

The slide features a grey header with the 'medbo' logo in the top right corner. The main content area is white with the title 'Forensik Regensburg' in bold. Below the title is a bulleted list of statistics. A yellow horizontal bar at the bottom contains the website address 'www.medbo.de'.

medbo


## Forensik Regensburg

- 200 Patienten stationär; 350 ambulant
- $\frac{3}{4}$  der Patienten nach §64 untergebracht

www.medbo.de

Über einen mittleren Zeitraum betrachtet ist die Entwicklung des § 64 StGB (des „64ers“) sehr dynamisch, geradezu expansiv. Da sich die Unterbringungsauern nicht wesentlich geändert haben, ist die Zunahme der Anordnungen entscheidend. Hierfür wiederum waren einige BGH-Urteile maßgeblich, und die entscheidende Formulierung lautet: „Aufgrund seiner psychischen Abhängigkeit sozial gefährdet oder gefährlich ....“. Der BGH hat die Türen zum 64er also doch sehr weit geöffnet. Wenn ich mich hier umsehe, glaube ich, dass auch unter uns hier einige Zuhörer in irgendeiner Weise „sozial gefährdet oder gefährlich wegen einer psychischen Abhängigkeit“ sind. Wichtig erscheint mir, dass es große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern gibt, dies betrifft sowohl die Häufigkeit der Anordnungen als auch die Quote der Erledigungsanträge. Die sehr hohe Zahl von Anordnungen in Bayern hängt sicher auch damit zusammen, dass in Bayern bereits bei sehr geringen BTMG-Verstößen hohe Haftstrafen verhängt werden, die den Weg in den 64er

öffnen. Konstatieren müssen wir, dass Haftstrafen und 64er-Anordnungen sehr davon abhängen, in welchem Bundesland sie leben. Ein durchgehender Trend geht hin zur Anordnung des 64ers bei voll schulfähigen Patienten. Häufig beobachten wir, dass nicht-stoffgebundene Süchte als Nebendiagnosen bestehen. Mein persönlicher Eindruck ist auch, dass bei 64er-Anordnungen oft nicht die Sucht im Zentrum des Geschehens steht sondern diese wiederum nur Begleiterscheinung eines Lebensstils ist: In bestimmten Subkulturen gehört der Gebrauch von Suchtstoffen einfach dazu. Von einem Kollegen, der sich besonders mit jugendlichen Suchtkranken auseinandersetzt, habe ich gehört, dass viele Jugendliche zum Beispiel Freizeitbeschäftigungen im Sinne von Partys oder Sex ohne illegale Drogen gar nicht mehr kennen. In meiner Klinik wiederum finden sich viele sehr biedere Oberpfälzer, die sich gegen Anforderungen ihres Chefs nicht abgrenzen können und zur Leistungssteigerung Crystal konsumiert haben.



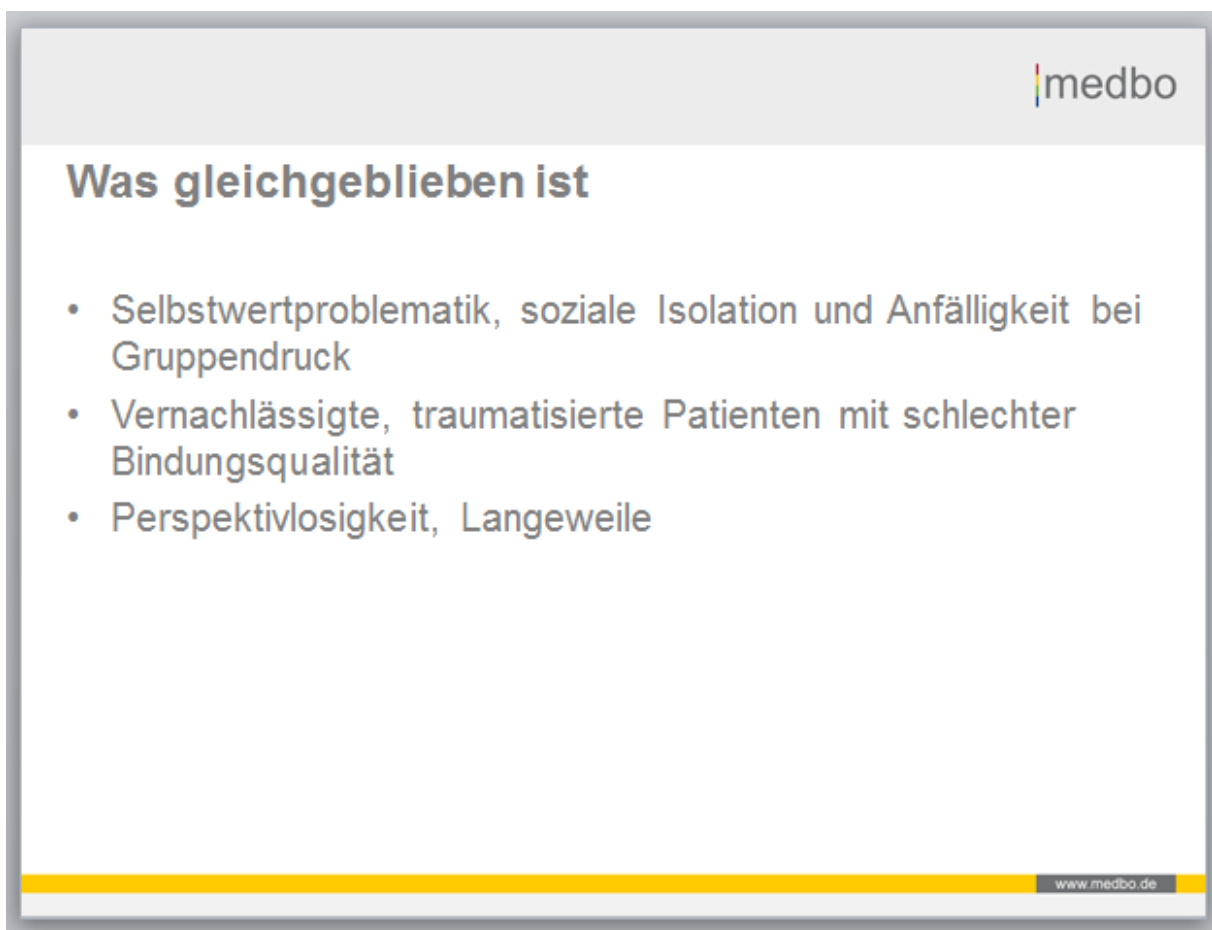
## Quantitative und qualitative Änderungen des Klientels

