Zeitschrift: Zeitschrift für öffentliche Fürsorge : Monatsschrift für Sozialhilfe : Beiträge und Entscheide aus den Bereichen Fürsorge, Sozialversicherung, Jugendhilfe und Vormundschaft

Herausgeber: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Band: 75 (1978)

Heft: 9

Artikel: Therapie statt Strafe

Autor: Niemantsverdiet, J. R.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-838979

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Zeitschrift für öffentliche Fürsorge

Nr. 9 September 1978
75. Jahrgang

Beilage zum "Schweizerischen Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung"

Monatsschrift für öffentliche Fürsorge und Jugendhilfe, Enthaltend die Entscheide aus dem Gebiete des Fürsorge- und Sozialversicherungswesen. Offizielles Organ der Schweizerischen Konferenz für öffentliche Fürsorge. Redaktion: Dr. M. Hess-Haeberli, Waldgartenstrasse 6, 8125 Zollikerberg, Telefon (01) 63 75 10. Verlag und Expedition: Orell Füssli Graphische Betriebe AG, 8036 Zürich
Jährlicher Abonnementspreis Fr. 26.–.
Der Nachdruck unserer Originalartikel ist nur unter Quellenangabe gestattet.

Therapie statt Strafe

Die Arbeit in der Dr. Henri van der Hoeven Klinik

J.R. Niemantsverdiet, Utrecht

Die Massnahmen der Sicherung und Besserung im niederländischen Strafrecht

Im niederländischen Strafrecht gibt es verschiedene Strafen und Massnahmen. Die wichtigsten Hauptstrafen sind: die Gefängnisstrafe und die Geldstrafe. Ausserdem kennt das Strafrecht Massnahmen. Eine der strafrechtlichen Massnahmen, die dem Richter zur Verfügung steht, ist die Massregel der Sicherung und Besserung oder die Sicherungsverwahrung. Sie ist daher im Strafgesetzbuch und in den darauf beruhenden Ausführungsgesetzen und Ausführungsverordnungen geregelt. In der Gesetzessystematik gehört die Sicherungsverwahrung unter den Titel: "Ausschluss, Verminderung und Erhöhung der Strafbarkeit". Artikel 37 Absatz 1 des Strafgesetzbuches lautet: "Strafbar ist nicht, wer eine Tat begeht, die ihm wegen mangelhafter Entwicklung oder krankhafter Störung seiner Geisteskräfte nicht zugerechnet werden kann."

Bei Anwendung dieses Artikels entfällt die Rechtsverfolgung. Von strafrechtlicher Schuld ist dann überhaupt nicht die Rede. In diesem Fall kann der Richter anordnen, dass Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus für die Dauer längstens eines Jahres erfolgt; diese Frist kann nach den Vorschriften des Gesetzes über Geisteskrankheiten – ohne Einschaltung des Strafrichters – erforderlichenfalls stets verlängert werden.

Schon bald nach der Einführung dieser Regelung im Jahre 1886 stellte sich heraus, dass man für geistesgestörte Straftäter genauerer Vorkehrungen bedürfte. Die grösste Schwierigkeit war, dass die Straftäter ohne weitere Abstufung in zwei Gruppen eingeteilt wurden, und zwar die, denen die Straftaten in vollem Umfang zugerechnet wurden, und die, denen die Straftaten nicht zugerechnet wurden. Der Richter befand sich oft in einem Engpasse bei der Aburteilung von Personen, die – obwohl nicht geisteskrank –

doch einigermassen an einer "mangelhaften Entwicklung oder krankhaften Störung der Geisteskräfte" litten. Ihnen konnte die strafbare Handlung doch schwerlich stets voll angelastet werden, während andererseits zu dieser Personengruppe gerade ziemlich gefährliche hartnäckige Straftäter gehörten, gegen welche die Gesellschaft wirksam geschützt werden musste. Diese Gruppe von "teilweise zurechnungsfähigen" Straftätern wurde (und wird) mit dem unglücklichen Wort "Psychopathen" bezeichnet, und gerade im Hinblick auf diese Straftäter wurde im Jahre 1925 eine Anzahl neuer Bestimmungen in das Strafgesetzbuch aufgenommen. Das Wichtigste an diesen Bestimmungen ist die Möglichkeit, Straftäter, die zur Zeit der Begehung der Straftat "eine mangelhafte Entwicklung oder krankhafte Störung der Geisteskräfte" hatten, in staatliche Sicherungsverwahrung zu nehmen, um sie von Staats wegen zu pflegen. Stets muss aber "das Interesse der öffentlichen Ordnung" diese strafrechtliche Massregel "ausdrücklich erfordern".

