankenhaus für die Universität Ulm
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

Gisela Friedrichsen
Welt GmbH
Axel-Springer-Straße 65
10969 Berlin

Dr. Dorothea Gaudernack
Zentrum Bayern Familie und Soziales
Amt für Maßregelvollzug
Reimlinger Straße 2-4
86720 Nördlingen

Eva Herzog
Georg-August-Universität Göttingen
Lehrstuhl für Strafrecht und Kriminologie
Platz der Göttinger Sieben 5
37073 Göttingen

Prof. Dr. Katrin Höffler
Georg-August-Universität Göttingen
Lehrstuhl für Strafrecht und Kriminologie
Platz der Göttinger Sieben 5
37073 Göttingen

Prof. Dr. med. Klaus Hoffmann
Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Feursteinstraße 55
78479 Reichenau

Prof. Dr. Johannes Kaspar
Universität Augsburg
Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Kriminologie und Sanktionenrecht
Universitätsstraße 24
86159 Augsburg

Prof. Dr. Jörg Kinzig
Universität Tübingen
Institut für Kriminologie
Sand 7
72076 Tübingen

Verena Klein
kbo-Isar-Amper-Klinikum Taufkirchen (Vils)
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Bräuhausstraße 5
84416 Taufkrichen (Vils)

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Kölch
Medizinische Hochschule Brandenburg
Ruppiner Kliniken – Hochschulklinikum
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fehrbellinerstraße 38
16816 Neuruppin

Prof. Dr. Norbert Konrad
Institut für Forensische Psychiatrie
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Oranienburger Str. 285
13437 Berlin

Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Kröber
Zentrum für Forensisch-Psychiatrische Begutachtung (ZFPB)
Schloßstraße 50
12165 Berlin

Prof. Dr. Wielant Machleidt
Medizinische Hochschule Hannover
Zentrum für Seelische Gesundheit
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Jutta Muysers
LVR-Klinik Langenfeld
Kölner Straße 82
40764 Langenfeld

Prof. Dr. Norbert Nedopil
Ludwig-Maximilians-Universität München
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abteilung für Forensische Psychiatrie
Nußbaumstraße 7
80336 München

Prof. Dr. Sabine Nowara
Universität zu Köln
Institut für Rechtspsychologie
Lauenburger Straße 12
45731 Waltrop

Dr. Stefan Orlob
Helios Hanseklinikum Stralsund
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Rostocker Chaussee 70f
18437 Stralsund

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch
Delsbergerallee 65
4053 Basel
Schweiz

Prof. Dr. iur. Henning Rosenau
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Interdisziplinäres Wissenschaftliches Zentrum Medizin – Ethik – Recht
Universitätsplatz 6
06108 Halle an der Saale

Dr. phil. Giovanni Rubeis
Universität Ulm
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Parkstraße 11
89073 Ulm

Dr. med. Nahlah Saimeh
Sachverständigenbüro für Forensische Psychiatrie
Neubrückstraße 5
40213 Düsseldorf

Univ.-Prof. Dr. med. Kolja Schiltz
Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abteilung für Forensische Psychiatrie
Nußbaumstraße 7
80336 München

Prof. em. Dr. jur. Heinz Schöch
Ludwig-Maximilians-Universität München
Professur für Strafrecht, Kriminologie, Jugendrecht und Strafvollzug
Veterinärstraße 1
80539 München

Univ.-Prof. Dr. Florian Steger
Universität Ulm
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Parkstraße 11
89073 Ulm

Prof. Dr. med. Tilman Steinert
Zentrum für Psychiatrie Weissenau
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I
der Universität Ulm
Weingartshofer Straße 2
88214 Ravensburg

Dr. rer. biol. hum. Dr. med. Daniel Turner
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-
Universität Mainz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz

Dr. Thomas Wolf
Landgericht Marburg
Universitätsstraße 48
35037 Marburg

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf
ehemals Ärztlicher Direktor
des Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Am Weiherer Weg 9
96142 Hollfeld
E-Mail: mwolfersdorf@t-online.de

Inhalt

I Einführung 1

1 Kann Therapie besser machen? Ethische Besserung und therapeutische Besserung im Maßregelvollzug 3
Florian Steger und Giovanni Rubeis

2 Der Maßregelvollzug als totalitäres System 11
Manuela Dudeck

3 Der psychotherapeutische Umgang mit Gefangenen – ethische Probleme 17
Hans-Ludwig Kröber

II Begutachtung und Gutachtenqualität 25

1 Qualitätssicherung und Mindestanforderungen (auch) als ethisches Desiderat 27
Norbert Nedopil

2 Die Bedeutung von Mindeststandards für Schuldfähigkeits- und Prognosegutachten für die Strafjustiz 35
Axel Boetticher

3 Ethik in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung 45
Sabine Nowara

4 Die „schwere andere seelische Abartigkeit" in §§ 20, 21 StGB – haben alle Begriffe ihre Zeit oder nicht? 53
Katrin Höffler und Eva Herzog

III Recht auf Selbstbestimmung 69

1 Ist die gerichtlich auferlegte Behandlung eine unmögliche Situation? 71
Udo Rauchfleisch

2 Aufklärung und Einwilligung 77
Henning Rosenau

3 Selbstbestimmung und informed consent im Maßregelvollzug 91
Dieter Birnbacher

4 Grenzen der Selbstbestimmung bei psychischen Erkrankungen. Zur Situation im Maßregelvollzug 101
Hauke Brettel

IV Zwangskontext 115

1 Zwangsbehandlung, Isolieren oder Festbinden? Ein ethisch-rechtliches Dilemma 117
Tilman Steinert

2 Rechtliche Grundlagen für die Anwendung von Zwang im Maßregelvollzug 123
Heinz Schöch

V Maßregelvollzug – ein männliches Phänomen? 139

1 Ethik im Maßregelvollzug unter besonderer Berücksichtigung frauenspezifischer Aspekte 141
Verena Klein

2 Jugendliche im Maßregelvollzug. Gehören Kinder auch in Behandlung? 149
Michael Kölch

3 Patienten mit Migrationshintergrund im Maßregelvollzug 157
Klaus Hoffmann und Wielant Machleidt

VI Maßregelspezifische Aspekte der Behandlung 165

1 Therapie von Sexualstraftätern, aber wie in geschlossener Umgebung? 167
Nahlah Saimeh

2 Pharmakotherapie von paraphilen Patienten, die Sexualstraftaten begangen haben 179
Peer Briken, Raphaela Basdekis-Jozsa und Daniel Turner

