GiB e.V.

# Integrationsgespräche

Band 8

Fortbildung für die Integration von Menschen mit Behinderungen

## Freiheitsentziehende Maßnahmen

‚Notwendigkeit' in der Betreuung
von Menschen mit Intelligenzminderung?

GiB e.V.
Gesellschaftliche Integration
von Menschen mit Behinderungen

2009

Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

auch in diesem Jahr ist es uns wieder gelungen, den Symposiumsband 2009 schon wenige Monate nach der Veranstaltung zu veröffentlichen. Hierfür gilt mein ganz ausdrücklicher Dank den Referenten, die sich trotz zahlreicher anderer Verpflichtungen die Mühe gemacht haben, uns ihr Manuskript so zeitnah zur Verfügung zu stellen, dass wir den Band 8 der Integrationsgespräche ohne Mühe noch im laufenden Sommer fertig stellen konnten.

Mit unserem diesjährigen Thema **Freiheitsentziehende Maßnahmen – ‚Notwendigkeit' in der Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderung?** scheinen wir „ins Schwarze" getroffen zu haben. In bewährter Form wurden die unterschiedlichen Facetten dieser Problematik von namhaften Referenten in ihren Vorträgen beleuchtet und boten damit Stoff für intensive Gespräche. Das Auditorium war gut besucht, und es gab lebhafte Diskussionen, nicht nur in der Abschlussrunde, die deutlich zeigten, dass die Teilnehmer sich intensiv mit freiheitsentziehenden Maßnahmen und ihren Auswirkungen in all ihrer Bandbreite auseinandergesetzt haben.

Die Theorie bildet zwar das Fundament, aber die Praxis darf auch hier nicht zu kurz kommen. Herr Schmelzer, KonfliktFIT, wird im Workshop III (12. November 2009, Geschäftsstelle GIB e. V.) konkrete Übungen demonstrieren und Raum für eigene Erfahrungen lassen. Auch der GIB e. V. kann Ihnen bei

Interesse Fortbildungen zu diesem Thema anbieten. Bitte sprechen Sie uns bei Bedarf an.

Herr Escalera wird als Highlight je einen Workshop in Berlin und Gransee durchführen.

Wie in all den Jahren zuvor – die Integrationsgespräche sind mittlerweile ja schon eine feste Institution – gilt es, an dieser Stelle den vielen Menschen zu danken, die am guten Gelingen des Symposiums Anteil hatten – in erster Linie natürlich den Referenten, selbstverständlich aber auch Frau Römer, die als charmant-kompetente Moderatorin durch den Tag geleitet hat und nicht zuletzt natürlich all den Mitarbeitern des GIB e. V., die organisatorisch und kulinarisch ihren Beitrag geleistet haben.

Nun wünsche ich Ihnen viel Vergnügen beim Lesen des Bandes. Gibt es Anregungen, Ergänzungen oder auch Kritik, helfen Sie uns bei unserem Bemühen um eigene Entwicklung, wenn Sie uns dies mitteilen.

Schon jetzt bereiten wir uns auf das Symposium 2010 aktiv vor. Ich würde mich freuen, Sie wieder begrüßen zu dürfen.

Berlin, August 2009

Erik Boehlke

## Erik Boehlke
## Einführung

Lassen wir die Jahresthemen unserer Integrationsgespräche Revue passieren, so ist ein gewisser Wechsel von praktischen und theoretischen Themen erkennbar. Das diesjährige Thema ist auf den ersten Blick der praktischen Materie zuordenbar. Eine genauere Betrachtung nur des ersten Wortes „freiheitsentziehend" macht jedoch rasch deutlich, dass sich auch das heutige Symposium nur in einem transdisziplinären Diskurs in all seinen unterschiedlichen Facetten erschließt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen begleiten mich in meinem beruflichen Alltag nun seit fast 30 Jahren. Ich dachte, dass es mir nicht schwer fallen dürfte, hierzu meine persönlichen Gedanken und Erfahrungen in Worte zu fassen. Bei der Vorbereitung auf diesen Vortrag wurde mir jedoch klar, dass das Folgende nur einzelne Aspekte anreißen kann, da mein Wissen, der Rahmen und die Zeit limitierende Faktoren sind. Ich bitte jetzt schon um Entschuldigung für das, was dem einen oder anderen fehlen wird. Froh bin ich, dass die Referenten des heutigen Tages diesen Mangel in vielen Bereichen kompensieren werden.

Damit einem Menschen Freiheit entzogen werden kann, muss er eine Freiheit haben. Was heißt ‚Freiheit haben'? Was ist, wenn ich unfrei bin? Zum Beispiel kann ich mich nicht frei bewegen. Wann kann ich mich nicht frei bewegen? Zum Beispiel, wenn ich an einer schweren Herz-Lungen-Erkrankung leide, die

meine körperliche Leistungsfähigkeit so einschränkt, dass ich nur noch wenige Schritte gehen kann. Möglich wäre auch eine neurologische Erkrankung: Nach einem Sturz habe ich eine Querschnittslähmung und bin an den Rollstuhl gefesselt. Als extremste Form solcher Unfreiheiten sei das Locked-In-Syndrom genannt, bei dem der Geist in einem unbeweglichen Körper gefangen ist.

Abb. 1: Jean-Dominique Bauby (1953-1997)

Einige von Ihnen werden das Buch „Schmetterling und Taucherglocke" von **Jean-Dominique Bauby** (1953-1997) kennen oder den danach entstandenen Film. „Da ich den vom Haus empfohlenen schaurigen Jogginganzug abgelehnt habe, trage ich wieder meine Klamotten eines verbummelten Studenten. Genau wie das Bad könnten meine alten Sachen schmerzliche Bahnen in meinem Gedächtnis auftun, aber ich sehe darin eher ein Symbol, dass das Leben weitergeht. Und den Beweis dafür, dass ich noch ich selbst sein will. Wenn man schon Gefahr läuft zu

sabbern, kann man es auch auf einem Kaschmirpulli tun." Diese Sätze machen deutlich, dass die Freiheit des sich unabhängig von Hilfe bewegenden Körpers nur einen kleinen Bereich, wenngleich nicht unwesentlichen, des gesamten Bedeutungsgehaltes des Begriffes beschreibt.

*„Die Gedanken sind frei, wer kann sie erraten …*
*Kein Mensch kann sie wissen, kein Jäger erschießen …"*

Wir alle kennen dieses uralte Volkslied, heute am ehesten in der 1842 von **Hoffmann von Fallersleben** bearbeiteten Version. So einfach, wie sich das hier darstellt, war die Welt leider noch nie.

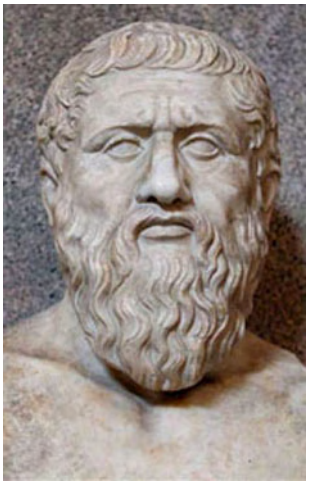


Abb. 2: Platon

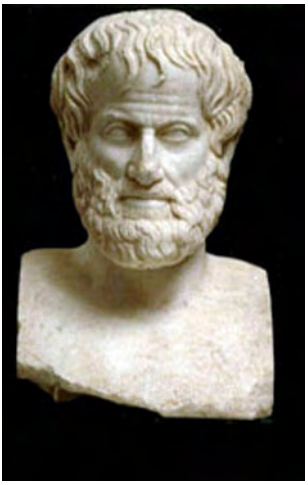


Abb. 3: Aristoteles

Schon **Platon** (427–347 v. Chr.) hat in seinem „Staat (Politeia)" darauf hingewiesen, dass eine uneingeschränkte Freiheit zur Anarchie führt. Die Linie lässt sich endlos fortsetzen über **Aristoteles** (384–322 v. Chr.), **Augustinus** (354-43) – nach ihm haben wir

Abb. 4: Augustinus

Abb. 5: Luther

Abb. 6: E.v. Rotterdam

die uneingeschränkte Willensfreiheit mit dem Sündenfall eingebüßt –, den Augustiner Mönch **Martin Luther** (1483-1546) mit seiner 1520 verfassten Schrift

Abb. 7: Descartes

Abb. 8: Leibniz

Abb. 9: Kant

„Von der Freiheit eines Christenmenschen" sowie der 1525 veröffentlichten Schrift „Vom unfreien Willen", mit der er **Erasmus von Rotterdam** (1466-1536) auf dessen „Vom freien Willen" (1524) antwortet. Nicht nur die Weisheit der Argumentation machen beide Traktate heute noch lesenswert, durchaus kann man sich auch davon faszinieren lassen, mit welch sarkastischer Ironie diese beiden Heroen mit Worten die Klingen kreuzen.

**René Descartes** (1591-1650) mit seiner absoluten Freiheit des Subjektes „Ich denke, also bin ich" ist ebenfalls zu nennen. **Gottfried Wilhelm Leibniz**

(1646-1716) betont wiederum die Verantwortung des Menschen in der Wahrnehmung von Freiheit. **Immanuel Kant (1724-1804)** beeinflusst die Diskussion zu diesem Thema noch heute wesentlich. Auf ihn geht die Unterscheidung zurück zwischen der negativen Freiheit, d. h., frei zu sein von äußeren Vorgaben und Zwängen durch Dritte, und der positiven Freiheit, die real die Möglichkeiten nutzt, wenn der Zustand einer negativen Freiheit gegeben ist.

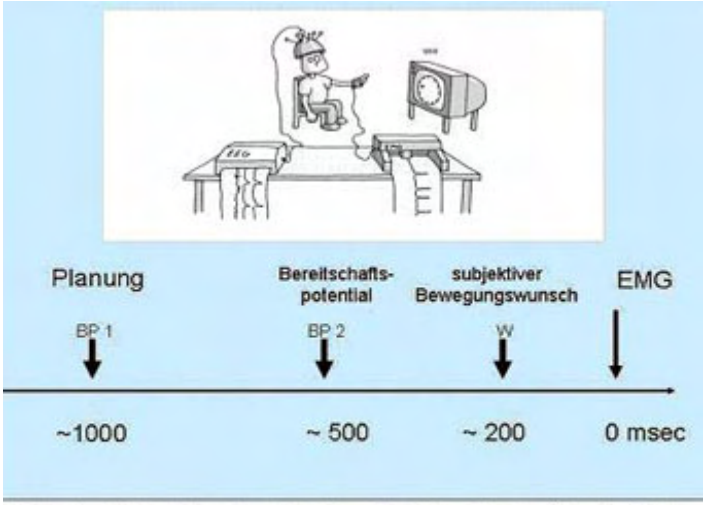
Abb. 10: Schiller

Diese Aufzählung nur weniger Namen möchte ich schließen mit einem Mann, um den man in diesem Jahr, sein 250. Geburtstag wird gefeiert, bei diesem Thema nicht herumkommt: **Friedrich Schiller** (1759-1805). Schon in seinem ersten Drama „Die Räuber", das er mit 18 Jahren beginnt und in seinem 22. Lebensjahr anonym im Selbstverlag veröffentlicht, spielt die Freiheit eine zentrale Rolle. Endgültig verschmolzen ist dieser Begriff mit dem Namen Schillers durch seinen „Don Carlos" (1787), in dessen dritten Akt der Marquis von Posa den spanischen König auffordert: „Gehen Sie den Königen Europens voran. Ein Federzug von dieser Hand, und neu erschaffen wird die Erde. Geben Sie Gedankenfreiheit."

Eins ist der Auseinandersetzung der zuvor genannten Freiheiten gemeinsam. Freiheit wird immer gesehen im

Spannungsfeld der Freiheit sowie der daraus erwachsenden Verantwortung des Einzelnen im Gegensatz zur Freiheit in der Gemeinschaft und des Staates, die dieser sichern muss. Nicht umsonst befassen sich die ersten Artikel unseres Grundgesetzes genau mit diesem Thema.

Nun zu einem anderen Aspekt. Die Voraussetzung, um zu wissen, welche Freiheiten einem wichtig sind, ist die Fähigkeit, sich gedanklich damit auseinanderzusetzen, um als Ergebnis dieses Prozesses zu wissen, was man will. Ohne groß nachzudenken, würde man wohl davon ausgehen, dass man beim Prozess dieser Willensbildung eine innere Freiheit hat, dass also ein freier Wille entstanden ist.
Über die Richtigkeit eines solchen ersten subjektiven Gedankens wird ebenfalls schon seit der Antike philosophiert. Gibt es eine Willensfreiheit oder nicht? Ganz akut ist diese Diskussion in den letzten zehn Jahren in den Neurowissenschaften entflammt. Die philosophischen Aspekte wird uns Frau Dr. Pillen näher erläutern. Lassen Sie mich etwas medizinisch werden, da diese Facette in unserem heutigen Symposium nicht vertreten ist.
11 renommierte deutsche Neurowissenschaftler haben 2004 in „Gehirn und Geist" (das Magazin für Psychologie und Hirnforschung) „Das Manifest" veröffentlicht, in dem sie über ihre Sichtweise der Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung berichten. Unter einer absolut naturwissenschaftlichen Sichtweise vertreten sie die Auffassung, dass es einen freien Willen nicht gibt. Begonnen hat diese Diskussion mit der Beobachtung des Ulmer Neuropsychiaters **Hans Helmut Kornhuber** und seines Mitarbeiters **Lüder Deecke**, dass im EEG typische Veränderungen schon eine Sekunde vor der willkürlichen Be-




Schematische Darstellung des klassischen Libet-Experiments. Über das EMG definiert wird die tatsächliche motorische Bewegung als Zeitpunkt 0 definiert. Etwa 200 ms vor der Bewegung wird subjektiv der Bewegungswunsch wahrgenommen. 300 bis 800 ms früher können Bereitschaftspotentiale nachgewiesen werden

Abb. 11: Libet-Experiment, Teil 1

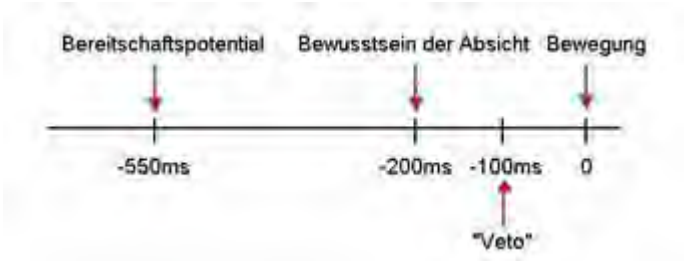



Abb. 12: Libet-Experiment, Teil 2

wegung einer Hand und eines Fußes zu sehen sind. Diese 1965 veröffentlichte Beobachtung war Grundlage für die Untersuchungen des amerikanischen Neurophysiologen **Benjamin Libet** (1916-2007). Seine Messungen, dass nicht nur der Bewegung, sondern auch der bewussten Absicht, einen Finger zu

bewegen, ein Bereitschaftspotenzial vorausgeht, wurden als Beweis genommen, dass es gar keinen freien Willen gibt. **Libet** selbst war gar kein Vertreter einer solchen deterministischen Welt, in der alles vorbestimmt ist, sondern durchaus ein Verfechter eines freien Willens. In weiteren Experimenten meinte er, nachweisen zu können, dass dieser freie Wille durch eine Veto-Möglichkeit gegeben sei. Zwischen der Zeit der Bewusstwerdung, eine Handlung ausführen zu wollen, und der realen Handlung verbleibt eine Zeitspanne von rund 100 Millisekunden, in der die Freiheit besteht, die Handlung doch nicht auszuführen.

Auch **Kornhuber** und **Deecke** sahen sich in erheblichem Maße missverstanden durch die Thesen einer rein materialistisch-naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise mit immer noch ausgeklüngelteren und aufwändigeren Untersuchungen. Ausführlich begründen sie dies 2007 in ihrem Buch „Wille und Gehirn".

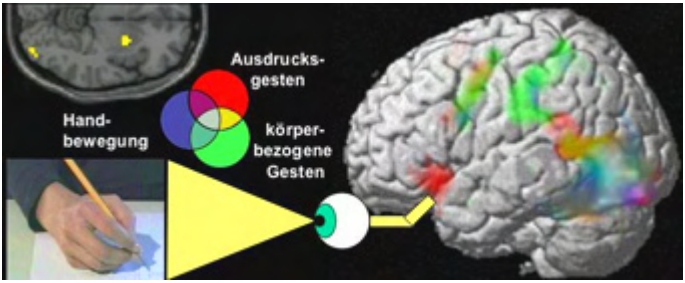



Abb. 13: Bildgebende Verfahren

Man muss allerdings zugeben, dass man sich der Faszination der modernen bildgebenden Verfahren, wie Magnet-Resonanz-Tomographie, kurz MRT, oder Positronen-Emissions-Tomographie, PET, nur schwer entziehen kann.

Wird man weder von außen, z. B. durch Gesetze, noch durch sich selbst, z. B. durch die oben erwähnten Erkrankungen, gehindert, dann kann man tun, was man will, d. h., man handelt. Dies wird allgemein als Handlungsfreiheit bezeichnet. Aus den nur skizzenhaft dargestellten komplexen Vorgängen im Gehirn wird deutlich, dass dieses Organ einer guten Gesundheit bedarf, damit sich überhaupt ein freier Willen bilden kann, der Handlungsfreiheit ermöglicht. Das Gehirn kann natürlich erkranken, wie jedes andere Organ auch. Eine schwere Lebererkrankung führt z. B. dazu, dass giftige Stoffwechselprodukte nicht abgebaut werden und dass schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten. Wird das Gehirn schwerkrank, z. B. bei einer akuten schizophrenen Psychose oder einer fortschreitenden Alzheimer-Demenz oder ist es beschädigt, z. B. durch eine Verletzung während der Geburt, so kann dies dazu führen, dass es dauerhaft oder während bestimmter Phasen nicht mehr in der Lage ist, einen freien Willen zu bilden. Im juristischen Bereich wird der so eingeschränkte handlungsleitende Wille als „natürlicher" Wille bezeichnet.

Was haben diese Aussagen mit unserem Jahresthema zu tun? Zugegebenermaßen nähere ich mich diesem eher auf einem verschlungenen Pfad. Rufen wir uns die dritte Strophe des oben zitierten Volksliedes in Erinnerung:

*„… und sperrt man mich ein im finsteren Kerker …",*

so wird deutlich, dass Freiheit auch durch äußere Gewalt entzogen werden kann. Wird ein Mensch mit Gewalt in seinem Handeln gehindert, so wird er meist auch in seiner Würde verletzt. Die Würde des Menschen ist unantastbar, daran erinnert uns Artikel 1 des Grundgesetzes.

Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, garantiert der zweite Artikel.
Wenn das in absoluter Form gälte, so wäre eigentlich die Einladung zu diesem Symposium überflüssig gewesen. Die Tatsache, dass wir heute so viele Gäste begrüßen dürfen, legt den Schluss nahe, dass dies nicht so ist.
Der zweite Artikel führt den Satz weiter „… soweit er nicht die Rechte anderer verletzt …". Was dies juristisch bedeutet, wird Herr Dr. Nanzka in seinem Vortrag sicherlich darlegen.

Dass es im speziell hier angesprochenen Bereich für Menschen mit Intelligenzminderung ganz nachhaltige Einschränkungen der Freiheit gibt, wissen zumindest alle, die auf einer akuten psychiatrischen Station gearbeitet haben oder in einem Krankenhaus des Maßregelvollzugs. Sicherlich wird dort in einer ganz elementaren Form Freiheit entzogen, wie z. B. ein Artikel in „Die Zeit" vom 11.12.2008 beschreibt.

21 DOSSIER

In der Lebensversicherungsanstalt

Abb. 14: Artikel „Die Zeit", 2008

Ohne Zweifel gibt es aber auch das Recht, dass die Gemeinschaft sich schützt vor Menschen, die gegen die vereinbarten Gesetze verstoßen. Das Strafgesetzbuch bietet die Möglichkeit, Menschen, die auf der Grundlage einer psychischen Erkrankung Straftaten begehen, in einem Krankenhaus des Maßregelvollzugs unterzubringen. Dass dieses nicht zwangsläufig zu einer Lebensversickerungsanstalt werden muss, werden uns nachher die beiden Referenten Frau Dewald und Herr Dr. Knapheide darlegen. Große Hochachtung habe ich vor der souveränen Gelassenheit, mit der Herr Dr. Knapheide altehrwürdige Begriffe wieder in die pädagogisch-psychiatrische Diskussion einbringt, wie z. B. „moralische Erziehung", um intelligenzgeminderte forensische Patienten auf eine höhere „moralische Entwicklungsstufe" zu führen.

Für den Alltag in Einrichtungen der Behindertenhilfe, aber auch der Altenpflege, geht es sicherlich um ganz andere Maßnahmen der Freiheitsentziehung, für die ich hier sensibilisieren möchte. Angefangen von dem verbalen Verbot, ein Zimmer oder eine Wohngruppe zu verlassen, welches aus der abhängigen Situation des Hilfebedürftigen heraus befolgt wird, über das Sitzenlassen auf einer Toilette oder Liegenlassen in einer Badewanne, aus der der behinderte Mensch nicht allein herauskommt, bis hin zu schwierigen Schließsystemen, die ohne Hilfe nicht zu öffnen sind, gibt es eine Unzahl von Einschränkungen der freien Bewegung, die im Alltag überhaupt nicht mehr wahrgenommen werden und die nur durch die Grenzen der Phantasie und des technischen Einfallsreichtums limitiert sind. Für diese Beispiele sollte und darf es meines Erachtens keine rechtlich genehmigten Regelungen geben, da sie sich durch eine angemessen organisierte und durchgeführte Betreuung

weitestgehend vermeiden lassen. Sollte wegen einer Weglauf-Tendenz und einer bestehenden Verkehrsunsicherheit doch eine Schließung erforderlich sein, so ist mit dieser offen und bewusst umzugehen.

Ein aus meiner Sicht besonders unglückliches Beispiel sei mit den hochgezogenen Bettgittern erwähnt. Es gibt nach meiner Erfahrung wenige Situationen, in denen diese einen wirklichen Sinn machen. Häufig sind sie nur eine zusätzliche Gefahrenquelle, da, wenn sie überklettert werden, der Sturz nur aus noch größerer Höhe erfolgt. Gerade auch für diese häufig diskutierte Maßnahme gibt es meist Alternativen.

Keine Fragen gibt es bei den freiheitsentziehenden bzw. unterbringungsähnlichen Maßnahmen einer Fixierung und einer Auszeit, Time-out, in einem abgeschlossenen Raum gegen den Willen des Betroffenen. Diese beiden Maßnahmen gilt es, wirklich reflektiert und gezielt einzusetzen; sie sollten allerdings auch kein Tabu darstellen. Als Psychiater lege ich Wert darauf, dass solche Maßnahmen keine psychiatrische Behandlung darstellen, sondern eine Notmaßnahme für einen Menschen, der krankheitsbedingt im Rahmen eines psychischen Ausnahmezustandes eben keinen freien Willen mehr hat und in diesem Zusammenhang sich selbst gefährdet. Ein Handlungsauftrag lässt sich sogar aus dem Grundgesetz ableiten. Der Artikel 2, Abs. 2 lautet nämlich:

*„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“*

Wenn ein Mensch zu einer freien Willensbildung nicht in der Lage ist, muss er eine angemessene Unterstützung erhalten, wenn sein natürlicher Wille, also der Wille, der aktuell sein Handeln bestimmt, sich krank-

heitsbedingt gegen ihn selbst richtet. Wenn als letztes Mittel der Wahl diese Unterstützung nur durch eine Fesselung des Menschen zu erreichen ist, sollte sie nach meinem Dafürhalten auch in einer Einrichtung der Behindertenhilfe durchgeführt werden.