Die Sicherungsverwahrung wird für die Dauer von zwei Jahren angeordnet. Falls erforderlich kann ihre Dauer jedoch vom Richter jeweils wieder um ein oder zwei Jahre verlängert werden. Der Richter bekommt dann ein Gutachten der Anstalt, wo der Mann oder die Frau behandelt wird.

Der Delinquent kann zur Verlängerung vom Richter angehört werden. Der in Sicherungsverwahrung untergebrachte Straftäter weiss also nicht im voraus, wie lange die Sicherungsverwahrung dauert. Deshalb bevorzugen die Straftäter oft eine bestimmte Frist im Gefängnis gegenüber einer unbestimmten Frist in Sicherungsverwahrung. Die Sicherungsverwahrung kann auch bedingt angeordnet werden. In den Fällen, in denen der Richter diese "teilweise oder verminderte" Zurechnungsfähigkeit erkennt, verpflichten die zurzeit gültigen strafrechtlichen Bestimmungen, dem Täter eine Gefängnisstrafe aufzuerlegen. Diese Strafe wird zunächst vollstreckt. Erst dann folgt die Behandlung. Schon bei der Ausarbeitung der "Psychopathengesetze" haben manche gegen diese imperative Auferlegung einer Strafe neben der Sicherungsverwahrung protestiert. Inzwischen liegt im Parlament ein Gesetzesentwurf vor, welcher dem Richter die gesetzliche Befugnis gibt, bei Anordnung der Sicherungsverwahrung von der daneben erfolgenden Verurteilung zu einer Strafe abzusehen. In der Praxis wird jetzt schon versucht, die in Sicherungsverwahrung Untergebrachten in eine Behandlungsanstalt einzuweisen bevor sie die ganze Strafe verbüsst haben. Aber dies gelingt auch nicht immer, da die Behandlungsinstitute lange Wartelisten haben.

Die Dr. Henri van der Hoeven Klinik

Die ersten Anstalten für diese psychisch gestörten Delinquenten wurden gegründet, aber richtige Behandlungsmethoden gab es eigentlich noch nicht. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde im Jahre 1949, als eine besondere Abteilung des Gefängniswesens, die Psychiatrische Beobachtungsklinik eröffnet.

Der damalige leitende Arzt, der Psychiater und Jurist Baan, und seine engsten Mitarbeiter, die Psychiaterin Frau Roosenburg und der Psychologe Van Ratingen, erfuhren,

dass die in ihren Berichten erwünschten Behandlungen für diese Gruppe schwer gestörter Delinquenten irgendwo nach modernen Ansichten durchgeführt werden konnten.

Sie suchten dann nach einer Möglichkeit, die Wünsche praktisch anzuwenden. Es gibt in der Provinz Utrecht die Willem Arntsz Stiftung, die bereits seit fünf Jahrhunderten auf dem Gebiet der geistigen Gesundheitspflege wirksam ist. Als eine Abteilung dieser Stiftung wurde im Jahre 1955 die Dr. H. van der Hoeven Klinik gegründet. Henri van der Hoeven war ein Psychiater, der als Bahnbrecher für die forensische Psychiatrie in den Niederlanden bezeichnet werden muss. Die Willem Arntsz Stiftung hat mit dem niederländischen Staat, dem Ministerium der Justiz, einen Vertrag abgeschlossen, 100 Plätze für die Behandlung psychisch gestörter Delinquenten zur Verfügung zu stellen. Der Vertrag räumt dem Justizministerium das Recht ein, die zu behandelnden Personen einzuweisen. Die Klinik muss diese Personen aufnehmen, soweit sie nicht der Ansicht ist, dass sie für eine Behandlung in der Klinik ungeeignet sind. In der Praxis ist hierbei die Auffassung des Direktors der Van der Hoeven Klinik entscheidend, der im übrigen nur sporadisch sein Verweigerungsrecht anwendet.

Man muss verstehen, dass die Van der Hoeven Klinik eine Privatanstalt ist. Das bedeutet, dass die Klinik ziemlich unabhängig ist im Vergleich zu staatlichen Anstalten, obwohl die ganze Arbeit subventioniert wird durch die öffentliche Hand.

