

# Maßregelvollzug und Stigma(-tisierung)

## Zum Verhältnis zweier komplexer Begrifflichkeiten

*Maria Schröder-Best*

### **Zusammenfassung**

Der vorliegende Artikel setzt sich auf einer theoretischen Basis mit den Verbindungen zwischen Maßregelvollzug und Stigma auseinander. Es soll untersucht werden, inwiefern der Maßregelvollzug und insbesondere dort untergebrachte Personen von Stigma(-tisierung) betroffen sein können. Dafür wird der Maßregelvollzug zunächst auf seine allgemeinen Wechselwirkungen mit Gesellschaft untersucht sowie historisch verortet. Anschließend wird die Bedeutung von Stigma(-tisierung) im Zusammenhang mit untergebrachten Personen sowie dem Personal genauer betrachtet. Mit den vorliegenden Erörterungen wird eine erste Auseinandersetzung im deutschsprachigen Raum dargeboten, die zur weiteren Bearbeitung des Themengebietes anregen soll.

**Schlüsselwörter:** Maßregelvollzug, Stigma, Stigmatisierung, Macht, Gesellschaft

### **Forensic Psychiatric Service and Stigma(-tization)**

On the relation of two complex concepts

### **Abstract**

This article theoretically examines the connections between the Forensic Psychiatric Service and stigma(-tization). It will be investigated to what extent the Forensic Psychiatric Service and in particular the individuals within the service may be affected by stigma(-tization) as well as its consequences and effects. For this purpose, the general interactions between the Forensic Psychiatric System and society will be examined and historically located. Subsequently, the significance of stigma(-tization) in connection with the individuals within the service and the staff will be examined in more detail. The present discussion intends to start a debate in German-speaking countries, aiming to encourage further research on the topic.

**Keywords:** Forensic Psychiatric Service, stigma, stigmatization, power, society

## 1. Einleitung

*„Psychisch Kranke leiden nicht nur an mangelnder Gesundheit, sondern auch an einer minderwertigen Krankheit.“  
Robert Musil in „Mann ohne Eigenschaften“*

Mit diesem vorab angeführten Zitat wird bereits eine zentrale Facette von psychischen Krisen deutlich, die für Betroffene einen wesentlichen Kern der persönlichen Leidensgeschichte darstellen kann: die gesellschaftliche Bewertung von psychischen Krisen. Der Diskurs und die öffentliche Wahrnehmung dieser sind seit jeher von Irrationalität und Emotionalität geprägt und tief in der gesellschaftlichen Realität und Tradition verankert. Seit vielen Jahrhunderten werden Menschen in psychischen Ausnahmesituationen als anders, sündhaft und gefährlich konstruiert (Meise et al., 2001).

Die gegenwärtige Stigmaforschung kann inzwischen auf einen großen Erfahrungsschatz zurückgreifen, welcher auf die erschwerten Lebensrealitäten von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose aufmerksam macht. Verschiedenste (längsschnittliche) Einstellungsforschungen bestätigen, dass psychiatrische Diagnosen sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart – hier z.T. sogar in stärkerem Ausmaß (Angermeyer et al., 2013) – mit negativen gesellschaftlichen Zuschreibungen verbunden sind (Angermeyer & Dietrich, 2006), Exklusionsdynamiken für Betroffene zur Folge haben (Thornicroft et al., 2009) und damit dringend auch in therapeutischen Kontexten zu berücksichtigen ist (Aydin & Fritsch, 2015).

Der vorliegende Artikel tritt mit dem Ziel der Nutzbarmachung dieses breiten Wissensrepertoires für den Kontext des Maßregelvollzugs an und möchte einführend den historischen wie gegenwärtigen gesellschaftlichen Einfluss auf die Struktur sowie Personen des Maßregelvollzugs deutlich machen. Eine stigmasensibilisierte Praxis im Kontext forensischer Kliniken ergibt sich insbesondere daraus, dass es aus ethischer Perspektive der Anspruch sein sollte „[...] hintergründig wirkende Menschen- und Gesellschaftsbilder ans Licht zu bringen und auf ihre Konsistenz und ihre Konsequenz hin zu befragen.“ (Ried, 2010:184). Stigma und damit einhergehende Zuschreibungen können als derartige Menschen- und Gesellschaftsbilder betrachtet werden, die es daher in allen Gesellschaftsbereichen zu reflektieren gilt. Das Arbeitsgebiet des Maßregelvollzugs kann vor allem aufgrund der folgenden Aspekte von einer stigmasensibilisierten Praxis profitieren:

Zum einen stellt der Personenkreis der untergebrachten Personen eine besonders belastete Gruppe im Kontext gesellschaftlicher Zuschreibungen dar. Diese sind durch ihre Unterbringung bereits auf doppelte Weise von Stigmatisierung betroffen. Sie

werden – quasi richterlich – zum einen als psychisch krank und zum anderen als kriminell etikettiert (Williams et al., 2011). Damit ergibt sich für die Menschen eine ganz eigene Stigmakombination (Livingston, 2010), die nicht folgenlos für gelebte Realitäten und Unterbringungsbedingungen sein kann.

Mit derartigen Differenz erzeugenden Markern geht insbesondere in psychiatrischen, aber vor allem auch forensischen Arbeitsbereichen die Gefahr einher, dass von professionell Tätigen Stigmatisierung ausgeht (Kukulu & Ergün, 2007; Serafini et al., 2011). Entsprechend erscheint es für die Praxis des Maßregelvollzugs gewinnbringend zu untersuchen, ob und inwiefern sich zuschreibungs-basierte Ungleichheitsprozesse beim Personal zeigen können. Dies ist im Maßregelvollzug insbesondere deswegen von Bedeutung, da bspw. der Beurteilung der dort untergebrachten Personen eine ganz andere Tragweite zukommt als in anderen psychiatrischen Arbeitsfeldern (Hayner & Prüter, 2010).

Die Notwendigkeit einer gesellschaftskritischen Betrachtung ergibt sich auch aus den historischen Bezügen des Maßregelvollzugs. Dieser ist zutiefst verankert in der Logik defizitärer und menschenverachtender Zuschreibungen. Nicht selten haben vor allem Ärzt\*innen und Psychiater\*innen „[...] am Mythos der Unberechenbarkeit und der Unbehandelbarkeit des psychisch Kranken mitgewirkt und somit einen Beitrag zur Stigmatisierung der betroffenen Patienten geleistet“ (Meise et al., 2001:76). Die kritische Betrachtung möglicher historischer Kontinuitäten ist damit eine besondere Quelle transformativer Anregungen, die einen Beitrag zum modernen Maßregelvollzug leisten kann.

## 2. Begriffsklärung: Stigma

Bereits seit den frühen Jahren des letzten Jahrhunderts beschäftigen sich Wissenschaftler\*innen mit der Erforschung von Einstellungen der Gesellschaft gegenüber bestimmten Personengruppen (Angermeyer et al., 2017). Als bekanntester Denker gilt der kanadische Soziologe Erving Goffman. Sein 1963 veröffentlichter Text „Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity“ gilt noch heute als eines der wichtigsten Werke und hat nicht zuletzt den Grundstein des gegenwärtig andauernden „Stigma-Booms“ (Angermeyer et al., 2017) gelegt.

Seine Wortherkunft hat Stigma im Altgriechischen. Es lässt sich am ehesten mit „stechen, markieren oder auch tätowieren und brandmarken“ (Rüsch, 2021:38) übersetzen und wurde schon früh zur Bezeichnung einer physischen Markierung bspw. des eigenen Viehs oder von devianten Personengruppen, um auf deren „ungewöhnlichen oder schlechten moralischen Zustand“ (Goffman, 1975:9) zu verweisen, verwendet.

Die Bezugnahme der Markierung in einem personenbezogenen Verständnis hat sich seither etabliert. Stigma wird gesellschaftlich inzwischen als sog. Makel bzw. vermeintliches Defizit einer Person oder von Personengruppen verhandelt, die mit stereotypisierenden und komplexitätsreduzierenden Zuschreibungen einhergehen und

auf deren Basis Betroffene geächtet oder ausgegrenzt werden (Meise et al., 2001). Die Zuschreibungen sind dabei vielfältig, reichen von paternalistischen oder neidischen über bewundernde bis hin zu verächtlichen Zuschreibungsinhalten (Fiske et al., 2002). Menschen, denen ein Stigma von der Gesellschaft zugeschrieben wird, werden nicht selten aufgrund einzelner Eigenschaften quasi generalisierend in ihrer gesamten Person als negativ und unzureichend wahrgenommen (Ricciardelli & Moir, 2013) – selbst dann „wenn [bspw. die Persönlichkeit] mit dem charakterisierenden Merkmal objektiv nichts zu tun [hat]“ (Thiel et al., 2016:41).

Auf der anderen Seite zeigen die definitorischen Einführungen, dass Stigma nie ohne dessen prozessualen Charakter gedacht werden kann. Stigma und Stigmatisierung werden im gesellschaftlichen Verständnis zwar inzwischen nahezu synonym verwendet (Freimüller, L. & Wölwer, W., 2012), letzteres spricht aber vor allem die sich aus Stigmata bzw. den vermeintlichen Makeln ableitenden Handlungen an. Hiermit sind u.a. die drei großen Stigmaformen – die öffentliche und strukturelle Stigmatisierung sowie die Selbststigmatisierung angesprochen (siehe Rüschi, 2021 & Corrigan & Rao, 2012).

Diese Formen können vielfältige Folgen für Personen mit sich bringen, die Finzen u.a. veranlassten, „Stigma als zweite Krankheit“ zu bezeichnen (Finzen, 2013). Er macht damit auf die Auswirkungen von Stigma auf das Individuum aufmerksam, die Angermeyer vor allem in drei zentralen Bereichen verortet: Zum einen die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und des subjektiven Befindens und zum anderen die soziale sowie behandlungsrelevante Benachteiligung. Es konnte gezeigt werden, dass Stigma den Selbstwert negativ beeinflusst, Depressivität steigert und die subjektiv empfundene Lebensqualität erheblich beeinträchtigt. Häufig berichten Betroffene von einer Verschlechterung ihrer sozialen Beziehungen, sozialer Isolation, Armut und Obdachlosigkeit (Angermeyer, 2004). Hinsichtlich der behandlungsrelevanten Benachteiligung wird angenommen, dass aufgrund von Stigmatisierung und u.a. dem Versuch der Geheimhaltung eher verzögert oder gar nicht psychologische/psychiatrische Unterstützung in Anspruch genommen wird (Rüschi et al., 2005). Zum anderen erschwert das gesellschaftliche Bild psychischer Erkrankungen die Akzeptanz der eigenen Diagnose, was wiederum negativen Einfluss auf die Compliance haben kann (Angermeyer, 2003).

