

Wie die DGSP zur Ausgrenzung psychisch kranker Menschen beiträgt.

Vortrag von Dr. Rudolf Heltzel beim 6. Round-Table-Fachgespräch der Bremer Werkgemeinschaft (BWG) am 15. März 2023 in Bremen.

Zusammenfassung: *In Reaktion auf das von drei Autoren verfasste DGSP-Positionspapier zur „Transformation der Maßregeln“ entwickelt der Autor eine in Thesen vorgetragene, grundsätzliche Kritik an dieser Position, die im Falle ihrer Realisierung – obwohl mit dem Siegel der „Antidiskriminierung“ versehen – zur Ausgrenzung psychisch Kranker beitragen dürfte. Sie fördert das Denken in Schwarz-Weiß-Bildern und baut fragwürdige Fronten zwischen Reform- und forensischer Psychiatrie auf. Statt die Ergebnisse der Psychiatriereform kritisch zu hinterfragen, Verantwortung für zentrale Problemlagen zu übernehmen und einen wechselseitigen, kritischen Austausch zwischen den Fächern zu befördern, erschafft sie das Feindbild einer durch und durch totalitären Forensik, die „transformiert“ (in Wahrheit: abgeschafft) werden muss.*

Am 15. März 2023 veranstaltete die Bremer Werkgemeinschaft (BWG) das 6. „Round-Table“ – Fachgespräch, das dem Thema „Quo vadis Forensik?“ gewidmet war. Es berührte zentral auch das Verhältnis von Psychiatriereform und Maßregelvollzug (MRV). Die Autoren des DGSP-Positionspapieres stellten ihre Argumentation vor, und mein hier folgendes Referat entwickelte die Gegenposition. Teilnehmende an dem sich daraus entwickelnden Austausch erlebten ihn als Beispiel einer Debattenkultur, wie es sie öfter geben sollte: inhaltlich offen und kontrovers, dabei in gegenseitigem Respekt, wertschätzend und konstruktiv geführt.

In der folgenden Stunde werde ich versuchen zu begründen, warum die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) mit ihrer Stellungnahme zur Abschaffung des Maßregelvollzuges zur Ausgrenzung psychisch kranker Menschen beiträgt. Eine solche Kritik ist starker Tobak, zumal die DGSP drei anerkannte Experten beauftragt hat, ein Positionspapier aus soziologischer, empirisch-sozialpsychologischer und juristischer Sicht zu erstellen (Feißt, Lewe, Kammeier 2022) (Anm. 1). Die Autoren haben Studien zusammengetragen und ihre Argumente wissenschaftlich begründet. Sie beziehen sich – nicht zuletzt – auf die Behindertenrechtskonvention der UN und

sprechen sich eindeutig für Gleichbehandlung psychisch kranker Menschen aus. Niemand kann ihnen ernsthaft unterstellen, wissentlich die Exklusion dieser Personengruppe anzustreben. Überhaupt sollten *kritische Einzelbefunde* des Papiers sorgfältig abgewogen und aufgenommen werden. In der forensischen Psychiatrie gibt es – bundesweit betrachtet – unbestritten viele Mängel und Missstände, manche werden im Positionspapier noch einmal genauer identifiziert, *und das ist gut so* (siehe dazu auch: Prüter-Schwarte 2021). Ungeachtet dieser Aspekte formuliere ich im Folgenden eine grundsätzliche Kritik an den Basisannahmen der DGSP-Stellungnahme und des Positionspapieres. Bevor ich damit beginne, sind mir zwei persönliche Vorbemerkungen wichtig.

Meine *erste Vorbemerkung*: Ich bin 1979 nach Bremen gekommen, nachdem das Bundesland als Modellregion der bundesweiten Psychiatrie-Reform anerkannt worden war und hier eine abseits gelegene Anstalt für Psychiatrie (das Kloster Blankenburg) aufgelöst und durch gemeindenahere Versorgungsangebote und -strukturen ersetzt werden sollte. Wie wir alle wissen, war dieses Pilotprojekt sehr erfolgreich. Das möchte ich an einem *Beispiel* verdeutlichen. Es handelt von Wolfgang, wie ich den Patienten nennen möchte: Bei ihm gab es seinerzeit Zweifel, ob er den Schritt in die Gemeinde würde schaffen können. Er war in verschiedenen Heimen aufgewachsen und in der Familie – vielleicht auch in dann nachfolgenden Einrichtungen – geschlagen und anderweitig misshandelt worden. Wolfgang litt – wahrscheinlich in Folge schwerer Traumata – unter Beeinträchtigung seiner Intelligenz, unter zeitweise paranoiden Symptomen und immer wieder auftretenden schweren Angstzuständen, die er mit bizarren Zwangsritualen in Schach hielt. Diese drehten sich alle um Toiletten. Wenn seine Ängste überhandnahmen, geriet er in Zustände der Raserei, in denen er in Wohnungen, Arztpraxen oder öffentliche Gebäude eindrang, wo er Klos kontrollierte und immer wieder Waschbecken aus der Wand riss und umherwarf. Als Sektorpsychiater wurde ich zu Krisen gerufen, die Wolfgang auf diese Weise initiierte. Später lebte er in einer betreuten WG bei mir um die Ecke, und ich supervidierte als niedergelassener Psychoanalytiker das Betreuerteam. Er hatte den Schritt von der Verwahranstalt ins ansatzweise „normale Leben“ geschafft, wenn gleich viele seiner Probleme noch immer fortbestanden. Das Team seiner WG erlebte ich als verständnisvoll, zugewandt, verlässlich, stabil, fürsorglich und belastbar, so dass er – trotz zeitweise akuter Probleme – damals

nicht wieder klinisch behandelt werden musste. Der Rahmen „hielt“ ihn und bot ausreichende Unterstützung, und alle Profis konnten sich gut damit fühlen.

Damals war ich Mitglied der DGSP. Dass ich später austrat, war dem Umstand geschuldet, dass die DGSP kein geeignetes Zuhause für die Verbindung sozialpsychiatrischer Konzepte mit psychodynamischem Denken und Handeln ist. Auf diese Verbindung kommt es nach meiner Überzeugung aber gerade an (Anm. 2). Nach meinem Austritt hielt ich – bis heute – Verbindung zur DGSP und zu Vertretern der Reformpsychiatrie. Ich bin mit zahlreichen Protagonisten kollegial verbunden, nicht wenige waren in der Vergangenheit oder sind in der Gegenwart meine Supervisanden. Mit kaum jemandem in meiner Berufsbiografie habe ich so lange und so intensiv zusammengearbeitet wie mit Peter Kruckenberg.

Damit komme ich zu meiner *zweiten Vorbemerkung*: Sie betrifft meine empirische Basis. Ich werde im Folgenden nur wenige Veröffentlichungen erwähnen und kaum Zahlen präsentieren. Letzteres haben nicht nur die Autoren des Positionspapieres, sondern vor Ihnen auch andere getan, etwa Friedhelm Schmidt-Quernheim (2007, 2018), dessen inhaltlichen Schlussfolgerungen ich nahestehe. Ich selbst werde vorwiegend aus meiner *Praxis* als Sektorpsychiater, Supervisor und Berater berichten, das schließt einen Zeitraum von mehr als 45 Jahren ein. Ich war ein Jahrzehnt in der Bremer Gemeindepsychiatrie tätig, dann freiberuflich Supervisor in der Allgemeinpsychiatrie und in der Forensik. Es gibt kaum ein Setting im Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie, in dem ich nicht als Supervisor gearbeitet hätte, den psychiatrischen Krisendienst einer Großstadt inbegriffen. Ich berate in der *Allgemeinpsychiatrie* Bremens, in Niedersachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Niederösterreich. In der *Forensik* bin ich seit Jahrzehnten in Niedersachsen, Bremen und Hamburg beratend tätig und kenne daher sowohl stationäre als auch ambulante Settings. Insbesondere begleite ich die *Übergänge* von der stationären in die ambulante und nachsorgende Arbeit inklusive dem Betreuten Wohnen. Diese Arbeit (Stichwort „soziale Empfangsräume“) halte ich für essenziell. Die Universitäts-Psychosomatik begleite ich beratend in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen. Darüber hinaus bin ich seit Jahrzehnten Supervisor, Berater und Fortbilder in der Wohnungslosenhilfe, in der Arbeit mit Migrant*innen und anderen Feldern der sozialen Arbeit mit Berührung zur Psychiatrie. Ich tausche mich lebhaft mit Kollegen (Supervisoren) aus und bin Lehrsupervisor, höre also auch von

jüngeren Kollegen viel über die Verhältnisse in der Psychiatrie und den angrenzenden Feldern.

Wir Supervisoren schauen fortlaufend ins Innere von Organisationen und arbeiten, um ein maritimes Bild zu benutzen, sowohl auf der *Brücke des Schiffes* als auch in dessen *Maschinenraum*. Auf dem Weg dahin werfen wir mehr als einen Blick in die Vorrats- und Abstellkammern. Wenn das Bordpersonal uns vertraut (was oft der Fall ist) erhalten wir Zutritt zu den *Mannschaftsräumen* und hören in unseren Gesprächen vieles, was öffentlich nicht oder nur in Andeutungen, oder nur verharmlosend und beschönigend kommuniziert wird. Daraus resultieren Wahrnehmungen, die wir, sofern niemand Einwände dagegen vorbringt, den *Offizieren auf der Brücke* zur Verfügung stellen. Die Expertise externer Beraterinnen und Berater (Supervisoren) drückt sich also in vielfältigen Wahrnehmungen und Erfahrungen „vor Ort“ aus. Mehr *Praxisnähe* in der Untersuchung organisationeller Strukturen und Prozesse lässt sich wohl kaum herstellen (siehe dazu Heltzel 2007a, 2012, 2021). Wenn sich diese empirische Basis auf jahrzehntelanges Engagement in verschiedenen Regionen oder Bundesländern bezieht, darf den daraus abgeleiteten Schlüssen eine gewisse Aussagekraft zugestanden werden. – Nach diesen einführenden Gedanken komme ich nun zu meiner Kritik. Ich trage sie in Form von Thesen vor, die ich mit Beispielen und Eindrücken aus der Praxis veranschauliche.