Nach der niederländischen Gesetzgebung werden Privatinstitutionen bevorzugt, wenn es sich um Kinderheime oder wie hier um Anstalten für die Behandlung psychisch gestörter Delinquenten handelt. Es gibt neben der Van der Hoeven Klinik noch vier für solche Personen geeignete Privatanstalten und zwei staatliche, von denen die Van Mesdag Klinik in Groningen auch im Ausland bekanntgeworden ist.

Vor der Eröffnung der Klinik haben sich Direktion und Mitarbeiter des neuen Instituts gründlich über die Erfahrungen ausländischer Pioniere auf diesem Gebiet unterrichtet.

Hernach wurde in einer nur teilweise betriebsfertigen Klinik ein Anfang gemacht mit knapp 20 Patienten und ungefähr 35 Mitarbeitern. Schon nach einigen Jahren wurde klar, dass das Gebäude nicht geeignet war für die damals entwickelte Behandlungsmethodik. Am Ende des Jahres 1974 wurde eine ganz neuerbaute Klinik bezogen mit einer Kapazität von 90 Behandlungsplätzen, wo sich zurzeit ungefähr 73 Patienten und ungefähr 150 teil- und vollzeitangestellte Mitarbeiter befinden, Sozialarbeiter, Krankenpfleger, Soziologen, Psychologen, Psychiater, Lehrer, Werkmeister, administratives Personal usw. Das Gebäude, das man nur mit Zustimmung des Stabes verlassen kann, hat vier wichtige Teile: den Behandlungsflügel mit Werkstätten, Unterrichtsräumen, Administration, kreativen Fächern, Video-Studio, Therapiezimmern, Sporthalle und Schwimmhalle; die Wohnhäuser der Patienten; die Intensiv-Station; die Verwaltungsflügel, zu denen keine Patienten Zutritt haben.

Die Klinik ist nicht irgendwo im Walde versteckt, sondern in der Mitte einer Stadt, wo man über eine direkte Verbindung mit der Gesellschaft verfügt. Teile des Gebäudes (die Schwimmhalle, die Sporthalle und die Mehrzweckveranstaltungshalle) werden auch

vermietet an Schulen, Vereine und Klubs, damit diese Anstalt in der Gegend nicht nur ein Fremdkörper bleibt, sondern tatsächlich ein gesellschaftliches Institut ist.

Patienten

Die in die Klinik eingewiesenen Delinquenten haben alle schwere Störungen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung und in ihren sozialen Beziehungen. Darum sprechen wir von "Patienten". Andere Anstalten benützen Wörter wie "Klienten", "Bewohner" usw.

Die meisten Patienten haben grosse Angst, sich zu ändern. Der Richter hat sie verurteilt, da die Delinquenten wegen ihres gefährlichen und schädlichen Verhaltens bewiesen haben, dass sie nicht als selbständige Bürger in der Gesellschaft leben können.

Die Delikthintergründe der Patienten weisen ein sehr variiertes Bild auf. Die Strafregister enthalten Verurteilungen wegen Mordes, Gewalttaten, Sexual- und Vermögensdelikten. Auffallend ist, dass die Patienten oft ein vielgestaltiges kriminelles Dessin aufweisen, da sie z.B. sowohl Vergewaltigungen als auch Einbrüche, Diebstähle und Brandstiftungen begangen haben.

In manchen Fällen hatte man schon viele Versuche unternommen, die Patienten mit ambulanter Hilfeleistung zu fördern. Als eine der letzten Möglichkeiten blieb die Sicherungsverwahrung übrig. Die Behandlung ist also unfreiwillig. Aber sich ändern nach einem Leben von Enttäuschungen und Misstrauen ist nicht leicht. Die Patienten zeigen eine grosse Abwehr. Das erste, was die Behandler zu erreichen versuchen, sind: die Motivation und der Wille zur Änderung.

Die meisten von ihnen haben eine langjährige Anstaltserfahrung in Heimen des Jugendschutzes hinter sich. Sie wurden dort auch sehr misstrauisch gegen alles, was Autorität und Justiz heisst.

In diesen Anstalten wurde die volle Verantwortung von Behörden übernommen und in Reglementen festgesetzt, damit das Zwei-Parteien-System energisch erhaltend; von einer persönlichen Umgangs- und Behandlungsweise war kaum die Rede.