3 Gewalt in der geschlossenen Unterbringung 189
Kolja Schiltz

4 Schweigepflicht in der Therapie unter Zwang 199
Thomas Wolf

5 Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus und Verhältnismäßigkeit ____ 207
Jörg Kinzig

6 Suizidalität in der geschlossenen Unterbringung – Anmerkungen aus suizidologischer Sicht ____ 215
Manfred Wolfersdorf

7 Missbrauch in der Forensischen Psychotherapie ____ 225
Irina Franke

8 Ethische Aspekte der Spezialtherapien in der Forensischen Psychiatrie ____ 233
Jutta Muysers und Franz-Peter Begher

VII Gesellschaftspolitischer Diskurs ____ 241

1 Ökonomie und Ethik im Maßregelvollzug ____ 243
Dorothea Gaudernack

2 Ohnmacht von Tätern im medialen Kontext ____ 255
Gisela Friedrichsen

3 Riskante Anerkennung. Theologisch-ethische Herausforderungen im Umgang mit Zwang ____ 261
Matthias Braun

VIII Sicherungsverwahrung und Gefängnispsychiatrie ____ 275

1 Lässt sich das Auferlegen eines Sonderopfers in Form der Unterbringung im Maßregelvollzug empirisch belegen? ____ 277
Stefan Orlob

2 Das „Sonderopfer" Sicherungsverwahrung im Licht des Verfassungsrechts ____ 291
Johannes Kaspar

3 Ethische Probleme in der Gefängnispsychiatrie ____ 305
Norbert Konrad

I

Einführung

1 Kann Therapie besser machen? Ethische Besserung und therapeutische Besserung im Maßregelvollzug

Florian Steger und Giovanni Rubeis

Nach deutschem Recht verfolgt der Maßregelvollzug zwei zentrale Ziele: Zum einen die Besserung des Täters,[1] zum anderen die Sicherung der Allgemeinheit. Diese beiden Ziele sollen durch die gesellschaftliche Reintegration, die Straftatfreiheit und die Stabilisierung der Patienten erreicht werden (Bezzel 2010). Legt man das Kriterium der Legalbewährung zugrunde, das heißt die Quote derjenigen Täter im Maßregelvollzug, die nach Entlassung nicht rückfällig werden, ist die Rückfallquote geringer als bei anderen Tätern (Stolpmann et al. 2017). Die vorhandene Evidenz deutet somit darauf hin, dass die beiden Ziele der Besserung und Sicherung von der Forensischen Psychiatrie im Maßregelvollzug in vielen Fällen erreicht werden. Besserung bedeutet hier Reintegration und Resozialisierung des Patienten. Hier ist zu fragen, ob damit eine tatsächliche Besserung in ethischer Hinsicht verwirklicht ist. Ist Besserung schon dann erreicht, wenn der Patient sich nach Entlassung an gesellschaftliche Normen hält? Kann Besserung auch in dem weiter gefassten Ziel bestehen, den Patienten zum Handeln nach ethischen Prinzipien aus intrinsischer Motivation zu bringen? Anders formuliert: Kann Therapie im Maßregelvollzug besser machen? Diese Frage wird im Folgenden analysiert. In einem ersten Abschnitt wird zunächst dargestellt, was hier mit einem Handeln nach ethischen Prinzipien gemeint ist. In einem zweiten Abschnitt werden konkrete Strategien diskutiert, wie ethische Kompetenz im Maßregelvollzug vermittelt werden kann. Die Ergebnisse dieser Analyse werden abschließend in einer Conclusio zusammengefasst.

1 Wo im Folgenden zur besseren Übersichtlichkeit die maskuline Formulierung verwendet wird, sind selbstverständlich Frauen, Männer und alle weiteren Geschlechter gleichermaßen gemeint.

1.1 Ethische Kompetenz

Zunächst ist darzustellen, was Ethik in diesem Zusammenhang meint und wie sich ein Handeln nach ethischen Prinzipien vermitteln lässt. Ethik ist das systematische Nachdenken über richtiges und falsches Handeln. Während Moral auf Intuition oder gelerntem Verhalten basiert, dient die Ethik dazu, rational nachvollziehbare, verallgemeinerbare und verbindliche Grundsätze des Handelns aufzustellen. Zugleich lassen sich mithilfe der Ethik verhaltensleitende Normen kritisch hinterfragen. Der zentrale Anwendungsaspekt der Ethik besteht darin, Orientierungspunkte für das Handeln in Konfliktsituationen zu schaffen. Die Ethik soll die Vermittlung von Grundsätzen guten Handelns leisten. Dabei geht es nicht um eine didaktische, sondern vielmehr um eine empathische Vermittlung (Höffe 2002). Ein bloßes Belehren kann nicht das Ziel der Ethik sein. Eine empathische Vermittlung ethischer Grundsätze des Handelns unterstützt den Adressaten darin, sich Normen und Prinzipien selbstständig anzueignen. Sie leistet Hilfestellung für ein selbsttätiges und kritisches Nachvollziehen ethischer Gehalte. Das Handeln, um das es hier geht, besteht in einem Tun und Unterlassen, für das Verantwortung zugeschrieben werden kann. Das konkrete Handeln in spezifischen Handlungssituationen mit ihren jeweiligen Fragestellungen und Konflikten ist somit angesprochen. Zentral ist hierbei die Begründung des Handelns. Dieser Begründung liegt ein Urteil darüber zugrunde, welches Handeln aus ethischer Sicht als gut und welches als schlecht zu bewerten ist. Es lassen sich drei Stufen ethischen Urteilens unterscheiden (Höffe 2002):

- **Auf der ersten Stufe** wird eine Handlung danach bewertet, ob sie einen bestimmten Zweck erfüllt. Gefragt wird, ob die Handlung angemessen ist, diesen Zweck zu erfüllen. Die Legitimität des Zwecks wird nicht hinterfragt. Kant spricht hiervon als einem technischen Imperativ (GMS, 416).
- **Auf der zweiten Stufe** wird die Handlung danach bewertet, ob ihr Resultat gut für den Handelnden ist. Das Kriterium der Bewertung ist die Zuträglichkeit der Handlung für ein glückliches Leben. Befördert die Handlung das glückliche Leben des Handelnden oder schadet sie ihm? Eine Handlung ist nach diesem Kriterium dann gut, wenn sie für den Handelnden gut ist. Kant bezeichnet diese Stufe der Beurteilung als pragmatischen Imperativ (GMS, 417).
- **Erst auf der dritten Stufe** wird die praktische Vernunft realisiert. Die Bewertung einer Handlung geht hier von der Frage aus, was gutes Handeln unabhängig von den Konsequenzen für den Handelnden ausmacht. Kriterium der Bewertung ist nicht allein die Zweckmäßigkeit oder die Beförderung des eigenen Glücks. Es geht vielmehr um verallgemeinerbare und verbindliche Grundsätze des Handelns, die sich rational nachvollziehen lassen. Für Kant folgt ein solches Handeln dem Kategorischen Imperativ (GMS, 419).