Meines Erachtens haben die Väter des Grundgesetzes vergessen, neben das Recht auf körperliche auch das Recht auf seelische Unversehrtheit zu stellen. Wenn unter den beschriebenen Voraussetzungen ein Mensch fixiert wird, schütze ich nicht nur seine körperliche, sondern auch seine seelische Unversehrtheit. Wenn bei jedem akuten Erregungszustand eine Einweisung in die Psychiatrie erfolgt, trägt dies sicherlich für viele Betreute nicht zu deren seelischen Wohl bei. Gerade bei Menschen, die über längere Zeiträume hinweg häufiger in Erregungszustände geraten, kann es rasch zu dem zu Recht von den Experten gefürchteten Prinzip der Drehtür-Psychiatrie kommen. Dies bedeutet, dass auch der Rechtsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit Grundlage einer Fixierung in der Wohnstätte sein kann.
In Baden-Württemberg wurde von 2001 bis 2004 der so genannte Leistungstyp 1.7 in therapeutischen Wohngemeinschaften für Menschen mit besonderen Problemverhaltensweisen erprobt und wissenschaftlich begleitet. Die Forschungsgruppe um Professor Dr. Dieckmann in Münster hat in diesem Zusammenhang viele Ergebnisse zusammengetragen. Eines der Ergebnisse war, dass bei den einzelnen Stichproben im Verlauf der Untersuchung der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen kontinuierlich abnahm. Es könnte daraus die Hypothese gebildet werden, dass der verantwortungsvolle Einsatz solcher Maßnahmen auch eine therapeutische Komponente hat, indem die Mitarbeiter lernen, souveräner mit den schwierigen Situa-

tionen umzugehen, was wiederum zu einer Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten bei den Betreuten führt. Dies deckt sich mit unseren Erfahrungen.

Wichtig ist mir eine letzte Anmerkung, bevor ich zum Schluss komme. Im § 1906 Abs. 4 BGB sind explizit Medikamente als freiheitsentziehende Maßnahmen aufgeführt. Hier vertrete ich als Arzt die sehr klare Meinung, dass der Gesetzgeber in diesem Punkt zu weit gegangen ist. Grundsätzlich gebietet es ärztliches Handeln, dass Medikamente nur mit einer entsprechenden Indikation zu therapeutischen Zwecken gegeben werden. Sicher käme kein Gesetzgeber oder Richter auf die Idee, einen Beschluss zu fassen über die sachgerechte Gabe von Insulin bei einer Bewusstlosigkeit durch zu hohe Blutzuckerwerte. Es ist nicht erkennbar, dass bei dem Diabetes-Patienten der mutmaßliche freie Wille unterstellt werden kann, wieder in das Bewusstsein geholt zu werden, dies jedoch nicht für einen Patienten gilt, der sich in einem psychogenen Ausnahmezustand befindet. Ihm hilft die Beruhigungstablette genauso, wieder Herr seiner Sinne zu werden. Die Möglichkeit des missbräuchlichen Einsatzes besteht für beide Medikamente gleichermaßen. Dies wäre dann jedoch ein Kunstfehler und somit ein Straftatbestand, der an anderer Stelle gesetzlich geregelt ist.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich in Kürze zusammenzufassen. Im ersten Teil habe ich versucht, mit einigen wenigen Punkten die schillernde Vielseitigkeit des Freiheitsbegriffs deutlich zu machen und wie schwierig er zu fassen ist.

Der mittlere Teil sollte deutlich machen, dass eine rein materialistisch-naturwissenschaftliche Betrachtung unseres Themas zu kurz greift, wie übrigens in allen

Bereichen der Medizin. Eine Behandlung des Menschen, bei der nicht Laborbefunde und MRT-Bilder behandelt werden, sondern der Leib, d. h., der beseelte Körper im Zentrum des Denkens und Handelns steht, erfordert eine anthropologische Medizin.

Der dritte Teil ist ein Plädoyer, freiheitsentziehende Maßnahmen als letztes Mittel eines sonst nicht beherrschbaren Zustandes zum Schutze des Betreuten einzusetzen. Die Erfahrung zeigt, dass der angemessene Einsatz dieser Mittel schlimmere körperliche und seelische Verletzung verhindern kann und damit die Wiederholung solcher Zustände reduziert.
Bevor freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt werden, ist zu prüfen, ob alles getan wurde, um diese zu vermeiden. Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen sind:

- Bedarfsgerechte räumliche Gegebenheiten, d. h. Einzelzimmer und angemessene personelle Ausstattung.
- Schulung der Mitarbeiter, damit sie in problematischen Situationen die Sicherheit haben, dieser nicht hilflos gegenüber zu stehen. Alle Mitarbeiter des GIB e. V. nehmen in ihrem ersten Arbeitsjahr an einem 3-tägigen Präventionstraining teil. Aktuell bilden wir für jeden Standort einen Deeskalationstrainer aus. Über entsprechende Inhalte wird Herr Schmelzer berichten.
- Das Schaffen von symptom-reduzierenden Settings, hierzu gehört auch der verantwortungsvolle und kompetente Umgang mit Medikamenten.
- Klare Regelung der rechtlichen Rahmenbedingungen unter Einbeziehung von gesetzlichen

Betreuern und den zuständigen Amtsgerichten. Eine entsprechend präzise Anleitung findet sich z. B. in unserem Qualitätshandbuch.

- Genaue Dokumentation, wenn eine Maßnahme durchgeführt wird. Wir nutzen hierzu ein eigenes Formblatt.
- Regelmäßige Betreutenbesprechungen, in denen aus den gemachten Erfahrungen heraus Konzepte entwickelt werden, wie weitere freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden werden können.

Die Frage, ob freiheitsentziehende Maßnahmen in der Behindertenhilfe eine Notwendigkeit sind, kann wohl nicht mit einem zwingenden Ja beantwortet werden. Verantwortungsvoll und kompetent eingesetzt, können sie in Ausnahmesituationen eine angemessene Hilfe sein, die den Betroffenen vor noch größerem Schaden bewahrt.

Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und gebe das Wort wieder an Frau Römer, die uns - entsprechend der Tradition - kompetent und charmant durch das Symposium führt.

## Angelika Pillen
## Philosophische Facette

### Einleitung

Sie haben mich darum gebeten, das Thema der heutigen Veranstaltung aus der Perspektive der Philosophie zu beleuchten. Ich freue mich, diesen Teil der Aufgabe übernehmen und damit eine Perspektive einbringen zu dürfen, die im beruflichen Alltag mit seinen vielfältigen Handlungszwängen in der Regel in den Hintergrund gedrängt wird, da die Erfordernisse der Situation zumeist keinen Spielraum für philosophische Reflexionen lassen.

Zunächst möchte ich mit einer Bestandsaufnahme beginnen. Nachdem Menschen mit Intelligenzminderung lange Zeit in so genannten geschlossenen Anstalten gemeinsam mit psychisch Kranken untergebracht worden waren, haben auch sie von den nach der Psychiatrie-Enquête in die Wege geleiteten Enthospitalisierungsprogrammen profitiert. Genauso wie für die psychisch Kranken hat es für sie zahlreiche Bemühungen um die Errichtung von Versorgungsstrukturen gegeben, die ihnen Möglichkeiten für ein selbst gestaltetes Leben verschaffen. Ihre Einrichtung hier ist ein konkretes Beispiel dafür. Die gesamte Entwicklung kann zu Recht als ein Fortschritt beurteilt werden, ohne Zweifel hat sie zu einem Zuwachs an individueller Freiheit für die Betroffenen geführt.

In diesen Bemühungen erhält jene Wertorientierung eine konkrete Gestalt, die in unserer Kultur in den

letzten Jahren mehr oder weniger den Stellenwert einer fundamentalen Leitkategorie erhalten hat. Für uns hat die individuelle Freiheit eine hohe, um nicht zu sagen eine absolute Bedeutung. Das macht sich unter anderem auch darin bemerkbar, dass die gesellschaftliche Sensibilität für Angriffe auf die Freiheit von Personen gewachsen ist.

**Vergegenwärtigung**

Während es in früheren Zeiten zu den selbstverständlichen Ritualen in Institutionen gehörte, freiheitseinschränkende Maßnahmen als Disziplinarmittel einzusetzen und damit ohne weiteren Begründungszwang unbotmäßiges Verhalten von Insassen zu bestrafen, müssen Institutionen sich heute bei jedem Vorgang, der freiheitseinschränkende Komponenten enthält, vor der Öffentlichkeit und den Vertretern des Gesetzes rechtfertigen. Freiheitseinschränkende Maßnahmen erfahren also eine sorgfältige Überwachung, sowohl ihre Anordnung als auch ihre Durchführung bedürfen der Legitimation. Es besteht heute ein allgemeiner Konsens, sie nur im äußersten Notfall als letztes Mittel einzusetzen, wenn gar nichts anderes mehr geht.

**Problem**

Ungeachtet dessen gibt es diese Situationen, in denen gar nichts anderes mehr geht. Erfreulicherweise hat sich bei den Mitarbeitern, wenn man einmal von wenigen Ausnahmen absieht, eine Sensibilität für die Problematik dieses Vorgehens entwickelt. Nicht zuletzt das Fragezeichen im Titel dieser Veranstaltung zeugt davon. Die Diskrepanz zwischen dem Anspruch an sich selbst, die Selbstbestimmung der zu Betreuenden zu achten auf der einen Seite und den Situationserfordernissen in diesen Fällen auf der anderen Seite, kann die Betreuer in schwere Konflikte stürzen. Sie befinden sich dabei in einer klassischen ethischen

Dilemmasituation, d. h., sie sind dazu gezwungen, zwischen verschiedenen Gütern eine Wahl zu treffen, die jedoch von sich selber her alle gleichermaßen eine Berechtigung haben und bedacht werden müssten. Die Analyse der Grundkomponenten, die in dieser Art von Konflikten eine Rolle spielen, kann vielleicht helfen, Klarheit über den Typus von Problemen zu gewinnen, die hier zu Tage treten. Damit kann die ethische Reflexion jenen Mitarbeitern, die freiheitseinschränkende Maßnahmen zu verantworten haben, eine bessere Grundlage für verantwortungsvolle Entscheidungen verschaffen.

Wenn wir über den Stellenwert von freiheitseinschränkenden Maßnahmen nachdenken wollen, müssen wir uns zunächst Klarheit darüber verschaffen, was Freiheit überhaupt ist. Denn wir können nur dann verstehen, was eine Einschränkung von Freiheit ist, wenn wir uns darüber verständigt haben, was der Gegenstand dieser Einschränkung ist.

**Der Begriff der Freiheit**

In der Philosophie unterscheidet man eine systematische Betrachtungsweise von einer historischen. Der Begriff der Freiheit ist in beiden Hinsichten immer schon ein zentraler Gegenstand der philosophischen Reflexion gewesen. Leider ist es mir nicht möglich, auch nur einen groben Überblick über die verschiedenen Gestalten dieser Reflexion zu geben, da dies den Rahmen dieser Veranstaltung sprengen würde. Einige wenige Splitter der weit reichenden und extensiven Theoriebildung seien hier jedoch kurz skizziert:

**Systematik**

In systematischer Hinsicht bezeichnet der Begriff der Freiheit zunächst einmal die Fähigkeit, sich ohne äußerliche Hindernisse oder Einflüsse bewegen, verhal-

ten oder bestimmen zu können. (Dieter Sturma, in: H. J. Sandkühler (Hg.) Enzyklopädie Philosophie, Bd.1, Hamburg 1999). Dabei unterscheidet der philosophische Diskurs zwischen negativer und positiver Freiheit. Negative Freiheit meint die Abwesenheit von Einschränkungen, Hemmnissen oder Zwängen, die sich der Freiheit zu handeln in den Weg stellen könnten. Sie wird daher auch als äußere Freiheit bestimmt. Davon unterschieden wird die positive Freiheit. Sie besteht in der Möglichkeit, aus eigenem Willen heraus eine Wahl zu treffen. Geht es bei der negativen Freiheit um eine Beziehung zur äußeren Welt, so beschreibt die positive Freiheit eine Beziehung, die das Subjekt zu seinem Selbst bzw. zu seiner inneren Welt unterhält. Innere Freiheit ist dann gegeben, wenn das Individuum einen eigenen Willen formulieren und eine Wahl treffen kann, wenn es sich also für oder gegen etwas zu entscheiden vermag.

Wir können demzufolge beim Begriff der Freiheit eine Handlungsdimension von einer Willensdimension unterscheiden. Beide Seiten sind so aufeinander bezogen gedacht, dass der frei Handelnde einen Willen auf der Grundlage einer Entscheidung zwischen verschiedenen Optionen bildet und das, was er entschieden hat, in die Tat umsetzt. Dabei ist er als dazu fähig gedacht, die verschiedenen Handlungsoptionen zu bewerten und zu entscheiden, welche die bessere bzw. die schlechtere ist. Die so bestimmte Freiheit bildet die Grundlage für unsere klassische Handlungstheorie.

Damit haben wir sehr grob einige intrinsische Grundbestimmungen des Begriffs der Freiheit skizziert. Bereits an diesen Bestimmungen können wir erkennen, dass Freiheit sehr voraussetzungsreich ist. So setzt die Fähigkeit, Optionen zu bewerten, ein Urteilsvermögen

voraus, die Fähigkeit also, eine Situation und die in dieser Situation zu treffenden Entscheidungen richtig einzuschätzen. Das wiederum setzt voraus, dass die Betroffenen einen Überblick über die Situation haben und wissen, welche Faktoren von Bedeutung sind, welche zu vernachlässigen sind oder auch, welche Folgen ihre Entscheidungen unter Umständen haben. Das ist bereits in überschaubaren Situationen, wie etwa den Maßnahmen, die Menschen in der Erziehung ihrer Kinder ergreifen, ein komplizierter Vorgang, erst recht wird er das in jenen komplexen Kontexten, in denen wir uns in unserer hoch differenzierten Gesellschaft in der Regel bewegen.

Nicht zuletzt aus diesem Grund befassen sich so gut wie alle Wissenschaften, die das menschliche Handeln zu ihrem Forschungsgegenstand machen, mit dem Problem der unintendierten Konsequenzen von Entscheidungen. Menschen treffen Entscheidungen für etwas mit bestimmten Intentionen, mit Vorstellungen davon, was sie erreichen wollen, in der Umsetzung kommt dann aber in der Regel etwas anderes als das Intendierte heraus. Es erweist sich als eine idealistische Konstruktion, im Individuum mit seinen Intentionen verfolgenden und verwirklichenden Handlungen die konkrete Gestalt der Freiheit zu sehen, denn diese Konstruktion blendet aus, dass die Verwirklichung der Handlungsfreiheit stets mehr bewirkt als intendiert gewesen ist und Folgen zeitigt, die nicht mit bedacht waren. Es ist dem Individuum aufgrund seines notwendig beschränkten Horizontes nicht möglich, die Situation, in die er hineinhandelt, in ihrer Gesamtheit zu durchschauen. Halten wir fest, dass die theoretische Voraussetzung für Freiheit, nämlich das Vermögen, Situationen angemessen einschätzen zu können, im Realen nur bedingt gegeben ist.

Eine weitere systematische Beschränkung von Freiheit, die jeder freiheitseinschränkenden Maßnahme in dem Verständnis, das hier in diesem Raume gegeben ist, weit vorausliegt, ist bei der Willensbildung zu bedenken, die den Handlungen des als frei betrachteten Individuums vorausgehen. Der freie Wille stellt eine grundlegende Dimension in allen klassischen Bestimmungen von Freiheit dar. In Tat und Wahrheit ist der freie Wille jedoch von zahlreichen Einflüssen bestimmt, die nur sehr bedingt der Kontrolle und der Entscheidung des Subjekts unterliegen. Bei näherem Hinsehen wird deutlich, dass das angebliche Subjekt der Freiheit keineswegs der Souverän der Entscheidungen und Handlungen ist, die es als seine eigenen wahrnimmt. Es wird in eine Kultur hineinsozialisiert, die es in einem tiefen Sinne prägt, ohne dass es selbst die Entscheidung über diese Prägungen treffen würde. Das bezieht sich sowohl auf die normativen Grundlagen einer Kultur als auch auf die sehr variablen Vorstellungen von einem guten Leben. Der angeblich souveräne Wille des Individuums, den wir gerne zum Bezugspunkt unserer Handlungsorientierungen machen, ist in Tat und Wahrheit hochgradig vermittelt. Es ist praktisch unmöglich, eine scharfe Trennungslinie zu ziehen zwischen Willensbekundungen, die auf der Grundlage einer bewusst getroffenen Wahl zustande gekommen sind und solchen, die das Ergebnis von suggestiven Beeinflussungen sind.

Jede Kultur übt einen normativen Druck auf ihre Mitglieder aus, die Vorstellungen von einem guten Leben, die ihr zugrunde liegen, zu übernehmen. Individuen werden dadurch zu Mitgliedern einer Kultur, dass sie sich deren normativen Vorstellungen unterwerfen bzw. sich diese aneignen. Der Prozess der Subjektwerdung ist unweigerlich ambivalent – das blendet eine

Handlungstheorie, die sich auf den freien Willen des Subjekts gründet, gerne aus, sie übersieht, dass dieses Subjekt eines freien Willens in seinen Wesenszügen bereits Ergebnis von Unterwerfungsprozessen ist – Michel Foucault hat das in seinen Untersuchungen eindrücklich nachgezeichnet.

Nach diesen kritischen Gedanken zum liberalen Freiheitsbegriff des bürgerlichen Zeitalters, der dem Selbstverständnis unserer Kultur zugrunde liegt, möchte ich nun die Formen nachzeichnen, in denen die Ambivalenz der Freiheit in der philosophischen Tradition reflektiert wurde.

**Geschichte**

In der Geschichte der Philosophie wird der Begriff der Freiheit immer schon durch die Beziehung zu einem Gegenpart bestimmt. In der Antike steht Freiheit in Beziehung zum Begriff des Schicksals, in der Neuzeit zum Begriff der Notwendigkeit – darauf nehmen Sie mit dem Titel Ihrer Veranstaltung Bezug.

**Antike**

Zunächst zum antiken Freiheitsverständnis: Platon erläutert das Verhältnis von Freiheit und Schicksal in einer mythischen Erzählung. Dem Mythos zufolge ziehen die Seelen vor dem Eintritt in das irdische Leben Lose, mit denen sie die Reihenfolge festlegen, in welcher sie ihr Leben aus der Vielzahl der möglichen Lebensformen auswählen können. In seinem irdischen Leben hat der Mensch diese seine ursprüngliche Entscheidung allerdings vergessen. So kommt es, dass ihm als Schicksal erscheint, was er selbst einmal gewählt hat.

In seiner konkreten Lebensführung ist der Mensch ungeachtet dessen dazu aufgerufen, seine Wahlfrei-

heit dazu zu nutzen, ein gutes Leben zu führen. Das gute Leben ist dabei nicht, wie es etwa dem heute verbreiteten Verständnis entspricht, durch hedonistische Möglichkeiten oder die Befriedigung von Bedürfnissen bestimmt, sondern durch die Ausbildung von Tugenden bzw. einer inneren Haltung oder eines Willens, der das Gute anstrebt. Wichtig für das griechische Freiheitsverständnis namentlich bei Aristoteles ist diese Bindung an ein Leben im Zeichen von Tugenden. Frei ist der, dem es gelingt, seinen eigenen Willen entsprechend den Tugenden zu formen, in Bindungen an Bedürfnisse dagegen kommt für den Menschen der griechischen Antike Unfreiheit zum Ausdruck. Alles, was den Menschen auf seine Naturhaftigkeit verweist, macht ihn dieser Auffassung zufolge unfrei.

**Neuzeit**

Das neuzeitliche Verständnis von Freiheit, das unseren heutigen Vorstellungen nach wie vor zugrunde liegt, entwickelt sich in kritischer Entgegensetzung zu Diskursen, die sich auf die sich neu konstituierenden Naturwissenschaften berufen. Die sich formierenden Naturwissenschaften zu Beginn der Neuzeit entdecken das in der Natur wirksame Kausalgesetz und leiten davon die These ab, alles Sein sei durch das Kausalgesetz determiniert. Der konsequent physikalistisch argumentierende Determinismus, wie ihn etwa die französischen Materialisten La Mettrie und Holbach vertreten, stellt in logischer Konsequenz dieser These in Frage, dass es Freiheit überhaupt gibt. Der Mensch ist dieser Position zufolge allein durch seine Naturhaftigkeit bestimmt und daher nichts anderes als ein rein physisches Wesen, das in allen seinen Lebensäußerungen den Gesetzen der Natur bzw. dem Ursache-Wirkungs-Prinzip unterworfen ist.

Die aktuelle Position der Neurowissenschaften kann als Reformulierung dieser zu Beginn der Neuzeit vorgebrachten Thesen betrachtet werden. Wie Sie sicherlich zur Kenntnis genommen haben, erfährt diese Position vor dem Hintergrund der durch die neuen bildgebenden Verfahren gegebenen Möglichkeiten derzeit eine Renaissance. Vertreter der Hirnforschung glauben, belegen zu können, dass Entscheidungsprozesse beim Menschen durch neurophysiologische Vorgänge bestimmt werden, die der Willensbildung vorausgehen. Erst diese neurophysiologischen Prozesse bewirken dann, will man den Hirnforschern glauben, dass sich in unserem Innern ein Wille bildet, der dann in Handeln umgesetzt wird.

Doch zurück zur Geschichte: Gegen die eben skizzierte Negierung der Freiheit mit dem Verweis auf die Allgegenwart des in der Natur wirksamen Kausalmechanismus positioniert sich im Kontext der beginnenden Aufklärung Jean Jacques Rousseau. Rousseau rekurriert gegen das mechanistische Weltbild der Naturwissenschaften auf die konkrete menschliche Erfahrung. Die Freiheit wird für den Menschen, so Rousseau, in seiner intelligenten Aktivität evident, in seiner Fähigkeit, Sachverhalte aus sich selbst heraus zu beurteilen und seine Handlungen dementsprechend auszurichten. Daran knüpft die klassische Handlungstheorie, die wir eingangs erwähnt haben, an.

**Kant**

Auch Immanuel Kant, der das Freiheitsverständnis der Moderne in entscheidender Weise geprägt hat, ist von dieser These Rousseaus maßgeblich beeinflusst worden und hat sie weiterentwickelt. Für Kant zeigt sich die den Menschen kennzeichnende Freiheit in ausgezeichneter Weise in dem ihm innewohnenden

moralischen Gesetz. Personen sind Kant zufolge deswegen frei, weil sie sich in ihren Verhaltensweisen von Ursachen unabhängig machen können - also nicht kausal determiniert sind wie die Vorgänge in der Natur. Denn sie verfügen laut Kant über das Vermögen, Prinzipien zu folgen.

Wichtig ist es hier hervorzuheben, dass Kant gegen die These von der Determination des menschlichen Handelns durch die in der Natur herrschenden Kausalgesetze nicht etwa behauptet, der menschliche Wille sei nicht determiniert. An die Stelle der Bestimmtheit durch die Natur setzt er lediglich eine andere Form der Bestimmtheit, nämlich die durch das moralische Gesetz. Frei ist der Mensch demzufolge deswegen, weil er dazu in der Lage ist, aus sich selber heraus dem moralischen Gesetz Folge zu leisten.

Das Vermögen, sich selbst das Gesetz zu geben, befähigt den Menschen dazu, Neigungen und Begierden, also dem Naturhaften, das ihn dazu drängt, bestimmte Dinge zu tun, zu widerstehen. In der kantischen Bestimmung ist die Freiheit eine Selbstbindung an das moralische Gesetz, das den Menschen in seinem Inneren anspricht und dazu auffordert, ihm zu entsprechen bzw. eine Selbstverpflichtung, die der Mensch sich aus eigenem Entschluss auferlegt, sein Handeln von einer Orientierung an Werten leiten zu lassen. Diese Wertorientierung ist in dem berühmten kategorischen Imperativ folgendermaßen formuliert: Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die Du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.

Auf diesen Zusammenhang bezieht sich der Begriff der Autonomie. Nomos ist das Gesetz, und Auto bezeichnet das Selbst. Über Autonomie zu verfügen,

heißt, dazu in der Lage zu sein, sich selbst das Gesetz zu geben, d. h., sich aus eigenem Willen heraus zu moralischem Handeln zu entschließen. Diese Selbstgesetzgebung stellt der Aufklärer Kant den verbreiteten Praktiken der Heteronomie gegenüber, in denen eine äußere Instanz der Macht den Individuen das Gesetz vorschreibt und anordnet, was sie zu tun haben.