Das Ziel der Behandlung in der Van der Hoeven Klinik ist zu versuchen, so schnell und so gut wie möglich den Patienten in die Gesellschaft zurückzuführen, so dass er ohne unannehmbares Risiko für andere als ein vollwertiger Bürger mit mehr Befriedigung in der Gesellschaft leben kann. Wie kann er lernen, die Verantwortung für sein eigenes Leben zu übernehmen, wenn er auch nicht in einer sichere Hilfe leistenden Umgebung die Verantwortung für seine Behandlung tragen kann? Das heisst, dass die Mitarbeiter nur die Verantwortung übernehmen sollen, die die Patienten selbst nicht tragen können. Das ist ein wichtiger Teil der Behandlungsphilosophie.

Aufnahme

Jetzt will ich das Verfahren beschreiben, nach welchem der Delinquent schliesslich in die Klinik eingewiesen wird. Wenn es ein schweres Verbrechen betrifft oder eine lange Reihe von Delikten, kann der Richter um einen psychiatrischen Bericht bitten. Der

Beschuldigte kann von einem privaten Psychiater untersucht werden oder von den Mitarbeitern der Psychiatrischen Beobachtungsklinik in Utrecht. Spricht der Richter die Massregel von Sicherungsverwahrung aus, so kommt der Delinquent nach der Verbüssung seiner Strafe in das Auslese-Institut (auch in Utrecht), wo untersucht wird, welche der sieben Anstalten für diesen Mann zurzeit geeignet ist. Auch spielt die Aufnahmekapazität der Anstalt natürlich eine Rolle. Auf Grund des Aktenheftes bereitet die Klinik die Aufnahme vor. Einer der vier Supervisoren Behandlungsplan und einer der Gruppenführer der zukünftigen Wohngruppe, wo der Patient eingewiesen wird, gehen ins Auslese-Institut, um den angetragenen Patienten zu besuchen. Später kommt auch ein Patient seiner zukünftigen Wohngruppe mit. Im Gespräch erzählen sie etwas über die Klinik, was sie vom Patienten erwartet, welche Möglichkeiten es in der Klinik gibt; und der Patient erzählt, was er von der Behandlung erwartet.

Die Entscheidung über die Aufnahme wird getroffen auf Grund der Akten und der Kontakte mit dem Patienten im Auslese-Institut. Die Kriterien für die Aufnahme sind nicht genau umschrieben.

Der jüngste Patient ist 15 Jahre und der älteste 55 Jahre alt. Nicht alle Patienten sind unter der Massregel der Sicherungsverwahrung aufgenommen worden; 20% entfallen auf eine bedingte Massregel oder eine vom Jugendrichter angeordnete Massregel, und ein Patient ist von einem Gefängnis versetzt worden, weil man ihn dort nicht halten konnte.

Behandlungsprogramm

Wenn der Patient aufgenommen ist, versuchen wir in den ersten sechs Wochen mit der Behandlung anzufangen. Wir lernen ihn kennen, und er lernt die Dozenten, Therapeuten, Patienten und andere Leute im Gebäude kennen.

Schon vom ersten Tag an versuchen wir, seine Familie, Verwandten und Bekannten in die Behandlung einzubeziehen. Wir laden die Familienmitglieder ein und besprechen mit der ganzen Gruppe, was geschehen wird. Man soll so schnell wie möglich mit der Resozialisierung anfangen, wobei diese Bezugspersonen eine wichtige Rolle spielen können.

In den ersten Wochen, die man mehr oder weniger Observationszeit nennen könnte, wird mit dem Patienten seine Lebensgeschichte durchbesprochen, d.h. dass er mit seinem Gruppenführer über sein bisheriges Leben redet. Wie war es in seiner Familie? War er in einem Kinderheim? Wie hat er gelebt? Was brachten die Delikte hervor? Und sehr wichtig, was mangelte in seinem Leben? Auch werden die Akten, von denen man weiss, dass sie nicht immer ganz klar und vollständig sind, mit dem Patienten durchgenommen, so dass man ein klares Bild von ihm bekommt.

Wir suchen miteinander auch die positiven Entwicklungen.

Ein Schul- und Berufswahltest wird gemacht, weil es dann möglich ist, auf diesen Gebieten mit der richtigen Entwicklung einzusetzen.