Die dritte Stufe ethischen Urteilens ist für die angewandte Ethik im Maßregelvollzug von Bedeutung. Aus ethischer Sicht wäre Besserung dann erreicht, wenn der Patient in der Lage ist, verallgemeinerbare und verbindliche Grundsätze des Handelns anzuerkennen und danach zu handeln. Die Voraussetzung dafür ist Freiwilligkeit. Ein moralisches Subjekt, das heißt eine Person, die aufgrund intersubjektiv nachvollziehbarer Normen oder Prinzipien handeln kann, ist maßgeblich durch die Fähigkeit zur freien Entscheidung konstituiert. Kant hat diesen Sachverhalt in seiner Unterscheidung von Legalität und Moralität veranschaulicht (KpV A 127 – A 159). Handelt eine Person rein pflichtmäßig, das heißt, hält sie sich bloß an geltende Regeln, so ist dieses Handeln als Legalität aufzufassen. Die Motivation, regelkonform zu handeln, kann dabei eine rein pragmatische sein und beispielsweise in der Furcht vor Bestrafung bei Zuwiderhandlung bestehen. Moralität hingegen bezieht sich auf ein Handeln, das aus freier Willkür geschieht, das heißt Folge einer freien Willensentscheidung des Handelnden ist. Der Handelnde richtet sich in seinem Handeln freiwillig nach einer Norm, weil er diese rational nachvollziehen und ihr zustimmen kann. Neben der Freiwilligkeit ist somit auch die Einsicht von Bedeutung, worin Handeln nach ethischen Grundsätzen besteht. Die Freiwilligkeit des Patienten ist durch die besondere Behandlungssituation im Maßregelvollzug möglicherweise beeinträchtigt. Schließlich hat sich der Patient nicht aus freien Stücken dazu entschieden, eine Therapie zu beginnen. Zudem hat man es oft mit schwierigen Patienten zu tun. Dabei handelt es sich um Straftäter, für welche die von ihnen begangenen Taten einen geringen Leidensdruck bedeuten, die sich der Therapie verweigern oder dissoziales Verhalten zeigen (Suhling et al. 2012). Es stellt sich daher die Frage, ob die Besserung im Maßregelvollzug überhaupt in einem ethischen Urteilen dritter Stufe bestehen kann. Muss man sich nicht vielmehr schon mit der ersten Stufe zufriedengeben, also mit der Einsicht, dass kriminelles Handeln aus Klugheitsgründen zu vermeiden ist? Soll der Patient nach dem Grundsatz der Moralität handeln, ist Freiwilligkeit die Voraussetzung. Die Schwierigkeit einer Vermittlung ethischer Kompetenz besteht darin, dass bei vielen Patienten gerade diese Freiwilligkeit nicht gegeben ist.

Im Kontext von Zwangsbehandlungen ist die Freiwilligkeit, wie sie in der Ethik thematisiert wird, ein schwieriges Konzept. Daher wird aus therapeutischer Sicht von Motivation gesprochen (Mayer 2010). In der Forensischen Psychiatrie gelten Behandlungsmotivation und Veränderungsmotivation als Voraussetzungen dafür, dass Reintegration und Resozialisierung erreicht werden können. Dabei handelt es sich um die Wollen-Komponente des Patienten (Suhling et al. 2012). Zudem ist die Können-Komponente des Patienten von Bedeutung. Darunter versteht man kognitive Faktoren, emotionale Faktoren wie Empathiefähigkeit, sowie volitionale und behaviorale Faktoren wie Impulskontrolle. Die Können-Komponente muss gegeben sein, um eine Therapie beginnen zu können. Dasselbe gilt für die Vermittlung

ethischer Kompetenz. So ist beispielsweise ohne die entsprechenden kognitiven Fähigkeiten eine kritische Reflexion ethischer Normen und Prinzipien nicht möglich. Hinsichtlich der Wollen-Komponente müssen verschiedene Bedingungen erfüllt sein, damit eine Behandlungsmotivation erzeugt werden kann. Gemäß dem etablierten Strukturmodell von Behandlungsmotivation und Adhärenz nach Drieschner et al. (Drieschner et al. 2004) sind erstens Bedingungen zu nennen, die den Behandelten betreffen. Dazu gehört Leidensdruck, der etwa durch das Schuldbewusstsein hinsichtlich der begangenen Taten bedingt sein kann. Zudem gehört ein Problembewusstsein zu den Bedingungen des Behandelten. Der Behandelte muss in der Lage sein, dysfunktionale Aspekte der eigenen Lebensführung zu erkennen. Hinzu kommt die Ergebniserwartung, das heißt Annahmen über positive und negative Folgen der Behandlung sowie der emotionalen Kosten, die dem Behandelten dadurch entstehen. Zweitens sind die Bedingungen des Behandlungsprogramms beziehungsweise -kontexts von Bedeutung. Hierzu gehören neben der Ausstattung der entsprechenden Behandlungseinrichtung auch vollzugsbezogene Anreize wie Freizeitaktivitäten oder Lockerungspraxis. Zudem ist der Ausprägungsgrad von Subkultur in der Einrichtung relevant. Dazu gehören die sozialen Beziehungen zu anderen Patienten im Vollzug. Das Klima innerhalb der Behandlungsgruppe, wie etwa eine prosoziale Kultur sowie Respekt und Akzeptanz zwischen den Behandelten ist hierbei ein wichtiger Faktor. Drittens müssen auch die Behandelnden bestimmte Bedingungen erfüllen. Hier sind Wärme, Respekt und Therapieoptimismus zu nennen. Diese drei Arten von Bedingungen sind auch für die Vermittlung ethischer Kompetenz relevant. Ethisches Handeln und Urteilen können nicht theoretisch gelehrt werden. Die beschriebene empathische Vermittlung ethischer Normen und Prinzipien muss in einem sozialen Gefüge stattfinden.

