

RGS 10

READER GEFÄNGNISSELSORGE

Beiträge zur Seelsorge im Maßregelvollzug

Martin Hagenmaier: Seelsorge in der forensischen Psychiatrie und in der JVA -
zwei Seiten der selben Sache

Dr. Dr. Beroald Thomassen: Seelsorge im Maßregelvollzug als Aufgabe und Herausforderung
der Psychiatrieseelsorge

Friedrich Schwenger: Seelsorge im Maßregelvollzug

Reinhard Albersmeier, Christoph v. Stieglitz, Tjeerd Berkenbosch, Klaus Goy:
Konzept für die Seelsorge in den psychiatrischen Einrichtungen in
Benninghausen und Eickelborn

Albrecht Warweg: Die schlecht verkräftete „Wende“ - Maßregelvollzug Uchtspringe

Dr. Martin Schott: Integrieren oder austossen? Wie wirklich Sicherheit entsteht.
Ein an Therapie und Vernunft orientiertes Sicherheitskonzept im Maßregelvollzug

Hartmut Meesmann: Religion war ein Tabu. Warum Psychoanalytiker vermehrt den Glauben
ihrer Patienten betrachten - und was sie an ihm ablesen

Lutz Debus: Johnny, der Jesus war. Wege aus dem religiösen Wahn:
Welche Hilfe Patienten benötigen.

Dr. Bernd Volckart: Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzugs der Unterbringung nach §§ 63,
64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt (Auszug)

Heft 10 / 2001

Herausgegeben von Manfred Lösch
Beauftragter der Evangelischen Kirche in Deutschland
für Seelsorge in den Justizvollzugsanstalten
unter Mitarbeit von Friedrich Schwenger, Moringen,
im Selbstverlag der

Evangelischen Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland

D 10117 Berlin, Auguststr. 80, Tel.: (030) 28395-119 * Fax.: (030) 28395-180 * e-mail: ekgsid@t-online.de



**Beiträge zur
Seelsorge im Maßregelvollzug**

Literaturhinweise	2
Vorwort	3
Seelsorge in der forensischen Psychiatrie und in der JVA - zwei Seiten der selben Sache Martin Hagenmaier	5
Seelsorge im Maßregelvollzug als Aufgabe und Herausforderung der Psychiatrieseelsorge Dr. Dr. Beroald Thomassen	12
Seelsorge im Maßregelvollzug Friedrich Schwenger	15
Konzept für die Seelsorge in den psychiatrischen Einrichtungen in Benninghausen und Eickelborn Reinhard Albersmeier, Christoph v. Stieglitz, Tjeerd Berkenbosch, Klaus Goy	19
Die schlecht verkraftete „Wende“ - Maßregelvollzug Uchtspringe Albrecht Warweg	21
Integrieren oder ausstoßen? Wie wirklich Sicherheit entsteht. Ein an Therapie und Vernunft orientiertes Sicherheitskonzept im Maßregelvollzug Dr. Martin Schott	24
Religion war ein Tabu. Warum Psychoanalytiker vermehrt den Glauben ihrer Pati- enten betrachten - und was sie an ihm ablesen Hartmut Meesmann	33
Johnny, der Jesus war. Wege aus dem religiösen Wahn: Welche Hilfe Patienten benötigen Lutz Debus	36
Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzugs der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. (Auszug) Dr. Bernd Volckart	39

Heft 10 / 2001

Herausgegeben von **Manfred Lösch**

Beauftragter der Evangelischen Kirche in Deutschland
für Seelsorge in den Justizvollzugsanstalten
unter Mitarbeit von Friedrich Schwenger, Moringen,
im Selbstverlag der

Evangelischen Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland

D 10117 Berlin, Auguststr. 80, Tel.: (030) 28395-119 * Fax.: (030) 28395-180 * e-mail: ekgsid@t-online.de



Literaturhinweise zum Maßregelvollzug

**Schriftenreihe Kriminologie und Praxis (KUP),
Eigenverlag der Kriminologischen Zentralstelle, Wiesbaden,
Bestellungen über den Buchhandel:**

Bd. 13, 1993 - ISBN 3-926371-20-X - vergriffen
Michael Gebauer und Jörg-Martin Jehle (Hrsg.):
Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus -
Probleme und Perspektiven

Bd. 18, 1996 - ISBN 3-926371-29-3 - DM 28,00
Rudolf Egg (Hrsg.):
Der Aufbau des Maßregelvollzuges in den neuen Bundesländern

Bd. 21, 1997- ISBN 3-926371-32-3 - DM 28,00
Axel Dessecker:
Straftäter und Psychiatrie - eine empirische Untersuchung zur Praxis der Maßregel nach
§ 63 StGB im Vergleich mit der Maßregel nach § 64 StGB und sanktionslosen Verfahren

Bd. 27, 1999 - ISBN 3-926371-44-7 - 35,00
Rudolf Egg (Hrsg.):
Sexueller Missbrauch von Kindern: Täter und Opfer

Klaus-Peter Dahle:
Zur Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten in den neuen Bundesländern:
Bestandsaufnahme und Empfehlungen.
Endbericht eines Forschungsprojekts der Kriminologischen Zentralstelle e.V. in Kooperation
mit dem Institut für Forensische Psychiatrie der FU Berlin.
(Hrsg.: Das Bundesministerium für Gesundheit)
(=Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 53) 1995.
ISBN 3-7890-4087-8

Heinz Kammeier: Maßregelvollzug. Kommentar.
Berlin: de Gruyter 1995, DM 178,00.

Heinz Kammeier: Maßregelrecht.
Berlin: de Gruyter 1996, DM 228,00.

Bernd Volckart: Maßregelvollzug. Taschenbuch Luchterhand 1999,
ISBN 3472036486, DM 92,00

VORWORT

Am 20. November 2000 trafen sich im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen 27 Seelsorger/innen aus der ganzen Bundesrepublik zu einem ersten gemeinsamen Erfahrungsaustausch *"Seelsorge im Maßregelvollzug – zwischen Krankenhaus- und Gefängnisseelsorge"*.

Eingeladen hatten in Absprache mit den Vorständen der Evangelischen Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland und der Evangelischen Konferenz für Krankenhauseselsorge in Deutschland der EKD-Beauftragte für Seelsorge in den Justizvollzugsanstalten, Pfarrer Manfred Lösch, und Pastor Friedrich Schwenger (NLKH Moringen), nachdem wiederholt in der Gefängnisseelsorgekonferenz mitarbeitende Seelsorger aus dem Maßregelvollzug den Bedarf für ein solches Treffen angemeldet hatten.

Viele Seelsorger/innen haben weite Wege auf sich genommen, um an dieser Konferenz teilzunehmen (sie kamen von Ueckermünde bis Bedburg-Hau, von Straubing/Mainkofen bis Kiel). Dies zeigt, wie groß das Bedürfnis und die Notwendigkeit eines bundesweiten Treffens und Austausches der Seelsorger/innen im Maßregelvollzug ist. Nach Aussagen etlicher Teilnehmer/innen finden die spezifischen Fragen und Probleme ihres Dienstes offenbar in den Konventen der Krankenhaus- und Gefängnisseelsorge nicht angemessen Beachtung.

In einem Einführungsreferat erläuterte in Moringen der Klinikdirektor des Landeskrankenhauses, Dr. Martin Schott, welche Bedeutung die Seelsorge im Maßregelvollzug hat bzw. haben kann. Die Erfahrung zeige, daß Seelsorger/innen vor allem auch die Patienten erreichen, die von anderen aufgegeben würden. Zudem hätten sie eine Vertrauensstellung, weil sie wirklich eine Schweigepflicht zusichern können. Seelsorge im Maßregelvollzug sei zum einen eine wichtige moralisch-soziale Instanz, zum anderen eine Wächterin über die Einhaltung der Menschenrechte. In der Praxis dürfe und müsse Seelsorge hier und da auch unbequem auftreten und pointiert notwendige Positionen vertreten. So sei es auch eine wichtige Aufgabe, in der Öffentlichkeit gegen regressive Stimmen zur Verschärfung des Strafrechts anzureden. Als wichtig hob Dr. Schott das „liturgische Brauchtum“ der Kirche als wichtiges Instrument zur Bewältigung der entscheidenden Lebensfragen und -probleme hervor. Im weiteren erläuterte er die Arbeit und Struktur des NLKH Moringen, das das Ziel verfolgt, über gestufte Lockerungen eine Rehabilitation der Patienten zu erreichen.

Nach den Ausführungen von Dr. Schott tauschten die Seelsorger/innen in Gruppengesprächen und einem Abschlußplenum ihre Erfahrungen und Probleme aus.

Es wurde deutlich, daß die rechtliche Situation der Seelsorge im Maßregelvollzug einer allgemeinen Klärung bedarf. Fragen z.B. des Zugangs zu Patienten, der räumlichen Möglichkeiten, der Finanzierung von Stellen und die Frage, in welche (bundesweite und landeskirchliche) Konferenz die Maßregelvollzugsseelsorge eingebunden sein soll, sind vielfach ungeklärt.

Es wurde angeregt, in nächster Zeit für die Seelsorge im Maßregelvollzug analog zu Vereinbarungen in der Krankenhaus- und Gefängnisseelsorge eine Modellvereinbarung zu erarbeiten, die den kirchlichen Anstellungsträgern mit dem Ziel zugeleitet werden sollte, in Vereinbarungen mit den Bundesländern eine klare und möglichst einheitliche rechtliche Grundlage zu schaffen.

Am Schluss dieser ersten Konferenz wurde vereinbart, dass es ein zweites Treffen im Folgejahr wiederum in Moringen geben sollte.

Verabredet wurde auch, dass einige der Teilnehmer/innen Beiträge für einen Reader als Diskussionsgrundlage und als ersten Schritt für eine Konzeption zur Seelsorge im Maßregelvollzug zusammentragen.

Die eingegangenen Texte, ergänzt durch einen Beitrag von *Dr. Martin Schott* zu einem an Therapie und Vernunft orientierten Sicherheitskonzept im Maßregelvollzug, einen Auszug aus dem Standardwerk von *Dr. Bernd Volckart* zum Recht des Maßregelvollzugs, zwei lesenswerte Fundsachen aus dem Deutschen Allgemeinen Sonntagsblatt Nr. 8/2000 von *Lutz Debus* und *Hartmut Meesmann* sowie einige wenige Literaturhinweise, werden nun vor dem zweiten bundesweiten Erfahrungsaustausch von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Maßregelvollzug im November 2001 in Moringen hiermit vorgelegt.

Berlin, im Oktober 2001

Manfred Lösch
Friedrich Schwenger

**SEELSORGE IN DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE UND IN DER JVA -
ZWEI SEITEN DER SELBEN SACHE**

Martin Hagenmaier, Kiel

Assoziativer Zugang

Seelsorgerliche Arbeit in der forensischen Psychiatrie wird bei uns als Krankenhauseelsorge definiert, die Arbeit in der Justizvollzugsanstalt als Arbeit mit Gefangenen. Gefangene sind jedoch die Insassen beider Anstalten. Die verschiedene Zugangsweise dokumentiert das jeweilige Selbstverständnis des Maßregel- bzw. des Strafvollzuges. Während in der Psychiatrie von „Patienten“ die Rede ist, heißen die zu Betreuenden im Gefängnis „Gefangene“. Die Gefangenen stehen trotz des Behandlung anordnenden Strafvollzugsgesetzes unter dem Stichwort „Strafe“, die Patienten unter dem Stichwort „Behandlung“ bzw. „Therapie“. Nach § 2 des Strafvollzugsgesetzes müsste eigentlich auch die Gruppe der Gefangenen als zu behandelnde Menschen angesehen werden.

Im Selbstverständnis inhaftierter Menschen gibt es bei manchen die Befürchtung, als „irre“ abgestempelt und in die Psychiatrie gebracht zu werden. Es kreisen bei psychisch erheblich angeschlagenen Gefangenen Gerüchte, man dürfe in der Psychiatrie nicht einmal rauchen, werde ohne Kleider in eine leere Zelle gesperrt und habe noch weniger Rechte als ohnehin in der Haft. Bei forensischen Patienten herrscht Klage darüber, dass man keinerlei Vorstellung von einem möglichen Entlassungszeitpunkt und insofern keinerlei Planungsvorstellung für das eigene Leben entwickeln kann. Wer in einem Gefängnis gelandet ist, kann theoretisch die Zeit ungenutzt verstreichen lassen - der Entlassungszeitpunkt kommt von selbst. In der Psychiatrie hängen mögliche Lockerungen und erst recht die Entlassung von ärztlichen und psychologischen Gutachten ab, was irgendeine Form der Einsicht in die eigene Behandlungsbedürftigkeit und Kooperation mit den Behandelnden - wenigstens bei dem Wunsch, wieder selbständig, gegebenenfalls „gesund“ zu werden, - geradezu erzwingt.

Psychiater neigen dazu, Gefangene als Teil der „abnormen“ Population anzusehen, die für Behandlung relativ unzugänglich ist. Gefängnisbedienstete empfinden die Leute, die in die Psychiatrie kommen, zumindest als unvernünftig, wenn nicht als vollkommen verrückt. Gefängnis ist tendenziell für die „Bösen“ zuständig, Psychiatrie für die „Kranken“. Dass es zwischen diesen beiden Populationen fließende Übergänge geben muss und gibt, scheint bei der derzeitigen Organisations- und Denkweise in Zuständigkeiten kaum verifizierbar zu sein. Das gilt trotz des Strafvollzugsgesetzes, das Strafvollzug ausdrücklich als Behandlungsvollzug und damit kriminelles Verhalten als der Behandlung zugänglich definiert.

Die Kirchen vollziehen mit ihrer seelsorgerlichen Organisationsform die Trennung des Unscheidbaren nach. Aus inhaltlichen Gesichtspunkten kann Gefängnisseelsorge nicht von der Seelsorge in der forensischen Psychiatrie getrennt werden. Inhaltlich legt es sich nahe, Gefängnisseelsorge nach dem Muster der Seelsorge in der forensischen Psychiatrie auszurichten. Es wäre aus diesem Gedanken-gang heraus sogar zu überlegen, ob nicht das, was immer noch Strafvollzug genannt wird, sachlich richtiger als Maßregelvollzug angesehen und eingerichtet werden müsste. Hier sei an die radikale Forderung von Arno Plack, Plädoyer für die Abschaffung des Strafrechts von 1975 erinnert, nach der jegliche Aufarbeitung von Kriminalität aus „Maßnahmen“ bestehen müsste.¹ Theoretisch könnte die Zusammenschau beider Felder durch die Seelsorge eine Art Vorreiterrolle ausbilden, um den im Strafvollzugsgesetz § 2 geforderten Vorrang der Behandlung zu intensivieren.

Die Zusammenschau beider Arbeitsfelder hätte auch seelsorgeinterne Folgen. Die Gefängnisseelsorge könnte ihre Zielsetzung und ihr setting im Bereich Gefängnis entschiedener behandlerisch oder gar therapeutisch akzentuieren. Die forensische Seelsorge würde eher angeregt, sich intensiver mit

¹ siehe Martin Hagenmaier, Straftäter – Die Zehn Gebote in unserer Gesellschaft, TBT Verlag 1. bis 3. Aufl. 1999, bes. S. 123 ff.

der Struktur des Gefangenseins als Patient auseinanderzusetzen. In den achtziger Jahren war beispielsweise ein Spruch des Bundesgerichtshofs nötig, um den Dieb eines Pelzmantels aus der forensischen Psychiatrie freizubekommen. Die psychiatrischen Gutachter hatten bei den jährlichen Begutachtungen schlechte Prognosen gestellt, so dass nur der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit schließlich die Maßregel beenden konnte. Es wäre also auch für die forensische Psychiatrie eine Seelsorge nötig, die strukturelle Fragen in dem Sinne aufgreift, dass sie die Einsichts- und Prognosefähigkeiten der psychiatrischen Begutachtung nach ethischen und rechtlichen Kriterien zumindest befragen kann.

Die verschiedenen assoziativen Zugänge ergeben die Gemeinsamkeit der Fragestellungen in Gefängnis- und forensischer Seelsorge. Am Beispiel der Sexualstraftäter (I) und eines Zugangs über die Psychoseforschung (II) möchte ich das näher ausführen:

I Sexualstraftäter zwischen Strafe und Behandlung

a) forensische Psychiatrie

Wer in der forensischen Psychiatrie arbeitet, kommt auch als Seelsorgerin oder Seelsorger nicht umhin, sich mit Männern zu beschäftigen, die wegen sexueller Gewalttaten schwerwiegender Art in Behandlung gekommen sind. Diese sog. Sexualstraftäter suchen oftmals sogar seelsorgerliche Nähe. Einige von ihnen erlangen traurige „Berühmtheit“ oder zumindest einen hohen öffentlichen Bekanntheitsgrad durch intensive Medienberichterstattung im Falle einer Flucht oder einer damit zusammenhängenden Gewalttat. In meinem Falle waren das in den 80iger Jahren beispielsweise Klaus Grabowski, der von Marianne Bachmeier im Lübecker Landgericht erschossen wurde, und Dieter Fischer, der auf der Flucht die 13jährige Tochter eines Journalisten umbrachte und Monate später auf dem Hamburger Dom spektakulär verhaftet wurde. Beide Männer wirkten im persönlichen Umgang eher weich. Grabowski hatte ein intensives Bekehrungserlebnis und eine heftig auffallende religiöse Begeisterung mit starkem Missionstrieb. Er zeigte ehrliches Bemühen, seine Sünden aufzuzählen und zu bereuen, stellte sich den gängigen Mustern der sozialen Schuldzuweisung entgegen und übernahm so für sich Verantwortung - leider mit dem bekannten Ergebnis.² Fischer nahm sich das Recht, als besonders gut angepasst und sehr fleißig durch rechtzeitige Lockerungen eine genau geplante „Entlassung“ auf eigene Faust zu veranstalten - was sich allerdings erst im nachhinein erschließen ließ.

Bei aller seelsorgerlichen Begeisterung und Theoriebildung beginnt der Kontakt auch hier mit den einfachsten menschlichen Fragen: Kannst du eine Hand schütteln, die getötet hat? Nach vielen Jahren Erfahrung stellte ich mir in solchen Situationen die Gegenfrage: Weiß ich denn immer um die „Tätigkeiten“ und Machenschaften derer, denen ich normalerweise ohne Problem die Hand gebe?