Für Kant ist Freiheit also alles andere als eine Seinsdimension des Menschen, die ohne Bindung gedacht ist. Freiheit heißt nicht, tun können dürfen, was immer man will. Das wäre Willkür, Freiheit ist stets bezogen auf ein vernünftiges Handeln.

Wenn wir danach fragen, wie diese emphatische Idee der Freiheit für die Bewältigung konkreter Lebenssituationen fruchtbar gemacht werden kann, sehen wir uns allerdings vor ein Problem gestellt. Denn Kants Freiheitsbegriff ist ein formaler Begriff, der wegen der Allgemeingültigkeit seiner Bestimmungen von konkreten Lebenslagen absieht. Er sagt uns nicht, was wir in einer bestimmten Situation konkret tun sollen. Dennoch haben wir im Konkreten mit den Konsequenzen dieser Bestimmungen zu tun. Denn sie bilden die Legitimationsgrundlage für das Recht auf individuelle Selbstbestimmung, das wir Personen einräumen. Wir gestehen dem Menschen deswegen das Recht zu, sich selber zu bestimmen, weil wir davon ausgehen, dass er als freier Mensch grundsätzlich das Vermögen hat, sich in seinem Handeln an Pflichten und Werten in dem soeben beschriebenen Sinn zu orientieren. Er verwirklicht seine Freiheit, indem er für sich selber entscheidet, an welchen Werten er sein Handeln orientiert und damit zugleich entscheidet, was für ihn ein gutes Leben ist.

## Freiheitseinschränkende Maßnahmen
## Begriffsbestimmungen

Diese Bestimmungen des Begriffs der Freiheit müssen wir uns vergegenwärtigen, wenn wir uns mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen auseinandersetzen wollen. Denn daraus leiten sich die Begründungen für freiheitseinschränkende Maßnahmen im Umgang mit kranken und behinderten Menschen ab. Freiheitseinschränkung im Sinne einer Einschränkung der äußeren Bewegungsfreiheit ist diesen Begründungen zufolge dann legitim, wenn die Freiheit in dem eben beschriebenen Sinne krankheitsbedingt oder aufgrund einer Behinderung verloren gegangen ist bzw. nicht entwickelt werden konnte.

Der Phänomenologe Zutt sieht im Verlust der Freiheit das spezifische Kennzeichen des inneren Zustandes der von einer psychischen Krankheit betroffenen Person.[1] Der psychisch Kranke oder der behinderte Mensch verliert dieser Einschätzung zufolge seine Freiheit also nicht erst durch die freiheitsentziehenden Maßnahmen, denn er hat sie bereits verloren. Zutt grenzt in diesem Zusammenhang den Freiheitsverlust von einer Freiheitsentziehung ab. Einen „Freiheitsverlust erleidet", so Zutt, „derjenige, der infolge einer Störung nicht in der Lage ist, sich so zu verhalten, wie es der Idee seiner historischen Person entspricht"[2]. Demgegenüber erfährt eine Freiheitsentziehung „der, der im Besitze dieser Freiheit ist, dem sie aber – aus welchen Gründen auch immer und aufgrund welcher Gesetze – entzogen wird"[3].[4] Im Falle des psychisch Kranken haben wir es mit einem

1 vgl. Zutt,
2 Zutt, Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung, Berlin, Heidelberg, New York, 1970,
3 Zutt, ebda.
4 vgl. Lungershausen, Freiheit und Psychiatrie, S.54

Freiheitsverlust in dem gerade bestimmten Sinne zu tun. Der psychisch kranke oder behinderte Mensch, der freiheitseinschränkende Maßnahmen erfährt, ist dieser Argumentation zufolge nicht ein Freier, der seiner Freiheit beraubt würde, sondern im Gegenteil ein Unfreier, der vor Schaden zu bewahren ist. Die Entziehung der äußeren Freiheit, wie sie in den freiheitseinschränkenden Maßnahmen zum Ausdruck kommt, dient seinem Schutz. Die Interventionen erfolgen mit dem Ziel, der Person dabei zu helfen, die abhanden gekommene innere Freiheit wiederzugewinnen. Freiheitseinschränkende Maßnahmen erfolgen also paradoxerweise, um die Freiheit der davon betroffenen Person zu bewahren.

Wenn freiheitseinschränkende Maßnahmen damit legitimiert werden, dass die Krankheit oder die Behinderung zu einem Verlust des Vermögens geführt hat, vernünftige Entscheidungen zu treffen, wer entscheidet dann aber darüber, was im konkreten Einzelfall eine vernünftige Entscheidung ist? Die Frage verweist auf eine echte Dilemmasituation. Wenn Kant das Wesen der Freiheit an die Fähigkeit einer Person bindet, aus eigener Entscheidung heraus vernünftig zu handeln, unterstellt er, dass es universell geltende Gesetze für vernünftiges bzw. moralisches Handeln gibt.

Dieser universale Geltungsanspruch ist bereits zu seinen Lebzeiten heftig attackiert worden. Gegen den Universalismus einer einheitlichen Vernunft wird eingewendet, dass hier eine partikulare Logik zu Unrecht den Anspruch erhebt, für das Ganze zu stehen. Dahinter verbirgt sich – so sehen es die Kritiker des Universalismus – ein illegitimer Herrschaftsanspruch eines Teils, der den anderen seine Orientierung als einzig geltende aufzwingen will. Dem wird entgegengesetzt, dass normative Orientierungen und die daraus resul-

tierenden Vorstellungen von vernünftigem Handeln kontingente, dem Wandel der Zeiten unterworfene Gebilde sind. Es gibt diesen Einwänden zufolge keine Möglichkeit, eine Position zu formulieren, die über die Relativität des Kontextuellen erhaben wäre, d. h., es gibt keine Möglichkeit, das Vernünftige objektiv zu bestimmen.

**Paternalismus**

Bezogen auf die Situationen, über die wir hier nachdenken wollen, kann man sagen, dass die Experten in psychosozialen Arbeitsfeldern heute nicht mehr die Möglichkeit haben, sich auf die Autorität einer objektiven Vernunft zu berufen. Dabei ist es noch gar nicht so lange her, dass diese Situationen in eben diesem Sinne paternalistisch reguliert wurden, d. h., in den meisten Fällen war es der Arzt, der auf der Grundlage seines Expertenstatus bestimmen konnte, was das Vernünftige ist, d. h., er hat für den ihm Anvertrauten entschieden, was das Beste für ihn ist. In der Regel wurde seine Entscheidung relativ kritiklos akzeptiert, da man es gewohnt war, sich seiner Autorität zu fügen.

Diese Praxis ist in den letzten Jahren so extensiv problematisiert worden, dass sie nun nicht mehr zu den selbstverständlichen Gepflogenheiten gehört. Die autoritären Strukturen, die sie ermöglichten, sind zwar nicht gänzlich verschwunden, finden jedoch deutlich weniger Akzeptanz als früher. Der Paternalismus wird vor dem Hintergrund von Versuchen, das Gesundheits- und Sozialwesen zu demokratisieren, als Herrschaftsgebaren gebrandmarkt, das unzulässigerweise über die Köpfe der Betroffenen hinweg festlegen will, was gut für sie ist, ohne ihnen dabei selber Mitspracherecht zu gewähren. Man hat den Experten

vorgeworfen, die Betroffenen in übergriffiger Weise zu bevormunden und sich dabei über deren Selbstbestimmungsrecht hinwegzusetzen.

So berechtigt, wie die Kritik am Paternalismus auch sein mag, so hat die Sensibilität für die Machtimplikationen inzwischen jedoch ihrerseits zu Verwerfungen geführt. In der Sorge darum, das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen in unzulässiger Weise zu beschneiden, werden unter Umständen Entwicklungen ermöglicht, die für die Betroffenen desaströs sein können.

Die Beziehung zwischen den anvertrauten Menschen und den Professionellen sind, ungeachtet aller Bemühungen, sie zu egalisieren und am Vertragsmodell zu orientieren, asymmetrischer Natur, d. h., einer der beiden befindet sich in einer Situation der Angewiesenheit, der andere dagegen in der Situation, dem Angewiesenen das zukommen zu lassen, was er braucht oder auch nicht. Er kann also der Verantwortung, die für ihn durch diese Angewiesenheit entsteht, entsprechen oder auch nicht. Es handelt sich hier stets um eine Machtbeziehung, das liegt nicht an dem Willen der einbezogenen Akteure, sondern an der Struktur. Die Situation der Angewiesenheit impliziert stets einen mehr oder weniger ausgeprägten Verlust von Autonomie und Freiheit. Die Position der helfenden Person in der Hilfebeziehung ist demgegenüber dadurch bestimmt, dass sie Bedingungen schaffen kann oder auch nicht, die dem anderen Freiheit ermöglichen.

Der Anspruch, der Idee der Freiheit bei jenen Menschen eine Gestalt zu geben, die krankheitsbedingt oder aufgrund einer Behinderung ihre Selbststeuerungsfähigkeiten verloren haben oder eine solche gar nicht erst entwickeln konnten, stellt hohe Anfor-

derungen an diejenigen, die diesen Auftrag erhalten haben. Wie ist es möglich, Freiheit zu realisieren, wenn die Freiheit ermöglichende Disposition verschüttet oder gar nicht erst entwickelt worden ist? An dieser Stelle stoßen wir auf die Beschränkungen des vom einzelnen Individuum her gedachten Freiheitsbegriffs, den wir eben skizziert haben. Er bringt uns, wenn wir ihn zum alleinigen Maßstab machen, an den Punkt, an dem wir der betroffenen Personengruppe das Vermögen zur Freiheit schlichtweg aberkennen müssten. Sie haben die Freiheit verloren oder aber gar nicht erst besessen.

**Freiheit vom anderen her**

Neben dem vom Individuum her gedachten Freiheitsbegriff stellt die philosophische Tradition indessen noch eine andere Auffassung von Freiheit zur Verfügung, die vom anderen her bestimmt ist. In den soeben vorgetragenen Erwägungen zur Beziehung zwischen dem Professionellen und dem auf Unterstützung Angewiesenen klang dieser andere Begriff bereits an.

Hegel bestimmte die so verstandene Freiheit einmal als das „Im-andern-bei-sich-selber-sein". Hier manifestiert die Freiheit sich nicht in einer sich von der Welt abgrenzenden und gegen sie durchsetzenden Selbstbestimmung, sondern in der auf einer inneren Zustimmung beruhenden Einordnung in die Welt der Bedeutungen und Normen der Gemeinschaft, der das Individuum angehört. Die aus der Intersubjektivität resultierende Freiheit ist dann gegeben, wenn das Individuum sich selber in den Werten und Normen seiner Mitwelt wiedererkennen und beheimaten kann bzw. dann, wenn es selbst die Erfahrung machen kann, von seiner Mitwelt in seinem Sein anerkannt und gewertschätzt zu werden. Freiheit ist hier

eine Seinsdimension des Menschen, die ihm durch den Kontext, in dem er existiert, erst ermöglicht wird. Er realisiert seine Freiheit nicht als von der Welt getrennte Monade, sondern in einer dialogischen Beziehung mit dieser Welt. Es gehört zu den wesentlichen Aufgaben derjenigen, die Verantwortung tragen, den Raum für die Verwirklichung von Freiheit der in ihre Obhut Gegebenen zu schaffen, d. h. einen Raum, in dem diese Menschen ihre Möglichleiten verwirklichen können. Die verantwortungsvolle Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen muss, in diesem Lichte betrachtet, als Sicherstellung der Freiheit der Betroffenen verstanden werden. Sie schützt vor dem Ausgeliefertsein an die eigene Aggressivität, die sich gegen das eigene Selbst oder gegen die anderen richtet. Dabei übernehmen die Verantwortlichen stellvertretend für den Betroffenen die Funktion der Regulierung von destruktiven Impulsen, die keine tragfähige Bestimmung nach Ausdruck von Freiheit sind, sondern im Gegenteil das Individuum gefährden und es damit bedrohen, in eine Situation endgültiger Unfreiheit zu geraten.

Die Ambivalenz dieser Position ist nicht aufzuheben, es ist unweigerlich eine Position der Macht. Über die Kritik, die der Paternalismus zum Teil zu Recht erfahren hat, sollten wir indessen nicht vergessen, dass darin nicht nur ein Machtanspruch vorgetragen wird, sondern auch die Sorge um den anderen zum Ausdruck kommt. Ein helfendes Handeln, das meint, auf diese Orientierung verzichten zu können, ist jedoch eines, das seinem Begriff nicht entspricht.

# Jürgen Knapheide
# Andragogische Facette

## Aufbau sozio-moralischer Kompetenzen als Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung intelligenzgeminderter Patienten im Maßregelvollzug

### 1. Die Rahmenbedingungen

In Maßregelvollzugskliniken fallen die intelligenzgeminderten Patienten häufig dadurch auf, dass sie schwer in den normalen Behandlungsablauf zu integrieren sind. Auf den Stationen sind sie die Außenseiter, die schwierigen, argumentativ schlecht erreichbaren Patienten. Die übliche Art, Patienten auf die Folgen ihres Tuns hinzuweisen, hat wenig Effekt. Die notwendige Antizipationsfähigkeit fehlt. Andererseits sind sie angepasst und sehr auf das Urteil der Mitarbeiter fixiert. Sie haben überall nur geringe Chancen, in ein mehr oder weniger selbstbestimmtes Leben entlassen zu werden.

Diese Situation ist durch die Verschärfung des Sexualstrafrechts für die Patienten und auch die Behandler noch schwieriger geworden, als sie ohnehin schon war. Zwei Drittel der intelligenzgeminderten Patienten haben, zumindest in der Abteilung für Heilpädagogische Behandlung des Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie (WZFP) in Lippstadt, Sexualdelikte begangen. Sie dürfen erst dann entlassen werden, wenn ein externer Gutachter feststellt, dass von ihnen keine Gefahr mehr ausgeht. Ohne eine intensive Psychotherapie ist diese Hürde nicht zu überspringen.

Ein Bonus für Intelligenzminderung ist im Gesetz nicht vorgesehen. Psychotherapie ist das Gebot, das auch für diese Patientengruppe gilt. Ein Verwahren und Sichern der intelligenzgeminderten Patienten ohne ihnen eine Behandlung anzubieten, die ihren Möglichkeiten entspricht, führt zu einer endlosen Unterbringung und ist unmenschlich.
In der Abteilung für Heilpädagogische Behandlung des WZFP haben wir uns auf die Behandlung intelligenzgeminderter und deutlich entwicklungsverzögerter Patienten spezialisiert. Auf welchen Grundlagen unser Konzept basiert und wie es konkret umgesetzt wird, soll in der Folge dargestellt werden.

## 2. Die Patienten

In der Abteilung für Heilpädagogische Behandlung werden Patienten aufgenommen, die die Kriterien der Intelligenzminderung erfüllen, d. h., deren Intelligenzquotient (IQ) unter 75 liegt. Sind deutliche Defizite in der sozialen Entwicklung vorhanden, dann darf der IQ auch höher sein, wobei er in der Regel deutlich unter dem Durchschnitt liegt. Die Problematik des IQ ist bekannt. Der ICD sieht in ihm nur ein Kriterium zur Diagnose einer Intelligenzminderung. Leider ist es üblich geworden, ihn als einziges Kriterium zu sehen. Er ist messbar, er ist vergleichbar. Aber er bildet nicht das ab, was im Alltag als Intelligenz angesehen wird. Sie werden alle Beispiele für einen hochintelligenten „sozialen Deppen" kennen. Ebenso gibt es durchaus intelligenzgeminderte sozialkompetente Menschen, die im Alltag als intelligent eingeschätzt werden.
Wenn von intelligenzgeminderten forensischen Patienten gesprochen wird, dann muss man wissen, dass nur einzelne Patienten einen IQ haben, der unter 50 liegt, was den Kriterien einer geistigen Behinderung entspricht. Der durchschnittliche IQ-Wert ist zwischen

65 bis 85 angesiedelt. Bei Kindern würde man von einer Lernbehinderung sprechen und sie in speziellen Schulen getrennt von den Normalintelligenten unterrichten. Als Erwachsene benötigen sie in Freiheit u. U. einen gesetzlichen Betreuer, der ihnen in manchen Lebensbereichen Hilfestellung gibt. Eine Unterbringung in beschützenden Einrichtungen ist im Regelfall nicht erforderlich. Eine eigenständige Lebensführung und einfache Erwerbstätigkeiten sind ihnen durchaus möglich.

Aus verschiedenen Untersuchungen ist bekannt, dass intelligenzgeminderte Menschen nicht häufiger straffällig werden als die Normalbevölkerung. Bei der Erarbeitung eines Behandlungskonzeptes stellte sich die Frage, durch welche Besonderheiten und Defizite unsere Patienten gekennzeichnet sind, was also eine normale Entwicklung verhindert hat, die eine Hemmung, Delikte zu begehen, beinhaltet. Ein wesentlicher Faktor, der uns auffiel, war die Tatsache, dass die Einschätzung der Alltagskompetenz der Patienten kaum mit der Höhe des gemessenen IQ zusammenhing. Der Stand der sozio-moralischen Entwicklung war für die Beurteilung bedeutungsvoller. Je niedriger dieser Stand war, als umso inkompetenter wurde der Patient eingeschätzt, unabhängig von seinem IQ.

Gleichzeitig wurde deutlich, dass viele Patienten nicht dazu in der Lage waren, in einer Psychotherapie mitzuarbeiten, da ihnen schlicht und einfach die erforderlichen Voraussetzungen auf der sozio-moralischen Ebene fehlten. Die sich daraus ergebende Konsequenz ist, dass zuerst die Förderung der sozio-moralischen Fähigkeiten stattfinden muss, bevor eine Psychotherapie auf einem einfachen, sehr konkreten Niveau möglich wird. Damit unser Ansatz nachvollziehbar wird, müssen einige Grundlagen bzw. zentrale

Begriffe dargestellt werden. „Perspektivenübernahme" und „Gewichtung moralischer Argumente" sind zuerst genauer zu erklären, da sie die Basis für die Arbeit bilden.

## 3. Was ist unter den Begriffen „Perspektivenübernahme" und „Gewichtung moralischer Argumente" im Kontext der sozio-moralischen Entwicklung zu verstehen?

**Perspektivenübernahme**

Der Begriff „Perspektivenübernahme" stellt den Versuch dar, das auszudrücken, was Selman, ein amerikanischer Entwicklungspsychologe, mit „interpersonel understanding" meinte. Um zu verdeutlichen, dass darunter mehr als ein ausschließlich optisches Phänomen zu verstehen ist, muss man sich die Entwicklung von Kindern vergegenwärtigen. Kinder sind in ihrer gesamten Wahrnehmung egozentrisch. Sie gehen fest davon aus, dass alle Menschen in einer bestimmten Situation das sehen, was sie sehen. Sie sind davon überzeugt, dass alle die gleichen Gedanken und Gefühle haben. Im Laufe der sozialen Entwicklung verändert sich diese Einschätzung. Das Kind wird sich bewusst, dass andere Menschen andere „Perspektiven" in der Sicht und Wertung bestimmter sozialer Ereignisse haben. Ein Kind, das unter förderlichen Bedingungen aufwächst, wird ständig kompetenter, wenn es darum geht, die eigene Perspektive zu verlassen und die eines anderen Menschen zu übernehmen. Die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel ist nicht angeboren, sie wird erlernt. Eine förderliche Umgebung zeichnet sich dadurch aus, dass Gelegenheiten zur Perspektivenübernahme gegeben sind. Die individuellen Unterschiede der Perspektiven müssen verdeutlicht werden.

Wesentlich für die individuellen Perspektiven sind der kognitive, der emotionale und der soziale Aspekt. Sie sind nicht voneinander zu trennen. Es geht um die Fähigkeit, sich in sozialen Situationen in andere Menschen hineinversetzen zu können. Verschiedene Faktoren sollten dabei berücksichtigt werden können. Zum Beispiel sind das die Beziehungen untereinander, die Qualität der Situation, die individuellen Vorerfahrungen (Lebensgeschichte), die Ziele, die Emotionen (aktuelle und vergangene in vergleichbaren Situationen), kognitive Inhalte usw. Je größer die Anzahl der Faktoren, die berücksichtigt und dabei gewichtet werden können, desto größer die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel.
Wesentlich für die Entwicklungsstufe der sozialen Kompetenz ist zusätzlich die Fähigkeit, gleichzeitig verschiedene Perspektiven von an einem sozialen Geschehen Beteiligten einnehmen zu können. Es muss sich dabei nicht um ein reales Geschehen handeln, es kann durchaus auch ein vorgestelltes Geschehen sein (Antizipationsfähigkeit). Ob die Personen anwesend sind oder nicht, also in der Vorstellung die Perspektive eines anderen Menschen eingenommen wird, spielt ab einem gewissen Entwicklungsstand ebenfalls eine untergeordnete Rolle. Die Gebundenheit an Konkretes verschwindet zunehmend. Die Fähigkeit, allgemeine Perspektiven („Rollenverständnis") einnehmen zu können, ermöglicht es, neue Situationen zu strukturieren und in ihnen handlungsfähig zu bleiben. Gleichzeitig wird es möglich, auf einer abstrakten Ebene Perspektiven zu formulieren und generelle Reaktionsmuster zu definieren.

**Gewichtung moralischer Argumente**

Alles, was den sozialen Kontakt direkt oder indirekt regelt, wird als moralisch bezeichnet. Die Regeln ste-

hen zuerst nebeneinander und sind nicht gewichtet. Sie werden als Begründungen (Rechtfertigungen) für Verhalten gebraucht. Sie beruhen nicht auf eigenen Erfahrungen oder Denkprozessen, sie sind von anderen Menschen vorgegeben worden. Im Verlauf der Entwicklung bildet sich eine Gewichtung heraus. Es gibt wichtige und weniger wichtige Regeln. Die Fähigkeit, zwischen zwei gleichwertigen Regeln einen Ausgleich zu finden, setzt voraus, dass es übergeordnete Regeln gibt, die als Maßstab dienen können. Diese Regeln sind Voraussetzung dafür, dass für neue Situationen neue Regeln geschaffen werden können, ohne dass diese Situationen bereits eingetreten sind (Lösung vom Konkreten). Diese Metaregeln schaffen einen hierarchischen Normenaufbau, der Voraussetzung zur Wertung und Beurteilung moralischer Konflikte ist. Er ist durch eine Stabilität gekennzeichnet, die situative Verschiebungen der Wichtigkeit zulässt, ohne dass das gesamte Gefüge einstürzt und dadurch eine Orientierungslosigkeit hervorruft. Veränderungen sind aber ständig möglich und notwendig, da es immer wieder Situationen geben wird, in denen eine gerechte Lösung durch die vorhandene Wertehierarchie verhindert wird. Diese Situationen werden zum Nachdenken führen und zu Modifikationen, die ein Mehr an Gerechtigkeit erwarten lassen.

## 4. Beschreibung der verschiedenen Stufen sozio-moralischer Entwicklung

Nachdem die zentralen Begriffe erklärt wurden, sollen jetzt in sehr verkürzter Form die Stufen der sozio-moralischen Entwicklung dargestellt werden. Die Stufen sind dabei nicht als „hart" zu betrachten. Sie stellen vielmehr Schwerpunkte eines Entwicklungsverlaufes dar, der einer festen Abfolge unterliegt.

**Stufen der sozialen Entwicklung:**
Die Darstellung der Stufen orientiert sich an der Beschreibung der sozialen Entwicklung von Selman. Er konzentriert sich auf die jeweilige Vorstellung von Personen und die Vorstellung von Beziehungen. (Die Altersangaben beziehen sich auf normalintelligente Kinder.)