Dann bitten wir den Patienten, einen Bericht zu schreiben über seine Erwartungen an die Zukunft und an die Behandlung in der Klinik. Auch die Gruppenführer schreiben

einen Bericht dazu. Die Berichte der Sozialarbeiter, die die Verbindung mit den Bezugspersonen herstellen, und die Schul- und Berufswahltests werden hinzugefügt. Die Unterrichtsabteilung berichtet; und das alles wird publiziert in unserer täglichen Klinikzeitung, so dass alle Mitarbeiter wissen können, um wen es sich handelt. Der Patient bekommt diese Berichte auch.

Nach ungefähr sechs Wochen findet eine sogenannte Indikationsstabversammlung statt, bei der der Patient mit Hilfe eines Mitpatienten ein Gespräch führt mit den Mitarbeitern, mit seinem Gruppenführer, seinen Dozenten und seinen Therapeuten. Die bisher niedergeschriebene Information steht zur Verfügung. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen und später auch niedergeschrieben. Denn es handelt sich um eine wichtige Versammlung, in der wir zusammen mit dem Patienten auch klären und festlegen, aus welchen Gründen er sich in der Klinik befindet, welches seine Probleme sind und was nun zur Lösung seiner Probleme unternommen werden soll. Gemeinsam wird ein sogenanntes Behandlungsprogramm erarbeitet, das Verabredungen über die Arbeit des Patienten, über Psychotherapie, Unterricht, Bewegungsunterricht usw. umfasst. Es versteht sich, dass auf diese Weise jeder Patient über ein sehr individuell ausgerichtetes Programm verfügt, das seinen Möglichkeiten und Begrenzungen Rechnung trägt.

Nachher versuchen wir, jeden Monat wenigstens einmal die Sachen zu überprüfen in einem Evaluationsgespräch, um zu sehen, ob das Programm noch stimmt, ob es läuft oder ob es geändert werden muss. Wir erwarten, dass das Evaluationsgespräch vom Patienten selbst vorbereitet wird. Hierbei anwesend sind die Gruppenführer, der Supervisor Behandlungsplan und Mitpatienten. Es ist auch möglich, nur mit Stabmitgliedern zu evaluieren.

Behandlungsmöglichkeiten

In den ersten Jahren war individuelle Psychotherapie für jeden Patienten obligatorisch. Psychotherapie und Arbeitstherapie waren damals die traditionellen Behandlungsmethoden. Heutzutage hat ungefähr die Hälfte der Patienten individuelle oder Gruppenpsychotherapie. Die dafür teilzeitangestellten Therapeuten nehmen nicht teil an Stabversammlungen, wo man Entscheidungen trifft z.B. über eine Urlaubsanfrage des Patienten. Auch Rollenspiel wird vielfältig benützt.

Das Wort "Arbeitstherapie" wurde schon bald durch "Arbeitstraining" ersetzt, weil wir versuchen, vollwertige Arbeitnehmer heranzubilden. Regelmässige Arbeit, Verantwortlichkeit für Material und Produkt und Zusammenarbeiten mit andern sind wichtige Punkte. Man kann in der Werkstatt für Metall und Holz, im Garten, im Hausdienst, in der Administration, in der Küche usw. arbeiten. Der Patient wird nicht zur Arbeit verpflichtet; aber er weiss, dass man von ihm Arbeit erwartet. Stets sollen die Mitarbeiter klarmachen, wie wichtig es ist, ein guter Arbeitnehmer zu werden. Der Patient ist selbst verantwortlich für sein Programm. Dies gilt auch für die anderen Aktivitäten, die wir "Entwicklungsfächer" nennen.

Diese Fächer entwickelten sich durch die Jahre hin zu wichtigen therapeutischen Mitteln. Heute sind die Psychotherapie, die Schulerziehung, die Entwicklungs- und Kreativitätsfächer und das Arbeitstraining gleichwertige Behandlungsteile.

Viele Patienten werden behindert durch Spannungen, Ängste, sind nicht frei im Sichäussern, können eigentlich nicht spielen und haben das auch nie gelernt.

Darum reden wir hier von Lehrstunden und Dozenten – und dies nicht nur beim Unterricht in der Schule (ein sehr wichtiger Teil der Behandlung – die meisten Patienten studieren), sondern auch beim Sport (wir sagen Bewegungsunterricht), beim Zeichnen, bei der Fotografie, dem Bildhauen, der kreativen Arbeit, der kreativen Handfertigkeit, dem Elementar-Theaterspielen, dem kreativen Spiel, der Musik, dem Volkstanz und der Meditation.

