



Bachelorarbeit

Sexualität in der forensischen Psychiatrie

Übersicht über psychologisch relevante Themen und Problemstellungen am Beispiel der Sexualität in der forensischen Psychiatrie im Kanton Zürich

Susanne Frei

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Maja Vallini

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referent: Daniel Schweingruber, lic. Phil.

Weiningen und Affoltern am Albis, Mai 2014

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Danksagung

Unser Dank gilt den Ärzten, Psychotherapeuten und Pflegern, die sich bereit erklärt haben, an unserer Untersuchung teilzunehmen und uns durch offene, ehrliche und persönliche Aussagen einen spannenden Beitrag aus dem Arbeitsalltag gaben.

Ein besonderer Dank geht an unseren Referenten Daniel Schweingruber, der uns in unseren Ideen unterstützt und uns mit konstruktiven Feedbacks zur Seite gestanden ist.

Abstract

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Thema der Sexualität in der forensischen Psychiatrie auseinander. Der Grossteil von forensischen Patienten in der Schweiz sind Männer, weshalb sich auch diese Erhebung fast nur auf Männer konzentriert. In nahezu allen forensischen Einrichtungen ist der sexuelle Kontakt zwischen Patienten verboten. Diesem Verbot liegen keine gesetzlichen Paragraphen zugrunde, ebenso wenig findet man kantonale Auflagen oder Vorschriften zu diesem Thema.

Jede Institution hat eigene Hausregeln und Vorschriften, welche unter anderem beinhalten, dass unter den Patienten der Austausch von sexuellen Handlungen verboten ist. Mittels qualitativer Interviews wurden Fachkräfte wie Ärzte, Psychiater, Psychologen und Pfleger befragt, wieso ein solches Verbot besteht, wie sich eben solches auf die Patienten auswirkt und was ein allfälliges Aufheben des Verbotes bewirken würde/könnte.

Die ausführlichen Gespräche ergaben deutlich, dass bei den meisten Patienten ein hoher Leidensdruck besteht aufgrund der nicht vorhandenen Möglichkeit oder erschwerten Bedingungen, Sexualität in jeder möglichen Form, zu leben. In den gewichteten Kategorien wie Bedürfnisse der Patienten, Chancen und Risiken sowie Einfluss auf den Therapieverlauf, konnten deutliche Tendenzen herausgefiltert werden, welche eine Aufhebung des Verbotes, sexuelle Kontakte auszuleben, befürworten würden. Es ist jedoch auch klar zum Ausdruck gekommen, dass die Umsetzung einer solchen Aufhebung sämtliche Abläufe und Ressourcen einer forensischen Institution aufs Äusserste belasten würden. Die individuelle Betrachtung jedes Einzelnen wäre fast nicht umsetzbar. Zudem besteht eine grosse Angst seitens der Fachkräfte, was die Reputation der Einrichtung betrifft, sollten allfällige Problemfälle für grosse mediale Aufmerksamkeit sorgen.

Inhalt

Einleitung	1
1 Ausgangslage	1
2 Ziel der Arbeit	2
3 Methodik und Aufbau	2
4 Theoretischer Hintergrund	3
4.1 Männer unter Männern.....	3
4.1.1. Sexualität	4
4.1.2. Problemfelder der Gefangenensexualität	5
4.1.3. Aggressionen	6
4.1.4. Sexualentzug als Strafe.....	7
4.2 Forensische Patienten	8
4.2.1. Krankheitsbilder forensischer Patienten und Medikation	9
4.2.2. Verbot von sexuellen Kontakten zwischen Patienten	10
4.2.3. Widersprüchlichkeiten bezüglich Verbot.....	10
4.2.4. Sexualbezogene Interventionen.....	10
5 Bisherige Forschung.....	11
6 Fazit und Forschungslücke.....	12
Methode	14
7 Fragestellung	14
8 Beschreibung der Stichprobe	14
9 Methode der Datengewinnung	15
10 Datenaufbereitung	16
Ergebnisse	17
11 Beschreibung der Datenauswertungsverfahren	17
12 Darstellung der Ergebnisse.....	18

12.1	Bedürfnisse	18
12.1.1.	Rolle der Sexualität	18
12.1.2.	Medikamenteneinfluss	19
12.1.3.	Leidensdruck	20
12.1.4.	Möglichkeiten sexueller Befriedigung	21
12.1.5.	Alternativen	23
12.2	Risiken	24
12.2.1.	Gefahren	24
12.2.2.	Auswirkungen	26
12.2.3.	Umstände von aussen	27
12.2.4.	Umstände von innen	29
12.3	Chancen	31
12.3.1.	Auswirkungen	31
12.4	Therapie	32
12.4.1.	Relevanz	32
12.4.2.	Mitteilsamkeit	34
12.4.3.	Einfluss	35
12.4.4.	Entwicklung und Stabilisierung	37
12.4.5.	Resozialisierung	38
12.4.6.	Einzelfallanalyse	39
12.5	Statements	41
12.5.1.	Expertenmeinung	41
12.5.2.	Aktualität	42
	Diskussion	43
13	Beantwortung der Fragestellung und Interpretation	43
14	Methodenkritik	47
15	Ausblick	48
	Literatur	49
	Anhang	50