**Stufe 0**
*Undifferenzierte und egozentrische Perspektivenübernahme (ca. 3-8 J.)*
Zwischen physischen und psychischen Eigenschaften von Personen wird nicht unterschieden. Wer z. B. größer ist, der ist auch kompetenter. Absichtliches und unabsichtliches Verhalten werden nicht differenziert. Entscheidend für die Bewertung eines Verhaltens ist die daraus resultierende Konsequenz. Gedanken und Gefühle werden zwar beobachtet, doch können sie nicht eindeutig zugeordnet werden. (Tränen sind ein Zeichen von Traurigkeit, auch wenn man Zwiebeln schneidet.)
Menschen sind zwar eigenständige Wesen, doch bleiben subjektive Perspektiven undifferenziert. Die Unterschiede reduzieren sich auf die konkret räumliche Wahrnehmung. Da die Perspektiven nicht unterscheidbar sind, geht das Kind davon aus, dass andere eine Situation genauso erleben wie es selbst. (Über den schönen Blumenstrauß freuen sich alle. Dass es sich um die gehegten Tulpen aus dem Vorgarten handelt, über deren Anblick man sich jeden Tag gefreut hat, bleibt als Perspektive außer Acht.)

**Stufe 1**
*Differenzierte und subjektive Perspektivenübernahme (ca. 5-9 J.)*
Auf dieser Stufe werden psychische und physische Merkmale von Menschen differenziert. (Die physische

Größe wird, um bei dem Beispiel der Stufe 0 zu bleiben, nicht mehr mit großer Kompetenz gleichgesetzt.) Diese Differenzierung führt dazu, dass absichtliches und unabsichtliches Verhalten unterschieden werden. Die Unterschiedlichkeit der Menschen und ihre subjektiven Reaktionen auf bestimmte Ereignisse werden dem Kind bewusst. Es geht aber auf dieser Stufe noch davon aus, dass jeweils nur ein Gefühl präsent ist, das sowohl im Verhalten als auch in den Worten gezeigt wird. (Wer schimpft, ist wütend. Dass neben der Wut gleichzeitig z. B. eine große Angst erlebt werden kann, ist noch nicht vorstellbar.)
Die Vorstellung von Beziehungen ist dadurch gekennzeichnet, dass der andere als eigenständiges Wesen erlebt wird. Es wird aber noch immer vorausgesetzt, dass der andere Mensch so reagieren wird, wie man es selbst tun würde. (Ich würde mich über das Geschenk freuen, also wird meine Mutter sich auch freuen, wenn ich ihr die fette Spinne, die auf dem Dachboden saß, schenke.) Das subjektive Befinden des anderen wird an seinem Äußern abgelesen. (Wer lächelt, ist freundlich.)

**Stufe 2**

*Selbstreflexive/Zweite Person- und reziproke Perspektivenübernahme (7-12 J.)*

Auf dieser Stufe wird es vorstellbar, dass Menschen andere bewusst täuschen. Das, was gezeigt wird, muss nicht dem entsprechen, was im Inneren da ist. (Man kann wütend sein, trotzdem aber freundlich lächeln.) Die Fähigkeit, im Geiste aus sich herauszutreten und eine Zweite-Person-Perspektive einzunehmen, entwickelt sich. (Ich denke, dass er denkt, dass ich denke, dass er denkt usw.) Gefühle treten nicht mehr isoliert auf, d. h., dass auf ein Ereignis verschiedene Empfindungen folgen können, die aber noch immer

nicht zu emotional differenzierten Reaktionen führen, sondern hintereinander ablaufen. (Zuerst glücklich, dann ängstlich usw.)
Zwei einzelne Individuen sehen sich und den anderen. Sie sehen aber nicht ihre gegenseitige Beeinflussung durch ihre Beziehung. Das Verbindende ist die gemeinsame Aktion. In einer Gruppe wird vorausgesetzt, dass alle Mitglieder die gleichen Interessen haben oder auf ähnlichen Wegen das gleiche Ziel anstreben. Wenn das Ziel erreicht ist, wird sich die Gruppe mangels Gemeinsamkeiten auflösen. Das Kind ist nicht in der Lage, die Gruppe als soziales Ganzes zu sehen. Sie besteht in der Vorstellung aus ineinander verschränkten Dyaden. Jeder hat mit jedem eine dyadische Freundschaft, die den gesamten Zusammenhalt ergibt. (Alle müssen sich gegenseitig mögen, sonst wäre es keine Gruppe.)

**Stufe 3**

*Dritte Person- und gegenseitige Perspektivenübernahme (10-15 J.)*

Die Stufe 3 ist dadurch gekennzeichnet, dass sich eine Vorstellung von Persönlichkeit entwickelt. Menschen werden als Systeme angesehen, die durch bestimmte Haltungen, Werte und Einstellungen gekennzeichnet sind, die über längere Zeit stabil sind. Die Einschätzung des anderen hat nun nicht mehr nur mit der Bewertung eines Verhaltens in einer konkreten Situation zu tun, sie basiert auf stabilen Annahmen über die Person.
In Beziehungen ist es möglich, eine Dritte-Person-Perspektive einzunehmen, d. h., der Einzelne kann gedanklich aus sich heraustreten, die Perspektive des anderen einnehmen oder die Wechselwirkung des Verhaltens, Denkens oder Erlebens aus der Perspektive eines Beobachters betrachten. Der

Zusammenhalt in einer Gruppe beruht auf gemeinsamen Werten und Erwartungen. Ein Pluralismus in einer Gruppe ist nicht denkbar. Die Gruppennorm ist der wichtigste Wert. Wer sie nicht einhält, gefährdet den Zusammenhalt und wird ausgeschlossen. Eine Kompromissbildung, die aus einer Berücksichtigung verschiedener Perspektiven resultiert, ist nur auf einer konkreten Ebene möglich.

**Stufe 4**
*Tiefenpsychologische und gesellschaftlich-symbolische Perspektivenübernahme (ab 12 J.)*
Diese Stufe ist im Rahmen der Arbeit mit intelligenzgeminderten Patienten nicht erreichbar. Sie setzt eine sehr große Fähigkeit zur Abstraktion voraus, die von den Patienten nicht erreicht werden wird. Auf eine Beschreibung wird deshalb an dieser Stelle verzichtet.

**Stufen moralischer Entwicklung:**
Die Beschreibung der Stufen basiert auf der Theorie der moralischen Entwicklung von L. Kohlberg. Seine Aussagen zu den präkonventionellen Stufen (0 – 2) wurden durch neuere Forschungen entscheidend weiterentwickelt. Diese Stufen stellen die Denkebene der meisten Kinder bis zum 9. Lebensjahr, einiger Jugendlicher und vieler jugendlicher und erwachsener Straftäter dar (Kohlberg 1997, S. 126). Die Entwicklung einer Wertehierarchie stellt einen zentralen Punkt dar, der in der folgenden Darstellung im Mittelpunkt steht. Die Stufen 4 – 6 werden nicht beschrieben, da sie im Kontext dieser Arbeit ohne Bedeutung sind. Auch diese Stufen sind als „weich" anzusehen. Sie stellen einen Entwicklungsablauf dar, der keine klar abgegrenzten Stufen beinhaltet.

**Stufe 0**
Moralische Argumente dienen der Rechtfertigung eigener Bedürfnisse. Eine Wertehierarchie ist nicht vorhanden. Höherwertig ist das Argument, das zur Rechtfertigung eigenen Verhaltens situativ besser geeignet erscheint.

**Stufe 1**
Externe Wertehierarchien werden übernommen. In der Argumentation ist keinerlei Flexibilität erkennbar. Alle sollen das Gleiche bekommen. Konflikte zwischen gleichwertigen Normen werden bedürfnisorientiert gelöst.

**Stufe 2**
Die Handhabung der externen Wertehierarchie wird insofern flexibler, als die individuellen Bedürfnisse, Möglichkeiten und die Befindlichkeit berücksichtigt werden. Jeder soll das ihm Zustehende bekommen. Konflikte zwischen gleichwertigen Normen werden so gelöst, dass auf einer sehr konkreten Ebene eine „gerechte" Lösung gesucht wird.

**Stufe 3**
Die Wertehierarchie wird im Gruppenverband vereinbart. Der Nutzen für die Gruppe ist im Konfliktfall der Maßstab, der die jeweilige Wertigkeit der einzelnen Norm festlegt. Es gilt die „Goldene Regel" (Gehe so mit dem Anderen um, wie Du möchtest, dass er mit Dir umgeht!). Ziel ist es, ein „guter" Mann, Freund, Patient, etc. zu sein.

## 5. Anmerkungen zur Übertragbarkeit des Modells der sozio-moralischen Entwicklung auf Erwachsene

Die Modelle der moralischen Entwicklung nach Kohlberg und der sozialen Entwicklung nach Selman be-

schreiben Stufen, die in einer normalen, förderlichen Umgebung in der Kindheit und der Jugend durchlaufen werden. In der Pubertät sollte mindestens die Stufe 3 erreicht sein. Bei einigen Erwachsenen ist zu beobachten, dass sie nicht die Stufe 3 erreicht haben. Sie befinden sich völlig oder in Teilbereichen auf den so genannten präkonventionellen Stufen. Ihre Entwicklung ist in einem mehr oder weniger fortgeschrittenen Stadium stehen geblieben. Mit Hilfe der genannten Modelle lässt sich darstellen, welche Fähigkeiten sie in ihrer Entwicklung erworben haben und wo ihre Grenzen sind. Die üblichen Stufenbeschreibungen der Kompetenzen sind, wenn die Modelle auf Erwachsene angewandt werden, nicht differenziert genug. Durch langjähriges Training einer Perspektivenübernahme auf konkretem Niveau lässt sich z. B. eine Kompetenz auf dieser Stufe entwickeln, die beachtlich ist (z. B. gelegentlich bei Verkäufern zu beobachten). Es erscheint fragwürdig, Erwachsene und Kinder, die sich auf dieser Stufe bewegen, gleichzusetzen.
Um die Kompetenzentwicklung fördern zu können, muss altersunabhängig beschrieben werden, welche Fähigkeiten vorhanden sind und welche als nächstes in einem normalen Prozess entwickelt würden (z. B. zunehmende Loslösung von der egozentrischen Sichtweise). Es handelt sich häufig in der Arbeit mit Erwachsenen nicht um eine generelle Förderung der sozio-moralischen Kompetenz, sondern darum, Teilbereiche, in denen ein Rückstand zu den übrigen Fähigkeiten zu beobachten ist, zu entwickeln.

Verschiedene psychiatrische Diagnosen weisen auf das Phänomen fehlender oder unvollständiger sozio-moralischer Fähigkeiten hin. Am Beispiel dreier Diagnosen soll das verdeutlicht werden:

1. *Dissoziale Persönlichkeitsstörung*
   Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in Teilbereichen sehr gut ausgebildet; gravierender Rückstand im Bereich des emotionalen Aspektes (kein Mitschwingen); keine Gewichtung moralischer Werte (Orientierung an aktuellen Bedürfnissen).

   Probleme in der Arbeit: Die vorhandenen Fähigkeiten im Bereich der Perspektivenübernahme führen zu einer Überschätzung der Gesamtfähigkeiten des Patienten; das empathielose, an eigenen Bedürfnissen orientierte Verhalten führt bei den Mitarbeitern zu einer strafenden Distanz.

2. *Narzisstische Störungen (nach Kernberg)*
   Übernahme theoretischer Perspektiven stellt kein Problem dar; konkrete Perspektiven anderer Menschen können nur oberflächlich mit Inhalt gefüllt werden; moralische Werte werden in der Theorie gewichtet; in konkreten Situationen Bedürfnisorientierung in Abhängigkeit von der Stärke des Bedürfnisses.
   Probleme in der Arbeit: Patienten wirken häufig „aufgeblasen", die Versuchung, ihnen die Realität vor Augen zu führen, also sie mit ihren Schwächen zu konfrontieren, ist ständig gegeben; auch diese Patienten werden in ihren Fähigkeiten ständig überschätzt.

3 *Borderline-Störungen (nach Kernberg)*
   Vorstellung davon, dass es andere als die eigene Perspektive gibt, ist vorhanden; sie werden mit Inhalten aus der eigenen gefüllt, nicht durch eine Verarbeitung der konkreten Situation; zwei moralische Dimensionen (Spaltung), keine komplexe Wertehierarchie, die durch Widersprüche zur Differenzierung angeregt wird.

Probleme in der Arbeit: Sehr schwierige Patienten, die durch die Unfähigkeit zur Übernahme der Perspektive des Gegenübers einen extrem kontrollierten Kontakt erfordern; bei einem Nichtverstehen des anderen ordnen sie ihn, seine Motive und sein Handeln als negativ ein.

Eine besondere Situation ergibt sich aus einem langjährigen Suchtmittelmissbrauch bzw. einer Suchtmittelabhängigkeit. Am Beispiel der betroffenen Patienten kann man sehen, dass es möglich ist, erlernte sozio-moralische Kompetenzen wieder zu verlernen. Unter Abstinenz scheint aber der größte Teil recht schnell wieder neu zu erlernen zu sein.
Den Kompetenzverlust kann jeder selbst erleben oder auch beobachten, wenn er z. B. die durch Alkohol bedingte Veränderung von Menschen bei einer Feier betrachtet. Aus Gesprächen werden Monologe, die Befindlichkeit des anderen wird immer unwichtiger. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wird immer geringer, moralische Urteile beruhen auf immer weniger Fakten. Die Bedingungen, die Kinder brauchen, um ihre sozio-moralischen Kompetenzen zu verbessern, sind gut mit dem Begriff „förderliches Klima" zu beschreiben. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass auf den Entwicklungsstand des Kindes Rücksicht genommen wird, also die Erklärungen und die Wortwahl von ihm verstanden werden können, dass immer wieder verschiedene Perspektiven dargestellt werden, und man versucht, dem Kind zu helfen, seine eigene Perspektive in Worte zu fassen.

Die vor Jahren heftig propagierten „Familienkonferenzen" stellten einen Versuch dar, einen Rahmen zu schaffen, um sozio-moralische Entwicklung zu fördern.

## 6. Die schwierige Frage nach der Therapiefähigkeit

Die sozio-moralische Förderung Jugendlicher oder Erwachsener wird auf vielen verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen versucht. Programme gegen rechte Gewalt, Täter-Opfer-Ausgleich, Integrationsprogramme und ähnliche Projekte versuchen alle, ein Verständnis zwischen verschiedenen Menschen zu schaffen. Man ist bestrebt, den verschiedenen Gruppen die Perspektive der anderen verständlich und damit übernehmbar zu machen. Die Erfolge dieser Bemühungen zeigen, dass Perspektivenübernahme trainierbar ist. Alle diese Programme haben gemein, dass sie auf grundlegenden sozialen Fähigkeiten basieren. Sie scheitern bei den Menschen, denen eben diese Fähigkeiten fehlen. Leider kann man nicht voraussetzen, dass jeder Erwachsene in der Lage ist, andere Perspektiven zu übernehmen. Sie befinden sich in ihrer Entwicklung auf Stufen, die normalerweise in der Kindheit durchlaufen werden.

Im Alltag fallen diese Defizite kaum auf. Die Betroffenen gelten vielleicht als schwierig, da sie wenig Rücksicht nehmen, als egoistisch, da sie ihre Bedürfnisse mit Macht befriedigen wollen, oder als kalt und herzlos, da sie kein Verständnis für andere haben. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung auf einer gesicherten Station ergibt sich ein völlig anderes Bild. Die beschriebenen unangenehmen Eigenheiten stellen ein enormes Konfliktpotential dar. Diese Patienten werden als extrem gemeinschaftsstörend erlebt. Es stellt sich die Frage, ob es überhaupt möglich ist, mit ihnen eine Psychotherapie zu machen. Selman begründet nachvollziehbar und überzeugend, dass die Stufe 2 der sozio-moralischen Entwicklung erreicht sein muss, damit psychotherapeutisches Arbeiten er-

folgreich sein kann. Ist sie nicht erreicht, dann ist es nicht möglich, auf reflexiven Prozessen beruhende Veränderungen zu erreichen. In ambulanten Therapien wird sehr schnell die Entscheidung zu treffen sein, ob man mit einem solchen Patienten arbeitet bzw. weiter arbeitet. In stationären Einrichtungen, wie z. B. Suchtkliniken, wird man häufig versuchen, Zeit zu gewinnen. Man wird hoffen, dass die fehlende Kompetenz Folge des Suchtmittelmissbrauchs ist und durch eine längere Zeit der Abstinenz früher vorhandene Fähigkeiten zurückkehren. Wenn das nicht der Fall ist, wird der Patient als unmotiviert oder nicht therapiefähig entlassen. Häufig wird er aber, bedingt durch seine fehlenden sozio-moralischen Kompetenzen, Regelverstöße begehen, die dankbar aufgegriffen werden, um eine disziplinarische Entlassung aussprechen zu können.

In Einrichtungen des Maßregelvollzugs ist ein solches Vorgehen undenkbar. Der Patient, der von einem Gericht untergebracht wurde, hat einen Anspruch auf eine Behandlung. Es ist nicht möglich, ihn mit der Begründung zu entlassen, dass er nicht therapiefähig ist. Der gesetzliche Auftrag beinhaltet die Behandlung und die Sicherung. Wenn eine Behandlung nicht möglich ist, dann bleibt der Auftrag der Sicherung. Die Notwendigkeit, einen Weg zu finden, diese Patienten doch behandeln zu können, ist daher wesentlich größer, da die ausschließlich zu sichernden Patienten die Therapieplätze über lange Zeit blockieren und für die anderen Behandlung kaum noch möglich ist. Der Maßregelvollzug kann und muss daher aufgrund seiner speziellen Bedingungen grundlegende Überlegungen zur Frage der Therapiefähigkeit anstellen, die durchaus auf andere Bereiche übertragbar sind.

## 7. Was ist unter einer gezielten Förderung der sozio-moralischen Kompetenz zu verstehen?

Wenn nach einer intensiven, gezielten Beobachtung deutlich ist, welche Kompetenzen beim Patienten vorhanden sind und welche fehlen, dann lässt sich ein Ziel einer Förderung formulieren. Für den Auftrag des Maßregelvollzugs steht im Vordergrund, dass der Patient an einer Psychotherapie teilnehmen kann. Die hierzu notwendigen sozio-moralischen Kompetenzen müssen entwickelt werden. Sie zu erreichen, ist das Ziel der Förderung.

Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme muss soweit entwickelt werden, dass der Patient in der Lage ist, verschiedene konkrete Perspektiven gleichzeitig zu übernehmen. Er muss dazu fähig sein, in einer Gruppe im Wechsel alle Teilnehmerperspektiven einzunehmen und aufeinander zu beziehen.

Als Erziehender versucht man, in Alltagssituationen die Fähigkeit eines Kindes zum Perspektivenwechsel zu fördern. Es ist üblich zu versuchen, in Konfliktsituationen die Position des anderen dem Kind zu schildern. Auf einfachem, kind- und altersgerechtem Niveau wird die Perspektive eines anderen Menschen verdeutlicht. Die vor einigen Jahren häufig propagierten Familienkonferenzen haben einen ähnlichen Effekt. Problemlösung wird in einem strukturierten Rahmen versucht, in dem jeder Beteiligte seine Perspektive schildert und dann ein Ausgleich zwischen den verschiedenen Wünschen oder Forderungen versucht wird. Wesentlich ist dabei, dass es ein Recht gibt, ungestört seine Argumente und seine Sichtweise vorzubringen.

Wie Kinder Normen und Werte übernehmen und dann so weiterentwickeln, dass sich eine stabile Wertehierarchie ergibt, wurde von Piaget und Youniss ausführlich

und nachvollziehbar beschrieben. Sie schildern, dass zuerst von außen vorgegebene Regeln übernommen werden, die im Laufe der weiteren Entwicklung in der Auseinandersetzung zwischen Gleichen dann „gerechter" gemacht werden, wenn die Regel in der konkreten Anwendung als ungerecht erlebt wird. Dieser Prozess funktioniert aber nur dann, wenn es sich um eine Aushandlung unter Gleichen handelt. Eine unilaterale Machtbeziehung verhindert ihn.

Im Stationsalltag sind im Normalfall alle Konfliktsituationen geregelt oder werden durch Mitarbeiter gelöst. Die Auseinandersetzung unter Gleichen (unter Patienten) findet nicht statt. Gefördert wird eine Anpassung an vorgegebene Normen. Die Aushandlung der Normen des Miteinanderumgehens wird informell ablaufen, da offiziell alles geregelt ist. Das Ergebnis wird sein, dass der Stärkere Recht hat, also die inoffiziellen Normen vorgibt. Um hier entgegen zu steuern, muss die Normbildung ein offener Prozess werden. Die Patienten müssen Bereiche ihres Alltagslebens eigenverantwortlich gestalten können. Fragen der Gerechtigkeit sollen zu einem zentralen Thema der Diskussionen der Wohngruppe werden. In einem festgelegten Rahmen müssen die Patienten die Möglichkeit haben, Entscheidungen zu treffen, die für alle verbindlich sind. Die Mitarbeiter sollen die Diskussion fördern, sie sollen auf Ungerechtigkeiten hinweisen. Ihre Macht, Entscheidungen zu erzwingen, müssen sie in den vorgegebenen Grenzen an die Patienten übertragen. Natürlich muss der Prozess der Diskussion und der Entscheidungsfindung nach vereinbarten Regeln ablaufen. Diese Regeln sind Grundlage der Arbeit. Sie sind von den Patienten nicht zu ändern.

## 8. Was ist unter „Klinikgruppe", „Fördergruppe" und „Therapiegruppe" zu verstehen? Welche Bedeutung hat die „Wohngruppenversammlung"? „Außerstationäre therapeutische Maßnahmen"?

Die Behandlung ist in verschiedene Abschnitte gegliedert. Sie bauen aufeinander auf. Für jeden Abschnitt sind die Ziele und das Vorgehen festgelegt. Die Patienten müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, bevor sie an der entsprechenden Gruppe teilnehmen können. Die verschiedenen Gruppen werden in ihren wesentlichen Punkten in der Folge beschrieben. Die Gruppengröße beträgt in der Regel zwischen fünf und sieben Patienten.

**Klinikgruppe**

In diesen Gruppen sind alle Patienten zusammengefasst, die keiner anderen weiterführenden Gruppe zugeordnet sind. Der Name (er stammt von den Patienten) ergibt sich daraus, dass diese Gruppen durch die Großküche der Klinik versorgt werden. Die Motivation der Patienten zu einer Behandlung ist sehr unterschiedlich. In der Regel ist sie bedingt durch die Einschränkungen der Unterbringung. Eine intrinsische Motivation ist fast nicht feststellbar. Da die Patienten keine bzw. kaum Lockerungen haben, finden Außenaktivitäten nicht statt. (Ausnahmen ergeben sich bei den Patienten, die unter klaren Auflagen die Möglichkeit haben, Dinge des persönlichen Bedarfs selbst einzukaufen.)

Das Ziel der Arbeit in der Klinikgruppe ist das weitgehende Erreichen der Stufe 1 der sozio-moralischen Entwicklung. Wie weiter oben beschrieben, wird auf der Stufe 1 ein externes Normen- und Wertegefüge übernommen. Die Patienten sollen die Normen und Regeln der Station übernehmen. Sie sollen lernen,

eine andere als die eigene Perspektive mit Inhalt zu füllen. Vor allem in den Kontakten mit Mitarbeitern wird immer wieder versucht, die Perspektive des Patienten gegen die davon getrennte des Mitarbeiters abzugrenzen und die fremde mit Inhalt zu füllen.

Die Gruppe hat im Rahmen der Station bestimmte Aufgaben zu erfüllen. Sie muss Aufgaben intern verteilen und zusammenarbeiten. Aus dieser Situation heraus ergeben sich konkrete Alltagskonflikte, die genutzt werden, um eine Auseinandersetzung mit Fragen der Gerechtigkeit anzuregen. Im Alltag, in den zum Kontaktaufbau notwendigen Gesprächen und in den Wohngruppenversammlungen wird versucht, ein Bild über den Entwicklungsstand des Patienten zu bekommen, damit er seiner Entwicklung entsprechend in die Fördergruppe kommen kann.
Diese Gruppe wird von Mitarbeitern eng betreut und situationsentsprechend angeleitet. Die Präsenz der Mitarbeiter ist auch deshalb notwendig, da es eben auch darum geht, Kompetenzen zu erwerben, die eine eigenständigere Lebensführung ermöglichen. Es ist nun mal nicht selbstverständlich, dass unsere Patienten Mahlzeiten für eine größere Gruppe zubereiten können. Sie müssen das Kochen erst lernen, müssen natürlich zuvor Einkaufen, d. h. die Mahlzeit planen. So wird alternativ zur Großküchenversorgung versucht, die eine oder andere Mahlzeit im Rahmen der Gruppe zuzubereiten. Selbstverständlich geht es auch um die anderen lebenspraktischen Fähigkeiten, die nicht vorhanden sind. Sie sollen, wenn eben möglich, in dieser Anfangszeit aufgebaut werden.