Ethisches Handeln ist *per definitionem* eine Praxis und kann daher nur auf praktischem Weg, das heißt durch die Anwendung und Umsetzung der ethischen Gehalte erlernt werden. Dies kann gelingen, wenn die drei Arten von Bedingungen erfüllt sind. Um ethische Kompetenz erfolgreich vermitteln zu können, muss ein wertschätzendes, optimistisches Klima geschaffen werden, in dem sich Patienten und Behandelnde mit Respekt begegnen.

Die genannten Bedingungen stellen das Rahmenwerk für eine Vermittlung ethischer Kompetenz dar. Für sich genommen reichen sie allerdings für eine Besserung in ethischer Sicht nicht aus, da sie vorrangig auf die Behandlungsmotivation des Patienten zielen. Geht es um ethische Kompetenzen, die im Rahmen der Behandlung vermittelt werden sollen, muss zur Behandlungsmotivation eine Veränderungsmotivation hinzukommen. Diese Veränderungsmotivation ist intrinsisch, sofern sie auf Wachstum und Veränderung der eigenen Persönlichkeit zielt. Statt eines solchen Lebensbewältigungsmotivs kann auch ein bloßes Haftentlassungsmotiv und damit eine extrinsische Motivation beim Patienten vorhanden sein (Suhling et al. 2012). Ein solches

Motiv entspricht dem Urteilen erster Stufe beziehungsweise dem technischen Imperativ. Ziel der Vermittlung ethischer Kompetenz und somit der ethischen Besserung ist es, das ethische Urteilen dritter Stufe zu befördern. Wie gezeigt ist Moralität im Gegensatz zur Legalität nur durch freie Willkür, das heißt intrinsische Motivation möglich. Somit ist für das Erlernen ethischen Handelns die intrinsische Motivation zur Besserung Voraussetzung. Intrinsische und extrinsische Motivation können auch ineinanderwirken. So kann die extrinsische Motivation der Haftentlassung ausschlaggebend für den Beginn einer Therapie sein. Im Laufe der Therapie kann die intrinsische Motivation der Lebensbewältigung hinzukommen und zu einer Fortführung der Therapie führen. Ebenso kann die ethische Veränderungsmotivation zunächst extrinsisch bedingt sein, sich aber im weiteren Verlauf zu einer intrinsischen Motivation wandeln. Dieser Prozess verläuft hinsichtlich der therapeutischen wie der ethischen Besserung analog. Besserung im Sinn der Forensischen Psychiatrie zielt grundsätzlich auf die Integration und Internalisierung externer Werte (Abel-Wolf 2016). Hierin besteht die Schnittmenge mit der Besserung im ethischen Sinn, die dieselbe Internalisierungs- und Integrationsleistung des Patienten voraussetzt.

1.2 Strategien der Vermittlung ethischer Kompetenz im Maßregelvollzug

Die ethische Besserung will das Urteilen der dritten Stufen fördern. Dies geschieht einerseits dadurch, dass das Individuum Normen und Prinzipien rational nachvollzieht. Andererseits sollte das kognitive Begreifen von Normen und Prinzipien mit einem Einüben in das ethische Handeln einhergehen. Durch das Einüben wird die reine Verständnisebene durch die praktische Vernunft ergänzt. Für die praktische Vernunft ist Urteilen in konkreter Handlungssituation zentral. Diese Fähigkeit des Urteilens setzt zwar ein Wissen um Normen und Prinzipien voraus, zielt aber auf die Umsetzung dieses Wissens im konkreten Handeln. Dieses Modell einer praktischen Aneignung ethischer Grundsätze stammt von Aristoteles und ist mit dem Konzept der *phronesis* verknüpft (EN 1140 a24 – 1140 b30). *Phronesis* ist nach Aristoteles das Vermögen praktischen Überlegens. Demnach vermag derjenige, der dieses Vermögen besitzt, zu überlegen, wie er sein Handeln hinsichtlich eines guten Lebens gestalten soll. Die *phronesis* erlaubt es, Normen und Prinzipien zu erkennen und nach diesen zu handeln. Aus der *phronesis* selbst gehen jedoch keine Normen oder Prinzipien hervor. Als Vermögen kann sie nur realisiert werden, wenn diese Normen und Prinzipien, somit das Ziel der *phronesis*, schon vorhanden sind. Für die Forensische Psychiatrie im Maßregelvollzug bedeutet das, dass zu der Vermittlung von Wertvorstellungen und ethischen Grundsätzen das Einüben der *phronesis* als Vermögen hinzukommen sollte, beides im konkreten Handeln umzusetzen. Die Stärkung der

phronesis ist als ein Empowerment des Patienten anzusehen. Das Empowerment des Patienten wird dadurch erreicht, dass die Realisierung der *phronesis* selbstbestimmtes Handeln bedeutet. Ein weiterer Aspekt der aristotelischen Ethik ist hier zu berücksichtigen. Für Aristoteles ist ein tugendhaftes Leben keineswegs ein Leben, das von Entsagung und Verzicht auf den eigenen Vorteil geprägt ist. Es geht nicht um einen bedingungslosen Altruismus, der zur Selbstaufgabe führt. Dies würde ein weltfremdes Ideal bedeuten, das der *conditio humana*, den Gegebenheiten menschlichen Daseins, nicht entspricht. Aristoteles geht vielmehr davon aus, dass ein tugendhaftes Leben für denjenigen, der es wählt und durch sein Handeln realisiert, von Vorteil ist. Durch das tugendhafte Handeln und somit das ständige Einüben in das Gute, vollzieht sich eine Sinnstiftung für den Handelnden. Diese Sinnstiftung erlaubt es dem Handelnden, ein erfülltes Leben zu führen. Somit ist nach Aristoteles das tugendhafte Handeln als Lebensentwurf der Schlüssel zu einem glücklichen, weil sinnerfüllten Leben. Das Konzept, wonach Tugend und Glück sich in einem gelungenen Leben decken, wird als Eudämonie bezeichnet. In der aristotelischen Theorie der Eudämonie, wonach das tugendhafte Leben auch ein glückliches Leben ist, kann eine Beförderung des Patientenwohls gesehen werden. Das Empowerment des Patienten durch Stärkung der *phronesis* führt somit nicht allein dazu, dass der Patient resozialisiert werden kann. Darüber hinaus bietet dieses Empowerment ihm auch die Möglichkeit, ein glückliches Leben zu führen. Durch die Stärkung der *phronesis* wird der Patient nicht einfach zu einem funktionierenden Glied der Gesellschaft. Vielmehr erlaubt ihm die *phronesis* ein selbstbestimmtes Handeln nach ethischen Grundsätzen, das die Möglichkeit zu einem glücklichen Leben bietet.