Hier können Patienten lernen, ihre Möglichkeiten zu erkennen und ihre oft unerwarteten Kapazitäten weiter zu entwickeln.

Obschon diese Fächer natürlich ineinander übergreifen im Bestreben, dem Patienten Körper, Gefühle, Kreativität bewusst zu machen sowie Entspannung, Bewegung, Phantasie, Konzentration und Rhythmus einzuüben, zeigen alle Patienten ihre Eigentümlichkeiten. Der Lernprozess ist vor allem darauf ausgerichtet, mit Befriedigung mit sich selber und mit den Mitmenschen umgehen zu können.

Die Lehrstunden sind entweder individuell mit einem Patienten oder in einer Gruppe Patienten. Es kommt regelmässig vor, dass ein Patient mit seinen Verwandten oder Gruppenleitern Theater spielt oder bildhauert.

Diese Aktivitäten sollen konkret auf Zielsetzungen gerichtet sein und müssen regelmässig evaluiert werden. Die Dozenten sind Sachverständige in ihrem Gebiet und nicht speziell therapeutisch ausgebildet.

Selbstverständlich bieten diese Fächer auch Möglichkeiten, sich zu üben in einer guten Freizeitgestaltung, so dass man sich später in der Gesellschaft sinnvoll in seiner Freizeit beschäftigen kann. In dem sogenannten Sozialflügel befindet sich ein Bastelraum, wo Patienten abends und am Wochenende Materialien bearbeiten können. Dabei geht es um Aktivitäten, die Spass und Freude bereiten und zu innerer Befriedigung führen.

Sehr wichtig sind auch die Verbindungen mit Familie, Verwandten und Bekannten. Die Aussendienstbeamten beschäftigen sich damit, zusammen mit der Gruppenführung. Wenn nötig setzen wir eine Ehepaar- oder Familienbehandlung ein, damit wir besser die Interaktion zwischen den Mitgliedern einer Familie verstehen und behandeln können. Das alles kann auch in der Klinik geschehen. Wir haben dazu in der Klinik Gastzimmer und Gastwohnungen zur Verfügung. Für ein Wochenende oder für längere Zeit kann der Patient mit seinen Verwandten hier wohnen.

Nicht nur die alten Verbindungen werden begleitet, sondern auch der Aufbau neuer Beziehungen wird stimuliert. In der Nähe der Klinik suchen wir sogenannte "Kontaktfamilien", die bereit sind, regelmässig einen Patienten zu empfangen, so dass der Patient in einer gewöhnlichen Familie erfährt, wie man z.B. Freizeit gestaltet, mit Kindern um-

geht usw. Manchmal entstehen hier feste Freundschaftsbänder. Weiter stimulieren wir den Patienten, dass er, wenn es möglich ist, unbegleitet aus der Klinik hinausgehen kann und sich einen Klub oder Verein sucht, wo er Freunde finden kann, gleich wie die Bürger in diesen Vereinen.

Später in seiner Behandlung sucht der Patient sich einen Arbeitgeber in der Stadt, so dass er als Freigänger täglich die Klinik verlässt und abends wieder zurückkehrt. In den Abendstunden kann er noch teilnehmen an Aktivitäten; denn auch abends und am Wochenende arbeiten Dozenten und Therapeuten in der Klinik.

Wenn wir annehmen dürfen, dass der Patient eine gute Chance hat, in der Gesellschaft selbständig zu leben, ohne Delikte zu verüben, bitten wir ihn, einen Probeurlaubsvorschlag zu schreiben. Der Patient soll nämlich selbst auch den Mut haben, aus seiner ziemlich sicheren Umgebung in die Gesellschaft zurückzukehren. Er soll ausserhalb der Klinik imstande sein, um Hilfe zu bitten, wenn er wieder Schwierigkeiten hat. Werde ich um Hilfe bitten können bei meinem Bewährungshelfer? – ist für viele Patienten ein grosses Problem.

Die Gruppenführung und andere Mitarbeiter geben auch ihre Meinung über den Probeurlaubsvorschlag, und dann wird in der Stabversammlung die Entscheidung über den Probeurlaub getroffen. Das Justizministerium hat die endgültige Entscheidung.