**Fördergruppe**
Ein Patient kann dann in die Fördergruppe kommen, wenn der Wunsch deutlich wird, durch eine aktive Teilnahme an der Behandlung in Richtung auf eine

Langzeitbeurlaubung zu gehen. Die Motivation muss deutliche intrinsische Anteile aufweisen. Der Patient muss die von ihm begangenen Straftaten als etwas Negatives erleben. Den Wunsch nach einer Veränderung muss er dadurch zeigen, dass er an illegalen Handlungen auf der Station nicht teilnimmt.
Dadurch, dass es sich um eine feste Gruppe handelt, die gleichzeitig eine Selbstversorgungsgruppe darstellt, verbringen die Patienten viel Zeit miteinander und sind gezwungen, Konflikte untereinander zu thematisieren und zu lösen. Die Diskussion über Normen und Werte wird angeregt. Fragen der Gerechtigkeit spielen eine große Rolle, da im Rahmen der Entwicklung für die Patienten der Schritt ansteht, feste Regeln der konkreten Situation des Einzelfalles anzupassen, ohne in einen regellosen Zustand zu verfallen.

Wenn die Patienten in die Behandlung integriert sind und sie eine deutliche positive Entwicklung zeigen, können sie weitergehende Vollzugslockerungen erhalten. Zur Intensivierung der fördernden Arbeit auf der Station sollen sie mit der Welt außerhalb des geschlossenen Bereiches konfrontiert werden. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme lässt sich dadurch deutlich verbessern, da sie mit Menschen und damit mit Perspektiven konfrontiert werden, die ihnen unbekannt sind. Im Stationsalltag ist dieses Unbekannte nicht mehr gegeben. Zusätzlich werden in Rollenspielen von den Patienten verschiedene Perspektiven übernommen. Es werden moralische Dilemmata diskutiert, die aus der Lebenswelt der Patienten stammen.

Neben dem Erreichen der Stufe 2 der sozio-moralischen Entwicklung, der Voraussetzung, um Psychotherapie auf einfachem Niveau machen zu können, sollen die Gruppenteilnehmer das Prinzip der Offenheit verinnerlichen. Sie sollen Muster gewaltfreier Kon-

fliktlösung erlernen, und sie sollen konstruktiv an der Gestaltung der Stationsregeln mitarbeiten.

**Wohngruppenversammlungen**
An den Wohngruppenversammlungen nehmen alle Patienten und die im Dienst befindlichen Mitarbeiter teil. Die Patientengruppe wählt einen Sprecher, der die Wohngruppenversammlung leitet. Er hat ein klar beschriebenes Aufgabengebiet. Für die formale Einhaltung von erarbeiteten Regeln ist er verantwortlich. Als Vertreter der Patientengemeinschaft sammelt er Themen, über die gesprochen werden soll. Er moderiert und verschafft jedem das Recht, sich zu bestimmten Fragen zu äußern. Die Mitarbeiter haben sich an die vereinbarten Regeln zu halten. Auch sie können von sich aus Themen einbringen und zur Diskussion stellen.
Damit eine realistische Situation geschaffen werden kann, in der Normbildung und Diskussion moralischer Themen einen für die Patienten fassbaren Sinn haben, muss alles an Aufgaben und Entscheidungen, die nicht sicherheitsrelevant oder per Gesetz oder Hausordnung in den Händen der (oder bestimmter) Mitarbeiter liegen, in die Verantwortung der Gemeinschaft übergeben werden. Die Grenze, wann die Verantwortung der Patientengemeinschaft entzogen wird, muss klar und für die Patienten nachvollziehbar beschrieben sein. Mögliche Bereiche der Eigenverantwortlichkeit können z. B. die Zimmerbelegung, die Stationsreinigung oder die Erstellung von Ausgangslisten sein.

Die Mitarbeiter sollen den Normbildungsprozess unterstützen. Sie sollen ihre höhere Kompetenz aber nicht einsetzen, um ein Scheitern von Problemlösungsversuchen der Patienten zu verhindern. Sie würden dadurch wesentliche Diskussionen und wei-

terführende Versuche, zu Lösungen zu kommen, verhindern. Ein Problem ist das ungewohnte Aufgeben von Macht. Vieles ließe sich durch Anweisungen wesentlich schneller regeln. Den Patienten wäre aber die Möglichkeit genommen, ein Feld zu haben, wo die Normbildung tatsächlich konkrete Auswirkungen auf ihr Alltagsleben hat. Die Bereitschaft, sich in Gerechtigkeitsdiskussionen zu engagieren, wäre deutlich geringer, die gefühlte Ohnmacht wäre deutlich größer.

**Außerstationäre therapeutische Maßnahmen**

Die außerstationären therapeutischen Maßnahmen dienen der intensiven Deliktarbeit. Sie bestehen aus zwei unterschiedlichen Teilen, die aufeinander aufbauen. Der zeitliche Umfang, der erforderlich ist, um die erste Stufe abzuschließen, ist individuell sehr verschieden. Um die Gruppen unterscheiden zu können, wird die erste Gruppe „Vorbereitungsgruppe" genannt. Die zweite ist die eigentliche „Deliktgruppe".

Für eine befristete Zeit konzentriert zu arbeiten, ist in der Behandlung Intelligenzgeminderter bzw. Entwicklungsverzögerter ein durchaus übliches Vorgehen. Es dauert immer eine längere Zeit, bis in den Gruppen die aktuellen Störungen bearbeitet worden sind und es möglich wird, deliktrelevante Bereiche anzusteuern. So geht viel Zeit verloren.

Die ganz alltäglichen Störungen lassen sich auf der Station nicht vermeiden. Man muss die Station verlassen, damit man möglichst störungsfrei arbeiten kann. Die Patienten sind sehr leicht ablenkbar. Es fällt ihnen schwer, sich über einen längeren Zeitraum mit einer bestimmten Problematik zu beschäftigen. Natürlich kommt hinzu, dass die emotionale Betroffenheit bzw. das erneute Erleben von bestimmten Emotionen nicht

besonders angenehm ist. Ablenkungen stellen einen Weg des Vermeidens dar.

Die Patienten sind alle sehr im Konkreten verhaftet. Es ist nicht ihre natürliche Art, sich theoretisch mit bestimmten Fragestellungen zu beschäftigen. Sie neigen dazu, Dinge, die nicht konkret vor ihnen stehen, zu negieren. Die Konfrontation mit den eigenen Reaktionen auf bestimmte Menschen oder bestimmte Situationen ist nur durch reales Erleben möglich. Dieses Erleben müssen wir möglich machen, steuern und kontrollieren.
Wir haben an der Nordsee ein Haus gefunden, dass uns die Möglichkeiten bietet, die wir für die Durchführung der außerstationären therapeutischen Maßnahmen brauchen. Wir haben eine störungsarme, ruhige Umgebung, in der Fremde etwas Normales sind. Es sind überschaubare Städte in der Nähe, wo wir strukturiert beobachten bzw. erleben können. Nach der ersten Fahrt ist die Umgebung bekannt. Sie lenkt nicht mehr ab. Die Mitarbeiter haben eine so große Ortskenntnis, dass sie bestimmte Erfahrungen oder Beobachtungen vorplanen können.
In der „Vorbereitungsgruppe" geht es in erster Linie um eine Verbesserung der sozialen Kompetenz im Hinblick auf eine zukünftige intensive Deliktbearbeitung. Es sind nicht nur die schon immer vorhandenen Defizite des Einzelnen, es sind auch die Folgen langjähriger Unterbringung, die bearbeitet werden sollen. Lebensbedingungen, die durch Zwangsgemeinschaften und Bevormundung gekennzeichnet sind, führen wohl automatisch zu fast ausschließlich funktionalen Beziehungen. Wenn noch hinzukommt, dass die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel kaum entwickelt ist, dann verschärft sich das Problem dramatisch. Es entwickelt sich keine gegenseitige Fürsor-

ge, es entsteht eine Struktur, die durch Desinteresse an der Befindlichkeit des anderen gekennzeichnet ist, die aber die Funktion hat, das eigene Wohlbefinden abzusichern.

Während der außerstationären therapeutischen Maßnahmen (AtM) wird in diesem Bereich Kompetenz aufgebaut. In einem ersten Schritt müssen die Teilnehmer an die Tatsache herangeführt werden, dass es eine Unzahl anderer Menschen gibt. Diese Menschen sind alle unterschiedlich. Sie haben ihre Eigenheiten und führen ihr eigenes Leben. Sie haben Wünsche, Ängste, Träume und Illusionen. Jeder hat seine eigenen. Die Patienten sind überrascht und manchmal auch deutlich überfordert, wenn sie diese Tatsache realisieren. Die Menschen, die ihnen eigentlich ziemlich egal waren, bekommen Gesichter.

Im nächsten Schritt versuchen wir, den Patienten zu helfen, Ordnung in das entstandene Chaos zu bringen. Durch gezielte Fragestellungen wird versucht, Gruppen zu bilden. Es geht dabei z. B. um das Alter, die soziale Schicht, den Grund des Aufenthaltes an einem bestimmten Ort usw. Dem Patienten wird ein Mitarbeiter an die Seite gestellt, der im ständigen Gespräch mit ihm bleibt. Er soll darauf achten, dass der Patient sich ernsthaft bemüht, auch wenn es manchmal schwer fällt. Natürlich soll er auch anregen und kritisch kommentieren.

Die Arbeit mit konkreten Beobachtungen muss selbstverständlich intensiv nach- und vorbesprochen werden. Vom Zeitaufwand her ist davon auszugehen, dass zwei Drittel der Zeit für Gespräche genutzt werden. Den Patienten soll geholfen werden, die gemachten Beobachtungen zu verbalisieren. Sie sind sprachlich nicht besonders flexibel. Emotionale Befindlichkeiten in Worte zu fassen, ist für sie schwer, da sie nur einen eingeschränkten Wortschatz haben. Zusätzlich haben

sie die Schwierigkeit einer Differenzierung der verschiedenen Emotionen.
Das beengte Zusammenleben in einer kleinen, überschaubaren Gruppe führt zu einer Nähe und einem Vertrauen, wie es die Patienten in der stationären Behandlung noch nicht erlebt haben. Die Tatsache, zu einem ausgewählten Kreis zu gehören, stellt eine große Aufwertung dar. Die Patienten sorgen daher selbst dafür, dass während der AtM keine Unregelmäßigkeiten vorkommen. Sie wollen diese Möglichkeit intensiver Therapie erhalten.
In der Deliktgruppe wird wesentlich mehr geredet. Ziel der Arbeit ist es, die Hintergründe der Delikte zu beleuchten, Wirkzusammenhänge zu verstehen, die jetzt noch vorhandene Gefährlichkeit zu ermitteln, für deliktrelevante Reaktionen zu sensibilisieren, Signalreize zu erkennen, Vermeidungsstrategien zu entwickeln, Hilfestrukturen zu planen. Ziel der Arbeit ist es aber auch, die Fähigkeiten zu vergrößern, die zu einem befriedigenderen Leben führen. In der Regel sind das Kompetenzen, die die Möglichkeiten zahlreicherer und befriedigenderer sozialer Kontakte schaffen.

## 9. Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit eine Förderung der sozio-moralischen Kompetenz möglich wird?

Es ist schwer, die Perspektive eines intelligenzgeminderten Menschen zu übernehmen. Der Perspektivenwechsel fällt sehr leicht, wenn die zu übernehmende Perspektive der eigenen ähnelt. Man braucht möglichst viele Informationen. Je fremder die Perspektive, desto mehr. Bei intelligenzgeminderten Menschen scheitern wir gelegentlich daran, dass wir zu wenig haben. Sie sind nicht so einfach strukturiert, wie viele Behandler noch immer glauben. Den Behandlern fehlen die Informationen, deshalb haben sie gele-

gentlich Probleme mit dem Perspektivenwechsel. Den Patienten fehlen nicht nur die Informationen, ihnen fehlen die Fähigkeiten. Aber genau diese Kompetenz entscheidet über den Erfolg der gesamten Behandlung. Sie ist Grundlage für die Behandlungsmotivation, und sie macht Psychotherapie erst möglich. Um das ganze Ausmaß dessen zu verstehen, was man getan hat, muss man die Welt mit den Augen des oder der Opfer sehen. Wie soll man sonst ermessen, was man tatsächlich getan hat. Alle Taten werden erst durch die emotionale Bewertung „schlimm". Zusammen mit der Fähigkeit, zeitlich stabile moralische Urteile und Bewertungen abzugeben, also zu wissen, was gut oder schlecht ist, hat ein Täter die Voraussetzungen, um zu begreifen, was durch ihn geschehen ist. Ich beziehe mich hier auf das Wissen, das nicht juristisch abstrahiert ist. Es geht um erarbeitetes, erfühltes „Wissen". Es ist entstanden in einer Auseinandersetzung mit einer sehr konkreten Tat, mit Opfern, die reagieren, die Gesichter haben. Die Entscheidung, so etwas nie wieder tun zu wollen, ist mit diesem Wissen im Hintergrund leicht zu treffen. Ohne aber wohl gar nicht. Es geht nicht ohne den Perspektivenwechsel. Ansonsten leidet der Täter vielleicht unter den Vorwürfen anderer. Er will unter Umständen unbedingt seine Freiheit wiederhaben. Diese Motive, an einer Psychotherapie teilzunehmen, werden wir alle häufig genug beobachten. Patienten mit dieser Art von Motivation sind durchaus engagiert. Zu erkennen sind sie an der sehr theoretischen Auseinandersetzung mit Delikten und Opfern. Die Bereitschaft, sich mit seinen Wünschen, Begierden, Perversionen, Kränkungen, Verletzungen, Ängsten, Unfähigkeiten, Emotionen usw. in der Öffentlichkeit einer Therapiegruppe zu beschäftigen, wird sehr eingeschränkt sein, wenn der Täter es nicht schafft, das ganze Tatgeschehen mit den Augen der Opfer oder des Opfers zu sehen. Intelli-

genzgeminderte Täter sind nicht von Natur aus böse. Ihre Taten können es aber sehr wohl sein. Wenn sie die Wahl haben, dann handeln sie viel lieber sozial akzeptiert und nicht so, dass andere einen Schaden haben. Andere Menschen leiden zu lassen, passiert fast immer aus der Unfähigkeit heraus, sich in den oder die Anderen zu versetzen und dann so zu handeln, dass alle am Geschehen Beteiligten zufrieden sind.

In der Psychotherapie reden wir häufig über an- oder auch abwesende Menschen. Es geht darum, soziale Situationen zu verstehen. Versucht wird das durch ein wechselseitiges Übernehmen der unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten. Ihre Motive und ihre Intentionen sollen verständlich und damit akzeptabel werden. Es ist nicht Sache der Psychotherapie, Recht zu sprechen. Konflikte werden gelöst, indem man die verschiedenen Perspektiven verdeutlicht, indem jeder Beteiligte die Chance bekommt, seine Motive und seine Sicht des Problems darzulegen. Der Psychotherapiepatient muss in der Lage sein, diese Perspektivenwechsel mitzumachen. Er muss es schaffen, die Welt mit ganz unterschiedlichen Augen zu sehen.

Noch mehr als in einer Einzeltherapie wird die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel in einer Gruppentherapie gefordert. Ein Miteinander setzt voraus, dass die Teilnehmer in der Lage und Willens sind, wechselweise die Perspektiven der anderen einzunehmen. Für im Konkreten verhaftete Patienten wird es besonders schwer, wenn sie Perspektiven übernehmen sollen, die zu nicht anwesenden Personen gehören. Aktuelle Konflikte stehen im Zusammenhang mit konkreten, häufig anwesenden Personen. Die Perspektiven dieser Personen sind konkret fassbar. Schwieriger wird es, wenn es sich um vorgestellte Personen handelt.

Bei dieser Kategorie von Perspektiven muss man wiederum unterscheiden zwischen den Personen, die zwar den Anwesenden überwiegend unbekannt sind, z. B. Eltern, Geschwister, Opfer, und den vorgestellten Personen, z. B. Frauen, die man kennen lernt, oder Bewohner eines Wohnheims. Im therapeutischen Alltag ist es ganz oft so, dass der Therapeut eine ganz wichtige Rolle bei der Perspektivenübernahme hat. Er ist oft der „Dolmetscher" zwischen den Patienten. Ja, jeder ist so in seiner eigenen Perspektive verhaftet, dass ein Mittler notwendig ist, der aus einer neutralen Warte die andere erklärt. Der Therapeut muss die konkrete Perspektive auf einer abstrakteren Ebene auf ihre wesentlichen Bestandteile reduzieren und sie dann so aufbereiten, dass andere Patienten sie in ihrem konkreten Denken übernehmen können.

Die, die mit intelligenzgeminderten Patienten Gruppentherapie machen, kennen ein Phänomen, das immer dann auftritt, wenn die Kommunikation schwierig wird. Wenn der eine den anderen nicht versteht, dann redet man exklusiv mit dem Therapeuten. Es wird von ihm erwartet, dass er jetzt helfend eingreift. Er soll dolmetschen. Der Auftrag lautet: Mach dem da mal klar, was für mich wichtig ist. Sag es aber so, dass ich das Gesagte akzeptieren kann. Betonen muss man an dieser Stelle, dass Patienten, die diesen Anspruch haben, in ihrer sozio-moralischen Entwicklung schon weit fortgeschritten sind. Der Patient, der zur Aufnahme kommt, hat diesen Anspruch nicht. Er hat den Schritt, die Individualität von Perspektiven zu realisieren, noch nicht gemacht. Er wird noch der Überzeugung sein, dass alle Menschen auf das gleiche Ereignis so reagieren, wie er selbst es tut. Akzeptiert wird vielleicht noch, dass es individuelle Unterschiede im Ausmaß der Angst gibt, die wiederum zu unter-

schiedlichen konkreten Handlungen führt. Sie werden vielleicht sagen, dass Sie viele Intelligenzgeminderte kennen, die sehr wohl sehr unterschiedliche Perspektiven mit etwas Inhalt füllen können. Sie haben Recht und gut beobachtet. Der Einstieg in den Perspektivenwechsel ist tatsächlich eine Differenzierung sehr unterschiedlicher Perspektiven. Dass ein Mädchen im Vorschulalter die Welt anders sieht als ein pensionierter Landgerichtspräsident ist vielen unserer Patienten klar. Sie können in einzelnen Bereichen diese unterschiedlichen Perspektiven mit etwas Inhalt füllen. Aber bitte erwarten Sie nicht viel! Die des Kindes hat man selbst erlebt. Die des Landgerichtspräsidenten hat man nicht erlebt, sie wird nicht mit individuellem Inhalt, sondern mit Klischees gefüllt. Je ähnlicher die Perspektiven sind, umso schwerer wird es für die Patienten, sie mit Inhalt zu füllen.

Wie schon gesagt, ist die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel bzw. zur Perspektivenübernahme Grundvoraussetzung für eine Psychotherapie. Wir versuchen in der Abteilung für Heilpädagogische Behandlung des WZFP in der Anfangsphase der Behandlung, diese Kompetenz zu entwickeln. Die Patienten machen grade in dieser Phase ständig Angebote, über ihre Delikte zu reden. Sie wollen Qualität durch Quantität ersetzen. Natürlich dürfen sie das. Die Besonderheit unseres Ansatzes ist es, konsequent zu versuchen, die Perspektiven aller am Geschehen beteiligten Personen im Gespräch mit dem Patienten mit Inhalt zu füllen. Es geht darum, in einem ersten Schritt ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, dass andere Menschen andere Perspektiven haben. Je bewusster das dem Patienten wird, desto verunsicherter wird er. Interessant ist, dass dieser Entwicklungsschritt nicht reversibel ist. Die Patienten wollen diese Verunsicherung nicht. Sie soll

ganz schnell wieder verschwinden. Hoffnung machen in dieser Phase in erster Linie die fortgeschrittenen Patienten. Sie können die Verunsicherung nachvollziehen und wissen, wie sie wieder verschwinden wird. Auffällig ist, und das können Sie selbst beobachten, wenn Sie die Stationen besuchen, dass die Patienten neugierig werden auf neue Perspektiven. Sie haben nun mal nicht die Fähigkeit zum abstrakten Denken. Sie können Erfahrungen nur auf konkreter Ebene machen. Wenn wir den Patienten erzählen, dass eine Besuchergruppe kommen wird, dann wollen sie konkretere Informationen haben. Anhand dieser Details (z. B. Alter, Geschlecht, Beruf) greifen sie auf passende Vorerfahrungen zurück und planen ein Programm. In der Regel ist das sehr gut. Gelegentlich sind die Patienten zu konkret. Sie „kleben" dann an Details. Wir, die Mitarbeiter, hören bei solchen Gelegenheiten oft die Frage, ob die Patienten denn richtig sind auf dieser Station. In den Gesprächen habe man Zweifel entwickelt, ob diese Menschen denn wirklich intelligenzgemindert seien. Wir raten dann dazu, die Patienten zu fragen, wie viel Zeit man denn wohl brauche, um einem Besucher die Station zu zeigen und zu erklären. Die Zweifel sind durch die Antworten schnell beseitigt.

Wenn durch unsere Förderung die für eine Psychotherapie erforderlichen Fähigkeiten entwickelt sind, dann machen wir Gruppentherapie. Einzelgespräche können durchaus der Vertiefung oder der Klärung ganz spezieller Fragen dienen. Sie sind aber kein Ersatz für die Gruppentherapie. Handlungen können nur in einem sozialen Kontext zu kriminellen Taten werden. Im Einzelgespräch mit einem Therapeuten wird die soziale Einbindung der Taten und der Behandlung für im konkreten verhaftete Menschen nicht deutlich. In der Gruppe ist klar, dass der andere, der üble Delikte be-

gangen hat, genau wie man selbst auf eine Entlassung hin arbeitet. Dieser Mitpatient ist sehr konkret. Man erlebt die Gefahr, die von ihm ausgeht, ganz direkt. Die Patienten verstehen sofort, dass sie einen Einfluss darauf haben, was passieren wird. Sie können sich die konkreten Lebensumstände, die Gefährdungen und Versuchungen, den Umgang mit anderen Menschen und die üblichen Kränkungen und Verletzungen sehr gut vorstellen, da sie sie selbst erlebt haben. Für uns Behandler handelt es sich dabei um eine fremde Welt. Wir kennen sie nur aus der Theorie. Wir nehmen unsere Patienten daher sehr ernst. Ihre Einschätzung von Lockerungen würden wir z. B. niemals ignorieren. Wir würden intensiv mit ihnen diskutieren, natürlich ohne die Verantwortung aus der Hand zu geben.

Die Gruppentherapie mit intelligenzgeminderten Patienten unterscheidet sich in den Inhalten nicht von dem, was Sie alle kennen werden. Wir versuchen, den Patienten zu helfen, sich selbst besser zu verstehen, Hintergründe und Bedingungsgefüge von Delikten zu begreifen, Verhaltensmuster zu erkennen, Signalreize bzw. –situationen zu bemerken und alternative Verhaltensweisen zu erlernen. In der „alltäglichen" Psychotherapie spielt eben dieser Alltag die größte Rolle. Es geht immer wieder um das Leben auf der Station. In den Alltagssituationen zeigt sich der Mensch so wie er ist. Die Patienten müssen ganz bewusst ihre Versorgung selbst regeln. Man kann sich nicht aus dem Weg gehen. Jeder Einzelne ist in allen seinen Facetten bekannt. So wird eine Basis geschaffen, auf der man durchaus versuchen kann zu verstehen, warum dieser Mensch in dieser Situation dieses Delikt auf diese Art begangen hat. Da intelligenzgeminderte Menschen sehr leicht zu irritieren sind, ist es

sehr schwer, die beschriebene Deliktarbeit im ganz normalen Stationsalltag anzugehen. Wir haben für uns die Lösung gefunden, mit den Patienten, die weit genug für diese Art von therapeutischer Arbeit sind, mehrere einwöchige Intensivtherapieblöcke in einer bekannten, abgeschirmten, ruhigen Umgebung zu machen. Die bisherigen Erfahrungen haben uns in diesem Vorgehen voll und ganz bestätigt. Die Patienten erleben es als große Chance, Aufwertung und Verpflichtung, zu dem Kreis der Teilnehmer zu gehören. Entsprechend groß sind ihr Engagement und ihre Offenheit.