Abbildungen

Abb. 1: Patientenzimmer in der forensischen Psychiatrie Rheinau (Hochsicherheits-
trakt).....8

„Das Gefühl einer tieferen Bedeutung des eigenen Lebens hebt einen Menschen über das blosse Nehmen und Geben hinaus. Hat man dieses Gefühl nicht, dann ist man elend und verloren.“

C.G.Jung

Einleitung

1 Ausgangslage

Sexualität ist die schönste (Neben-)Sache der Welt. Wie oft hören oder sagen wir selbst diesen Satz? Wir müssen uns keine Gedanken machen, wann, wie oft, mit wem und schon gar nicht wo wir unsere Sexualität ausleben möchten. Denn was früher diesbezüglich noch verpönt oder tabuisiert wurde, gehört heute in unserer Gesellschaft zum guten Ton. Doch trifft diese Tatsache auf alle Mitglieder unserer Gesellschaft zu? Nach einem ersten Besuch in der forensischen Psychiatrie Rheinau mussten die beiden Autorinnen diese Frage ganz klar mit nein beantworten. Das Interesse am Thema war geweckt.

„Heutzutage kann der Knacki auf Hütte fernsehen, er kann sich fortbilden, selbst einkaufen (sofern er Geld hat), Sport treiben und sich sogar künstlerisch ausleben. Alles Fortschritte, die zwar spät, aber immerhin den Einzug in viele JVA's geschafft haben. Irgendwann werden auch die heissersehnte Play Station und der PC den Einzug schaffen, davon bin ich überzeugt! Vieles Moderne wird mit mehr oder weniger Hürden seinen Weg in die Anstalten finden, aber das wird - so fürchte ich - die Sexualität nicht schaffen“. („Ulmer Echo“, Gefangenenmagazin aus der JVA Düsseldorf, 2007)

Weshalb ist in forensischen Einrichtungen der Austausch von sexuellen Kontakten verboten? Die forensischen Patienten haben eine Straftat begangen. Als Strafe wurde ihnen einen Freiheitsentzug auferlegt. Da stellt sich die Frage, ob Sexualität etwas mit Freiheit zu tun hat und ob Sexualentzug auch im Namen des Volkes vollstreckt wird. Gehört es aber nicht zum Grundrecht jedes Menschen, Sexualität zu leben, egal in welcher Situation er sich befindet? Könnte ein Ausleben seiner Sexualität nicht zu einem erhöhten Wohlbefinden beitragen und somit einen positiven Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung und den Therapieverlauf nehmen?

2 Ziel der Arbeit

Alle diese Fragen haben sich den Autorinnen gestellt, worauf das Interesse und Bedürfnis entstanden ist, mit der Beantwortung dieser, allenfalls etwas zu einer Veränderung der heutigen Sichtweise in den Institutionen beitragen zu können.

In der Literatur wird die Thematik der Sexualität in forensischen Einrichtungen weitgehend noch tabuisiert. Auch lassen sich nur wenige Studien zu diesem Thema finden. Wurde jedoch eine Problematik näher untersucht, lässt sich kaum ein Unterschied herauslesen zwischen herkömmlichem Strafvollzug und forensischen Institutionen. Innerhalb forensischer Einrichtungen zeigt sich jedoch ein ganz anderes Bild. Die Problematik wird immer wieder thematisiert und kontrovers diskutiert. Eine einheitliche Herangehensweise oder gar Lösung gibt es nicht. Im Rahmen dieser empirischen Arbeit soll mit Hilfe von qualitativen Experteninterviews herausgearbeitet werden, wie mit dem Thema Sexualität in der forensischen Psychiatrie im Kanton Zürich umgegangen wird und welche Auswirkungen eine mögliche Neuausrichtung in Bezug auf Verbotserlassungen haben könnten.

Es werden mehrheitlich männliche Insassen, welche aktuell in einer forensischen Psychiatrie im Kanton Zürich therapiert werden, in dieser Arbeit berücksichtigt. Es werden keine Deliktgruppen ausgeschlossen oder fokussiert. Auch die psychologische Diagnose und die sexuelle Orientierung der Gefängnisinsassen spielen für die Beantwortung der Fragestellung keine Rolle.

3 Methodik und Aufbau

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil und wird mit der Diskussion abgeschlossen. In der Einleitung werden die wichtigsten Begriffe definiert und auf den aktuellen Forschungsstand eingegangen.

