

# Kann es im Maßregelvollzug eine „salutogenetische Architektur“ geben?

*Herbert Steinböck*

## **Zusammenfassung**

Ausgangspunkt der Arbeit ist der weiterhin steigende Bedarf an Einrichtungen sowohl therapeutischen als auch sichernden Charakters, hauptsächlich im Bereich des Maßregelvollzugs, künftig aber wahrscheinlich auch im Hinblick auf die Neuordnung der Sicherungsverwahrung. Da beide Aspekte, Besserung wie Sicherung, immer auch das Räumlich-Atmosphärische tangieren, wird kurz auf den Zusammenhang von Architektur und Atmosphäre eingegangen, um daraufhin Auswirkungen der Psychiatriereform auf die Architektur in der Allgemeinpsychiatrie zu befragen und danach Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zur forensischen Psychiatrie zu erarbeiten und anhand eines Neubaus für besonders gesicherte Maßregelvollzugspatienten darzustellen.

## **Schlüsselwörter**

Massregelvollzug, forensische Psychiatrie, Architektur, Atmosphäre, Salutogenese

## **Does a „salutogenetic architecture“ work?**

### **Summary**

The starting point of the paper is a growing need of security hospitals because of the increasing number of forensic psychiatric inpatients in Germany. Additionally, the juridically forced change of preventive detention from pure confinement to a therapeutic issue will advance this tendency. As both aspects – therapy as well as security – concern spacial atmosphere, we first have a look at the linkage of architecture and atmosphere. Then we ask for changes in mental hospital architecture as a consequence of reform in general psychiatry, and point out the main differences between general and forensic psychiatry. Against this background, principles for architecture

of forensic hospitals are discussed and illustrated by the example of a new high security building.

### **Key words**

forensic commitment, forensic psychiatry, architecture, atmosphere, salutogenesis

## **1. Einleitende Überlegungen**

Das staatliche Gewaltmonopol schlägt sich nicht nur in Rechtsvorschriften und der unmittelbaren Gewaltausübung durch die im Auftrag dieses Gewaltmonopols Tätigen nieder, sondern auch in der Architektur sichernder Institutionen. Deren konkrete Ausgestaltung ist deshalb nicht nur eine fachliche, sondern stets auch eine politische Frage.

Die „Schlusslichtposition im Versorgungsbereich“, die der forensischen Psychiatrie 1975 durch die Psychiatrie-Enquete bescheinigt worden war (Deutscher Bundestag 1975), galt für die Begutachtungs-, Versorgungs- und Behandlungspraxis ebenso wie für die baulichen Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs. Nachdem es durch die damalige Reformpolitik („Reform“ wurde in diesen Jahren noch als Veränderung bestehender Verhältnisse in Richtung größerer Demokratie und Menschenwürde verstanden) zu ersten forensischen Neubauten, beispielsweise dem „forensischen Dorf“ Düren, gekommen war, entwickelten sich bis Ende der 1990er Jahre parallel zwei Tendenzen, nämlich zum einen ein umfassender gesellschaftlicher Ruf nach Erhöhung der Sicherheitsstandards der Maßregelvollzugskliniken, zum andern (und teilweise damit im Zusammenhang) eine drastische Zunahme der strafrechtlichen Unterbringungszahlen. Beide Tendenzen ergaben zusammen in allen Bundesländern einen starken Druck auf die für den Maßregelvollzug zuständigen Politiker und mündeten letztlich in der Entfaltung einer umfangreichen Bautätigkeit mit dem Ziel einer Kapazitätserhöhung besonders im high-security-Bereich. Mit der durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs sowie des Bundesverfassungsgerichts erforderlich gewordenen Neuordnung der Sicherungsverwahrung sind weitere vergleichbare Bauprojekte zu erwarten.

Angesichts dieser Entwicklung stellt sich die Frage, ob bzw. inwiefern sich die fachlichen Ansprüche des Maßregelvollzugs in dessen Klinikbauten wiederfinden lassen. Zur Beantwortung wollen wir uns zunächst den Zusammenhang von Architektur, Atmosphäre und psychiatrischer Behandlung vergegenwärtigen, dann den Unterschied zwischen der früheren, zu Recht kritisierten Anstalt und einer heutigen Maßregelvollzugsklinik betrachten und schließlich am Beispiel eines vor wenigen Jahren erbauten forensisch-psychiatrischen Hochsicherheitsgebäudes diskutieren, inwieweit eine „salutogenetische Architektur“ mit den Anforderungen des Maßregelvollzugs vereinbar ist.

## 2. Architektur und Atmosphäre

Neben dem Anspruch nach Funktionalität hat Architektur im heutigen Krankenhausbereich ganz allgemein auch dafür zu sorgen, dass durch das räumliche Ambiente dem neuen Patientenstatus als „Kunde“ Genüge getan wird; der Kunde soll sich wohl fühlen, damit er wiederkommt (Groß 2010). Es ist also keineswegs so, dass den Motor dieser Entwicklung neue theoretische Einsichten in den günstigen Einfluss gebildet hätten, den architektonische Krankenhausgestaltung auf den Genesungsprozess haben kann, obwohl es nicht an solchen Einsichten fehlt (z.B. Walden 2006). Vielmehr werden gerade jetzt solche Einsichten aufgegriffen und architektonisch umgesetzt, weil sie Konkurrenzvorteile auf dem zunehmend deregulierten Gesundheitsmarkt versprechen. Patientenorientierte Krankenhausarchitektur ist somit ebenso ein Teilaspekt des Werbearsenals wie das Wahlmenü oder Wellnessangebote zur Hebung des Hotelstandards im Krankenhaus, oder kurz: Krankenhausarchitektur ist heute Teil der medizinischen „Warenästhetik“ (Haug 1971), wie diese sich umgekehrt der Krankenhausarchitektur bemächtigt hat.

Will man unter solchen Umständen einen rationalen Zugang zu einer Patienten-orientierten Krankenhaus-Architektur gewinnen, ist folglich gewissermaßen der warenästhetische Dunst in Abzug zu bringen. Dazu bedarf es einiger Rekonstruktionsbemühungen.

Hilfreich erscheinen hierzu Überlegungen von Gernot Böhme zum Zusammenhang von Architektur und Atmosphäre (Böhme 2006).

Unter Atmosphäre versteht er ergreifende Gefühlsmächte<sup>1</sup>. Handelt es sich um ein Kunstwerk, das wir betrachten und uns ergreift, tut es dies dadurch, dass es uns anblickt: „Der Betrachter muss seine Selbstmächtigkeit aufgeben, indem er in die Atmosphäre des Kunstwerkes eintritt.“ (a. a. O., S. 23). Indem wir das Kunstwerk betrachten, werden wir also selber, unsere Gefühle, Strebungen, unser Begehren, zum Gegenstand der Betrachtung, der wir uns, sind wir ergriffen, nicht entziehen können. Dies gilt nicht nur für das Schöne, sondern ebenso für andere Qualitäten wie dessen Gegenteil, das Hässliche, für das Eklige, Furchtbare, Schreckliche.

Architektur erzeugt solche Atmosphären vor allem durch den von ihr hergestellten Raum. Atmosphäre im Raum bedeutet, dass der Raum zum gestimmten Raum geworden, die Atmosphäre in eine unbestimmte Weite ergossen ist und vom Menschen in seiner leiblichen Präsenz erfahren wird. Weil wir diese Anmutungen nicht nur über eine Sinnesqualität aufnehmen, sondern ganzheitlich-eidetisch, setzen sie sich aus verschiedensten Teilaspekten zusammen, die den Raum konkretisieren: Material, Licht, Farbe, Ton. Böhme demonstriert dies u. a. am Beispiel der Atmosphäre des Erhabenen, wie sie uns in Kirchenbauten begegnet. So artikuliere sich etwa die Stille am eindringlichsten durch die eigenen Schritte; die Erfahrung der Stille sei dann wie beim Erhabenen mit dem Spüren der eigenen Verlorenheit im Raum verbunden (a. a. O., S. 146).

---

<sup>1</sup> unter Bezugnahme auf Hermann Schmitz (1969); zitiert nach Böhme 2006, S. 19

### 3. Architektur psychiatrischer Kliniken

Architektur beschäftigt sich wesentlich mit dem Raum und dessen Gestaltung. Um einen Raum zu bestimmen, ist allerdings zunächst dessen Ort zu klären.