- 2014 bundesweit 3800 Untergebrachte (seit 1996 verdreifacht);
- BGH -Urteile: „...aufgrund seiner psychischen Abhängigkeit sozial gefährdet oder gefährlich...“
- Regionale Unterschiede: in Bayern fast 3x so viele Unterbringungen pro 100 000 Einwohner wie in NRW (??)
- Vermehrt schulfähige Patienten, nichtstoffgebundene Süchte als Nebendiagnose
- Sucht als Teil des Lebensstils (Rockerclubs, Rotlichtmilieu, Leistungssteigerung (Arbeit, Party, Sex))

[www.medbo.de](http://www.medbo.de)

Vieles ist aber auch gleichgeblieben in der Zusammensetzung unseres Klientels: Die meisten Patienten haben eine deutliche Selbstwertproblematik, sind bindungsgestört

und oft sozial isoliert und deshalb sehr anfällig auch für gruppendynamische Prozesse. Bei genauerem Nachfragen findet sich, dass sehr viele Patienten vernachlässigt und traumatisiert sind, oft finden sich die Traumatisierungen auch in den vorhergehenden Generationen (transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen und entsprechenden Schädigungen). Nicht neu ist auch, dass viele Patienten sozial sehr wenig Perspektiven haben und unter Langeweile beziehungsweise der Unfähigkeit leiden, mit sich und ihrer Zeit etwas anzufangen.



The slide features a grey header with the 'medbo' logo in the top right corner. The main content area is white with a bold title 'Was gleichgeblieben ist' and a list of three bullet points. A yellow horizontal bar at the bottom contains the website address 'www.medbo.de'.

medbo

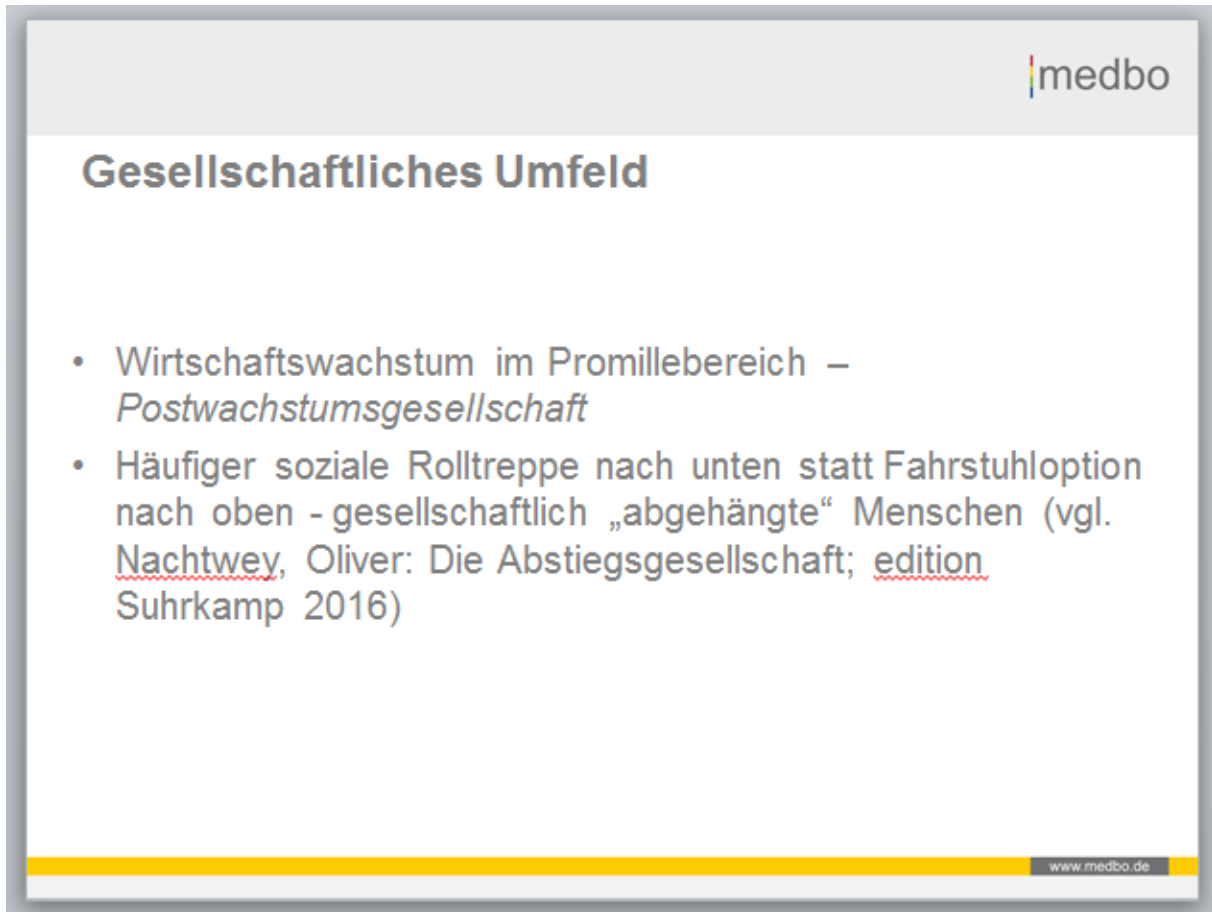
## Was gleichgeblieben ist

- Selbstwertproblematik, soziale Isolation und Anfälligkeit bei Gruppendruck
- Vernachlässigte, traumatisierte Patienten mit schlechter Bindungsqualität
- Perspektivlosigkeit, Langeweile