Der Probeurlaub dauert zwei Monate und kann stets verlängert werden, bis die Sicherungsverwahrung vom Richter oder Justizministerium aufgehoben wird. Während des Probeurlaubs wird der Patient unterstützt durch die Entlassenenfürsorge und die Klinik.

Wie sind die Patienten untergebracht, welche Freiheiten haben sie innerhalb der Klinik?

Die Patienten, zurzeit ungefähr 65 Männer und 9 Frauen, sind in acht Wohngruppen eingeteilt. Es gibt sechs Gruppen mit ungefähr zehn Patienten und zwei mit je fünf bis sieben Personen. In zwei dieser Gruppen leben sowohl männliche als weibliche Patienten zusammen. Die Patienten jeder Gruppe haben intensive Verbindungen mit jeweils vier Gruppenführern(-innen).

Die Gruppen sind untergebracht in vier Wohnhäusern: drei für zwei Gruppen und eines für drei kleinere Gruppen. In diesen Wohnhäusern verfügen die Patienten über ein eigenes Wohn/Schlafzimmer, das von innen vom Patienten abzuschliessen ist. Die Patienten besitzen einen Schlüssel ihrer Zimmer und einen Schlüssel für ihre Wohnung. Jeder Gruppe steht zur Verfügung ein Wohnzimmer, eine Küche und Abstellräume. Jede Gruppe ist selbständig und auch verantwortlich für das, was da geschieht.

Der Gruppe steht ein wöchentliches Budget zur Verfügung, um im Klinikladen Einkäufe für das Essen, den Hausputz usw. zu tätigen. Anderseits wird der Gruppe Rechnung gestellt für Beschädigungen, für die sie verantwortlich ist.

Auch verfügen wir über eine Intensivstation, wo für kürzere Zeit Patienten aufgenommen werden können, die sich momentan nicht in einer Gruppe zurechtfinden können, weil sie z.B. zu gefährlich sind. Es ist auch möglich, dass neuaufgenommene Patienten

hier einige Wochen bleiben, wenn befürchtet werden muss, dass die sofortige Eingliederung in die komplizierte Patientengemeinschaft mit zu grossen Risiken verbunden wäre. Patienten in dieser Abteilung erfahren eine besonders strukturierte Behandlung, damit sie wieder in die Gemeinschaft der Klinik integriert werden können.

Von zentraler Bedeutung in der Gemeinschaft der Klinik ist die Verantwortlichkeit, nicht nur für die eigene Behandlung und die persönlichen Aktivitäten des Patienten, sondern auch für das Klima im Haus und für die Sicherheit. Der Gebäudekomplex gewährleistet die externe Sicherheit. Aber die interne Sicherheit muss geschaffen werden durch eine sinnvolle Übertragung der Verantwortlichkeit auf die Patienten sowie durch einen sorgfältigen persönlichen Kontakt mit ihnen. Patienten nehmen teil an Besprechungen im Klinikrat, in dem jede Gruppe einen Vertreter hat. Und Patienten arbeiten auch in verschiedenen Ausschüssen, so zum Beispiel

- im Finanzausschuss für die Budgetierung der individuellen Finanzen,
- im Vermittlungs- und Beistandsausschuss, der bei Konflikten zwischen Mitarbeitern der Klinik und Patienten oder zwischen Patienten gegenseitig vermittelnd auftritt,
- im Bildungs- und Freizeitausschuss für die Planung und Finanzierung von kulturellen Aktivitäten und Freizeitgestaltung,
- im Werkstattkern für die Beratungen über das Arbeitsklima.

Das Teilnehmen an diesen Besprechungen ist selbstverständlich eine gute Übung für ein befriedigendes Sozialleben.

Therapie statt Strafe?

Zuerst sollten wir uns darüber klar werden, was unter Strafe zu verstehen ist. Was meinen wir mit einer Vollzugsmassregel in einem Gefängnis? Vergeltung, Isolierung von der Gesellschaft, Besserung? Die Erfahrung, die wir in der Van der Hoeven Klinik mit unseren Patienten gemacht haben, ist die, dass diese Leute trotz vielen Strafen immer wieder rückfällig geworden sind.

Nur strafen durch Isolierung hilft nicht. Moderne wissenschaftliche Untersuchungen stellen dies heraus und weisen auf die vielen negativen Wirkungen der Gefängnisstrafen hin.