Bekanntlich fanden sich die psychiatrischen Kliniken des 19. und zum großen Teil des 20. Jahrhunderts überwiegend fern der Städte, die doch ihr Einzugsgebiet bildeten. Die Kliniken verstanden sich als Anstalten, wurden wie große Güter bewirtschaftet, versorgten sich weitgehend autark mit einem eigenen Gutshof und eigenen Handwerksbetrieben, stützten sich auf dauerhaft untergebrachte Patienten als Arbeitskräfte, für diese wie für die Beschäftigten galt eine weitgehende räumliche Identität von Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Dieser Anstaltsstruktur, eine Mischung aus Kloster und Dorf, entsprach meist eine Fülle einzelner Gebäude, die sich um das Zentrum, ein repräsentatives Verwaltungsgebäude, gruppierten und nicht selten 1.000 oder mehr Patienten beherbergten. Der Ort der Anstalt – die vielzitierte „grüne Wiese“ – bestimmte also den Raum oder stand jedenfalls in Übereinstimmung mit ihm.

Die Ausbreitung als quasiklösterliches Quasi-Dorf suggerierte nicht nur eine Rückwendung von der sich hektisch industrialisierenden Stadt zur Natur, zu Ruhe und Beständigkeit, sondern auch einen Ersatz der Anonymität der Großstadt durch persönliche Bekanntheit aller Anstaltsbewohner, wenn auch weder selbst gewählt noch als gleichrangige Begegnung, sondern stets (auch) als Ausdruck einer beständigen, hierarchisch bestimmten sozialen Kontrolle. Sie umfasste nicht nur die „Insassen“, sondern auch das pflegerische und ärztliche Personal.

So ist es konsequent, dass diese Ausbreitung des Privaten und dessen gleichzeitige Unterwerfung unter die soziale Kontrolle mit der entsprechenden Raumgestaltung im Innern der Gebäude einherging: Besonders die großen Schiffsäle, die mit zahlreichen, parallel genutzten Wannen ausgestatteten Baderäume, aber auch der Ersatz normaler Türgriffe durch Griffhasen und natürlich die Gitter, Schließsysteme und die Isolier- und Fixierräume und -vorrichtungen unterschiedlicher Art machen dies sinnfällig.

Dass und wie auch die Gruppe der Ärzte unter solchen Verhältnissen dem Institutionalismus erliegen musste, schildert eine Arbeit aus dem Jahr 1906, in der der „Klatsch ... in der Mehrzahl unserer großen Anstalten“ als Surrogat professioneller (reflexiver) Selbstvergewisserung beschrieben wird (Lomer 1906). Was die Rolle der Pflege angeht, findet sich eine – sich politisch bewusst inkorrekt verstehende – entsprechende, empirisch aus einer verdeckt-teilnehmenden Beobachtung des Stationsalltags gewonnene Darstellung aus den 1960er Jahren (Kisker 1968). Beide Schilderungen haben die alte Anstalt zur Voraussetzung, als Institution wie als räumliches Arrangement.

Was hat sich in der heutigen allgemeinen (nicht-forensischen) Psychiatrie geändert? Neue psychiatrische Kliniken wurden überwiegend als Abteilungspsychiatrien konzipiert und finden sich daher als Bestandteile somatischer Krankenhäuser innerhalb der Städte, also dort, woher die meisten der psychiatrischen Patienten kommen. Soweit

allgemeine Psychiatrie weiterhin in den ehemaligen Anstalten situiert ist, haben sich diese über die Verlagerung erheblicher Teile in die Versorgungsregion verkleinert, ihre verkehrstechnische Erreichbarkeit verbessert und sich als psychiatrische Fachkliniken mit spezialisierten Behandlungsangeboten modernisiert. Die verkehrstechnische Erreichbarkeit spielt eine große Rolle, für die Angehörigen der Patienten, weil deren Einbeziehung wie auch deren Unterstützung unverzichtbar geworden ist, besonders aber auch für die Patienten selbst. Die Bedeutung dieser veränderten Einstellung zur verkehrstechnischen Lage ist kaum zu überschätzen, weil sie eine Herabsetzung der Eingangsschwelle für die Betroffenen bedeutet, sei es in Bezug auf die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit stationärer Krisenhilfen, sei es für ambulante Angebote.

Diese Herabsetzung der Eingangsschwelle ist eng verknüpft mit einer drastischen Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauern, die sich von Monaten bis vielen Jahren und Jahrzehnten auf ca. 25 Tage reduziert haben. Es geht also heute in der allgemeinen Psychiatrie, soweit überhaupt stationär behandelt werden muss, nicht mehr um Lebensräume, die die früheren Anstalten – wenn auch extrem ärmlich und repressiv – dargestellt hatten, sondern um Raum für kurzfristige Zäsuren, Auszeiten in akuten Krisen, eventuell um Überlebensräume, Räume der Unterbrechung wie der Wiederaufnahme von Beziehungen, um Räume, in denen eine Konzentration auf besonders intensive psycho- und/oder pharmakotherapeutische Behandlungen erfolgen soll. Der größte Teil der Psychiatrie spielt sich heute jedoch nicht mehr in „stationären“ Räumen ab, sondern außerhalb, in der Dynamik des wirklichen Lebens. Soweit in dieser Dynamik Unterstützungsbedarf besteht, organisieren sich um das unterstützungsbedürftige Individuum herum, in respektvoller Abstimmung mit ihm als grundsätzlich autonome Persönlichkeit, professionelle therapeutische bzw. soziale Hilfen.

Ob die Versorgungsrealität der Allgemeinpsychiatrie stets dem dargestellten Bild entspricht, ließe sich sicher kritisch diskutieren. Für unseren Zusammenhang ist aber wesentlicher, dass das Bild die veränderten Ansprüche gleichermaßen von Patienten, Angehörigen und Professionellen in der Allgemeinpsychiatrie beschreibt. Bewusst vermieden haben wir hierbei die Behauptung der Kundenperspektive, weil wir diese nicht für seriös halten.

In den USA wurden in den 1990er Jahren einige Leitlinien für die Errichtung und Sanierung staatlicher psychiatrischer Kliniken beschrieben (Gulak 1991): klare Bezeichnung der jeweiligen Raum-Funktion, klar erkennbare Unterscheidbarkeit zwischen verschiedenen Gebäude-Bereichen, unterschiedliche räumliche Möglichkeiten für soziale Interaktionen, Verwendung eines Farbkonzepts zur Förderung bestimmter Aktivitäten und Kennzeichnung von Raumfunktionen, Nutzung unterschiedlicher Bau- und Designmaterialien zur Ermöglichung abwechslungsreicher visueller und taktile Erfahrungen, Definition räumlicher Bereiche mit Unterstützung von Belichtungseffekten, Aufwertung bestimmter Orte, die für die Befindlichkeit der Patienten eine besondere Bedeutung haben können, etwa der Eingangsbereich oder auch Lese- und Rückzugsbereiche in Aufenthaltsräumen usw.

Wie zeichnet sich die Architektur moderner allgemeinspsychiatrischer Kliniken aus?

Die moderne allgemeinspsychiatrische Klinik liegt innerhalb des Komplexes eines somatischen Klinikums oder direkt daneben oder zumindest unter einem gemeinsamen Dach mit einer somatischen Klinik, etwa einer neurologischen (Letzteres war die formale Frucht der „Somatisierung“ der Psychiatriereform). Der sich darin ausdrückende Normalisierungsanspruch forderte in den 1970er Jahren, in denen der erste Schwung derartiger Abteilungen entstand, psychiatrische Stationen möglichst ähnlich einer somatischen Station zu bauen. Folge war zunächst eine deutliche Verbesserung der Bedingungen psychiatrischer Unterbringung, weil zumindest die Schlafsäle durch 3-Bett-Zimmer abgelöst wurden. Allerdings stieß dieses Modell rasch an Grenzen und erwies sich vielfach als defizitär. So zeigte sich das Fehlen von Stationsgärten als Rückschritt; Sterilität ist in der Chirurgie zurecht oberstes Prinzip, nicht aber in der Psychiatrie; Betten-Transport-freundliche Gangsysteme besitzen in der Psychiatrie gegenüber der Somatik keine Priorität; Intensivbetreuungseinheiten in der Psychiatrie, die am somatischen intensivmedizinischen Modell orientiert sind, verfehlen den Bedarf des psychisch kranken Menschen; Kommunikation zwischen den Patienten wie auch mit dem Personal ist von wesentlichem therapeutischem Gewicht und sollte sich auch in der Raumatmosphäre wiederfinden (Staudt 2006; Monz & Monz 2001).