**Literatur**


Böhnisch: Abweichendes Verhalten; Weinheim, München 1999

Damon: Die soziale Welt des Kindes; Frankfurt 1984

Dewe/Otto: Zugänge zur Sozialpädagogik; Weinheim, München 1996

Gilligan: Die andere Stimme; München 1984

Garz: Moral, Erziehung und Gesellschaft; Bad Heilbrunn 1998

Keller: Soziale Kognition, Moralisches Urteil und Ich-Prozesse; in Eckensberger/Silbereisen (Hrsg.): Entwicklung sozialer Kognitionen; Stuttgart 1980

Kernberg: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus; Frankfurt 1983

Knapheide: Moralische Entwicklung bei intelligenzgeminderten forensischen Patienten - Theoretische Begründung und Durchführung eines sozialpädagogischen Förderprogramms; Dissertation Universität Bielefeld 2000

Kohlberg/Scharf/Hickey: Die Gerechtigkeitsstruktur im Gefängnis. Eine Theorie und eine Intervention; in: Portele (Hrsg.): Sozialisation und Moral; Weinheim 1978

Kohlberg: Die Psychologie der Moralentwicklung; Frankfurt 1996

Oser/Althof: Moralische Selbstbestimmung; Stuttgart II. Aufl. 1994

Reuss/Becker: Evaluation des Ansatzes von Lawrence Kohlberg zur Entwicklung und Messung moralischen Urteilens; Berlin 1996

Selman: Die Entwicklung des sozialen Verstehens; Frankfurt 1984

Youniss: Soziale Konstruktion und psychische Entwicklung; Frankfurt 1994

## Dorothea Dewald
## Psychologisch-Psychiatrische Facette

### Die Behandlung von intelligenzgeminderten Menschen im Rahmen einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB

Eine Intelligenzminderung gemäß ICD 10 liegt dann vor, wenn der Intelligenzquotient unter 70 Punkten liegt. Dies wird anhand von Testverfahren geprüft.

Bei der Beurteilung der Intelligenzminderung und der Beurteilung der Behandlungsmöglichkeiten der untergebrachten Menschen werden folgende Subgruppen unterschieden:

- Mittelschwere Intelligenzminderung, nicht gemeinschaftsfähig
- Mittelschwere Intelligenzminderung, gemeinschaftsfähig
- Leichte Intelligenzminderung, Therapiemotivation
- Leichte Intelligenzminderung, keine Therapiemotivation

Weiter sind neben der intellektuellen Leistungsfähigkeit noch folgende Bereiche zu prüfen, um den Patienten einer angemessenen Behandlung zuzuführen:

- Sozio-moralischer Entwicklungsstand
- Fördermöglichkeiten
- Analyse der Delinquenz

**Epidemiologie**
Der Anteil der intelligenzgeminderten Patienten an der Gesamtheit der gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten liegt unter 10 %. Zählt man noch diejenigen Patienten hinzu, die eine Lernbehinderung und eine schwache sozio-moralische Entwicklung aufweisen, liegt der Anteil höher.

**Delinquenz**
Derzeit weisen etwa 70 % der intelligenzgeminderten Maßregelvollzugspatienten als Anlassdelikt eine Sexualstraftat auf. Davon waren etwa 50 % pädosexuelle Straftaten ohne unmittelbare Gewaltanwendung und 50 % Sexualstraftaten mit unmittelbarer Gewaltanwendung. Weitere 10 % haben Brandstiftung als Anlassdelikt, weiter kommen Tötungsdelikte, Körperverletzung und Eigentumsdelikte vor.

**Komorbidität**
Bei 80 % der intelligenzgeminderten Patienten liegt zusätzlich eine Suchtproblematik vor, weiter finden sich Epilepsien, hirnorganische Störungen und Psychosen.

**Strafrechtliche Zusammenhänge**
Strafrechtliche Komplikationen sind nur selten bei Menschen mit schwerer Intelligenzminderung zu erwarten, da diese überwiegend in Heimen untergebracht sind. Menschen mit leichter oder mittelgradiger Intelligenzminderung zeigen delinquentes Verhalten vor allem dann, wenn sie sich aufgrund ihres Störungsbildes nicht adäquat sozial auseinandersetzen können. Sie verkennen Situationen aufgrund mangelnder Umstellungsfähigkeit und mangelnder Fähigkeit, sich von eigenen Wünschen und Interessen zu lösen. Besondere Probleme stellen die Umsetzung

sexueller Wünsche, raptusartige Stimmungsschwankungen, vermehrte Reizbarkeit und das Unvermögen, soziale Beziehungen aufzubauen, dar.

## Exkurs: Rechtliche Grundlagen der Unterbringung

### § 81 Strafprozessordnung
### Unterbringung zur Beobachtung des Beschuldigten

Zur Vorbereitung des Gutachtens über den psychischen Zustand des Beschuldigten kann das Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen und des Verteidigers anordnen, dass der Beschuldigte in ein öffentliches psychiatrisches Krankenhaus gebracht und dort beobachtet wird.

### § 126a Strafprozessordnung
### Einstweilige Unterbringung

Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

### § 20 Strafgesetzbuch
### Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung, wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

**§ 21 Strafgesetzbuch**
**Verminderte Schuldfähigkeit**
Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 StGB bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

**§ 63 Strafgesetzbuch**
**Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus**
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.

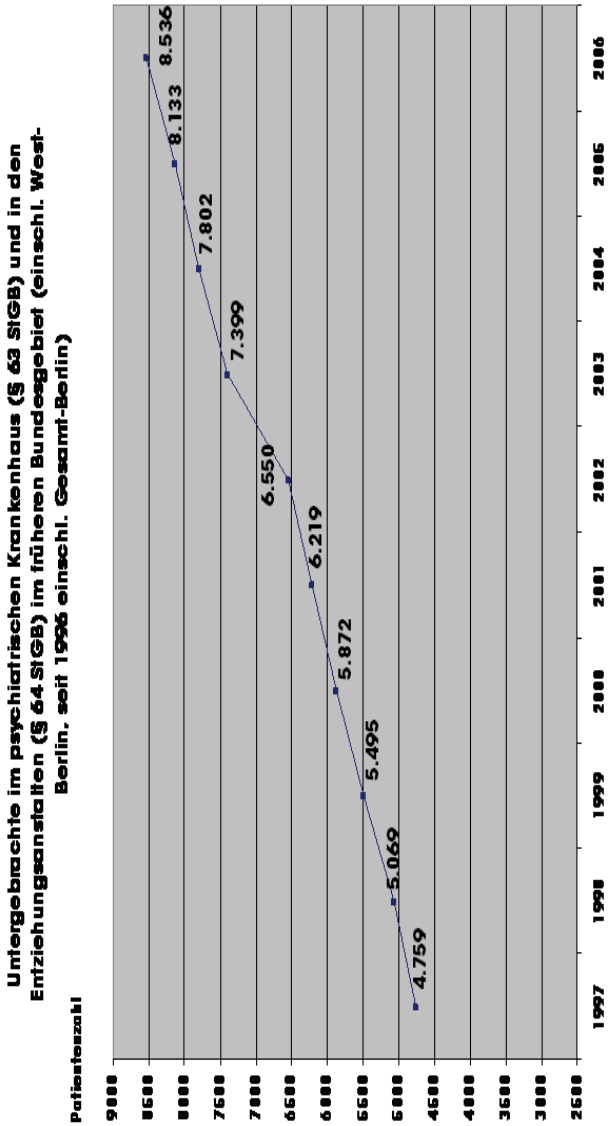
*Das bedeutet, dass das Gericht die Unterbringung gem. § 63 StGB solange aufrecht halten wird, wie die Gefährlichkeit des Untergebrachten noch weiter fortbesteht. Die Unterbringung erfolgt somit als präventive Maßnahme, um zukünftige schwere Straftaten zu verhindern. Die Unterbringung stellt keine Strafe dar.*

**§ 64 Strafgesetzbuch**
**Unterbringung in einer Entziehungsanstalt**
Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht

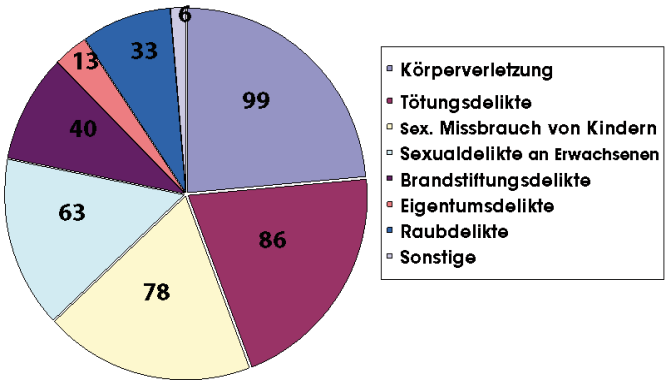
verurteilt, weil seine Schuldfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Handelns erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

**§ 67d, Absatz 2 Strafgesetzbuch**
**Dauer der Unterbringung**
(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

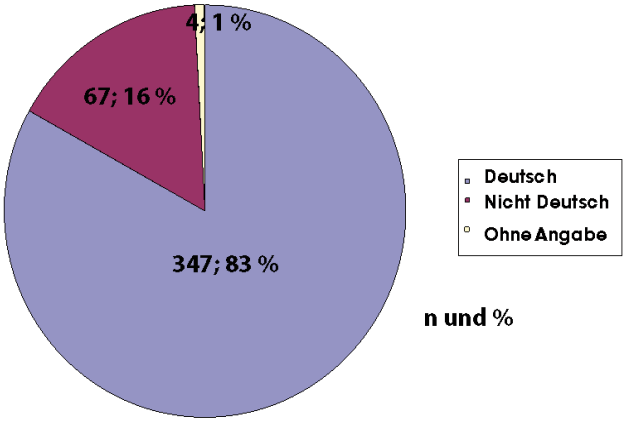
**§ 68a Strafgesetzbuch**
**Aufsichtsstelle, Bewährungshelfer**
Der Verurteilte untersteht einer Aufsichtsstelle; das Gericht bestellt ihm für die Dauer der Führungsaufsicht einen Bewährungshelfer. Bewährungshelfer und Aufsichtsstelle stehen im Einvernehmen miteinander dem Verurteilten helfend und betreuend zur Seite. Die Aufsichtsstelle überwacht im Einvernehmen mit dem Gericht und mit Unterstützung des Bewährungshelfers das Verhalten des Verurteilten und die Erfüllung der Weisungen.


Untergebrachte im psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) und in den Entziehungsanstalten (§ 64 StGB) im früheren Bundesgebiet (einschl. West-Berlin, seit 1996 einschl. Gesamt-Berlin)
Patientenzahl
9000
8500
8000
7500
7000
6500
6000
5500
5000
4500
4000
3500
3000
2500
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
4.759
5.069
5.495
5.872
6.219
6.550
7.399
7.802
8.133
8.536

## Aufteilung nach Deliktgruppen in einer Forensischen Klinik

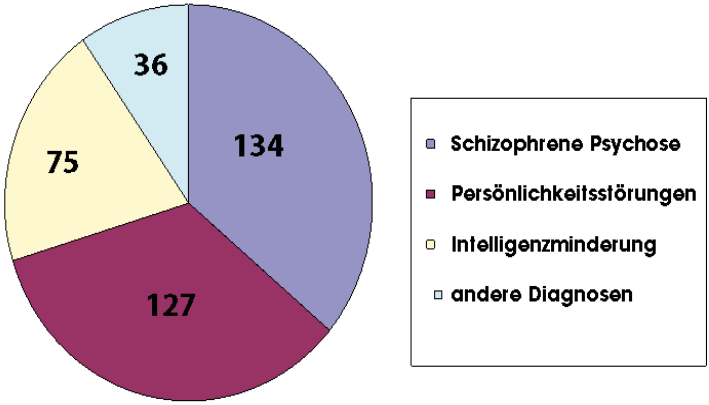



## Verteilung der untergebrachten Patienten nach Nationalitäten in einer Forensischen Klinik




n und %

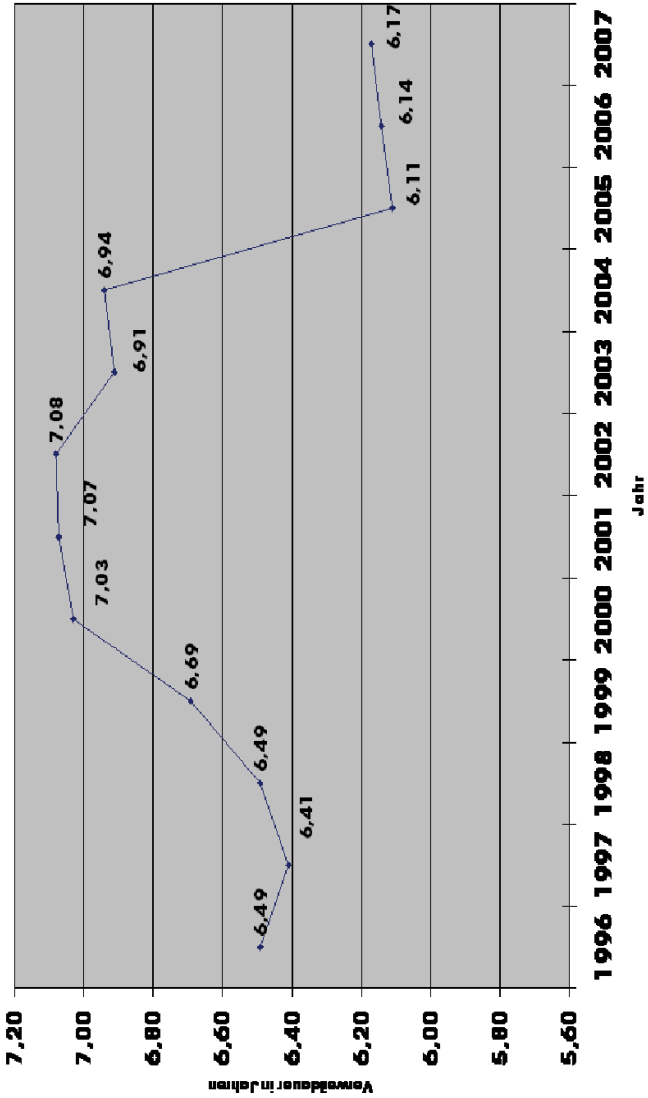
**Verteilung der Patienten nach Hauptdiagnosen in einer Forensischen Klinik**




**Entlassungen aus dem Maßregelvollzug am Beispiel einer Forensischen Klinik**

| Entlassungen | |
|---|---|
| 2003 | 5 |
| 2004 | 18 |
| 2005 | 11 |
| 2006 | 21 |
| 2007 | 29 |

## Verweildauer der Patienten im Maßregelvollzug (in Jahren) in einer Forensischen Klinik



**Therapeutische Grundannahmen**
Wesentlich bei der Therapie minderbegabter Straftäter ist, ihnen zu helfen, ihre eigenen Ressourcen zu nutzen. Die bei anderen Störungsbildern klassischen psychologisch-psychiatrischen Therapien treten hier in den Hintergrund. Handlungsbezogene und soziotherapeutische Behandlungsaspekte rücken in den Vordergrund. Dazu gehören klar geregelte tagesstrukturierende Maßnahmen für die Bereiche Arbeit, Bildung, Therapie und Freizeit. Weiter hat die Schaffung eines therapeutischen Milieus als Wirkfaktor großen Einfluss auf die Gesamtatmosphäre.

**Therapieziel**
Das Therapieziel ist nach dem Gesetz die Reduzierung der Gefährlichkeit. Dies kann nicht durch eine „Anhebung" der IQ-Werte erzielt werden, sondern durch eine individuelle schulisch-berufliche und soziale Integration. Soziale Kompetenzen müssen erworben oder verbessert werden, neues Verhalten erlernt werden, um Alternativen für Situationen zur Verfügung zu haben, in denen der Patient früher mit gefährlichem oder delinquentem Verhalten reagierte.

**Diagnostische Besonderheiten**
Der sprachliche und motorische Entwicklungsstand wird mittels geeigneter Testverfahren ermittelt, Alltagsfertigkeiten werden erfasst, der Fremdanamnese kommt hierbei eine große Bedeutung bei. Die Erfassung der Wahrnehmung, Informationsverarbeitung, Handlungsfähigkeit und Reaktionsweise des intelligenzgeminderten Patienten sind wichtig, um zu verstehen, wieso es bei diesem Menschen zu der Straftat gekommen ist. Der entwicklungspsychologische Reifungsgrad mit kognitiver, sozio-moralischer und psychosexueller Entwicklung spielt hierbei eine große Rolle.

**Voraussetzungen für Therapie**
Psychotherapie im eigentlichen Sinne kann erst dann durchgeführt werden, wenn der Patient ein ausreichendes Niveau der sozio-moralischen und kognitiven Entwicklung erreicht hat. Oft fehlt es an Abstraktionsvermögen, Verhaltenskonsequenzen sind schwer abzuschätzen, die Impulsivität ist oftmals sehr groß.

**Kognitive Defizite und Verzerrungen**
Kognitive Defizite betreffen die Informationsverarbeitungsprozesse. Menschen mit intellektuellen Behinderungen weisen quantitative und qualitative Defizite auf. Die Informationsaufnahme ist häufig problematisch, die Reizverarbeitung ist defizitär und die Fähigkeit zur Selbstverbalisation eingeschränkt. Die kognitiven Verzerrungen beziehen sich auf Interpretationsfehler, die unabhängig vom Intelligenzniveau von allen Menschen gemacht werden.

**Kognitive Trainings**
Kognitive Trainings müssen vor der Anwendung von kognitiven Therapieverfahren vor allem mit minderbegabten Patienten durchgeführt werden. Weiter ist ein Mindestmaß an intellektueller Leistungsfähigkeit erforderlich, um kognitiv-behaviorale Psychotherapie wirksam einsetzen zu können.
Kognitive Prozesse spielen eine entscheidende Rolle für die Ausformung adaptiven und maladaptiven Verhaltens. Die deliktspezifische kognitive Therapie intellektuell behinderter Sexualstraftäter dient dem Erkennen von Gefährdungssituationen und dem Aufbau von Selbstkontrolltechniken.

**Das sozio-moralische Entwicklungsmodell**
Die „Entwicklung des sozialen Verstehens", Selman, 1984, und die Untersuchungen von Kohlberg et al. „Psychologie der Moralentwicklung", 1996, stellen

den theoretischen Hintergrund des sozio-moralischen Entwicklungsmodells dar. Es geht davon aus, dass intelligenzgeminderte Menschen die gleichen Entwicklungsstufen durchlaufen wie normal Begabte, allerdings deutlich langsamer. Bei strafrechtlich in Erscheinung getretenen intelligenzgeminderten Menschen verläuft die sozio-moralische Entwicklung gegenüber der kognitiven deutlich langsamer.

**Das sozio-moralische Entwicklungsmodell**
Dieses Entwicklungsmodell bildet die Grundlage des von Herrn Dr. Knapheide entwickelten Konzepts zur Förderung der sozio-moralischen Entwicklung und Behandlung der Patienten.

**Einzelne Therapiemaßnahmen**
Die folgenden Therapiemaßnahmen gehören zum Grundangebot, sie müssen den intellektuellen Bedürfnissen der untergebrachten Patienten in besonderem Maße angepasst werden.

Wichtig sind außerdem:

- Bezugspflegesystem
- Erwerb lebenspraktischer Fertigkeiten
- Realistische Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit
- Familienarbeit

**Gruppentherapie**
Gruppentherapien sind gerade für intelligenzgeminderte Patienten unverzichtbar, da sie in der Gruppe Rückmeldungen von denjenigen erhalten, die ähnliche Probleme haben.Kritische Anmerkungen aus der Gruppe werden eher akzeptiert und Rückmeldungen führen so eher zu einer Verhaltensänderung.

**Einzelgespräche**
Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der individuellen

Therapieplanung. Der Patient kann Situationen mit dem Therapeuten im Detail besprechen und dem Therapiestand angepasste Schwerpunkte setzen.

**Schulische Förderung**
Ein Schulabschluss wird eher selten von intelligenzgeminderten Patienten angestrebt. Sehr wichtig sind jedoch Grundkenntnisse in Lesen und Schreiben sowie Rechnen.

**Arbeits- und Beschäftigungstherapie**
Diese Angebote dienen der Tagesstrukturierung, sie sind jedoch auch im diagnostischen Prozess wertvoll und unverzichtbar. Im Rahmen der Belastungserprobung können sie wichtige Anhaltspunkte für die Zukunftsplanung und weiteren Förderungsbedarf liefern. In den meisten Fällen wird ein intelligenzgeminderter Patient nach einer Entlassung nicht auf dem freien Arbeitsmarkt, sondern in einer beschützenden Einrichtung tätig sein. Die Arbeitstherapie bereitet auf diese Tätigkeit vor und ermöglicht eine Erprobung im geschlossenen Rahmen.

**Kognitive Trainingsprogramme**
Die vorliegenden Trainingsprogramme können nur mit großer Modifikation zum Training intelligenzgeminderter Patienten eingesetzt werden. Die bestehenden Programme müssen zusätzlich zu der Modifikation deutlich länger und intensiver eingeübt werden. Weiter existieren Trainingsprogramme zur Behandlung von Patienten mit mangelnder Impulskontrolle, die ebenfalls mit Modifikation eingesetzt werden können. Die interaktiv-behaviorale Therapie fördert die sozialen Kompetenzen, die Beziehungsfähigkeit und die Perspektivenübernahme. Hier werden anhand von Rollenspielen alternative Problemlösestrategien erarbeitet.

**Suchtgruppe**
Etwa die Hälfte der intelligenzgeminderten Patienten weist eine Sucht-Problematik auf. In den meisten Fällen handelt es sich um Alkohol, der Missbrauch von Cannabinoiden oder Kokain und Amphetaminen nimmt zu. Auch hier empfiehlt sich eine gruppentherapeutische Bearbeitung mit angepasstem Anforderungsprofil und geringerem Tempo.

**Sexualerziehung**
Erstaunlicherweise bestehen, auch bei nicht intelligenzgeminderten Patienten, erhebliche Defizite in der sexuellen Aufklärung. Weitere Themen sind

- Der Umgang mit dem anderen Geschlecht
- Regeln bei der sexuellen Bedürfnisbefriedigung
- Empfängnisverhütung
- Aidsprophylaxe
- Intimität

**Sport und Therapie mit Tieren**
Einzeln und auch in der Gruppe führen sportliche Aktivitäten zu einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Heilpädagogisches Reiten, Hundegruppe oder Voltigieren stellen Maßnahmen dar, mit denen der Patient über das Tier mit der Außenwelt in Kontakt tritt. Seine Verbalisierungsfähigkeit spielt im Kontakt mit dem Tier eine untergeordnete Rolle, er arbeitet an konkreten Situationen und muss sich auf sein Gegenüber einstellen.

**Psychopharmakologische Therapie**
Intelligenzminderung ist grundsätzlich nicht medikamentös zu behandeln, lediglich ein zusätzlich bestehendes klinisches Störungsbild kann einer medikamentösen Behandlung zugänglich sein. Hier sind affektive Schwankungen, akute Unruhe- und

Erregungszustände und auch antihormonell wirkende Substanzen einsetzbar. Es ist jedoch immer im Einzelfall sorgfältig abzuwägen, welches Medikament sinnvoll und notwendig ist.