Eine Möglichkeit, die *phronesis* des Patienten im Rahmen der Therapie zu stärken, ist das Good Lives Model (GLM) (Stolpmann et al. 2017). Das Good Lives Model ist eine Ergänzung des Risikomanagementansatzes, für welchen die Vermeidung von Rückfällig zentral ist (Göbbels et al. 2013). Dieser Ansatz wird auch als RNR-Model bezeichnet, nach den Prinzipien *risk* (Risiko), *needs* (Bedürfnisse) und *responsivity* (Ansprechbarkeit). Gerade bei Sexualstraftätern, die einen Großteil der Patienten im Maßregelvollzug ausmachen, hat sich das Good Lives Modell bewährt (Lord 2016). Gemäß diesem Modell soll der Patient dabei unterstützt werden, einen positiven Lebensentwurf zu entwickeln. Das Modell basiert auf der Deutung von kriminellem Verhalten als maldaptivem Versuch, Lebensziele zu realisieren (Göbbels et al. 2013). Zentrales Anliegen der Rehabilitation sollte es daher sein, diejenigen Ressourcen des Patienten zu stärken, mithilfe derer er Lebensziele erreichen kann ohne dadurch anderen zu schaden. Dem Patienten soll im Rahmen der Therapie vermittelt werden, dass kriminelles Verhalten nicht der richtige Weg ist, Lebensziele zu erreichen. Ein zentraler Aspekt des Models besteht darin, nicht auf die Schwächen, also das kriminelle Verhalten des Patienten zu fokussieren, sondern vorrangig seine Stärken zu reflektieren. Somit ist ein ressourcenorientiertes Vorgehen zentral für das Good-Lives-Model. Dieses

Vorgehen besteht darin, die Ressourcen des Patienten zu erkennen, zu bestätigen und zu stärken, statt negative Aspekte wie Defizite und Schwächen zu bekämpfen. Man könnte auch von einem annäherungsorientierten anstelle eines vermeidungsorientierten Vorgehens sprechen. Die Annäherung an ein positives, straffreies Leben steht über der Vermeidung eines kriminellen Lebens (Suhling et al. 2012).

Hier trifft sich das therapeutische Modell mit dem ethischen Modell. Auch das Ethik-Modell, nach welchem eine Besserung durch Stärkung der *phronesis* erreicht werden kann, ist ressourcenorientiert. Ziel des Einübens in das ethische Handeln ist ein tugendhaftes, dadurch sinnerfülltes und somit glückliches Leben. Es geht von der grundsätzlichen Fähigkeit zum ethischen Urteilen aus. Die praktische Vernunft, verstanden als *phronesis*, ist eine Ressource, die es zu stärken gilt. Zwar besteht ethisches Handeln in bestimmten Situationen auch in einem Unterlassen. Primär ist es aber nicht die Vermeidung von ethisch schlechtem Handeln, auf welche die Ethik zielt. Vielmehr geht es um das aktive, in ethischer Hinsicht gute Handeln. In einem weiteren Punkt berühren sich therapeutische Ansätze und das ethische Modell der Besserung. Aus der Desistance-Forschung ist bekannt, dass eine erfolgreiche Besserung oft durch eine Veränderung der narrativen Identität erreicht werden kann (Göbbels et al. 2013). Diese Funktion von narrativer Identität hat sich auch empirisch erwiesen (Hofinger 2016). Hinsichtlich der Veränderung der narrativen Identität kann die Ethik einen wichtigen Beitrag leisten. Die Stärkung der *phronesis* zielt auf ein tugendhaftes Leben. Es geht nicht um Einzelhandlungen, die je für sich zu bewerten sind. Vielmehr besagt das genannte Prinzip der Eudämonie, dass die Entscheidung für ein tugendhaftes Leben dem tugendhaften Handeln vorausgeht. Die einzelne tugendhafte Handlung bedeutet die je konkrete Realisierung dieses Lebensentwurfs mithilfe der *phronesis*. Ein tugendhafter und dadurch glücklicher Mensch zu sein, stellt eine Form narrativer Identität dar. Damit wird dem Patienten ein Narrativ angeboten, mit dem er seine Identität neu definieren kann. Dieses Narrativ kann von entscheidender Bedeutung hinsichtlich der Veränderungsmotivation sein. Der Schritt von einer extrinsischen zu einer intrinsischen Motivation kann durch das Übernehmen der narrativen Identität des tugendhaften Menschen erleichtert werden.

1.3 Conclusio

Die Analyse hat gezeigt, dass eine Besserung im ethischen Sinn im Kontext des Maßregelvollzugs erreicht werden kann. Es ist möglich, ethische Kompetenz und ethisches Handeln mithilfe der Forensischen Psychiatrie zu lernen. Voraussetzung dafür sind die Behandlungsmotivation und die Veränderungsmotivation des Patienten. Die motivationalen Faktoren können durch die Behandelnden sowie durch die Gestaltung des Behandlungsprogramms

gefördert werden. Eine ethische Besserung kann durch eine ressourcenorientierte Therapie gelingen, die das Vermögen der *phronesis* stärkt. Die Stärkung dieses Vermögens, Normen und Prinzipien selbstständig zu erkennen, kritisch zu reflektieren und nach diesen zu handeln, kann als Empowerment verstanden werden. Ziel ist ein selbstbestimmtes Handeln nach ethischen Grundsätzen, die selbsttätig erkannt und realisiert werden. Das Einüben der *phronesis* kann somit mehr erreichen, als eine möglichst reibungslose Anpassung an gesellschaftliche Normen. Dahinter steht der Gedanke, dass ein tugendhaftes Leben des Patienten nicht nur der Gesellschaft zugutekommt und damit das Ziel der Sicherung erreicht wird. Vielmehr lässt sich ein tugendhaftes Leben als ein sinnerfülltes und damit glückliches Leben verstehen. Für den Patienten wird dadurch ein Anreiz geschaffen, eine echte Besserung im ethischen Sinn jenseits der bloßen Haftentlassung zu erreichen.

Literatur

Abel-Wolf T (2016) „Ich lerne, also wachse ich". Zur Wirksamkeit schulischer Bildung in der Forensischen Psychiatrie. In: Bertram M, Kolbe J (Hrsg.) Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin. Ein ökologisches Modell. 197–212. Springer Wiesbaden

Aristoteles (2008) Nikomachische Ethik. Zweite Auflage. Rowohlt Reinbek

Bezzel A (2010) Können Patienten aus dem Maßregelvollzug (§ 64 StGB) resozialisiert werden? Die Regensburger Katamnesestudie. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 4, 264–268

Drieschner KH, Lammers SM, van der Staak CP (2004) Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. Clin Psychol Rev 23, 1115–1137

Göbbels S, Ward T, Willis GM (2013) Die Rehabilitation von Straftätern. Das „Good-lives"-Modell. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 10, 265–273

Höffe O (2002) Medizin ohne Ethik? Suhrkamp Frankfurt a.M.