Normalisierung heißt deshalb heute nicht mehr Analogisierung zur Somatik, sondern die Suche nach spezifischen Lösungen, die nicht zuletzt Sonderwegen entlehnt werden, welche ursprünglich keine bessere Psychiatrie suchten, sondern Alternativen zu ihr, etwa das Soteria-Modell und dessen „weiches Zimmer“ (Mosher & Burti 1992), oder der Normalisierungsanspruch des home-treatment (Berhe et al. 2005).

#### 4. Maßregelvollzugs-Architektur und Atmosphäre

Die forensische Psychiatrie unterscheidet sich von der allgemeinen bzw. Sozialpsychiatrie in verschiedener Hinsicht deutlich (z.B. Zinkler 2008; Steinböck 2003). Die beiden zentralen Unterschiede bestehen darin, dass der Maßregelvollzug der durch das Gewaltmonopol des Staates legitimierten strafrechtlichen Unterbringung zur Sicherung, aber eben auch zur gleichzeitigen Behandlung und Resozialisierung dient, und dass sich forensische und allgemeine Psychiatrie hinsichtlich der Zeitdauern der stationären Aufenthalte erheblich unterscheiden. Unter beiden Gesichtspunkten ähneln forensische Kliniken heute noch immer den beschriebenen alten Anstalten und stellen letztlich nach wie vor totale Institutionen dar – man kann auch sagen, der Maßregelvollzug ist die letzte der Psychiatrie verbliebene Anstalt. Wie uns die Soziologie gelehrt hat (Goffman 1961), neigen Anstalten stets spontan dazu, sich in totale Institutionen zu wandeln. Kann Architektur dem wirksam entgegenwirken?

Mit Michel Foucault wird der architektonische Prototyp sichernder Einrichtungen durch das Panoptikum gebildet, das Jeremy Bentham, englischer Philosoph und Begründer des Utilitarismus, 1791 nicht nur für Gefängnisse, sondern auch für Fabri-

ken und andere disziplinierende Institutionen entwarf (Foucault 1975): Von einem zentralen Punkt aus sollten die Insassen durch eine strahlenförmige Anordnung der Räume kontinuierlich beobachtet werden können, während umgekehrt der Beobachter durch die Gestaltung der Lichtverhältnisse den Insassen nicht sichtbar sein sollte. Die von Bentham erhoffte Folge sollte nicht nur eine Kontrollierbarkeit der Insassen durch den Beobachter sein, sondern vor allem eine Selbstdisziplinierung der Insassen aufgrund ihres Wissens darum, beständiger Beobachtung ausgesetzt zu sein. Der eigentliche Zweck des Arrangements war es also, die externe Kontrolle in die Subjekte selbst zu verlagern und über diese Internalisierung eine Erhöhung der Kontrolleffektivität zu erzielen. Foucault verstand dieses Arrangement nicht nur als spezielle bauliche Anordnung, sondern zugleich als Abbild einer Gesellschaft, die die Disziplinierung ihrer Individuen mithilfe der von Foucault „Disziplinen“ genannten Einrichtungen – besonders auch Psychiatrie und Psychologie – mehr und mehr als Selbstunterwerfung erreicht.

In heutigen Maßregelvollzugskliniken spielen auf der räumlich-technischen Ebene vor allem zwei Vorkehrungen die Rolle des Bentham'schen Panoptikums: eine L-förmige Anordnung der Gänge, an deren Gelenkstelle sich der Pflegestützpunkt befindet und den Blick in beide Gänge gestattet, und die Vorhaltung von Überwachungskameras. Besonders die Kameras symbolisieren und perfektionieren den Anspruch totalisierender Kontrolle.

Ähnlich wie die Atmosphäre des Erhabenen in Kirchen nicht nur durch die Höhe und Aufwärtsorientierung des Raums, Dämmerung und Stille getragen wird, sondern auch durch die darin angeordneten Zeichen und religiösen Symbole wie Kreuzifix, Inschriften und biblische Bilder (Böhme 2006), gibt es im Maßregelvollzug eine regelrechte Ikonographie der forensischen Psychiatrie: Gesetzbücher und Akten, mehr noch Schlüssel, Schloss, Gitter, Fessel, Mauern, hohe Zäune, Stacheldraht und Kameraüberwachung. Das Merkwürdige an dieser Ikonographie ist, dass sie nicht einmal den in der Nachbarschaft einer solchen Einrichtung lebenden Mitbürgern, also denen, die doch nach eben diesen Sicherungsinstrumenten zu rufen pflegen, ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit gibt – schon eher vermitteln sich hierdurch düstere Atmosphären der Beklemmung, des Bedrohlichen und der Ausgeliefertheit, und dies sind auch meist die Beschreibungen nach dem ersten Betreten solcher Hochsicherungsgebiete durch daran nicht Gewöhnte.

Wenn somit nicht einmal jene, deren Schutz doch ein wesentliches (Teil-)Anliegen des Maßregelvollzugs ist, angesichts der Ikonographie des Maßregelvollzugs ein Gefühl von Zuversicht und Vertrauen entwickeln können, ist dies am wenigsten von den Patienten zu erwarten, deren Therapie ja diese Räumlichkeiten dienen sollen.

Dennoch bleibt umstritten, inwiefern der Sicherheits- bzw. Gewaltpunkt sichtbar, weil ehrlich sein oder als atmosphärische Störung eines positiven, therapeutischen Stationsklimas verborgen werden solle. Häufig wird heute beispielsweise auf Gitter vor Fenstern verzichtet, stattdessen wird die Vergitterung durch bruchfestes Glas mit speziellen Kipp- und Lüftungsvorrichtungen ersetzt. Wir haben uns in unserem Hoch-

sicherheitsneubau für Gitter entschieden, nachdem eine vor Baubeginn durchgeführte informelle Umfrage bei Patienten und Pflegepersonal eine klare Präferenz für Gitter ergeben hatte. Zur Begründung hierfür war immer wieder geltend gemacht worden, dass zum einen mit der Möglichkeit des Fensteröffnens eine bessere Raumlüftung erfolgen könne, dass aber zum andern und vor allem ein direkterer Kontakt aus dem Zimmer nach draußen fühl- und erlebbar sei. Und schließlich erinnerten mehrere Patienten daran, dass sie doch eingesperrt blieben, auch wenn man keine Gitter sehen würde.

Es gibt keine empirisch belegbaren Vorgaben für die optimale Stationsgröße einer Hochsicherheitsklinik. Je mehr Patienten allerdings eine Station beherbergt, umso günstiger erweist sich deren Aufteilung in übersichtliche Wohngruppen von 6-8 Patienten (z. B. Dvoskin et al. 2002).

In einer Übersichtsarbeit zur Architektur im Maßregelvollzug wies eine Arbeitsgruppe von Konrad darauf hin, dass beim Bau einer Maßregelvollzugsklinik nicht nur das Spannungsfeld zwischen Sicherung gegen Ausbrüche und Geiselnahmen einerseits, Besserungsauftrag, also Therapie andererseits, sondern darüber hinaus auch die grundsätzlich erhöhte Suizidgefahr bei der forensischen Klientel zu berücksichtigen sei. Vor diesem Hintergrund werden dort verschiedene Beispiele einer Grundrissgestaltung und ein Vorschlag für einen Prototyp unterbreitet (Lohner et al. 2005). Auch diese Arbeit macht deutlich, dass die architektonische Gestaltung zwar gewissen allgemeinen Prinzipien zu folgen hat, dennoch aber sehr spezifisch den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten anzupassen ist.

## **5. Vorstellung und Diskussion eines exemplarischen Hochsicherungsgebäudes**

In der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Isar-Amper-Klinikums München-Ost konnte im November 2007 ein Neubau für 120 besonders zu sichernde Maßregelvollzugs-Patienten bezogen werden, der im Folgenden kurz beschrieben werden soll (Engelbrecht & Habryka 2007).