Dieter Fischer konnte ich ein ganzes Jahr lang nicht die Hand geben, wohl weil ich ihn und seine Gedanken schon vorher zwei Jahre lang gekannt hatte. Ein wenig merkwürdig war mir beim Umgang mit ihm vorher schon mehrmals zumute gewesen. Da half auch keine innere Selbstermahnung. Einige Wochen nach dem grausigen Mord und seinem Wiedereintreffen in der Aufnahmeabteilung der forensischen Psychiatrie sprach ich ihn darauf an, dass ich ihm im Moment nicht die Hand zur Begrüßung geben könne. Im übertragenen Sinne falle es ihm schwer, sich selber die Hand zu geben, war seine Antwort. Auffällig an ihm war, dass er in der Vollzugsabteilung und auch in der forensischen Psychiatrie keinerlei Anlass zur Beschwerde bot. Seine Reinigungsarbeiten als Hausarbeiter bestachen ebenso durch vorbildliche Sauberkeit wie der Umgang mit ihm. Immer höflich, aber mit einem Schuss zu viel Reserve in der Freundlichkeit trat er sogar seinen Mitgefangenen entgegen. Der Richter, der den Mord zu verurteilen hatte, wurde in der Zeitung mit den Worten zitiert: „Das ist ein armer Hund!“

Eine lange seelsorgerliche Auseinandersetzung mit einem wegen Mordes an einem Kind verurteilten und eingewiesenen Mann aus dem Kosovo wegen dessen hochaggressiven Verbalattacken gegen jeden Mitmenschen begann unter der Aufsicht von vier kräftigen Pflegern. Vor dem Gespräch wusste ich nur, dass der Arzt diesen Patienten nur unter Geleitschutz aufsuchte. Beim ersten „Gespräch“ schrie er zunächst eine dreiviertel Stunde lang alles aus sich heraus, ohne mich zu beachten: Wen er

² Zu diesem Fall: Martin Hagenmaier, Seelsorge mit Sexualstraftätern, WzM 1984, 80 ff.

umbringen wird und auf welche Art und besonders alle, die gegen ihn ausgesagt und ihn verurteilt haben. Und nicht nur die: Auch ihre Kinder werde er umbringen. Ich weiß nicht, was mich hielt, bei dieser schrecklichen Kaskade in der Zelle stehen zu bleiben. Als er eine Pause machte, fragte ich dazwischen, ob ich wieder kommen solle. Das Geschrei hörte auf und er sagte: Ja. Danach gab es jede Woche ein Gespräch: Fünfzig Minuten Geschrei in wüsten Drohungen. Dann die Bitte, wiederzukommen. Die zur Sicherheit angeforderten Pfleger verließen beim zweiten Termin einer nach dem anderen ihre „Posten“. „Der hat ja mit Ihnen gesprochen“, hieß die Begründung für dieses Verhalten. Ich fragte den aggressiven Mann, was das alles soll. Er sagte: Ein Mann muss sich rächen. Er darf sich nichts gefallen lassen. Irgendwann fasste ich Mut und erwiderte zunächst laut und dann, als er zuhörte, etwas leiser: Wir sind hier anders gewickelt. Ich bin Christ. Ich kann auch böse Gedanken haben. Es ist jedoch keine gute und großartige Leistung, Drohungen auszustoßen und Rache auszumalen. Es gibt die Möglichkeit, sich zu besinnen und den Kreislauf der Rache zu unterbrechen. Wir sind keine Männer dadurch, dass wir die vermeintlich berechnete Rache ausmalen und immer weiter führen. Sonst würde ich mich mit ihm ja auch nicht befassen, sondern ihn seine absurden Rachedenken weiterbrüten lassen. Der Mann schwieg tatsächlich einen Moment. Dann sagte er nur: „Das hat mir noch keiner gesagt.“ Von da an war es möglich, über seinen Mord an einem kleinen Kind wenigstens zu sprechen. Ich weiß nicht, was aus ihm wurde.

b) Gefängnis

In der Gefängnisseelsorge treffe ich auch Sexualstraftäter. Sie unterscheiden sich nur wenig von denen in der forensischen Psychiatrie. Meist handelt es sich um pädophile Männer, deren sexuelle Handlungen einen geringeren „Schädigungsgrad“ aufwiesen. Das liegt z.T. an meinem Arbeitsgebiet im Regelvollzug für Haftstrafen von einem bis zu drei Jahren. In der Praxis hat sich bei mir jedoch der Eindruck verfestigt, dass schwerere Schädigungen eher mit der Einweisung in die Psychiatrie „geahndet“ werden, weil sie für weniger nachvollziehbar, also für „verrückter“ gehalten werden. Die im Regelvollzug eintreffenden Sexualstraftäter sammeln mit zunehmendem Lebensalter erheblich Haftzeiten an. So zählte ein sechzigjähriger Häftling mit zwei Jahre Haft insgesamt achtzehn Haftjahre wegen gleichartiger Delikte zusammen und gestand unter vier Augen: „Wenn ‚die‘ alles herausbekommen hätten, was ich gemacht habe, müsste ich noch im Sarg hier stehen.“ Ein anderer ebenfalls sechzigjähriger Mann hat auch nach 25 Haftjahren nicht klein beigegeben. Er verteidigt seinen Umgang mit jungen männlichen Jugendlichen als „Freundschaft“, die es in allen Kulturen zu jederzeit und immer gegeben habe.

In den Justizvollzugsanstalten werden besonders nach der Strafrechtsänderung von 1998 zunehmend therapeutische Kapazitäten aufgebaut. Sexualstraftäter bekommen ohne konkrete therapeutische Schritte und externe Gutachten keine Lockerungen und keinen Ausgang mehr. Das betrifft Vergewaltiger von erwachsenen Frauen ebenso wie Pädophile und undefinierbare Zwischenstufen. Sie stehen nach einigen Haftzeiten unter der Androhung der Sicherungsverwahrung. Viele Betroffene fühlen sich jetzt auch noch vom Vollzug schlecht behandelt, nachdem sie ohnehin schon immer Objekt hasserfüllter und unterdrückender Attacken anderer Gefangener sind, die sich aufs moralisch hohe Ross setzen, in Wirklichkeit aber nur geeignete Objekte für Triebabfuhr suchen. Auch nicht alle Bediensteten sehen ein, dass es einen Grund gibt, Sexualstraftäter zu betreuen. Wenn es irgend geht, verbergen Sexualstraftäter in den Anstalten ihre Straftat und geben sich als Betrüger aus. Ein psychisch ähnlich fataler Vorgang ist der des „Abschneidens“ auch in der Psychiatrie. Die damit erfolgende Verleugnung der sexuell (und gewalttätig?) motivierten Taten bis hin zur völligen Abspaltung findet seine Fortsetzung in der Behandlung der Täter durch die Gesellschaft.³ Rund zehn bis zwölf Prozent der Gefangenen gehören zum weiteren Kreis der Sexualstraftäter. Die Frage, ob es sich um den richtigen Ort für ihre „Strafe“ handelt, beantwortet beispielsweise die Kriminologin Monika Frommel folgendermaßen:

„Mindestens für Sexualstraftäter muss es Spezialeinrichtungen geben. Wir können sie nicht in Sicherungsverwahrung stecken, was die politische Verschärfungsdebatte im Moment will. Da haben sie überhaupt keine Chancen, falls noch etwas in ihnen steckt, wieder Fuß zu fassen und Kontrolle über

³ Dazu vgl. den in Anm. 2 genannten Aufsatz.

ihr Leben zu entwickeln. Da werden sie sozusagen als Sündenbock und als Prellbock für klassische Kriminelle benutzt. Sie werden dort nur misshandelt und in eine Rolle gedrängt, aus der sie nie wieder rauskommen. So darf man mit Menschen nicht umgehen. Sie gehören auch nicht in die Psychiatrie. Dort sind sie potentiell gefährlich für andere Kranke.“⁴

Diese Position erlaubt es, über die forensische Psychiatrie und das Gefängnis hinaus an andere, noch zu entwickelnde, Betreuungs- und Kontrolleinrichtungen zu denken. Dabei wäre ein Gesichtspunkt in Betracht zu ziehen, der von Gerhard Mauz geäußert wurde. Dieser längere Ausschnitt führt zugleich auch zu der Frage, was eigentlich verantwortliche Seelsorge mit Sexualstraftätern sein kann.

„Gibt es Menschen, die für immer eingesperrt werden müssen? Ich scheue das Wort ‚eingesperrt‘. Es gibt Menschen, ganz gewiss, ihre Zahl ist nicht so groß, wie man denkt, vor denen wir uns nach dem Stand der Erkenntnis durchgehend schützen müssen. Vor denen werden wir uns auch bei großen wissenschaftlichen Fortschritten weiter schützen müssen. Die werden wir auch vor sich selbst schützen müssen. Das Gesetz sagt, dass diese in Anstalten zu ‚verwahren‘ sind. Das Wort ‚verwahren‘ ist nicht gut. Die Menschen, die diese Menschen verwahren, fühlen sich missbraucht. Wer mag jemand lebenslang verwahren? Wenn es wenigstens bewahren hieße. Die Bezeichnung macht schon einen riesengroßen Unterschied aus.

Möchten Sie sagen: „Ich bin in einer Anstalt damit beschäftigt, jemand bis zu seinem Tode zu verwahren, damit er nichts anrichtet?“ Dann sind Sie ja schlimmer als ein Henker. Sie werden langfristiger Henker. Das ist ein Punkt, wo wir sicher überlegen müssen, was man tun kann. Wenn man Möglichkeiten findet, solche Menschen möglicherweise bis ans Ende ihrer Tage zu bewahren, uns vor ihnen und sie vor sich, wo man ihnen eine Nische öffnen muss und wo sie unter menschlichen, erträglichen Bedingungen existieren könnten und Hilfe zur Milderung ihrer Zustände erfahren, dann müssen wir dieses ernsthaft überlegen. Aber dann kommt die eine Seite und sagt: ‚Die haben ja dann ein besseres Leben als wir anderen.‘ Die andere Seite sagt: ‚Es ist unmenschlich, jemand so lange einzuschließen, bis er stirbt.‘ Es gibt Menschen, da können wir nach ärztlichem und juristischem Gewissen nicht sagen, er werde nie mehr das tun. Das ist etwas, was wir schwer ertragen, dass ein Mensch, der einmal eine Gewalttat begangen oder getötet hat, die Gelegenheit bekommt, das ein zweites und ein drittes Mal zu tun.

Wir haben jetzt in einem schrecklichen Fall – das Landgericht Oldenburg hat jetzt drei solche Fälle – den Fall des Bernhard Müller, der als Jugendlicher ein Kind umbrachte, der für sieben Jahre in die Jugendanstalt in Vechta kam, dann in eine Jugendtherapie sollte, wo aber kein Platz für ihn war. Er hatte einen Anstaltspsychologen. Der sagte: Ich merkte schon, wenn ich mit ihm sprach, da war ein verschlossener Kasten in ihm. Da konnte alles drin sein, auch Sexualität. Aber ich wollte ihm in die Freiheit verhelfen, das war doch kein Dasein. Dann hat er einen Antrag geschrieben, der darin gipfelte, dass er sagte: Seine soziale Eingliederung zeigt sich darin, wie konzentriert er im Anstaltschor mitsingt. Das sind keine journalistischen Pointen, sondern das ist in Gerichtssälen passiert. Dann hat man ihn rausgelassen und vier Wochen später hat er eine junge Frau und ein Kind umgebracht. Heute sitzt er schon über fünfzehn Jahre in Celle. Wenn er dort untersucht wird - er hat keinerlei Behandlung bekommen - dann ist das Ergebnis, dass man ihn mit größter Sicherheit niemals wird entlassen können, weil hier nun alles zerstört und zu ist.

Dann kann Herr Diesterwäg, der auch eine Jugendstrafe erhielt nach dem Motto, es sei eine Entwicklungsstörung gewesen, der wieder ein Kind umgebracht hat, und jetzt der Täter der kleinen Christina, der ebenfalls vom Landgericht Oldenburg eine Strafe bekam, zunächst eine hohe von zehn Jahren, dann nach Aufhebung des Urteils von fünfeneinhalb Jahren, der nach zweieinhalb Jahren wieder herauskam und nun die kleine Christina getötet hat.

Das ist ein ganz heikles Feld, und hier müssen wir sagen, das ist den Menschen schwer plausibel zu machen. Man kann nicht sagen, das sei genau so, wie einem ein Ziegel vom Dach auf den Kopf fallen kann. Wir leben doch eigentlich davon, dass wir in unserer menschlichen Existenz auf eine Gefährdung immer eine Antwort gefunden haben, womit die Gefahr ausgeschlossen werden konnte. Dann

⁴ Professioneller Umgang mit Kriminalität statt Weltanschauungsdebatten, in: Wieviel Strafe braucht der Mensch?, TBT Verlag 1999, S. 25.

gab es neue, weitere Gefahren, auf die es wieder neue Antworten gab. Das gelingt hier nun nicht, das ist für die Menschen fast unerträglich. Darüber müssen wir nachdenken.⁵

Aus diesem längeren Auszug aus dem Text von Gerhard Mauz kommt man unweigerlich zur Frage: Was wollen eigentlich wir Seelsorgerinnen und Seelsorger mit Sexualstraftätern ausrichten. Zunächst gilt auch ihnen das Evangelium der Vergebung der Sünden und eines neuen Anfangs aus Barmherzigkeit. Darüber hinaus sind Seelsorgerinnen und Seelsorger neben evtl. Familienangehörigen oftmals die einzigen Bezugspersonen, die nicht per se einen therapeutischen Anspruch an ihr Gegenüber stellen. Gerade darin aber liegt die Gefahr, dass wir in diesen schwierigen Kontakten die „Weichspüler“ von eigentlich unhaltbaren Zuständen werden können, die mit dem seelsorgerlichen Argument die Sicherheitsbedürfnisse der Gesellschaft bagatellisieren. Besonders erhebt sich aber die Frage, was denn einen Seelsorger oder eine Seelsorgerin befähigt, eigene Ängste oder andere negative Gefühle beiseite zu stellen. Die Psychodynamik einer Seelsorgebeziehung mit Sexualstraftätern ist wahrscheinlich noch wenig untersucht. Hier könnten Rettungsphantasien, narzisstische Elemente und „Wir sind allzumal Sünder“- Gedanken in einer speziellen Vermischung eine erhebliche Rolle spielen. Möglicherweise agiert der Sexualstraftäter eigene Ängste oder Tabuzonen stellvertretend aus. Als narzisstisches Element kommt die seelsorgerliche Vorstellung hinzu, dass Seelsorge allen hilft, wie unrettbar sie auch verstrickt sein mögen. Soweit einige Andeutungen.

Die Gesellschaft stellt über ihre Öffentlichkeitsagenten, die Medien, immer intensiver die Frage, warum niemand die „Kindermörder“, deren Straftaten in den letzten Jahren den gesellschaftlich-politischen Verstärkerkreislauf⁶ fast überdreht haben, an ihren Taten gehindert hat, wenn sie bereits einmal oder mehrmals inhaftiert oder eingewiesen gewesen sind. Beantwortet wurde diese Frage zunächst durch das Strafrechtsänderungsgesetz von 1998, wonach alle Straftäter mit Urteilen von über zwei Jahren Haft bei vorzeitiger Lockerung oder Entlassung einem Gutachter vorgestellt werden müssen. Gutachter kennen diese Straftäter bestenfalls aus einem oder zwei Gesprächen und dem Aktenstudium. Die Einheit von Strafvollzug und Psychiatrie wird dadurch dokumentiert, dass es sich bei den Gutachtern in der Regel um Psychiater handelt.

Sexualstraftäter stellen unter den forensischen Patienten einen Anteil von vierzig Prozent und mehr. Sie stehen in der forensischen Psychiatrie wie in den Gefängnissen zwischen Sicherung und Therapie. Die Gesellschaft neigt zur Abspaltung. Seelsorge kann das nicht aufheben, sondern in beiden Bereichen lediglich ein wenig zur Annahme des scheinbar Unannehmbaren im Sinne der Betroffenen und der Gesellschaft beitragen. Wie immer bei solchen Überlegungen sind die Opfer der Sexualstraftaten oder ihre Angehörigen bis jetzt gar nicht in den Blick gekommen. Auch sie werden jedoch der inneren Einheit der Fragestellung näher stehen als ihrer Trennung.

II Psychiatrisches Milieu und die Gesellschaft

Ein zweiter Bereich, der die innere Einheit der Fragestellung geradezu erzwingt, ist das, was ich für mich das „psychiatrische Milieu“ genannt habe. Ich schildere dies aus der Sicht der forensischen Psychiatrie.

In jeder Hinsicht zentral scheint mir die Erforschung des Milieus, in dem sich Menschen bewegen, bevor sie „auffällig“ (im Sinne von Straftaten oder erheblichen bzw. gefährdenden Verhaltensweisen) werden und nachdem sie aus einem psychiatrischen Krankenhaus entlassen werden. Ein auffälliges Merkmal der Entlassenen ist die oft geschilderte Einsamkeit, die in gleichem Maße nicht vor der Einlieferung zu bestehen scheint. Da gibt es den Berichten derer zufolge, die noch nicht sehr lange Patienten der Psychiatrie sind, meist eine ganze Reihe von problematischen oder unterschwellig sehr aggressiven Kontakten, die dann im Laufe der stationären Behandlung auslaufen oder sich verbrauchen. Nach der Entlassung bieten Wohngemeinschaften und Übergangsheime selten eine echte Wiedereingliederung, so dass man sich die Bildung eines psychiatrisch-kriminellen Milieus durchaus vorstellen kann. Theodor z.B. nannte innerhalb einer Viertelstunde acht Namen, die alle aus diesem Milieu stammten und alle einmal oder mehrmals Psychiatriekontakt über längere Zeit hatten, drei da-

⁵ Gerhard Mauz, Sich selbst ein Bild machen, in: Wieviel Strafe braucht der Mensch?, TBT Verlag 1999, S. 99 f.

⁶ Neue Wege in der Kriminalpolitik, TBT Verlag 2001, S. 22.

von in Verbindung mit kriminellen Handlungen. Alle hatten ihrerseits entweder mit Rauschmitteln von der Art, wie sie im Betäubungsmittelgesetz definiert werden oder mit Alkohol oder beidem sehr viel zu schaffen gehabt. Alle waren andererseits durch dieselben Therapeuten- und Betreuerhände gegangen oder wurden noch betreut.