Charakteristisch ist, dass: „Stigmata [...] über die Grenzen von Zeitaltern und Kulturen hinweg [als] prävalente allgemein-menschliche Phänomene“ betrachtet werden können (Ried, 2010:183). Rüschi argumentiert, dass sich Stigma(-tisierung) vor allem deswegen als Phänomen so konstant hält, da es auf verschiedenen Ebenen Funktionen für Einzelpersonen als auch für Gruppen sowie die gesamte Gesellschaft erfüllt (Rüschi, 2021). Margetić et al. (2008) merken an, dass Funktionen von Stigma in psychologischen, wirtschaftlichen oder biologisch bedingten Faktoren gefunden werden können. Der Kern von Stigmatisierung liegt aber unterschiedlichen Autor\*innen zu Folge vor allem im Eigeninteresse der Stigmatisierenden, die darüber die Wahrung des eigenen Status bzw. der eigenen Ressourcen beabsichtigen. Insbesondere den As-

pekt der sozialen Funktionalität hat Goffman in seinen Erörterungen stark herausgearbeitet. Er verweist damit auf die aus Stigma und Zuschreibungen erwachsende Unterscheidungs- und Kategorisierungsfunktion. Stigma trägt ursächlich zur Einteilung in „Wir“ und „die Anderen“ bei (Link & Phelan, 2001; West et al., 2014). Es positioniert das sog. „Wir“ als Dominanzgruppe und stätet es zum Nachteil derer, die als von der Mehrheit abweichend konstruiert werden, mit einer Vielzahl an Privilegien aus. Agiert und funktioniert eine Person nach etablierten Logiken, eröffnen sich dieser Ressourcen und Chancen auf Teilhabe, kann eine Person Entsprechendes nicht leisten – ob bewusst oder ohne aktives Hinzutun – drohen Exklusion, Entwertung und Statusverlust (Link & Phelan, 2001). Immer dann, wenn ein Stigma – bewusst wie unbewusst – reproduziert wird, positioniert sich die stigmatisierende Person zum Nachteil der stigmatisierten Gruppe und profitiert von der Aufrechterhaltung dieser Machtverhältnisse in einem größeren gesellschaftlichen Kontext. Damit unterstützt Stigma die soziale Marginalisierung von Personen und Gruppen (Thiel et al., 2016) und liefert indirekt Rechtfertigungen bzgl. gesellschaftlicher Ausbeutungs- und Selbsterhöhungsmechanismen (Rommelspacher, 2011; Rüscher, 2021). Damit zeigen sich Prozesse der Stigmatisierung nahezu identisch zu Diskriminierungsdynamiken. Link et al. (2008) gingen der Frage nach den Unterschieden zwischen Stigma und Vorurteilen bzw. Diskriminierung genauer nach. Die Autorengruppe stellte im Vergleich verschiedener Modelle fest, dass viele Gemeinsamkeiten vorliegen und sich nur Schwerpunktssetzungen unterschieden. Sie arbeiteten heraus, dass für beide Konzepte die Funktionen im Kern darin liegen Menschen auszubeuten und zu dominieren (keeping people down), Normen durchzusetzen (keeping people in) sowie Krankheiten zu vermeiden (keeping people away). Der Diskurs um Diskriminierung fokussiert historisch eher Prozesse der Ausbeutung, wohingegen Stigma sich traditionell eher mit Fragen der Normdurchsetzung und Krankheitsvermeidung befasst. Die jeweiligen Schwerpunktssetzungen variieren je nach Modell (Phelan et al., 2008). Im Grunde kommen die Autoren aber zu folgender Erkenntnis: „Our analysis suggests some differences in emphasis and focus, but we conclude that models of prejudice and stigma describe a single animal.“ (ebd. :365). Prozesse der Diskriminierung wie Stigmatisierung können daher nie ohne ihre „Verschränkung mit den Strukturen sozialer Ungleichheit [...] angemessen analysiert [...] werden.“ (Scherr, 2014:3). Stigma ist nach Deacon et al. (2005) daher “[...] more than just an injury to an individual, but an indicator of the health of the social environment” (Deacon et al., 2005) und damit ein Gradmesser sozialer Gerechtigkeit.

Nach Link und Phelan kann Stigma(-tisierung) seine Dynamiken daher auch nur in Momenten der Machtasymmetrie entfalten. Die stigmatisierende Gruppe muss strukturell Zugang zu sozialer, wirtschaftlicher und politischer Macht haben (Link & Phelan, 2001). Die Betonung der Relevanz einer derartigen Machtasymmetrie ist dabei zentral, da im gegenwärtigen Gebrauch der Begriffe eine Verwässerung dieser zu bemerken ist. Bisweilen werden bspw. Unmutsäußerungen von Psychiater\*innen publik, die die „Stigmatisierung“ ihrer Berufsgruppe anprangern. Sie merken an, dass sie

durch Kolleg\*innen anderer Fachgebiete weniger ernst genommen oder durch Patient\*innen negativ betrachtet werden. Zwar liegen dem Vorgang stereotypisierende Bilder zugrunde, dennoch ist nicht zu erwarten, dass sich für die angesprochene Personengruppe systematische, negative Folgen aus diesen Zuschreibungen ableiten werden. Diese Annahme rührt aus der gesellschaftlichen Position von Psychiater\*innen, welche mit vielfältigen sozialen wie wirtschaftlichen Privilegien verbunden ist, die Zuschreibungen ihre Wirkmacht nehmen. Das alleinige Vorliegen von Stereotypen reicht daher nicht aus, um von Stigmatisierung zu sprechen (Rüsch, 2021).

### 3. Stigma und Maßregelvollzug: eine einführende Betrachtung der Verbindungen

Im Folgenden sollen die Verbindungen der zentralen Begrifflichkeiten über fünf verschiedene Perspektiven einführend dargestellt werden.

#### Fokus: Gesellschaft

Die Frage danach, wie Stigma(-tisierung) im Maßregelvollzug wirksam wird oder werden kann, wirft zunächst die Frage auf, wie Maßregelvollzug mit Gesellschaft und gesellschaftlichen Einstellungen in Verbindung steht.

Dazu schrieben Hayner und Prüter, dass kein anderes medizinisches Fachgebiet so stark von gesellschaftlichen Stimmungen sowie deren Verlautbarungen und Auffassungen beeinflusst sei wie die Psychiatrie und der Maßregelvollzug (Hayner & Prüter 2010). Aufmerksam machen die Autoren damit auf das starke öffentliche Interesse sowie die ebenso (historisch) verwurzelten Einstellungen und Haltungen gegenüber dem Maßregelvollzug. Kobbé schreibt, dass dem Feld schon immer „[...] der Charakter des Besonderen (des besonders Gefährlichen, des besonders Gewagten...)“ und des Stigmas (als moralisch-ethisch Verwerflichem, als böartig-krank Infektiösem...)“ (Kobbé, 1994:1) anhaftet und dass die „[...] von außen induzierte Angst [...] nie ohne Folgen für das ‚innere Klima‘ und die ‚therapeutische Grundhaltung‘“ sein kann (Kobbé, 1994:1-2).

Eine forensisch untergebrachte Person vereinigt immer zwei zutiefst diskreditierende Merkmale auf sich (Kobbé, 1993). Schulte geht davon aus, dass es sich: „[...] bei dem Stigmata ‚psychisch krank‘ und ‚kriminell‘ [...] wohl um die schärfsten institutionellen Ausgrenzungsmechanismen moderner Gesellschaften [handele]“ (Schulte, 2017:20). Dies macht den Maßregelvollzug zu einem „Spezialfall“ der Einstellungsforschung (Puls et al., 2005:4).

Das Potenzial dieses sog. Spezialfalls der Einstellungsforschung konnte für den Maßregelvollzug bisher nicht nutzbar gemacht werden. Eine kritische Betrachtung von sich im Maßregelvollzug abspielenden Ungleichheits- und Zuschreibungspraxen fin-

det wissenschaftlich sowie öffentlich kaum statt. Ursächlich können die Gründe für eine geringe Thematisierung u.a. im geschlossenen Charakter – symbolisch dargestellt durch hohe Zäune und geschlossene Türen – im Verhältnis zum öffentlichen Raum sowie aufgrund ihrer hochreglementierenden, überwachenden und abschirmenden Strukturen (Pfafferott, 2015) zu finden sein. Dies macht es bspw. untergebrachten Personen – als Betroffene von Machtasymmetrien – nahezu unmöglich öffentliches Interesse zu erwirken und eine kritische Analyse mit herrschenden Strukturen anzuregen. Hinzu kommen die mit dem Maßregelvollzug verbundenen Bilder und Zuschreibungen, auf die im Weiteren noch eingegangen werden wird, welche die Öffentlichkeit nicht dazu einladen, untergebrachte Personen mit großer Sympathie und/oder Solidaritätsbekundungen zu bedenken. Hesse (2019) schlussfolgert daher, dass „[...] die Gruppe der psychisch kranken Straftäter ganz sicher keine Lobby in der Gesellschaft haben wird, die für sie auf die Straße gehen und als Fürsprecher fungieren wird.“ (Hesse, 2019:256). Gegenteilig ist sogar anzunehmen, dass sich die öffentliche Stimme deutlich weniger für eine menschenrechtskritische Perspektive auf den Maßregelvollzug ausspricht als für die polemische Forderung des „Wegsperrens und zwar für immer“ (Schmidt-Quernheim, 2007:218).

Welche gesamtgesellschaftlichen Zuschreibungen jedoch mit einer Unterbringung im Maßregelvollzug genau einhergehen, ist empirisch bisher unzureichend untersucht. Liegt für Patient\*innen der Allgemeinpsychiatrie eine vielfältige Auswahl unterschiedlicher Einstellungsforschungen vor, so fehlt es an derartigen Arbeiten für den Bereich der forensischen Psychiatrie nahezu vollkommen. In einer Untersuchung von Brooker und Ullman (2008) zeigte sich, dass Personen mit einer sog. psychischen Erkrankung, die eine Straftat begangen haben, u.a. weniger Sympathie entgegengebracht wird und sie als größere Last für die Gesellschaft empfunden werden als Personen mit einer sog. psychischen Erkrankung. Ein Ausschnitt aus einem von Williams et al. (2011) geführten Interview macht die gesellschaftliche Sicht aus Perspektive einer forensisch untergebrachten Person deutlich. Darin heißt es: “[. . .] the word monster is what people think of us [. . .] it’s easy to label in negative ways, it stops us from seeing people as human” (Williams et al. 2011:200). “People are afraid of you. They think you’re dangerous. They question your motives, actions...they think you need to be turned into the police.” heißt es wiederum in einem von Livingston et al. geführten Interview (Livingston et al. 2011:119)

Angst, Intoleranz und Vorurteile scheinen die gesellschaftliche Stimmung bzgl. des Maßregelvollzugs maßgeblich zu bestimmen (Mezey et al., 2016). Saimeh erklärt diese Stimmung vor allem darüber, dass: „in der Forensischen Psychiatrie [...] zwei Aspekte zusammen[kommen], die Angst machen: Kriminalität und psychische Krankheit.“ (Neumann et al., 2019). Da bisweilen keine expliziten Studien vorliegen, welche die gesellschaftlichen Zuschreibungen gegenüber dem Maßregelvollzug untersuchen, können diese zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur theoretisch abgeleitet werden. Aufschlussreich gestaltet sich in diesem Zusammenhang die Betrachtung der öffentlichen Berichterstattung, zeigt diese doch deutlich, „[...] welche gesellschaftlichen

Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen und der Psychiatrie bestehen.“ (Rompe, 2006:330)

Die öffentliche Thematisierung des Maßregelvollzugs gestaltet sich mehrheitlich einseitig, bisweilen populistisch anmutend und durch Wut und Angst gekennzeichnet (Pffferott, 2015). Untergebrachte Personen werden in der Öffentlichkeit einerseits vor allem über den Aspekt der Gefährlichkeit konstruiert, andererseits platziert sie den Ruf nach Sicherheit kontinuierlich sehr prägnant. Gefahren, die von untergebrachten Personen oder Einrichtungen selbst ausgehen könnten, werden „nicht etwa nur vermutet, sondern vorausgesetzt“ (Rompe, 2006:330). Damit werden medial weniger die Chancen von Therapie und Behandlung des Maßregelvollzugs thematisiert und bspw. aufgezeigt, inwiefern dieser Rückfallquoten senkt oder Menschen in überaus herausfordernden Lebenssituation unterstützen kann, als vielmehr die Botschaft gesendet, dass es sich bei den untergebrachten Personen um therapieresistente Monster handle, die eine Gefahr für das Allgemeinwohl darstellen (ebd.). So verwundert es wenig, dass Psychiatrie und Maßregelvollzug nur dann Aufmerksamkeit zukommt, wenn Mitarbeiter\*innen „[...] einen Patienten zu früh entließen, ihm aus Unkenntnis zur Flucht verhalfen oder sich in ihn verliebten. Der erste Eindruck vermittelt ein Bild der Psychiatrie als Hochsicherheitstrakt, losgelöst von ihrer Funktion als medizinisch-therapeutische Institution, deren Insassen gewalttätig und kriminell sind, während dem Personal eher die Funktion von Gefängniswärtern zukommt.“ (Rompe 2006:331). Entsprechend ist es wenig verwunderlich, dass in vielen Forensiken sowie (kommunal) politischen Entscheidungsgremien die Haltung „Mit dem Maßregelvollzug sind keine Wahlen zu gewinnen, sondern nur zu verlieren“ anzutreffen ist. Diese mediale Darstellungsweise spiegelt auf der einen Seite das starke gesellschaftliche Sicherheitsbedürfnis und das Interesse, zur Not auch potenziell Gefährlichen ein Sonderopfer aufzuerlegen, wider, auf der anderen Seite dürfte die mediale Berichterstattung selbst keinen unbedeutenden Anteil am gesteigerten gesellschaftlichen Sicherheitsbedürfnis sowie an dessen Aufrechterhaltung haben (Weber, 2013b; Pffferott 2015).