**Wirksamkeit der Behandlungsmaßnahmen**
Die Wirksamkeit der Behandlung intelligenzgeminderter Patienten im Maßregelvollzug lässt sich schwer messen. Ein mögliches Kriterium wäre die Rückfallrate nach erfolgter Entlassung. Hierzu gibt es nur sehr wenige, vor allem kaum vergleichbare Ergebnisse, da in den einzelnen Kliniken nach unterschiedlichen Konzepten gearbeitet wird. Die meisten intelligenzgeminderten Patienten werden nach der Beendigung der Unterbringung in weiterführenden Einrichtungen leben, die ihre Betreuung und auch Aufsicht übernehmen. Der Erfolg einer Entlassung hängt in hohem Maße auch davon ab, dass eine geeignete Einrichtung mit angemessenem Betreuungsaufwand zur Verfügung steht.

Intensive Betreuung in der Beurlaubungsphase und nach der Entlassung sowie die Begleitung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der nachfolgenden Einrichtungen gewährleisten am besten eine Deliktfreiheit der Patienten.

In jedem Fall besteht immer eine Garantie der Forensischen Klinik, dass der Patient bei Problemen oder Krisen wieder in die Klinik zurückkehren kann.

## Olaf Schmelzer
## Praktische Facette

In meinem Beitrag geht es um die praktischen Aspekte der Durchführung von Zwangsmaßnahmen. Diese sind natürlich untrennbar mit den philosophischen, juristischen und medizinischen Aspekten meiner Vorredner verbunden.

Eröffnend zunächst die Frage: Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen im therapeutischem Kontext? Im weitesten Sinne alle Maßnahmen, die entgegen dem geäußerten oder ungeäußerten Willen des Klienten durchgeführt werden. Dazu können z. B. unter o. g. Bedingungen zählen:

- Vorenthalten oder Zuteilen von Nahrung, Genussmitteln, Taschengeld
- Auswahl der Bekleidung, Körperpflege
- Auswahl oder Beschränkung von Aktivitäten

In einem Kurs haben wir Mitarbeiter eines Seniorenpflegeheimes gebeten, anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) zu benennen, bei denen sie in der Rolle des Bewohners Gewalt erfahren könnten und welche der therapeutisch/pflegerischen Maßnahmen sie als Zwangsmaßnahme empfinden könnten. Zu fast allen ATLs fielen den Mitarbeitern mehr als drei alltägliche Situationen ein, bei denen es unter bestimmten Umständen wie Tageszeit, Personalschlüssel, Wohnbereich mit entsprechender Beziehungskultur, individuellen Prägungen des Mitarbeiters, aber natür-

lich auch des Bewohners, zu derartigen Zwangsmaßnahmen kommen könnte.

Im engeren Sinne sind unter freiheitsentziehenden Maßnahmen alle Maßnahmen zu verstehen, die entgegen dem geäußerten oder ungeäußerten Willen des Bewohners seine Möglichkeiten, sich zu bewegen und/oder zu kommunizieren einschränken. Dazu zählen z.B.

- das Festhalten der Hände
- die Gabe von Medikamenten
- das Fixieren am Bett oder Rollstuhl
- der Einsatz des Bettgitters
- das Feststellen der Rollstuhlbremsen
- das Verschließen der Einrichtungs-, Bereichs- oder Zimmertür
- das Vorenthalten von Mobilisations- und Kommunikationshilfen (Verstecken des Rollstuhles, Abschalten der Notruffunktion etc.)

Wenn wir von Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes der BRD ausgehen, der da lautet:

**Artikel 1**

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

ist festzustellen, dass die im engeren Sinne genannten Zwangsmaßnahmen erst einmal in dramatischster Form gegen Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland verstoßen. Dieser Verstoß wird durch den gesellschaftlichen Auftrag gerechtfertigt, das mildeste und am besten geeignete Mittel

zu wählen, um einen Klienten bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung zu schützen. Inbegriffen ist aber auch der Auftrag, durch geeignete Vorkehrungen der Notwendigkeit einer Zwangsmaßnahme vorzubeugen. Für die Umsetzung dieses Auftrages in den institutionellen Alltag stellen sich meiner Meinung nach daraufhin folgende Fragen:

- Welche institutionellen Möglichkeiten bestehen zur Vorbeugung und - bei Notwendigkeit - zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen?
  *Dabei geht es um Rahmenbedingungen, wie Personalschlüssel, Flexibilität des Einsatzes von Mitarbeitern, Auswahlkriterien für Neueinstellung von Mitarbeitern und begleitetes Einarbeiten, Betreuung der Mitarbeiter, Unternehmenskultur (wertschätzender Umgang mittels Kritik/Feedback, Fehlerkultur etc.), Informationskultur, Mitarbeiterzufriedenheit.*

- Ab welchem Punkt habe ich als Mitarbeiter die Möglichkeit und/oder Pflicht, dem Drängen eines Klienten nachzugeben?
  *Kann ich z. B. eine bestehende Regel außer Kraft setzen, wenn ein Klient nicht mehr erreichbar scheint und mit massiver körperlicher Gewalt droht?*

- Welche technischen und organisatorischen Voraussetzungen bestehen, z. B. räumliche Trennungsmöglichkeit von zerstrittenen Klienten, Einsatz von Kopfhörern zur Lärmreduktion, Ausgang in einen begrenzten Garten?
  *In Betracht kommen hier z. B. eine „Konfliktkasse", d. h., ein so genanntes therapeutisches Handgeld, um in Krisensituationen flexibel reagieren und attraktive Angebote machen*

*zu können. Möglich ist auch das Herauslösen des Betroffenen aus der Umgebung, z. B. das Entfernen aus den Gemeinschaftsräumen. Eventuell ist auch das Isolieren im eigenen oder einem dafür bestimmten Zimmer erforderlich oder auch die Fixierung im Bett.*

Da speziell die Fixierung Thema dieses Vortrages ist, sei auf die kulturellen und geschichtlichen Unterschiede hinsichtlich der Arten von Zwangsmaßnahmen und Fixierungen hingewiesen.

Abb. 1

Abb. 2

Abb. 1 zeigt eine Zwangsjacke. Es gibt diese auch in der Kombination mit dem weichen Zimmer, „Gummizellen" sowie Gitter- oder Netzbetten (Abb. 2) bis hin zur physischen Fixierung durch ein bis drei therapeutische Mitarbeiter. Dabei ist keiner Zwangsmaßnahme prinzipiell der Vorzug vor einer anderen zu geben. Vielmehr zeigte es sich bei Selbsterfahrungen in unseren Kursen, dass es bei einer Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen individuelle unterschiedliche Abneigungen der jeweiligen Maßnahme gegenüber gab. Wünschenswert

wäre es, dass in Einrichtungen mit entsprechenden gesetzlich legitimierten Zwangsmaßnahmen eine Auswahlwahlmöglichkeit von Zwangsmaßnahmen gegeben wäre. Zu nennen wären:

- die Trennung von der Gruppe, z. B. im 1:1-Kontakt mit einer Bezugsperson,
- das begleitete Verlassen der Gruppe,
- der angewiesene Verbleib des Betreuten z.B. in seinem Zimmer, einem „Weichen Zimmer" oder Time-Out Raum,
- das Festhalten eines Klienten durch Mitarbeiter, auch mit Hilfsmitteln wie Wolldecke, Kissen etc.

Es stellt sich die Frage, über welche Sozial- und Fachkompetenzen die Mitarbeiter verfügen, um das „Vorfeld" so zu gestalten, dass Zwangsmaßnahmen möglichst vermieden werden können. Sollten dennoch Zwangsmaßnahmen erforderlich sein, welche Sozial- und Fachkompetenzen liegen für diese bei den Mitarbeitern vor? Mitarbeiter, welche Zwangsmaßnahmen durchführen, haben eine besondere Verantwortung und sollten sich daher durch besondere Kompetenzen und ein entsprechendes Menschenbild auszeichnen; zudem sollten sie sich des rechtlichen Rahmens bewusst und sicher sein.

Mitarbeiter sollten feine Antennen für Anzeichen des Beginns einer Krise haben, ein großes Handlungsrepertoire und Kreativität bei der Lösung von Konflikten besitzen und natürlich eine gewisse Beziehungsbereitschaft mitbringen. Beziehungsarbeit ist vor allem in Bereichen mit einer langen Betreuungszeit der wichtigste Baustein der Gewaltprävention.

Weiterhin ist ein Verständnis für die Kausalität von aggressivem Verhalten des Betreuten, resultierend aus unbefriedigten Bedürfnissen, und dem im ungünstigsten Falle mit Zwang reagierendem Personal unumgänglich. Für krisenhafte Situationen mit entsprechendem Handlungsbedarf durch akute Eigen- und Fremdgefährdung benötigen Mitarbeiter definierte Kriterien für die Einschätzung der Situation. Weiterhin brauchen sie eine Vielfalt an verbalen sowie nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten und ein Wissen um deren Wirkung. Mentale und physische Fähigkeiten müssen ebenfalls ausgeprägt sein, um sich einer gefährlichen Situation zu entziehen, damit aus einem Abstand heraus wieder auf die Ebene einer angemessenen Kommunikation gelangt, aber auch im Bedarfsfall mit weiteren Mitarbeitern ein Betreuter in Sicherheit gebracht werden kann.

In unseren Kursen geben wir kleine Rollenspiele vor, in denen sich die Mitarbeiter mittels Perspektivenwechsels in die Lage der Klienten versetzen, um innerhalb dieses sicheren Settings das Gefühl der Abhängigkeit und der damit verbundenen Enttäuschung, Frustration und Wut zu erleben. In einem anderen Rollenspiel werden Mitarbeiter selber zu Zwangsmaßnahmenerfahrenen. Ziel ist das Bewusstwerden von Befindlichkeiten und damit verbundenen Wünschen von Betreuten in realen Situationen. Unserer Meinung nach sollte jeder Mitarbeiter, der Maßnahmen dieser Art durchführt oder anweist, in einem sicheren Rahmen die Möglichkeit der Selbsterfahrung haben.

- Wie wird das Verhalten eines Betreuten beurteilt, und wann sind die Kriterien für akute Eigen- und Fremdgefährdung erfüllt?

*In unseren Trainerkursen werden Mitarbeiter aus sozialen Einrichtungen ausgebildet, um als Multiplikatoren Wissen über den Umgang mit Aggression und Gewalt weiterzuvermitteln. Dabei ist ein zentraler Punkt rechtliches Hintergrundwissen, referiert von einem Rechtsanwalt. Weiter ist es unser Anliegen, Mitarbeiter für ihre unterschiedliche Wahrnehmung einer Sachlage zu sensibilisieren, gerade wenn es um die Einschätzung der Gefährlichkeit einer Situation geht. Aus diesen unterschiedlichen Wahrnehmungen resultieren unterschiedliche Reaktionen, welche nicht nur auf Seiten der Klienten zu Verwirrungen führen können.*

- Wie erfolgt der „Zugriff"?
  *Wir legen in unseren Kursen einen Schwerpunkt auf die Kommunikation direkt vor einem Zugriff.*

Wenn die Situation ein gefährdungsfreies Zeitfenster aufweist, empfehlen wir die Absprache im Team und die Kommunikation mit dem Klienten. Bei der Absprache im Team werden die Beobachtungen, Ziele und das weitere Vorgehen besprochen, die Rollen verteilt sowie Grenzen und Befürchtungen angesprochen. Dabei sollte stets die Bandbreite der Interventionen berücksichtigt und Kriterien für einen „geordneten Rückzug" benannt werden.

Für die Kommunikation mit dem Betreuten hat sich Folgendes als sinnvoll erwiesen: kurze klare Sätze, ruhiges Auftreten und Elemente, die ihm Orientierung geben hinsichtlich

- des Ortes und der Zeit,
- der handelnden Personen,

- dem Geschehnis im Vorfeld,
- Ankündigung von mindestens zwei Optionen professionellen Handelns mit der Möglichkeit, sich für eine zu entscheiden.

Dabei sollte betont werden, dass die Zwangsmaßnahme eine Reaktion auf das Verhalten des Betreuten darstellt. Ist dieses Zeitfenster nicht gegeben, da das Agieren des Betreuten unverzüglichen Schutz notwendig macht, erfolgt zunächst der Zugriff und erst in sicherer Situation das Gespräch, wahrscheinlich nunmehr mit veränderten Inhalten, was die Optionen betrifft.

Der Zugriff durch das Team wird in unserem Training geübt. Dabei nutzen wir eine Technik, in der zwei bis drei Personen im Team die beiden Arme und im Notfall auch den Kopf des Betreuten kontrollieren. Die Fixierung mit Fixiersystemen am Bett wird trainiert, vor allem, weil es durch Gegenwehr des Klienten immer wieder zu Verletzungen bei Betreuten und Mitarbeitern kommt. Es werden Gefahrenmomente aufgezeigt, die es gilt zu verhindern. Zudem wird ein strukturiertes planvolles Vorgehen trainiert. Die Kommunikation bei der Fixierung mit dem Betreuten hilft, die Aufmerksamkeit eher auf die verbale Ebene zu lenken und ihm durch die Ankündigung der folgenden Abläufe ein Stück Kontrolle über die Situation zu geben.

Sowie der Betreute in der Fixierung liegt, werden die Umstände sicher und ihm so angenehm wie möglich gestaltet. „Sicher" bedeutet in diesem Fall die angekündigte Kontrolle der Taschen und der Umgebung des Bettes unter vorübergehender Beschlagnahmung von gefährlichen Gegenständen. Erforderlich ist hierbei eine Begründung für den Einbehalt, ein Hinweis auf den Verbleib der Gegenstände sowie auf deren

baldige Rückgabe. Unter gefährliche Gegenstände fallen Feuerzeuge, Messer, Medikamente sowie aus Strangulationsgründen Ketten, Gürtel usw. Empfehlenswert ist es darüber hinaus, auf einen schwer entflammbaren Bettbezug zu achten.

Da der Betreute einen Großteil seiner Möglichkeiten, für seine Bedürfnisse zu sorgen, an das fixierende Team abgegeben hat, sollte eine Sitzwache bei ihm verbleiben, um ihm - wie zuvor geschildert - die Fixierung so erträglich wie möglich zu machen, die mit dem Betreuten besprochenen Kriterien für die Defixierung zu erkennen und diese gegebenenfalls mit dem Team durchzuführen. Die Palette der Angebote sollte möglichst groß sein, jedoch nicht dazu führen, dass der Sekundärgewinn einer Fixierung diese so attraktiv gestaltet, dass der Klient das Betreuerteam durch sein Verhalten dazu nötigt. In diesem Fall sollten andere Maßnahmen zum Schutz vor Eigen- und Fremdgefährdung auf das Verhalten folgen.

Da die Fixierung einen psychischen Notfall darstellt, ist sie auch in geeigneter Form zu begleiten. Dazu gehört eine Sitzwache, welche in schon beschriebener Form die Bedürfnisse des Betreuten assistiert, aber auch ein Wissen um mögliche Komplikationen besitzt und Veränderungen wahrnimmt. Bei Komplikationen sei auf die pflegerischen Prophylaxen bei bettlegerischen Menschen hingewiesen (Dekubitus, Pneumonie-Bauchgurt, Kontrakturen-Decke über den Füßen, Thrombose bei fehlender Antikoagulantientherapie/ Heparinisierung).

Wir schaffen also durch die Fixierung einen Zustand hoher Gefährdung, vor allem wenn er über längere Zeit anhält. Deshalb ist die Verhinderung der Eigen- und Fremdgefährdung in akuter Situation das Ziel der Fi-

xierung. In der Fixierung ist jedoch die baldige Defixierung das erklärte Ziel. Die Defixierung sollte im Team abgesprochen, an transparente Kriterien gebunden sein und den Betreuten in seine Verantwortung mit einbeziehen. Einige Zeit nach der Defixierung sollte ein Gespräch mit dem Betreuten gesucht werden. Dabei geht es um die Normalisierung der Beziehung zwischen Mitarbeitern und Betreuten.

Dem Betreuten werden Möglichkeiten gegeben, sich über Umstände und Durchführung der Zwangsmaßnahme zu äußern, seine Sicht des Geschehenen darstellen usw. Das professionelle Team hat so die Möglichkeit, mit dem Betreuten über die Notwendigkeit der Maßnahme zu diskutieren, den Wunsch auf Vermeidung von Fixierungen und Alternativen für den Fall erneuten Erlebens einer ähnlichen Situation zu erarbeiten oder zu verhandeln.

Ein weiteres Gespräch ist auf der Mitarbeiterebene zu führen. Dabei wäre z. B. anzusprechen, was gut und sinnvoll in der Zusammenarbeit gelaufen ist, wie man sich vorstellt, in Zukunft mit ähnlichen Situationen umzugehen und was man sich vielleicht für die Zukunft noch hilfreich vorstellen könnte. Dieses Gespräch schließt sozusagen den Kreis des Präventionsprozesses.

Natürlich sind hier nicht alle Aspekte in der entsprechenden Tiefe behandelt. Hingewiesen sei noch auf das Erarbeiten und Nutzen eines Pflegestandards oder Richtlinien für Fixierungen und Zwangsmaßnahmen in der jeweiligen Einrichtung sowie ein Vergleich mit den Leitlinien anderer Institutionen. Die Pflegerichtlinie Fixierung dient als ein gelungenes Beispiel und stammt aus der Bielefelder Arbeitsgruppe und dem Buch „Aggression und seelische Krise".

# Martin Nanzka
# Rechtliche Facette

## I. Freiheitsgewährleistung und Freiheitsentziehung im Rechtsstaat

Die Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen setzt denklogisch die Freiheit der Person als rechtstatsächlichen Zustand, nicht als philosophische oder erkenntnistheoretische Fiktion voraus.

Die Freiheit der Person bildet im bürgerlich-demokratischen Rechtsstaat das Fundament der bürgerschaftlichen Freiheit und ist im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland an prominenter Stelle unmittelbar nach dem Schutz der Menschenwürde in Art. 1 des Grundgesetzes und der Konstitution der nachfolgenden Freiheitsrechte als unmittelbar geltende, die staatliche Gewalt in Gänze bindende Freiheitsgewährleistung kodifiziert. Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes lautet:

> *Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.*

Auf eine Kurzformel gebracht, beinhaltet das Grundrecht auf Freiheit der Person, dass allen Menschen im Geltungsbereich des Grundgesetzes erlaubt ist, zu tun und zu lassen, was der Einzelne will, sofern er nicht die Rechte anderer verletzt oder gegen die ver-

fassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. Dieser scheinbar unermesslichen Weite der Freiheitsgewährung – „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit" – steht damit auf der anderen Seite die sog. „Schranken-Trias" gegenüber, die die nach ihrem Wortlaut scheinbar uferlose Freiheit der Person sprachlich, inhaltlich und praktisch sehr schnell wieder mit engen Grenzen versieht.

Dabei ist die dritte Schranke – das sog. „Sittengesetz" – noch der geringste Eingriff: Denn anders als noch zur Zeit der Ausarbeitung des Grundgesetzes spielt heutzutage weder im alltäglichen Leben noch in der Rechtspraxis das „Sittengesetz", also die Summe aller nicht geschriebenen und nicht kodifizierten Verhaltensregeln, die dem Verhalten aller billig und gerecht denkenden Menschen zugrunde liegen, irgendeine nennenswerte Rolle. Denn unabhängig von der Frage, auf welcher Grundlage ein nicht näher durch Gesetze oder sonstige Rechtsvorschriften beschriebenes „Sittengesetz" dem freien Bürger eine Verhaltensschranke setzen könnte, gibt es heutzutage keinen Lebensbereich mehr, der nicht hinreichend und damit auch abschließend durch gesetzliche Regelungen kodifiziert wäre. Entsprechend ist auch die erste Einschränkung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts durch die „Schranken-Trias", „die Rechte anderer", ebenfalls in der Regel durch Recht, Gesetz und Vertrag hinreichend genau beschrieben, so dass auch diese Schranke der umfassend versprochenen persönlichen Freiheit im Alltag ebenfalls eine klar vorhersehbare und bestimmte Begrenzung der persönlichen Freiheit des Einzelnen markiert.

Die „verfassungsmäßige Ordnung" schließlich stellt die wesentliche Schranke der persönlichen Freiheit des Einzelnen dar. Sie beinhaltet die Summe aller im

verfassungsmäßigen Verfahren zustande gekommenen Gesetze einschließlich der Rechtsverordnungen und umfasst damit bildlich gesprochen in ihrer aktuellen Ausformung als Bundes- und Landesgesetze viele Meter in jeder juristischen Bibliothek.

Trotz einer schon durch die schlichte Menge der geltenden Gesetze und Verordnungen scheinbar nur noch auf ein Minimum reduzierten Freiheit der Person stellt diese dennoch im demokratischen Rechtsstaat die fundamentale, wenn auch nicht uferlose Grundlage der persönlichen Freiheit eines jeden einzelnen Menschen dar.

Träger des Grundrechts auf persönliche Freiheit ist dabei jeder Mensch, gleich ob Inländer oder Ausländer, Mann oder Frau, behindert oder nicht behindert.

Die umfassende, nur durch die drei Eingriffsschranken der „Schranken-Trias" einschränkbare persönliche Freiheit ist dabei ausdrücklich nicht etwa durch das Maß der persönlichen Fähigkeit zur Wahrnehmung der Freiheit eingeschränkt oder bestimmt. Vielmehr genießen alle Menschen in demselben Maße Freiheitsrechte. Für die persönliche Freiheit oder Ausübung der Freiheitsrechte sind weitere Anforderungen nach dem Grundgesetz ausdrücklich nicht gefordert: So ist beispielsweise ausdrücklich nicht Voraussetzung für die persönliche Freiheit ein „normaler", gesunder körperlicher oder Geisteszustand. An der grundgesetzlich verbrieften persönlichen Freiheit nehmen daher gleichermaßen alle Menschen teil, auch wenn die konkrete Ausübung der persönlichen Freiheit durch Behinderung, etwa durch Intelligenzminderung, in einem entsprechenden Umfang beeinträchtigt sein kann.

Dem entspricht, dass in die persönliche Freiheit des einzelnen Menschen nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Form eingegriffen werden kann. Dies gewährleistet Art. 104 des Grundgesetzes:

> *(1) Die Freiheit der Person kann nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden. Festgehaltene Personen dürfen weder seelisch noch körperlich misshandelt werden.*
>
> *(2) Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterliche Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen.*

Mit „Freiheit der Person" in Art. 104 des Grundgesetzes ist dabei der engere, wenn auch wesentliche Teil der allgemeinen Handlungsfreiheit gemeint, der mit einem anderen Wort auch Freiheit im Sinne von Freizügigkeit/Freiheit von Freiheitsentzug bezeichnet werden kann. Auch diese Rechtsgarantien bei Freiheitsentziehung, die für alle die Freiheit der Person beschränkenden staatlichen Zwangsmaßnahmen gelten, kennen keine Unterscheidung etwa in Hinsicht auf den Bewusstseinszustand eines Menschen oder das Vorliegen oder Fehlen einer Behinderung. Dies beruht auf dem Grundgedanken des Grundgesetzes, wonach die Würde eines **jeden** Menschen unantastbar ist und die Freiheitsrechte gleichermaßen allen Menschen bzw. allen Bürgern zugesagt sind.

In die Freiheitsrechte des Einzelnen darf daher nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Form eingegriffen werden. Darüber hinaus gebietet das Rechtsstaatsprinzip des Grundgesetzes die Einhaltung des sog. Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Dieser beinhaltet, dass ein staatlicher Eingriff in die Freiheitsrechte der Bürger nur mit der Maßgabe erfolgen darf, dass der Eingriff geeignet und erforderlich ist und im Einzelfall nicht außer Verhältnis zu dem angestrebten Ziel steht. In diesem Zusammenhang lässt sich durchaus der technische Rechtsbegriff der Erforderlichkeit als Teil des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes frei mit dem Begriff der Notwendigkeit im Sinne der Thematik des heutigen Symposiums übersetzen. Mit anderen Worten gebietet daher der rechtsstaatliche Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, dass eine freiheitsentziehende Maßnahme nur dann zulässig ist, wenn sie im Einzelfall geeignet und notwendig ist und das mildeste Mittel darstellt.