Man kann das Milieu auch von der anderen Seite her sehen. Wer in den Gefängnissen erkrankt oder psychisch unfähig wird, seine Haft zu ertragen, kommt in die Psychiatrie und kennt immer schon Menschen, die auch hier waren. Es werden auch Beziehungen zwischen Männern und Frauen in der Psychiatrie angebahnt, die manchmal zur Heirat, aber sehr häufig auch zu mehr oder weniger labilen Freundschaften führen, die im Milieu „Verlobung“ genannt werden. Es werden also partnerschaftliche Beziehungen innerhalb der Milieugrenzen immer wahrscheinlicher, je länger ein Mensch mit der Psychiatrie Berührung hatte. Viele sind berentet oder leben von der Sozialhilfe. Sie haben wenig und können sich nicht sehr viel mehr leisten als das Dach über dem Kopf. Sie sehen wenig Möglichkeiten, aus dieser Lage wieder herauszukommen. Die Folge muss eine psychische Anfälligkeit oder Labilität sein, wenn man davon ausgeht, dass die Identität und die Gesundheit eines Menschen auch aus dem besteht, was er sich in seinem Leben erarbeitet hat, oder darin, dass er die Möglichkeit sieht, in bestimmten Grenzen relativ unabhängig zu leben. Dies ist bei den Menschen, die im ‚psychiatrischen Milieu‘ leben, selten der Fall. Ihre Identität besteht allein aus der Person, die sie haben oder sind, mit sich herumschleppen oder am liebsten abspalten möchten. Beziehungen sind brüchig, Rechte sind nur als Minimum vorhanden, neue Chancen scheinen selten: ein ideales Milieu für Kleinkriminalität, Unterdrückung, Ausnützung, daraus resultierend Aggression gegen andere oder das eigene Leben. Die Aggressivität, die bei vielen psychischen Erkrankungen eine große Rolle zu spielen scheint, die aber eigentlich nur durch „spekulative“ Interpretation fassbar ist, gewinnt in diesem Milieu Gestalt. Hier lauern die Gefahren, die aus dem Leben des psychisch kranken Menschen für ihn selbst und auch für die, die er an seiner Lage für verantwortlich hält, erwachsen.

Oft ist das Trauma das Misslingen jeder Beziehung, die andere Menschen wie selbstverständlich haben: Beziehung zu Eltern, zu Gleichaltrigen, zu Berufskollegen, zu Vorgesetzten, zu einer eigenen Familie, zu Kindern: Sie sind selten vorhanden, sind verloren gegangen oder aber durch die Ereignisse vor der Einlieferung in die Psychiatrie so kompliziert, dass sie lediglich durch Aggression und deren Verdrängung bestimmt werden.

Psychische Krankheitsverläufe kann man deshalb auch als das - aus verschiedenen Anlässen entstehende - allmähliche Abrutschen in die gesellschaftliche Randgruppensituation verstehen. Dieses Milieu ist natürlich nicht geeignet, eine ‚Besserung‘ eines Menschen herbeizuführen. Daraus ergeben sich Folgerungen:

1) Der „Drehtüreffekt“ kommt nicht durch die medikamentöse Behandlung der psychischen Krankheiten zustande, sondern dadurch, dass es unmöglich ist, im Milieu der Beziehungslosigkeit einerseits und der Aggressivität am Rande der Kriminalität, der menschlichen Ausbeutung von Gefühlen und Beziehungen, der Abhängigkeit und der Abgeschlossenheit, eine in sich ruhende, konfliktverarbeitende Identität zu entwickeln. Auch die zahlreichen Betreuer der Gesundheitsämter und anderer Institutionen, aber auch sogenannte Laien- oder freiwillige Helfer wirken in dieser Hinsicht letzten Endes nur als verlängerter institutioneller Arm, der keine echten Beziehungen ermöglicht. Das psychiatrische Krankenhaus wird zum Asyl, wenn das Zusammenleben im Milieu wieder einmal unerträglich geworden ist. Die Wahnvorstellungen vieler Kranker sind also gar nicht so realitätsfern, weil es immer um diese Situation geht: Entweder, du bist Jesus, oder du kommst aus diesem Milieu nicht mehr heraus. Wer da leben muss, kann sich berechtigterweise verfolgt fühlen, denn was ist dieses Leben anderes als ein ständiges Auf-der-Flucht-Sein vor dem Verlust auch noch der letzten Identitätsreste und der Wunsch, diese Bedrohung zu vernichten. Der Drehtüreffekt ist also auch die Folge des Milieus, in das hinein psychische Krankheiten führen und aus dem heraus sie sich fortpflanzen.

Das psychiatrische Krankenhaus bleibt oft als Zuflucht für Menschen, die durch verschiedene Aspekte ihres Lebens einem Prozess der psychischen Verelendung ausgesetzt sind und im Krankenhaus eine vorübergehende Pause in diesem Vorgang finden, weil dort die Hoffnung der Revidierbarkeit dieses Prozesses das Kernstück der psychiatrischen Intervention ist.

Das Verkennen oder sogar Abspalten dieser gesellschaftlichen Dynamik wird in der gesellschaftlichen Reaktion als Aporie deutlich. Das lässt sich gut am Beispiel der forensischen Psychiatrie ablesen. Einerseits wird der Psychiatrie vorgeworfen, sie sei verschlossen, sperre ungerechtfertigt und unverantwortlich Menschen ein und mache Leidende dadurch noch kranker. Auf der anderen Seite erhebt sich die Medienstimme im Namen des Volkes und empört sich, dass man die „Irren“ einfach so laufen lässt, dass sie sich an Kindern vergreifen und diese umbringen können. Dieses Wechselbad an Empfindungen stellt die Oberfläche eines darunter liegenden Prozesses dar und gleicht aufs Haar den Reaktionen auf Ereignisse im Strafvollzug.

Der Prozess, der hier vor sich geht, macht deutlich, wie stark Psychiatrie und Gesellschaft verwoben sind, wenn man den Abusus der Sexualität mit einer anderen Form von Abusus vergleicht: der Sucht. Da Sucht ein Element ist, das die Gesellschaft mehr kennzeichnet, als dass sie es verbergen könnte, setzt sie auf die Suchtabteilungen die Hoffnung der Therapierbarkeit der Sucht. In Wirklichkeit ist aber die Rückfallquote auch nach langen Therapien von einem halben Jahr höher als 95 Prozent. Die Sexualstraftaten gelten im Gegensatz dazu als sehr schwer therapierbar, obwohl bei einem therapeutischen Einsatz, der dem der Suchttherapien entspräche, sicher keine höhere „Rückfallquote“ zu verzeichnen wäre.

Wie ist diese Diskrepanz zu erklären? Alkoholabusus ist ein gesellschaftlich bis zu gewissen Grenzen toleriertes Phänomen. Wer nicht mitsäuft, erntet mitleidige Blicke oder wird unter der Rubrik „er hat's wohl nötig“ abgeheftet. Auch andere Süchte sind, wenn nicht offiziell ausgeübt (was man beim Alkohol durchaus sagen kann), so doch weit verbreitet. Deshalb kann jeder, der mal etwas zuviel genommen hat, mit der Unterstützung der Gesellschaft rechnen, weil sie damit sich selbst bestätigt, dass der Abusus so schlimm nicht ist. Dass der chronische Abusus, in den letzten Endes fast jeder Abusus einmal hineinführt, wenn er nicht energisch und rechtzeitig gestoppt wird, nicht mehr toleriert werden kann, hängt damit zusammen. Nur mit der Negierung dieser letzten Möglichkeit kann man sich die Illusion des kontrollierten Abusus erhalten.

Ganz anders der Sexualabusus. Er wird von vornherein nicht als im Bereich des Normalen liegend akzeptiert. Man nimmt ihn möglichst gar nicht wahr, solange nichts Schreckliches passiert. Dasselbe gilt von vielen anderen kriminellen Abweichungen, die in den Bereich der forensischen Psychiatrie und vermehrt der Gefängnisse führen. Die gesellschaftliche Spaltung nimmt hier den ganz anderen, den „nicht normalen“, Menschen wahr. Er soll so lange eingesperrt werden, bis nichts mehr passieren kann. Wenn man ihn doch vorher wieder zu rehabilitierenden Schritten die Freiheit erblicken lässt, dann geht das voll zu Lasten der betreuenden oder strafenden Einrichtungen. Was die Gesellschaft von der Psychiatrie und zunehmend von den Gefängnissen verlangt, ist die Beseitigung des gesamten bedrohlichen Vorganges aus ihrer Mitte. Der Beseitigungswunsch bleibt derselbe, ob er nun therapeutisch oder verwahrungstechnisch vollzogen wird. Die Psychiatrie soll gefährliche und gefährdende Tendenzen aus der Gesellschaft beseitigen: Menschen, die sich „grundlos“ umbringen wollen; Menschen, die Dinge tun, die ihnen „schaden“; Menschen, die andere immer wieder schädigen, ohne daraus einen großen Nutzen für sich selbst zu ziehen; Menschen, die die Kontrolle über Suchtmittel verloren haben; Menschen, die nicht zielgerichtet handeln und denken. Sie soll, das ist die therapeutische Illusion der Gesellschaft, diese Menschen wieder in den Stand setzen zu leben, als hätten sie solche Tendenzen nie besessen und als gäbe es sie überhaupt nicht. Die Anforderungen an die Gefängnisse unterscheiden sich davon nur in der deutlichen Ausrichtung auf andere schädigende Straftäter.

Auch hier also wird deutlich, dass Gefängnisse- und Seelsorge in der forensischen Psychiatrie nur zwei Seiten derselben Sache sind. Wie das organisatorisch zu ordnen wäre, bleibt dennoch offen. Das muss vor allem inhaltlich entschieden werden.

SEELSORGE IM MASSREGELVOLLZUG ALS AUFGABE UND HERAUSFORDERUNG DER PSYCHIATRIESEELSORGE.

Einige persönliche Beobachtungen und Erfahrungen als Diskussionsbeitrag

Beroald Thomassen, Rheinische Kliniken Langenfeld

Die einzelnen Einrichtungen des Maßregelvollzuges sind gegenwärtig in ganz unterschiedlichem Maße mit anderen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung und der Behindertenhilfe institutionell und räumlich verknüpft.

Das gilt es im Auge zu behalten, wenn von der Seelsorge im Maßregelvollzug gesprochen wird. Denn die Art und der Grad dieser Verknüpfung haben einen nicht unerheblichen Einfluß auf die jeweilige Situation der Seelsorge im Maßregelvollzug, ihre faktische und konzeptionelle Situierung zwischen Krankenhaus- und Gefängnisseelsorge. Für die Maßregelvollzugsseelsorge ist es offenbar keineswegs gleichgültig, ob sich an einem Ort allein ein Zentrum für forensische Psychiatrie befindet, oder ob die forensischen Patienten in einer speziellen Abteilung einer Fachklinik für Psychiatrie untergebracht sind, oder ob sie zusammen mit anderen Patienten auf Stationen der allgemeinpsychiatrischen, der gerontopsychiatrischen oder der Abteilung für Suchterkrankungen behandelt werden. Es verändert sich nämlich jeweils der Raum, in dem sich Seelsorge vollzieht und ihren Kontext erhält.

Eingehendere Untersuchungen zur Seelsorge im Maßregelvollzug fehlen bisher. Ich möchte hier - als Beitrag zu einer ersten Erkundung des Feldes - einigen Beobachtungen und Erfahrungen nachgehen, die ich als Seelsorger in einer Einrichtung des Maßregelvollzuges mache, die durch eine enge Verknüpfung mit den anderen Bereichen der psychiatrischen Versorgung und Behindertenhilfe gekennzeichnet ist. Wenn ich dabei im folgenden von Patienten und Tätern spreche, so meine ich damit grundsätzlich Frauen und Männer:

In den Rheinischen Kliniken Langenfeld, einer Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie, sind die einzelnen Stationen der forensischen Abteilung (in der nur Männer untergebracht sind) im weitläufigen, parkähnlichen - und im übrigen frei zugänglichen - Klinikgelände so verteilt, daß sich schon räumlich vielfältige Verschränkungen mit den Stationen der weiteren Abteilungen der Klinik ergeben. Wer auf dem Klinikgelände spazieren geht, nimmt unweigerlich die augenfälligen Sicherheitseinrichtungen einiger forensischer Stationen wahr, wird also mit der Tatsache forensischer Psychiatrie gewissermaßen sinnlich konfrontiert, auch wenn er selbst nicht forensischer Patient ist.

Forensische Patienten wiederum werden durch diese Verschränkungen mit der Tatsache konfrontiert, daß sie in einer *Klinik* und nicht in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht sind. Es herrscht Klinikatmosphäre, nicht „Knastatmosphäre“.

Zu der räumlichen Verschränkung der Stationen kommt hinzu, daß eine Reihe von Einrichtungen auf dem Gelände von forensischen und anderen Patienten gemeinsam genutzt werden. Ein besonders enges Zusammenleben ist natürlich dort gegeben, wo - im wesentlichen bedingt durch den Mangel an Plätzen in der forensischen Abteilung - forensische Patienten mit anderen Patienten auf einer allgemeinpsychiatrischen Station untergebracht sind. Ein nicht unwesentlicher Einflußfaktor für die Atmosphäre des Klinikgeländes ist die Tatsache, daß sich auf diesem auch einige Wohngruppen für geistig behinderte Bewohner (die teilweise schwerstmehrfachbehindert sind) und zwei heilpädagogische Zentren befinden.

Der Bereich der Klinik stellt so einen Raum vielfältiger Begegnungen und wechselseitiger Wahrnehmungen dar, die auch für die seelsorglichen Kontakte eine Rolle spielen, in ihnen zuweilen ausdrücklich zur Sprache gebracht werden.

Für einen psychisch kranken Straftäter kann etwa die Begegnung mit einem Patienten, der *Opfer* einer entsprechenden Straftat geworden ist, zu einem Schlüsselerlebnis werden, das ihn schlaglichtartig seiner eigenen Schuld ansichtig werden läßt. Aber auch schon die Tatsache, daß ein psychisch kranker Straftäter im Kontext der Klinik psychisch Kranke erlebt, die *nicht* straffällig geworden sind,

kann ihn mit seiner Verantwortung für das begangene Delikt konfrontieren, denn es wird ihm so deutlich, daß Straffälligkeit keineswegs eine zwangsläufige Folge psychischer Krankheit ist.

Indem in der Seelsorge auf solche Erlebnisse Bezug genommen wird, eröffnet sich eine Möglichkeit, die Unterscheidung von seelischer Krankheit und Schuld, von Heilung und Vergebung differenziert und in ihrer jeweiligen individuellen Bedeutung für den einzelnen psychisch kranken Straftäter in den Blick zu bekommen.

In solchen Gesprächen wird mir selbst deutlich vor Augen geführt, daß ich es als Klinikseelsorger angesichts seelischer Krankheit eben nicht nur mit Leiden und Leidenden zu tun habe, sondern ebenso mit Tätern, die das Leiden anderer Menschen bewirkt haben.

Dort wo Klinikatmosphäre und nicht Knastatmosphäre herrscht, können forensische Patienten, wenn sie Kontakt zu mir aufnehmen, keineswegs in jedem Falle damit rechnen, daß ich weiß, daß es sich bei ihnen um *forensische* Patienten handelt. Diese offene Situation ermöglicht es dann den Patienten, selbst zu entscheiden, wann und wie sie ihr Delikt im Seelsorgegespräch zum Thema machen. Andererseits gibt es auch forensische Patienten, für die gerade die Klinikatmosphäre eine Provokation darstellt. Zu ihrem Selbstbild paßt es durchaus, daß sie Straftäter sind, nicht aber, daß sie psychisch krank sind. Entsprechend suchen sie ihre Situation nach dem - ihnen vielfach langjährig bekannten - Modell des Strafvollzuges zu bestimmen und richten an mich als Seelsorger dann auch die Erwartungen, die sie gegenüber einem Seelsorger in der JVA hatten. Ein fruchtbarer, intensiverer seelsorglicher Kontakt entsteht in solchen Situationen gerade dann, wenn ich solche Erwartungen enttäusche und das Thema psychische Krankheit fokussiere.

Im Gespräch mit nicht-forensischen Patienten begegnet mir die Auseinandersetzung mit der Präsenz des Maßregelvollzuges innerhalb der Klinik immer wieder gerade dort, wo meine Rolle als Seelsorger von ihnen thematisiert wird: „Ich verstehe nicht, wie Sie mit den Verbrechern in der Forensik überhaupt reden können - also ich könnte das nicht...“ „Ich weiß, als Pastor dürfen Sie ja so nicht denken, aber eigentlich gehören die da (der Patient weist auf eines der gesicherten Gebäude des Maßregelvollzuges) doch umgebracht...“ „Sie sagen mir jetzt, daß Gott meinen Vater richten wird für das, was er mir angetan hat. Aber sagen Sie das eigentlich auch den Forensikern? Oder sagen Sie denen einfach, daß Gott ihnen alles vergibt, was sie getan haben? Wagen Sie es, denen gegenüber auch von Gottes Gericht zu sprechen - die Pastoren tun das heute doch nicht mehr, die reden doch nur von Vergebung und Versöhnung...“

Die wenigen kurzen Beispiele zeigen, auf welcher unterschiedlichen Ebenen eine Spannung zwischen meiner Rolle als Seelsorger für psychisch *Kranke* und für psychisch kranke *Straftäter* wahrgenommen wird. Indem Patienten mich als Seelsorger darauf ansprechen, daß und wie ich mit psychisch kranken Straftätern als Seelsorger umgehe, suchen sie nach einer Möglichkeit, das, was die Konfrontation mit dem Maßregelvollzug in ihnen auslöst, in ihr eigenes christliches Leben zu integrieren. Im Vordergrund steht dabei die Frage nach dem Ort von Gewalt, und zwar gerade auch unberechenbarer Gewalt: Wie soll ich mich zu Menschen verhalten, die Gewalt ausüben? Wie soll ich mit meinen eigenen Gewaltimpulsen und -phantasien angesichts von Gewalt umgehen? Wie verhält sich Gott zur Gewalt? Wo legitimiert er sie und wo setzt er der Gewalt deutliche Grenzen? Wie verhält sich hierbei Gottes Vergebungsbereitschaft zu seinem richtenden Handeln? Wie weit reicht die Gemeinschaft, die von Gott gestiftet ist? Umfaßt sie auch die Menschen, unter deren Gewalt ich gelitten habe oder noch leide? Oder darf ich für mich als Christ da eine Grenze der Gemeinschaft setzen? All solche Fragen münden immer wieder in die Frage, wie ich angesichts von Gewalt als Christ für mich Sicherheit gewinnen kann. Ich denke, es ist für die Seelsorge im Spannungsfeld zwischen Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug entscheidend, das Bedürfnis von Patienten nach Sicherheit nicht als Streben nach falscher „*securitas*“ bewußt oder unbewußt zu diffamieren. Es geht vielmehr darum, dieses Bedürfnis ernst zu nehmen, indem man sich gemeinsam auf den Weg macht, Gott neu als den gerechten Gott zu entdecken, der Menschen zurecht bringt, Grenzen setzt und damit Sicherheit fördert.

Dieser Weg würde übrigens dort blockiert, wo das Thema Gewalt oder zumindest bestimmte Facetten dieses Themas tabuisiert werden, wo Menschen den Eindruck gewinnen, im Raum der Kirche dürfe zwar über Gewaltlosigkeit und die Überwindung von Gewalt gesprochen werden, nicht aber über Er-

fahrungen mit der faktischen Ambivalenz von Gewalt. Von daher ist es nicht ganz unproblematisch, wenn Margot Käßmann für den Raum der Kirchen fordert: „Nicht Gewaltgeschichten sollten erzählt werden, sondern Gewaltüberwindungsgeschichten.“ (Gewalt überwinden. Eine Dekade des Ökumenischen Rates der Kirchen, 2. Aufl. Hannover 2000, 135 f.) Nein, in der Seelsorge muß auch Raum für Gewaltgeschichten sein; es muß Raum dafür sein, daß Menschen im Seelsorgegespräch offen von ihren eigenen Gewaltimpulsen und -phantasien, ja auch von den von ihnen begangenen Straftaten erzählen können.

Und das gilt nun keineswegs nur für Patienten im Maßregelvollzug, sondern gerade auch für die anderen Patienten. Denn bei ihnen ist die Hemmschwelle, im Seelsorgegespräch „so etwas“ zur Sprache zu bringen, oft deshalb sehr hoch, weil das den Seelsorger doch schockieren und überfordern würde. Daß ich als Seelsorger auch im Maßregelvollzug arbeite, scheint für solche Patienten jene Hemmschwelle zuweilen zu senken: „Sie kennen so etwas ja aus der Forensik, da muß ich Ihnen mal erzählen, was ich da so ...“

Auf der anderen Seite beeinflußt meine Tätigkeit im Bereich des Maßregelvollzuges *meine* Wahrnehmung und Einschätzung von Gewaltphantasien und Gewaltimpulsen bei nicht-forensischen Patienten. Denn der Maßregelvollzug stellt mir vor Augen, daß solche Gewaltimpulse und -phantasien ernst zu nehmen sind. Es *kann* eben tatsächlich geschehen, daß ein Mensch seine Gewaltimpulse und -phantasien so in die Tat umsetzt, daß er damit massive und irreversible Schädigungen verursacht. Es ist eben schon ein Unterschied zwischen gewalttätigen *Gedanken* und deren tatsächlicher Realisierung. Und es ist für die Seelsorge mit Menschen, die von solchen Gedanken erfüllt sind, nach meiner Erfahrung sehr wichtig, daß dieser Unterschied auch aus der Perspektive des christlichen Glaubens heraus keineswegs zu vernachlässigen ist.

Die Präsenz der geistig behinderten Bewohner auf dem Klinikgelände, insbesondere der schwerst- mehrfachbehinderten Bewohner, wird von manchen forensischen Patienten sehr deutlich geradezu als eine Gegenwelt zu der ihnen geläufigen Welt der Gewalt und Stärke wahrgenommen. Dies vermag zu einer Sensibilisierung für das Recht des Schwachen, des Leidens, zu führen, die es nicht zuletzt auch erleichtert, sich von einem Glaubensverständnis zu lösen, das allein am Maßstab der Stärke orientiert ist.

Die spezifische Situation, in der sich für mich Seelsorge im Maßregelvollzug vollzieht, wird gleichsam brennpunktartig anschaulich im sonntäglichen Gottesdienst in der Klinikkirche. Eine kleine, von Sonntag zu Sonntag in ihrer Zusammensetzung wechselnde Schar von Menschen kommt dort zusammen: Menschen mit geistiger Behinderung aus Wohngruppen des heilpädagogischen Heimes, Patienten der Allgemeinpsychiatrie, Patienten, die ambulant behandelt werden, ehemalige Patienten, Psychiatrieerfahrene und Angehörige und eben auch Patienten aus der Forensik, allein oder in Begleitung von Pflegern.

So wird immer wieder hautnah erlebbar, wie die gottesdienstliche Gemeinschaft psychisch kranke Straftäter ganz selbstverständlich mit einschließt. Und diese Selbstverständlichkeit hebt die Unterscheidung von Opfern und Tätern keineswegs auf, sondern fordert dazu heraus, sie in jedem Gottesdienst in ihrer Spannung auszuhalten. Eine Zuspitzung erfährt diese Herausforderung in der Feier des Abendmahles. Daß die Feier des Abendmahles etwas mit Jesu Tischgemeinschaft mit Zöllnern und Sündern zu tun hat, dem läßt sich leicht zustimmen, solange das Sündersein des anderen mich letztlich nicht berührt, es mir nicht zum Anstoß wird, sondern gleichsam aufgelöst wird in dem Bekenntnis, daß wir *alle* Sünder sind. Komplizierter wird die Sache, wenn das Sündersein eines anderen Menschen in mir selbst etwas auslöst: Widerstände, Befremdung, Aggression, Angst, das Bedürfnis nach Abstand, nach Distanzierung... Dann verwickelt mich die gemeinsame Feier des Abendmahles in das Sündersein des anderen. Da wird spürbar, daß die Gemeinschaft, die Jesus Christus in der Mahlfeier stiftet, alles andere als eine harmlose Angelegenheit ist.

So gesehen markiert diese Gemeinschaft genau die Perspektive, die mich Seelsorge im Maßregelvollzug als Aufgabe und Herausforderung der Psychiatrieseelsorge verstehen läßt.

SEELSORGE IM MASSREGELVOLLZUG

Pastor Friedrich Schwenger, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Moringen

1. Rahmenbedingungen meiner Seelsorgearbeit

Das NLKH-Moringen ist eine reine forensische Anstalt mit etwa 320 Patienten. Die Delikte verteilen sich in etwa auf ein Drittel Sexualdelikte, ein Drittel Gewaltdelikte und ein Drittel andere Delikte. Die Gebäude sind z.T. renovierte Altbauten, die im III. Reich KZ-Gebäude waren, z.T. Neubauten. Wir haben einen Aufnahmebereich (die sogenannten Wachsäle), einen geschlossenen und einen offenen Bereich. Darüber hinaus gibt es Wohngruppen und einen „Offenen Maßregelvollzug“ (OMV) in Hannover. Die Stationen (wir haben insgesamt 17 Stationen und 14 Wohngruppen) haben eine ärztliche Stationsleitung und jeweils ein Pfllegeteam, darüber hinaus gibt es Sozialarbeiter für jeweils mehrere Stationen und Einzeltherapeuten. Für die Patienten stehen eine Arbeitstherapie, eine Beschäftigungstherapie, verschiedene Sport- und Freizeitaktivitäten, eine Teestube und eine Cafeteria zur Verfügung. Zur therapeutischen Arbeit („Sozialtherapie“) gehört ein gestuftes, weitgefächertes Lockerungsprogramm.

Die Seelsorge ist im NLKH ein Angebot im Haus außerhalb der Strukturen des Hauses, aber durchaus in Absprache mit den Stationen und der Leitung. Wir haben eine eigene kleine, schöne Kirche aus dem 19. Jh. auf dem Gelände. Da sie auf Gelände der offenen Stationen liegt, gibt es manchmal Probleme mit dem Gottesdienstbesuch der Patienten aus dem geschlossenen Bereich (mangelnde Begleitmöglichkeiten durch die Pfleger). Ich selbst habe eine volle Stelle für meine Arbeit und einen katholischen Kollegen mit einer halben Stelle. Z.Zt. sind wir in der glücklichen Lage, zusätzlich eine halbe KdP-Stelle zu haben. Unsere Arbeit umfaßt im wesentlichen Einzelgespräche, Gottesdienste (14-tägig ökumenisch), Bibelkreise und Planung und Durchführung von Sonderveranstaltungen (Konzerte und andere kulturelle Ereignisse, Angeltouren, Besichtigungen, Freizeiten). Wir haben zwei Büros für unsere Gespräche. Zudem gibt es auf jeder Station Räume, die wir für Einzelgespräche nutzen können. Darüber hinaus nehmen wir an der wöchentlichen Klinikkonferenz teil und können hier beratend zu den Anträgen der Patienten Stellung nehmen. Insofern stehen uns für unsere Arbeit ziemlich gute Rahmenbedingungen zur Verfügung.

2. Die Patienten/Gefangenen

Die Patienten sind Menschen, die es nicht geschafft haben, ihre Lebensprobleme zu lösen. Sie sind an sich selbst und in der Gesellschaft gescheitert. Dieses Scheitern ist entstanden in Konflikten, in Mangel an Zuneigung und Liebe, in Verlusterfahrungen o.ä., die oft schon in frühester Kindheit erlebt und nie richtig verarbeitet wurden. Phantasien, Beeinträchtigung zentraler Ich-Funktionen, beeinträchtigtes Gewissen, Realitätsverlust, Aggressivität bzw. Depression, Regression und Süchte sind die schwerwiegenden Folgen, die dann schließlich auch zum Delikt geführt haben.

In der Situation des Eingesperrtseins suchen gerade diese Menschen nach einem tragenden Grund ihres Lebens, suchen einen Grund zur Hoffnung. Probleme, die mir diese Menschen entgegenbringen, beziehen sich auf aktuelle Situationen - Probleme mit den Partnern, Kindern, der Institution -, und auf innere Situationen - Schuldfrage, Alpträume, Selbstmordgedanken.

Die Patienten brauchen Beistand und Trost, Gesprächspartner, die sie ernst- und annehmen. Sie lechzen manchmal regelrecht nach Anerkennung. Und dann brauchen sie immer wieder Alltägliches: Tabak, Kaffee, Duschgel. Oder einen Ratschlag, ein Gespräch in einem anderen Raum - eine punktuelle Auszeit im Alltag von Stationsregeln und regelmäßigen Aktivitäten. Der andere Raum des Seelsorgebüros hilft vielleicht auch, andere, innere Räume zu öffnen.

3. Auch die Bediensteten haben ein Recht auf Seelsorge

Unsere Bediensteten sind Menschen, die hier und da ebenfalls nach Möglichkeiten suchen, ihre eigenen Nöte auszusprechen. Ich verstehe mich in meiner Rolle als Seelsorger nicht nur als ein Gesprächspartner für die Patienten, sondern auch als Gesprächspartner für die verschiedenen Berufsgruppen. Als Seelsorger bin ich vielfach so etwas wie eine „Klagemauer“. Zugleich erlebe ich auch manches Mißtrauen mir gegenüber, zumal ich als Pastor durch die Schweigepflicht den Patienten oft schneller viel näher bin. Ich treffe die Bediensteten, wenn ich mich zu ihnen auf den Stationen ins Büro setze und einen Kaffee mit ihnen trinke, oder in der Cafeteria, wo ich jeden Mittag mit einigen gemeinsam zu Mittag esse. Darüber hinaus begleiten Bedienstete aller Berufsgruppen Veranstaltungen, die eine Begleitung erforderlich machen. Ich merke, daß ich in meiner Rolle als Pastor eine Vertrauensperson bin (mit Schweigepflicht!), der man sich anvertrauen kann und mag.

4. Grundsätzliches zu meiner Arbeit und zur Seelsorge im Maßregelvollzug

Die theologischen Leitgedanken, die mich in meiner Arbeit leiten, sind:

> *Gefängnisseelsorge ist eine vom Staat gewollte Aufgabe der Kirche in Gefängnissen und ist durch einen Staatsvertrag geregelt (Loccumer Verträge).*

Die Seelsorger/innen sind frei und der Institution gegenüber nicht rechenschaftspflichtig.

Die Seelsorger/innen haben das Beichtgeheimnis zu wahren, die Institution hat es zu achten.

Gottesdienst und Bibelkreis sind Grundrechte der Gefangenen und von der Institution uneingeschränkt zu ermöglichen.

So ist es dann auch: Als Seelsorger bin ich relativ unabhängig in der Institution. Ich bin nicht eingebunden in die Hierarchie der Institution, habe aber auch keine Weisungsbefugnis bzw. verfüge nicht über institutionelle Macht. Durch meine Schweigepflicht habe ich dennoch eine besondere Funktion, die nicht immer leicht zu tragen ist. Die Patienten sind schnell sehr offen, was hier und da durchaus auch zum Neid der verschiedenen Berufsgruppen führt. Von daher suche ich den Kontakt und das Gespräch mit den Bediensteten, um unter der seelsorgerlichen Verantwortung der Schweigepflicht eine größtmögliche Transparenz meiner Arbeit zu geben. Ideen, Projekte und Vorhaben spreche ich in den Konferenzen und mit einzelnen zuvor ab. Ich merke, daß dann auch die Durchsetzung des Grundrechtes auf Religionsausübung (Gottesdienstmöglichkeit und Bibelkreisteilnahme) einfacher möglich sind.

> *Gefängnisseelsorge will den „lebendigen Bedürfnissen der Gefangenen“ gerecht werden.“*

Sie wird dann für vieles zuständig. „Sie wird die Verbindung nach außen und das Management für die alltäglichen Sorgen im Innern. Sie läßt telefonieren, richtet Sonderbesuche ein, sie sorgt dafür, daß Gitarren und Fernsehgeräte 'an den richtigen Mann' kommen, sie besorgt schließlich alle möglichen und unmöglichen Dinge, die das Leben im Vollzug etwas erträglicher machen. Das Spektrum der seelsorgerlichen Tätigkeiten wird unendlich groß. Es gibt eigentlich keinen Bereich des menschlichen Lebens, der im Gefängnis nicht auf irgendeine Art und Weise zutage tritt und nach Bearbeitung oder seelsorgerlicher Begleitung schreit.“ (Dieter Wever, Reader GefängnisSeelsorge 9, S. 6.)

> *SEELSORGE ist Sorge für die Seele und kümmert sich um den ganzen Menschen:*

Im biblischen Sprachgebrauch umfaßt „Seele“ (hebr.: nāphāsch; griech.: psyche) den ganzen Menschen und sein ganzes Leben: Körper, Seele, Geist und soziales Eingebundensein. „Sorge“ bedeutet, daß der Mensch in all dem sorgebedürftig ist und umsorgt werden muß.

Der Mensch der von Gott gewollt und geliebt, aber auch von Gott - dem Ursprung und Ziel alles Lebens - entfremdet und getrennt ist (=Sünde; „das Ziel verfehlen“). Als Leitsatz kann daher 1. Tim. 2,4 gelten: „Gott will, daß allen Menschen geholfen wird und sie zur Erkenntnis der Wahrheit kommen.“

> *Seelsorge in Gefängnissen hilft den Gefangenen zur Selbstdistanzierung, Selbsterkenntnis und Schuldbewältigung.*

Menschen sind auf Liebe angewiesen. Liebe ist die stärkste Kraft, die es vermag, wirkliche Veränderungen des Lebens zu initiieren - sie hilft zur Selbstdistanzierung und schenkt ein neues Selbstwertgefühl. Gott ist grenzenlose Liebe:

Die Liebe ist „stark wie der Tod und Leidenschaft unwiderstehlich wie das Totenreich. Ihre Glut ist feurig und eine Flamme des Herrn, so daß auch viele Wasser die Liebe nicht auslöschen und Ströme sie nicht ertränken können.“ (Hld. 8,6 f.) Der Geist Gottes ist ein Geist der Liebe, die „ausgegossen ist in unsere Herzen“ (Rö. 5,5) und wo der Geist Gottes ist, „da ist Freiheit“ (2. Kor. 3,17). Die vom Heiligen Geist inspirierte Liebe ist grenzenlos (1. Kor. 13). Das Wesen der Liebe ist nicht wort- und tatenlos, sondern ein nicht abreißendes Geschehen. Gott lieben mit ganzem Herzen und den Nächsten wie sich selbst sind eins.

Seelsorge liebt aus dieser Gabe.

„Die Liebe macht das Auge hell und das Sehen zur Freude. 'Gerne sehen' heißt Liebe. Was wir lieben, sehen wir gern, und im Ausdruck 'auf Wiedersehn' mag Zärtlichkeit liegen. Auf alle Fälle sichert er zu: Dich werde ich nicht beiseite schaffen. Ich werde dich nicht töten. Vielmehr wünsche ich, dich aufs Neue zu sehen. Die Liebe will sehen.“ (R. Bohren, Predigtlehre, 1974, S. 477.)

Die biblische Anthropologie beschreibt den Menschen als gewolltes und geliebtes Geschöpf Gottes. Die Würde des Menschen ist sein *Kindsein vor Gott* und seine *Gottesebenbildlichkeit* (Gen. 1,26 f.). Er ist nur „wenig geringer gemacht als Gott“ (Ps. 8,6). Zum Menschsein des Menschen gehören auch seine Daseinsbezüge: sein Lebensraum (Garten), die Lebensmittel (Früchte), die Arbeit (bebauen und bewahren) und sein Aufeinanderangewiesensein in Gemeinschaft (Mann und Frau). Zugleich gelten auch die Menschenrechte Freiheit (1. Kor. 3, 21 bis 23; Gal. 5,1), Gleichheit (Mt. 7,12; Gal. 3,26 ff.) und Brüderlichkeit/Teilhabe (1. Kor. 12,4 ff. 1. Petr. 2,5 und 9; Eph. 2,11 bis 22).

Der Mensch als freier Partner Gottes ist verantwortlich für sich selbst, für andere, für die Welt und für sein Verhältnis zu Gott. Er ist schöpferisch begabt und schöpferisch-kreativ tätig.

Zugleich ist der Mensch ein Sünder, d.h. er hat sich von Gott getrennt und auf sich selbst gestellt. Sündersein bedeutet keine moralische Qualifikation des Menschen. Der Mensch ist erlösungsbedürftig geworden und bedarf der Heilung und des Zuspruchs Gottes.

Unter der Prämisse, daß es über den Menschen eine höhere Instanz (Gott) gibt und jeder Mensch religiös ist, ist Schuldbewältigung durch Beichte und Vergebung und Sinnfindung durch Glaubensvollzüge ein zentrales Proprium der Seelsorge.

Schuldbewältigung ist biblisch gesehen Vergebungsgeschehen. Vergebung wird vom Wort Gottes her garantiert und ist ein Geschenk, das sich keiner verdienen kann. Es gilt der Satz: *Keine Schuld ist so groß, daß sie nicht vergeben werden kann, und keine Schuld ist so klein, daß sie nicht vergeben werden muß!*

Seelsorge steht vor der doppelten Aufgabe, die Vergebung der Schuld als einmalig und grundsätzlich zuzusprechen und auf die Folgen konkreter Schuld sowie auf die Frage nach der Schuldbewältigung einzugehen. Aus der Psychologie läßt sich einiges lernen, um mit der konkreten Schuld und den Schuldgefühlen umzugehen. Wir lernen, daß Demutsäußerungen, Selbstbeichtungen und manche Schuldbekennnisse gerade Ausdruck übertriebener Ichhaftigkeit sein können. Wir lernen, daß Erziehung und Entwicklungsprozesse zu Überforderungen und falschen Leitbildern im Leben führen können, die auch zur Regression führen können. Wir lernen, daß archetypische Bilder und Symbole helfen können, die dunklen Seiten des Lebens zu deuten und ggf. zu integrieren. Wir lernen, daß es „ekklesiogene Neurosen“ gibt - manipulative Rede von Sünde oder Gott, die einer gesunden psychischen Entwicklung entgegenstehen.

> *Seelsorge hilft zur Sinnvermittlung*

die Antwort auf die Fragen: Woher komme ich? - Wohin gehe ich? - Wozu bin ich da? Der Mensch ist immer auf der Suche nach Sinn. Sinn haben heißt: ein Ziel haben (altdeutsch: Sinn=Ziel), einen Grund zum Leben haben, ein Fundament für das Leben haben. Die Wirkung eines sinnerfüllten Lebens ist Lebensfreude, Glück und Lust. „Was der Mensch wirklich will, ist letzten Endes nicht das

Glücklichsein an sich, sondern ein Grund zum Glücklichsein.“ (V.E. Frankl). Wo kein Sinn mehr ist, sind Täuschungen (Selbstbetrug, maskenhaftes Leben, Rausch, Flucht vor der Realität). Wo alles beliebig wird, wird es lieblos. Wenn Wirkung und Grund verwechselt werden, wird das Leben neurotisch. Umgekehrt gilt: Ein sinnerfülltes Leben bewahrt vor Leere, Krankheit und Entfremdung. „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie.“ (F. Nietzsche)

> *Seelsorge kann bei der Suche nach Sinn durch Wertevermittlung helfen.*

Sinn kann nie gegeben werden (das wäre moralisieren!), sondern muß immer gefunden werden - Sinn kann gefunden werden. Auf der Suche nach Sinn leitet uns das Gewissen - es ist sozusagen unser „Sinn-Organ“, das erkennende und handelnde Selbstbewußtsein des Menschen. Im Gewissen kommen Erkennen und Anerkennen (von Werten), Wissen und Wollen, Urteilen und Handeln zusammen und bilden die Lebenseinstellung und das künftige Handeln des Menschen heraus. Die Erziehung des Gewissens geschieht durch Wertevermittlung. Seelsorge kann helfen, Werte zu vermitteln und damit Sinn zu gestalten. Was Wert hat, will man haben. Mögliche Werte, die zur Sinnfindung helfen, sind z.B. zehn Gebote (und die Bergpredigt Jesu), Freiheit, Wahrheit, Ehre, Freundschaft, Disziplin, Mut, Ausdauer, Ehrlichkeit u.ä.

Um einen letzten Sinn anzunehmen, ist eine existentielle Entscheidung nötig. In der Seelsorge ist dieses die *Frage nach dem Glauben*, nach der Bindung des Lebens an Gott.

„Nicht mehr aus einem logischen Gesetz heraus, nur mehr aus der Tiefe seines eigenen Seins heraus vermag der Mensch diese Entscheidung zu treffen, vermag er sich für das eine oder das andere zu entschließen. Eines aber wissen wir: Entschließt sich der Mensch für den Glauben an einen letzten Sinn, an den Über-Sinn des Seins, dann wird sich dieser Glaube, wie jeder Glaube, schöpferisch auswirken. Denn ... das Ergreifen der einen Denkmöglichkeit ist mehr als das bloße Ergreifen einer Denkmöglichkeit - es ist das *Verwirklichen* einer bloßen *Denkmöglichkeit*.“ (V.E. Frankl)

KONZEPT FÜR DIE SEELSORGE IN DEN PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN IN BENNINGHAUSEN UND EICKELBORN

Reinhard Albersmeier, Christoph v. Stieglitz, Tjeerd Berkenbosch, Klaus Goy
 kath. und ev. Seelsorger im WZFP, im WPFZ und in der WKPP
 9. März 1999

1. Die Seelsorge in den psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes in Benninghausen und Eickelborn trägt dazu bei, daß auf die Fähigkeiten und Probleme der hier lebenden Menschen in einem umfassenden Sinn eingegangen wird. Sie geschieht auf Grund von Vereinbarungen zwischen dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe einerseits und der Evangelischen Kirche von Westfalen und dem Erzbistum Paderborn andererseits. Sie wird vertraglich mit den Betriebsleitungen geregelt. Sie erfolgt in ökumenischer Zusammenarbeit.

2. Die Seelsorge in den Einrichtungen richtet sich
 - an die Menschen, die wegen der Schwere ihrer Krankheit oder wegen andauernder Angewiesenheit auf Förderung und Pflege hier leben und dadurch in besonderer Weise vor die Frage gestellt sind, was den Sinn und Wert ihres Lebens ausmacht, und ebenso an die Angehörigen dieser Menschen,
 - an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtungen, die die ihnen anvertrauten Menschen über lange Zeit begleiten und oft nicht nur die Rolle der Angehörigen übernehmen, sondern sich stellvertretend für die ganze Gesellschaft den Problemen psychisch Kranker stellen,
 - an die Einrichtungen selbst, die sich in ihrer Struktur und Zielsetzung ständig auf veränderte Anforderungen einstellen müssen und dafür einen lebendigen Austausch mit den sich tragenden Institutionen und Personen und eine Begegnung mit der Öffentlichkeit brauchen.

3. Zu den *Aufgaben* der Seelsorge gehören
 - seelsorgerliche Gruppen- und Einzelgespräche mit den Menschen, die als Patienten oder Bewohner in den Einrichtungen leben,
 - Begleitung und Beratung von Angehörigen, Kontakt zu Betreuern,
 - Gottesdienste in den Kirchen und auf den Stationen,
 - Begleitung Sterbender, Krankenabendmahl und Krankensalbung,
 - besondere Trauergottesdienste auf den Stationen, wenn Personen verstorben sind, gelegentlich andere Amtshandlungen wie Taufen von Kindern hier untergebrachter Personen, Konfirmationen oder Wiederaufnahmen in die Kirche,
 - Kontakt zum therapeutischen und pflegerischen Personal, zur Verwaltung und zu weiteren Mitarbeitern der Klinik, Kooperation mit ihnen, nach Absprache auch Beratung und Seelsorge,
 - Mitwirkung bei der Beantwortung ethischer Problemstellungen,
 - Einbindung in innerbetriebliche Fortbildungsangebote,
 - Gewinnung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
 - Kontakte zur kirchlichen und politischen Gemeinde,
 - Öffentlichkeitsarbeit, die auf die Chancen des Zusammenlebens mit psychisch kranken Menschen aufmerksam macht.

4. Die Seelsorge hat verschiedene *Dimensionen*. Sie geschieht
 - als *Begegnung*, in der die Patienten oder Bewohner aktuelle oder lebensgeschichtliche Konflikte ansprechen können,
 - als *Begleitung*, durch Trösten, Annehmen, Stützen und Entlasten.
 - als *Angebot* der Deutung, durch das Hilfe zum Verstehen und Neugestalten des Lebens gegeben wird.

5. Das *Verständnis von Heilung und Gesundheit*, das in der Seelsorge zum Tragen kommt, setzt bei den religiösen Fähigkeiten der psychisch kranken Menschen an. Sie haben oft ein starkes Empfinden für die Grundeinsicht des christlichen Glaubens über das menschliche Leben: Menschen leben miteinander als die, die über den Anfang und das Ende ihres Lebens nicht verfügen und ihr Leben jeden Tag neu empfangen.

Die Seelsorge schafft einen Raum, in dem Menschen mit psychischen Erkrankungen ihr Leben annehmen können und ermutigt werden, es zusammen mit anderen zu gestalten.

Die Seelsorge betrachtet die Störungen der Identität einer Person, wie sie in unterschiedlicher Weise in psychischer Krankheit erfahren wird, nicht als Ausnahmefall. Für sie ist sie Ausdruck der den Menschen gemeinsamen Angewiesenheit, eine Identität zugesprochen zu bekommen, die die einzelnen Erfahrungen umfaßt, auch die, die wie Bruchstücke eines einmal erstrebten Lebens erscheinen.

Dies gilt besonders im Blick auf die *psychisch kranken Rechtsbrecher*. Sie kommen in die Klinik, weil sie eine erhebliche Straftat begangen haben, für die sie wegen ihrer Krankheit oder Störung nicht verantwortlich gemacht werden können. Nach christlichem Verständnis vollzieht sich menschliches Leben durch die Auseinandersetzung mit Krankheiten, die Einsicht ins eigene Tun und die Erkenntnis von persönlicher Schuld. Darum sollen die im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten durch die Seelsorge einen Raum finden, in dem sie als kranke und straffällig gewordene Menschen *solidarische Begleitung*, aber auch *Vergebung* und Hoffnung aus dem Glauben erfahren.

Die Seelsorge vollzieht sich in einem Zusammenhang, in dem Erfolge erreicht, aber auch Stillstand und Rückschläge verkräftet werden müssen. Sie bringt ein Menschenbild ein, nach dem ein Mensch für eine *Vollendung* seines Menschseins *jenseits der Grenzen menschlicher Möglichkeiten* bestimmt ist. Die oft verzweifelte Frage von Patienten, wohin sie überhaupt noch kommen können, bekommt ihren Sinn als Ausdruck der Sehnsucht nach dieser Vollendung. Alles was gelingt, bekommt unabhängig von seinem Umfang seinen Wert als Ausdruck eines vollgültigen Menschseins.

DIE SCHLECHT VERKRAFTETE "WENDE" - Massregelvollzug Uchtspringe

Albrecht Warweg, Landeskrankenhaus Uchtspringe

"Dass Ihre Mitarbeiter im Maßregelvollzug tätig sind, ist mir schwer gefallen zu akzeptieren. Ich habe mich jetzt daran gewöhnt. Es sind aber wohl doch nur 18 bis 20 Patienten, die Sie dort betreuen und diese kommen wohl mehr deswegen, weil Ihnen etwas mitgebracht wird. Aber auch dort stören Sie wie gesagt: Wir brauchen Sie nicht, die Patienten brauchen Sie nicht..."

Außerdem sind wir eine kleine Klinik mit 267 Betten, im Maßregelvollzug mit 178 Plätzen und ab Juni 98 mit 250 Plätzen. ... Kümmern Sie sich um Ihre eigentliche Aufgabe im und am Kirchengebäude. Meine Mitarbeiter würden jeden Patienten dort hinbringen, der es wünscht... Ich werde Ihnen nicht die Mitglieder Ihrer Religionsgemeinschaft nennen..."

So sprach der ärztliche Direktor der ehemaligen Landesnervenklinik zum Superintendenten des Kirchenkreises im Dezember 1997.

Folgendes war passiert: Das Konsistorium der Landeskirche in Magdeburg teilte dem Kirchenkreis Pfarrstellenkürzungen mit und bot gleichzeitig eine halbe Seelsorgestelle in Uchtspringe an für Klinik und Maßregelvollzug. Die Sache hatte nur den Haken, daß die Stelle nicht eingerichtet war. Die Klinik war weder informiert noch gefragt. Auch der Superintendent hielt es nicht für nötig Gespräche zu führen, sondern ließ seinen Personalchef einen Brief schreiben, in dem der Klinik mitgeteilt wurde, daß zwei Seelsorger kämen und die Klinik einen Raum und Gehaltsanteile bereitstellen möchte. Den Empfang kann man sich vorstellen.

Wir nahmen dennoch die Arbeit auf und mieteten uns bei einem Freund ein, der in der Kommune tätig war. Das war im Januar 1996. Ich habe meine seelsorgerliche und pastorale Identität zu DDR-Zeiten ausgebildet. Dazu gehört(e), mich auf widrige Machtverhältnisse einzulassen und trotzdem etwas in meinem Sinn daraus zu machen. Der Anfang war hart.

Wir fühlten uns nicht nur als unerwünschte Personen, sondern man ließ es uns auch spüren. Die Klinik in Form des ärztlichen Direktors lehnte es strikt ab, uns die evangelischen Patienten zu nennen. Besuche eines Seelsorgers am Bett eines christlichen Patienten wurden zur Chefsache erklärt. Das sah dann so aus:

Wir bekamen von einem Pfarrer den Namen eines Patienten genannt, gingen dann in die Aufnahme und fragten, wo der Patient liege. Dann dauerte es 15 Minuten, bis uns mitgeteilt wurde, ob wir ihn besuchen könnten oder nicht. Allein in der Gerontopsychiatrie war ein alter Arzt, der uns jederzeit willkommen hieß. Von sich aus wollte uns die Klinik jeden Gesprächswunsch mitteilen. Das war in zwei Jahren eine Mitteilung.

Im Maßregelvollzug war es anders. Aber den gab es damals noch gar nicht in seiner jetzigen Form. Damals bestand er noch aus den Stationen in Haus 5 und war im Grunde nichts weiter als eine geschlossene Station innerhalb der Landesnervenklinik. Vor dem Gebäude war eine Freifläche eingegittert. Das sah eher nach einem Löwenkäfig aus, als nach einer Hofgangfläche. Die Patienten machten Druck und wollten unbedingt nach dem Maßregelvollzugsgesetz ihre neuen Rechte in Anspruch nehmen und dazu gehörte das Recht auf einen Seelsorger.

Der Wachschatz behandelte uns ein halbes Jahr streng nach Vorschrift wie Besucher:

Aktentasche auspacken, Hosentasche leeren, abtasten, Metallsuchgerät einsetzen und das ohne einmal auszusetzen. Das änderte sich mit der Eröffnung des neuen Maßregelvollzuges in Form eines Hochsicherheitstraktes; "Der sicherste Ort in Sachsen-Anhalt" laut Sozialministerin.

Mein Kollege ging zu den Soldatenseelsorgern und ich arbeitete in Besucherzimmern, Anhörungsräumen, Telefonzimmern, auf Fluren, in Umkleideräumen, im Vorraum zur Isozelle, je nach dem, wo Platz war; dort arbeite ich immer noch.

Gespräche mit den zuständigen Dezernenten in der Kirchenleitung blieben ohne Erfolg. Nach einem Brief an den Bischof gab es fast fünf Jahre nach meinem Dienstantritt ein Gespräch mit dem inzwi-

schen neuen Chefarzt der Forensik und der Kirchenleitung, in dem mir zur Mitbenutzung ein Gottesdienstraum und ein Arbeitsraum in Aussicht gestellt wurden.

Inzwischen ist der Maßregelvollzug überbelegt und es ist wohl „normal“, dass ein Patient in fünf Jahren sieben Therapeuten hat. Die Fluktuation unter Ärzten und Psychologen ist unbeschreiblich. Die Therapie erfolgt, so absurd es klingt, streng nach der Lutherischen Heilslehre:

1. Erkennen (bei einem Sexualstraftäter dauert es oft drei Jahre, bis er sich eingestehen kann, daß er diese Tat ausgeführt hat.)
2. Bekennen (vor einem Therapeuten oder einer Gruppe die Tat aussprechen und dazu stehen.)
3. Bereuen (Abschied nehmen von diesem Verhalten, es los lassen, damit es nicht mehr bedrängt.)
4. Glauben (erneut Vertrauen zum Leben gewinnen.)

Ich habe es mit Patienten auf allen vier Stufen zu tun. Am anstrengendsten sind Gespräche mit denen, die vor dem ersten Schritt stehen und es gibt welche, die stehen seit fünf Jahren davor. Ich kann mich gut in diese Art der Therapie einfügen und die einzelnen Schritte verstärken. Mit meiner 25%-igen Anstellung im Vollzug kann ich lange nicht alle Einzelgesprächswünsche abdecken. So mache ich vormittags Einzelgespräche und fasse nachmittags in Gruppen zusammen. Auch haben sich feste Gruppen gebildet, in denen ich Gottesdienste halte.

Da die Klinikleitung von den Patienten oft als bedrückend erlebt wird und meine Arbeitsbedingungen eine deutliche Sprache sprechen, habe ich schon dadurch einen großen Vertrauensvorschuß, genauso beim Wachschatz, der sehr niedrig entlohnt wird.

Auch daß ich, im Gegensatz zu den Therapeuten, bleibe und immer wiederkomme, läßt mich als einen erscheinen, der verläßlich ist. Zu den Pflegern, von denen kaum einer in der Kirche ist, hat sich das Verhältnis im Laufe der Zeit stetig gebessert. Es brüllt längst keiner mehr bei meinem Auftauchen: „Raustreten zum Beichten!“ Sie haben auch gemerkt, daß ich die Patienten differenziert sehe und nicht dem Klischee verhaftet bin: „Pfleger schlecht, Patient gut“. Seit einem Jahr bin ich dort der einzige, der Schweigepflicht hat - alle anderen müssen berichten. Das kommt mir sehr zugute. Wie sich die Situation gestaltet, wenn ich eigene Räume habe, weiß ich nicht; sehe das aber gelassen. Ich habe dort meinen Stand.

Was ich inhaltlich mache?

Erst einmal lerne ich. Ganz schnell habe ich gelernt, daß es überhaupt nicht geht, einen Straftäter auf seine Tat zu reduzieren, nach der Melodie: "Das ist der Totschläger von Zimmer 14." Im Maßregelvollzug sind nun mal Menschen, die verurteilungswürdige Sachen gemacht haben. Aber ihre Person ist viel mehr als ihre Tat.

Gelernt habe ich zuzuhören, nachzufragen, auch mal zu konfrontieren, damit mein Gesprächspartner sich selber besser hören und verstehen kann. Damit ist auch klar, was ich nicht kann. Ich bin kein Therapeut und unterwerfe niemanden therapeutischen Konzepten. Gelernt habe ich noch etwas: meine Schweigepflicht sehr ernst zu nehmen.

Es gibt noch mehr Sachen, die ein Pfarrer im Maßregelvollzug lernen kann, z.B. daß es gar nicht auf gute Formulierungen und scharfsinnige Gedankengänge ankommt, sondern daß hier ein Mensch gesucht wird, der echt ist, der hinter dem steht, was er sagt, der zuverlässig ist, der Festigkeit und Herz besitzt.

Das ist eine hohe Messlatte, die aber auch an jeden Therapeuten angelegt wird. Womit ich wahrscheinlich nie locker umgehen kann, sind die Gefühle, auf die ich hier treffe und denen ich versuche standzuhalten: der Ohnmacht, der Wut, dem Ekel, der Angst und der Verzweiflung, dem Haß, den Schuldgefühlen, der Unfähigkeit zu Vertrauen und der immer wieder täuschenden Hoffnung.

Mein Lehrmeister ist Carl R. Rogers mit seiner klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Sie kommt ohne Diagnose aus, interpretiert nicht, überredet nicht, sondern versucht, eine Atmosphäre von Wärme, Einfühlung und Verständnis zu schaffen, die es dem "Patienten" ermöglicht, selber Einsichten zu finden und eigene Möglichkeiten zur Lösung seiner Probleme zu mobilisieren.

Mir bleibt auch gar nichts anderes übrig, denn ich habe keine Akteneinsicht und erfahre manchmal erst nach sehr langer Zeit den Grund der Inhaftierung. Die "Patienten" tun sich schwer, auch mir gegenüber Vertrauen zu fassen. Die Angst vor der Ablehnung ihrer gesamten Person sitzt tief. Oft haben sie das in der U-Haft erfahren. Auch für mich ist es schwer auszuhalten, wenn mir einer erzählt, er hätte Kinderpornos gedreht oder 52 Jungen mißbraucht. Aber Sexualstraftäter sind oft sehr einfühlsam und arbeiten auf den Zeitpunkt hin: "Jetzt könnte er es vertragen, ohne daß er den Kontakt abbricht." Und da bin ich wieder beim ersten Schritt von Luthers Heilslehre.

Im ersten halben bis ganzen Jahr, in der Zeit von der Einweisung bis zum Prozeß bin ich oft der einzige regelmäßige Gesprächspartner, denn Therapie steht den Eingewiesenen und noch nicht Verurteilten nicht zu.

Trotzdem breche ich manchmal den Kontakt ab - einfach um mich zu schützen - wenn einer seine Tat bagatellisiert oder beschönigt oder mich nur zutexten will, wenn ich merke: Es wächst kein Vertrauen und ich komme mit Einfühlen, Verständnis und Wärme nicht weiter und Konfrontation hilft auch nicht - dann muß ich's sein lassen.

Gestaunt habe ich, wieviel im Maßregelvollzug in der Bibel gelesen wird. Genauso überrascht war ich, wie hart und ehrlich dann über das Gelesene diskutiert wird. So stelle ich meine Predigt, nachdem ich sie erzählt habe, zur Diskussion. Das geht, weil wir auf den einzelnen Stationen kleine Gruppen von vier bis sechs Personen sind. In den Gruppen reden wir auch, ausgehend von der Bibel, über unser Leben und Zusammenleben.

Wenn es z.B. um das Thema "Das Verhältnis zu meinem Vater" geht, dann erzähle ich selbstverständlich, wie alle anderen auch, über meine Beziehung zu meinem Vater. Das geht, weil wir keine therapeutische Gruppe sind.

Was besser sein könnte?

Da brauche ich gar nicht zu überlegen. Ich wünsche mir für den Maßregelvollzug erfahrene Therapeuten, die lange bleiben und das dazugehörige Arbeitsklima. Was ich in fünf Jahren an Wechsel erlebt habe, ist mehr als belastend.

Für meine Arbeit sehne ich eigene Räume herbei, denn bei der jetzigen Überbelegung und Zersplitterung in elf Stationen und den Offenen Massregelvollzug hat sich die Raumfrage zu einem noch ernsthafteren Problem ausgewachsen.

Uchtspringe, 03.03.2001

**INTEGRIEREN ODER AUSSTOSSEN ? WIE WIRKLICH SICHERHEIT ENTSTEHT.
Ein an Therapie und Vernunft orientiertes Sicherheitskonzept im Maßregelvollzug**

Dr. Martin Schott, Moringen

Die Überschätzung der Gefährlichkeit vieler Maßregelpatienten

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

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

Verschlechterung der Behandlungsbedingungen durch überzogene Medienkritik

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

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

Sicherheitskonzept als Ersatz der fehlenden inneren Struktur des Patienten

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

Ein Sicherheitskonzept stellt zunächst einmal eine Struktur dar, die dem Patienten fehlt. Es substituiert Ich-Funktionen etwa der Selbststeuerung, der Binnen- und Außenwahrnehmung und der Realitätswahrnehmung. Eltern stellen bei der Erziehung ihrer Kinder solche Strukturen zur Verfügung und ersetzen noch fehlende Ich-Leistungen. Die Sorge, daß dem Kind nichts passiert und das Kind keinen Schaden anrichtet, begleitet die Eltern ständig. Eltern können aber nur dann angemessene Sicherheitsmaßnahmen ergreifen, wenn sie ihr Kind und seinen Entwicklungsstand genau kennen. Sie können dann sicher entscheiden, mit welchen Gegenständen das Kind spielen, wie lange das Kind auf der Straße bleiben darf und wann es abends zu Hause sein muß. Für die Entwicklung des Kindes hätte es gleichermaßen fatale Folgen, wenn die Eltern dem Kind unangemessene Freiheiten einräumen oder aber es zu stark einengen würden. Beides - und dies hat auch für die Behandlung von Patienten Bedeutung - rächt sich später. So ist es beispielsweise unvernünftig und letztendlich gefährlich, wenn unterschiedslos alle Sexualstraftäter einer Einrichtung bei Ausgängen mindestens 1 : 1, also jeweils von einem Bediensteten begleitet werden müssen und noch nicht einmal in einer größeren Gruppe extramurale Lockerungen bekommen können. Wann soll dann jemals ein Schritt in völlige Freiheit erfolgen? Andererseits etwa führt es nicht selten zu einer Überforderung, wenn Strafgefängnisse nach nicht ausreichender Vorbereitung plötzlich einen ganzen Tag lang alleine Ausgang erhalten.

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

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

Martialische Sicherheitseinrichtungen machen Angst und erhöhen die Gefährlichkeit

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

Gefährdet wird insbesondere die Basis jeglicher Behandlung und jeglicher Sicherheit, nämlich Nähe zum Patienten und gegenseitiges Vertrauen. Statt gezielt im Einzelfall spezielle Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen, werden nicht selten alle Patienten unnötig eingeschränkt. Dadurch werden oft Entwicklungsmöglichkeiten erstickt und die Atmosphäre vergiftet. Solche Installationen haben u.a. ihre Ursache darin, daß man in der Öffentlichkeit den Maßregeleinrichtungen mißtraut, daß deshalb von den politisch Verantwortlichen pauschale restriktive Maßnahmen gefordert werden und so ein Kreislauf entsteht, der die Arbeitsbedingungen in der Einrichtung immer weiter verschlechtert. Die negative Wirkung solcher paranoid-restriktiver Konzepte zeigt sich aber meist nicht sofort etwa in Form zunehmender Übergriffe, sondern zunächst findet eine Einschüchterung und nachfolgende Unterwerfung der Patienten statt. Die Dampfkesseltheorie, daß Druck immer Gegendruck erzeugt, scheint zu-

nächst nicht zu treffen. Im Gegenteil nimmt die Konflikthaftigkeit mancher Patienten zunächst scheinbar sogar ab. Es wird eine Regression zu infantiler Abhängigkeit wie in totalitären Staaten erzeugt. Keineswegs handelt es sich bei der Anpassung der Patienten um wirkliche Selbststeuerung sondern nur um äußere Kontrolle und Unterwürfigkeit. Sobald der Druck nachläßt, sobald das System Schwächen erkennen läßt, brechen Willkür und Devianz um so heftiger durch. Dies ist spätestens bei Lockerungen und Entlassungsplanungen der Fall. Nicht zuletzt werden breite Möglichkeiten sozialen Lernens in einer solchen repressiven Institution zunichte gemacht.

Die Bedeutung eines guten Klimas und der Kommunikation

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

Kommunikation innerhalb der Einrichtung bedeutet, daß die Patienten mühelos Zugang zu allen Mitarbeitern und auch untereinander haben. Es muß in reichem Maße die Möglichkeit geben, daß die Patienten untereinander Freundschaften, auch homosexuelle Freundschaften, pflegen können, und daß in vielfältigen Gruppensituationen alle möglichen Interessen der Patienten gefördert werden. Besonders wichtig sind auch extramurale Aktivitäten, sei es mit einzelnen Patienten oder in der Gruppe, wodurch besonders viel Vertrautheit zwischen Mitarbeitern und Patienten entsteht.

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

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

Sicherheit durch Integration

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

Integration bedeutet aber nicht, daß die Klinik oder der einzelne Therapeut oder ein Team jeden Patienten halten und therapieren können müssen. Eine einzelne Einrichtung kann nicht immer mit allen

Störungen und Schwierigkeitsgraden fertig werden. Bestimmte Patienten müßten von einer sonst üblichen Freizügigkeit und den therapeutischen Angeboten soweit ausgeschlossen werden, so daß sowohl ihre eigene Lage im Vergleich mit anderen Patienten qualvoll wird, als auch die übrigen Patienten gegebenenfalls unter unnötigen Restriktionen zu leiden haben. Insbesondere, wenn die prognostische und juristische Situation hoffnungslos ist, wie etwa bei dem Patienten Büch aus Düren, müssen für solche Patienten andere Unterbringungsformen gefunden werden.

Das Ertragen solcher Patienten mangels Alternativen oder aus falsch verstandenem therapeutischen Enthusiasmus heraus kann bei Zwischenfällen verhängnisvolle Folgen für die Institution haben. So diskutierten beispielsweise namhafte Psychotherapeuten und Psychiater im Falle des Jürgen Bartsch in den 60er Jahren, man könne bei ihm einen Behandlungsversuch mit möglicherweise späterer Heilung

und Entlassung unternehmen. Selbst wenn eine Behandlung von so schwer gestörten Menschen mit so massiven Delikten allem Anschein nach erfolgreich verlaufen würde, könnte man sich des Therapieerfolgs doch niemals so sicher sein, daß eine Entlassung angesichts eines immer noch ungeheuren Risikos gewagt werden könnte. Dabei handelt es sich aber um eine äußerst geringe Zahl von Patienten, von denen allerdings ein ungleich höheres Sicherheitsrisiko als von anderen ausgeht.

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

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

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

Kooperation des Behandlungsteams

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

Dazu müssen die Mitglieder des Teams genügend selbständig sein können, und auch das Behandlungsteam insgesamt muß autonom genug sein, um ein eigenes Konzept verwirklichen zu können. Die fachliche und freundschaftliche Verbundenheit eines Teams muß durch ausreichend viele Team-sitzungen und durch Projektarbeit, wie zum Beispiel regelmäßig stattfindender Teamtage außerhalb der Einrichtung, entwickelt und aufrechterhalten werden.

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

Zusammenarbeit bei der prognostischen Einschätzung

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

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

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

Der Sicherheitsbeauftragte

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

Mit Hilfe der Sicherheitsbeauftragten erhöht sich die für alle sicherheitsrelevanten Fragen und Vorgänge wichtige *Redundanz*, so daß z. B. sichergestellt ist, daß Entschlüsse auf ausreichenden Informationen beruhen, und daß entsprechende Vorgänge und Anordnungen korrekt durchgeführt werden.

Die Sicherheitsbeauftragten haben schließlich eine Vermittlerrolle zur unmittelbaren Umgebung der Klinik, vor allem auch zur Polizei.

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

Prognostische Entscheidungshilfe durch externe Sachkompetenz?

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

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

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

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

Der Wert solcher zusätzlicher prognostischer Beurteilungsinstanzen sowohl innerhalb der Klinik als auch von außerhalb kann in Abhängigkeit von der Kompetenz der verantwortlichen Experten beträchtlich sein. Zu bedenken ist allerdings auch, daß vor allem eine Instanz von außen nicht in dem

Maße über Informationen aus dem Netzwerk von Sicherheitskommunikation aller Mitarbeiter verfügt, wie die Einrichtung selbst und daß eine solche Prüfinstitution weniger beratende sondern de facto oft Entscheidungsfunktion besitzt, also ein eigenes Machtzentrum darstellt. Da eine solche Instanz nicht auch für die Durchführung der Therapie verantwortlich ist, könnte eine auch für Sicherheitsbelange schädliche, einseitige Sichtweise entstehen.

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

Die Bedeutung angemessener, ästhetisch akzeptabler baulicher Sicherungsmaßnahmen

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

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

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

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

Gelungenes Beispiel dafür ist etwa die forensische Abteilung der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik in Berlin; das Wilhelm-Sander-Haus. Auch in Moringen ist der geschlossene Bereich überwiegend von Gebäuden umgeben. Ein höher gesicherter Bereich wird noch von einer sechs bis acht Meter breiten, drei bis vier Meter hohen, inzwischen außerordentlich dichten Dornenhecke begrenzt, die in ihrer ausgewachsenen Form noch nicht überwunden werden konnte. Gleichzeitig, und darauf hat auch die Stadt großen Wert gelegt, macht die Einrichtung von außen (und innen) gesehen einen immer noch akzeptablen Eindruck. Zusätzlich hat eine einfache, aber sehr wirkungsvolle Maßnahme, nämlich die nächtliche Bewachung des Freigeländes durch zwei Nachtwächter mit Hund, dazu beigetragen, daß in Moringen seit zwölf Jahren nachts fast kein Ausbruch oder eine Geiselnahme stattgefunden haben.

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

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

Warum Therapie Sicherheit schafft

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

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

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

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

Sich sorgen

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

Zusammenfassend bin ich überzeugt davon, daß

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

Sicherheit gewährleisten.

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

September 2001

Religion war ein Tabu.

Warum Psychoanalytiker vermehrt den Glauben ihrer Patienten betrachten – und was sie an ihm ablesen.

Hartmut Meesmann,

in: *Gott und die Welt. Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt*, Nr. 8/2000.

Wie reagiert ein Psychoanalytiker, wenn ein Patient plötzlich davon erzählt, dass ihm ein Engel begegnet sei oder er Gott erfahren habe? Wie reagiert er, wenn ihm eine Patientin berichtet, Gott habe ihr in einer Vision mitgeteilt, dass sie ihr Leben künftig als Nonne in einem Kloster verbringen solle?

Schlägt der Mann hinter der Couch dann die Hände über dem Kopf zusammen? Versucht er schleunigst, dem Patienten, der Patientin die religiösen Flausen auszutreiben - getreu der Auffassung Sigmund Freuds, des Begründers der Psychoanalyse, dass Religion nichts anderes sei als eine Illusion? Weil das, was da als religiöse Erfahrung ausgegeben werde, auf unverarbeitete frühkindliche Konflikte und schlechte Erfahrungen mit den Eltern zurückzuführen sei? Weil unerfüllte Wünsche nach Geborgenheit und Heimat einfach in den Himmel, auf ein allmächtig-gütiges Wesen projiziert würden?

„Klassische“ Analytiker dürften vielfach noch immer so reagieren, was von den Betroffenen auch eingeräumt wird. Doch scheint es, als habe unter einigen Freud-Schülern inzwischen Nachdenklichkeit eingesetzt. Otto Kernberg, Psychoanalytiker in New York und Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, hält eine Bekämpfung oder Nichtbeachtung religiöser Ausdrucksformen in der Analyse für „Missbrauch“ einer Methode, die psychische Reifungsschritte beim Patienten ermöglichen soll und sich dabei „technischer Neutralität“ verpflichtet weiß. „Die Psychoanalyse ist keine Weltanschauung“, stellt der jüdische Analytiker klar. Und: Religiosität sei nicht von vornherein Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung. Allerdings: Es gelte unreife und reife Formen von Religiosität zu unterscheiden. Und dabei könne der Analytiker durchaus helfen, meint Kernberg.

Das belastete Verhältnis zu den Theologen

Diese Ansicht teilt auch der Psychoanalytiker Markus Bassler, Oberarzt an der Klinik Für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz. Bassler, Vorstandsmitglied des Mainzer Psychoanalytischen Instituts, hat inzwischen zwei Dialogkongresse zwischen Analytikern und Theologen organisiert, bei denen es jeweils um das bislang eher belastete Verhältnis zwischen Psychoanalyse und Religion ging. „Was ich von einem Analytiker erwarte, ist, dass er religiösen Erfahrungen und Fragen mit möglichst wenig Vorbehalten begegnet“, sagt Bassler. Versteht sich doch die Psychoanalyse als geschützter Raum, in dem alles zur Sprache kommen kann - zumindest kommen sollte -, was den Patienten beschäftigt, also auch religiöse Themen.

Das aber setzt voraus, dass sich der Analytiker über seine eigene Einstellung zur Religion im Klaren ist, dass er sich selbst also in diesem Punkt gut genug analysiert hat. Leider jedoch, so Bassler, tauchten religiöse Fragen in der Ausbildung kaum auf. „Religion ist unter Psychoanalytikern vielfach immer noch ein Tabu“, ein „blinder Fleck“, wie der Mainzer Arzt sagt.

Natürlich sind für den Glauben eines Menschen immer auch dessen frühe, individuelle Erfahrungen mit den Eltern prägend, meint Bassler. Zum Beispiel kann ein Patient in der Analyse entdecken, dass seine Religiosität von unbewältigten Konflikten mit dem Vater oder der Mutter beeinflusst ist. Wer sich etwa von einem rächenden Richtergott verfolgt sieht und ständig mit Schuldgefühlen diesem Gott gegenüber kämpft, der soll seine Beziehung zum eigenen Vater dringend überprüfen, empfiehlt Bassler. Doch aufgepasst: Mit der Durchleuchtung der psychologischen Hintergründe erledigt sich noch nicht die Religion als eigenständige und sinnvolle Form der Lebensbewältigung und Sinnfin-

dung. Immerhin hat Freud ja selbst eingeräumt, dass sich durch die Psychoanalyse eines Künstlers nicht dessen Kunstwerk auflöse.

„Der Analytiker ist so etwas wie ein Katalysator, der dem Patienten dessen Problematik spiegelt“, sagt Markus Bassler. Das gilt im Übrigen genauso für eine atheistische Einstellung, die mit besonderem Eifer jede Religiosität bekämpfe. „Auch hier kann das versteckte psychologische Motiv eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Vater sein, der entweder verleugnet werden muss oder dem man auf diese Weise sagen will, dass man ihn nicht mehr braucht.“ Manchmal passiert in der Analyse aber auch das Umgekehrte: „Krankhafte oder missglückte Formen von Religiosität lösen sich auf.“

Anzunehmen, dass hier die Angst so mancher Christen vor der Psychoanalyse begründet ist. Gewiss kann es auch Angst machen, vom eigenen - möglicherweise unreifen - Glauben Abschied zu nehmen, nicht weil es ein Analytiker so will, sondern weil die Patienten selbst es innerlich ahnen, aber nicht wahrhaben wollen.

Was genau machen die Analytiker denn nun? „Wir untersuchen die unterschiedlichen Motive für den Glauben“, berichtet Patrick van der Mersch, katholischer Priester und Psychoanalytiker aus Nijmegen. „Und wir diagnostizieren mögliche Hemmungen in der psychischen Struktur eines Patienten, schauen also, wie die Religiosität in das Ganze der Persönlichkeit eingebettet ist.“

Denn: Es kann einer an Gott glauben, weil er ängstlich ist oder weil er ein unerschütterliches Vertrauen in die Welt besitzt: ein Glaube, zwei Motive. „Genau deshalb klären wir die Frage, *wie* einer an Gott glaubt, nicht aber, *dass* er an Gott glaubt“, wie es der Analytiker und Religionspsychologe Harry Stroeken von der Universität Leiden ausdrückt.

Es fragt sich, wann überhaupt ein spezifisch religiöses Problem in der Analyse auftaucht. Nach Ansicht von Stroeken geschieht dies immer dann, wenn der Glaube in die Krise gerät, also „wenn das Vertrauen in die Welt und in die Menschen verloren gegangen ist. Das ist immer auch eine Lebenskrise.“ In der Psychoanalyse geht es deshalb stets darum, dem Patienten (wieder) ein „gesundes“, das heißt von einem Grundvertrauen geprägtes Verhältnis zur Realität zu vermitteln. Dafür jedoch, *wie* der Patient dieses „wiedergewonnene Realitätsprinzip“ mit seiner Religiosität verbinde, ist der Analytiker letztlich nicht zuständig, sagt Stroeken.

Für Sigmund Freud stand Religion immer im Widerspruch zum Realitätsprinzip, weil er religiöse Bedürfnisse mit Magie, Zwang und Illusion verband, die seiner Ansicht nach eine vernünftige Auseinandersetzung mit der Realität verhinderten. Doch diese Sicht wird inzwischen von Psychoanalytikern selbst in Frage gestellt.

Die Widersprüche des Lebens aushalten

So zeichnet sich eine reife Religiosität gerade dadurch aus, dass sie die nicht auflösbaren Widersprüche dieser Welt aushält - wie auch die Widersprüche in Gott selbst. Das ist die Auffassung des evangelischen Theologen und Psychoanalytikers Hartmut Raguse aus Basel. „Der Glaube an einen immer nur guten Gott mag ja tröstlich sein, er ist aber letztlich das Produkt einer Spaltung“, so sein hartes Urteil. Dieser Glaube stehe auf schwankendem Fundament, solange die dunklen Seiten Gottes in die eigene Religiosität nicht integriert würden. Jeder Dualismus, jede Entgegensetzung von Gut und Böse also, wird in dieser Sicht als eine unzulässige (kindliche) Vereinfachung, ja als ein Verbiegen der in sich widerspruchsvollen Wirklichkeit der Welt verworfen. Auch der Glaube, nicht nur die Psyche, braucht Reifungsschritte. An diesem Punkt haben viele Theologen längst von den Therapeuten gelernt. Weit verbreitet ist immer noch der Vorwurf, Religion sei nichts anderes als Illusion. Theologen versuchen, skeptische Analytiker, die diese These Freuds weiterhin für zutreffend halten, mit Argumenten ihres eigenen Fachs zu widerlegen. Sie verweisen - wie auf zwei großen „Dialogkongressen“ in Mainz - zum Beispiel auf den englischen Psychoanalytiker Donald Winnicott, der mit seiner Theorie der Übergangsobjekte und Übergangsräume einen beachtenswerten Erklärungsversuch religiöser Phänomene unternommen hat. Nach Winnicotts Beobachtungen können Menschen ohne innere Bilder und „Illusionen“ überhaupt nicht schöpferisch leben. Ein Kind zum Beispiel kann gar nicht spielen, wenn es nicht einen Raum schöpferischer Illusionen und Phantasien entwickelt. Die Fähigkeit, in ei-

nem solchen Raum konstruktiver Illusionen zu spielen, sich also schöpferisch entfalten zu können, ist nicht nur für eine gesunde seelische Entwicklung jedes einzelnen Menschen von großer Bedeutung, sondern zugleich Grundlage jeder Kultur. Nur wenn man solche zweckfreien Räume als grundlegende Ausdrucksräume des Menschen anerkennt, lassen sich gesellschaftliche Phänomene wie Kunst, Philosophie und eben auch die Religion erklären. Religiosität in diesem Sinne ist dann jener Gedanken- und Erfahrungsraum, in dem sich ein Mensch in einen transzendenten, Sinn stiftenden Zusammenhang stellt.

Reif ist, wer seine eigene Begrenztheit erkennt

Allerdings scheint es, als müssten viele Analytiker von den Gedanken ihres Kollegen Winnicott über die Entstehung und Notwendigkeit religiöser Ausdrucksformen erst noch überzeugt werden.

Doch es gibt ein Anliegen, das beide Parteien - Theologen wie Freud-Schüler - gerade heute in eine überraschende Koalition führen kann: nämlich Menschen auf den Boden der Tatsachen zurückzuholen, indem sie (wieder) angeleitet werden, die Begrenztheit und Endlichkeit des Lebens, also auch ihres Lebens, anzuerkennen, das heißt: den menschlichen Größenwahn zu überwinden, die kindliche Selbstverliebtheit (Narzissmus) aufzugeben. Denn nur wer innerlich verarbeitet habe, dass wir Menschen sterben müssen, dass wir begrenzte Lebenschancen haben und grundsätzlich mit Schwächen und Fehlern behaftet sind, zeigt sich in psychoanalytischer Sicht als reifer Erwachsener.

Johnny, der Jesus war.

Wege aus dem religiösen Wahn: Welche Hilfe Patienten benötigen.

Lutz Debus,

in: *Gott und die Welt. Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt*, Nr. 8/2000.

Es gibt Leidensgeschichten, die ziehen psychisch Kranke in ihren Bann: Jesu Passion zählt dazu. Psychologen fragen: Macht der Glaube krank - oder dient er vielmehr der Heilung? Eine Fallbeschreibung und ein Essay zum wechselhaften Verhältnis von Seelsorge und Psychotherapie

„Ich bin Johnny Cash! Ich bin Jesus Christus!“ Der junge Mann sprang auf, eilte mit diesen Worten aus dem Besprechungsraum. Der Arzt, zu dem ich ihn gebracht hatte, stellte ihn vor die Alternative, entweder freiwillig in eine psychiatrische Klinik zu gehen oder aber gegen seinen Willen eingewiesen zu werden. Ständig habe er in den vergangenen Tagen seine Mutter gebeten, ihn zu töten. Er gefährdete sich selbst, bedurfte des Schutzes einer Klinik. Johnny wirkte bei jener ärztlichen Beratung abwesend, in seiner eigenen Gedankenwelt gefangen.

Nun rannte er die Treppen hinunter, durch den Notausgang ins Freie. Dort wurden seine Schritte langsamer. Als er mich hörte, drehte er sich erschrocken um. „Ich möchte mitkommen!“, sagte ich. „Gut“, war seine Antwort.

Mit Johnny war ich schon seit zwei Jahren vertraut. Doch ich kannte bislang nur den Verschlussenen, Niedergeschlagenen. Nun aber, seit ein paar Tagen, war er nicht mehr schüchtern. Er war Johnny Cash. Und manchmal sah er sich auch als Jesus Christus.

Wir gelangten auf unserem Weg zu einem Bach. „Dort“, sagte Jonny, und wies auf sein Kreuz. Mannshoch, aus Ästen zusammengebunden, stand es am Wegesrand. Eine halbe Nacht hatte er daran gebaut. Nun stellte er sich davor, legte seine Arme auf den Querbalken. Er blinzelte in die Februarsonne und sagte: „Vater, warum hast du mich verlassen?“ „Hat er Sie wirklich verlassen?“, fragte ich ihn. „Fuck, was weiß ich“, gab er zurück. „Komm, wir reiten weiter.“

Zwei Stunden streifte ich mit ihm durch die Kälte. Ich fühlte mich wie sein machtloser, frierender Schutzengel. Er zog seine Jacke aus, seinen Pullover, sein Hemd. Dann wusch er seinen Oberkörper in einer morastigen Pfütze.

„Nur so kann ich mich von meinen Sünden befreien“, erklärte er. Ich half dem zitternden Johnny beim Anziehen.

„Wollen wir nicht lieber zurückkehren? Sie könnten auf meiner Gitarre spielen.“ In meinem Therapieraum angelangt, griff er sich sofort die Gitarre. Wild schlug er einen Rhythmus auf die Saiten. „Bin gefangen, ewig schon gefangen, Fulson Prison Blues ...“, dichtete er. Die Fähigkeit, einen bildhaften Text so spontan zu entwickeln, verblüffte mich. Johnny wechselte zwischen langen Sprechgesangsphasen und freien vokalen Klängimprovisationen ohne Text. Und er ließ sich dabei Zeit.

Vor langer Zeit hatte er mir eine Cassette aufgenommen. Johnny Cash, der Mann, der erst seine schwarze Kleidung ablegen will, wenn Gerechtigkeit herrscht auf der Welt, hatte vor Insassen des berühmten Gefängnisses Fulson Prison einen Blues gespielt. Nun war der schüchterne junge Mann selbst Johnny Cash geworden und ahmte selbstsicher die Rolle des berühmten Sängers nach.

„Einen Moment, ich stimme Ihnen die Gitarre.“ Ich stimmte ihm die Saiten auf einen G-Dur-Akkord. Nun klang seine Begleitung schon besser und passte harmonischer zum Gesang. Das Tempo ließ nach. Er schaute mich müde an. „Stimmt nicht mehr. Noch mal stimmen.“ Ich stimmte ihm die Saiten auf einen Mollakkord.

Johnny sang. Er sang von seinem ewigen Kampf, den er nun beenden will. Er sang von einem Mädchen, das ihn zurückwies. Dann beendete er das Lied, stellte die Gitarre weg. Ein Entschluss schien in ihm gereift zu sein. „Ich tu dir den Gefallen. Ich geh in die Klinik. Bestell bitte ein Taxi“, sagte er. Endlich war es so weit.

Auch dies eine Vatergeschichte

Auch die seelische Genesung ließ sich Zeit. In der Klinik lernte er den Krankenhauspfarrer kennen. Mit ihm unternahm er in der Folgezeit lange Spaziergänge, redete mit ihm über Gott und die Welt. Johnny erkannte während der gemeinsamen Spaziergänge die Parallelen zwischen seiner Lebensgeschichte und der Passion Jesu, aber dann auch endlich die Unterschiede. Nach und nach gelang es ihm, Jesus als ein Gegenüber zu begreifen, nicht als einen Teil von sich selbst. Dies war ihm aber nur möglich, weil ihm zugehört und vertraut wurde. Er musste sein Empfinden nicht verteidigen und deshalb konnte er es erklären.

Johnny war sehr früh von seinem Vater auf sehr brutale Weise verlassen worden: Johnny, damals zehnjährig, hatte seinen Vater mit durchschnittenen Schlagadern tot im Bad gefunden. Der real abwesende Vater förderte in der Folgezeit bei dem Jungen eine Suche, die ihn in religiöse Räume führte.

Da dämmerte ihm: Auch Jesus hatte während seiner Passion keinen leibhaftigen Vater. Johnnys Wunschgestalt, der allmächtige, allgütige Vater, wie er ihn in der Bibel zu finden meinte, war zwar irdisch abwesend, in der inneren Welt aber als Dialogpartner zu erleben. So wurde die Bibel zur Vorlage von Johnnys eigener Lebensgeschichte. Aber die bot eben auch eine bestimmte „Lösung“ an: der Tod als Ende aller Qual, auch als Weg zum vermissten Vater.

Ein paar Monate später, er war aus dem Krankenhaus entlassen, zog er von seiner Mutter weg, in eine betreute Wohngemeinschaft. Seine Lehre als Steinmetz hat er in diesem Jahr abgeschlossen. Er macht Grabsteine. Er ist verlobt und scheint glücklich.

Religiöses und psychotisches Erleben weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Auch in der Bibel machen sich Stimmen vernehmbar, es erscheinen fremde Wesen, Wunder geschehen. Wer an solche Berichte glaubt, gilt gemeinhin als religiös, nicht als psychotisch. Doch der, der in die Predigt hinein ruft: „Sehet, ich bin Jesus!“, ist nicht nur eine Störung, sondern eine Infragestellung der Grenze zwischen Glauben und Irren.

Wer glaubt einem jungen Mann, der behauptet, Johnny Cash zu sein oder gar Jesus?

Der Pastor, der durch die Zwischenrufe dieses Kirchenbesuchers in seiner Predigt gestört wird, ruft irgendwann die Polizei. Die bringt den vermeintlichen Jesus vielleicht in eine Klinik.

Der Psychiater nimmt sich des Falls an, orientiert sich an der Auffassung der Schulmedizin, spricht von der „Uneinfühlbarkeit“ schizophrener Verhaltens und verordnet Medikamente, mehr nicht. Verständnissvoll zuzuhören hingegen hieße für ihn, sich in diesen Wahn einbeziehen zu lassen - ein höchst anstrengendes Geschehen für einen aufgeklärten Mediziner.

Psychotherapeuten ihrerseits machen in der Regel einen großen Bogen um psychotisch Erkrankte, ihr Arbeitsfeld sind die Neurosen.

Doch vermehrt spielt in der Therapie die „Klientenkompetenz“ eine Rolle. Nicht der Therapeut besitzt demzufolge die Weisheit, ein Problem zu lösen, eine Krankheit zu heilen, sondern der Kranke selbst. So zum Beispiel halten es Musik-Sozialtherapeuten. Die Phantasie und das Erleben ist kein fröhliches Bleigießen für Therapeuten mehr, sondern „geistiges Eigentum“ des Klienten. Der Traum von einem hohen Turm muss dann nicht mehr zwangsläufig auf eine sexuelle Problematik schließen lassen.

Keine Kernspintomographie und kein analytisches Gebäude mit Narziss und Ödipus war für die Heilerfolge des Neuen Testaments nötig, sondern „nur“ christlicher Glauben. Ohne eine wissenschaftsfeindliche Position damit einzunehmen, sind doch zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: Seelsorger und Therapeuten müssen dem Gegenüber in seinen Empfindungen zu glauben lernen und ihm so ermöglichen, selbst wieder zu glauben. Diese Erkenntnis, die viel mit Vertrauen und Zutrauen in den Kranken zu tun hat, ist so alt wie Jesu Wort: „Steh auf, nimm dein Bett und wandle!“

Es ist ein bescheidender, aber entscheidender Beitrag zur Genesung, Menschen wie Johnny vorbe-

haltlos zu begleiten und an ihren Weg zu glauben. Wichtig ist es, ihre Empfindungen, Gedanken und Gefühle nicht in Frage zu stellen. Ihre Wahrheiten mögen sich ein wenig ordnen, indem man aus der Dissonanz ihrer musikalischen Begleitung eine Harmonie formt.

Diese kleinen Drehungen an dem Wirbelbett von Johnnys Gitarre erlaubten ihm, seinen Kampf zu beenden, sich in die schützende Klinik zu begeben: Eine psychiatrische Krisenintervention mit musiktherapeutischen Mitteln - nicht ohne weiteres auf andere Patienten übertragbar.

Dr. Bernd Volckart

**MASSREGELVOLLZUG.
DAS RECHT DES VOLLZUGS DER UNTERBRINGUNG NACH §§ 63, 64 StGB
IN EINEM PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUS UND IN EINER ENTZIEHUNGSANSTALT.
Mit den Gesetzen der Bundesländer im Anhang,
5. Auflage, Luchterhand, Neuwied-Kriftel-Berlin 1999**

Auszug S. 100-102

1.2.3 Religionsausübung

1.2.3.1 Grundgesetz und Weimarer Reichsverfassung

Die Religionsausübung ist in doppelter Hinsicht verfassungsrechtlich geschützt: Erstens haben die Patienten nach Art. 4 Abs. 1, Abs. 2 GG ein Recht auf ungestörte Religionsausübung und auf ausreichende seelsorgerische Betreuung, aber auch ein Recht darauf, solche Betätigung abzulehnen, ohne daß ihnen daraus Nachteile erwachsen dürfen. Zweitens haben die Religionsgesellschaften nach Art. 140 GG, Art. 141 WRV einen Anspruch auf Betätigungsfreiheit auch im psychiatrischen Krankenhaus. Dieses Recht ist nach modernem Verfassungsverständnis nicht auf das bloße Gewährenlassen, sondern auf Zusammenarbeit gerichtet.