www.medbo.de

Wir bewegen uns in einem gesamtgesellschaftlichen Rahmen und unsere Gesellschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten ebenfalls geändert, was wir berücksichtigen sollten: Im Unterschied zum Deutschland der Wirtschaftswunderzeit haben wir mittlerweile nur ein sehr geringes Wirtschaftswachstum und die Aufstiegsmöglichkeiten durch Bildung oder Leistung nach oben sind für viele nicht mehr vorhanden. Eher umgekehrt: Wir haben in unserer Gesellschaft mittlerweile einen großen Anteil von Menschen, die gesellschaftlich abgehängt sind oder sich zumindest so fühlen. Deren Perspektive oder begründete Angst ist eher die einer

sozialen Rolltreppe nach unten, besonders dann, wenn Schicksalsschläge wie Arbeitslosigkeit, Krankheit, nicht gewünschte Kinder oder auch nur Alter hinzukommen.



The slide features a grey header with the 'medbo' logo in the top right corner. The main content area is white with a bold title 'Gesellschaftliches Umfeld'. Below the title is a bulleted list with two items. The first item is 'Wirtschaftswachstum im Promillebereich – Postwachstumsgesellschaft'. The second item is 'Häufiger soziale Rolltreppe nach unten statt Fahrstuhloption nach oben - gesellschaftlich „abgehängte“ Menschen (vgl. Nachtwey, Oliver: Die Abstiegsgesellschaft; edition Suhrkamp 2016)'. A yellow horizontal bar is at the bottom, with the website 'www.medbo.de' on the right side.

medbo

## Gesellschaftliches Umfeld

- Wirtschaftswachstum im Promillebereich – *Postwachstumsgesellschaft*
- Häufiger soziale Rolltreppe nach unten statt Fahrstuhloption nach oben - gesellschaftlich „abgehängte“ Menschen (vgl. Nachtwey, Oliver: Die Abstiegsgesellschaft; edition Suhrkamp 2016)

www.medbo.de

Der Hinweis auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unseres Arbeitens ist mir wichtig, weil die zunehmende Aufspaltung der Gesellschaft in reich und arm an den Themen, die uns hier interessieren, nicht folgenlos vorbeigeht.

## Reich und arm und die Folgen

- Gesellschaften mit großer Einkommensungleichheit haben
  - höheren Konsum illegaler Drogen
  - Zunahme von Gewaltverbrechen:

„Gewalttaten bedeuten den Versuch, ein Gefühl der Erniedrigung .. abzuwehren...“

Berühmtes Experiment:

„Die dominanten Affen holten sich ..viel weniger Kokain .. als die unterlegenen Artgenossen ... die brauchten offenbar die Droge, um ihren Statusverlust zu ertragen“

Vgl. Wilkinson; Pickett: Gleichheit ist Glück; Berlin 2009

Eine sehr ungleiche Gesellschaft hat eine Menge an sozialen, unerwünschten Folgen und es ist etwas anderes, ob jemand arm in einer Gesellschaft ist, in der viele andere ebenfalls arm sind oder in einer Gesellschaft, in der jeden Tag einige Protzautos an ihm vorbeifahren und im Fernsehen der Lebensstil der Superreichen zelebriert wird. Bei vielen stellt sich ein Gefühl der Erniedrigung ein und dieses muss auch mit sehr ungünstigen Mitteln von vielen abgewehrt werden. Hinzuweisen ist auf das berühmte Experiment mit Schimpansen, das den meisten hier wahrscheinlich bekannt ist. Kurz zusammengefasst hat sich gezeigt, dass dominante Tiere weitaus seltener Drogen konsumierten als die subalternen Tiere, die den Konsum offenbar brauchten, um ihre beschämende Stellung besser ertragen zu können.

## Interne Entwicklungen: Abschied vom Alles-oder-nichts-Prinzip

- Rückfallbearbeitung statt „Rausschmiss“
- Substitution von Opiatabhängigen
- Teilerfolge!!!
- „Begleitung“ als Prinzip der aufsuchenden Nachsorge

Neben den Rahmenbedingungen hat sich aber auch die Arbeit innerhalb der 64er-Maßregelvollzugskliniken in den letzten Jahren deutlich gewandelt: Wir haben gelernt, auch mit kleinen Erfolgen zufrieden zu sein, manchmal ist es bereits ein Erfolg, wenn einem Patienten medizinisch insoweit geholfen werden kann, dass er überlebt oder seine Erkrankung nicht exacerbieren. Das Ziel der lebenslänglichen, unverrückbaren Abstinenz wird so selten erreicht, dass dieser Abschied vom alles-oder-nichts-Prinzip zwangsläufig war. Rückfälle werden bearbeitet, obwohl es auch heute wohl noch Kliniken gibt, die Suchtpatienten nach einem Rückfall rausschmeißen. Das Praktizieren einer leitliniengerechten Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen war in Bayern besonders schwierig, da dort bei dieser Thematik zum Teil doch sehr heftige ideologische Kämpfe ausgefochten werden mussten. In manchen Köpfen schwirren da wohl noch Erziehungsideale aus sehr vergangenen Zeiten herum: Härte und Selbstdisziplin als deutsche Tugenden. Die Ziellatte für die stationäre Behandlung konnte auch deshalb deutlich gesenkt werden, da es gelingt, im Zuge der aufsuchenden Nachsorge Patienten soweit zu stabilisieren, dass sie trotz Schwierigkeiten und Rückfällen zumindest straftatfrei bleiben.

Von ähnlich hoher Bedeutung ist die zunehmende Individualisierung der Therapie im 64er. Es wird nicht mehr die Polytoxikomanie von Zimmer 7 behandelt, sondern Herr Müller, der eine eigene Lebensgeschichte, eine eigene Suchtgeschichte und eine eigene Delinquenzgeschichte hat! Auch wenn es von den Mitarbeitern etwas mehr Anstrengung erfordert als die Anwendung eines Diagnoseschemas, wird in Regensburg von den Mitarbeitern erwartet, dass sie für jeden einzelnen Patienten eine individuelle Delinquenzhypothese aufstellen. Im Grunde geht es darum, darzustellen, dass aufgrund einer bestimmten Lebensgeschichte ein bestimmter Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt suchkrank und später eben auch delinquent geworden ist beziehungsweise werden musste.

Die Bedeutung des individualisierten therapeutischen Vorgehens wird auch von den Patienten wahrgenommen und sehr herausgestrichen: Bei Befragungen wird von Seiten der Patienten regelmäßig angegeben, dass die therapeutischen Einzelgespräche von besonders hoher Bedeutung für ihre Therapie waren. Aus organisatorischer Sicht ergibt sich hieraus meines Erachtens, dass die Patienten den Großteil ihrer Unterbringungsdauer mit *einem* Therapeuten beziehungsweise *einer* Therapeutin und *einem* Behandlungsteam verbringen sollten. Kontraproduktiv wäre es, Patienten von jeder Stufe zur nächsten in ein jeweils anderes Behandlungsteam zu verbringen. Mir persönlich ist auch aufgefallen, dass offene, verbal und kognitiv orientierte Therapieverfahren zunehmend verdrängt wurden durch handlungsorientierte, emotionsbasierte und sehr strukturierte Vorgehensweisen. Dies betrifft insbesondere die Gruppensettings.

## Individualisierung der Therapie

- Zentral: Individuelle Delinquenzhypothese
- Einzelgespräche werden von Pat. regelmäßig als besonders hilfreich hervorgehoben – Beziehungskonstanz wichtig!
- Strukturierte und handlungsorientierte Therapien

Es stellt sich natürlich die Frage, was diese Änderungen über die Jahre nun tatsächlich gebracht haben.

## Evaluation der Ergebnisqualität

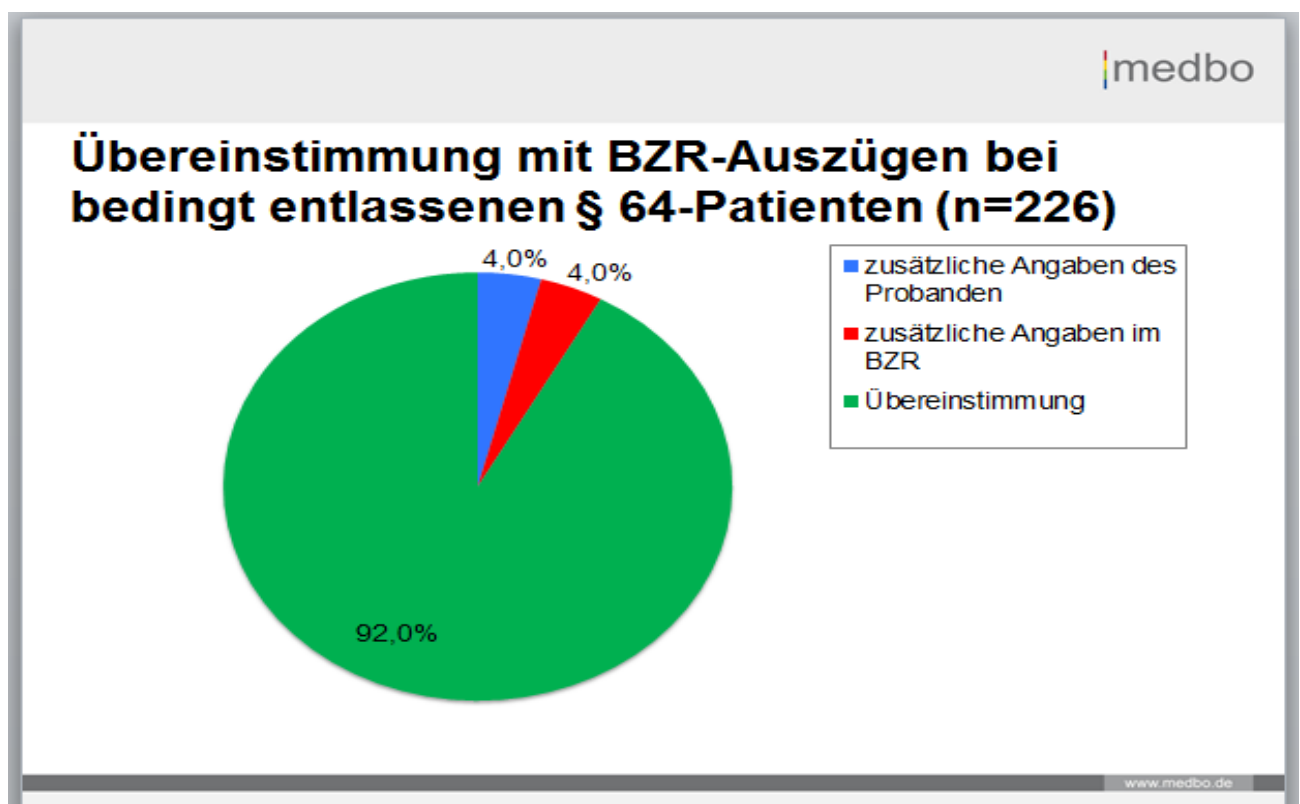
- Katamneseprojekt in Regensburg seit 2001; ausgeweitet auf ganz Bayern; Teilnahmequoten 90 bzw. 40 %
- Spezifische Methodik (*Interview*, Fremdanfragen und BZR-Auszüge)
- Wirkung auf Mitarbeitermotivation, Öffentlichkeitsarbeit und Prognosegenauigkeit, Zeichen der Wertschätzung für Patienten!!

Die Methodik unserer Ergebnisqualitätsevaluation in Regensburg hat eine Besonderheit: Neben der Erhebung fremdanamnestischer und aktuarischer Angaben führen wir mit den entlassenen Patienten ein ausführliches Interview durch. Dies



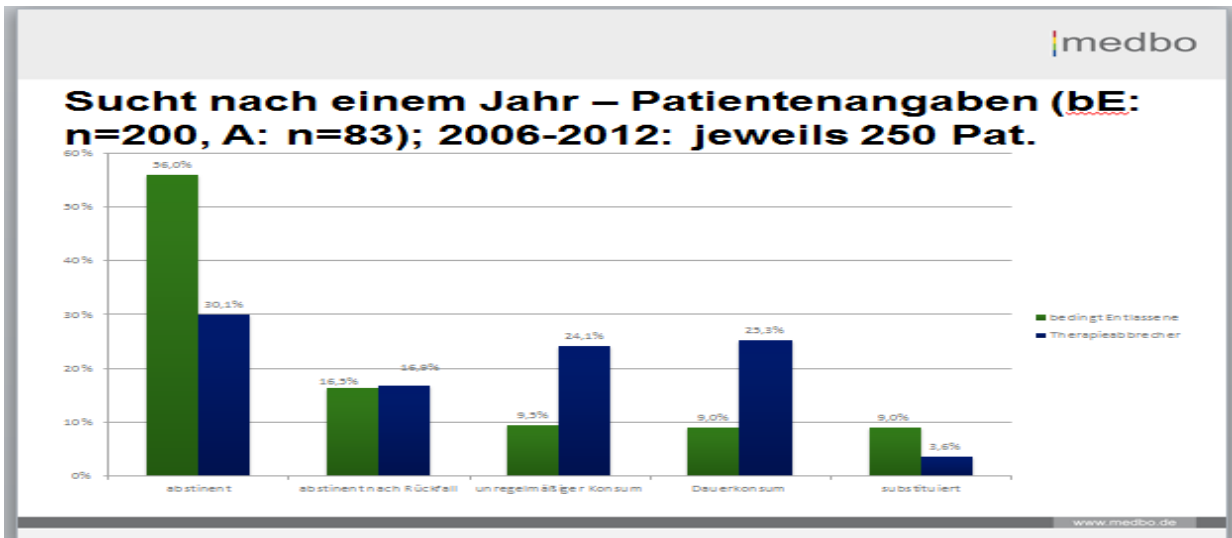
beruht auf Freiwilligkeit und wir sind stolz darauf, dass etwa 90 Prozent unserer Patienten an diesen katamnestischen Interviews teilnehmen. Unser Katamneseprojekt verfolgt verschiedene Ziele: Zum einen wollten wir einfach die Frage beantworten können, die zum Beispiel von Besuchergruppen am häufigsten gestellt wird: Was bringt das Ganze? Zum anderen wollten wir auch etwas für die Mitarbeitermotivation tun: Erfolgserlebnisse für Mitarbeiter müssen diesen auch bekanntgemacht werden, um zur weiteren Arbeitsmotivation beizutragen; wir wollten auch unsere Diagnosegenauigkeit schärfen, dazu ist es wichtig zu erfahren, wo man sich in seinen Voraussagen getäuscht hat. Mir wurde von den Mitarbeitern unterdessen häufig zugetragen, dass Patienten die katamnestischen Interviews auch als Zeichen der Wertschätzung und des Interesses ihnen gegenüber empfinden, sozusagen als Indikatoren unserer therapeutischen Kultur. Wann fragt sonst schon ein Arzt nach, was am Schluss wirklich aus der Behandlung geworden ist?

Überraschend für uns war, dass die Patienten offenbar sehr ehrlich über ihre Schwierigkeiten, Rückfälle und erneute Straffälligkeiten berichteten.

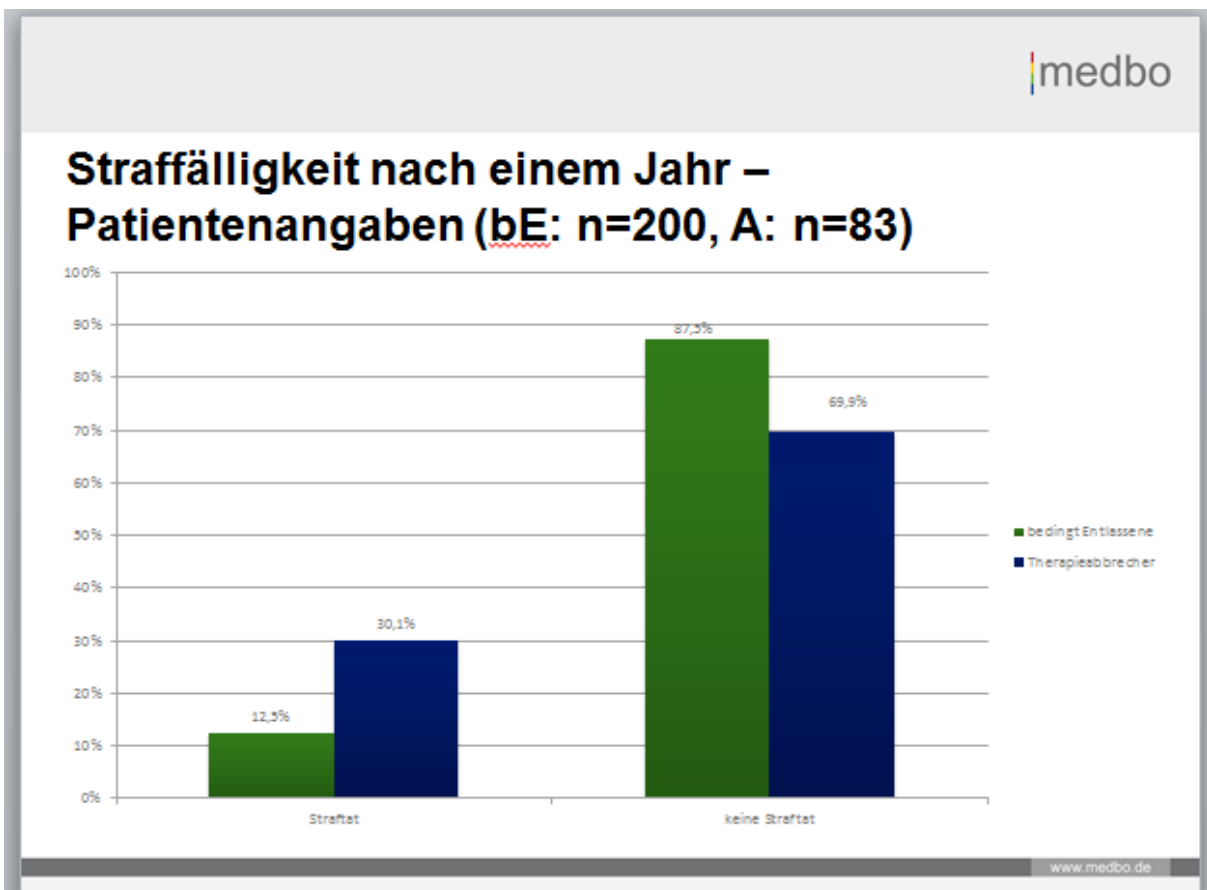


Über die vielen Jahre unserer Erhebungen haben wir natürlich einen umfassenden Datenpool angesammelt, der zu verschiedenen Fragestellungen bereits ausgewertet wurde. Auf Publikationen von Frau Dr. Bezzel und Herrn Dr. Hartl sei in diesem

Zusammenhang verwiesen. Die entscheidende Variable einer Suchtbehandlung findet sich auf der folgenden Folie:



Der Unterschied zwischen erfolgreich behandelten Patienten und Therapieerledigern ist deutlich, dies betrifft auch die andere, ebenso entscheidende Frage nach erneuten Straffälligkeiten:



Insgesamt lässt sich in Übereinstimmung auch mit anderen Ergebnisqualitätsevaluationen sagen, dass die Behandlung im 64er erfolgreich ist, Lebensqualität schafft und Straffälligkeit deutlich reduziert. Allerdings findet sich in dieser eher positiven Suppe ein ganzes Haarbüschel, nämlich die sehr hohe Quote an Erledigern. Diese ist in Deutschland noch etwa bei 50 Prozent zu sehen, in Regensburg konnte diese Quote unterdessen stark auf etwa 25 Prozent gesenkt werden durch die oben bereits angedeuteten Maßnahmen. In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich auch die Frage nach der prognostischen Genauigkeit: Kann man frühzeitig den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung zutreffend prognostizieren? Hierzu hat Querengässer Aufschlussreiches publiziert und insbesondere darauf hingewiesen, dass aus juristischen Gründen im erkennenden Verfahren bestimmte wesentliche Erfolgsfaktoren nicht berücksichtigt werden dürfen: In der Hauptverhandlung dürfen nur Faktoren der Persönlichkeit und der Tatumstände berücksichtigt werden, um einen Behandlungserfolg zu prognostizieren. Die sicherlich ebenfalls wichtigen Faktoren wie Unterstützung aus dem sozialen Umfeld dürfen nicht in die Urteilsbegründung mit einfließen. Es ist natürlich ein großer Unterschied, ob zum Beispiel das familiäre Umfeld ebenfalls suchtkrank ist und möglicherweise eine Suchttherapie auch sabotiert oder ob von Seiten des Umfeldes ein Abstinenzwunsch des Patienten unterstützt und gefördert wird. Ich möchte auch darauf hinweisen, dass der Erfolg einer Entwöhnungstherapie nicht nur vom Patienten sondern auch vom Therapeuten, vom therapeutischen Setting und von der therapeutischen Institution abhängig ist. Es gibt auch schlechte Therapeuten und schlecht arbeitende Kliniken! Dieser Faktor fällt in der prognostischen Beurteilung oft sehr geflissentlich weg.

## ABER: persistierend hohe Erlediger-quote

- Behandlungsprognose zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung „nur marginal vorhersagbar“ weil nur *Faktoren der Persönlichkeit und der Tat* zu berücksichtigen sind (juristische Vorgabe): Behandlungssetting, therapeut. Beziehung und Einstellung wichtiger Bezugspersonen zur Therapie bleiben unberücksichtigt
- Querengässer et al: Neue Wege in der Entziehungsanstalt – Reformvorschläge für den § 64 StGB; 2015
- In Regensburg Senkung von 50 auf 30 % durch vorgenannte Maßnahmen und höhere Rückfalltoleranz

Wenn wir jetzt nach vorne, nach Perspektiven schauen, dann gehe ich davon aus, dass in allen Kliniken natürlich ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess, japanisch: Kaizen, stattfindet. Zumindest hoffe ich das. Bei der immer wieder diskutierten Reform des § 64 hoffe ich, dass hier nicht das Wort *Reform* ebenfalls, wie so oft, desavouiert wird indem der Kosteneinsparungsaspekt im Vordergrund steht. Ich halte es für sehr schwierig, um nicht zu sagen für nahezu ausgeschlossen, im Milieu der bisherigen Justizvollzugsanstalten erfolgversprechende Entwöhnungstherapie - bausteine zu installieren.

Vielleicht müssen wir aber auch eigenen Wahrnehmungs- und Sichtweisen überprüfen oder verändern um zu wirklichen Fortschritten zu kommen: Beginnen möchte ich hier mit einem Zitat aus unserem Klinikkonzept:

## Lösungsaspekt von Sucht und Gewalt

Die therapeutischen Bemühungen müssen immer berücksichtigen, dass psychische Störungen nicht nur ein Problem (für den Patienten und/oder die Gesellschaft) darstellen, sondern häufig auch ein darunter liegendes Problem für den Patienten „lösen“.

(Klinikkonzept, Stand 2014)

Unter dem Begriff „psychische Störungen“ sind natürlich hier auch Suchterkrankungen subsummiert. Diesem Zitat aus unserem Klinikkonzept möchte ich eine Aussage des Bayerischen Innenministers Herrmann angesichts von erneut gestiegenen Drogentoten in Deutschland und Bayern von vor wenigen Tagen entgegenstellen: Herr Herrmann sagte dazu lapidar, dass der Kampf gegen Drogen weiter verschärft werden müsse. Sie können jetzt gerne einmal kurz die Augen schließen und die unterschiedliche Haltung zwischen diesen beiden Aussagen erfühlen. Die Vorgehensweise in unserer Klinik ist in jedem Fall nicht amerikanisch: Wenn wir ein Problem sehen, bombardieren wir es nicht sofort.