## II. Freiheitsentziehende Maßnahmen – Gesetzliche Grundlagen und Anwendungsvoraussetzungen

### 1. Die Unterbringung in einer geschlossenen stationären Einrichtung als freiheitsentziehende Maßnahme

Die Begriffe „Persönliche Freiheit" und „Beschränkung der Freiheit der Person" haben auch im demokratischen Rechtsstaat durchaus einen handfesten konkreten Hintergrund. Kraft des Gewaltmonopols des Staates beansprucht dieser für sich das Recht und die Kompetenz, im Rahmen gesetzlicher Regelungen Menschen die Freiheit auf Zeit oder sogar unbeschränkt bzw. lebenslang zu entziehen. Der Staat übt diese Kompetenz auch effektiv durch seine drei Ge-

walten Legislative (Gesetzgebung), Exekutive (Verwaltung) und Judikative (Gerichtsbarkeit) aus. Bei der Freiheitsentziehung für schwerste Straftaten, die im Zustand der Schuldfähigkeit begangen wurden, mag dies deshalb als kulturhistorischer Fortschritt anzusehen sein, weil für solche Straftaten bis in die jüngste Vergangenheit hinein in diesem Land, in anderen durchaus als zivilisiert geltenden Ländern bis in die Gegenwart hinein, die Tötung des Delinquenten als angemessene Sanktion angesehen wurde und teilweise noch wird.

Weniger bekannt als die Strafandrohung der lebenslangen Freiheitsstrafe für schwerste Verbrechen wie Mord oder andere vorsätzliche, besonders schwere Tötungsdelikte ist die gesetzlich geregelte und angedrohte Freiheitsentziehung für Straftaten, die im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen wurden. So regelt § 63 StGB als freiheitsentziehende Maßregel:

> *§ 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus*
> *Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm in Folge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.*

Beachtlich an dieser auf den ersten Blick fast harmlos erscheinenden Vorschrift ist, dass der Gesetzeswortlaut keinerlei zeitliche Beschränkung für die Dauer der Freiheitsentziehung beinhaltet. Dies bedeutet praktisch, dass die Anordnung der Maßregel der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus unbefristet erfolgt. Zugespitzt kann in diesem Zusammenhang unbefristet = lebenslang bedeuten, so lange also die gerichtliche Anordnung der Freiheitsentziehung auf dieser Grundlage nicht wieder aufgehoben wird.

Beachtlich erscheint hier weiterhin, dass Eingangsvoraussetzung für die Anordnung der Maßnahme das Begehen einer „rechtswidrigen Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit … oder der verminderten Schuldfähigkeit …" ist. Seinem Wortlaut nach enthält die Vorschrift daher erkennbar und fast erstaunlicherweise keinerlei Einschränkung etwa dergestalt, dass die begangene rechtswidrige Tat von einigem Gewicht sein müsste o. ä. Auch reicht für die dem Wortlaut nach unbefristete Freiheitsentziehung auf der Grundlage des § 63 StGB eine rechtswidrige Tat im Zustand der **verminderten** Schuldfähigkeit. Einzig die Einschränkung, wonach die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergeben muss, dass von ihm **in Folge seines Zustandes <u>erhebliche</u> rechtswidrige Taten** zukünftig noch zu erwarten sind und er deshalb **für die Allgemeinheit gefährlich ist**, bietet das für ein rechtsstaatlich bestimmtes Gesetz erforderliche Minimum sprachlicher und rechtlicher Bestimmtheit des Wortlautes.

Dass durchaus maßvolle Anforderungen an die zu erwartenden erheblichen (zukünftigen) rechtswidrigen Taten zu stellen sind, mag folgendes Fallbeispiel belegen:

Der zum Tatzeitpunkt 41 Jahre alte Thomas T. leidet unter einer psychiatrischen Erkrankung aus dem schizoaffektiven Formenkreis, die – was auch die Gutachter für ungewöhnlich halten – mit einer Frequenz alle sieben Jahre ausbricht. Erstmalig brach die Krankheit bei ihm in einem Lebensalter von 27 Jahren aus, zum zweiten Mal erfolgte mit etwa 34 Jahren ein entsprechender Krankheitsausbruch, der sich über einen Zeitraum von jeweils etwa einem Jahr entwickelte und dann nach entsprechender psychiatrischer, auch medikamentöser Therapie, soweit abnahm, dass ein weitgehend symptomfreies „normales" Leben möglich wurde.

Als die Krankheit bei Thomas T. wieder ausbricht, führt dies dazu, dass er mit zunehmender Frequenz sozial inadäquates Verhalten an den Tag legt, wie das scheinbar unmotivierte Abstellen seines Fahrzeugs an einer Straßenkreuzung, um dann den Verkehr zu regeln. Wie er gegenüber der einschreitenden Polizei angibt, beruht dies darauf, dass er eine Wagenkolonne von 10 - 12 schwarzen Fahrzeugen wahrgenommen habe, die mit abgedunkelten Scheiben und hoher Geschwindigkeit das Rotlicht missachtet hätten, so dass er, da er den Einsatz der CIA vermutete, den Verkehr habe regeln müssen, um Schaden von unbeteiligten Passanten abzuwenden. Von der Polizei nach seinem Geisteszustand befragt, übergießt er sich mit einer Flasche Mineralwasser, um zu dokumentieren, dass er klar bei Verstand sei, woraufhin er vorübergehend auf der Grundlage des Gesetzes für psychisch Kranke (PsychKG) im nächsten psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen wird.

In der Folgezeit steigert sich sein sozial inadäquates Verhalten dergestalt, dass er wiederholt in Konflikte

mit Passanten auf der Straße gerät, die er z.T. grob beleidigt und verbal bedroht, nie aber irgendwie gewalttätig wird. Er beginnt, aus seiner in Berlin-Neukölln im 1. Obergeschoss gelegenen Wohnung aus dem geöffneten Fenster Gegenstände auf die Straße zu werfen, darunter wiederholt gefüllte Farbeimer, nachdem er sich jeweils, wie er ausdrücklich betont, darüber vergewissert hatte, dass Passanten nicht gefährdet werden können. Die z.T. erheblichen Beschädigungen von auf der Straße geparkten Pkw nimmt er in Kauf.

In der Folgezeit kommt es zu zwei Strafanzeigen mit Gewalttätigkeitsbezug, nachdem er in einem Fall BVG-Kontrolleure bei einer Fahrscheinkontrolle mit einem Faustschlag attackiert habe und in einem anderen Fall eine Passantin angibt, er habe sie beim Überqueren der Straße getreten. Beide Delikte der einfachen Körperverletzung wären im Falle der Schuldfähigkeit des Täters – eine strafrechtliche Vorbelastung lag nicht vor – mit Sicherheit mit Geldstrafen in einer Größenordnung von insgesamt 60 – 90 Tagessätzen, also 2 - 3 Monatsgehältern, geahndet worden. Die Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe wegen dieser Taten, auch nur zur Bewährung, erscheint hingegen als gänzlich ausgeschlossen.

Insbesondere auf der Grundlage der vorbezeichneten beiden Strafanzeigen erlässt das Landgericht Berlin einen Unterbringungsbeschluss auf der Grundlage des § 63 mit der Begründung, von Thomas T. sei „in Folge seines Zustandes" mit weiteren „erheblichen rechtswidrigen Taten" zu rechnen. Dabei geht das Gericht aufgrund einer vorliegenden Vorbegutachtung davon aus, dass Thomas T. zum Tatzeitpunkt schuldunfähig im Sinne des § 20 StGB war. Diese Annahme wird im anschließenden Maßregelvollzug er-

neut gutachterlich bestätigt. Er wird für 5 ½ Monate im Krankenhaus des Maßregelvollzugs inhaftiert und dort u. a. auch medikamentös therapiert. Der Vollzug des Unterbringungsbeschlusses wird nach dem ersten Termin zur Hauptverhandlung ausgesetzt.

Dieses Fallbeispiel mag belegen, dass die zwangsweise Unterbringung in einem geschlossenen psychiatrischen Krankenhaus als freiheitsentziehende Maßregel auf der Grundlage des Strafgesetzbuches sich nicht etwa am Schuldgehalt der begangenen Tat orientiert, da im Verhältnis hierzu eine sofort vollzogene 5 ½ monatige Freiheitsstrafe gegen das Verhältnismäßigkeitsprinzip und den Grundsatz vom schuldangemessenen Strafen im Strafgesetzbuch verstoßen würde. Auch die „Notwendigkeit" der Betreuung oder etwa die Notwendigkeit der Absicherung therapeutischer Maßnahmen ist weder Grundlage noch Motivation der Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel nach § 63 StGB. Seinem Wortlaut und seinem Sinn und Zweck nach stellt die Maßregel der Unterbringung in einem geschlossenen psychiatrischen Krankenhaus eine Maßnahme der Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit dar.

Denn wesentliches Merkmal der gesetzlichen Voraussetzungen für die Anordnung der Maßregel ist, dass aufgrund des Zustands des Täters und seiner Tat Anhaltspunkte für eine Prognose bestehen, wonach von diesem zukünftig **erhebliche** rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deswegen für die Allgemeinheit gefährlich ist. Die Gefährlichkeit bzw. die Gefahrenprognose muss dabei nach dem Gesetzeswortlaut im Zusammenhang mit einer psychischen Krankheit stehen. Die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme leitet sich bei der freiheitsentziehenden Maßregel nach § 63 StGB nicht aus einem heilpädagogischen, andra-

gogischen oder therapeutischen Ansatz her, sondern allein aus dem Gesichtspunkt der Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit.

## 2. Freiheitsentziehende Maßnahmen auf der Grundlage des Gesetzes für psychisch Kranke (PsychKG)

Das Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) ist ein Berliner Landesgesetz. Dies beruht auf der Kompetenzverteilung des Grundgesetzes, wonach für diesen Bereich die Länder die Gesetzgebungskompetenz ausüben.

§ 8 PsychKG lautet:

> *Voraussetzung der Unterbringung*
>
> *(1) Psychisch Kranke können … gegen oder ohne ihren Willen nur untergebracht werden, wenn und solange sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten ihr Leben, ernsthaft ihre Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gefährden und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung.*

Anders als die Maßregel der zwangsweisen stationären Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB ist Voraussetzung für eine Freiheitsentziehung nach dem PsychKG nicht die Vollendung einer Straftat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit. Insoweit handelt es sich – weitergehend als § 63 StGB! – um

eine Ermächtigungsgrundlage zur reinen Gefahrenabwehr, da tatbestandliche Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 8 Abs. 1 PsychKG eine Lage ist, in der der psychisch Kranke durch sein krankheitsbedingtes Verhalten sein Leben, ernsthaft seine Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gefährdet. Auch hier, dies macht nochmals ausdrücklich die Regelung in § 8 Abs. 1 S. 2 PsychKG deutlich, ist die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, **für sich allein keine** Rechtfertigung für eine Unterbringung. Mit anderen Worten dient die Unterbringung nach dem PsychKG nicht der Sicherung einer therapeutischen Maßnahme, sondern der Abwehr einer von einem psychisch Kranken ausgehenden Gefahr.

### 3. Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungsrecht

Voraussetzung für die gerichtliche Anordnung einer Betreuung für einen Volljährigen ist nach § 1896 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), dass dieser aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. Dann, so das Gesetz, bestellt das Vormundschaftsgericht „auf seinen Antrag oder von Amts wegen" für ihn einen (gesetzlichen) Betreuer. Dieser unterliegt der regelmäßigen vormundschaftsgerichtlichen Kontrolle. Im Rahmen der Ausübung der Betreuung kann es erforderlich sein, den Betreuten freiheitsentziehenden Maßnahmen zu unterwerfen, die nach der Rechtsprechung bereits mit dem Anbringen eines Bettgitters oder etwa mit dem Fixieren eines körperbehinderten Menschen im Rollstuhl, um das Herausrutschen zu verhindern, beginnen und bis zur medikamentösen Ruhigstellung oder Unter-

bringung in einem „Time out-Raum" reichen können. Zu beachten ist dabei, dass es sich regelmäßig **nicht** um **gerichtliche** Maßnahmen handelt, sondern um Maßnahmen, die der Betreuer im Rahmen der von ihm ausgeübten Betreuung durchführt. So heißt es in § 1906 BGB:

> *(1) Eine Unterbringung des Betreuten **durch den Betreuer**, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie **zum Wohl des Betreuten** erforderlich ist, weil*
>
> *1. aufgrund der psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt oder*
>
> *2. eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.*
>
> *(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur*

*zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist, die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.*

Zum einen zeigt sich hier die konsequente Umsetzung der aus Art. 104 des Grundgesetzes herzuleitenden Rechtsgarantien bei Freiheitsentziehung und dem dort angeordneten Richtervorbehalt. Nur durch den Richter oder aufgrund richterlicher Genehmigung, wie im Fall der freiheitsentziehenden Maßnahme nach § 1906 BGB, darf die persönliche Freiheit entzogen werden. Im Unterschied zu der Freiheitsentziehung nach § 63 StGB oder § 8 PsychKG steht im Mittelpunkt nicht die Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit, sondern primär der Eigenschutz des betroffenen betreuten Menschen. Denn schon im Eingangssatz des § 1906 BGB heißt es, dass die Freiheitsentziehung nur zulässig ist, **solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich** ist. Die „Notwendigkeit" einer freiheitsentziehenden Maßnahme leitet sich daher in diesem Fall unmittelbar aus dem Wohl des Betreuten ab, die zum einen unter dem Gesichtpunkt der Selbstgefährdung oder zur Absicherung einer erforderlichen Heilbehandlung gegeben sein kann. Mit „Genehmigung" im Sinne des Eingriffsvorbehalts in § 1906 Abs. 2 BGB ist dabei eine **vorherige** Genehmigung durch das zuständige Vormundschaftsgericht gemeint, die nur bei „Gefahr im Verzug" durch eine unverzüglich nachzuholende nachträgliche Genehmigung des Gerichts ersetzt werden darf.

## III. ‚Notwendigkeit' freiheitsentziehender Maßnahmen in der Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderung?

Der Begriff der „Notwendigkeit" ist durchaus vieldeutig und wird mit Sicherheit durch die verschiedenen

Professionen unterschiedlich interpretiert. So kann beispielsweise in medizinischer oder heilpädagogischer Hinsicht eine freiheitsentziehende Maßnahme zur Sicherung einer Therapie als „notwendig" im jeweiligen fachlichen – beispielsweise medizinischen oder heilpädagogischen – Sinne angesehen werden. Dies allein kann jedoch nicht einen möglicherweise schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte eines behinderten Menschen rechtfertigen, der immer mit einer freiheitsentziehenden Maßnahme verbunden ist.

Entsprechend stellen sich die Eingriffstatbestände in den verschiedenen Gesetzen - § 63 StGB, § 8 PsychKG, § 1906 BGB – aus ihrer jeweils unterschiedlichen Zielrichtung und Rechtfertigung ebenfalls als unterschiedlich dar, je nachdem, ob die Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit oder den Einzelnen oder die Absicherung einer ggf. medizinisch erforderlichen Therapie im Vordergrund steht.

In dem hier zu betrachtenden Kontext scheint der Begriff der „Notwendigkeit" als am ehesten mit dem juristischen Begriff der Erforderlichkeit als zentrales Element des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes verwandt zu sein. Danach ist ein Eingriff in die Freiheit der Person immer nur dann zulässig, wenn er dem aus dem Verfassungsgrundsatz der Rechtsstaatlichkeit herleitbaren Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht. Mit anderen Worten ist die Anordnung oder Aufrechterhaltung einer freiheitsentziehenden Maßnahme nur dann rechtmäßig, wenn sie geeignet, erforderlich und verhältnismäßig im engeren Sinne ist. Nur dann also, wenn eine freiheitsentziehende Maßnahme erwarten lässt, dass unter dem Gesichtspunkt der gesetzlichen Eingriffsbefugnis – im Rahmen des § 1906 BGB nach dem Wortlaut ausdrücklich das „Wohl des Betreuten"!

– die Maßnahme geeignet ist, dem Wohl des Betreuten zu dienen, ist sie überhaupt nur zulässig. Darüber hinaus muss sie erforderlich sein. Dies bedeutet, dass es kein milderes Mittel geben darf, das mit derselben Erfolgsaussicht, aber geringerer Eingriffsdichte zu demselben Ergebnis führen würde. Nur dann also, wenn eine solche freiheitsentziehende Maßnahme in diesem Sinne als mildestes Mittel erforderlich ist, kann sie in juristischer Hinsicht „notwendig" sein, um das Ziel der Betreuung zu gewährleisten, das im Wohl des betreuten Menschen liegt.

## IV. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich bezogen auf die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen bei der Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderung in juristischer Hinsicht Folgendes feststellen:

1. Die in Art. 2 des Grundgesetzes gewährleistete Freiheit der Person gilt uneingeschränkt auch für Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Intelligenzminderung.

2. In dieses Grundrecht darf nur durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden, wobei umfassend der in Art. 104 des Grundgesetzes normierte Richtervorbehalt zu beachten ist.

3. Geht von einer Person wegen oder im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung oder geistigen oder seelischen Behinderung eine Gefahr aus, kann in die Freiheit der Person durch entsprechende freiheitsentziehende Maßnahmen sehr umfassend und zeitlich unbegrenzt auf der

Grundlage entsprechender gesetzlicher Gefahrenabwehrtatbestände - § 63 StGB, § 8 PsychKG – eingegriffen werden.

4. Steht nicht die Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit im Vordergrund, orientiert sich die freiheitsentziehende Maßnahme als Maßnahme des Betreuers unter Aufsicht des gesetzlichen Richters am Wohl des betreuten behinderten Menschen.

5. „Notwendigkeit" der Anordnung und/oder Aufrechterhaltung freiheitsentziehender Maßnahmen lässt sich am ehesten mit dem juristischen Begriff der Erforderlichkeit im Rahmen der rechtsstaatlich zu beachtenden Verhältnismäßigkeit beschreiben, wonach die freiheitsentziehende Maßnahme nur dann zulässig ist, wenn kein anderes milderes, mindestens ebenso geeignetes Mittel zur Erreichung des Zwecks des Wohls des behinderten Menschen gegeben ist.

## Referenten

**Brigitte Römer (Moderatorin)**
1950 in Berlin geboren, Abitur in Berlin am Heinrich-von-Kleist-Gymnasium. Zunächst zweijährige Ausbildung an einer kaufmännischen Wirtschaftsschule; im Anschluss vier Jahre als Sekretärin tätig. 1976 Aufnahme des Psychologiestudiums an der FU Berlin: Abschluss 1981. Von 1982 bis 1984 Psychologin im Krankenheim Eichborndamm. Seit 1984 Heimleitung verschiedener Einrichtungen. Seit 2001 beim GIB e. V. Wohnstättenleiterin des Haus Geronsee sowie der Seniorenwohnstätte Gransee. Zugleich Geschäftsführerin der Gemeinnützigen DiB GmbH.

**Erik Boehlke**
1949 in Kassel geboren, Abitur in Stuttgart, Bad Cannstatt. Nach 1-jähriger Betreuungsarbeit in der Heil- und Pflegeanstalt Stetten i. R. ab 1971 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin. Ausbildung bei Prof. Janz, Prof. Kubicki, Prof. Stölzel und Dr. Ingeburg Wegner zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. 1986 bis 2000 ärztliche Leitung der Heiltherapeutischen Abteilung in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik. 2000-2004 ebenda, Leitung der Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankte; prä- und post-stationärer Bereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Suchterkrankungen (Leiter PD Dr. W. E. Platz). 1997 Gründung des GIB e.V., seither gewählter Vorstand, geschäftsführend.
Verheiratet, eine Tochter, zwei Söhne.

**Dorothea Dewald**
1952 in Aachen geboren. Erwerb der Fachoberschulreife, 1968 – 1972 Ausbildung zur Steuerbeamtin und Berufstätigkeit. Im Anschluss Fachhochschulreife und bis 1986 Studium der Psychologie an der Bergischen Universität Wuppertal und der RWTH Aachen; Abschluss Diplom–Psychologin. Bis 1990 Forschungsassistentin an der RWTH Aachen und Psychologin in der Freien Erziehungshilfe. Von 1990 bis 2008 Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin in den Rheinischen Kliniken Viersen, Bereich Forensische Psychiatrie. Seit 2008 Therapeutische Abteilungsleitung am LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt. Daneben seit 1993 Sachverständige in Strafrechts- und Prognosebegutachtungen, seit 2001 Mitglied der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW, Vorsitzende der Vorstandskommission Maßregelvollzug.
Tätigkeitsschwerpunkte:
Therapie und Begutachtung von Patienten mit Sexualdelinquenz, Begutachtung zu Fragen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit, Prognose und weiterem vollzuglichen Verlauf bei Straftätern und Patienten im Maßregelvollzug.

**Dr. Jürgen Knapheide**
1951 geboren, verheiratet, zwei erwachsene Kinder. Studium der Pädagogik, der Soziologie und der Psychologie in Osnabrück und Münster, 1978 Abschluss als Diplompädagoge. Von 1978 bis 1992 tätig als Psychotherapeut in einer Suchtklinik. Seit 1992 Arbeit mit intelligenzgeminderten forensischen Patienten (1992 bis 1999 Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lippstadt Benninghausen, danach Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt Eickelborn). Von 1997 bis 2000 Promotions-

studium Universität Bielefeld, Thema der Dissertation „Moralische Entwicklung bei intelligenzgeminderten forensischen Patienten". Seit der Promotion verschiedene Seminare an der Universität Bielefeld, Vorträge bei diversen Tagungen im In- und Ausland.

**Dr. Martin Nanzka**
Studium der Rechtswissenschaften in Berlin und Freiburg i. Br. nach erfolgreicher Banklehre in Berlin. Promotion an der Humboldt-Universität zu Berlin zum Verfassungsrecht. Zulassung als Rechtsanwalt 1997, Tätigkeit als selbständiger Rechtsanwalt seit 2000. Fachanwalt für Arbeitsrecht seit 2004, Fachanwalt für Sozialrecht seit 2006. Arbeitsschwerpunkte im Arbeits- und Sozialrecht, im Sozialwirtschaftsrecht und im Betreuungsrecht sowie begleitende Referententätigkeit seit 1990 in diesen Bereichen bei mehreren Bildungsträgern der Freien Wohlfahrtspflege.
Partner der Rechtsanwaltssozietät Balcke, Mandel & Nanzka. Mitglied im Verbandsrat des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Brandenburg, im Aufsichtsrat des Vereins Gesellschaftliche Integration für Menschen mit Behinderungen, GIB e. V. ,sowie Fördermitglied der Hans-Böckler-Stiftung.

**Dr. phil. Angelika Pillen**
Leiterin Institut für Fort- und Weiterbildung der Alexianer. Ausbildung zur Krankenschwester in der Psychiatrie. Studium der Philosophie, Germanistik und Romanistik. Promotion in Philosophie. Mitarbeit am Aufbau des Studiengangs Pflege/Pflegemanagement an der ASFH als Professorin für Pflegewissenschaft. Aufbau des Instituts für Fort- und Weiterbildung der Alexianerbrüder. Leitung des Instituts. Veröffentlichungen zu Themenbereichen der französischen Philosophie des 20. Jahrhunderts. Veröffentlichungen und Lehrtätigkeit

zu Grundlagen der Pflegewissenschaft, Ethik in den Gesundheits- und Sozialberufen, Kompetenzentwicklung an Hochschulen, Kompetenzentwicklung in der Weiterbildung.

**Olaf Schmelzer**
Seit 13 Jahren Krankenpfleger/Sporttherapeut im St. Joseph Krankenhaus in Berlin, seit acht Jahren ausgebildeter Deeskalationstrainer. Vor fünf Jahren Gründer von Konflikt-FIT (Deeskalationstrainings, Ausbildungsleitung). Seither Basisschulungen von ca. 1500 Mitarbeitern, Trainerausbilder für GIB e. V.; REHA Consult gGmbH, Unternehmensverbund der Alexianer, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH.