

.....

## **2. Die Angst des Rechtsbrechers vor der Freiheit – Autonomie in der forensisch-psychiatrischen Vollversorgung**

Andreas Wahlster–Razum

### **DER ORT DES GESCHEHENS**

Seit der Strafrechtsreform 1975 besteht in der Bundesrepublik ein zweispuriges Sanktionssystem. Einerseits gibt es die Freiheitsstrafe, die im Strafvollzug verbüßt wird, andererseits die Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 61 - 72 StGB). Neben den nicht-freiheitsentziehenden Maßregeln, wie zum Beispiel dem Entzug der Fahrerlaubnis, gibt es freiheitsentziehende Maßregeln. Hierzu gehören:

- die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB),
- die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB),
- die Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB).

Ich werde mich im folgenden auf die Maßregel der Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB konzentrieren. Der § 63 StGB lautet:

(1) Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Bestehen Zweifel an der Schuldfähigkeit des Angeklagten, wird zu den Fragen der Schuldunfähigkeit (§§ 20/21 StGB) ein psychiatrischen Gutachten erstellt. Dieses Gutachten sollte zu folgenden Fragen sachverständig Stellung beziehen:

1. Lag zum Zeitpunkt der Tat eine psychische Krankheit oder eine psychische Störung von Krankheitswert vor?
2. Ist die Tat durch diese Krankheit oder Störung verursacht?
3. Sind auf Grund der diagnostizierten psychischen Krankheit oder Störung weitere erhebliche Straftaten von dem Betroffenen zu erwarten?

Falls diese Fragen bejaht werden können, muß die Unterbringung nach § 63 StGB vom Gericht angeordnet werden. Sie hat nach dem Gesetzestext solange anzudauern, bis der Untergebrachte nicht mehr für die Allgemeinheit gefährlich ist. Die Unterbringung dient daher sowohl der Behandlung/Heilung des Untergebrachten als auch dem Schutz der Öffentlichkeit.

Der Maßregelvollzug als Ort, an dem Besserung und Sicherung des psychisch kranken Rechtsbrechers stattfinden sollen, ist somit also durch zwei miteinander konkurrierende Aufträge gekennzeichnet: Therapie auf der einen, Kontrolle auf der anderen Seite. Der Gesetzgeber geht offenbar davon aus, daß Therapie und Kontrolle miteinander vereinbar und in dieser Kombination hilfreich sind, um weitere Straftaten zu verhindern. In der Praxis zeigt sich hier jedoch ein großer Widerspruch. Kontrolle impliziert, daß der Kontrollierende „weiß“, was richtig und falsch ist. Er vertritt eine Haltung der Gewißheit und Eindeutigkeit, der Nicht-Neutralität; seine Handlungen sind darauf ausgerichtet, abweichendes Verhalten zu verhindern bzw. zu sanktionieren. Kontrolle hat eine klare Zielsetzung. Auch Therapie hat in diesem Kontext trotz des Anspruchs Autonomie bei Patienten zu stärken letztendlich einen richtungsweisenden und damit kontrollierenden Charakter.

Systemische Therapie hingegen verzichtet darauf, zu „wissen“, was richtig oder falsch ist. Sie favorisiert ein Haltung der Ambivalenz, der Neutralität. Sie ist darauf ausgerichtet, abweichendes Verhalten innerhalb gesetzlicher bzw. gesellschaftlicher Normen zu ermöglichen, auf Sanktionsmaßnahmen zu verzichten und die therapeutische Zielsetzung mit dem Klienten zusammen festzulegen, gegebenenfalls auch zu revidieren.

## **WELCHE PROBLEME UND LÖSUNGEN ERGEBEN SICH AUS UND IN DEM FORENSISCH-PSYCHIATRISCHEN KONTEXT FÜR DIE PATIENTEN UND DIE MITARBEITER?**

### **Probleme der Patienten**

Die Maßregel der Besserung und Sicherung wird durch ein Gericht angeordnet. Der Untergebrachte, sodann auch Patient genannt, kommt nicht auf Grund eigener Willensentscheidung in die Klinik, er ist zunächst kein Auftraggeber. Auftraggeber/Kunde ist vielmehr das Gericht, welches die Unterbringung angeordnet hat. Der Patient sieht sich fortan den Verführungsversuchen („Verführungsdrohungen?“) der Behandler ausgesetzt. Der Patient muß sich in einem Umfeld zurechtfinden, in dem sein persönlicher Entscheidungs- und Handlungsspielraum erheblich eingeschränkt wird. Die Stationen sind meistens geschlossen, Vollzugslockerungen wie Ausgang und Urlaub sind u.a. von der Einhaltung eines langen Instanzenweges abhängig. Hierzu zählt auch eine langwierige Überzeugungsarbeit an den Behandlern. Die Kontakte zur Außenwelt sind zu Beginn der Unterbringung erheblich eingeschränkt. Um das zu ändern, muß der Patient zunächst seine Behandler davon überzeugen, daß er Lockerungen nicht zur Entweichung oder sogar zu weiteren Straftaten mißbraucht; als zweiter Schritt muß hiervon auch die Justiz überzeugt werden, die der Lockerung letztendlich zustimmt oder sie ablehnt. Die Teilnahme an Therapie wird verordnet, die neuroleptische Behandlung ist obligatorisch. So kann beispielsweise ein Patient, der sich weigert, an der Arbeitstherapie teilzunehmen, schlecht zur Teilnahme gezwungen werden. Verweigert er hingegen die Einnahme von Neuroleptika, so können ihm diese bei psychiatrischer Indikation auf der Basis der Unterbringungsgesetzes (UBG) auch zwangsweise verabreicht werden.

Selbständiges Handeln in diesem schmalen Spielraum könnte sich zum Beispiel darin zeigen, daß ein Patient sich entscheidet, angesichts verordneter Therapie gegen seine eigene Überzeugung so zu tun, als halte er diese für notwendig, da er weiß, daß sie die Voraussetzung für die Gewährung von Lockerungen darstellt. Dies würde bedeuten, daß er selbst zum Kunden wird, der möglicherweise keine Therapie, sondern lediglich Ausgang, d.h. eine Vergünstigung, eine Vollzugslockerung möchte.

Im Unterschied zum Strafvollzug wird die Maßregel nach § 63 StGB nicht zeitlich festgelegt, eine Orientierung an einem bestimmten Entlassungsdatum entfällt. Viele Patienten im Maßregelvollzug beklagen, daß sie nicht im „Knast“ sind: dort wüßten sie wenigstens, wann sie wieder rauskämen.

Die Aufforderung, sich mit der Anlaßstraftat, ihrer Entstehung und ihrem Ablauf auseinanderzusetzen und für ähnliche Situationen in der Zukunft andere, d.h. legale Lösungsstrategien zu entwickeln, wird von vielen Patienten als Zwang zum Verrücken von eigenen Sichtweisen und eigener Lebensgestaltung empfunden. So kann das Zeigen von Krankheitseinsicht zum reinen Anpassungsritual werden. Zudem kann es für den Patienten riskant sein, entsprechendes, krankheitseinsichtiges Verhalten zu zeigen, da er damit rechnen muß, daran künftig von den Behandlern gemessen zu werden (Eingehen von verbindlichen Beziehungen).

### **Probleme der Mitarbeiter**

Mitarbeiter sehen sich oft mit der Enttäuschung und Wut der Patienten über ihr nicht selbst gewähltes Schicksal konfrontiert. Nicht selten werden sie als Helfershelfer des Justizapparates betrachtet (Agenten sozialer Kontrolle), was sie de facto ja auch sind. Mitarbeiter stehen vor der Aufgabe, den Auftrag des Maßregelvollzugs am Adressaten, nämlich dem Patienten, umzusetzen. Er soll vorrangig gebessert (therapiert) und außerdem gesichert (kontrolliert) werden.

Das vorab schon genannte Ziel des Maßregelvollzugs veranlaßt Mitarbeiter, den Fokus der Aufmerksamkeit weitestgehend auf die Entlassung des Patienten in eine deliktfreie Zukunft zu richten.

Früher wurden Patienten, die sich chronisch zeigten, noch zwangsberentet und, getreu dem Paradigma des Krankheitsmodells, vollversorgt.

Die Ambivalenz des Patienten, sich nämlich die Entscheidung zwischen Entlassung und Verbleiben im Maßregelvollzug offenzuhalten, bleibt in der Blütezeit sozialpsychiatrischer Bemühungen unberücksichtigt und als Ressource im therapeutischen Handeln, weil im Widerspruch zum ambivalenzfreien Helferanspruch, ungenutzt. Als Erfolg und damit als Ausdruck therapeutischer Kompetenz wird ausschließlich die Entlassung von Patienten gewertet. Subjektive Lebenspläne von Patienten, zum Beispiel das Krankenhaus zur eigenen Heimat zu erklären, den Bezug einer Erwerbs-

unfähigkeitsrente anzustreben, den Service der Vollversorgung (freie Kost und Logis) verbunden mit der Sicherheit regelmäßiger sozialer Kontakte zu genießen, bleiben oft außerhalb des Horizonts des eifrigen Therapeuten (die Frage, warum er schon so lange in der Klinik sei, beantwortete ein Patient, indem er zwei Zeilen aus einem Song der Dire Straits zitierte: „Money for nothing and the chicks for free!“).

### **Lösungen**

Gerade in diesem Kontext wären unterschiedliche Angebote nützlich, die der möglichen Ambivalenz des Patienten Rechnung tragen und ihm somit die Möglichkeit der Prüfung verschiedener Verhaltensoptionen eröffnen. Hierzu gehört auch die Möglichkeit der eigenen Zeiteinteilung und -planung. Daneben ist der außerstationäre Kontext des Patienten zu berücksichtigen, weil nicht selten eine Unterbringung im Maßregelvollzug innerfamiliäre Konflikte auf (unbestimmte Zeit) zu entschärfen vermag. In diesem Zusammenhang kann die Einbeziehung der Herkunftsfamilie auch für die Entwicklung von Zukunftsideen jedweder Art nützlich sein.

Die nun folgenden Fallbeispiele sollen deutlich machen, wie sowohl Patienten als auch Mitarbeiter im Rahmen dieses komplexen Kontextes des Maßregelvollzugs Lösungsstrategien entwickeln und umsetzen können.

#### **„Ich habe keine Chance, aber sie wird kommen“ – die Klinik als Trutzburg**

Herr Ö., ein mittlerweile 25jähriger Türke, ist seit sieben Jahren nach § 63 StGB untergebracht, nachdem er in psychotischem Zustand mit dem Auto seines Vaters Amok fuhr und dabei ein Passant zu Tode kam. Er verübte diese Straftat während eines Wochenendurlaubs von der allgemeinspsychiatrischen Klinik, in die er von seinen Eltern zwei Monate zuvor eingewiesen worden war. Anamnestisch konnte festgestellt werden, daß die Erstmanifestation der Psychose fast unmittelbar nach der Mitteilung seines Vaters aufgetreten war, daß für Herrn Ö. nun die passende Frau gefunden und seine Heirat beschlossen sei. Im Maßregelvollzug zeigte sich Herr Ö. dann jahrelang läppisch und launisch und machte keinerlei Anstalten, die vielfältigen Angebote hinsichtlich Schul- und Berufsausbildung zu nutzen. Vermutlich

wäre dies für ihn gefährlich gewesen, denn hätte er sich dort kompetent gezeigt, so hätte ihm die Entlassung aus der Klinik zu seinen Eltern gedroht. Bezeichnend für sein Verhalten war der Verlauf eines Zwiegesprächs während der wöchentlichen Patientenrunde: Nachdem Herr Ö. mehrmals lauthals lachend und prustend das Rundgespräch unterbrochen hatte, griff ein Mitarbeiter dies mit der Bemerkung auf, daß Spaßhaben für ihn wohl das Wichtigste sei und fragte Herrn Ö., was er davon halten würde, den Spaß als Maßstab für eine erfolgreiche Therapie zu setzen. Herr Ö. stimmte dieser Idee lauthals lachend zu. So wurde Herr Ö. gefragt, was seiner Ansicht nach in den Plan aufgenommen werden müßte. Seine Wünsche, die er jeweils lauthals lachend von sich gab, wurden wortwörtlich notiert und gegebenenfalls durch Nachfragen seitens des Teams konkretisiert. So entwickelte sich nach und nach auf spaßigste Art und Weise ein Spaß-Therapie-Plan, der in einer der folgenden Oberarztvisiten zusammen mit Herrn Ö. beschlossen und durch den Oberarzt gegengezeichnet wurde:

### **Tagesspaßtherapieplan für Herrn Ö.**

Dieser Spaß-Therapie-Plan wird ab ... wirksam, sowohl Herr Ö. als auch die Mitarbeiter haben dann im Rahmen der Oberarztvisite am ... die Möglichkeit, sich über die gemachten Erfahrungen auszutauschen. Herr Ö. verpflichtet sich, diesen Plan peinlichst genau einzuhalten, um dabei ein Höchstmaß an Spaß erleben zu können.

Dies bedeutet auch, daß sich die Mitarbeiter der Station an die getroffenen Abmachungen, die sie betreffen, ebenfalls peinlichst genau halten müssen.

**7.00** Herr Ö. wird geweckt. Er legt Wert darauf, im Abstand von wenigen Minuten (5) von einem Pfleger jeweils dreimal geweckt zu werden. Anschließend zieht er sich an und begibt sich umgehend in den Tagsaal, um dort bis 7.30 zu rauchen. Von **7.30 - 8.10** steht Herr Ö. für verschiedene Tätigkeiten auf der Station zu Verfügung. Dabei hat das Personal strengstens darauf zu achten, daß für Herrn Ö. ausreichend Arbeit bereitgestellt wird. Um **8.10** begibt sich Herr Ö. zusammen mit den anderen Patienten in die Arbeitstherapie, dort arbeitet er bis

11.00. Direkt nach der Rückkehr steht Herr Ö. bis 13.00 wieder für die verschiedenen Arbeiten auf der Station zur Verfügung. Dabei muß der Küchendienst zentraler Bestandteil seiner Arbeit sein. (Hierauf legte Herr Ö. besonderen Wert). Von

13.00 - 21.00 begibt sich Herr Ö. auf sein Zimmer, um strenge Bettruhe zu halten. Von

21.00 - 21.45 nimmt Herr Ö. das Frühstück ein, und zwar täglich Gulasch. Dieses Gulasch darf sich Herr Ö. in der Küche selbständig warm machen. Von

21.45 - 22.00 sieht Herr Ö. fern, ab

22.00 hält sich Herr Ö. im Tagsaal auf, um mit seinem eigenen Radio und Kopfhörer bis 1.30 Musik zu hören. Um

1.30 begibt sich Herr Ö. auf sein Zimmer, zieht sich Schlafkleidung an und legt sich dann schlafen bis zum nächsten Morgen um 7.00. Dann wird er wiederum von einem Pfleger im beschriebenen Zeitabstand geweckt.

**Am Wochenende** (Sa/So) ist dafür Sorge zu leisten, daß Herr Ö. seine Spaßtherapie genauso wie an den Werktagen in Anspruch nehmen kann, mit einer Änderung: in der Zeit von 8.15 bis 11.00, wo sich Herr Ö. werktags in der Arbeitstherapie befindet, hat das Personal dafür Sorge zu leisten, daß Herr Ö. genügend Arbeiten auf der Station zur Verfügung gestellt werden.

In den ersten drei Tagen mußten die Mitarbeiter leider feststellen, daß Herr Ö. durch nicht korrektes Einhalten der festgelegten Zeiten (zu spätes Aufstehen, frühzeitige Rückkehr aus der Arbeitstherapie) nicht für ein ausreichendes und therapeutisch notwendiges Maß an Spaß für sich selbst sorgte. Die Mitarbeiter zeigten sich daraufhin besorgt um Herrn Ö. Selbst Mitpatienten, die nichts von dem Therapieplan wußten, bestürmten das Personal, umgehend diese Art von Behandlung (zum Beispiel Gulasch zum Frühstück am Abend) einzustellen.

Nach vier Tagen bat Herr Ö. händeringend darum, diesen Plan wieder aufzuheben: Er könne nachts nicht so lange aufbleiben, er halte dies nicht durch. Das Personal zeigte sich weiter sehr besorgt um die Befindlichkeit von Herrn Ö., da nur ein Höchstmaß an Spaß den Erfolg der Therapie sichern könne. Der Plan wurde aufrechterhalten. Nach weiteren drei Tagen wurde dem Patienten mitgeteilt, daß der Plan gestoppt werde, da Herr Ö.

nicht wie angekündigt dafür Sorge, seinen vereinbarten Spaß zu haben. Es sei daher nicht zu verantworten, das Personal durch den Plan weiter zu belasten. Herr Ö. zeigte weiterhin eine Mischung aus spaßhaft-läppischem und spaßhaft-aggressivem Verhalten. So drückte er beim Schwimmen einen Mitpatienten laut lachend unter Wasser und ließ erst auf energisches Eingreifen der Sporttherapeutin davon ab. Herr Ö. wurde mit seinem Verhalten konfrontiert, indem er im Rahmen einer Oberarztvisite gefragt wurde, „ob es Spaß machen würde, einen Menschen umzubringen“. In vielen Familiengesprächen kämpften sowohl die Eltern als auch der älteste Bruder vehement um Herrn Ö.s Entlassung nach Hause. Die Ausweispapiere des Sohnes hielt der Vater nach wie vor unter Verschuß. Sowohl gegenüber der Staatsanwaltschaft als auch gegenüber den Eltern wurde seitens der Klinik die Entlassung nach Hause abgelehnt, da es nicht zu verantworten sei, Herrn Ö. in das Umfeld zu entlassen, in dem er die Straftat verübt hatte und des weiteren nicht erkennbar war, daß Herr Ö. für ähnliche Konfliktsituationen alternative, d.h. legale Lösungsstrategien entwickelt hatte. So gingen die Jahre ins Land, und Herr Ö. wurde langsam erwachsen. Er ging in die klinikeigene Disco, hatte erste ernsthafte Beziehungen zu Frauen und entwickelte sich zu einem leistungsfähigen Arbeiter in der Arbeitstherapie. Er entwickelte erste berufliche Ideen, die er seiner Familie allerdings tunlichst verschwieg.

Im Frühjahr dieses Jahres starb sein Vater. Genauso wie sein psychotisches Verhalten zeitgleich mit dem Verheiraturbeschuß seines Vaters zum ersten Mal aufgetaucht war, begann sich Herrn Ö.s Verhalten nun zeitgleich mit dem Tod seines Vaters wieder deutlich und nachhaltig zu verändern. Herr Ö. besucht mit großer Disziplin die Schule, um seine Deutschkenntnisse zu verbessern und strebt langfristig eine Berufsausbildung an. Durch hartnäckiges Nachhaken seinerseits kam Herr Ö. wieder in den Besitz seiner Ausweispapiere. Im letzten Familiengespräch nach dem Tod des Vaters wagte es Herr Ö. erstmals, der Familie seine eigenen Zukunftspläne mitzuteilen, die unter anderem nicht – wie von der Familie ursprünglich beschlossen – die Entlassung in die Wohnung des ältesten Bruders vorsahen. Seit her hat Herr Ö. mehrfach vergeblich versucht, mit seiner Familie Kontakt aufzunehmen. Im letzten Gespräch reagierte Herr Ö.

geradezu zornig auf die Frage, ob denn seine Familie seine Zukunftspläne akzeptieren werde. Er sei jetzt alt genug, sein Leben selber in die Hand zu nehmen. Die Idee der Rückkehr zu seiner Mutter kommentierte er mit den Worten: „Das hat früher nicht geklappt, warum sollte das jetzt klappen?“

Dieser Fall zeigt einerseits, daß die Klinik einen Schutzraum für Patienten darstellen kann, in dem sie relativ ungestört und mit selbstgewählter Geschwindigkeit eigene Ideen und Lebenspläne entwickeln, verwerfen und schließlich umsetzen können. Für die Mitarbeiter bestand in diesem Fall zunächst die Aufgabe, dies zu akzeptieren und vor allzu großen Veränderungsstrategien Abschied zu nehmen. Die gemeinsam mit dem Patienten entwickelte Spaß-Therapie bedeutet auf therapeutischer Ebene ein Aufgreifen des Verhaltens des Patienten, es wird konterkariert und zur Konfrontation genutzt. Heute ist Herr Ö. ein ernsthafter junger Mann, der nicht mehr für jeden Spaß zu haben ist.

**„Seit es mir gut geht, kümmert ihr euch kaum noch um mich!“,  
oder: Wahrscheinlich guckt wieder kein Schwein (frei nach  
F.K. Waechter)**

Frau F., 27 Jahre alt, war seit sieben Jahren gemäß § 63 StGB untergebracht. Bei der Anlaßstraftat handelte es sich um eine zweifache Körperverletzung unter dem Einfluß eines psychischen Erlebens. Frau F. ist institutionserfahren. Sie lebt seit ihrem zehnten Lebensjahr in Heimen, Wohngruppen und psychiatrischen Kliniken. Von ihrer Familie berichtete sie immer wieder nur, daß sie sich dort auf niemanden habe verlassen können. Absprachen hätten nichts gegolten, Zusagen seien nicht eingehalten worden. Dieses Muster zeigte sich immer wieder auf der Station, wo Frau F. sich im Zeigen von Unverbindlichkeit und dem Brechen von Verträgen – etwa, sich nicht selbst zu schädigen, keine Suizidversuche zu unternehmen – fast schon Berühmtheit verschafft hatte. So konnte Frau F. sich ständig sicherer Kontakte „erfreuen“. Erst als die Station es nach langen Jahren aufgegeben hatte, Verbindlichkeit als Element der Beziehungsgestaltung einzufordern, zeigte sich Frau F. verwirrt. Vorausgegangen waren etliche Versuche, die Patientin in eine Nachsorgeeinrichtung zu entlassen. Einerseits zeigte sie sich interessiert, die

Klinik zu verlassen, andererseits fürchtete sie die vermehrten Anforderungen und, wie sich zeigen sollte, den Verlust von sicheren Kontakten. Nachdem sie ein Probewohnen abgebrochen hatte, was einige Mitarbeiter (u.a. den Verfasser) verärgerte, zog sich Frau F. immer mehr schmallend zurück und nahm massiv ab. Das Team reagierte mit einer paradoxen Intervention. Frau F. wurde in die Oberarztvisite bestellt, der Oberarzt teilte ihr ohne Umschweife mit, man habe verstanden, daß sie sich umbringen wolle. Dies sei einerseits ihr gutes Recht, andererseits sei man verpflichtet, dies zu verhindern. Man gehe davon aus, daß sie sicher Verständnis dafür habe, daß ab einem bestimmten Körpergewicht das Einleiten lebenserhaltender Maßnahmen, wie zum Beispiel das Legen einer Magensonde zur Zwangsernährung, unumgänglich sei. Da man allerdings bei ihrem körperlichen Zustand durchaus mit einem plötzlichen Ableben rechnen müsse, sei es die Pflicht der Mitarbeiter, eine eventuelle Beerdigung sorgsam vorzubereiten. Hierzu gebe es eigens einen Mitarbeiter in der Patientenabteilung, der für die Planung von Beerdigungen zuständig sei. Frau F. wurde aufgefordert, mit Unterstützung des Sozialpädagogen einen Termin mit dem betreffenden Mitarbeiter zu vereinbaren. Frau F. war entsetzt. Der Kollege in der Patientenabteilung (bezeichnenderweise mit einem Lebendgewicht von 180 kg) war vorher eingehend instruiert worden und spielte mit. Entgegen ihrer Ankündigung, der oberärztlichen Anordnung nicht zu folgen, nahm Frau F. den Termin in Begleitung des Sozialpädagogen wahr. In gepflegtem Beamtendeutsch eröffnete der Mitarbeiter die Fachkonsultation: „Mir ist zugetragen worden, daß Sie Ihr Ableben planen.“ Sodann legte er ihr eine umfangreiche Liste verschiedener Sargsorten nebst unterschiedlicher Angebote zur Trauerfeiergestaltung, wie zum Beispiel Urnen- oder Seebestattung, Tonband- oder Livemusik etc. vor. Frau F. wurde immer wütender, sie verneinte jegliche Suizidabsicht; die beiden Kollegen zogen jedoch stoisch ihr Programm durch. Nach einer halben Stunde beendete Frau F. die Beratung mit den Worten: „Ich will mich nicht umbringen, außerdem habe ich schon zwei Kilo zugenommen!“ Mit Beerdigungsinformationsmaterial reichlich ausgestattet kehrte Frau F. wutschnaubend auf ihre Station zurück. Nun nahm die Rehabilitation ihren Lauf. Frau F. kündigte an, nicht weiter auf dieser schlimmen

Station bleiben zu wollen und bewarb sich für ein Probewohnen auf einer Station in der Allgemeinpsychiatrie. Sie wurde angenommen und verließ triumphierend die Station im Maßregelvollzug. Nach einem halben Jahr, gespickt mit einigen psychotischen Episoden, wurde Frau F. aus dem Maßregelvollzug endgültig entlassen. Am gleichen Tag mußte sie wegen einer akuten Exacerbation ihrer Psychose auf die allgemeinpsychiatrische Aufnahmestation verlegt werden. Sie kehrte nach zwei Wochen wieder auf die Reha-Station zurück und lebt mittlerweile dort in einer Wohngruppe außerhalb der Klinik. Ab und zu guckt jetzt zwar kein Schwein, aber immerhin ein Helfer vorbei.

Rehabilitation ist kein linearer Prozeß, an dessen festgelegtem Ende ein bestimmtes Ergebnis zu stehen hat. Rehabilitatives Arbeiten impliziert vielmehr die Aufgabe, Individuation zu ermöglichen, Autonomie zu würdigen und zusammen mit dem Patienten einen Bummel durch den Markt der Möglichkeiten zu machen. Das Wählen bleibt dem Patienten vorbehalten.

**In zwölf Kilogramm sicherer Entfernung vom Alleinausgang, oder: Gut Ding will Weile haben**

Herr P. war 30 Jahre alt, als er 1987 im Maßregelvollzug untergebracht wurde, nachdem er in einer Gaststätte einen Gast mit einem Obstmesser niedergestochen hatte. Es wurde eine schizophrene Psychose diagnostiziert. Im Verlauf der Behandlung sollte sich zeigen, daß der Tag der Straftat eine besondere Bedeutung hatte. Herr P. lebte mit seiner Mutter zusammen, eine Schwester ist verheiratet, der Vater war Jahre zuvor verstorben. Herr P. hat eine Konditorlehre abgeschlossen, arbeitete jedoch seit Jahren als Kraftfahrer. Vier Wochen vor der Straftat kündigte er seine Arbeitsstelle mit der Begründung, er wolle sich nicht länger ausnutzen lassen und endlos Überstunden machen. Man habe seine Gutmütigkeit überstrapaziert. Entgegen allen Erkenntnissen der Ermittlungsbehörden blieb Herr P. konsequent bei seiner Darstellung, daß das Tatopfer ihn bedroht habe und er in Notwehr gehandelt habe. Es müsse sich bei seinem Opfer seiner Ansicht nach „wohl um einen psychisch Kranken gehandelt haben“.

Am Tag der Straftat lief für Herrn P. ein Ultimatum ab, das ihm seine Mutter gestellt hatte: Er sollte gemäß anwaltschaftlicher Weisung aus der gemeinsamen Wohnung ausziehen. Herr P. sorgte durch seine Straftat dafür, daß er den Auszug selbst gestaltete: Durch seinen Einzug in die Klinik konnte er die Vollversorgung aufrechterhalten.

Es gab also aus seiner Sicht viele vernünftige Gründe, diesen Aufenthalt möglichst lange zu gestalten. Die auf der Aufnahme-station in guter und ambivalenzfreier Absicht erwogene Verlegung auf eine halboffene Rehabilitationsstation quittierte er mit großer Skepsis: „Das sei doch eine große Umstellung“. Nach eineinhalb Jahren wurde er dennoch dorthin verlegt. Der Oberarzt meinte damals, daß Herr P. innerhalb von maximal zwei Jahren in eine Nachsorgeeinrichtung entlassen werden könne. Herr P. sollte ihn Lügen strafen. Zwar kaprizierte sich Herr P. immer wieder auf das Erreichen von Lockerungen, sorgte jedoch durch Regelverstöße ebenso regelmäßig dafür, daß er solche Lockerungen nicht erhielt, damit aber auch den damit einhergehenden Belastungen nicht ausgesetzt wurde. Bezeichnend hierzu eine Begebenheit aus einer Chefarztvisite: Der ärztliche Direktor machte angesichts des starken Übergewichts von Herrn P. die eher scherzhaft gemeinte Bemerkung, daß Herr P., um Alleinausgang im Gelände erhalten zu können, zunächst einmal fünf Kilo abnehmen müsse. Herr P. nahm daraufhin innerhalb kürzester Zeit sieben Kilo zu. So befand er sich, wie es eine Mitarbeiterin (D. Waßmer) ausdrückte: „In zwölf Kilogramm sicherer Entfernung vom Alleinausgang“. Es gab einen weiteren Grund für Herrn P., sich als Träger eines stabilen Defektsyndroms zu zeigen, nämlich die Aussicht auf die dauerhafte Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitsrente. So gelangte Herr P. zu bescheidenem Wohlstand, da die Kosten der Unterbringung vom Steuerzahler übernommen werden. Einmal befragt, wie es ihm in der Klinik gefalle, antwortete Herr P., er sei hier zu 90 Prozent frei.

Herr P. gönnte sich weitere vier Jahre, um seine Entlassung ernsthaft in die Wege zu leiten. Hierzu gehörte die dauerhafte Gewährung der schon erwähnten Erwerbsunfähigkeitsrente, die intensive und bedachtsame Wiederaufnahme sozialer Kontakte und, gewissermaßen als Bonbon für leidgeprüfte Maßregler, eine fast modellhafte Auseinandersetzung mit der Anlaßstrafat so-

wie das Zeigen von Krankheitseinsicht, nicht zu vergessen schließlich eine Gewichtsreduktion um fünfzehn Kilogramm.

Nach fast siebenjähriger Unterbringung konnte Herr P. in ein Wohnheim entlassen werden (auch diese Option hatte er früher unter Hinweis auf die finanzielle Belastung abgelehnt). Er hält nach wie vor freundlichen Kontakt zu seinen ehemaligen Behandlern und nimmt langsam aber stetig wieder zu. Mit seiner Mutter telefoniert er gelegentlich. Er berichtet, der Kontakt sei freundlich und entspannt.

Zu diesem Fall für den geneigten Leser ein Tip in Sachen Fachliteratur: Sten Nadolny: „Die Entdeckung der Langsamkeit“.

## **FAZIT**

Die systemische Sichtweise kann nützlich sein, um aus Problem- beschreibungen Lösungsbeschreibungen zu entwickeln. Hierbei können uns Patienten mit ihrem Verhalten zu verrücktem Denken verführen. Daß dabei der Humor nicht zu kurz kommt, ist nicht nur eine erfreuliche, sondern auch eine nützliche Begleiterscheinung. Die Fallbeispiele sollten verdeutlichen, wie Patienten/Untergebrachte im Maßregelvollzug den Kontext zur eigenen Lebensplanung nutzen und sich trotz ihres schmalen Handlungsspielraums autonom verhalten können. Mitarbeiter des Maßregelvollzugs können vermeiden, in die vielgefürchtete Reha-Falle zu tappen, wenn sie immer wieder überprüfen, wer ihr Auftraggeber ist und wie der Auftrag lautet. Um möglichen Mißverständnissen vorzubeugen, der Maßregelvollzug mit seinen kontextuellen Rahmenbedingungen ist kein Ort, wo Patienten und Mitarbeiter ihre jeweiligen Verrücktheiten ausleben können und auch noch viel Spaß dabei haben. Der Maßregelvollzug war und ist ein Kontext, der von weitreichender Einschränkung persönlicher Freiheiten und auch von viel Gewalt auf der einen und viel Leid auf der anderen Seite geprägt ist. Dies gilt für alle Beteiligten. Gleichwohl, dies sollte dieser Aufsatz gezeigt haben, bietet selbst dieser Kontext Möglichkeiten, ihn kreativ zu nutzen.