Die forensische Klinik ist Teil des Klinikums München-Ost, des ehemaligen Bezirkskrankenhauses Haar, das zwischen 1901 und 1905 im Pavillonstil für ca. 2000 Patienten erbaut worden war. Es versteht sich als psychiatrisches Fachkrankenhaus, das langfristig neben der Forensik im Wesentlichen noch eine neurologische und eine allgemeinspsychiatrische Klinik beherbergen wird. Ein großer Teil der bisherigen allgemeinspsychiatrischen Plätze wird im Rahmen der noch nicht abgeschlossenen Regionalisierung in die Versorgungsregion verlagert, was zu einer erheblichen Verkleinerung der ehemaligen Großklinik führt.

Von insgesamt 380 stationären ausschließlich männlichen Maßregelvollzugspatienten – zwei Drittel gemäß § 63 StGB, ein Drittel gemäß § 64 StGB untergebracht – kann 260 Patienten eine Vollzugslockerung gewährt werden. Diese Patienten verteilen sich

auf elf Stationen in neun Jugendstilpavillons jeweils mit Terrasse und Stationsgarten. Zusätzlich verfügt die Forensische Klinik inzwischen über eine Forensische Ambulanz, die sich auf drei Standorte verteilt: ein Haus innerhalb des Anstaltsgeländes, eine Dependence in der Münchner Innenstadt und eine in Ingolstadt. Aufgrund der stetig gewachsenen Unterbringungszahlen und der gleichzeitig bestandenen hoffnungslosen Überalterung des vormaligen festen Hauses, „Burg“ genannt, wurde schließlich die Notwendigkeit eines Neubaus für besonders zu sichernde Patienten, also für diejenigen ohne Vollzugslockerungen, unabweisbar. In enger Zusammenarbeit zwischen bayerischem Sozialministerium, Bezirk Oberbayern, Gemeinde Haar und Vertretern der Klinik gelang es in einem mehrjährigen, im Jahr 2000 begonnenen Prozess die konzeptionellen, politischen und finanziellen Voraussetzungen für einen Forensik-Neubau zu entwickeln, die dann mit Hilfe des in Berlin ansässigen Architekturbüros Ganz planerische Form gewannen, Baubeginn war 2005, Fertigstellung 2007.

Der Bau ist im Nordosten an der Peripherie des historischen Gebäude-Ensembles des Klinikums München-Ost am Rande der Gemeinde Haar zur Autobahn A99 hin situiert. Auf zwei Seiten eines großen, mittigen Sporthofes sind je drei baugleiche Stationen unmittelbar aneinandergereiht. Dies ist aufgrund des für diesen Bau neu konzipierten Stationstyps möglich, bei dem alle Nutzräume der Station um jeweils zwei kleine Innenhöfe gruppiert bzw. auf diese hin orientiert sind. Jede Station ist hierdurch autark mit ihren eigenen Freibereichen zu führen. Innenliegende Räume sind spangenartig zusammengefasst und erhalten über einen jeweils höher gezogenen Bauteil Licht und Luft aus Oberlichtfenstern. Erschlossen werden die sechs Stationen über einen ringförmig um den großen Innenhof führenden Zentralflur mit einseitiger Tagesbelichtung. An der Schmalseite des Hofes nach Westen liegen anschließend der Besuchertrakt und über zwei Brücken verbunden das Eingangs- und Bürogebäude mit Sicherheitsschleuse, den Anlieferhof umschließend. Alle diese Räumlichkeiten liegen auf der einen Ebene des 1,20 m über Geländeniveau hochgehobenen Erdgeschosses. Durch das Absenken des großen Sporthofes und des Anlieferhofes um ca. 2 m sind diese durch Rampen kreuzungsfrei erschlossen und werden im Untergeschoss zu den beiden Höfen hin orientiert, außerdem werden hierdurch voll belichtete Nutzräume für die Ergotherapie ermöglicht. Die Ergotherapieräume, unter den Stationen gelegen, sind von diesen direkt über Treppen zu erreichen. Offene Arkadengänge bilden den Übergang zum Sporthof. Im Anlieferhof entstanden im Untergeschoss Zwischenlager für Material, Essenswägen etc., die über zwei Aufzüge mit der Untergeschossebene verbunden sind.

Durch die Innenorientierung der Patientenzimmer konnte auf eine das Gebäude umschließende Mauer verzichtet werden, nicht allerdings – nach intensiven politischen Diskussionen – auf einen Sicherheitszaun, der durch eine umfangreiche Sicherheitselektronik ergänzt ist.

Der Stationsgrundriss stellt sich wie folgt dar: Um zwei Innenhöfe (15 m x 15 m) sind sämtliche Aufenthaltsräume inklusive Nasszellen der Station gruppiert und von die-

sen berichtet und belüftet. Hieraus resultiert ein Erschließungsflur in Form einer liegenden 8, der weitgehend Tagesbelichtung durch Seiten- oder Oberlichtöffnungen erhält. Der Flur ist als Bewegungs- und Aufenthaltsbereich mit Sitzplätzen konzipiert. In der Mittelspange befinden sich die Tagesaufenthalts- (Essen, Wohnen, Beschäftigungstherapie, Küche) und Funktionsräume, U-förmig schließen um Innenhof I sieben Zweibettzimmer, ein Einbettzimmer jeweils mit Nasszelle und ein gemeinsames Duschbad an, am Innenhof II sind L-förmig angelagert ein abteilbarer Stationsteil mit fünf Einzelzimmern mit Nasszelle, davon eines behindertengerecht, und das Stationsbad. Den Rest bilden Stationsstützpunkt, Arzttraum, Personalaufenthalt, Nebenräume, ein multifunktionaler Sportraum, die Stationseingangsschleuse und ein glasüberdeckter Lichtinnenhof. Über halbe Treppen tiefer erreichbar sind die beiden begrünten Stationsgartenhöfe mit Pflasterflächen.

Das vorgestellte Gebäudebeispiel, das dem Zweck der Hochsicherung im Maßregelvollzug dient, bestätigt die Schwierigkeit einer Vereinbarkeit von Milieu und Sicherung. So war auf die bekannte panoptische L-Form des Stationsgrundrisses zu Gunsten der Gestalt einer 8 verzichtet worden, um auf diese Weise einerseits blind endende Gänge zu vermeiden, andererseits das Stationspersonal zum Verlassen des Stützpunktes und zur aktiven Kontaktaufnahme mit den Patienten zu animieren. Der Nachteil geringerer Übersichtlichkeit wurde durch die Anbringung kleiner, abgerundeter Spiegel an den Ecken der Decke zu kompensieren versucht. Als ausgesprochen positiv hat sich die Anordnung der Innenhöfe erwiesen, die jederzeit durch die Patienten betreten werden können und als Raucherzimmer-Ersatz ebenso wie als Stationsgärten dienen und in denen Patienten, durch Pflegepersonal unterstützt, kleinere Gartenarbeiten verrichten können. Zugleich erübrigt eine solche Atrium-Struktur mit überwiegender Innenorientierung den Bedarf einer Außenbewehrung des Gebäudes mit einer zusätzlichen Umschließungsmauer. Dass neben Einbett- auch Zweibettzimmer für die Patienten vorgesehen wurden, hat in erster Linie mit Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zu tun, ein anderer Gesichtspunkt ist, dass durch eine Beschränkung ausschließlich auf Einbettzimmer die zurückzulegenden Wege auf Station verlängert und die Stationsflächen vermehrt worden wären. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass gemäß empirischen Untersuchungen der Verlust der Privatheit in Gefängnissen und ähnlichen sichernden Einrichtungen als ein Hauptgrund für Gesundheitsprobleme gilt (Moore & Arch 1981). Deshalb sollten aus fachlicher Sicht heute eigentlich - sowohl für allgemeinspsychiatrische als auch für Maßregelvollzugskliniken - nur noch Einbettzimmer konzipiert werden, die zu einer erhöhten Patientenzufriedenheit führen (Lawson & Phiri 2000). Obgleich die Fenster vergittert sind, lassen sie sich durch die spezielle Ausgestaltung in den Patientenzimmern zum Teil balkonartig nutzen. Das Baumaterial ist zwar überwiegend Stahlbeton, doch inzwischen gingen die Stationen dazu über, kahle Wände für Mal- und Kunstprojekte mit den Patienten zu nutzen. So erfolgt nach und nach eine Aneignung des Gebäudes durch die in ihm Unterbrachten wie auch die Mitarbeiter. Obgleich die Maßregelvollzugs-Ikonografie bestehen bleibt, relativiert sich durch solche Aneignung die Atmosphäre von Düsternis und Bedrohung zu Gunsten von Selbstwirksamkeit, Hoffnung und Vertrauen. Ist

dies innerhalb eines Maßregelvollzugsgebäudes der höchsten Sicherungsstufe möglich, ist schon viel erreicht. Insofern bewahrheitet sich auch hier die klassische Warnung von Adolf Loos vor dem „Ornament“ in der modernen Architektur, weil es keinen Zusammenhang mehr mit unserer Kultur habe und deshalb zum „Verbrechen“ werde (Loos 1908); was wir stattdessen benötigen, sind aneignungsfähige Räume.

## 6. Schlussbemerkung

Am Schluss unserer Ausführungen lässt sich feststellen, dass es die optimale Architektur der Maßregelvollzugs-Klinik ebenso wenig gibt wie die optimale allgemeinpsychiatrische Klinikform. Aber: Die ständige Auseinandersetzung hierüber kann auch die inhaltliche Klärung vorantreiben, was wir eigentlich meinen, wenn wir von therapeutischer Atmosphäre im Sicherheitsdiskurs sprechen, und welche Spielräume zugunsten einer größeren Humanität wir zu entdecken vermögen. Architektur bildet eine wichtige Rahmenvoraussetzung – Therapie und die mit ihr befassten Menschen erst vermögen diesen Rahmen zu füllen, und nur in dieser Kombination kann Architektur „salutogenetisch“ werden.

## Literatur

- Berhe, T., Puschner, B., Kilian, R. & Becker, T. (2005) „Home treatment“ für psychische Erkrankungen. Begriffsklärung und Wirksamkeit. *Nervenarzt*, 76, 822-831.
- Böhme, G. (2006). *Architektur und Atmosphäre*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Deutscher Bundestag (1975). *Schlussbericht der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Drucksache 7/4200, S. 282. [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/dokumente/enquete1975/11-kapitel-b-3.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/enquete1975/11-kapitel-b-3.pdf) (download: 06.01.2012).
- Dvoskin, J. A., Radomski, S. J., Bennett, C., Olin, J. A., Hawkins, R. L., Dotson, L. A. & Drewnicky, I. N. (2002). *Architectural Design of a Secure Forensic State Psychiatric Hospital*. *Behavioral Sciences and the Law*, 20, 481-493.
- Engelbrecht, R. & Habryka, M. (2007). *Isar Amper Klinikum, Klinikum München Ost: Neubau Forensik – Haus 60*. München: Bezirk Oberbayern, Baureferat.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir – la naissance de la prison*. Paris: Gallimard (Deutsche Ausgabe: 1976. *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp).
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Harmondsworth: Penguin. (Deutsche Ausgabe: 1968. *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp).
- Groß, H. (2010). *Krankenhausarchitektur – von der „Bettenburg“ zum „Healing Environment“*. *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 135 (14), 13.

- Gulak, M. B. (1991). Architectural Guidelines for State Psychiatric Hospitals. *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (7), 705-707.
- Haug, W. F. (1971). *Kritik der Warenästhetik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kisker, K. P. (1968). Die „Herren der Klinik“ und die Patienten. Erfahrungen aus der teilnehmend-verdeckten Beobachtung einer psychiatrischen Station. *Nervenarzt*, 39 (10), 433-441.
- Lawson, B. & Phiri, M. (2000). Hospital design: Room for improvement. *Health Serv*, 110, 24-26.
- Lohner, J., Pape, A. & Konrad, N. (2005). Modellkonzeption eines Krankenhauses des Maßregelvollzuges – Bedeutung der Architektur bei „Besserung und Sicherung“. *Recht & Psychiatrie*, 23 (3), 122-131.
- Lomer, G. (1906). Psychopathische Züge bei Irrenärzten. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 20, 179-181.
- Loos, A. (1908/2010). *Ornament und Verbrechen*. In A. Opel (Hrsg.), *Adolf Loos' Gesammelte Schriften*. Wien: Braumüller Lesethek.
- Monz, A. & Monz, J. (2001). *Design als Therapie. Raumgestaltung in Krankenhäusern, Kliniken, Sanatorien*. Leinfelden-Echterdingen: Verlagsanstalt Alexander Koch.
- Moore, E. O. & Arch, D. (1981). A Prison Environment's Effect on Health Care Service Demands. *J. Environmental Systems*, 11 (1), 17-34.
- Mosher, L. R. & Burti, L. (1992). *Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmitz, H. (1969). *System der Philosophie*, Bd. III, 2. Bonn: Bouvier.
- Staudt, J. (2006). Die Psychiatrie. In P. Meuser & C. Schirmer (Hrsg.), *Neue Krankenhausbauten in Deutschland. Band 2: Spezialkliniken und Fachabteilungen*.
- Steinböck, H. (2003). Forensik und Gemeindepsychiatrie. In H. Steinböck & H. Berger (Hrsg.), *Ist die Psychiatrie der richtige Ort? Zum Verhältnis von forensischer und sozialer Psychiatrie* (S. 101-119). Freiburg i. B.: Lambertus.
- Walden, R. (2006). The Effect of Hospital Building on Patient Recovery. In A. Dilani (Ed.), *Design & Health IV. Future Trends in Healthcare Design* (pp. 99-114). Huddinge/Sweden: International Academy for Design and Health.
- Zinkler, M. (2008). Früher entlassen – schneller im Maßregelvollzug? Zum Verhältnis von allgemeiner und forensischer Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie*, 26, 102-105.

# Strukturen, Regeln und äußeres Milieu forensischer Psychiatrie – Wie sollte eine moderne forensische Klinik aussehen?

*Jutta Muysers*

## **Zusammenfassung**

Ausgehend von den Untersuchungsergebnissen von Norbert Leygraf (1988) bezüglich der soziodemographischen Daten forensisch untergebrachter Patienten im Maßregelvollzug Deutschlands, die für kleinere Populationen 1993 von Dieter Seifert und zuletzt 2011 von Klaus Hoffmann repliziert wurden, soll aufgezeigt werden, welche Standards bezüglich Strukturen, Regeln und äußerem Milieu eine moderne forensische Psychiatrie erfüllen müsste. Zentrale Defizite der Patienten sind dabei unsichere Beziehungs- und Gewalterfahrungen, schlechte Schul- und mangelnde berufliche Bildung sowie schwere Störungen der Sozialisation mit Problemen in der sexuellen Entwicklung und im Aufbau von Konflikt- und Problemlösungsstrategien. All diesen Defiziten muss mit einer angemessenen tagesstrukturierenden Konzeption der Behandlung begegnet werden.

## **Schlüsselwörter**

Bauliche Gestaltung des Maßregelvollzugs, intelligenzgeminderte forensische Patienten

## **Structures, regulations and external milieu of forensic psychiatry: Modern forensic psychiatric clinics – what should they look like?**

### **Summary**

The following contribution is aimed at illustrating the standards of structures, regulations, and external milieu which should be met by modern forensic psychiatry on the basis of a study performed by Norbert Leygraf (1988) focusing on sociodemographic data of forensic commitment patients in Germany. Leygraf's study results have been replicated by Dieter Seifert in 1993 drawing on smaller patient populations and, recently, by Klaus Hoffmann (2012). The central deficits found in these patients are experiences of insecure attachment, experiences of violence in the past, insufficient school education, lack of vocational training and major

---

**Korrespondenzadresse:** Jutta Muysers, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, forensische Psychiatrie, Komm. Ärztliche Direktorin, LVR-Klinik Langenfeld, Kölner Str. 82, 40764 Langenfeld; E-Mail: [jutta.muysers@lvr.de](mailto:jutta.muysers@lvr.de)

socialisation deficits along with impaired sexual development and impairments as to conflict and problem-solving strategies. All these deficits have to be taken care of by a specifically designed treatment providing the patients with an adequate structure of their daily hospital life.

### **Key words**

structural design of forensic hospitals, forensic patients with lower level of intelligence

## **Grundlagen**

„Beim Betreten dieser Räumlichkeiten lässt nichts mehr an eine psychiatrische Behandlung denken.“ Dieser Satz, so ähnlich geäußert von einer Untersuchungskommission nach einem tödlichen Zwischenfall in einer modernen Klinik NRWs, passt auf nahezu alle neu errichteten forensischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland. Hier gibt es nur wenige rühmliche Ausnahmen.

Empfangen und durchsucht wird man mittlerweile meistens von so genannten „Pfortenmitarbeitern“, die für die Aufgabe des höflichen Empfangs von Besuchern selten gut ausgebildet sind.

Die Räumlichkeiten, die man dann in einer modernen forensischen Klinik betritt, ähneln mehr Gefängnissen als Krankenhäusern. Aus meiner Sicht – und diese Sichtweise wird von vielen erfahrenen Kolleginnen/Kollegen geteilt – sind dies keine Bedingungen mehr, unter denen eine vernünftige, hilfreiche und zielgerichtete umfassende forensische Behandlung stattfinden kann.

Ausgehend von soziodemographischen Daten der forensisch untergebrachten Patienten, die erstmals 1988 von Norbert Leygraf<sup>1</sup> erhoben wurden und 1993 für NRW von Dieter Seifert, aktuell in Baden-Württemberg ebenfalls von Klaus Hoffmann repliziert wurden, ergeben sich bei diesen Patienten gehäuft folgende zentrale Problemstellungen:

- niedriger Sozialstatus,
- Störung der Primärfamilie, der Sozialisation, des Schulwissens und der Berufsausbildung,
- Heimkarrieren, Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Vorbehandlungen,
- Suchtmittelprobleme,
- dissoziale Vorgeschichte.

Hieraus ergeben sich auf der Verhaltensebene soziale und alltagsrelevante Schwierigkeiten bei der Selbstfürsorge und im Umgang mit anderen Menschen. Insbesondere

---

<sup>1</sup> Leygraf, 1988, 19 - 40

Problemlösungsfähigkeiten und Konfliktlösungsstrategien sind oft defizitär entwickelt. Hinzu kommen Störungen der sexuellen Entwicklung und eine schlechte Allgemeinbildung.

Unabhängig von der Behandlung der zugrunde liegenden Krankheitsbilder und der Neigung zur Delinquenz, die primär einzel- und gruppentherapeutisch oder auch medikamentös behandelt werden müssen, tut sich hier ein weites Feld von Interventionsnotwendigkeiten auf. So ist es erforderlich, die Behandlungsräume so zu gestalten, dass bezüglich der oben genannten Defizite Förderung und Nachreifung möglich sind.

Umso mehr wundert es, dass viele moderne forensische Einrichtungen all diese Aspekte nicht berücksichtigt haben. Nahezu überall finden sich zu große Patientengruppen versammelt, das Personal hält sich in Überwachungskanzeln auf, verschiedentlich sind schwere Türen an den Patientenzimmern angebracht, die den Nachteintritt ermöglichen. Ein weiteres Problem ist, dass die hoch gesicherten ummauerten Gelände keine einfachen Lockerungsschritte mehr erlauben, sondern eine Lockerung außerhalb der Mauer zu einer sehr gewichtigen Entscheidung machen – abgesehen davon, dass offene Rehabilitationsstationen nirgendwo mehr entstanden sind.

In der Folge soll versucht werden darzustellen, wie eine moderne Forensik aussehen müsste, die für alle genannten Defizite der forensisch untergebrachten Patienten ein förderliches Klima schaffen könnte. Die Verbesserung deliktverwandter Faktoren verbessert letztlich die Fähigkeit, auch außerhalb einer strukturierten Unterbringung legal zurechtzukommen und mindert so das Rückfallrisiko.

## Räumliche Strukturen

Sinnvoll ist es, neben einem hoch gesicherten Aufnahme- und Krisenbereich Behandlungseinheiten vorzuhalten, welche spezialisiert sind durch ein besonderes Therapieprogramm oder durch die Ausrichtung auf eine spezifische Patientengruppe. Je mehr Behandlungskultur und konstruktives therapeutisches Programm angeboten werden kann im Sinne innerer Sicherheit, desto weniger äußere Sicherungsmaßnahmen sind aus aller Erfahrung notwendig.

Insbesondere müssen Stationen private Bereiche für die Patienten vorhalten, in denen es auch möglich ist, eine gewisse individuelle Gestaltung des eigenen Zimmers durchzuführen. Die Unterbringung in Einzelzimmern ist sinnvoll und notwendig und reduziert erheblich Konfliktpotential. Es müssen genügend Gemeinschaftsräume vorhanden sein, das heißt, Wohn- und Tagesräume, offene Küchen mit Selbstversorgungsmöglichkeiten, und weitere Räume, in denen tagesstrukturierende Aktivitäten stattfinden können. Sehr hilfreich sind stationseigene Gärten oder anteilig ein Grünflächenangebot. Hier könnten ebenfalls individuelle Gestaltungen vorgenommen werden.

Das Behandlungsteam benötigt Besprechungsräume, keine Kanzeln, aus denen man die Patienten beobachten kann und hinter denen man Gefahr läuft, sich zu verschanzten.

Des Weiteren müssen Räume vorhanden sein, in denen einzel- und gruppentherapeutische Aktivitäten stattfinden können. Seltsamerweise waren es diese Elemente, die in einigen neuen Einrichtungen „vergessen“ wurden. Auf die Notwendigkeit der Schaffung offener Rehabilitationsstationen zur Vorbereitung von Beurlaubungen und Entlassungen wurde bereits verwiesen.

Selbstverständlich müssen auch Sicherungsmaßnahmen vorgehalten werden, zum Beispiel im Sinne von Gittern, Mauern und Personensicherungssystemen. Die forensische Erfahrung zeigt aber (den Stichtagserhebungen gemäß § 63<sup>2</sup> und § 64 StGB<sup>3</sup> entnommen), dass, ganz gleich welchen Sicherheitsstandard eine Einrichtung vorhält, die Entweichungszahlen konstant unter 5 % liegen und Ausbrüche so gut wie gar nicht vorkommen, wobei die Sicherheitseinrichtungen hier von komplett verriegelt bis gar nicht gesichert, vergleichbar einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation, variieren.

## Milieu

Wenn es gelingt, äußere Strukturen zu schaffen, die Entwicklungsmöglichkeiten bezüglich der vielfältigen Defizite der Patienten bieten, so lässt sich daraus unproblematisch ein Stationsmilieu entwickeln.

Dabei ist es wichtig, eine homogene überschaubare Patientengruppe zu bilden, die sich gemeinsam entwickeln kann und in der Lage ist, die vorhandenen Strukturen in einen positiven sozialen Prozess einfließen zu lassen.

Bewährt haben sich hier Patientengruppen mit ähnlichen Diagnosen und Therapiebedarf. Für eine solche Gruppe ist es einfacher, sowohl ein gemeinsames verbindliches Behandlungsprogramm darzustellen als auch Sanktionentransparenz zu gestalten.

Milieu bedeutet dabei zunächst einmal eine Gestaltung der Station so wohnlich wie möglich und so wenig krankenhausteril, wie es eben geht – dies unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Patienten sich in der Regel lange Jahre auf den Behandlungsstationen aufhalten. In diesem Zusammenhang ist jegliche eigene Gestaltungsmöglichkeit durch selbst gefertigte Bilder oder auch Möbel hilfreich.

Milieu kann dann auch heißen, dass Patienten nicht den ganzen Tag in „Ballonseide“ herumlaufen, sondern sich ebenso wie die anwesenden Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zumindest für die Zeiträume des Therapiealltags ausreichend anständig kleiden.

---

<sup>2</sup> Leipziger, 2008

<sup>3</sup> v. d. Haar, 2009, 13, 22, 29, 30

Milieu bedeutet des Weiteren, dass es ein geordnetes Regelwerk für das Zusammenleben geben muss mit gemeinsamen Essens- und Ruhezeiten, Anwesenheitspflichten bei Morgenrunden, Abschlussbesprechungen oder Stationsversammlungen. Ein geordnetes Regelwerk muss es auch für sexuelle Kontakte, Geschäfte und Konflikte geben, wobei hier jeweils professionelle Begleitung durch die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Station unerlässlich ist.

Es kann sinnvoll sein, die Patientengruppe sich bezüglich des Regelwerks so weit wie möglich autonom entwickeln zu lassen, wie dies zum Beispiel Knappheide<sup>4</sup> für das Behandlungskonzept für intelligenzgeminderte Patienten der LWL-Klinik für forensische Psychiatrie Eickelborn beschrieben hat. Er bezieht sich dabei auf die soziomoralischen Entwicklungsstufen von Lawrence Kohlberg (1996).

Es müssen genügend Möglichkeiten für eine angemessene Freizeitgestaltung vorhanden sein. Diese muss ebenfalls meist aktiv angeboten werden; viele Patienten neigen insbesondere auf großen Stationen mit langen Fluren dazu, sich in ihr verschließbares Einzelzimmer zurückzuziehen und sich die Zeit mit wenig förderlichen PC-Spielen zu vertreiben.

Zu einer angemessenen Freizeitgestaltung gehört es aber auch, die Station, das Gelände und die Klinik einmal verlassen zu können und Aktivitäten außerhalb der Klinik durchzuführen, wie zum Beispiel gemeinsame Einkäufe, Fahrradtouren, Museumsbesuche oder, wie zum Beispiel in der Reichenau gesehen, tagelange Wandertouren durch unwegsames Gelände.

Nicht zuletzt aber bedeutet Milieu auch, gemeinsam zu feiern, zu kochen, zu essen, sich in der Gemeinschaft und im sozialen Kontakt wohl zu fühlen und zu freuen. Gelingt dies in einer Patientengruppe gut, sinkt die Fluchtgefahr erheblich.

Es liegt auf der Hand, dass es für eine solche alltägliche Begleitung speziell ausgebildetes Personal aller Berufsgruppen geben und sich ein multiprofessionelles Team bezüglich des Austauschs und der Weiterentwicklung des Konzeptes gut organisieren und regelmäßig supervidieren lassen muss.

Für die Durchführung von Freizeitaktivitäten, für den Erhalt der Verbindung zur Realität und für realistische Alltagsübungen ist die Möglichkeit der Gewährung von Lockerungen unerlässlich. Zurzeit gibt es eine zunehmende Tendenz, mit den Standortgemeinden von forensischen Kliniken oder Abteilungen Vereinbarungen zu treffen, dass Lockerungen nicht vor Ort gewährt werden. Dies führt zu teilweise absurden Begleitfahrten mit Patienten in benachbarte Gemeinden, wo die Patienten dann ihren Ausgang wahrnehmen. Dabei wird die Gefährlichkeit von forensischen Patienten bei der Gewährung von Lockerungen in der Regel völlig überschätzt. Eine geordnete Kommunikation mit der Öffentlichkeit über das Thema lässt sich allerdings angesichts des zunehmenden gesellschaftlich übersteigerten Sicherheitsbedürfnisses

---

<sup>4</sup> Knappheide, 2004, 17 - 24

und der übertriebenen, durch die Medien verstärkten Angst vor Sexualstraftätern wohl nicht mehr führen.

Dies ist bedauerlich, da Lockerungen ja praktische Übungen darstellen, die Verantwortungsbewusstsein und Selbstwert bei den Patienten stärken können, die darüber hinaus eine gewisse Normalität im Umgang mit Freiheiten bedeuten und die immer einen überschaubaren Rahmen haben, im Gegensatz zum Beispiel zu langfristigen Beurlaubungen oder gar Entlassungen, an die viel höhere qualitative Anforderungen bezüglich einer Risikoeinschätzung gestellt werden müssen.

## **Räumliche Voraussetzungen**

Für die räumlichen Voraussetzungen ist zunächst einmal relevant, wie lange die Unterbringungsauern sind. So sind zum Beispiel für Patienten, welche gemäß § 64 StGB<sup>5</sup> untergebracht sind, weniger Anforderungen an Individualität und Großzügigkeit zu stellen, da hier die Behandlung, wenn sie gut verläuft, recht bald einen Übergang in eine Rehabilitationsphase mit Lockerungen und Orientierung nach draußen finden sollte.

Die Patienten allerdings, die gemäß § 63 StGB behandelt werden, sind heute in NRW mehr als 6 ½ Jahre untergebracht, so dass die Klinik für einen Lebensabschnitt auch der Lebensraum wird und sich als solcher darstellen sollte.

Neben den oben bereits beschriebenen Räumlichkeiten, die grundsätzlich vorhanden sein sollten, gibt es aber auch Anforderungen für spezifische Patientengruppen, die beachtet werden sollten. Es erscheint für die Zukunft sinnvoll, für spezielle Patientengruppen auch spezielle Strukturen, Raum- und Farbgestaltungen einzuplanen.

## **Spezielle Patientengruppen**

Für bestimmte Behandlungsarten und bestimmte Behandlungsgruppen müssen unterschiedliche räumliche Voraussetzungen geschaffen werden. In der Folge findet sich ohne Anspruch auf Vollständigkeit der Versuch einer Gliederung und Unterteilung bestimmter Patientengruppen, der aber einige relevante Anforderungen an die zu schaffenden Räumlichkeiten deutlich machen soll.

## **Aufnahme- und Krisenbereich**

Zunächst einmal muss ein Aufnahme- und Krisenbereich entsprechend gestaltet werden, sofern die Krisenpatienten nicht in jeweils den Behandlungsstationen zugeordneten Absonderungszimmern behandelt werden können.

---

<sup>5</sup> v. d. Haar, 2009, 14

Neben der Tatsache, dass ein Aufnahmebereich ausreichend übersichtlich und auch gesichert gestaltet sein muss, sollte ein variabel zu handhabender Intensivbehandlungsbereich vorgehalten werden. Hier sollte es die Möglichkeit geben, insbesondere hoch akute und aggressiv auffällige Patienten (meist wird es sich hier um schwierige Verläufe von schizophrenen Erkrankungen handeln) mehr im Sinne einer Intensivbehandlung zu betreuen, als sie durch Isolierungs- und Fixierungsmaßnahmen der Gefahr einer Verschlechterung und Chronifizierung des Krankheitsbildes auszusetzen.

Ansonsten kann auch ein forensischer Aufnahmebereich durchaus wohnlich und mit vielfältigen Möglichkeiten ausgestattet sein, die auch Räume für einzel- und gruppen-therapeutische Aktivitäten bieten, so dass so bald wie möglich ein konstruktives therapeutisches Bündnis mit den Patienten hergestellt werden kann.

## **Schizophrene Patienten**

Chronifizierte psychotische Patienten benötigen eine Umgebung, die aktivierend wirkt, das heißt zentrale Gemeinschaftsräume, Möglichkeiten zur Förderung sportlicher Aktivitäten und nahe gelegene Räumlichkeiten für auch niedrigschwellige Maßnahmen der Ergotherapie.

Die Gruppe der eher jungen sozialisationsgestörten psychosekranken Patienten mit co-morbiden Suchtproblemen dagegen benötigt Strukturen, in denen neben einem hoch frequenten einzel- und gruppen-therapeutischen Programm Sozio- und Milieuthherapie in Anlehnung an Anforderungen eines normalen Lebens außerhalb der Klinik angeboten werden kann. Hier müssen eigenverantwortliche Tätigkeiten der Gestaltung des Alltags angeboten werden im Sinne von kochen, putzen, waschen und einkaufen, innerhalb derer auch eine soziomoralische Nachreifung erfolgen kann.

## **Intelligenzgeminderte Patienten**

Ein ähnliches Raumprogramm ist für eine der Untergruppen der Intelligenz geminderten Patienten, nämlich für die Lernbehinderten, leicht intelligenzgeminderten, ebenfalls sozialisationsgestörten Patienten vorzusehen. Hier wie dort müssen auch einfache Lockerungsschritte als Belastungserprobung möglich sein, die keine hohen prognostischen Anforderungen haben und überschaubar zu gewähren sind. Die zuletzt genannte Patientengruppe benötigt darüber hinaus Räumlichkeiten für umfassende Freizeitgestaltung, in denen man zum Beispiel auch Musik machen könnte. Ganz wichtig sind hier zugängliche Gartenbereiche, ebenso wie Therapie- und Schulräume zur Förderung eigenverantwortlicher Termingestaltung.