Es waren aber häufig klinische Erfahrungen, die uns dazu gebracht haben, diese Sichtweise des Konzepts anzunehmen: Wir haben einfach immer wieder gesehen, dass die Fokussierung auf das Suchtverhalten zu kurz greift, wenn man nicht die darunterliegenden Probleme und Beweggründe thematisiert und therapeutisch mitbehandelt.

Nun zu einem Satz, den ich selbst auch schon häufig so oder in ähnlicher Weise gesagt habe. Ich nenne ihn das „psychologische Dogma“

The slide features a grey header with the 'medbo' logo in the top right corner. The main title is 'Anregung: Psychologisches Dogma überwinden'. Below the title is a list of four bullet points. The first bullet point is a quote from 'Herr K.' about the difficulty of the world. The second lists therapeutic goals, with 'Resilienz' highlighted in red. The third and fourth points discuss expanding perspectives on social demands and participating in debates. A yellow horizontal bar is at the bottom, with the website 'www.medbo.de' on the right.

medbo

## Anregung: Psychologisches Dogma überwinden

- „Herr K., die Welt da draußen ist hart, manchmal ungerecht und es gibt immer wieder Stress und Konflikte. Sie müssen so an sich arbeiten, dass Sie nach der Entlassung in DIESER Welt zurechtkommen ohne rückfällig zu werden!!“
- Therapeutische Ziele: Frustrationstoleranz; Impulskontrolle; Zugang zu eigenen Gefühlen; Kontaktfähigkeit; Leistungsbereitschaft; Fitness; Abgrenzungsfähigkeit; **Resilienz**
- Perspektive erweitern auf die gesellschaftlichen Anforderungen, an denen VIELE Patienten scheitern – und zu Suchtmitteln greifen!
- Einmischen in gesellschaftliche Debatten??

www.medbo.de

Gerade bei Patienten, die auf Gott, die Welt, die Richter, die Therapeuten und die Eltern schimpfen, fühlt man sich häufig gedrängt, sie darauf hinzuweisen, dass sie *sich* ändern müssen, um in dieser, nicht immer gerechten Welt später zurechtkommen zu können. Insoweit ist dieser Satz natürlich auch richtig und korrekt. Wenn man unsere therapeutischen Zielsetzungen allerdings genauer ansieht, so merkt man schon, dass in unserer Gesellschaft vom Individuum (und wir haben eine sehr individualisierte Gesellschaft!) sehr viel verlangt wird: Der Mensch sollte fit sein, lebenslanglich lernen, beruflich mobil sein, sozial kontaktfähig sein, aber auch sich abgrenzen können, Zugang zu eigenen Gefühlen haben, sich aber auch nicht zu sentimental zeigen, mit Rückschlägen umgehen können, frustrationstolerant sein und seine Affekte und Impulse unter Kontrolle haben und und und...

Wir stellen fest, dass viele Patienten damit schlicht überfordert sind. Insoweit sollten wir in Erwägung ziehen, unsere therapeutische, Individuum- orientierte Sichtweise zu

ergänzen durch eine Betrachtung der gesellschaftlichen Umstände, die vom Einzelnen sehr viel Resilienz erfordern und oft zum gesellschaftlichen und gesundheitlichen Scheitern führt. Aufgrund unserer Erfahrungen dürfen (und müssen?) wir uns vielleicht auch in gesellschaftliche Debatten vermehrt einmischen.

Von Seiten der Juristen wird von uns eine objektive, neutrale, wissenschaftlich distanzierte Haltung gefordert. Wir sollen möglichst objektive Antworten auf meist dichotome Fragen geben: Schuldfähig oder nicht schuldfähig? Behandlung aussichtsreich oder nicht?

Aus der Therapie wissen wir, dass die Wirklichkeit aber sehr bunt ist und sehr viele Grautöne enthält. Und wir wissen aus der Psychotherapieforschung, dass eine sehr subjektive Menschlichkeit oft ein entscheidender Wirkfaktor der Psychotherapie ist. Balint hat von der *Droge Arzt* gesprochen und die Katholiken wissen, dass Glaube Berge versetzen kann. Glaube ist aber eben nicht objektives Wissen! Ich glaube schon, dass es nicht ganz leicht ist, diese beiden, zum Teil diametral verschiedenen Haltungen zu praktizieren und auseinander zu halten. Ich weiß, dass viele hier damit keine Schwierigkeiten haben, in ihren Stellungnahme objektiv sind und in der Therapie einführend oder empathisch, aber ich glaube schon, dass wir uns da manchmal auch etwas vormachen, dass also das Objektivitätsdogma unsere therapeutische Haltung kontaminiert und unsere therapeutische Wirkung reduziert.

## Was wollen die Juristen von uns?

- Wir sollen neutral, wissenschaftlich-distanziert Expertise zu dichotomen Fragen abgeben (wir werden in der Rolle eines Computers gesehen)
- Wirklichkeit ist aber bunt und unsere „unsaubere“ Menschlichkeit ist ein bedeutender Wirkfaktor der Psychotherapie: „Droge Arzt“ (Balint); Glaube versetzt Berge (katholisch)
- Wie weit dürfen wir uns der juristischen reduktionistischen Sichtweise unterordnen?

Vielleicht ist es auch an der Zeit, unserer Menschbild, das natürlich christlich-abendländisch geprägt ist, einmal zu hinterfragen. Viele neue Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften zeigen ja, dass immer mehr menschliches Verhalten erklärbar ist und dass der Bereich des freien Willens möglicherweise schrumpft. Das Christentum hat immer großen Wert darauf gelegt, dass *nur wir* Menschen eine Seele haben, damit verbunden der freie Wille, die Fähigkeit, schuldhaft zu handeln und Sühne zu leisten. Wichtig ist, dass wir Menschen etwas ganz, ganz, ganz Besonderes sind im Vergleich zum Tierreich. Diese menschliche, christlich-abendländische Hybris taugt übrigens auch dazu, recht gewalttätig und destruktiv mit der Natur und besonders auch mit Tieren umzugehen.