Hofinger V (2016) Eine Desistance-orientierte What Works-Praxis? Soz Prob 27, 237–258

Kant I (1903) Gesammelte Schriften, hrsg. Preußische Akademie der Wissenschaften (Akademie-Ausgabe). Bd. IV: Kritik der reinen Vernunft (1. Aufl. 1781), Prolegomena, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Metaphysische Anfangsgründe der Naturwissenschaft

Kant I (1908) Gesammelte Schriften, hrsg. Preußische Akademie der Wissenschaften (Akademie-Ausgabe). Bd. V: Kritik der praktischen Vernunft. Reimer Berlin

Lord A (2016) Integrating risk, the Good Lives Model and recovery for mentally disordered sexual offenders. J Sex Aggress 22, 107–122

Mayer K (2010) Wie Zwangsbeziehungen gelingen können. Bewährungshilfe 57, 151–177

Prüter-Schwarte P (2012) Autonomie und Fürsorge im Maßregelvollzug. Versuch einer ethischen Analyse vor dem Hintergrund juristischer Entscheidungen zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 6, 201–207

Suhling S, Pucks M, Bielenberg G (2012) Ansätze zum Umgang mit Gefangenen mit geringer Veränderungs- und Behandlunsgmotivation. In: Wischka B, Pecher W, van den Boogaart H (Hrsg.) Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. 233–293. Centaurus Freiburg

Stolpmann G, Kahnt N, Müller I, Palmer S, Wernicke M, Wulf V, Jordan K, Müller JL (2017) Diagnostik und Behandlung sexueller Missbrauchstäter im Maßregelvollzug nach § 63 StGB und in der Präventionsambulanz. Nervenarzt 88, 472–479

2 Der Maßregelvollzug als totalitäres System

Manuela Dudeck

„Und
Hinter Hecken lümmeln Nazis –
Das Wetter gibt es auch nicht mehr.
Die Tiere sind zu Gott gegangen.
Das Meer ist Plastik. Und bald leer.
Das nächste Jahr wird wie das letzte –
Ein bisschen mieser – hier und da
Das gute ist:
Wir werden älter
Und sind demnächst dann nicht mehr da." Sibylle Berg (2018)

So ungefähr muss es sich manchmal für Maßregelpatienten anfühlen, wenn sie nur noch auf ihre sogenannte Verhältnismäßigkeitsentlassung warten, weil alle anderen Bemühungen aus ihrer Sicht gescheitert sind. Alles ist an den vorbestimmten Tagesablauf, welcher auf die für sie willkürlichen Entscheidungen von Ärzten, Psychologen und Pflegekräften zu bauen scheint, gebunden. Freiwilligkeit war eben nicht die Voraussetzung, im Maßregelvollzug untergebracht und behandelt zu werden. Auf die Frage des Patienten an das Personal, wann er denn entlassen werde, wird oft „Sie sind noch nicht so weit." und „Wir schauen mal." geantwortet. Die Lebenszeit des Patienten scheint das Unwichtigste zu sein, was es zu beachten gilt, aber auch dieser

lebt nur einmal und hat sein Leben durch die Straftat eigentlich nicht verwirkt. Es mutet für einen Außenstehenden so an, als ob der Patient trotz juristischer Entschuldung und festgestellter Behandlungsnotwendigkeit eben doch an etwas Schuld haben könne, was man auch in einem Maßregelvollzug sanktionieren müsse und wenn die Sanktion „nur" die Verlängerung der Unterbringung betreffe. Der fahrlässige Umgang mit der Zeit der Patienten aus Gedankenlosigkeit kann so auch eine Form bzw. Ausdruck des unbewussten Strafbedürfnisses des Personals und letztendlich ein sadistisches Motiv sein.

Eine jede Gesellschaft muss sich daran messen lassen, wie diese mit Straftätern umgeht. Unschädlich machen, Rache nehmen oder resozialisieren – das sind die drei Möglichkeiten, die eine Gesellschaft im Umgang mit kriminellem Verhalten hat. Wenn eine Gesellschaft die öffentliche Sicherheit wahren will, steht sie entweder vor der Entscheidung, ob Gesetzgebung und Strafjustiz sich am Gedanken der Vergeltung orientieren und das Individuum gemäß seiner Schuld bestrafen sollte. Oder aber, ob Gesetzgebung und Strafjustiz sich am gesellschaftlichen Nutzen orientieren sollten, indem sie den Täter so behandeln, dass es die bestmöglichen Folgen für die Gesellschaft hat (Gazzaniga 2011, S. 209). Vor diesem Hintergrund hat jeder Staat eine eigene Idee von Schuld entwickelt, die der jeweilige Gesetzgeber formuliert. Seit mehr als zweitausend Jahren werden psychisch kranke Straftäter wegen verminderter Schuld milder bestraft oder gänzlich entschuldet. In Deutschland gilt seit 1952 folgende Schulddefinition:

> *„Strafe setzt Schuld voraus. Schuld ist Vorwerfbarkeit. Mit dem Unwerturteil der Schuld wird dem Täter vorgeworfen, dass er sich nicht rechtmäßig verhalten habe, dass er sich für das Unrecht entschieden hat, obwohl er sich rechtmäßig verhalten, sich für das Recht hätte entscheiden können. Der innere Grund des Schuldvorwurfes liegt darin, dass der Mensch auf freie, verantwortliche, sittliche Selbstbestimmung angelegt und deshalb befähigt ist, sich für das Recht und gegen das Unrecht zu entscheiden, sein Verhalten nach den Normen des rechtlichen Sollens einzurichten und das rechtlich Verbotene zu vermeiden." (BGH 1952).*

Kann man einem Täter seine Schuld infolge psychischer Krankheit nicht vorwerfen, greifen die seit 1933 im deutschen Strafgesetzbuch verankerten Maßregelvollzuggesetze. Nach Begutachtung durch einen Sachverständigen und durch Verurteilung eines Gerichtes ermöglicht der Paragraph 63 StGB die Aufnahme des Täters nach einem schweren Delikt und die Behandlung der zur Einweisung führenden Erkrankung unter Zwang sowie den Schutz der Allgemeinheit vor neuen Straftaten solange, bis die Erkrankung gebessert ist. So kommt ein psychisch kranker Straftäter zur Aufnahme in den Maßregelvollzug und wird dort über mehrere Jahre unter Umständen ohne Lockerungen bei jährlicher Überprüfung seiner „Nochgefährlichkeit" behandelt und lebt fernab der Realität in einer zunächst geschlossenen Institution. Damit

schrumpft seine Welt zu einer Anstalt und stellt einen gravierenden Bruch in seinem Leben dar. Seine Verhaltensoptionen werden so starken Restriktionen unterworfen, sodass unklar wird, was „sein Verhalten" über „ihn als Person" und daher auch über „sein zukünftiges Verhalten" aussagen kann. Als Maßregelpatient ist man in seinem Status degradiert und in seinen Ausdrucksmöglichkeiten depraviert (Bock 2017).

Der Maßregelvollzug ist ein geschlossenes psychiatrisches Krankenhaus und als solches eine totale Institution des Staates, die auf Länderebene durch die Sozialministerien getragen und finanziert wird. Diese dienen als effektive Apparate zur Hervorbringung einiger offiziell anerkannter und gebilligter Ziele und wurden dafür eingerichtet. Das über allem stehende offizielle Ziel ist die Besserung des Patienten im Sinne einer bestimmten idealen Norm. Das Personal des Maßregelvollzugs geht also in der Hauptsache mit Menschen um und erbringt keine Dienstleistung an sich, sondern bearbeitet in erster Linie Objekte und Produkte. Diese Objekte und Produkte sind aber die Menschen selbst (Goffman 2016, S. 78). Damit besteht von Beginn an ein Ungleichgewicht an Macht. Das Personal in verschiedenen Professionen als „Abgeordnete" der Allgemeinbevölkerung, soll behandeln und den psychisch kranken Straftäter das geltende soziale Normen- und Wertesystem, gegen das der Patient verstoßen hat, vorleben und vermitteln. Allerdings fehlen bislang konkrete Aussagen dazu, ob eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung überhaupt moralischer machen kann und ob ein Maßregelpatient nach Entlassung in der Lage ist, die universal geltenden Moralmodule einzuhalten. Darüber hinaus ist ungeklärt, ob das überhaupt wichtig ist, wenn moralisches Handeln doch kontextabhängig geschieht.

Wenn Menschen miteinander umgehen und die Macht sich auf lediglich einer Seite konstituiert, ist ein klares Nähe-Distanz-Verhalten vom Personal zu erwarten. Dieses wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst und verlangt daher ein hohes Maß an Professionalität, die nicht immer gegeben ist. Denn unabhängig von seiner Ausbildung hat jeder Mitarbeiter bei einem freien Arbeitsmarkt eine ganz eigene Motivation, in einer geschlossenen Psychiatrie mit psychisch kranken Straftätern zu arbeiten. Die Motivationen reichen vom selbstlosen Altruismus, über Neugier am Bösen bis hin zu einem Strafbedürfnis, das sich aus eigener Opferschaft generiert haben mag. Der Patient kann beim Personal durchaus Objekt von Mitleid und Fürsorge werden und soweit führen, dass die allgemeingültigen Grenzen überschritten werden und intime Beziehungen entstehen können. So wird der psychisch kranke Täter zum Opfer seines ihn therapierenden Personals. Diese Verwischung des professionellen Nähe-Distanz-Verhältnisses haben Ferenci bereits 1932 und Anna Freud 1936 als „Identifikation mit dem Angreifer" beschrieben und stellt ein Abwehr- bzw. Schutzmechanismus vor dem eigentlich Gewalttätigen dar. Damit wird die Furcht vor dem Patienten zwar gemindert, aber es entsteht gleichzeitig Scham- und Schulderleben. Die Scham auf Seiten des

Personals, die die ganze totale Institution erreicht, lässt durch Wegschauen zumeist weitere Übergriffe zu und es kommt paradoxerweise nicht zur Entlassung des Personals, sondern zur Verlegung des Opfers in eine andere totale Institution. Denn nun sei der Patient, jetzt als psychopathisch klassifiziert, zu weit gegangen und die totale Institution behält ihre Täter innerhalb des Personals, denn dieser sei schließlich aus psychopathischen Gründen dazu verführt worden. Und deshalb soll sich der Patient schämen. Wenn die totale Institution daraufhin resigniert, entsteht parallel ein zweites Normen- und Wertesystem, welches Missbrauch duldet und außerhalb keinen Bestand hätte. Kury und Smartt beschrieben bereits 2002, dass Sex und Gewalt im Strafvollzug zwar nach den Forschungsergebnissen der angloamerikanischen Kriminologie keineswegs selten seien, dass sich die Forschung dazu in Deutschland aber bisher sehr zurückgehalten habe (Kury u. Smartt 2002). Während man für den Maßregelvollzug weder Literatur noch Zahlen findet, gibt es zunehmend Ergebnisse aus Untersuchungen in Gefängnissen. Langzeitgefangene aus elf europäischen Ländern wurden zwischen 2007 und 2009 zu ihren Lebensbedingungen in Haft befragt und gaben auch zu negativen Erfahrungen mit Mitgefangenen und Bediensteten Auskunft. Grundsätzlich lagen sexuelle Belästigungen und Vergewaltigungen unter 5%, aber Gefangene, die von negativen Erfahrungen mit Mitgefangenen berichteten, erlebten gleichzeitig häufiger negative Interaktionen mit Bediensteten (Dudeck et al. 2016). Wenn man aggressive Handlungen als intendiertes Verhalten mit dem Ziel versteht, anderen Menschen entweder körperlichen oder psychischen Schaden zuzufügen, ist das Handeln von Bediensteten kaum verständlich. Aus sozialpsychologischer Sicht kann jedoch vermutet werden, dass der sozusagen „Schwächste" an den Rand der Gruppe innerhalb der totalen Institution platziert wird und einen sozialen Ausschluss selbst im Parallelsystem erlebt. Hinzu kommen das Vorhandensein aggressiver Cues in einem geschlossenen Raum und die Imitation aggressiven Verhaltens als Erklärungsmodelle für das Verhalten der Bediensteten (Aronson u. Wilson 2004, S. 452).

Befragt man das Personal innerhalb des Maßregelvollzugs nach ihren Hauptaufgaben, kommt überzufällig häufig die Antwort, dass die Patienten in der Hauptsache zu bewachen und zu kontrollieren seien, denn die Kontrolle des sog. „Bösen" kann ungemein entängstigen. Bereits die Studie von Bateman und Dunham (1948), die Goffman in seinem Buch zitiert, belegt, dass das oberste Ziel der Pfleger-Kultur die Ausübung der Kontrolle über die Patienten sei. Alle Wünsche und Forderungen, ganz gleich, wie vernünftig, in welch ruhigem Ton oder wie höflich sie geäußert werden, werden als Beweis der seelischen Krankheit angesehen. In einem Milieu, wo das Abnorme die normale Erwartung ist, wird das Normale niemals anerkannt. Da die Ärzte zumeist diese Annahmen bestätigen, tragen diese zu einer Verewigung der Auffassung bei, dass Kontrolle das wichtigste im Umgang mit Geisteskranken sei (Goffman 2016, S. 88). Das dürfte u.a. damit zu tun haben, dass unab-

hängig von der Ausbildung des Personals, der Konflikt der Gesellschaft zwischen der psychiatrischen Theorie des Verbrechens und der Theorie, welche diese auf eine moralische Schwäche zurückführt, innerhalb der totalen Institution ausgetragen wird (Goffman 2016, S. 91). Als Beispiel führt Foucault den Größenwahn eines Patienten an, der um alles in der Welt gebrochen werden muss, weil das moralisch nicht vertretbar sei. Seine Allmacht im Wahn auszuüben durch die Tatsache, dass man deliriert, sei charakteristisch für jeglichen Wahnsinn. Diese Allmacht des Wahnsinns müsse nun durch die Bekundung eines anderen, kraftvolleren Willens, der mit einer überlegenen Macht ausgestattet ist, erschüttert und eingeschränkt werden (Foucault 2015, S. 215).

> *„Georget gab den Ärzten folgenden Ratschlag: ‚z.B. anstatt einem Verrückten die eingebildete Königswürde zuzugestehen, muss man ihm zeigen, dass er ohne alle Macht ist, dass wir Anderen, die wir keine Könige sind, gleichwohl Alles über ihn vermögen. So kommt er vielleicht auf den Gedanken, dass er sich doch wohl täusche.‘ „Und dagegen werden Sie dann auf Psychiater stoßen, die in allen Fällen die Furcht, die Gewalt, die Drohung empfehlen werden. Die einen sind der Meinung, dass das grundlegende Gleichgewicht der Macht eigentlich durch das Anstaltssystem selbst ausreichend gewährleistet ist, zusammen mit der Gesamtheit der Überwachung, der Hierarchie im Inneren, der Anordnung der Gebäude, ja sogar der Anstaltsmauern, die das Raster und das Gefälle der Macht bilden und sie definieren. Und dagegen werden dann die anderen Psychiater der Meinung sein, dass die Person des Arztes selbst, sein Prestige, sein stattliches Aussehen, seine Aggressivität, seine polemische Schärfe, dass all diese jenes Kennzeichen verleiht.“ (Foucault 2015, S. 215–216).*

Das alles finden wir 2018 in den modernen Maßregelvollzügen wieder, obwohl wir wissen, dass jede Behandlung von psychisch kranken Straftätern erfolgversprechender als Kontrolle und Überwachung ist. Therapeutische Interventionen wie Counceling und Skills Training sind signifikant effektiver als Interventionen, die auf Zwang (Überwachung, Abschreckung, Disziplin) beruhen. Die Effektivität steigt mit der genauen Einschätzung des Risikos neuer Straftaten und mit der Qualität der Implementierung d.h. der Integrität des Programms. Insbesondere kognitiv-behaviorale Verfahren sind allen anderen Therapiemodulen überlegen und für jedes Alter und beiderlei Geschlecht geeignet (Lipsey 2009). Dennoch hat die Formulierung von Behandlungsstandards für den Maßregelvollzug in Deutschland bis 2017 gebraucht, bis diese veröffentlicht worden sind und führen auf allen Ebenen zur Entrüstung (Müller et al. 2017). Mit den Behandlungsstandards kann der Patient eine adäquate und moderne Therapie in einer angemessenen Umgebung einem angemessenen Zeitraum einfordern, was aber nicht alle beteiligten Akteure freut. Die neuen Maßregelvollzugsgesetze wurden mit mehr Eifer bedacht, weil diese mehr Sicherheit für das Personal der totalen Institution bedeuten.

Vielleicht gibt es am Ende der Diskussion auch gar keine ideale Psychiatrie, weil Menschen Menschen behandeln und ordnungspolitische Aufgaben immer zur Psychiatrie gehören werden. Goffman schrieb sein Buch schließlich schon 1973 und die Psychiatrie Enquete wurde 1975 fertiggestellt. Möglicherweise ist das Arbeiten mit psychisch kranken Menschen mit und ohne Straffälligkeit ein ständiges Ringen um Menschlichkeit.

Literatur

Aronson E, Wilson TD (2004). Sozialpsychologie. 4. Aktual. Aufl. Pearson München

Bock M (2017) Wenn die „Welt" zur „Anstalt" schrumpft. Ein Beitrag zur kriminalprognostischen Bedeutung des Haftverhaltens. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 12, 61–72

Dudeck M, Vasic N, Otte S, Streb J (2016) Intramurale Gewalterfahrungen und psychische Belastung von Langzeitgefangenen. Trauma & Gewalt 1(10), 34–41

Ferenczi S (2004) Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In: Balint M (Hrsg.) Schriften zur Psychoanalyse. 303–313. Gießen Psychosozial Verlag

Foucault M (2015) Die Macht der Psychiatrie. Suhrkamp Verlag Frankfurt a.M.

Freud A (1991) Das Ich und die Abwehrmechanismen. 22. Aufl. Fischer Verlag Frankfurt a.M.

Gazzaniga M (2011) Die Ich Illusion. Hanser Verlag München, S. 209

Goffman E (2016) Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 20. Aufl. Suhrkamp Verlag Frankfurt a.M.

Kury H, Smartt U (2002) Prisoner-on-prisoner violence. Victimization of young offenders in prison. Some German findings. Criminology & Criminal Justice 2, 411–437

Lipsey MW (2009) The primery factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: a meta-analytic overview. Victims and offenders 4, 124–147

Müller JL, Saimeh N, Briken P, Eucker S, Hoffmann K, Koller M, Wolf T, Dudeck M, Hartl C, Jakovljevic AK, Klein V, Knecht G, Müller-Isberner R, Muysers J, Schiltz K, Seifert D, Simon A, Steinböck H, Stuckmann W, Weissbeck W, Wiesemann C, Zeidler R (2017) Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. Interdisziplinäre Task Force der DGPPN. Nervenarzt 88. doi 10.1007/s00115-017-0382-3