Bei der zweiten Untergruppe, den chronifizierten pädophilen, leicht intelligenzgeminderten Patienten ohne kurzfristige Behandlungsaussichten, ist neben all den oben bereits genannten Voraussetzungen Eigenverantwortung und Tagesstruktur noch mehr aufrechtzuerhalten. Hierzu gehört dann auch noch ein adäquates Arbeitsange-

bot für diese Patientengruppe, welches dezidiert nicht Arbeitstherapie sein sollte, sondern idealerweise etwas aus dem Dienstleistungsangebot der Klinik (so gesehen zum Beispiel die Wäscherei in der holländischen Klinik Veldzicht).

Die dritte Untergruppe dieser Kategorie umfasst mittelgradig intelligenzgeminderte Patienten, die sehr oft eine somatische Grunderkrankung haben. Diese Patienten benötigen ein eher pädagogisch strukturiertes Gesamtprogramm mit relativ viel Unterstützung. Sie müssen meistens nicht sehr hoch gesichert untergebracht werden.

## **Persönlichkeitsstörungen**

Bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen finden sich sinnvolle Unterteilungen zunächst einmal bedingt durch den notwendigen Sicherungsgrad.

Hier findet sich zunächst eine Gruppe eher dissozial, latent gefährlich bleibender Patienten, die gesichert untergebracht werden müssen und zum Teil nur schwer einer konstruktiven Behandlung zugeführt werden können.

Während die Zuweisungsrate von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber den schizophrenen Patienten abzunehmen scheint, sind aber insbesondere die Entwicklungsverläufe von Sexualstraftätern in dieser Gruppe sehr langfristig. Auch hier findet sich dann eine Gruppe langfristig zu behandelnder forensisch untergebrachter Patienten, die nicht so einfach wie andere Langzeitpatienten gelockert werden können.

Ganz besonders für diese Gruppe muss es zur Verhinderung von Hospitalisierungsercheinungen sehr viele interne Möglichkeiten der Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung mit entsprechenden Räumlichkeiten geben, wobei die Sozio- und Milieuthherapie hier durchaus auch eine Selbstversorgung mit Lebensmitteln beinhalten kann.

Die dritte Gruppe aus diesem Bereich sind Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die sowohl therapiemotiviert sind als auch auf eine Therapie gut ansprechen. Für diese Gruppe ist es neben der Möglichkeit, umfassend am therapeutischen Programm teilnehmen zu können, sinnvoll, über die Arbeitstherapie eine Re-Integration in den ersten Arbeitsmarkt vorzusehen. Auch hier müssen die räumlichen Strukturen frühzeitige Erprobungen in Lockerungen ermöglichen.

## **Unterbringung gemäß § 64 StGB**

Für die Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, gelten bedingt durch die deutlich geringeren Verweildauern etwas andere Anforderungen an räumliche Strukturen. Ein guter Behandlungsverlauf in diesem Bereich kann schon nach 1 ½ Jahren mit einer Dauerbeurlaubung außerhalb der Klinik einhergehen. Insofern ist hier auf

die individuelle Gestaltungsmöglichkeit von Räumlichkeiten auch nicht ein so hohes Gewicht zu legen. Die Patienten benötigen zum Beispiel weder eigene Fernseher noch vielfältiges sonstiges elektronisches Equipment. Sehr wohl müssen aber auch hier möglichst wohnliche und therapiefreundliche Umgebungen geschaffen werden, die insbesondere einzeltherapeutisches und kleingruppentherapeutisches Arbeiten möglich machen. Sehr viel Wert muss hier auf entsprechende arbeitstherapeutische Möglichkeiten zum Erhalt der meist vorhandenen Arbeitskraft gelegt werden.

## Frauen im Maßregelvollzug

Da die meisten im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten Männer sind, ist eine weitere Gruppe, die gesondert betrachtet werden sollte, die der Patientinnen im Maßregelvollzug.

Um eine Platzkapazität zu erzielen, die ein wenig Unterteilung oder Spezifizierung ermöglicht, macht es Sinn, Frauen im Maßregelvollzug zu zentralisieren, was allerdings in vielen Bundesländern auch schon umgesetzt wird. Es macht Sinn, die Behandlung zumindest zeitweise auf speziellen, nur für die Behandlung von Frauen vorgesehenen Stationen durchzuführen, sowohl wegen der unterschiedlichen Deliktdynamik als auch der daraus resultierenden Behandlungskonzepte. Die Reichenauer Klinik macht gute Erfahrungen mit einer gemischtgeschlechtlich belegten Psychotherapiestation, die alle forensischen Patientinnen aus Südbaden aufnimmt.

Die besonderen Bedürfnisse von Frauen entsprechen teilweise den bereits geschilderten räumlichen Anforderungen, allerdings legen Frauen auf farbliche und räumliche Gestaltung sicherlich mehr Wert als Männer.

Da arbeitstherapeutische Maßnahmen bei den Behandlungskonzepten nur teilweise eingesetzt werden, müssten ausreichend weitere tagesstrukturierende Angebote und Behandlungsangebote vorhanden sein, insbesondere auch Programme aus den Bereichen Sport und gesunde Ernährung angeboten werden, da aus aller Erfahrung Frauen in Behandlungsstrukturen noch mehr Tendenzen aufweisen, an Gewicht zuzulegen als Männer. Rückzugsräume und individuelle Gestaltungsmöglichkeiten haben auch hier eine hohe Bedeutung.

Letztlich gilt für alle Gruppen, dass ein Wohngruppenvollzug mit so weit wie möglich Anbindung an ein normales Gemeinschaftsleben sowie ausreichende Räume für therapeutische Aktivitäten und für Freizeitmaßnahmen erforderlich sind.<sup>6</sup>

Nicht vergessen sollte man einfache Zugänglichkeiten von Gartenbereichen; auch nicht vergessen sollte man Begegnungszimmer, in denen Partnerinnen oder Partner der Patienten sich ggf. auch einmal längere Stunden aufhalten dürfen.

---

<sup>6</sup> Schellbach-Matthies, 2003, 107 ff

## Fazit für die Praxis

Für alle im Maßregelvollzug gemäß der §§ 63, 64 StGB behandelten Patientengruppen ist ein umfangreiches Behandlungsprogramm mit einzel- und gruppentherapeutischen Elementen, Sozio- und Milieutherapie, Ergotherapie, Beschulung, Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung erforderlich, um das Ziel der Reduktion von Gefährlichkeit zu erreichen und Patienten auch aus dem Maßregelvollzug wieder entlassen zu können.

Die räumlichen Strukturen, die hierfür notwendig sind, müssen anders als viele Neubauten im Maßregelvollzug der Bundesrepublik Deutschland weniger hoch gesichert und lediglich der Überwachung von Patienten dienend sein. Vielmehr müssen sie einen wirklichen Wohngruppenvollzug mit Einzelzimmern für die Patienten, ausreichende Rückzugsräume, individuelle Gestaltungsmöglichkeiten, einfache Zugänge zu therapeutischen Aktivitäten und in Gartenbereiche bieten. Außerdem müsste die Möglichkeit niedrigschwelliger Lockerungen als Belastungserprobung gegeben sein.

## Literatur

- Hoffmann, K. (2012). Die Renaissance der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung – Herausforderungen für die forensische Psychotherapieforschung. In R. Rengier & E. Hilgendorf (Hrsg.), Festschrift für Wolfgang Heinz zum 70. Geburtstag (S. 640-649). Baden-Baden: Nomos.
- Knappeide, J. (2004). Forensik 2004. 19. Eickelborner Fachtagung.
- Kohlberg, L. (1996). Die Psychologie der Moralentwicklung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leipziger, K. (2008). Stichtagserhebungen § 63 StGB. Eigendruck.
- Leygraf, N. (1988). Psychisch kranke Straftäter. Berlin: Springer.
- Schellbach-Mathies, R. (2003). Das forensische Dorf – eine Streitschrift. Professionelle forensische Psychiatrie. Bern: Huber.
- van der Haar, M. (2011). Stichtagserhebungen § 64 StGB. Eigendruck.