In erster Linie gibt es alternative Möglichkeiten: die bedingte Strafe, die Geldstrafe, der Schadenersatz, die auferlegte Arbeit. Nicht nur der Richter, sondern auch die Gesellschaft soll bedenken, warum und worauf eigentlich reagiert wird.

Für eine kleine Gruppe gefährlicher Delinquenten werden wir stets auf Anstalten angewiesen sein. Dann soll aber während des Vollzugs alles unternommen werden, damit die Delinquenten nicht noch gefährlicher aus dem Gefängnis, aus der Anstalt hinauskommen. Diese Menschen brauchen Hilfe, die sie nicht selbst zu formulieren vermögen.

Die Gesellschaft muss auch bereit sein, die erforderlichen Finanzen zur Verfügung zu stellen. Man kann sich vorstellen, dass eine Anstalt wie die Van der Hoeven Klinik nicht billig ist. Ein solcher Betrieb benötigt Mitarbeiter mit hochqualifizierter Bildung und braucht die richtigen Gebäude und Entwicklungsmöglichkeiten. Die Bau- und Einrich-

tungskosten der Van der Hoeven Klinik beliefen sich auf 26 Millionen Gulden; die täglichen Kosten pro Patient und Tag betragen ungefähr 450 Gulden. Es geht um die Entscheidung, jetzt so viel für die Behandlung dieser Delinquenten aufzuwenden, damit sie die Chance haben, sich zu bessern und im sozialen Raum zu bewähren. Oder man verweigert die nötige Hilfe mit dem Risiko, ja sogar mit der Gewissheit, dass solche Menschen der Gesellschaft und sich selbst erneut viel Schaden zufügen.

Protokoll

der 71. Schweizerischen Konferenz für öffentliche Fürsorge vom Dienstag, 30. Mai 1978, in Vaduz FL, Vaduzer Saal

Der Präsident der Schweizerischen Konferenz für öffentliche Fürsorge, Herr Rudolf Mittner, Chur, begrüsst 750 Teilnehmer sowie die Gäste, unter ihnen: Ihre Durchlaucht, Fürstin Gina von und zu Liechtenstein, Herrn Regierungsrat Dr. Egmond Frommelt, Liechtenstein, Herrn Direktor Walter Schellhorn, Geschäftsführer des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt, Herrn Dr. Oscar Schürch, Direktor der Eidg. Polizeiabteilung, Bern, als Referenten.

Herr Regierungsrat Dr. Frommelt, Liechtenstein, begrüsst die Teilnehmer der Jahrestagung der Schweiz. Konferenz für öffentliche Fürsorge namens der Regierung des Fürstentums Liechtenstein. Die Tagung hilft der weitern Entwicklung der Freundschaft zwischen der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein und dem gemeinsamen Suchen nach Lösungen für hängige Fragen im sozialen Bereich. Er dankt der Fürstin Gina von Liechtenstein für ihre Tätigkeit im Sozialwesen und in charitativen Vereinen und Organisationen im Namen der Regierung. Ferner dankt er Herrn Stastny, Amtsleiter des Liechtensteinischen Fürsorgeamtes, für die gute organisatorische Vorarbeit für die heutige Tagung.

Der Präsident, Herr Mittner, dankt Herrn Regierungsrat Dr. Frommelt für die Begrüssung und leitet über zu den

Statutarischen Geschäften

a) Tätigkeitsbericht des Präsidenten

Der Tätigkeitsbericht des Präsidenten liegt gedruckt vor. Herr Mittner übergibt das Wort dem Vertreter des erkrankten Vizepräsidenten, Herrn Fürsprecher Kropfli. Dieser führt aus, dass die Organe unserer Konferenz, Vorstand, Arbeitsausschuss, Arbeitsgruppen und ständige Kommissionen, auch im Jahre 1977 ein vollgerütteltes Mass an Arbeit geleistet haben. Der Präsidialbericht hat die wichtigsten Geschäfte beschrieben. Weder der Tätigkeitsbericht noch unsere Zeitschrift geben die Vielfalt der Aktivitäten und die grosse Zahl der engagiert mitarbeitenden Kolleginnen, Kollegen und Aussenstehenden genügend wieder. Es ist erfreulich – und gar nicht so selbstverständlich –, dass weiteste Kreise unserer Konferenz aktiv an den Geschäften mitarbeiten. Es ist ein Verdienst unseres Präsidenten,