Man könnte nun auch einmal mit der Bloodhound-Gang davon ausgehen, dass wir Menschen auch nur (besondere) Säugetiere sind. Vielleicht würde manches an unserer Arbeit und an unseren Konzepten durch eine anders geartete Sichtweise auf das Menschsein sich verändern. In diesem Zusammenhang kommen natürlich immer wieder sofort Warnungen vor der Aufgabe des Konzepts des freien Willens. Ohne dieses Konzept könne man Strafandrohungen und Sanktionen nicht rechtfertigen. Hierzu möchte ich auf einen sehr alten Autor, Holbach, verweisen, der diese Argumentation bereits widerlegt hat und der zumindest streckenweise recht amüsant zu lesen ist. Er hat im Grunde utilitaristisch argumentiert damit, dass Strafandrohungen einfach wirksam sind und deshalb praktiziert werden könnten.

### **Anregung: Diskussion des Menschenbildes**

- Sind wir Menschen wirklich so *einmalig*, mit „Seele“, „freiem Willen“, Schuld und Boshaftigkeit ausgestattet? Einem Tier schreiben wir keine „Schuld“ zu! Wir gehen aber mit der Natur ziemlich gewalttätig und destruktiv um! Unser Umgang mit der Natur beruht auf dieser Hybris!
- Vorschlag: „You and me, baby, are nothing but mammals...“ (Bloodhound Gang – The Bad Touch)
- Nebenbemerkung: Strafandrohungen wären auch ohne moralische Schuldkonzeption möglich. (vgl. Holbach: System der Natur; Eft. a. M. 1978)



## Was tun und was lassen?

- Analogie zur Personalführung: Ziel ist, die Patienten nicht zu demotivieren!
- Abwehr wird gefördert durch: Be- und Verurteilung, Reueforderungen, Kommunikation „von oben herab“!
- Derartige Angriffe auf das Selbstwertgefühl bewirken „inneres Verschließen“, Knastverhalten und Entwertung von Therapie und Therapeuten.
- Haben das ALLE Mitarbeiter verstanden?

Was können wir selbst besser machen?

In diesem Zusammenhang bin ich auf eine Aussage aus dem Bereich der Personalführung gestoßen: Als Chef müsse man die Mitarbeiter nicht motivieren, es sei bereits super gut, wenn man es schaffe, sie nicht nachhaltig zu demotivieren! Schließlich seien die Mitarbeiter ja bereits motiviert und wollen etwas bewirken. Ich glaube, dass dies nicht nur auf Mitarbeiter sondern auch auf suchtkranke Patienten zutrifft: Natürlich hat jeder Suchtkranke zumindest zwei Herzen in seiner Brust, natürlich leiden Suchtkranke und wollen ihr Leiden auch beenden. Insoweit sind sie bereits motiviert. Leichter ist vielleicht die Frage zu beantworten, wie wir es doch immer wieder schaffen, Patienten zu demotivieren. Und da sehe ich schon, dass wir durch eine ungleiche Kommunikation (nicht auf Augenhöhe!), durch Be- und Verurteilungen, Reueforderungen und Besserwissen immer wieder Patienten auch in die innere Therapie- Kündigung treiben.

Wir müssen davon ausgehen, dass unsere Patienten fast durchgehend an einem sehr brüchigen Selbstwertgefühl leiden, das gerade deshalb unter allen Umständen

aufrechterhalten werden muss. Entsprechend fühlen sich die Patienten sehr leicht von uns angegriffen, verschließen sich dann, fallen zurück in Knastverhalten oder entwerten auch unsere Therapie und uns. Gehen wir wirklich auf Augenhöhe mit unseren Patienten um? Die meisten von Ihnen werden nun das berühmte AGABUS sagen: *Alles Ganz Anders Bei Uns*. Nun, ich bin mir nicht ganz sicher, ob bei Ihnen auch wirklich alles ganz anders und besser ist: Wenn wir in den klinischen Alltag schauen, finden wir doch sehr viele Szenen, in denen wir nicht auf Augenhöhe und respektvoll mit Patienten umgehen und damit kontratherapeutisch wirken. Ich glaube nicht, dass in allen Kliniken alle Mitarbeiter das verstanden haben. Auch fällt mir auf, dass in forensischen Fachtagungen so gut wie nie Patienten mitvertreten sind, obwohl das ja bekanntlich die Betroffenen sind.

Das letzte Wort meines Vortrages soll nun ein Patient haben: In unserer Klinik sehe ich die Patienten bei Aufnahme, kurz vor Entlassung und immer dazwischen bei wesentlichen Lockerungsentscheidungen. Bei den Entlassungsgesprächen mit den Patienten stelle ich meist die sehr offene Frage, was denn nun geholfen habe, wie sie nun den Aufenthalt hier überhaupt empfunden haben oder Ähnliches. Und eine Aussage höre ich dabei in diesen oder anderen Worten relativ häufig:

## Patient beim Abschlussgespräch:

- „... ich habe mich hier am Schluss fast ein bisschen wie aufgehoben gefühlt ... wie vielleicht eine Familie ist ... eigentlich das erste mal in meinem Leben ... und dass man über Probleme reden kann das kannte ich auch nicht ...“

Beziehen wir diese Aussage eines Patienten auf uns und unsere Arbeit, so würde es eher einem Kompliment entsprechen. Beziehen wir diese Aussage allerdings auch auf unsere Gesellschaft, auf das soziale Umfeld des Patienten außerhalb der Klinik, so müssten wir sie als sehr schlechte Schulnote interpretieren.

### Dr. W. Mache

Ärztlicher Direktor  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Psychotherapeutische Medizin  
Forensische Psychiatrie  
Psychoanalyse