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang der Umstand, dass die Frage der Gefährlichkeit im Zusammenhang mit der Personengruppe nahezu ausschließlich über die Perspektive der Allgemeinbevölkerung erfolgt und beantwortet wird. Dies ist daher bezeichnend, da es die Lebensrealität von untergebrachten Personen und die Frage, welches Risiko für die Personengruppe selbst existiert, Opfer einer Straftat zu werden, vollkommen ausschließt. Dies ist in einer stigmasensiblen bzw. gesellschaftskritischen Perspektive daher von Bedeutung, da die Einseitigkeit eine Naturalisierung des Stigmas der Gefährlichkeit schürt. Im öffentlichen wie wissenschaftlichen Diskurs wird bspw. wenig thematisiert, dass die Gefahr für Menschen mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, Opfer von verschiedenen Formen von Gewalt zu werden, deutlich höher ist als bei Menschen ohne eine derartige Diagnose (Maniglio, 2009) oder die Lebensgeschichten von Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung nicht selten von selbsterlebten Grenzüberschreitungen und Verletzung der eigenen Intimität gezeichnet sind (Weber, 2013a). Die Art der angeprangerten Berichterstattung oder gesellschaftlichen Thematisierung kann ebenso als Hinweis auf eine

stigmaverzerrte Wahrnehmung der Personengruppe und damit öffentliche Ungleichbehandlung verstanden werden. Dies soll mitnichten mögliche Taten relativieren, die von der Personengruppe vollzogen werden, für eine realitätsangemessene Betrachtung von Gefährlichkeit bzw. den Lebensrealitäten der Personengruppe bedarf es aber dringend auch dieser Perspektive.

Zuschreibungen und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung sowie die mediale Berichterstattung können zusammenfassend als ein historisches Produkt hegemonial gesellschaftlicher Psychiatrie-Diskurse verstanden werden, die sich gegenseitig beeinflussen und verändern und maßgeblich die Stellung der Psychiatrie in der Gesellschaft sowie deren Struktur im Allgemeinen mitbestimmen (Rompe, 2006). So konnte Völlm deutlich machen, inwiefern „[...] der in den Medien propagierte Ruf der Öffentlichkeit nach einem wirksameren Schutz vor psychisch gestörten Rechtsbrechern zu umfangreichen Gesetzesänderungen, verlängerten Internierungsdauern und verschärften Überwachungsmaßnahmen [in England] geführt hat“ (Leygraf, 2013:72). Auch in Deutschland kann die Betrachtung der aktuellen Kennwerte zur Unterbringungsdauer den Eindruck erwecken, dass „[...] in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion vorwiegend Sicherheitsinteressen relevant sind“ (Tribolet-Hardy & Habermeyer, 2016:266).

Im Kontext dieser Erörterung „[...] bleibt zu konstatieren, dass es dem Maßregelvollzug wohl niemals gelingen wird, (weitgehend) unabhängig von politisch-gesellschaftlichen Entwicklungen und Strömungen zu sein.“ (Seifert & Leygraf, 2016:241).

## **Fokus: Historie**

In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung und insbesondere für den Kontext des Maßregelvollzugs äußerst gewinnbringend sich mit historischen Wurzeln bspw. gesellschaftlicher Einstellungen, aber insbesondere auch institutioneller Strukturen zu beschäftigen. Rüschi (2021) schreibt in diesem Zusammenhang, dass „[...] Geschichte und Geschichten auf uns nachwirken“ (Rüschi, 2021:17) und es diese daher zu reflektieren gilt. Insbesondere im Kontext von Stigma müssen immer auch historisch etablierte Strukturen kritisch bedacht werden. Den Maßregelvollzug betrifft dies auf besondere Weise, da ihn die Aura ehemaliger Verwahstrukturen, die in der Logik menschenverachtender Zuschreibungen strukturiert waren, umgibt, deren Kontinuitäten noch heute nachwirken und Zuschreibungen ermöglichen können (Seifert & Leygraf, 2016).

Der gesellschaftliche Diskurs um sog. psychische Erkrankungen reicht dabei Jahrhunderte zurück. Bereits in biblischen Erzählungen (u.a. Saul, der König der Israeliten; Nebukadnezar II, neubabylonischer König) oder antiken Mythologien (die griechischen Helden Herakles oder Aias) finden sich Hinweise, die auf gesellschaftliche Aushandlungen rund um Themen des Anders-Seins aufgrund psychischer Merkmale hinweisen. Alle Beispiele können aufzeigen, dass Fragen nach Ursachen der Erkranken-

kung oder wem Schuld am Zustand der Personen zukommt, im Zusammenhang mit sog. psychischen Erkrankungen thematisiert wurden. Einher ging dies immer mit der Frage nach den Folgen für Personen, die häufig in der sozialen Ausgrenzung der Betroffenen zu finden waren. So begann Aias aufgrund von Scham und drohender Exklusion lieber Suizid, Nebukadnezar lebte über Jahre fern von Menschen und Symptome wie Wahn wurden als höhere Strafen verstanden (Rüsch, 2021). Dass gesellschaftlich geteilte Zuschreibungen dabei auch einen lebensbedrohenden Charakter haben können, kann anhand der NS-Zeit deutlich aufgezeigt werden. Die dort stattgefundenen industrielle Vernichtung von Menschen mit sog. psychischen Erkrankungen, die als „[...] ‚geistig tot‘, ‚leere Menschenhüllen‘ und ‚Ballastexistenzen‘“ (Rüsch, 2021:22) galten, fußt im Kern auf menschenverachtende Zuschreibungen. Dies erinnert stark an Goffman, der schrieb: „by definition, of course, we believe the person with a stigma is not quite human“ (Goffman, 1975:4). Das Absprechen und Infragestellen des Mensch- oder menschlich Seins aufgrund von Stigmata war Ausgangspunkt der beispiellosen eugenischen sowie rassenhygienischen Praktiken deutscher Nationalsozialist\*innen. Nicht zuletzt war es das Wirken von Ärzt\*innen und Psychiater\*innen sowie Arbeiten angrenzender Fachbereiche wie Rechtswissenschaft oder Pädagogik, die die damaligen Zuschreibungen aufgriffen und eugenische Programme wie die Aktion T4 durch Theorien, Krankheitskonzepte sowie Behandlungsmethoden etc. erst ermöglichten (Rüsch, 2021). Insbesondere die psychiatrischen Fürsorgeeinrichtungen waren es, die „soziale Probleme in ‚Pathologie‘“ umzudeuten vermochten und an deren „Umdeutungsprozess [...] sich die nach fachwissenschaftlicher und gesellschaftlicher Anerkennung strebende Psychiatrie im ureigensten Interesse tatkräftig [beteiligte]“ (Kammeier & Pollähne, 2018:1).

Kröber schreibt im Bezug zum Maßregelvollzug: „Die alten psychiatrischen Anstalten, Bezirkskrankenhäuser, Landeskrankenhäuser [...] waren zum erheblichen Teil Anstalten zur Langzeitverwahrung von psychisch Kranken. Die heutigen Maßregelvollzugskliniken sind Einrichtungen, die gewollt oder ungewollt den Geist der psychiatrischen Verwahranstalt in der Gegenwart weiterhin atmen.“ (Kröber, 2016:23) und greift damit den Aspekt der historischen Kontinuitäten in Bezug auf Strukturen und Praxen auf. Er erinnert hierbei zum einen an das einstige Ursprungsanliegen forensischer Kliniken, die zuvorderst „auf Ausschließung und Sicherung angelegt“ (ebd.:30) waren und deren Aufgabenverständnis weniger den individuellen Behandlungsverlauf oder die Heilung untergebrachter Personen in den Fokus stellte, als vielmehr die Frage nach Ausgrenzung und Verwahrung in seinen Strukturen zu erfüllen vermochte (Seifert & Leygraf, 2016). Zum anderen referiert das Zitat darauf, dass der Maßregelvollzug sich historisch damit keinesfalls als ein Ort erweist, der die Bedürfnisse der dort untergebrachten Personen in den Kern seines Auftrages stellt, sondern als ein Konstrukt, dessen Entstehung fundamental mit menschenverachtenden Zuschreibungen verbunden ist. Diese sog. kustodiale Logik (Saß, 2016) und damit einhergehende Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen sowie personelle und therapeutische Ausstattung (Leygraf, 1988) führten nach Seifert und Leygraf dazu, dass „im Rahmen der Psychiatrie-Enquete 1975 [dem Maßregelvollzug] die ‘absolute Schlusslichtposi-

tion‘ innerhalb der insgesamt brutalen Realität der psychiatrischen Einrichtungen bescheinigt [wurde]“ und sich die Gesamtatmosphäre bis Mitte der 70er nur als desolat und deprimierend beschreiben lässt (Seifert & Leygraf, 2016:234).

Es ist zwar zu konstatieren, dass sich der gegenwärtige Maßregelvollzug seit dieser Beurteilung massiven institutionellen und therapeutischen Veränderungen unterworfen hat (Saß 2016) und fortwährend wissenschaftliche wie klinische Erkenntnisse in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellt, dennoch weiterhin die Möglichkeit besteht, dass historische Kontinuitäten in der Tradition menschenverachtender Zuschreibungen und Stigmata fortwirken.

Anders ließe es sich bspw. nur schwer erklären, warum Menschen mit sog. geistigen Behinderungen ohne Komorbidität – eine Personengruppe mit einer heilpädagogisch und weniger medizinisch behandelbaren Diagnose – dennoch mit erheblich längeren Verweildauern als andere Diagnosegruppen bzw. überhaupt im Maßregelvollzug untergebracht werden (Weber, 2013b; Seidel, 2017). Oder die fortwährende Nutzung von Lockerungsstufen, die in anderen psychiatrischen Fachgebieten bisweilen als veraltet gilt und an ein historisches Grundsatzdilemma des Maßregelvollzugs – die sog. Beweislastumkehr – erinnert (Lewe, 2022:28). Beide Beispiele erinnern eher an die historisch begründete und gesellschaftlich geforderte Unsichtbarmachung einzelner unliebsamer Gesellschaftsangehöriger als an individuumszentrierte Unterstützungsangebote und können daher als Kontinuitäten gelesen werden, die sich aus stigmageprägten Wahrnehmungen der Personengruppe speisen. Eine weitere, ganz greifbare Kontinuität kann in den baulichen sowie städteplanerischen Gegebenheiten vieler Kliniken gesehen werden. Diese befinden sich häufig in der Peripherie und sind schwierig für bspw. Angehörige zu erreichen. Dadurch aber vor allem auch weniger sichtbar für die Öffentlichkeit. Chrysiou (2019) untersuchte dies anhand britischer Psychiatriearchitektur und kam zu der Erkenntnis, dass Bauweise als auch Lage Stigma reproduzieren und soziale Ausgrenzungen festschreiben (Chrysiou, 2019)

Dass es ferner auch einer stigmakritischen Prüfung der flankierenden – und damit die Praxis des Maßregelvollzugs zutiefst prägenden – Rechtssprechung aus einer verfassungsrechtlichen und menschenrechtlichen Perspektive bedarf, kann beispielhaft an zwei Punkten aufgezeigt werden. Zum einen weisen bspw. die alten Eingangsmerkmale zur Beurteilung der Schuldfähigkeit nach § 20 StGB auf eine tiefe institutionelle Verwurzelung stigmatisierender Praxen hin. Bis in das Jahr 2019 waren zur Einschätzung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit die Begriffe der schweren seelischen Abartigkeit und des Schwachsinnns gesetzestextlich gesetzt, die zwar auf der einen Seite aufgrund ihres stigmatisierenden Auftretens abgeschafft wurden, auf der anderen Seite dennoch historische Kontinuitätseffekte haben können. Sicher geben sie aber deutlich Hinweise auf das historische Verständnis gegenüber Menschen mit sog. psychischen Erkrankungen (Rösch et al., 2021).

Zum anderen kann die Frage der Vereinbarkeit des Maßregelvollzugs und der UN-Behindertenrechtskonvention (Weber, 2013b) aufgegriffen werden, um stigmabesetzte Kontinuitätswirkungen in Rechtssprechung sowie Struktur des Maßregelvollzugs

deutlich zu machen. Pollähne (2014) argumentiert, dass „[...] viele der von § 20 StGB erfassten Menschen solche ‚mit Behinderungen‘ i.S.d UN-BRK sind bzw. als solche gelten oder doch zu gelten haben“ (Pollähne, 2014:77) und daher die Frage der Verträglichkeit des Maßregelvollzugs mit der Konvention zurecht gestellt werden kann. Der Autor kommt bei seiner Prüfung zum Schluss, dass „Menschen mit Behinderungen infolge (längerfristiger) seelischer oder geistiger Beeinträchtigung gemäß § 20StGB [...] im Strafrecht und vor dem Strafgericht keine gleichberechtigte Rechts- und Handlungsfähigkeit [genießen]“ und sich „einzelne Aspekte möglicher Diskriminierung im Zusammenhang mit der Schuldfähigkeit gemäß § 20StGB“ zeigen (Pollähne 2014:90). Pollähne sowie Seidel (2017) führen hier besonders die Artikel 12 und 14 der UN-BRK an und charakterisieren diese als nur schwer vereinbar mit Bedingungen des Maßregelvollzugs. Lewe (2022) bringt diese menschenrechtskritische Perspektive mit den juristisch-historischen Kontinuitäten in Verbindung. Er sieht Gründe für die „juristische Entbürgerlichung“ untergebrachter Personen sowie die „wesentlich härtere (punitivere) ‚Behandlung‘ durch das Gesetz“ auch in den bis in die Weimarer Republik und den Faschismus zurückreichenden Gesetzesgrundlagen (Lewe 2022), die „die Schwerpunktsetzung auf Sicherung vor Besserung“ betonten (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft, 2012:29). Historisch liegen in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts die Wurzeln des Maßregelrechts und -vollzugs (ebd.). Diese Zeit ist dabei unauflösbar verbunden mit der sog. „Wert-Frage“, also der Auseinandersetzung damit, wer für die Gesellschaft als brauchbar und damit als wichtig gilt und wer nicht (Kammeier & Pollähne, 2018). Insbesondere in dieser gesellschaftlichen Aushandlung kann ein wichtiger historischer Kern des Umgangs mit der zentralen Personengruppe gesehen werden und der noch heute andauernden Tendenz diese gesellschaftlich – sowohl vom „gesunden Körper“ als auch der allgemeinpsychiatrischen Versorgung – zu exkludieren (Seifert & Leygraf, 2016). Die Unvereinbarkeit der UN-BRK mit der aktuellen Verwirklichung des Maßregelvollzugs als auch die fortwährende Existenz forensischer Kliniken können daher als eine stigmatisierungsstärkende Kontinuität verstanden werden.

### **Fokus: Die untergebrachten Personen**

Die bereits dargelegten Erörterungen haben bereits angedeutet, dass sich Personen mit einer psychischen Krise als auch insbesondere im Maßregelvollzug untergebrachte Personen mit mannigfaltigen Zuschreibungen historisch wie gegenwärtig konfrontiert sehen.

Vorab wurde die Einstellungsforschung im Kontext des Maßregelvollzugs als sog. Spezialfall beschrieben, der sich vor allem aus den Zuschreibungspraxen der Merkmale „psychisch krank“ und „kriminell“ ergab. Dieser sog. „Spezialfall“ zeigt sich besonders in der Einzelanalyse der beiden zwingend erforderlichen Unterbringungs-voraussetzungen sowie den jeweils damit einhergehenden öffentlichen Meinungsbildern deutlich.

Bei der Betrachtung des Stigmas der psychischen Erkrankung zeigt sich die negative Konnotation der mannigfaltigen gesellschaftlichen Attribuierungen schnell (Häfner, 2005). Beispielhaft können diese anhand der Zuschreibungen zu Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis vorgestellt werden, welche im Maßregelvollzug die größte diagnostische Gruppe darstellen (Kröber, 2018). Diagnoseträger\*innen werden als unverantwortlich, unberechenbar, kindisch, verrückt und ohne jeden Bezug zur Realität konstruiert. Neben der unterstellten Gefährlichkeit wird ihnen Charakterschwäche, Inkompetenz und ein Mangel an Moral und logischem Denkvermögen zugeschrieben (Corrigan & Watson, 2002; Angermeyer & Matschinger, 2004). Sie erhalten deutlich weniger Mitleid durch die Gesellschaft, an Stelle derer rückt häufig Wut und die Einstellung, dass Betroffene Hilfe und Unterstützung nicht verdienen (Corrigan & Watson, 2002).

Im Gegensatz zu den empirischen Erkenntnissen bezüglich Stigmatisierung von Personen mit einer sog. psychischen Erkrankung lässt sich für das Stigma der Kriminalität sowie dessen empirische Erkenntnislage ein eher unzureichender Untersuchungsgrad konstatieren, wenngleich es kaum in Frage steht, dass es sich hierbei um eine diskreditierende Eigenschaft handelt (West et al., 2014).

Mit dem Etikett der Kriminalität gehen für die sog. Dominanzgesellschaft primär negative Charakterzuschreibungen wie Gewaltbereitschaft, Unehrlichkeit oder Gefährlichkeit einher, die häufig Angst und Ablehnung hervorrufen (West et al., 2014; Schulte, 2017). Ricciardelli und Moir konstatieren: "The status of ex-offender has been described as one of the most stigmatizing statuses in Western societies." (Ricciardelli & Moir, 2013:335). Der Grad sowie die Ausgestaltung der Stigmatisierung im Kontext von Kriminalität ist dabei auch in Abhängigkeit zur begangenen Straftat zu sehen. Insbesondere gegenüber Gewaltstraftaten sowie Sexualstraftaten zeigen sich stärkere negativ konnotierte Zuschreibungen als im Vergleich zu gewaltlosen Vergehen und Verbrechen (Rade et al., 2016). Insbesondere Sexualstraftäter\*innen werden im besonderen Maße als „Monster“ wahrgenommen und entsprechend weniger respektiert, toleriert oder innerhalb der Gesellschaft akzeptiert (Ricciardelli & Moir, 2013). Sie gelten als die am stärksten stigmatisierte Gruppe unter den Menschen mit einer Kriminalitätsvergangenheit (Rade et al., 2016).

Aufgrund ihrer „moralisch konnotierten und schuldhaften Verfehlung“ (Schulte, 2017:27-28) wird von einer straffällig gewordenen Person Reue und Zurückhaltung erwartet. Die Betrachtung des Kriminalitätsstigmas ist insbesondere deswegen interessant, da das Begehen einer Straftat gegen das verstößt, was in der Gesellschaft gemeinhin als kulturell „heilig“ gilt. Straftäter\*innen und insbesondere jene mit einem hoch stigmatisierten Verbrechen scheinen auf nahezu unverzeihliche Weise höchste gesellschaftliche Ideale zu verletzen und damit die gesellschaftliche Ordnung zu bedrohen. Es erscheint nur sinnvoll, dass diese Personengruppe aus Sicht der Dominanzgesellschaft als hart zu bestrafen und schlecht zu behandeln gilt (Ricciardelli & Moir, 2013).

Kriminalität sowie das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose stellen dabei keinesfalls die einzigen Differenzmarkierungen dar, die mit diskreditierenden gesellschaftlichen Zuschreibungen verbunden und im Feld der forensischen Psychiatrie von Bedeutung sind. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen für den Maßregelvollzug nur wenige Daten zur Verteilung bezüglich differenzmarkierender Kategorien vor, es ist jedoch davon auszugehen, dass die zentrale Personengruppe besonders von Mehrfachmarginalisierung betroffen ist.

So ist bspw. bekannt, dass der überwiegende Anteil der untergebrachten Personen einen eher einkommensarmen Hintergrund aufweist (Seifert & Leygraf, 2016) und damit klassistische Zuschreibungen erfährt. Livingston et al. konnten anhand einer kanadischen Befragung untergebrachter Personen erheben, dass 87% dieser vor ihrer Unterbringung staatliche Unterstützung bezogen und 46% die Highschool abgebrochen haben. Interessant ist im Bezug zur hier eingenommenen stigmasensiblen Perspektive der Hinweis, dass 44% der untergebrachten Personen bereits Erfahrung mit Obdachlosigkeit gemacht haben (Livingston et al., 2011). Sowohl die Diskriminierung aufgrund von Klasse als auch bezüglich erfahrener Obdachlosigkeit können als „System der Zuschreibung von Werten und Fähigkeiten“ (Baron, 2014:225) beschrieben werden. Klassistisch geprägte Vorurteile und Stereotype sprechen betroffenen Personen zentral Wirkmächtig- und Leistungsfähigkeit ab und konstruieren diese als dumm, faul, materialistisch, wenig verantwortungsbewusst, verschwenderisch und ungepflegt (Seeck, 2022).

West et al. schreiben : “In addition to mental illness stigma, racial stigma is highly relevant in the forensic system, and forensic psychiatric samples often represent disproportionately large percentages of racial minorities” (West et al., 2018:577) und bringen damit Race als weitere relevante Kategorie im Kontext des Maßregelvollzugs ein. Die Autor\*innen argumentieren weiter: „Negative portrayals of forensic psychiatric patients as dangerous, aggressive, and unpredictable overlap with attitudes about racial minorities.“ (West et al., 2014:85). Dies macht Race zu einer zentralen Größe in der Auseinandersetzung mit Lebensrealitäten und Zuschreibungsdynamiken in Kliniken der forensischen Psychiatrie. Gegenwärtig liegen für den deutschsprachigen Raum jedoch keine Daten hinsichtlich der Verteilung untergebrachter Personen und deren Race vor. Herangezogen werden können die Ergebnisse von Koch et al. (2007) sowie der Forensischen Basisdokumentation Baden-Württemberg (FoDoBa), die jeweils den Aspekt des sog. Migrationshintergrunds erhoben. Dieser gibt erste Hinweise bzgl. Race, kann aber als Größe bspw. nicht ausreichend genau erfassen, ob eine Person potenziell Rassismuserfahrungen macht. Die Erhebung von Koch et al. (2007) gibt erste Hinweise auf einen hohen Anteil von Personen mit Rassismuserfahrungen in Kliniken der forensischen Psychiatrien. Das Autor\*innen-Team erhob den sog. Migrationshintergrund von Patient\*innen unterschiedlicher, mehrheitlich allgemeinspsychiatrischer Kliniken. Der höchste Anteil (27,2%) an Personen mit Migrationshintergrund ließ sich innerhalb forensischer Stationen finden (Koch et al., 2008). Es ist anzunehmen, dass sich ähnliche Ergebnisse auch für eine Stichprobe zeigen, die ausschließlich Kliniken der forensischen Psychiatrie berücksichtigt. Bulla et al. (2017)

untersuchten die erhobenen Daten der FoDoBa und kamen zum Ergebnis, dass Personen mit Migrationshintergrund einem 30% höheren Risiko unterliegen im Verlauf ihres Lebens in einer Klinik für forensische Psychiatrie untergebracht zu werden (Bulla et al., 2017).

In der Einzelanalyse möglicher Differenzkategorien zeigt sich die defizitär geprägte Zuschreibungspraxis deutlich. Inwiefern Personen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, im Vergleich zu allgemeinspsychiatrischen Patient\*innen ein verändertes Maß oder eine veränderte Qualität an Stigmatisierung erfahren bzw. Selbststigmatisierung zeigen, ist für den deutschsprachigen Raum bisher nicht untersucht. International liegen ebenso nur wenige Studien vor. Livingston et al. (2011) sowie Mezey et al. (2016) untersuchten das Maß der Selbststigmatisierung bei im Maßregelvollzug untergebrachten Personen und konnten quantitativ keine Unterschiede zu freiwillig untergebrachten Personen der Allgemeinpsychiatrie nachweisen. Die Autor\*innen arbeiteten jedoch heraus, dass sich die quantitativen Ergebnisse den qualitativen Erkenntnissen gegenüber widersprüchlich zeigten. In Interviews wurde ein gesteigertes/verändertes Maß an Selbststigmatisierung bei untergebrachten Personen des kanadischen Forensiksystems bemerkt. Die interviewten Personen thematisierten hier besonders häufig, soziale sowie strukturelle Stigmatisierung erfahren zu haben sowie oft negative Reaktionen von ihrem sozialen Umfeld zu erwarten. Die Studienverantwortlichen verweisen im Hinblick auf die unklare Datenlage darauf, dass Stigma ein komplexes Gebilde sei, welchem nur unter Hinzunahme multipler Forschungsinstrumente gerecht werden kann (Livingston et al., 2011).

Widersprüchlich können sich die Forschungsdaten auch aufgrund eines fehlenden intersektionalen Forschungsbezuges zeigen. Es muss davon ausgegangen werden, dass die reale Stigma-Erfahrung der untergebrachten Personen bzw. vor allem von Personen, die von Mehrfachstigmatisierung betroffen sind, sich auf eine ganz individuelle Weise ausgestaltet und nicht eine Stigma-Perspektive auf alle untergebrachten Personen geworfen werden kann.

Empirische Erkenntnisse, die über einen intersektionalen Bezug die Stigma-Erfahrungen von untergebrachten Personen abzubilden versuchen, liegen jedoch im deutschsprachigen Raum nicht vor und sind auch im internationalen Kontext kaum zu finden (West et al., 2014). Es ist anzuprangern, dass sich ein Großteil der stigmabezogenen Studien nur auf eine Differenzkategorie bezieht und diese sehr häufig als grundsätzlich isoliert von anderen Formen betrachtet wird (Turan et al., 2019). Dies hat theoretisch zur Folge, dass es gegenwärtig etablierte Stigmamodelle – aufgrund des fehlenden Intersektionalitätsbezuges – nicht schaffen die Stigmatisierung von mehrfachmarginalisierten Personen adäquat zu erfassen und/oder darzustellen (Williams & Fredrick, 2015).

Eine intersektionale Betrachtung der Lebensrealitäten untergebrachter Personen liegt, wie bereits dargelegt wurde, nicht vor. Viel eher verweisen unterschiedliche Autor\*innen auf den Bedarf intersektionaler Auseinandersetzung und stützen ihre Argumentation anhand einzelner empirischer Daten. So wird bspw. Seitz (1985) immer wieder

herangezogen, der untersuchte, inwiefern sich die mediale Berichterstattung bzgl. Straftäter\*innen mit und ohne psychische Erkrankung unterscheidet. In der zwar nicht dezidiert intersektional ausgedruckten Studie kam zum Vorschein, dass: „[...] die Taten psychisch gesunder Täter als Zufall, Unglück, Schicksal beschrieben werden, die psychisch Kranker aber als unveränderliche Charaktermerkmale [...]“ (Steger, 2003:4). Zum anderen zeigten Livingston et al. (2011) auf, dass forensisch untergebrachte Personen, die vor ihrer Unterbringung obdachlos oder inhaftiert waren, ein höheres Maß an Selbststigmatisierung zeigten. Thompson et al. (2004) konnten zeigen, dass mehrfachstigmatisierte Personen mehr Angst- und Depressionssymptome zeigen als Personen, die nur aufgrund ihrer psychischen Konstitution diskriminiert werden. Die Autor\*innen fanden Hinweise, dass mehrfachstigmatisierte Personen unzufriedener mit ihrer sozialen Einbindung waren sowie weniger das Gefühl von Kontrolle bei Entscheidungen empfanden (Thompson et al., 2004). Diese Beispiele können als interessante Erkenntnisse intersektionaler Auseinandersetzung verstanden werden. Zeigen die Ergebnisse doch, dass sich die Empfindungen und Einordnungen von Stigma in Abhängigkeit zu vereinten Differenzkategorien – in diesem Fall Straffällig- und Obdachlosigkeit – unterscheiden können (Livingston et al., 2011) und ebenso in Abhängigkeit dazu mit unterschiedlichen Folgen einhergehen können. Die Autor\*innengruppe kommt daher zur Erkenntnis: “ [...] the ‘forensic’ label has an interlocking, rather than additive, effect with respect to how it converges with other marginalized social statuses (i.e., mentally ill, poor, unemployed) to influence experiences of stigma” (Livingston et al., 2011:120).

Eine Hinwendung der Forschung und – langfristig gedacht – therapeutischen Arbeit zu einer intersektional geprägten Perspektive auf Stigmadynamiken würde Forscher\*innen, Tätige im Gesundheits- und Sozialwesen sowie Betroffenen und Angehörigen damit die Möglichkeit eines ganzheitlicheren und vollständigeren Bildes mehrfachstigmatisierter Personen eröffnen (Turan et al., 2019).

### **Fokus: Professionell Tätige im und um den Maßregelvollzug**

Die zurückliegenden Erörterungen haben Stigma mit Fokus auf die Bedeutung und Folgen für untergebrachte Personen dargestellt. Neben diesen wirkt jedoch noch eine Vielzahl weiterer Personengruppen im bzw. auf den Maßregelvollzug. In diesem Zusammenhang muss daher bspw. auch die Frage gestellt werden, inwiefern gesellschaftliche Zuschreibung auf u.a. psychiatrisches Personal sowie den Gutachter\*innenprozess wirkt.

Wird angenommen, dass Stigma(-tisierung) ursprünglich aus gesellschaftlichen Normen und Werten erwächst, die den Individuen zutiefst zu eigen und ansozialisiert sind, so schließt dies auch Personen die im Gesundheitswesen tätig sind mit ein. Empirisch konnte in diesem Zusammenhang bereits gezeigt werden, dass auch von professionell Tätigen Stigmatisierung ausgehen und sich in der Zusammenarbeit mit Patient\*innen zeigen kann (Aviram et al., 2006; Kukulcu & Ergün, 2007; Serafini et al., 2011).

Zuschreibungsdynamiken können sich – wie angesprochen wurde – in unterschiedlichen Facetten zeigen. Forschung, die etwaige Dynamiken im Maßregelvollzug differenziert betrachtet hat, liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch nicht vor. Anhand von zwei exemplarisch gewählten Bereichen sollen mögliche Zuschreibungsmanifestationen im Maßregelvollzug deutlich gemacht werden, die den dringenden Bedarf weiterführender Forschung deutlich machen.

Der klinische Alltag stellt dabei einen möglichen Ort dar, an welchem sich Zuschreibungspraxen zeigen können. Dieser ist besonders anfällig, da zunächst alle medizinischen Bereiche – insbesondere die Psychiatrie – durch ein Macht- bzw. Hierarchiegefälle gekennzeichnet sind, welches das Auftreten von Ausschließungs- und Zuschreibungsdynamiken eher fördert als unterbindet. Macht ist dabei zunächst einmal nichts per se Schlechtes. Sie findet sich als strukturierende Größe in allen zwischenmenschlichen Beziehungen (Blumenrode, 2018). Zentral ist aber die Frage der Bewusstheit und Reflektion sowie der institutionellen Rahmenbedingungen.

Im Folgenden soll auf eine Form der Zuschreibungspraxen eingegangen werden, die sich immer dann entfalten kann, wenn sie auf Strukturen stößt, die eine Personengruppe im Vergleich zu einer anderen mit einem Mehr an Handlungs- und Entscheidungsmacht ausstattet. Der Maßregelvollzug ist dabei in besonderer Weise von sog. expliziten wie impliziten Wissensordnungen, die einen immensen Einfluss darauf haben, welche Stimmen macht- und damit wirkungsvoll sind und welche Stimmen systematisch marginalisiert und in Abläufen des Gesundheitswesens unhörbar gemacht werden, durchzogen. Angesprochen werden sollen an dieser Stelle vor allem Zuschreibungs- bzw. Machtpraxen, die durch ihren alltäglichen und banalen Charakter schwer als solche zu erkennen sind, die aber besonders aufgrund ihres sich wiederholenden Charakters besondere Wirkmacht entfalten können.

Beispielhaft können an dieser Stelle alltägliche Praxen wie: die bewusste (aber therapeutisch unbegründete) Verweigerung einer Zigarettenpause oder des begleiteten Gangs zum Supermarkt; das Ignorieren von Gesprächsangeboten durch untergebrachte Personen; die Herabwürdigung, das Ignorieren oder Relativieren von somatischen wie psychischen Symptomschilderungen durch untergebrachte Personen; das Verbot von koffein- oder nikotinhaltenen Getränken/Produkten; die Verweigerung von Hofgängen; das spontane Ausfallenlassen von therapeutischen Angeboten; das grundlose Wartenlassen; die Infantilisierung der untergebrachten Personen; das vehemente Bestehen auf Diagnosen und Verhaltenszuschreibungen; das Vorenthalten von Informationen oder Ressourcen; das Vertrösten auf spätere Zeitpunkte etc. All diese Praxen sind Alltag in forensischen Kliniken und dem Personal sicherlich vertraut.

Diese beispielhaft angeführten Machtsituationen können auf der einen Seite durch das Personal sehr schnell über organisatorische oder personalspezifische Gründe gerechtfertigt werden. Bezüglich des verwehrteten Besuches des örtlichen Supermarkts kann bspw. Personalmangel angeführt werden. Das Beharren auf Diagnosen und Verhaltenszuschreibungen kann leicht über den Ausbildungs- und Erfahrungsgrad des Personals gerechtfertigt werden. Auf der anderen Seite ist im Kontext dieser Erörterun-

gen aber die Frage zu stellen, inwiefern eine bspw. erfahrungs- oder medizinsbasierte Begründung für alle Verwehungen, Beharrungen, Reglementierungen etc. gilt oder ob sich im Einzelfall nicht auch Stigmatisierungspraxen dahinter finden lassen. Wird bspw. der Konsum koffeinhaltiger Getränke verboten (gängige Praxis in einzelnen Kliniken), weil zuständige Personen glauben, dass die untergebrachte Person nicht ausreichend gesundheitsrelevante Folgen beurteilen könne und das Personal insgesamt besser wisse, was für die Einzelperson gut ist, dann kann die Verweigerung als stigmageprägte Machtanwendung erachtet werden. Werden wiederholt Gesprächsangebote oder Erfahrungen und Einschätzungen der Person zur eigenen Diagnose ignoriert, so kann dies auch Gründe in der Zuschreibung als „infantil“ oder „unzurechenbar“ sowie in der Haltung der untergebrachten Personen gegenüber als „weniger reflektiert/kompetent“ haben. Diese zuschreibungsgeprägten Praxen erinnern an eine von Fricker definierte Form der epistemischen Ungerechtigkeit. Angesprochen ist hiermit die sog. testimonial injustice. Dies „erfährt eine Person, wenn ihre Glaubwürdigkeit aufgrund ihrer sozialen Gruppenzugehörigkeit herabgewürdigt wird. Ihre Positionen werden dann nicht gehört, relativiert oder nicht ernst genommen. [...] Solche Situationen treten insbesondere dann gehäuft auf, wenn sich die Zuhörenden von stereotypen Verallgemeinerungen über den epistemischen Status der Mitglieder einer sozialen Gruppe leiten lassen.“ (Hädicke & Wiesemann, 2021:381f.). Das Ignorieren oder Bagatellisieren von somatischen Symptomschilderungen bspw. aufgrund der Einnahme von Psychopharmaka ist dabei ebenfalls eine häufig zu beobachtende Praxis im Maßregelvollzug in welcher sich zuschreibungsbasierende Machtanwendungen finden lassen. Aus einer stigmakritischen Perspektive ist in diesem Zusammenhang auf das sog. diagnostic overshadowing-Phänomen hinzuweisen, welches empirisch nachgewiesen werden konnte. Aufgrund zuschreibungslastiger Einstellungen gegenüber Menschen mit einer sog. psychischen Erkrankung können Ärzt\*innen dazu neigen Symptomschilderungen ebenfalls zuschreibungsgeprägt zu bearbeiten und darüber ggf. ihrem Patienten nicht die angemessene Behandlung/Diagnose zukommen lassen (Druss et al., 2000; van Nieuwenhuizen et al., 2013).

Gesellschaftliche Zuschreibungen können damit stets stille Begleiter des klinischen Alltags sein, die tief in Entscheidungsprozesse und Interaktionen hineinreichen können.

Auf besondere Weise kann das Zusammenspiel von Zuschreibungseffekten und Bedingungen des Maßregelvollzugs anhand der Spezifika der unbestimmten Unterbringungsdauer und der Voraussetzung einer positiven Legalprognose zur Entlassung dargestellt werden.

Ausgangspunkt dieser Darlegung ist der Aspekt, dass dem Personal – neben ihrem Behandlungs- und Sicherungsauftrag – auch ein richterlich delegierter Beurteilungsauftrag zukommt. „Therapeuten [...] sind in aller Regel beteiligt an Lockerungs- und Entlassungsentscheidungen, zumindest am Beschleunigen oder Bremsen [dieser]“ (Kröber, 2016:27). Es stehen zwar standardisierte Inventare zur Verfügung, die die Beurteilung unterstützen, Prognosegutachten bleiben aber immer nur eine Wahr-

scheinlichkeitsaussage (Habermeyer, 2009), die Spielraum für individuelle Wertungen durch das Personal nach wie vor möglich machen (Kröber, 2018). Diese Einschätzungen bzgl. der gutachterlichen Aufgaben sowie die institutionelle Rahmenbedingung, die auch dem restlichen Personal Einfluss auf Prognose und Gutachten ermöglicht, stellen auf der einen Seite einen sehr machtvollen Rahmen für das Personal zur Verfügung, auf der anderen Seite zeigt sich dieses Prozedere theoretisch anfällig für Zuschreibungspraxen sowie selbsterfüllende Prophezeiungen. Die angesprochenen individuellen Wertungen und die durch das Personal ausgeübte Interpretationsmacht bzgl. Verhaltens- und Haltungsweisen der Patient\*innen (Kröber, 2016) sind es, die im Kontext von Stigma und Maßregelvollzug als im höchsten Maße bedenklich zu bewerten sind. Stigmageprägte Wahrnehmungs- und Beurteilungsverzerrungen sind im Kontext dessen, dass das im Maßregelvollzug arbeitende Personal ebenso als gesellschaftlich sozialisiert zu betrachten ist und daher nicht frei von eigenen Zuschreibungen sein kann, die wiederum die Beurteilung dieser fehl- sowie beeinflussbar machen, besonders hervorzuheben. Etwaige Forschung liegt in diesem Zusammenhang nicht vor. Erkenntnisse bezüglich des Einflusses von Diskriminierungsdynamiken im Kontext der Justiz untermauern den Ruf nach empirischer Auseinandersetzung in diesem Zusammenhang. So ist für das US-amerikanische Strafwesen bekannt, dass dort insbesondere gegenüber rassifizierten Personen deutlich höhere Strafen bei Personendelikten verhängt und sie deutlich häufiger zu Freiheitsstrafen verurteilt werden (Kutateladze et al., 2014)

Es ist daher anzunehmen, dass es einen Unterschied in der Beurteilung sowie im gutachterlichen Prozess macht, welche personenbezogenen Differenzkategorien eine Person auf sich vereint. Das heißt, dass sich theoretisch ein höheres Risiko zeigen müsste, dass ein rassifizierter Mann mit einem einkommensschwachen Hintergrund und ggf. einer sog. geistigen Behinderung deutlich länger auf den positiven Bescheid seiner Legalprognose warten muss als bspw. ein weiße Frau bei gleichem Delikt und Verhalten während der Unterbringung. Steht Ersterer doch auf vielfältige Weise in Verbindung mit z.B. Gefährlichkeitskonstruktionen und Zweitere eher der Zuschreibung gegenüber, dass das Delikt ein „einmaliger Ausrutscher“ war. Dies würde auch einer inzwischen gut beschriebenen sozialpsychologischen Tendenz entsprechen, welche darin liegt, dass „[...] die Problemwahrnehmungen von Kriminalität eher auf solche Tätergruppen [fokussiert werden], die ohnehin marginalisierte soziale Positionen einnehmen [...].“ (Oberwittler & Lukas, 2010:221f.). Lohnenswert wäre es daher bspw. die Unterbringungsdauer mit dem Fokus auf Differenzkategorien (u.a. Class, Race und Gender) analysierend zu betrachten. Rachlinski et al. (2009) konnten diese theoretischen Erörterungen bereits empirisch nachweisen. Sie untersuchten, welche Rolle Zuschreibungsprozessen bzw. sog. implicit biases zukommt und inwiefern diese ggf. höhere Verurteilungsraten im US-amerikanischen Justizsystem erklären. Dafür mussten Richter\*innen auf verschiedene Fallvignetten eingehen. Die Autor\*innen kamen zum Ergebnis, dass unbewusste Wahrnehmungsverzerrungen, die im Kern auf stigmatisierenden Zuschreibungspraxen basieren, in ihrer Untersuchung deutlich wurden und dass Richter\*innen ebenso implicit biases aufzeigen, die Einfluss auf die

Beurteilung ihrer Fälle haben (Rachlinski et al., 2009). Dies unterstützt die Annahme, dass auch forensische Begutachtungspraxen von Stigmata beeinflusst sein können.

Dies stärkt den Ruf nach einem selbstreflexiven und zuschreibungskritischen Umgang des Personals. Dass die eigene Reflexionsbereitschaft aber bisweilen überschätzt wird, zeigen die Ergebnisse von Neal und Brodsky (2016). Diese befragten Gutachter\*innen zu Voreingenommenheiten und Wahrnehmungsverzerrungen. Insgesamt zeigte sich dahingehend ein wenig selbstreflexiver Umgang der befragten Personen. Die Gutachter\*innen räumten zwar ein, dass von diesen eine Gefahr ausginge, sie aber für ihre Person weniger Sorge dahingehend hätten als bezüglich ihrer Kolleg\*innen (Neal & Brodsky, 2016). Rachlinski et al. (2009) konstatieren zwar für Zuschreibungen einen Effekt auf richterliche Entscheidungen, merken aber an, dass es möglich ist diesen Effekt zu minimieren, wenn Voreingenommenheiten und Zuschreibungen aktiv Aufmerksamkeit geschenkt wird (Rachlinski et al. 2009). Dies schürt in Verbindung mit den Ergebnissen von Neal und Brodsky (2016) jedoch die Gefahr, dass der Aspekt der Unbewusstheit unterschätzt wird und Personen dazu neigen ihre eigenen Biases als weniger implizit wahrzunehmen, als sie letztlich sind. Kritisch muss daher die Frage in den Raum geworfen werden, ob es nicht in der Natur der Sache liegt, dass nie das ganze Maß der Bewusstheit über eigene Zuschreibungen erreicht werden kann und damit die Grenzen der eigenen Selbstreflexion schnell erreicht sind.

Zusammenfassend heißt das, dass sich im Kontext des Maßregelvollzugs zwei – aus der Perspektive gesellschaftlicher Positionierung – diametral gegenüberstehende Gruppen begegnen. Auf der einen Seite Mitarbeiter\*innen sowie Gutachter\*innen, welche „[...] in der Regel nicht nur wissenschaftliche, sondern auch gesellschaftliche Autorität beanspruchen“ (Hädicke & Wiesemann, 2021:381) und darüber ihre Deutungshoheit legitimieren. Auf der anderen Seite eine Personengruppe, die zutiefst von gesellschaftlich wirkmächtiger Marginalisierung betroffen ist.

### **Fokus: Behandlung**

Dass derartige Erörterungen und Ergebnisse nicht folgenlos für die therapeutische Arbeit sind, sollte naheliegen. Stigma als solches wird aber als dezidiertes Bestandteil forensischer Behandlung bisher weder in Lehrbüchern noch Ausbildungsinhalten berücksichtigt. Dies ist umso kritischer einzuordnen, da jene „[...] diskreditierenden Zuschreibungen unerwünschter oder negativer Eigenschaften [...] zu einem ausgesprochen therapie- und hoffnungsfeindlichen [...] Klima“ führen können (Kobbé, 1994:3).

So ist bekannt, dass (Selbst-)Stigmatisierung „nicht nur nachteiligen Einfluss auf Beziehungen im privaten und im beruflichen Umfeld [hat], sondern [...] maßgeblich der erfolgreichen Behandlung einer psychischen Krankheit im Weg stehen [kann].“ (Aydin & Fritsch, 2015:251). (Selbst-)Stigmatisierungserfahrungen und die damit oft einhergehenden negativen emotionalen Reaktionen führen z.T. zu einer vor allem skept-

tisch geprägten Haltung gegenüber Psychotherapie und Psychiatrie sowie dort arbeitenden Personen. Marginalisierte Menschen, die die gesellschaftlichen Zuschreibungen stark annehmen, zeigen Hemmungen, offen über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen, gehen eher davon aus, dass ihr Gegenüber das zuschreibungsgeprägte Bild teilt, und zeigen geringere Krankheitseinsicht. Unterschiedliche Studien machten den Effekt von Stigmatisierungserfahrungen auf den psychotherapeutischen Raum deutlich und fanden Hinweise, dass Stigma negativ auf die Etablierung einer vertrauensvollen Patient\*innen-Therapeut\*innen-Beziehung wirkt, die Offenheit der Patient\*innen negativ beeinflusst und zu frühzeitigen Beendigungen der Therapie führen kann (ebd.). Dies ist insbesondere im Kontext des Maßregelvollzugs als besonders ungünstig einzustufen, da die Frage der Unterbringungsdauer und der Lockerungsgrade nicht selten über die Therapiebereitschaft, die wiederum häufig als Behandlungserfolg und Delikteinsicht interpretiert wird, beantwortet wird (Tribolet-Hardy & Habermeyer, 2016). Ebenso sollte berücksichtigt werden, dass marginalisierte Personen und insbesondere rassifizierte Personen häufig eine gewisse Institutionskepsis, aus der Erwartung oder Erfahrung stigmatisierenden Verhaltens, aufweisen. Hier ist theoretisch ebenfalls anzunehmen, dass diese eher ungünstigen Einfluss auf die therapeutische Beziehung ausübt.

Dieser negative Einfluss ist umso bedenklicher, da bekannt ist, dass „psychotherapeutische Maßnahmen sehr nützlich sein können [...]“, um Stigma entgegenzuwirken (Aydin & Fritsch, 2015:254). Auf der einen Seite kann therapeutisch mit der oft zu beobachtenden Erwartungshaltung gearbeitet werden. Menschen mit sog. psychischen Erkrankungen gehen im besonderen Maß davon aus negative Reaktionen von ihrer Umwelt entgegengebracht zu bekommen. Sie verfügen auf der einen Seite über ein großes Wissen hinsichtlich gesellschaftlich geteilter Zuschreibungen, aus welchen sich auf der anderen Seite mannigfaltige Unsicherheiten und Ängste bzgl. des Erlebens von Ablehnung und Exklusion ableiten (Holzinger et al., 2003). Im Kontext dieses Phänomens ist oft vom sog. stereotype threat die Rede, aus welchem für betroffene Personen Stress und eine höhere kognitive Beanspruchung erwachsen können. Es erscheint in diesem Zusammenhang nur logisch, dass die psychische Stabilität unter solchen Bedingungen beeinflussbar ist und sich darüber ggf. Krisen einstellen können. Eine Thematisierung dieser Verbindungen von Stigma und psychischem Wohlbefinden ist für die therapeutische Arbeit daher bedeutend. Des Weiteren kann auf der einen Seite in der therapeutischen Arbeit mit untergebrachten Personen psychoedukativ gearbeitet werden, Stigma-Workshops für Gruppenkonstellationen sind hier besonders vorstellbar, da der gemeinschaftliche Austausch unter Peers über geteilte Erfahrungen besonderen Wert hat, und darüber weitere Kompetenzen hinsichtlich des Stigmamanagements erarbeitet werden können (Aydin & Fritsch, 2015; Rüscher, 2021). Auf der anderen Seite kann Therapie selbst zum Abbau der Bedeutung von Stigmatisierungsdynamiken beitragen. Kendra et al. (2014) konnten dies entsprechend empirisch nachweisen. Sie führen dies u.a. auf die Möglichkeit korrigierender Erfahrungen im therapeutischen Raum zurück. Das Erleben eines wertschätzenden und stigmafrei-

en Umgangs durch Therapeut\*innen und Personal eröffnet die Möglichkeit, Erwartungshaltungen zu reflektieren und zu normalisieren (Kendra et al., 2014).

In der Arbeit mit untergebrachten Personen muss ebenso der Aspekt der Selbststigmatisierung berücksichtigt werden, da dieser in besonderer Weise negative Wirkungen auf eine erfolgreiche Behandlung haben kann (Aydin & Fritsch, 2015). Strategien gegen Selbststigmatisierung werden vielfältig diskutiert. Die empirische Datenlage gibt bisweilen jedoch keine ausreichend deutliche Antwort hinsichtlich möglicher Interventionen. Psychoedukation ist eine Möglichkeit mit internalisierten gesellschaftlichen Zuschreibungen zu arbeiten. Die Wirkweise dieses Ansatzes ist jedoch bisweilen umstritten (Rüsch, 2021). Gezeigt werden konnte, dass Übungen zur Selbstaffirmation als auch das Aufzeigen des positiven Therapieverlaufs durch Therapeut\*innen Selbststigmatisierung reduzieren können (Aydin & Fritsch, 2015). Interessant sind erste Erkenntnisse zur narrativ-kognitiven Therapie (NECT), in welcher der Selbsterzählung von Menschen besonderer Platz gewährt wird. Darüber soll eine Neu-Konstruktion des Selbstbildes unter therapeutischer Begleitung angeregt werden (Rüsch, 2021).

Aus diesen Erörterungen ergibt sich, dass die therapeutische Auseinandersetzung mit Stigma eine spezifische Anforderung an die Praxis darstellt, die in die Aufmerksamkeit des Fachpersonals gebracht und zusätzlich zum bisherigen symptom-based treatment im Maßregelvollzug in Betracht gezogen werden sollte (Williams et al., 2011).

## Fazit

Der vorliegende Artikel hat das Verhältnis von Maßregelvollzug und Stigma in den Mittelpunkt seiner Aufmerksamkeit gerückt. Damit ist ein erster theoretischer sowie zuschreibungskritischer Beitrag zum Füllen einer eklatanten Lücke im Diskurs des Maßregelvollzugs getätigt wurden.

Es bleibt jedoch ein paradoxer Eindruck zurück: Auf der einen Seite speist sich die Unterbringung der zentralen Personengruppe aus der Argumentation, dass diese eine Gefahr für die Allgemeinbevölkerung darstelle. Gesellschaft ist damit Ausgangspunkt der Rechtfertigung des Maßregelvollzugs und wird im Verlauf wiederholend als Rechtfertigung zur Fortsetzung der Unterbringung herangezogen. Überdies hinaus spielt Gesellschaft bzw. gesellschaftliche Wirkmacht im Kontext des Maßregelvollzugs, wenn überhaupt, nur eine marginalisierte Rolle. Die Frage nach Auswirkungen gesellschaftlicher Zuschreibungen auf untergebrachte Personen wie Personal, die Wirkmacht dieser auf Veränderungsresistenzen oder die historischen Kontinuitäten von Ungleichheitspraxen werden nur unzureichend thematisiert.

Dies ist umso stärker zu kritisieren, da aufgezeigt werden konnte, dass insbesondere dem Maßregelvollzug eine besondere Verantwortung zur kritischen und kontinuierlichen Analyse von Zuschreibungs- und Ungleichheitspraxen zukommt, da dieser auf einem historischen Fundament fußt, welches bisweilen menschenverachtende Taten

zu verantworten hat und ggf. aufgrund seines Umgangs sowie seiner Haltung gegenüber in der Vergangenheit untergebrachter Personen dazu beigetragen hat, dass sich abwertende Zuschreibungen noch heute so vehement halten.

Konkrete Machtdynamiken und ungleichheitsgenerierende Strukturen müssen daher deutlich benannt werden. In diesem Zusammenhang hat sich insbesondere die Charakteristik der unbestimmten Unterbringungsdauer im Zusammenhang mit stigmageprägten Wahrnehmungs- und Beurteilungsverzerrungen als kritisch erwiesen. Solange eine Entlassung nahezu ausschließlich auf einer positiven Legalprognose beruht, die wiederum in Abhängigkeit zur Beurteilung von Einzelpersonen, die immer auch als fehl- sowie beeinflussbar durch gesellschaftliche Stimmungen zu sehen sind, steht, kann der Maßregelvollzug nicht als frei von Stigmatisierungseffekten betrachtet werden.

Der Artikel will daher u.a. eine Sensibilisierung zur Wahrnehmung eigener Zuschreibungen anregen und das Thema stigmaverzerrter Gefährlichkeitsbeurteilungen stärker in die Aufmerksamkeit von Personen bringen, die im Kontext des Maßregelvollzugs tätig sind. Es gilt von Seiten der Verantwortlichen langfristig angelegte Anti-Stigma-Programme an den Kliniken zu etablieren, in welchen Mitarbeitende auf der einen Seite eigene Zuschreibungen reflektieren und bearbeiten und auf der anderen Seite Ansätze zum Umgang mit Stigma im therapeutischen Kontext gemeinsam entwickeln können. Das Wissen um Stereotype und Vorurteile ist weder verwerflich noch verwunderlich, es gilt jedoch Ressourcen und Möglichkeiten zu nutzen, dass aus diesem Wissen keine Haltungen und Handlungen erwachsen.

Rohrman hat an anderer Stelle hervorragend zusammengefasst, was aufgrund der vorliegenden Erörterung auch für den Maßregelvollzug Geltung hat und in seiner Wichtigkeit abschließend zitiert werden soll:

„Es [sind] die jeweils herrschenden, im historischen Prozess entstandenen und dementsprechend prinzipiell auch weiterzuentwickelnden und demnach überwindbaren – in unseren Köpfen allerdings oft genug als unüberwindlich widergespiegelten – gesellschaftlichen Verhältnisse, die zu Ausgrenzung und struktureller [...] Behinderung führen. Da die praktische Konstruktion von Anders-Sein nicht lediglich ein interaktiver Akt ist, sondern stets unter spezifischen gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen stattfindet, kann auch die praktische Dekonstruktion nur unter diesen Bedingungen erfolgen.“ (Rohrman, 2017:291-292).

## Literatur

- Angermeyer M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten - Ein Überblick. *Psychiatr Prax*, 30(7), 358–366.
- Angermeyer M. C. (2004). Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatr Prax*, 31, S. 246-250.

- Angermeyer M. C. & Dietrich S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*, 113(3), 163–179.
- Angermeyer M. C. & Matschinger H. (2004). The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From a Representative Survey in Germany. *Schizophr Bull*, 30(4), 1049–1061.
- Angermeyer M. C., Matschinger H. & Schomerus G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 146–151.
- Angermeyer M. C., Matschinger H. & Schomerus G. (2017). 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. *Psychiatr Prax*, 44(7), 377–392.
- Aviram R. B., Brodsky B. S. & Stanley B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry*, 14(5), 249–256.
- Aydin N. & Fritsch K. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, 60(3), 245–257.
- Baron C. (2014). Klasse und Klassismus. Eine kritische Bestandsaufnahme. *Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, 44(175), 225–235.
- Blumenrode S. (2018). Machtvoll interagieren. *Psychiatrische Pflege Heute*, 24(6), 296–302.
- Brooker C. & Ullman B. (2008). *Out of Sight, Out of Mind: The state of mental healthcare in prison*. London: Policy Exchange.
- Bulla J., Hoffmann K., Querengässer J. & Ross T. (2017). Socioeconomic disadvantage and schizophrenia in migrants under mental health detention orders. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(6), 550–558.
- Chryssikou E. (2019). *Psychiatric Institutions and the Physical Environment: Combining Medical Architecture Methodologies and Architectural Morphology to Increase Our Understanding*. *J Healthc Eng*, 2019, 1–16.
- Corrigan P. & Watson A. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.
- Corrigan P. W. & Rao D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*, 57(8), 464–469.
- Deacon H., Stephney I. & Prosalendis S. (2005). *Understanding HIV/AIDS Stigma: A theoretical and methodological analysis*. Cape Town: HSRC Press.
- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (2012). *Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug: Expertise von Erik Weber*. Darmstadt, Frankfurt am Main: Eigenverlag DHG.
- Druss B. G., Bradford D. W., Rosenheck R. A., Radford M. J. & Krumholz H. M. (2000). Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA*, 283(4), 506–511.
- Finzen A. (2013). *Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Fiske S. T., Cuddy A. J. C., Glick P. & Xu J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol*, 82(6), 878–902.

- Freimüller, L. & Wölwer, W. (2012). Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis: Das Trainingsmanual. Stuttgart: Schattauer.
- Goffman E. (1975). Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Habermeyer E. (2009). Forensische Psychiatrie. *Nervenarzt*, 80(1), 79-90.
- Hädicke M. & Wieseemann C. (2021). Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. *Ethik Med*, 33(3), 369–386.
- Häfner H. (2005). Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt. München: C. H. Beck.
- Hayner H. & Prüter C. (2010). Wie ich den forensisch untergebrachten Menschen sehe, so pflege ich ihn auch. In Nahlah Saimeh. (Hrsg.), *Kriminalität als biographisches Scheitern - Forensik als Lebenshilfe? Forensik 2010*. (154–161). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Hesse D. (2019). Forschung im Maßregelvollzug – Contra. *Ethik Med*, 31(3), 255–260.
- Holzinger A., Beck M., Munk I., Weithaas S. & Angermeyer M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. *Psychiatr Prax*, 30(7), 395–401.
- Kammeier H. & Pollähne H. (2018). *Maßregelvollzugsrecht*. Berlin, Boston: DeGruyter.
- Kendra M. S., Mohr J. J. & Pollard J. W. (2014). The stigma of having psychological problems: relations with engagement, working alliance, and depression in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 51(4), 563–573.
- Kobbé U. (1993). Zur Dialektik operationaler Diagnostik. *Antithesen aus der forensischen Psychiatrie. Fundamenta Psychiatrica*, 7, 123–128.
- Kobbé U. (1994). Politik der Seele: Vom Einbruch öffentlicher Zwangsmoral ins klinische Feld. Chronik eines psychologischen Großversuchs. Forensische Herbsttagung AGFP/LMU. (Zugriff am: 28.09.2020). Verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/profile/Ulrich\\_Kobbe2/publication/343714648\\_Politik\\_der\\_Seele\\_Vom\\_Einbruch\\_oeffentlicher\\_Zwangsmoral\\_ins\\_klinische\\_Feld\\_-\\_Chronik\\_eines\\_psychologischen\\_Grossversuchs/links/5f3bc271458515b7292a64c7/Politik-der-Seele-Vom-Einbruch-oeffentlicher-Zwangsmoral-ins-klinische-Feld-Chronik-eines-psychologischen-Grossversuchs.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ulrich_Kobbe2/publication/343714648_Politik_der_Seele_Vom_Einbruch_oeffentlicher_Zwangsmoral_ins_klinische_Feld_-_Chronik_eines_psychologischen_Grossversuchs/links/5f3bc271458515b7292a64c7/Politik-der-Seele-Vom-Einbruch-oeffentlicher-Zwangsmoral-ins-klinische-Feld-Chronik-eines-psychologischen-Grossversuchs.pdf).
- Kröber H.-L. (2016). Dialog zwischen Macht und Unterwerfung. *Trauma und Gewalt*, 10(1), 22–32.
- Kröber H.-L. (2018). Standards und offene Probleme des psychiatrischen Maßregelvollzugs. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 12(2), 126–135.
- Kukulu K. & Ergün G. (2007). Stigmatization by nurses against schizophrenia in Turkey: a questionnaire survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(3), 302–309.
- Kutateladze B. L., Andiloro N. R., Johnson B. D. & Spohn C. C. (2014). Cumulative Disadvantage: Examining Racial and Ethnic Disparity in Prosecution and Sentencing. *Criminology*, 52(3), 514–551.
- Lewe U. (2022). Vorbeugende Anhaltungen. *Der Maßregelvollzug: Das Schwarze Loch im Psychiatrieuniversum*. Stuttgart: Schmetterling Verlag.
- Leygraf N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter: Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs*. Berlin: Springer.

- Leygraf N. (2013). Maßregelvollzug. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 7(2), 71–72.
- Link B. G. & Phelan J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.*, 27, 363–385.
- Livingston J. D. 2010. Experiences of Stigma and compulsory treatment in the forensic and civil mental health systems of British Columbia. Burnaby: Simon Fraser University, School of Criminology. 260 p.
- Livingston J. D., Rossiter K. R. & Verdun-Jones S. N. (2011). ‘Forensic’ labelling: an empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Res*, 188(1), 115–122.
- Maniglio R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 119(3), 180–191.
- Margetić B., Aukst-Margetić B., Ivanec D. & Filipčić I. (2008). Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*, 54(6), 502–513.
- Meise U., Sulzenbacher H. & Hinterhuber H. (2001). Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, (69), 75–80.
- Mezey G., Youngman H., Kretschmar I. & White S. (2016). Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients – a comparison with a non-forensic population. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(4), 517–529.
- Neal T. M. S. & Brodsky S. L. (2016). Forensic psychologists’ perceptions of bias and potential correction strategies in forensic mental health evaluations. *Psychology, Public Policy, and Law*, 22(1), 58–76.
- Neumann M., Heintzsch R., Glaubitz C., Killig L., Schumann R. & Bliesener T. (2019). Analyse der Vollzugslockerungen im niedersächsischen Maßregelvollzug. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- Oberwittler D. & Lukas T. (2010). Schichtbezogene und ethnisierende Diskriminierung im Prozess der strafrechtlichen Sozialkontrolle. In Hormel, U. & Scherr, A. (Hrsg.), *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse* (221–254). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfafferott C. (2015). *Der panoptische Blick*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Phelan J. C., Link B. G. & Dovidio J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med*, 67(3), 358–367.
- Pollähne H. (2014). Diskriminierung im Strafrecht: Haben „psychisch kranke Rechtsbrecher“ Anspruch auf Strafe? §20 StGB im Lichte der UN-BRK. In Helmut, P. & Christa, L.-J. (Hrsg.), *Verbrechen, Rechtfertigungen, Wahnsysteme: Vom taktischen Umgang mit der Schuldfähigkeit* (71–100). Berlin: Lit-Verlag.
- Puls W., Ruhl I., Mümken S., Heyse M., Wild N. & Wienold H. (2005). Bürgerinitiativen gegen die Errichtung forensischer Psychiatrien in der Bevölkerungseinschätzung: Ergebnisse einer Fallstudie. *Soziale Probleme*, 16(2), 74–91.
- Rachlinski J. J., Johnson S. L., Wistrich A. J. & Guthrie C. (2009). Does Unconscious Racial Bias Affect Trial Judges. *Notre Dame Law Review*, (3), 1195–1246.
- Rade C., Desmarais S. & Mitchel R. (2016). A Meta-Analysis of public attitudes toward ex-offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 43(9), 1260–1280.

- Ricciardelli R. & Moir M. (2013). Stigmatized among the Stigmatized: Sex Offenders in Canadian Penitentiaries. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 55(3), 353–386.
- Ried J. (2010). Passion, Pathologie, Kultur – Deutung und Stigmatisierung von Übergewicht und Adipositas. In Abraham, A. & Müller, B. (Hrsg.), *Körperhandeln und Körpererleben: Multidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld (181–202)*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Rohrmann E. (2017). *Mythen und Realitäten des Anders-Seins: Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rommelspacher B. (2011). Was ist eigentlich Rassismus? In Melter, C. & Mecheril, P. (Hrsg.), *Rassismuskritik: Band 1: Rassismustheorie und -forschung (25–38)*. Frankfurt am Main: Wochenschau Verlag.
- Rompe C. (2006). „Sperrt den Irren endlich weg!“ Der Psychiatrie-Diskurs in deutschen Printmedien und dessen mögliche Auswirkungen auf die psychiatrische Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 11(4), 328–343.
- Rösch D., Ruckelshaußen S., Kirsch J., Gerhards S., Sroka L. A. & Imhoff R. (2021). Schwach-sinnig und abartig? Wahrgenommene Stigmatisierung und tatsächliche Etikettierungseffekte der alten und modernisierten Eingangsmerkmale in § 20 Strafgesetzbuch (StGB). *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 15(2), 159–168.
- Rüsch N. (2021). *Das Stigma psychischer Erkrankungen: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. München: Elsevier.
- Rüsch N., Angermeyer M. C. & Corrigan P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatr Prax*, 32(5), 221–232.
- Saß H. (2016). Forensische Psychiatrie und ihre Nachbardisziplinen: Status und Zukunftsperspektiven. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 10(4), 225–226.
- Scherr A. (2014). *Diskriminierung und soziale Ungleichheiten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schmidt-Quernheim F. (2007). Kommunizierende Röhren - Vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug: Beobachtungen aus der Sicht einer forensischen Ambulanz. *Psychiatr Prax*, (34), 218–222.
- Schulte P. (2017). *Kontrolle und Delinquenz [Dissertation]*. Münster, New York: Waxmann.
- Seeck F. (2022). Zugang verwehrt: Keine Chance in der Klassengesellschaft: wie Klassismus soziale Ungleichheit fördert. [sin lugar]: [sin editorial].
- Seidel M. (2017). Die Neuregelung des Rechts der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB: Hintergründe, rechtliche Grundlagen und Auswirkungen auf Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe. In Seidel, M. & Weber, E. (Hrsg.), *Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe als Anschlussperspektive nach dem Maßregelvollzug für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung: Hintergründe, Rahmenbedingungen und Entwicklungsbedarf (10–31)*. Berlin: Eigenverlag DGSGB.
- Seifert D. & Leygraf N. (2016). Entwicklung und Stand des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 10(4), 233–242.

- Serafini G., Pompili M., Haghghat R., Pucci D., Pastina M., Lester D., Angeletti G., Tatarelli R. & Girardi P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(7), 576–585.
- Steger F. (2003). Von der Person zum isolierten Fall: Frank Schmökel in den Diskursen von Macht und Stigmatisierung. *Psychiatr Prax*, (30), 389–394.
- Thiel A., Giel K., Thedinga H. & Zipfel S. (2016). Körperlichkeit als Devianz. Zur sozialen Konstruktion des übergewichtigen Körpers und ihrer Folgen. *Zeitschrift für Kulturwissenschaften*, 10(2), 37–48.
- Thompson V. L. S., Noel J. G. & Campbell J. (2004). Stigmatization, discrimination, and mental health: the impact of multiple identity status. *Am J Orthopsychiatry*, 74(4), 529–544.
- Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N. & Leese M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415.
- Tribolet-Hardy F. de & Habermeyer E. (2016). Forensische Psychiatrie zwischen Therapie und Sicherung. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 10(4), 265–273.
- Turan, Elafros M. A., Logie C. H., Banik S., Turan B., Crockett K. B., Pescosolido B. & Murray S. M. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med*, 17(1), 1–15.
- van Nieuwenhuizen A., Henderson C., Kassam A., Graham T., Murray J., Howard L. M. & Thornicroft G. (2013). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci*, (22), 255–262.
- Weber E. (2013a). Handlungsbedarfe und Empfehlungen aus der Expertise der DHG. In Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft. (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug: Herausforderungen für die Behindertenhilfe (67–75)*. Berlin, Jülich: Eigenverlag DHG.
- Weber E. (2013b). Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug – Herausforderung für die Behindertenhilfe. In Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft. (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug: Herausforderungen für die Behindertenhilfe (13–24)*. Berlin, Jülich: Eigenverlag DHG.
- West M. L., Mulay A. L., DeLuca J. S., O'Donovan K. & Yanos P. T. (2018). Forensic psychiatric experiences, stigma, and self-concept: a mixed-methods study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(4), 574–596.
- West M. L., Yanos P. T. & Mulay A. L. (2014). Triple Stigma of Forensic Psychiatric Patients: Mental Illness, Race, and Criminal History. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 75–90.
- Williams A., Moore E., Adshead G., McDowell A. & Tapp J. (2011). Including the excluded: high security hospital user perspectives on stigma, discrimination, and recovery. *The British Journal of Forensic Practice*, 13(3), 197–204.
- Williams S. L. & Fredrick E. G. (2015). One Size May Not Fit All: The Need for a More Inclusive and Intersectional Psychological Science on Stigma. *Sex Roles*, 73(9-10), 384–390.