These 1: *Die Position der von der DGSP vertretenen Reformpsychiatrie kennt kein positives Konzept für die **Abhängigkeits- und Sicherheitsbedürfnisse (die Bindungswünsche) von Menschen**. Freiwilligkeit und Patientenautonomie als zentrale Werte jeder psychosozialen Arbeit büßen aber ihre Bedeutung ein, wenn sie gebetsmühlenhaft, einseitig und losgelöst von den komplexen Bedürfnissen konkreter Menschen hochgehalten werden.*

Das folgende *Beispiel* handelt von einer *integrierten Fall- und Teamsupervision* auf einer *forensischen Aufnahmestation*: Den 20-jährigen Patienten kannten die Mitarbeitenden erst seit einigen Wochen. Da er kontaktscheu und zurückhaltend erschien und schriftliche Informationen seitens der Polizei oder der Justiz auf sich warten ließen, waren die Informationen über ihn zunächst lückenhaft. So viel war aber klar: Er war vor Wochen verhaftet worden, nachdem er in einem Haus Brandstiftung begangen hatte (ohne dass dabei Personen zu Schaden kamen). Weil

er in der Untersuchungshaft irgendwie verwirrt wirkte und vage Suizidgedanken äußerte, wurde er in die Allgemeinpsychiatrie verlegt. Dort wurde bekannt, dass er zwei Tage nach der Brandstiftung eine andere Person mit dem Messer verletzt hatte. Diese Information führte umgehend zur Strafanzeige und Verlegung in die Forensik (§126a StPO). In bisher wenigen Gesprächskontakten ergänzte der Patient nun folgendes: Sein Vater sei Alkoholiker gewesen, er habe die Mutter unter Alkoholeinfluss immer wieder geschlagen, bis sie ihn schließlich zusammen mit den Kindern verließ. Da war der Patient elf Jahre alt. Mit zwölf Jahren stieg er in regelmäßigen Alkoholkonsum ein, dann kamen illegale Drogen hinzu. Er entwickelte eine dissoziale Karriere, in der es zu vielen minder schweren Straftaten kam. Trotz guter Intelligenz reichte es nur zum Hauptschulabschluss und zur nachfolgenden Arbeitslosigkeit. Wenige Monaten vor der Aufnahme wurde dem jungen Mann, der nicht mehr bei der Mutter wohnen konnte, von der Sozialbehörde die erste eigene Wohnung seines Lebens avisiert: Er könne nun – so der zuständige Sozialarbeiter – erste Schritte in die Selbständigkeit unternehmen! Eine Woche vor dem Einzug in diese Wohnung erfolgte der Einbruch in ein Haus. Spontan und ohne Vorplanung legte er dort den erwähnten Brand. Zu der wenig später erfolgenden Messerattacke gab der Patient an, dass er mit anderen eine nächtliche Kneipentour unternommen habe. Nachdem ihm das Geld ausgegangen sei, hätten die anderen ihn beschimpft und dann verprügelt. Bereits auf dem Boden liegend und durch Tritte gedemütigt, habe er, als die anderen sich schließlich abgewandt hätten, sein Messer gezogen und zugestochen.

Nun sei er also hier. Er denke, dass er eine Behandlung von vielleicht acht bis zehn Jahren (!) benötige. So sagte es der Patient tatsächlich. Zur Begründung gab er Zusammenhänge an, die seine Zuhörer an eine fraglich psychotische Störung denken ließen (manches schien real, manches subjektiv verzerrt oder auch die Folge von psychotischen Sinnestäuschungen zu sein; auch subtile Denkstörungen schienen möglich, ließen sich wegen seiner Zurückhaltung aber nicht sicher eruieren). Wenige Tage vor seiner Verhandlung, die über die Anordnung des § 64 oder 63 StGB entscheiden sollte, ging der Patient mit gepacktem Rucksack zur Nachtwache der Station und forderte – etwas verwirrt – seine Entlassung. Dann setzte er sich verzweifelt weinend auf den Boden und stieß die Worte „...*nun sagen Sie doch schon, dass ich hierbleiben muss!*“ aus. Auch dies ist ein wörtliches Zitat.

Nicht nur ich, sondern auch mehrere TeilnehmerInnen der Supervision waren angesichts dieser Geschichte sehr berührt. Niemand verharmloste die Gefährlichkeit der Delikte. Der Patient erschien uns aber nicht nur als Täter, sondern *zugleich* auch als „Opfer“ schwieriger familiärer Umstände, als allein gelassenes, emotional vernachlässigtes, „verlorenes“ Kind und wesentlich jünger, als es seinem biologischen Alter entspricht. Sollte es Zufall sein, dass er die zur Einweisung führenden Delikte beging, unmittelbar nachdem er – unbegleitet – definitive Schritte in die Selbständigkeit unternehmen sollte? Ist es nicht naheliegend, dass er sich mit diesem Schritt überfordert fühlte und Unterstützung erhoffte? Suchte er nicht unbewusst / bewusst verlässliche Hilfe? Drückte sich in seinem Verhalten nicht *szenisch* aus, dass er emotional erreichbare „Eltern“ ersehnte, die ihm *zugleich* als robustes, belastbares Gegenüber Grenzen setzen würden? In der Supervision waren jedenfalls beide Haltungen vertreten, einerseits durch die verantwortlichen Bezugspersonen, andererseits durch den Sicherheitsbeauftragten der Einrichtung. Es machte Hoffnung, dass *beide* Haltungen in ihrer Unterschiedlichkeit vorgetragen und anerkannt wurden. Auch zugewandte Neugier kam auf: Alle wünschten sich mehr Aufklärung, um den Patienten besser verstehen und um ihn angemessen behandeln zu können...

Die skizzierte Szene ist sicher außergewöhnlich, da der Patient seine Wünsche so offen und ungeschminkt einbrachte. *Sehr viele ähnliche* Erfahrungen lassen mich aber annehmen, dass Patienten zu ihrer Einweisung in die Forensik (und das ausreichend lange Verbleiben darin) nicht selten selbst „beitragen“. Der Patient dieses Beispiels jedenfalls schien über ein *implizites Wissen* dahingehend zu verfügen, dass eine zeitlich eng befristete *suchttherapeutische* Behandlung, wie sie der §64 StGB mit sich bringen würde, *keine* ausreichende Hilfe für ihn darstellte. Mit einer verlässlichen Unterstützung durch die Allgemeinpsychiatrie rechnete er ohnehin nicht mehr.

These 2: *Wer über kein positives Konzept in Bezug auf die Abhängigkeits- und Sicherheitsbedürfnisse (Bindungswünsche) von Menschen verfügt, kann auch keines für therapeutische Antworten darauf kennen. Zentrale psychodynamische Konzepte wie das einer „haltenden Umwelt“ mit verlässlichen, auch im Konfliktfall*

standhaltenden Beziehungen werden ignoriert oder erwecken reflexartig den Verdacht des Machtmissbrauchs.

Als Kontrast zu dieser Haltung berichte ich das Beispiel einer von mir selbst veranlassten „**Zwangseinweisung**“. Obwohl es 40 Jahre zurückliegt, erinnere ich es sehr genau. Außerdem habe ich seinerzeit darüber publiziert (Heltzel 1987). Der 40-jährige gelernte Elektrotechniker und aktuell arbeitslose Herr L., der im Waisenheim und verschiedenen Heimen für „Schwererziehbare“ aufgewachsen war, suchte die sozialpsychiatrische Beratungsstelle (heute „Behandlungszentrum“) auf, nachdem sich seine Frau unverhofft von ihm getrennt hatte. Ihr privater Aufenthaltsort war ihm nicht bekannt, Herr L. hatte aber die Telefonnummer des Arbeitgebers... Der Patient war schlaflos und wirkte bedrückt. Wir vereinbarten Gespräche, und Herr L. erhielt wenige Schlaftabletten von mir. Ich bot an, dass er mich anrufen könne, wenn es ihm schlechter gehe. Im ersten Kontakt erreichte mich vor allem die Hilflosigkeit des Mannes, der mir latent suizidal erschien. Ich konnte nachempfinden, dass er sich ohnmächtig fühlte. Da er sonst keine wichtigen Beziehungen unterhielt, war er offensichtlich isoliert und einsam. Die manipulierende, aggressive Seite des Patienten nahm ich etwas später wahr: Ich erfuhr, dass Herr L. konkrete Vorbereitungen eines Suizids getroffen hatte und erlebte mich in eine kontrollierende Haltung manövriert. Mehr noch beeindruckte mich die nun deutlicher werdende aggressive Anspannung des Patienten: Sehr wütend und sich nur mühsam unter Kontrolle haltend eröffnete er mir, dass er sich eine Schusswaffe besorgen werde. Ich wurde in Mordpläne eingeweiht und hörte, wie Herr L. konkret damit beschäftigt war, seine Frau telefonisch zu bedrohen und – er war passionierter Funker – ihren Aufenthalt zu kontrollieren. Einer Trennung müsse er wohl zustimmen. Wenn aber schon Trennung, dann werde er diese herbeiführen! Er werde seine Frau umbringen und dann selbst Suizid begehen. Er sei Elektrotechniker und habe die notwendige Apparatur schon an seiner Badewanne bereitliegen. Weder Ärzte noch Polizei könnten ihn davon abhalten, und falls er überlebe, werde er einen Gefängnisaufenthalt in Kauf nehmen. Ich versuchte, selbst innerlich angespannt, Herrn L. in seinen realitätsorientierten, vernünftigen Anteilen anzusprechen. Das gelang mir nicht, im Gegenteil: Je mehr ich seine Selbstkontrolle zu fördern versuchte, desto wütender und entgrenzter wurde der Patient. Als schließlich eindeutig paranoide Äußerungen in das Gespräch einflossen, regte ich eine

stationäre Behandlung an. Es sei besser, er ginge auf eine psychiatrische Station, bevor es zu einer Kurzschlusshandlung komme...

Herr L. schien zu überlegen. Er sagte zunächst zögernd zu, nahm seine Zustimmung dann zurück und stieß, als ich laut über eine erforderliche Einweisung nach Psych. KG nachdachte, wüste Drohungen in meine Richtung aus. Extrem angespannt und bedrohlich wirkend stürmte er aus der Beratungsstelle und ließ mich in einem Knäuel heftiger Gefühle zurück: Ich erlebte mich in der Klemme, denn warum hatte er gerade einen Psychiater aufgesucht – wenn nicht um einem drohenden Kontrollverlust entgegenzuwirken? Meine Versuche ihm dabei zu helfen, wies er jedoch zurück. Ich empfand Ohnmacht und Wut und wünschte mir, Herrn L. nie begegnet zu sein. Gleichzeitig war ich in Sorge über eine Gewalttat des Patienten, die er mir konkret angekündigt hatte. Ich empfand Schuldgefühle der bedrohten Frau gegenüber, wenn ich mir vorstellte, Herrn L. *nicht* einzuweisen. In Identifikation mit ihr fand ich jetzt verständlich, dass sie sich in einer Nacht- und Nebelaktion abgesetzt hatte. Es war Freitag um 15 Uhr, und so entschloss ich mich zögernd, die Polizei zu informieren und telefonisch eine Einweisung nach § 14 Psych. KG zu beantragen. Der mir gut bekannte zuständige Kommissar vom Dienst lehnte dies, nachdem Beamte Herrn L. zuhause aufgesucht hatten, jedoch ab: Der Patient habe an der Wohnungstür ruhig und geordnet gewirkt, er störe keineswegs die öffentliche Ordnung, für eine Einweisung gegen seinen Willen gebe es aus seiner Sicht keinen triftigen Grund.

Ich fühlte mich zwar von einer drückenden Verantwortung entlastet, entwickelte nun aber ernsthafte Zweifel an meiner eigenen beruflichen Kompetenz und spürte Ängste, was Folgeaktionen des Patienten mir gegenüber anging. Als ich – für mich ein sehr ungewöhnlicher Schritt – Herrn L. zuhause anrief, war er keineswegs böse. Er wirkte eher traurig und bedeutete mir, dass ich ihn nicht wiedersehen werde...

Am Wochenende hatte ich Zeit zum Nachdenken. Mir fiel auf, dass ich *übermäßig* an mir zweifelte und selbst angedeutet paranoid reagierte. Herr L. war für mich zum potenziellen Verfolger geworden, vor dessen Vergeltung ich mich schützen wollte. Dass ich ihn nun meinerseits kontrollierte, sogar zu Hause angerufen hatte, kam mir absonderlich vor. Meine Selbstzweifel nahmen sogar noch zu: Ein guter Psychiater würde anders reagieren. Deutlicher als zuvor spürte ich heftige Wut auf den Patienten, der mich in dieses Dilemma gebracht hatte.

Zu Arbeitsbeginn am Montag empfing man mich mit der Information, Herr L. habe soeben angerufen und sich „verabschiedet“. Er schreite nun zur Tat! Ein besorgter Kollege fuhr zum Hausbesuch und begleitete Herrn L. in die Beratungsstelle, wo es mir gelang ihn von der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme zu überzeugen. Ich begleitete den Patienten in die Klinik, wo meine Eindrücke durch den Stationsarzt bestätigt wurden. Wieder äußerte Herr L. – enorm angespannt – paranoide Ideen, sowie Suizid- und Mordgedanken. Als er wenig später die Klinik verließ, ohne das Stationspersonal zu informieren, beantragte ich eine Einweisung nach den Psych. KG, die jetzt auch polizeilich angeordnet wurde. Herr L. ließ sich ruhig in die Klinik bringen und konnte sich dort ohne Medikation von den zuvor geäußerten paranoiden Befürchtungen distanzieren. Als tags darauf die zwangsweise Unterbringung bei einer Anhörung durch den zuständigen Richter bestätigt wurde (es bestanden weiterhin große Zweifel bezüglich der Steuerungsfähigkeit des Patienten) reagierte er sichtlich erleichtert darauf. Er blieb eine Woche auf der geschlossenen Station und stimmte anschließend einer weiteren Behandlung zu. Noch von Station aus nahm er Kontakt zu mir auf. Nach insgesamt zweiwöchigem Krankenhausaufenthalt wurde er nach Hause entlassen und kam ambulant zu Beratungen vorbei. Er lud mich auch zu sich ein, um mir seine Wohnung zu zeigen. In den Gesprächen äußerte er, er habe kurz vor einem „Ausflippen“ gestanden und habe die Einweisung gebraucht. Er sei – zu seiner eigenen Kontrolle – freiwillig weiter auf Station geblieben. Wir besprachen, welche konkreten Schritte er unternehmen könne, um berechnete Forderungen seiner Frau gegenüber durchzusetzen. Der Patient war jetzt in der Lage Überlegungen darüber anzustellen, warum ihn seine Frau verlassen haben könnte. Zögernd versuchte er, neue Kontakte aufzubauen, um über die Einsamkeit hinwegzukommen. Die Gespräche unterstützten Herrn L. über den Zeitraum eines Jahres.

Etliche Jahre später, ich hatte inzwischen meine Anstellung als Psychiater beendet und war niedergelassener Analytiker, suchte Herr L., wie ich von meinem Nachfolger im Amt erfuhr, das Behandlungszentrum erneut auf und fragte nach mir. Es bahnte sich eine Krise mit seiner jetzigen Partnerin an, und diesmal wolle er rechtzeitig darüber sprechen, um einem Notfall vorzubeugen...

Heute verstehe ich das Geschehene so: Herr L. suchte mich auf, weil er mit dem Chaos an Gefühlen, in die er durch die Flucht seiner Frau gestürzt wurde,

offensichtlich nicht zurechtkam. Indem der Patient *mich* hilflos, ohnmächtig und wütend machte, schien er mir etwas über *sein eigenes* Befinden mitzuteilen. Schnell dominierten Selbstzweifel und Schuldgefühle mein Erleben und im Nachhinein dachte ich, dass gerade diese Gefühle für Herrn L. nicht erträglich waren. Er suchte und fand in mir einen Beziehungspartner, der dieses Selbsterleben stellvertretend übernahm („projektive Identifizierung“, dieses Konzept wäre ein eigenes Seminar wert) und ihm vorübergehend bei der Steuerung seiner Affekte unterstützte. Später äußerte Herr L. sich dankbar über die „Zwangseinweisung“ und ließ durchblicken, dass er sich am Tod einer *früheren* Partnerin schuldig fühlte: Diese habe – als Mitfahrerin – einen von ihm verschuldeten Autounfall nicht überlebt. Er sei froh, dass es nun mit seiner Frau nicht ein zweites Mal zu einer solchen Katastrophe gekommen sei...

Mit diesem Beispiel plädiere ich natürlich *nicht* für „Zwangseinweisungen“, sondern dafür, diese – wenn sie unabdingbar sind – in *reflektierte Beziehungsarbeit* zu integrieren. Beziehungsarbeit und Grenzsetzung schließen sich eben *keineswegs* aus (Wienberg 1997; Auchter 2004; Rauchfleisch 2004; van Tuinen 2004; Heltzel 2006; Happach 2020). Sie ergänzen sich vielmehr dialektisch, insofern die Beziehung, die der Patient wünscht und initiiert, ohne die Kontrolle und Grenzsetzung, die er „provoziert“, nicht stabil und robust genug erschiene. Die *Paradoxie zwischen Helfen und Disziplinieren* ist ein Wesensmerkmal psychiatrischer Tätigkeit (Kunze 2022), und es braucht, wie mein Beispiel zeigt, einen beachtlichen Aufwand an psychodynamischer und ethischer Reflexion, um sie verantwortlich zu „handhaben“. Wie meine Fallgeschichte weiter verlaufen wäre, hätte ich mich – was den Zwangsaspekt derselben betrifft – für „nicht zuständig“ erklärt, ist eine spannende Frage. Manche Kollegen vertreten die Ansicht, dass therapeutische Hilfsangebote und soziale Kontrolle im gesamten psychiatrischen Hilfesystem klar getrennt sein sollten (Zinkler & von Peter 2019). Diese Haltung liegt letztlich auch dem Positionspapier zugrunde. Um alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln (also niemanden zu diskriminieren), sei es erforderlich, den Aspekt der sozialen Kontrolle vollständig in den Verantwortungsbereich der Justiz / der JVA zu verlagern. Für die dort erforderliche Behandlung entsprechend den „Wünschen und Präferenzen“ der Insassen sei in Zukunft die Allgemeinpsychiatrie zuständig. Diese Aussicht ist schwer mit der ernüchternden Realität in der allgemeinpsychiatrischen

Versorgung in Einklang zu bringen. Und sie ist ethisch problematisch (Brieger u. a. 2021). Das führt zu meiner nächsten These.

These 3: *Viele Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie leben heute eine **Strategie der Verweigerung** gegenüber den Bedürfnissen bestimmter Patienten, so dass diese mit ihrem Bemühen um Akzeptanz und Beheimatung allein gelassen werden. Wir finden sie daher in der Forensischen Psychiatrie und im Justizvollzug, in der Wohnungslosenhilfe und auf der Straße wieder.*

Dieser Abschnitt meines Vortrages ist heikel und fällt mir schwer. Was ich im Maschinenraum und in den Mannschaftsunterkünften des Frachtschiffes „AP“ erfahre, kontrastiert *krass* mit manchen perfekt gestalteten Internetauftritten, PowerPoint-Präsentationen und Zukunftsplänen. Anspruchsvolle Konzepte wie das der „Bezugspflege“, des „Open Dialogue“ oder des „Home-Treatments“ existieren dann vorwiegend in den Plänen der sozialpolitisch Verantwortlichen oder den Jahresberichten der Einrichtungsleitungen und werden an der Basis trotz aufwendiger Fortbildungen so gut wie gar nicht umgesetzt. Das liegt keineswegs nur an aktuellen Personalengpässen, wie zumeist vorgetragen wird. Es liegt auch an der mentalen Überforderung, mitunter auch am erklärten Unwillen der Akteure. In der Psychiatrie zu arbeiten ist verdienstvoll, aber auch oft hart, belastend und erschöpfend. Unter diesen Bedingungen kann nicht alles gelingen, und dafür habe ich viel Verständnis. In den zurückliegenden Jahren habe ich jedoch etliche Aufträge in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie von meiner Seite aus beendet und hatte triftige Gründe dafür. Zu groß war die Diskrepanz zwischen Außendarstellung und tatsächlicher Praxis (oder zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung), und nicht selten bedauerte ich die Patienten, um die es ging oder besser: gehen sollte. In vielen Einrichtungen berichten Supervisanden heute ja kaum noch inhaltlich über Patienten. Sie sprechen vor allem über *sich selbst*, d. h. über ihre eigene Erschöpfung, über die Häufung an Krankmeldungen, die Zumutungen der Arbeit und darüber, dass ihre Leitung schuld an der Lage sei. Die primäre Aufgabe der Patientenversorgung gerät unter diesen Umständen in den Hintergrund. Ausbrennen können bekanntlich nicht nur Einzelne und Teams, sondern auch ganze Organisationen, was sich u. a. in extrem hohen „Krankenständen“ ausdrückt (30-40% sind keine Seltenheit). Dieses Thema und die Frage, wie die bedauernswerte

Verfassung des *organisationalen Burnouts* entsteht und wie sie sich auswirkt, wären ein Wochenseminar wert (siehe dazu Heltzel 2021).

Sie werden mir nachsehen, dass ich von einer detaillierten Darstellung der Fakten absehe und im Allgemeinen bleibe. Zwar bin ich an vielen Orten tätig, zwar ist alles, was ich darstelle, anonymisiert oder verfremdet. Das eine oder andere Detail könnte aber doch identifiziert werden, und das möchte ich unbedingt vermeiden. Übrigens erhalte ich anschauliche Eindrücke nicht nur aus Aufträgen in der AP selbst, sondern ebenso sehr im Verlauf von Beratungsprozessen, die ich im *Umfeld* derselben, bei den *Kooperationspartnern*, also bei denen durchführe, die Patienten in die Psychiatrie einweisen oder einweisen möchten, die entlassene Patienten aufnehmen oder die Bewohner betreuen, die eigentlich unter Mithilfe der Psychiatrie behandelt werden sollten (was oft nicht der Fall ist).

Sie können davon ausgehen, dass die meisten externen Berater geübt darin sind, die unterschiedlichsten Mitteilungen und Informationen vorurteilslos aufzunehmen. Sie halten keineswegs alles, was ihnen mitgeteilt wird, für bare Münze. Ich spreche hier aber von Wahrnehmungen, Eindrücken und Erfahrungen, die sich inhaltlich wiederholen, die von verschiedenen Quellen unabhängig vorgebracht werden und dabei nahezu identisch sind. Wenn dies der Fall ist, wenn ich also zum Dutzendsten Male – ohne danach gefragt zu haben – höre, das es nahezu unmöglich ist, mit einem Anliegen durchzudringen, einen Patienten vorzustellen oder einzuweisen und Verantwortliche *überhaupt nur zu erreichen*, dann beginne ich den Kern der betreffenden Informationen als tatsächlich begründet und real anzusehen. Wenn ich Informationen dieser Art auswertend zusammenfasse, dann ergibt sich die folgende Lageskizze:

- Chronisch kranke, schwerer beeinträchtigte Menschen (vor allem solche, die an verschiedenen Formen von Psychosen leiden) werden in vielen stationären Einrichtungen der AP *gar nicht mehr behandelt*. Sie werden für extrem kurze Zeit aufgenommen und oftmals ohne ausreichend koordinierte Nachsorge entlassen. Diese Tendenz wird durch Abrechnungssysteme gefördert, die nur extrem kurze Behandlungszeiträume erlauben. Das erklärt aber nur einen Teil der hier angesprochenen Problematik. Für die verlässliche Behandlung ernsthaft psychisch erkrankter Menschen fehlt es an oftmals auch an fachlichen Konzepten, mitunter schon an der Bereitschaft sie zu entwickeln.

Und wo es diese Konzepte gibt, fehlt es dramatisch an gesunden, motivierten und belastbaren Mitarbeitenden, um sie *praktisch umzusetzen*. Hier geht es um die Frage, warum Reformer viel zu oft vergessen, dass sie engagierte und einsatzfreudige MitstreiterInnen benötigen, um ihre ehrgeizigen Konzepte zu verwirklichen. Der geschätzte Geschäftsführer eines psychosozialen Trägers sagte mir in der Pause zwischen unseren Vorträgen, also unter vier Augen: „Das ist klar, wir pressen unsere Leute aus wie Zitronen. Aber unseren Patienten kommt das zugute!“ Als *unausgesprochene Grundhaltung* ist dieses *bemerkenswerte Missverständnis* in der Reformpsychiatrie recht verbreitet.

- Auch wenn die Tatsache geleugnet wird – Patienten mit hoch komplexen Problemlagen sind häufig. Man findet sie heute in *geschlossenen Langzeiteinrichtungen*, die in manchen Bundesländern weiterhin existieren. Dorthin werden inzwischen auch Patienten aus entfernt liegenden Regionen eingewiesen. Aus Bundesländern also, in denen es sie – angeblich – gar nicht gibt oder besser: nicht geben darf. Ich kenne Berichte von Kollegen, die dort Fall-Supervisionen anbieten. Skandalös ist heute weniger die Existenz dieser Einrichtungen (deren engagierte Mitarbeitende nicht selten eine verdienstvolle therapeutische Arbeit leisten). Skandalös ist die Tatsache, dass aus Bundesländern, deren Verantwortliche die Existenz solcher Patientengruppen leugnen, diese angeblich nicht existenten Patienten in entsprechende Einrichtungen abgeschoben werden. *Ich halte das für heuchlerisch*.
- Besonders desintegrierte, zur psychiatrischen Behandlung nicht motivierte und / oder in der Allgemeinpsychiatrie nicht mehr erwünschte Patienten sammeln sich im System der *Wohnungslosenhilfe*. Dort habe ich in den zurückliegenden drei Jahrzehnten intensiv als Supervisor, Berater und Fortbilder gearbeitet und kenne mich ziemlich gut aus (siehe dazu: Heltzel 2005). Ich fand immer, dass eine verantwortliche handelnde Sozialpsychiatrie in diesen Einrichtungen Präsenz zeigen und die dort tätigen MitarbeiterInnen fachlich unterstützen sollte. Immer wieder ist mir jedoch berichtet worden, dass es enorm schwer ist, die ambulanten Dienste von der Sinnhaftigkeit solcher Präsenz zu überzeugen. Der Anteil psychisch kranker Menschen im System der WLH steigt von Jahr zu Jahr, von Fachstellen zur Vermittlung von Wohnraum hörte

ich, dass geschätzte 90% der dort vorstelligen wohnungslosen Menschen mehr oder weniger unbehandelte psychisch Kranke sind. Epidemiologische Studien zeigen, dass die Klientel der WLH zu 80% psychisch krank ist (Wienberg 2014). Viele Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Sozialpsychiatrie grenzen sich jedoch vehement von dieser Klientel ab und werden von den MitarbeiterInnen der WLH als darauf *nicht ansprechbar* erlebt. Berichte aus der Fachstelle Wohnen, die in der Supervision vorgetragen werden, erinnern mich an die Atmosphäre von Aufnahmestationen der Allgemeinpsychiatrie – mit dem Unterschied, dass dort (noch!) Fachpersonal zur Verfügung steht (Anm. 3).

- Zum inzwischen sehr differenziert entwickelten System der WLH gehören nicht nur Tagesstätten, Übergangwohnheime und verschiedene Einrichtungen des Betreuten Wohnens, sondern an manchen Standorten auch *niederschwellig konzipierte Asyle*, in denen schwer beeinträchtigte Menschen „einfach sein“ können. Diesen Menschen fehlt es an dem, was Psychiater „Krankheitseinsicht“ nennen. Sie wünschen sich ein Dach über dem Kopf und möchten ansonsten in Ruhe gelassen werden. Sie wollen keine verbindlichen Absprachen treffen und lehnen Regeln und Hausordnungen ab. Sie passen sich nicht an und wollen sich nicht verändern. Zur WLH halten sie Kontakt, weil ihnen dort keine Diagnosen und keine vorgefertigten Behandlungs- und Rehabilitationspläne zugemutet werden. Sie wünschen sich eine „Heimat“, eine „Herberge“, ein „Asyl“ mit wohlwollenden Helfern, die sich nicht aufdrängen, aber im Hintergrund bereitstehen, wenn es nottut. In dieser Arbeit geht es um das *Wirksamwerden eines Paradoxes*: Wie man nämlich professionell verstehen und *zugleich* „unprofessionell“ handeln kann – also gerade *nicht* klassisch „psychiatrisch“. Von den zuständigen Kostenstellen wird dies öfter nicht verstanden und die Finanzierung der „Maßnahme“ in Frage gestellt. Die Klienten werden dann verpflichtet sich beim Sozialpsychiatrischen Dienst *vorzustellen*. Mit der Konsequenz, dass die Betroffenen dort gar nicht „ankommen“, so dass sie definitiv obdachlos gemacht werden. Eine verantwortlich handelnde Sozialpsychiatrie sollte jedoch nicht darauf warten, dass diese Menschen zu ihr kommen („Komm-Struktur“). Sie sollte sie von sich aus *aufsuchen*. Von diesem Prinzip haben

sich viele Profis in der Psychiatrie längst verabschiedet – auch wenn „Home-Treatment“ offiziell zu ihren Aufgaben gehört, wie mir achselzuckend berichtet wird.

- Jene psychisch kranken Menschen, die *straffällig* werden, finden wir heute überwiegend im *Maßregelvollzug*. Dass chronisch psychotische Menschen mittlerweile mehr als die Hälfte der dortigen Patienten ausmachen, steht auch im Positionspapier. Meist waren sie seit Langem Patienten der dortigen AP. Nun sind sie „Forensiker“. Die wenigsten von ihnen haben wirklich schwere Straftaten begangen, viel häufiger ist, dass sie eine Reihe minderschwerer Delikte in die Forensik führt. In Supervisionen allgemeinspsychiatrischer Teams verwundert immer wieder, wie schnell heute Strafanzeigen für Patienten gestellt und Verlegungen in die Forensik auf den Weg gebracht werden. Ich stelle dies schon lange nicht mehr in Frage, da mir der forensische Behandlungsansatz unter den heutigen, von Abbrüchen gekennzeichneten Bedingungen in der Erwachsenenpsychiatrie auch selbst am sinnvollsten erscheint.

These 4: *Die Stellungnahme der DGSP und das von ihr in Auftrag gegebene Positionspapier thematisieren in keiner Weise, welche offen zutage liegenden Mängel und Missstände in **Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie** zu beklagen sind. Infolgedessen kann auch keinerlei Verbindung zwischen dem bisherigen Scheitern der Psychiatriereform und dem Anwachsen des MRVs bedacht und diskutiert werden.*

Es gibt seit Langem Veröffentlichungen, die einen Zusammenhang zwischen Psychiatriereform und Forensischer Psychiatrie herstellen. Ich erwähne hier – stellvertretend für andere – nur diese Stimmen:

- Vor zweiundzwanzig Jahren dachte Hermann Elgeti (2001) über eine bestimmte Gruppe schwer psychisch kranker Menschen nach: „Diese Kranken passen allerdings aufgrund ihrer Verhaltensstörungen teilweise gar nicht mehr in die (...) therapeutischen Milieus eines Krankenhauses oder eines Heimes. Sie werden dann abgewiesen oder hinausgeekelt, sind irgendwann vielleicht

wohnungslos und kriminell geworden. Die Maßregelvollzugspatienten in der forensischen Psychiatrie, die meist unbehandelten psychisch kranken Obdachlosen und Gefängnisinsassen stellen die Erfolgsbilanz der Gemeindepsychiatrie in Frage. Das ist bei allen Fortschritten in den letzten 25 Jahren eine bedrückende Bilanz“ (Elgeti 2001, S. 25).

- Vor achtzehn Jahren sah Gunther Kruse, Chefarzt einer psychiatrischen Klinik im Trend zur Unterbringung in der Forensik „(...) den unbeabsichtigten, nichtsdestotrotz ebenso verzweifelten Versuch des psychisch Kranken, (...) dafür Sorge zu tragen, dass man endlich wieder, wenn schon stationär, auch vernünftig und auf solider Basis behandelt wird“ (Kruse 2005, S. 33).
- Vor sechzehn Jahren erinnerte Friedhelm Schmidt-Quernheim (2007) daran, dass acht von zehn Patienten in der Forensik vorher Patienten der AP waren, wobei der Anteil an Schizophrenen im MRV bereits damals bei um die 50% lag. Oftmals führte eine Aneinanderreihung minder schwerer Gewaltdelikte zur Anordnung des § 63 StGB. Schmidt-Quernheim zog das Bild „kommunizierender Röhren“ zur Veranschaulichung des Verhältnisses zwischen den Fächern heran: Weil längere Behandlungen, Abstimmungen zwischen stationären und ambulanten Angeboten und überhaupt vernetzte Zusammenarbeit in dem einen Bereich immer mehr zu wünschen übrigließen, wachse der andere Bereich in die entstehenden Lücken hinein. Es sei zu diskutieren, ob nicht der ungeheure Zuwachs an forensischen Betten die Kehrseite der sozialpsychiatrischen Reformbewegung sei, insofern ehemalige Langzeitpatienten, die es aus ideologischen Gründen nicht mehr geben dürfe, nun in die Forensik abgeschoben würden: „Des Öfteren findet man eine ideologisch begründete und emotionsbesetzte Einstellung der Mitarbeiter, die jeden reglementierenden Umgang ablehnen“ (Schmidt-Quernheim 2007, S. 215).
- Vor fünfzehn Jahren schließlich zog Günter Wienberg (2008) eine Bilanz der Psychiatriereform und hob dabei u. a. hervor, dass 70-90% der Klienten in der WLH an psychischen Störungen litten, und dass eine Patientenverschiebung von der AP in den MRV konstatiert werden müsse. Statt von „De-

Institutionalisierung“ sprach er daher von einer „Um-Institutionalisierung“ und hielt fest, dass es neben den erwünschten Wirkungen der Psychiatriereform offenbar auch unerwünschte „Nebenwirkungen“ derselben gebe. – Vor neun Jahren sprach der gleiche Experte von einer sich abzeichnenden *Drei-Klassen-Psychiatrie*, wobei er die zweite Klasse der Forensik zuordnete, dort könnten „(...) Patienten mit komplexen Störungen heute intensiver und länger behandelt werden als in der Allgemeinpsychiatrie“ (Wienberg 2014, S. 6). Kritisch merkt er an: „Der Hauptgrund für den erheblichen Ausbau der Forensik dürfte (...) sein, dass die gemeindepsychiatrische Regelversorgung für schwer kranke, delinquente und komorbide Patienten mit mangelhafter *Compliance* immer weniger tragfähig ist“ (a. a. O.).

Wie lässt sich erklären, dass diese schon lange bekannten Sichtweisen und Argumente weder in der Presserklärung der DGSP noch im Positionspapier Erwähnung finden? Ist es Zufall, dass der Angriff auf den MRV zu einem Zeitpunkt erfolgt, wo die *öffentliche Kritik an der allgemeinpsychiatrischen Versorgung* immer mehr Fahrt aufnimmt? Soll die vernichtende Kritik am MRV davon abhalten, das teilweise Scheitern der Psychiatriereform zu realisieren? Dann wäre die Kritik eine groß angelegte, leicht durchschaubare *Ablenkungsstrategie*. Für mich ergibt sich jedenfalls eine offensichtliche *Schiefelage* in der DGSP-Bewertung der beiden Fachrichtungen (AP / MRV). Daher habe ich die *Versäumnisse* der Reformpsychiatrie und deren Beitrag zur *Ausgrenzung psychisch kranker Menschen* besonders hervorgehoben.

These fünf: *Im Positionspapier und in der Stellungnahme der DGSP fehlt es an einem Verständnis für die **Paradoxien der psychiatrischen Arbeit**. Stattdessen sprechen sich die Autoren für einfache, eindeutige Verhältnisse aus – entweder Helfen oder Grenzen setzen, entweder Freiheit oder Zwang, entweder Opfer oder Täter, entweder Gut oder Böse. Das wird unserer komplexen Wirklichkeit nicht gerecht. Statt „entweder – oder“ braucht es ein „sowohl als auch“.*

Schwarz-weiß-Bilder spiegeln ein Denken, das polare Positionen („Spaltungen“) fördert und Feindbilder pflegt. Patienten des MRVes haben in ihrer Kindheit oftmals selbst schwere Traumata erlitten und wurden zu Opfern ihrer Umgebung. In ihrem

späteren Leben fügten sie anderen Menschen Schaden zu und wurden damit zu Tätern. In der therapeutischen Arbeit identifizieren wir uns einerseits mit Ihnen als Leidende, wir fühlen mit ihnen, haben Verständnis für sie und unterstützen sie in ihren Anliegen (das nennen wir „*konkordante*“ *Gegenübertragung*). Wir identifizieren uns jedoch auch mit den von ihnen Geschädigten (das nennen wir „*komplementäre GÜ*“) und ziehen Schlüsse daraus. Ich erinnere an das Beispiel einer sogenannten „Zwangseinweisung“, bei der ich mich *sowohl* mit dem Patienten *als auch* mit seinem potenziellen Opfer identifizierte (siehe dazu van Tuinen 2004).

Viele Mitarbeitende in helfenden Berufen identifizieren sich am liebsten mit den Patienten selbst, also konkordant, während sie die komplementäre Identifizierung mit deren Umfeld zu umgehen versuchen. Das hat den Vorteil, dass sich die betreffenden Profis stets als gute Helfer dankbarer Klienten erleben und bestätigt fühlen können. Diese Art der einseitigen „Interessenvertretung“ zieht sich wie ein roter Faden durch das Positionspapier, und die entsprechende Grundhaltung ist unter Mitarbeitenden psychiatrischer Einrichtungen ziemlich verbreitet. Die große Stärke vieler Helfer ist es, Patienten wohlwollend entgegenzukommen, sie voraussetzungslos zu unterstützen und – wenn nötig – auch aus menschenunwürdiger Verwahrung zu *befreien*. Die „andere“, mit Grenzsetzung, Kontrolle und einem „Nein“ einhergehende Seite in der psychosozialen Arbeit fällt ihnen dagegen schwer. Nicht wenige wollen mit dieser Dimension auf gar keinen Fall zu tun bekommen und erleben sich mit der damit verbundenen Widersprüchlichkeit und Komplexität überfordert. Es ist eine sehr interessante Aufgabe, mit diesen Skeptikern an forensischen Fallgeschichten zu arbeiten.

Dazu ein Beispiel aus der Praxis: Im Anschluss an einen von der DGSP angebotenen Qualifizierungskurs zur Arbeit mit forensischen Klienten fragte mich ein sehr großer, an mehreren Standorten präsenster sozialer Träger als Supervisor an. Ich hatte selbst ein Modul dieses von Frank Löhr in Lüneburg organisierten Kurses geleitet (Gegenübertragungsgefühle in der forensischen Arbeit), und in mehreren Zyklen hatten etliche Mitarbeitende dieses Trägers den Kurs durchlaufen. Als in der Folge forensische Patienten in betreute Wohngemeinschaften dieses Trägers aufgenommen wurden, entstand der Bedarf an spezifisch (forensisch) fokussierter Supervision, und damit wurde ich beauftragt. So fuhr ich einmal pro Quartal für einen Vormittag dorthin, wobei immer andere Teams den Bedarf einer Fallsupervision

anmeldeten. In der jeweiligen Supervisionsgruppe mischten sich daher Mitarbeitende, die sich die Arbeit mit den „neuen“ Bewohnern gut vorstellen konnten (und daran interessiert waren) mit Kolleginnen und Kollegen, die größte Bedenken bezüglich dieser Arbeit hatten: Sie fragten sich, wie die Dimension der sozialen Kontrolle mit traditionellen sozialpsychiatrischen Werten vereinbar sein sollte?! Das ginge doch nicht! Wie Zwang und Kontrolle mit Autonomie und Freiwilligkeit zusammengehen könnten?! Das sei doch nicht möglich! In zehn Jahren haben wir in diesem Supervisionssetting Dutzende von Fallgeschichten reflektiert und diese Fragen immer wieder durchgearbeitet. Heute ist es so, dass die Arbeit mit dieser spezifischen Klientel dort fast zum „Normalfall“ geworden ist.

In der neuesten Auflage des Praxisbuches Forensische Psychiatrie (Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst, [Hrsg.] 2018) zieht Friedhelm Schmidt-Quernheim mit Blick auf ähnliche Entwicklungen eine vorsichtig optimistische Bilanz der Beziehung zwischen beiden Fächern, indem er festhält: „Eine Annäherung von Gemeindepsychiatrie und forensischer Psychiatrie ist unverkennbar (...). Alte Abwehrreflexe und frühere ideologische Frontstellungen haben an vielen Orten einer pragmatischen Zusammenarbeit zum wechselseitigen Nutzen Platz gemacht (...). >Wir sind doch nicht der verlängerte Arm der Justiz< als auftrumpfende Standardausrede, dem Aufnahmewunsch eines forensischen Patienten nicht zu entsprechen, ist heute tatsächlich kaum noch zu vernehmen. Offenbar hat sich der Wind gedreht“ (Schmidt-Quernheim 2018, S. 620).

These 6: *Um die „bösen“ Aspekte in unserer Arbeit kommen wir nicht herum. Statt sie an andere Dienste weiterzureichen, sollten wir sie in unsere therapeutische Arbeit integrieren. Wenn die Verweigerung Grenzen zu setzen und soziale Kontrolle auszuüben zur offiziellen Politik erklärt und gesetzlich vorgeschrieben würde, dürfte dies zur **Ausgrenzung und Abschiebung** jener Patientengruppen beitragen, zu deren Behandlung die Reformpsychiatrie ursprünglich angetreten ist.*

Es sind ja gerade die schwerer, d. h. strukturell beeinträchtigten Patienten, die uns mit ihrem Handeln besonders herausfordern. Sie können an den Grenzen, die wir ihnen setzen, persönlich (strukturell) wachsen (Rauchfleisch 2004). Wir lassen sie allein und verweigern uns ihrem Anliegen gegenüber, wenn wir uns in Fragen der Gewalt und des Zwangs grundsätzlich für „nicht zuständig“ erklären. Mit dieser

Haltung gäben wir die Möglichkeit aus der Hand, unnötigen forensischen Behandlungen vorzubeugen oder sie zu verhindern. Was auf den ersten Blick hilfreich und fortschrittlich erscheint (die systematische Vermeidung von Zwang), erweist sich bei differenzierter Betrachtung als das genaue Gegenteil. Nicht nur in der forensischen, sondern auch in der gemeindepsychiatrischen Arbeit braucht es *haltende Übergangsräume* und einen „*unzerstörbaren*“ *Rahmen* (Janssen 1987, 1994; Heltzel 1995, 2000, 2003a; Auchter 2004; Happach 2020). Mein obiges Beispiel einer „Zwangseinweisung“ erzählt davon.

Noch eine Schicht tiefer ist es so, dass uns die Arbeit mit „Täter-Opfer-Patienten“ mit *unseren eigenen destruktiven Anteilen* konfrontiert. Die Auseinandersetzung zwischen Gut und Böse, zwischen Liebe und Hass findet, wenn wir uns emotional darauf einlassen, auch *in unserem Inneren* statt. Unausweichlich begegnen wir in dieser Arbeit, wie ich am Beispiel der Behandlung von Sexualstraftätern beschrieben habe (Heltzel 2003b, 2007b, 2022), unserer eigenen Destruktivität, und das kann sich fürchterlich anfühlen. Dies zu „containen“ gehört zum Schwierigsten in unserer Profession. Ein nachvollziehbarer, wenn auch problematischer Weg mit dieser Herausforderung umzugehen ist, diese (eigene) Destruktivität auf das Außen, auf die „Kinderschänder“, auf die „Forensiker“ oder auf die, die sich den vermeintlichen „Monstern“ therapeutisch zuwenden, zu verlagern. Die Therapeuten des MRV können dann als „Geißelnehmer“, „Folterer“ oder generell als Personen erlebt werden, denen es um vor allem um Machtmissbrauch geht. Diese *Mischung aus extremer Faszination und ebenso großer, reflexartig einschließender Distanzierung* kennen fast alle forensisch Tätigen, wenn sie im Privatleben ihre Profession bekunden: „Waaas?! Mit diesen Leuten arbeitest Du?! Also ehrlich, das könnte ich nie! Schon allein wegen unserer Kinder! Das geht ja gar nicht!!“ – als hätten die so Angesprochenen keine eigenen Kinder, oder als wäre ihnen das Schicksal derselben gleichgültig (sonst könnten sie dort nicht arbeiten). Ich möchte daher als (*Hypo-*) *These* diesen Gedanken zur Diskussion stellen:

(Hypo-) These: *Sollte es zutreffen, dass der MRV psychiatrischen Professionellen zur Entlastung von eigenen destruktiven Impulsen dient, und sollte ihm damit eine Schutzfunktion auch für diese Kollegen zukommen, dann wäre die mittlerweile erkennbare Annäherung zwischen beiden Fächern für manche ein echtes Problem.*

Es ginge nämlich ein *Feindbild* verloren, das zur eigenen Beruhigung und beruflichen Selbstvergewisserung *dringend benötigt* wird. Wenn dies so wäre (ich behalte den Konjunktiv bei), müsste dieses Bild dringend bestätigt und stabilisiert werden. Das ausgesprochen hilfreiche Konzept einer institutionellen Psychotherapie, die alle Interaktionen von Patienten im stationären Rahmen nutzt, um ihn zu verstehen und zu behandeln (Kernberg 1976, Janssen 1987, Heltzel 2006) erscheint aus dieser Sicht als totalitäre Maßnahme und gerät in die Nähe von Folter (Positionspapier DGSP, S. 11). – *Hypothesen* sind unbewiesene Annahmen oder Spekulationen. Ich hätte daher keine Einwände, wenn sie meine eingeschobene Hypothese als höchst spekulativ ablehnten. *Mir* scheint sie aber stimmig und interessant genug, um sie hier mitzuteilen. *Ihnen* geht das vielleicht anders. Ich erhoffe eine lebhaftige Diskussion und schließe meinen Vortrag mit einem Vorschlag ab:

These 7: *Beide Fächer, sowohl die allgemeine Sozialpsychiatrie als auch die forensische Psychiatrie sind dringend reformbedürftig. Was die Erfolgsaussichten dieser Reform angeht, so erscheinen sie mir am besten, wenn die Reformen gemeinschaftlich angegangen werden und beide Seiten in ihrer Unterschiedlichkeit voneinander lernen. Das würde der Komplexität des Gegenstandes am ehesten gerecht.*

Ich habe in diesem Vortrag viel Kritik an der AP geübt und den MRV sehr positiv besprochen. Das war dem Umstand geschuldet, dass die DGSP-Position die Maßregeln vernichtend kritisiert, während kritische Blicke auf die Praxis der AP fehlen. Das ist eine Schiefelage, die ich korrigieren möchte, zumal die Fächer in einem engen Wechselverhältnis zueinanderstehen. Tatsächlich haben beide Fachrichtungen bemerkenswerte Erfolge und große Verdienste zu verzeichnen, die eine früher, die andere später. Und sowohl hier als auch dort gibt es engagierte, ernsthafte, hoch verantwortliche Mitstreiterinnen und Mitstreiter, die eine dringend erforderliche Weiterentwicklung ernsthaft anstreben. Wegen der Komplexität des Gegenstandes braucht es dafür auch komplexe Lösungen. Meine leise Hoffnung wäre, dass auf beiden Seiten achtsam zugehört und von der jeweils anderen Seite gelernt wird. Dazu ist dieser Runde Tisch eine ausgezeichnete Gelegenheit, und manche Lernprozesse müssen mit wechselseitiger, offener Kritik beginnen.

Anmerkungen:

- (1) Die Argumentationslinie des Papiers wurde, wie Heinz Kammeier in seinem Vortrag offenbarte, von einer etwa 15-20köpfigen Gruppe der DGSP erarbeitet. Diese Gruppe beauftragte drei ihrer Mitglieder, die Argumente schriftlich festzuhalten. Dieser Position schloss sich der Vorstand der DGSP an.
- (2) Nach einjähriger Diskussion gründeten daher Vertreterinnen und Vertreter aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen die Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft für psychodynamische Psychiatrie (NAPP e. V.), die sich für die Verbindung von Sozialpsychiatrie, Psychoanalyse und Gruppenanalyse einsetzt. Von 1996 bis 2002 war ich 1. Vorsitzender dieser Arbeitsgemeinschaft, die eine Debattenkultur wie oben angegeben pflegt.
- (3) Eine verantwortliche Sozialpsychiatrie müsste nicht nur die eigene Haltung gegenüber schwer kranken und ausgegrenzten Menschen reflektieren und über eigene Behandlungsangebote für diese Klientel nachdenken. Es ginge – wie ich aus eigener vielfältiger Erfahrung weiß – auch darum, die Mitarbeitenden der WLH in ihrer sehr verdienstvollen Arbeit zu unterstützen und sie – so praxisnah wie möglich – für diese Arbeit fortzubilden.

Anhang 1: Die destruktive Seite der guten Psychiatrie

- 1.** Früher oder später in ihrer Biografie erleben Menschen schwere Belastungen und Traumata. Je nach Resilienz (die von verschiedenen Bedingungen abhängt), resultieren mentale Beeinträchtigungen, die den Grad psychischer Erkrankung erreichen können.
- 2.** Die Bewältigung dieser Beschädigungen im Lebensverlauf kann als kreativer Akt verstanden werden, der aus passiv Erlichem aktiv Gestaltetes werden lässt. Kreativität und psychische Erkrankung hängen engstens zusammen.
- 3.** Psychische oder mentale Beschädigungen haben aber immer auch mit Destruktion zu tun. Schwere Belastungen und Traumata gehen nicht spurlos an uns vorbei, sie hinterlassen Verletzungen, Erinnerungen und Narben, mit denen wir uns lebenslang auseinandersetzen müssen.
- 4.** Die Spuren unserer erlittenen Traumata stehen uns nicht in sprachlich symbolisierter Form zur Verfügung. Sie können nicht „erinnert“ und „erzählt“ werden wie andere zurückliegende Geschehnisse. Sie sind in spezifischen Gedächtnissystemen gespeichert (implizites, prozedurales Gedächtnis), und melden sich wie „böse Geister“, die wir nicht kontrollieren können.

5. Sie äußern sich in unheimlichen, kaum zu beschreibenden Stimmungen, in überwältigenden Affekten und den Körper einbeziehenden Prozessen von großer Zerstörungskraft. Sie konkretisieren sich außerdem interaktionell und „handlungssprachlich“, also durch das, was die Betroffenen mit ihrer Umwelt, mit den nächsten Bezugspersonen *tun*.
6. Die betroffenen Menschen können nicht anders. Sie müssen das, was sie in diesem Moment nicht differenziert fühlen und erleben, was sie nicht ausreichend „mentalalisieren“ können, in ihrem jeweiligen Umfeld „inszenieren“. Sie müssen sich selbst emotional entlasten, indem sie uns interpersonell – durch „Action“ – in die dumpfe Geschichte ihrer Beschädigungen und in ihre verschiedenen Bewältigungsversuche einbeziehen. Sie verstricken uns in zum Teil hochdestruktive Prozesse und hoffen unterschwellig, dass wir dieser Zumutung gewachsen sind.
7. Psychische Erkrankung (innere Beschädigung) hat daher immer auch mit Destruktivität und damit zu tun, dass die Betroffenen uns und unser „Mitagieren“ existenziell benötigen. Wenn die zerstörerischen Kräfte dieser intra- und interpersonellen Dynamik überwältigend groß sind, muss unsere Beteiligung an diesem Geschehen entsprechend „robust“ sein, und wir müssen uns als möglichst unzerstörbar erweisen.
8. Eine Psychiatrie, die sich dieser Herausforderung gegenüber verweigert, lässt Patienten in ihrer existenziellen Not allein. Sie verhält sich ethisch nicht verantwortlich und trägt zur Ausgrenzung psychisch Kranker bei – auch wenn sie das Gegenteil behauptet und diejenigen angreift, die sich dieser Verantwortung (auch wenn sie dabei Fehler begehen) stellen.
9. Wie können wir verstehen, warum sie dies tut? Meine Annahme ist, dass sie sich damit von eigener Destruktivität entlastet. Sie versucht sich davon reinzuwaschen, indem sie das Feindbild einer bösen, von Machtgier besessenen Forensik kreiert, von der sie sich als die gute, unterstützende und die Patientenrechte berücksichtigende Psychiatrie wohlthuend abgrenzt.

- 10.** Als psychiatrische Helfer bekommen wir, wenn wir den Patienten in ihrer inneren Not zur Seite stehen möchten, unausweichlich mit unserer *eigenen destruktiven Seite* zu tun. Das Destruktive in uns meldet sich, weil auch wir Traumata und Beschädigungen erlitten (daher haben wir diesen Beruf ergriffen). Unsere „böse“ Seite meldet sich aber auch, weil unsere Patienten uns als Mitwirkende ihres existenziellen Dramas benötigen und uns verzweifelt, aber hoffnungsvoll darin verstricken – ob wir wollen oder nicht. Psychiater sein und dabei immer auf der guten Seite bleiben, das geht nicht. Da fehlt etwas Wesentliches. Es kommt vielmehr darauf an, die eigenen zerstörerischen Abgründe möglichst gut zu kennen und zu reflektieren. Die Geschichte der Psychiatrie ist übervoll mit Beispielen dafür, wie die eigene Destruktivität geleugnet und zugleich hemmungslos ausgelebt wurde.
- 11.** Am Anfang der Psychiatriereform, direkt nach der Enquête, war es einfach, auf der Seite der Guten zu sein: Es gab die menschenunwürdigen Zustände in den totalen Institutionen und Patienten, die dort „verwahrt“ und gefangen gehalten wurden. Die Reformerrinnen und Reformer konnten sich, indem sie die Anstaltsinsassen aus der Gefangenschaft befreiten und ihnen neue Lebensperspektiven ermöglichten, als gute Unterstützer dieser Menschen fühlen. Deren Dankbarkeit war ihnen gewiss. Die Reformpsychiatrie war eine Bewegung des Abbaus von Schlechtem und des Aufbaus von Gutem. Gut und Böse waren klar unterschieden und eindeutig festgelegt. Das war übersichtlich.
- 12.** Ab Mitte der 1990er Jahre änderte sich dies, da die allgemeinen gesellschaftliche Rahmenbedingungen (wie wachsende Ungewissheiten, Ökonomisierungstendenzen mit ihren Folgen usw.) nun auch das Leben in den reformierten und neu geschaffenen Institutionen und Organisationen der Psychiatrie erreichten und zunehmend prägten. Aber nicht nur extern hervorgerufene, sondern auch intern verursachte Gefährdungen nahmen zu, insofern eine unaufhörliche Abfolge nie wirklich abgeschlossener Umstrukturierungen und Konzept- und Steuerungsentwürfe immer mehr müde, erschöpfte, von der Entwicklung enttäuschte, nicht selten auch

„ausgebrannte“ Mitstreiterinnen und Mitstreiter produzierte („organisationaler Burnout“). Die Patienten waren jetzt nicht mehr nur dankbar.

- 13.** Vor allem wurde deutlich, dass es trotz gut ausgebauter ambulanter, gemeindenaher Angebote weiterhin dringenden Bedarf an stationären Langzeiteinrichtungen geben würde: Diejenigen Patienten, die allgemeinspsychiatrisch nicht mehr stationär behandelt wurden, konnten eben *nicht* alle gemeindenah aufgefangen und behandelt werden, sondern fanden sich im Verlauf der 2000er Jahre im *Maßregelvollzug* und in sozialen Feldern wieder, die an die Psychiatrie angrenzen (vor allem in der Wohnungslosenhilfe). Dies stellte den Erfolg der Psychiatriereform zunehmend infrage. Bei selbstkritischer Betrachtung erwies sich die Reform statt als wirkliche De-Institutionalisierung vielmehr als eine bundesweit zu beobachtende Umverteilung psychisch kranker Menschen.
- 14.** Da der Abbau stationärer Behandlungsplätze in der Allgemeinspsychiatrie (AP) mit einem korrespondierenden Ausbau von Behandlungskapazitäten im Maßregelvollzug (MRV) einherging und weiter einhergeht (wobei die gleichen, an Psychosen leidenden Patienten, nun statt in allgemeinspsychiatrischer nun in forensischer Behandlung sind) wurde das Bild „kommunizierender Röhren“ herangezogen, um das Wechselverhältnis beider Fächer zu veranschaulichen: Wenn der Flüssigkeitspegel am einen Ende sinkt, steigt er am anderen an. Das gleich bleibende Volumen verteilt sich nur anders. Dieser Zusammenhang der Fächer wird auf beiden Seiten wahrgenommen, aber unterschiedlich gedeutet. Auf forensischer Seite sieht man sich – auch wenn nicht alles perfekt ist und vieles reformbedürftig erscheint – in der therapeutischen Verantwortung den Patienten gegenüber und fühlt sich von der AP allein gelassen.
- 15.** Auf Seiten der AP gibt es – neben selbstkritischen Einzelstimmen – die verbreitete Sichtweise, wonach MRV-Patienten zu Unrecht festgesetzt, ihrer bürgerlichen Rechte beraubt und als Alibi für die Gier nach Macht und Geld missbraucht werden. Vielleicht gibt es auch Neid angesichts der privilegierten Ausstattung des MRVs. Die Unterstellung totalitärer Verhältnisse kontrastiert stark mit der inzwischen differenzierten Behandlungsrealität an zahlreichen

forensischen Standorten (inklusive Nachsorge). Sie erinnert stattdessen frappierend an das „alte“ Feindbild der Verwahranstalten, in denen die Insassen mit Nichtstun um Jahrzehnte ihres Lebens gebracht wurden.

- 16.** Das Bild der „kommunizierenden Röhren“ scheint daher nicht nur geeignet, um die Umverteilung chronisch kranker Patienten zu beschreiben. Es veranschaulicht auch den *emotionalen Austausch* zwischen den Fächern, so wie ihn Vertreterinnen und Vertreter radikaler Positionen praktizieren: Der destruktive Anteil wird auf der einen Seite (AP) herabgesenkt und auf der anderen Seite (MRV) erhöht. Auf der einen Seite sind dann weiterhin die Guten (reine Unterstützer und Befreier), auf der anderen die Bösen (Machtmenschen und Gewaltherrscher). Das setzt den massiven Einsatz von Verleugnung und Projektion voraus und geht daher mit einer eklatanten Verzerrung der Realitätswahrnehmung einher.
- 17.** Es dürfte nicht zufällig sein, dass der aktuelle, vernichtende Angriff auf den MRV zu einem Zeitpunkt erfolgt, wo die öffentliche Kritik an den Ergebnissen der Psychiatriereform immer mehr zunimmt (während der MRV „boomt“). Statt diese Kritik aufzunehmen und zu prüfen, ob nicht die Rufe nach verlässlichen Behandlungen psychisch kranker Menschen zumindest einen wahren Kern beinhalten, wird das Kind mit dem Bade ausgeschüttet und nun die Abschaffung des gesamten MRVs gefordert.
- 18.** Mit dem Versuch, ein altes Feindbild der Verwahrspsychiatrie neu zu beleben, indem der heutige MRV zum Ort der Folter, des Machtmissbrauchs und der Gewaltherrschaft umgedeutet wird, lenken die Kritiker des MRVs vom teilweisen Scheitern der eigenen Bewegung ab: Nicht die Reformpsychiatrie hat in bestimmten Fragen gefehlt, grundlegend gefehlt hat die Forensische Psychiatrie. Sie gehört daher abgeschafft.
- 19.** Das Tragische ist, dass in Folge dieser Forderung, sollte sie denn in die Nähe der Umsetzung kommen, psychisch kranke Straftäter keine unmittelbare therapeutische Unterstützung mehr erhielten, sondern direkt in die JVA abgeschoben würden. Die dort erhältliche Gleichbehandlung mit gewöhnlichen Insassen erfolgte unter dem Siegel der „Antidiskriminierung“.

Spätestens jetzt wird deutlich, dass *die destruktive Seite* der guten Psychiatrie, die in einem ersten Schritt in den MRV und in einem zweiten in den JVZ „entsorgt“ werden soll, in Form eines ätzenden Zynismus wiederkehrt. Die Krankenkassen könnten diese Art der „Antidiskriminierung“ begrüßen, fielen psychisch Kranke im Knast doch anderen, steuerfinanzierten Kostenträgern zur Last (Kunze 2015, S. 64).

- 20.** Die Vorschläge der DGSP laufen daher darauf hinaus, Patienten nicht nur zu kriminalisieren, sondern *ganz auszugrenzen*. Schon jetzt ist klar, dass die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung beim Status eines Gefangenen extrem schwierig ist, dass sich die JVA als Institution am untersten Rand der Gesellschaft befindet, und dass die *interne Hierarchie* im Knast diesen Abwärtstrend bestätigt: Sie überlässt psychisch Erkrankten die unteren Ränge (Kunze 2015, S. 64 ff.). – Traurige soziale Psychiatrie!

Anhang 2: Fragen zur UN-Behindertenrechtskonvention

1. Wenn die **Präambel der UN-BRK** in Bezug auf Internationale Menschenrechtspakte festhält, „dass jeder Mensch ohne Unterschied Anspruch auf alle darin aufgeführten Rechte und Freiheiten hat“ (**b**) – muss dies nicht auch für das *Recht auf angemessene Behandlung* gelten?
2. Wenn Behinderung laut **Präambel** „aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (**e**) – stellt dann die *Schwererreichbarkeit des psychiatrischen Versorgungssystems* für bestimmte Patientengruppen eine solche „umweltbedingte Barriere“ dar?
3. Die **Präambel** stellt heraus, „wie wichtig die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen ist, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen,“ (**n**); sie ruft aber auch dazu auf, „die Menschenrechte aller Menschen mit Behinderungen, einschließlich

derjenigen, die *intensivere Unterstützung benötigen*, zu fördern und zu stützen“ **(j)** (Hervorhebung RH). – Warum betonen manche die eine Seite (Autonomie und Unabhängigkeit) so stark, während sie die andere Seite (Bedarf an intensiver Unterstützung) auffallend vernachlässigen?

4. Die **Präambel** betont, „wie wichtig es ist, dass Menschen mit Behinderungen vollen Zugang (...) zu Gesundheit und Bildung (...) haben“ **(v)**, und dass „der Einzelne gegenüber seinen Mitmenschen und der Gemeinschaft, der er angehört, Pflichten hat und gehalten ist, für die Förderung und Achtung der in der Internationalen Menschenrechtcharta anerkannten Rechte einzutreten“ **(w)** – warum wird dann, trotz *Versorgungsverpflichtung*, bestimmten Gruppen von Behinderten der „volle Zugang zu Gesundheit“ erschwert?

5. **Artikel 16 (Absatz 4)**: „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um die körperliche, kognitive und psychische Genesung, die Rehabilitation und die soziale Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen, die Opfer irgendeiner Form von Ausbeutung, Gewalt oder Missbrauch werden, zu fördern, auch durch die *Bereitstellung von Schutzeinrichtungen*. Genesung und Wiedereingliederung müssen in einer *Umgebung* stattfinden, die der *Gesundheit*, dem *Wohlergehen*, der *Selbstachtung*, der *Würde* und der *Autonomie* des Menschen förderlich ist und geschlechts- und altersspezifischen Bedürfnissen Rechnung trägt“ (Hervorhebungen RH). – Wenn die Bereitstellung von Schutzeinrichtungen vernachlässigt und die Straße zur Heimat vieler psychisch Kranker wird, widerspricht dies nicht der UN-BRK?

6. **Artikel 19 (Absatz b)** betont das Recht aller Menschen mit Behinderung auf „Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen (...), einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist“. – Wenn dies in der *Theorie* gilt, in der

Praxis aber nicht umgesetzt werden kann, stellt dies dann nicht einen Bruch der UN-BRK dar?

- 7. Artikel 25 Gesundheit:** Menschen mit Behinderung haben das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Ihnen steht „eine unentgeltliche oder erschweringliche Gesundheitsversorgung *in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Stand* zur Verfügung wie anderen Menschen“ **(a)**, sowie Gesundheitsleistungen, „die von Menschen mit Behinderungen *speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt* werden“ **(b)**. Die Vertragsstaaten „verhindern (...) die *diskriminierende Vorenthaltung* von Gesundheitsversorgung oder -leistungen (...) aufgrund von Behinderung“ **(f)** (alle Hervorhebungen RH). – Erhalten alle psychisch kranken Menschen heute die ganze Bandbreite hochwertiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung? Wenn bestimmten Gruppen der Zugang dazu erschwert wird, ist dies nicht eine „*diskriminierende Vorenthaltung*“ im Sinne der UN-BRK?

Literaturangaben

- Auchter, T. (2004): Rahmen, Halt und Grenze. Über strukturbildende Faktoren im Maßregelvollzug. In: Bender, T., Auchter, T. (Hrsg.): Destruktiver Wahn zwischen Psychiatrie und Politik. Gießen: Psychosozial-Verlag 2004, S. 141-169.
- Brieger, P. u. a. (2021): Wege zur Sicherheit gesucht. Sozialpsychiatrische Informationen 51, Heft 1/2021, S. 26-29.
- Feißt, M., Lewe, U., Kammeier, H. (2022): Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB. Organisationale, empirische und rechtspolitische Argumente für eine Änderung des Sanktionenrechts. Ein Positionspapier im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., Einbeck, Bielefeld, Münster 2022
- Happach, C. (2020): „Geht’s auch ohne?“ – Vom Mythos der gewaltfreien Psychiatrie. Psychodynamische Aspekte von Gewalt und Zwang in der psychiatrischen Klinik. In: Ertel, U., Lempa, G., Müller, T., Münch, A. Troje, E. (Hrsg.): Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Band 35, Gießen: Psychosozial-Verlag 2020, S. 57-83.

- Heltzel, R. (1987): Zur Psychodynamik bei psychiatrischen Zwangseinweisungen. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie, Band XIII, Heft 3, S. 196-217.
- Heltzel, R. (1995): Die haltende Beziehung im stationär-psychiatrischen Setting. Sozialpsychiatrische Informationen 25, Heft 1/1995, S. 30-39.
- Heltzel, R. (2000): Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie. Psychotherapieforum 8, S. 107-116.
- Heltzel, R. (2003a): Können psychiatrische Organisationen haltende Umwelt sein? Jahrbuch der Gruppenanalyse 2003, S. 139-158.
- Heltzel, R. (2003b): Die Aggression der Professionellen im Maßregelvollzug – am Beispiel der Behandlung von Sexualstraftätern. Sozialpsychiatrische Informationen 33, Heft 1/2003, S. 7-12.
- Heltzel, R. (2005): Gruppenanalytische Beratung in Non-Profit-Organisationen. In: Haubl, R., Heltzel, R., Barthel-Rösing, M. (Hrsg.): Gruppenanalytische Supervision und Organisationsberatung. Eine Einführung. Gießen: Psychosozial-Verlag 2005, S. 11-52.
- Heltzel, R. (2006): Psychodynamische Aspekte in der stationären Behandlung psychotischer Patienten. In: Böker, H. (Hrsg.): Psychoanalyse und Psychiatrie. Heidelberg: Springer Verlag 2006, S. 266-275.
- Heltzel, R. (2007a): Supervision und Beratung in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2007
- Heltzel, R. (2007b): Die destruktiven Bereitschaften der Professionellen im Maßregelvollzug – am Beispiel der Behandlung von Sexualstraftätern. Recht & Psychiatrie 25, Heft 1/2007, S. 10-16.
- Heltzel, R. (2012): Die Ökonomisierung psychosozialer Arbeit und ihre Folgen. Zehn kritische Thesen aus der Sicht des Supervisors. In: Weigand, W. (Hrsg.): Philosophie und Handwerk der Supervision. Gießen: Psychosozial-Verlag 2012, S. 203-222.
- Heltzel, R. (2021): Psychodynamische Beratung in Organisationen, Integrative Konzepte und bewegende Begegnungen. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021.
- Heltzel, R. (2022): Was geht hier ab?! Wie wir uns in der Arbeit mit Sexualstraftätern fühlen und wie wir damit klarkommen können. Vortrag beim 5. Round-Table-Fachgespräch der BWG am 27.9.22 in Bremen.
- Janssen, P. L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett Cotta 1987.
- Janssen, P. L. (1994): Zur psychoanalytischen Behandlung der Borderline-Störungen. In: Streeck, U., Bell, K. (Hrsg.): Die Psychoanalyse schwerer psychischer

Erkrankungen. Konzepte – Behandlungsmodelle – Erfahrungen. München: Pfeiffer 1994, S. 124-142.

- Kernberg, O. F. (1981): Für eine integrative Theorie der Klinikbehandlung. In: Ders.: Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett Cotta 1987, S. 256-297.
- Kruse, G. (2005): Forensik – die Psychiatrie der Zukunft. Sozialpsychiatrische Informationen 35, Heft 2/2005, S. 31-35.
- Kunze, H. (2015): Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Stuttgart 2015.
- Kunze, H. (2022): Psychiatrie ohne Zwang. Eine verführerische Illusion? Sozialpsychiatrische Informationen 52, Heft 1/2022, S. 52-57
- Prüter-Schwarte, C. (2021): Wohin geht es mit der Forensischen Psychiatrie? Sozialpsychiatrische Informationen 51, Heft 1/2021, S. 34-37.
- Rauchfleisch, U. (2004): Der destruktive Wahn dissozialer Menschen zwischen Struktur und Strukturlosigkeit. In: Bender, T., Aucter, T. (Hrsg.): Destruktiver Wahn zwischen Psychiatrie und Politik. Gießen: Psychosozial-Verlag 2004, S. 119-140.
- Schmidt-Quernheim, F. (2007): Kommunizierende Röhren – Vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. Psychiatrische Praxis 34, S. 218-222.
- Schmidt-Quernheim, F. (2018): Überleitung und Nachsorge im Maßregelvollzug. Forensische Ambulanz – Von der Prognose zum Risikomanagement. In: Schmidt-Quernheim, F. und Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.): Praxisbuch Forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe 2018, S. 571-642.
- Tuinen, van (2004): Entwicklung und Gegenwart der Forensischen Psychiatrie in den Niederlanden aus psychodynamischer Sicht. In: Bender, T., Aucter, T. (Hrsg.): Destruktiver Wahn zwischen Psychiatrie und Politik. Gießen: Psychosozial-Verlag 2004, S. 87-118.
- UN-Behindertenrechtskonvention: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf (letzter Aufruf am 14.3.2023).
- Wienberg, G. (1997): Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie. In: Eink, M.: Gewalttätige Psychiatrie – ein Streitbuch. Bonn: Psychiatrie - Verlag 1997, S. 14-28.
- Wienberg, G. (2008): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. In: Sozialpsychiatrische Informationen 38, Heft 1/2008, S. 2-13.

- Wienberg , G. (2014): 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland – Auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?! Sozialpsychiatrische Informationen 44, Heft 1/2014, S. 4-9.
- Zinkler, M., von Peter, S. (2019): Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. Recht und Psychiatrie 37, S. 203-209.

Angaben zum Autor: Dr. Rudolf Heltzel ist Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, Gruppenlehranalytiker, Supervisor, Coach und psychodynamischer Organisationsberater. Er berät freiberuflich in mehreren Bundesländern und in Österreich und ist Autor zahlreicher Fachbeiträge und Fachbücher.

Internet: www.rudolf-heltzel.de **E-Mail:** praxis@rudolf-heltzel.de