Religiöse Betreuung ist nicht auf die religiöse Verkündigung und auf den rituellen Bereich beschränkt. Für die katholische wie die evangelische Kirche erstreckt Seelsorge sich auf Diakonie und die Tätigkeit der kirchlichen Werke, also auf Sozialpädagogik und Sozialarbeit (vgl. AKStVollzG, Feest/Huchting §§ 53 Rz. 6; 157 Rz. 1 ff.).

Hieraus ist zu folgern:

Krankenhausseelsorger müssen vom Krankenhaus hereingelassen und es muß ihnen ein Spielraum für ihre Betätigung gegeben werden. Das ist durch Besuche des Pfarrers denkbar. Die Kirchen können aber auch hauptamtliche Krankenhauspfarrer bestimmen. Es ist verfassungsrechtlich möglich und kann durch Landesrecht eingeführt werden, daß die Krankenhauspfarrer vom Land besoldet werden, auch als Landesbeamte.

Da Art. 140 GG, Art. 141 WRV auch für die kirchlichen Wohlfahrtsverbände und deren Sozialarbeit gilt, haben auch deren qualifizierte Kräfte, z. B. Diakone, ein Recht auf Zulassung und auf einen Betätigungsspielraum; gesetzliche Regelungen wie für die Pfarrer sind grundsätzlich auch für diese Mitarbeiter möglich. Ein nicht unerheblicher Teil der Freizeitgestaltung der Patienten, aber auch der darüber hinausgehenden sozialarbeiterischen Betreuung, kann danach den vorhandenen kirchlichen Mitarbeitern überlassen werden. Pfarrer wie Diakone können grundsätzlich in den normalen Betrieb des Krankenhauses eingegliedert werden, etwa indem sie an den Stationskonferenzen teilnehmen und ihre Auffassung zur Geltung bringen (vgl. Schmid 1981, S. 54).

In der Praxis können allerdings bedeutende Schwierigkeiten auftreten:

- Wo intensive kirchliche Arbeit geleistet wird, dürfen diejenigen Patienten, die daran aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen nicht teilnehmen wollen, nicht benachteiligt werden. Die staatliche Krankenhausverwaltung muß also ähnlich attraktive Programme anbieten.
- Gleichwertige Aktivitäten der staatlichen Krankenhausverwaltung sind vor allem auch deshalb notwendig, damit von den kirchlichen Angeboten kein faktischer Druck ausgeht, sich religiös zu betätigen. Noch weniger darf das Krankenhaus solchen Druck positiv ermöglichen oder verstärken. Denn niemand darf zu religiösen Übungen gezwungen werden (Art. 140 GG, 136 Abs. 4 WRV). Die Patienten dürfen hierin nicht behandelt werden, als wären sie in Freiheit und könnten sich den religiösen Aktivitäten ohne weiteres durch Fernbleiben entziehen.

- Das psychiatrische Krankenhaus ist eine Verwaltungsbehörde. Als Behörde ist es, soweit nicht bestimmte Entscheidungen einem Kollegium übertragen sind, monokratisch aufgebaut. Unbeschadet der Möglichkeit der Delegation von Entscheidungen an nachgeordnete Beamte ist der Leiter des Krankenhauses als Träger der Willensbildung der Behörde für deren gesamtes Handeln verantwortlich. Aus diesem Grunde kann es zu grundsätzlichen Konflikten mit dem Krankenhauspfarrer kommen. Denn der Staat darf in die seelsorgerische Tätigkeit nicht eingreifen, die Kirchen sind hierin vor staatlichen Eingriffen geschützt (Art. 140 GG, 141 WRV). Wenn der Krankenhauspfarrer für die Arbeit des Krankenhauses ein anderes Konzept verfolgt als dessen Leiter, so sind die dadurch auftretenden Schwierigkeiten m. E. rechtlich nicht lösbar.

1.2.3.2 Teilnahme an religiösen Veranstaltungen und Besitz von Gegenständen des religiösen Gebrauchs

Die Patienten haben ein Recht darauf, an den religiösen Veranstaltungen ihres Bekenntnisses teilzunehmen, wenn der Seelsorger dem zustimmt. Dieses Recht geht den anderen Belangen des Krankenhauses vor. Ich halte es im Gegensatz zu der Regelung des § 54 Abs. 3 StVollzG (Möglichkeit des Ausschlusses von Strafgefangenen aus Gründen der Sicherheit und Ordnung) für verfassungsrechtlich unzulässig, den Gottesdienstbesuch zu beschränken, wenn der Seelsorger den Patienten zulassen will.

Das Recht der Patienten, Gegenstände des religiösen Gebrauchs zu besitzen, geht weiter als das allgemeine Recht zum Besitz von Sachen (vgl. Abschnitt 1.1.2.1). Man wird hier nur aus Sicherheitsgründen beschränken dürfen, also beispielsweise Kerzen ausschließen können, wenn der Patient dazu neigt, seinen Ärger in sich aufzustauen und seinen Aggressionen dann durch Brandstiftung Luft zu machen (vgl. für den Strafvollzug LG Zweibrücken NSTZ 1985, 142).

1.2.3.3 Andere Religionen und Weltanschauungsvereinigungen

Das für die christlichen Kirchen Gesagte gilt auch für andere Religionsgesellschaften und für Vereinigungen, die sich die gemeinschaftliche Pflege einer Weltanschauung zur Aufgabe machen (Art. 140 GG, 137 Abs. 7 WRV). Danach ist die Einhaltung religiöser Speisegebote zu gewährleisten (vgl. Abschnitt 1.1.1.3), die Patienten müssen auch sonst Gelegenheit haben, religiöse Gebote zu erfüllen. Konflikte können sich ergeben, wenn ein Patient einer der sog. Jugendsekten oder Jugendreligionen anhängt. Bei diesen Vereinigungen verbirgt sich hinter der Fassade eines religiösen Zusammenschlusses regelmäßig Ausbeutung der Mitglieder durch den Leiter, meistens Machtmißbrauch und oftmals Kriminalität. Sie sind nicht als Religionsgesellschaften im Rechtssinne anzuerkennen und stehen mithin unter keinem besonderen Schutz. Die Krankenhäuser werden einen Patienten, der einer solchen Gruppe anhängt, allenfalls gewähren lassen können, wenn davon für die anderen Patienten keine Nachteile drohen und wenn dies der beste Weg ist, ihn wieder davon abzubringen. Zur Scientology Church, die weder Religionsgesellschaft noch Weltanschauungsvereinigung ist, sondern ein Wirtschaftsunternehmen, und zu der von ihr beherrschten »Kommission für Verstöße gegen Menschenrechte in der Psychiatrie« vgl. Abschnitt 1.1.3.1.

1.2.3.4 Die Regelungen der Landesgesetze

Die verfassungsrechtlichen Regelungen machen landesrechtliche Vorschriften weitgehend überflüssig. Eine praktische Bestimmung ist allenfalls, den Zugang zu Veranstaltungen eines religiösen Bekenntnisses, dem der Patient nicht angehört, von der Zustimmung von dessen Seelsorger abhängig zu machen.

Bln § 32; Bbg § 22; HH § 19; He §§ 30-32; MeVo § 25; Nds § 10; NRW § 11; Rh-Pf § 8; Saar § 18; SaAn § 14; Thü § 16.

Berlin

§ 32 Religionsausübung

Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an den Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen.

Brandenburg

§ 22 Freiheit der Religionsausübung

(1) Die untergebrachte Person hat das Recht, innerhalb der Einrichtung an den Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen und ihren Glauben gemäß den Regeln ihrer Glaubensgemeinschaft zu praktizieren.

(2) Besitz und Erwerb von Gegenständen des religiösen Gebrauchs sind frei.

(3) Eine Einschränkung dieser Rechte ist nur unter den Voraussetzungen des § 20 Abs 1 zulässig. § 21 Abs 2 gilt entsprechend.

§ 20 Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur zulässig, wenn die gegenwärtige und erhebliche Gefahr besteht, daß die untergebrachte Person sich selbst oder andere tötet oder ernsthaft verletzt oder die Einrichtung ohne Erlaubnis verläßt, und wenn dieser Gefahr nicht mit anderen Mitteln begegnet werden kann. Sie dürfen nur ärztlich angeordnet werden. Besondere Sicherungsmaßnahmen sind vorher anzudrohen und zu begründen. Auf die ärztliche Androhung und die Anordnung darf nur bei Gefahr im Verzuge verzichtet werden. Die ärztliche Zustimmung ist unverzüglich nachzuholen. Die Vorschrift des § 1906 Abs. 4 Bürgerliches Gesetzbuch bleibt unberührt.

§ 21 Besitz und Erwerb von Sachen

(2) Die Einschränkungen gemäß Absatz 1 sind von der Leitung der Einrichtung anzuordnen und der untergebrachten Person gegenüber zu begründen. Bei Gefahr im Verzuge gelten die Vorschriften des § 20 Abs. 1 Satz 3 bis 5 entsprechend. Anordnung, Begründung und Dauer der Einschränkungen sind zu dokumentieren. Die Unterrichtungspflicht des § 20 Abs. 3 Satz 4 gilt entsprechend.

Hamburg

§ 19 Religionsausübung

(1) Der Patient ist berechtigt, innerhalb der Vollzugseinrichtung an Gottesdiensten und sonstigen religiösen Veranstaltungen seiner Religionsgemeinschaft teilzunehmen. An Veranstaltungen anderer Religionsgemeinschaften kann er teilnehmen, wenn deren Seelsorger zustimmt.

(2) Der Patient kann von der Teilnahme an religiösen Veranstaltungen ausgeschlossen werden, wenn andernfalls der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung gefährdet werden würde.

(3) Als Religionsgemeinschaften gelten auch Zusammenschlüsse von Personen eines gleichen weltanschaulichen Bekenntnisses.

Hessen

§ 30 Seelsorge

(1) Dem Untergebrachten darf religiöse Betreuung durch einen Seelsorger seiner Religionsgemeinschaft nicht versagt werden.

(2) Der Untergebrachte darf grundlegende religiöse Schriften besitzen. Sie dürfen ihm nur bei grobem Mißbrauch entzogen werden.

(3) Dem Untergebrachten sind Gegenstände des religiösen Gebrauchs in angemessenem Umfange zu belassen.

§ 31 Religiöse Veranstaltungen

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung des Maßregelvollzuges am Gottesdienst und an den religiösen Veranstaltungen seiner Religionsgemeinschaft teilzunehmen.

(2) Zu dem Gottesdienst oder zu religiösen Veranstaltungen einer Religionsgemeinschaft, der der Untergebrachte nicht angehört, wird er zugelassen, wenn deren Seelsorger zustimmt.

(3) Der Untergebrachte kann von der Teilnahme am Gottesdienst oder anderen religiösen Veranstaltungen ausgeschlossen werden, wenn dies aus zwingenden Gründen der Sicherheit oder Ordnung

geboten ist; der Seelsorger soll vorher gehört werden.

§ 32 Weltanschauungsgemeinschaften

Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die §§ 30 und 31 entsprechend.

Mecklenburg-Vorpommern

§ 25 Religionsausübung

Die Betroffenen sind berechtigt, innerhalb der Einrichtung an Gottesdiensten und sonstigen religiösen Veranstaltungen ihrer Religionsgemeinschaft teilzunehmen, soweit diese angeboten werden. An Veranstaltungen anderer Religionsgemeinschaften können sie teilnehmen, wenn deren Seelsorger oder Seelsorgerin zustimmt.

Niedersachsen

§ 10 Seelsorge

(1) Dem Untergebrachten ist Gelegenheit zu geben, Seelsorge durch eine im Inland bestehende Kirche oder andere Religionsgemeinschaft in Anspruch zu nehmen. Bei Beschränkungen, insbesondere denjenigen des Besuchs, des Schriftwechsels, der Teilnahme an Veranstaltungen sowie des Besitzes und des Erwerbs von Sachen, ist auf das Bedürfnis nach Seelsorge Rücksicht zu nehmen.

(2) Die Einrichtung soll die dem Untergebrachten geltenden seelsorgerischen Bemühungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kirchen und Religionsgemeinschaften fördern, soweit die Ziele der Unterbringung dies zulassen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die der Seelsorge vergleichbare Betreuung von Untergebrachten durch eine den Religionsgemeinschaften gleichstehende Weltanschauungsvereinigung sinngemäß.

Nordrhein-Westfalen

§ 11 Religionsausübung

(1) Dem Patient darf seelsorgerische Betreuung, Teilnahme an Veranstaltungen in der Einrichtung und in angemessenem Umfang Besitz an grundlegenden Schriften und anderen kultischen Gegenständen im Rahmen seiner Religionsgemeinschaft oder seines weltanschaulichen Bekenntnisses nicht versagt werden.

(2) Aus zwingenden Gründen seiner Behandlung und eines geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung darf der Patient von Veranstaltungen ausgeschlossen werden. Hiervon ist der Seelsorger vorher in Kenntnis zu setzen. Der Besitz an kultischen Gegenständen und Schriften kann aus diesen Gründen eingeschränkt werden.

Rheinland-Pfalz

§ 8 Ausübung religiöser und weltanschaulicher Bekenntnisse

(1) Dem untergebrachten Patienten ist religiöse Betreuung durch einen Seelsorger einer Religionsgemeinschaft und ungestörte Religionsausübung in der Einrichtung zu gestatten. Aus zwingenden Gründen der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung kann die Teilnahme am Gottesdienst oder anderen religiösen Veranstaltungen eingeschränkt werden; der Seelsorger soll hierzu vorher gehört werden.

(2) Absatz 1 gilt für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse entsprechend.

Saarland

§ 18 Religionsausübung

(1) Dem Patienten darf seelsorgerische Betreuung, ungestörte Religionsausübung in der Einrichtung und in angemessenem Umfang Besitz an Schriften und anderen kultischen Gegenständen einer Religionsgemeinschaft oder eines weltanschaulichen Bekenntnisses nicht versagt werden.

(2) Der Patient hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an den religiösen Veranstaltungen seiner Religionsgemeinschaft teilzunehmen. Für die entsprechenden Voraussetzungen ist Sorge zu tragen.

(3) Aus zwingenden Gründen seiner Behandlung und der Sicherheit oder des geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung kann der Patient von Veranstaltungen ausgeschlossen und der Besitz an kultischen Gegenständen und Schriften eingeschränkt werden. Der Seelsorger soll hierzu vorher gehört werden.

(4) Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

Sachsen-Anhalt

§ 14 Religionsausübung

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen.

(2) Religions- und Glaubensgemeinschaften ist die Möglichkeit einzuräumen, innerhalb der Einrichtung Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen abzuhalten, soweit die Besonderheiten der Einrichtung und Behandlungserfordernisse nicht entgegenstehen.

Thüringen

§ 16 Religionsausübung

Der untergebrachte psychisch Kranke hat das Recht, in der Einrichtung an Veranstaltungen seiner Religionsgemeinschaft teilzunehmen. Er kann von der Teilnahme ausgeschlossen werden, wenn dies wegen seines Gesundheitszustandes oder der Sicherheit der Einrichtung geboten ist. In solchen Fällen soll eine von der Religionsgemeinschaft für die Seelsorge beauftragte Person gehört werden.

Reader GefängnisSeelsorge

Seit Anfang 1994 erscheint in loser Folge im Selbstverlag der Evangelischen Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland die vom Beauftragten der EKD für Seelsorge in den Justizvollzugsanstalten herausgegebene Schriftenreihe.

Sie ist in erster Linie als Arbeitsmaterial für Theorie und Praxis der Gefängnisseelsorge gedacht und geht allen haupt- und nebenamtlichen Gefängnisseelsorgerinnen und -seelsorgern im Bereich der Evangelischen Kirche in Deutschland und darüber hinaus einem wachsenden Kreis von Beziehern und Bezieherinnen im In- und Ausland zu.

Gegen Erstattung des Selbstkostenpreises (s.u.) zuzüglich der Versandkosten (3,00 DM / 2,00) kann der **Reader GefängnisSeelsorge** in der Geschäftsstelle der Konferenz, die mit dem Büro des Beauftragten verbunden ist, bestellt werden.

Bisher erschienen sind:

- R GS 1/94:** Aktuelle Texte zur Konzeption von Gefängnisseelsorge. 30 S.,
(2. Aufl. 1999) 3,00 DM / 1,50
- R GS 2/94:** Seelsorgerliche Verschwiegenheit, 33 S., 3,00 DM / 1,50
(2. Aufl. 2000)
- R GS 3/94:** Als Mann und Frau, Seelsorgerin und Seelsorger im Gefängnis, 37 S.
(vergriffen)
- R GS 4/95:** Gefängnisseelsorge - Anpassung oder Verweigerung,
Partizipation oder Dissidenz, 57 S., 5,00 DM / 2,50
- R GS 5/95:** Auf dem Weg der Solidarität. Zeitgeschichtliche Beiträge
(2. Aufl. 1999) zur Gefängnisseelsorge, 56 S., 5,00 DM / 2,50
- R GS 6/96:** Blick' (nicht) zurück im Zorn. Gefängnisseelsorge im Prozeß des
(vergriffen) Zusammenwachsens von Ost und West, 94 S.
- R GS 7/96:** Täter-Opfer-Ausgleich im Strafvollzug
Perspektiven und Grenzen von Tatabaufarbeitung und Schadens-
wiedergutmachung für Opfer und Täter/innen, 94 S., 8,00 DM / 4,00
- R GS 8/97:** Menschenbilder im Strafvollzug
Beiträge zur Reflexion von Anspruch und Wirklichkeit
des Strafvollzugs und der Gefängnisseelsorge, 69 S., 6,00 DM / 3,00
- R GS 9/99:** Genügt nicht einfach ein weites Herz? Konzeptions-
Entwürfe für die Seelsorge im Gefängnis, 74 S., 8,00 DM / 4,00
- R GS 10/01** Beiträge zur Seelsorge im Maßregelvollzug, 43 S., 5,00 DM / 2,50

Für weiteres Material aus dem Selbstverlag der Konferenz fordern Sie bitte einen Bestellschein an.

Eine umfangreiche Sammlung von Fachliteratur befindet sich in der
Fachbücherei für Gefängnisseelsorge im Predigerseminar Celle,
Berlinstr. 4, 29223 Celle, ☎ (05141) 957624