Zur Untersuchung der Fragestellung wurden Interviews mit Fachkräften aus den beiden forensischen Einrichtungen in Rheinau und Pöschwies Regensdorf durchgeführt. Im empirischen Teil der Arbeit wird zuerst das methodische Vorgehen beschrieben, wonach die Ergebnisse der Befragung zusammengefasst werden.

Der letzte Teil der Arbeit widmet sich der Diskussion, in welcher die Fragestellung beantwortet wird, sowie deren Interpretation und der Interventionen. Zum Schluss

des letzten Kapitels wird die Methode kritisch beleuchtet und der Blick auf mögliche weiterführende Untersuchungen gelegt.

4 Theoretischer Hintergrund

Der Widerspruch aus Mangel an und Verlangen nach Sexualität bringt im Vollzug eine Reihe von sozialen, zwischenmenschlichen Problemen mit sich, die sich während des Vollzugs, aber auch nach der Haftentlassung auf die psychische und physische Gesundheit des Patienten auswirken können. Nachfolgende Ausführungen beziehen sich mehrheitlich auf Untersuchungen und Erfahrungsberichte in normalen Vollzugsanstalten, da spezielle Studien bezüglich forensischen Einrichtungen nahezu inexistent sind. Die Autorinnen haben jedoch festgestellt, dass sich die Unterschiede bezüglich Bedürfnissen, Wünschen und Chancen der Insassen, sowie auch Risiken und Gefahren für die Institution sehr in Grenzen halten.

4.1 Männer unter Männern

Gemäss Keppler und Stöver (2009) befinden sich weltweit rund neun Millionen Menschen in Haft, und zwar nach Geschlechtern getrennt in Frauen- und Männerhaftanstalten. Gefangene kritisieren oft, dass der Freiheitsentzug gleichbedeutend mit Sexualentzug sei. Grundsätzlich gelten in der Haft jedoch eine Reihe an Trennungsgeboten: Untersuchungsgefangene sind von Strafgefangenen zu trennen, Jugendliche von Erwachsenen und Männer von Frauen. Auch Anstalten, die Langzeitbesuche von Frauen der Gefangenen ermöglichen würden, die dann auch sexuelle Kontakte einschliessen, sind noch eher die Ausnahme.

Somit handelt es sich bei der Inhaftierung um eine Zwangsgemeinschaft, man kann sich nicht wie im normalen Leben aussuchen, mit wem man zusammen sein will. Neben alltäglichen Problemen führt dies auch zu Problemen im Umgang mit Sexualität. Hierbei handelt es sich nach Keppler und Stöver (2009) um ein menschliches Grundbedürfnis, das sich erfahrungsgemäss nicht einfach mit Beginn der Inhaftierung abschalten lässt. Vielmehr bleibt das Bedürfnis nach sexueller Befriedigung bestehen, was zu Spannungen führt, die sich entweder auflösen oder beibehalten und allenfalls auch verstärkt werden können. Gerade dann, wenn nur die Möglichkeit bleibt, Sexualität in einer anderen als der normalerweise präferierten Ausrichtung auszuleben, führt dies oftmals zu per-

sönlichen, inneren, aber auch zu zwischenmenschlichen Konflikten. Somit sieht sich die Vollzugsanstalt in das Spannungsverhältnis mit hineingezogen und muss mit den Bedürfnissen und Konflikten umgehen können. Denn gemäss Döring (2006) ist die Zahl der ehemaligen Häftlinge, die die Merkmale und Folgen der Gefängnissexualität wieder in die Gesellschaft tragen, um ein Vielfaches höher als die Zahl der aktuell Inhaftierten.

4.1.1. Sexualität

Sexualität (sinngemäss „Geschlechtlichkeit“ aus dem lateinischen) bezeichnet im engeren biologischen Sinne die Gegebenheit von (mindestens) zwei verschiedenen Fortpflanzungstypen (Geschlechtern) von Lebewesen derselben Art, die nur jeweils zusammen mit einem Angehörigen des (bzw. eines) anderen Typus (Geschlechts) zu einer zygotischen Fortpflanzung fähig sind. Hier dient die Sexualität einer Neukombination von Erbinformationen, die aber bei manchen Lebensformen auch durch der Sexualität ähnliche, nicht polare, Rekombinationsvorgänge ermöglicht wird.

Im sozio- und verhaltensbiologischen Sinne bezeichnet der Begriff die Formen dezidiert geschlechtlichen Verhaltens zwischen Geschlechtspartnern.

Im weiteren Sinn bezeichnet Sexualität die Gesamtheit der Lebensäußerungen, Verhaltensweisen, Empfindungen und Interaktionen von Lebewesen in Bezug auf ihr Geschlecht. Zwischenmenschliche Sexualität wird in allen Kulturen auch als ein möglicher Ausdruck der Liebe zwischen zwei Personen verstanden.

Gemäss Keppler und Stöver (2009) ist Homosexualität in weiten Teilen der Bevölkerung noch immer ein tabubehafteter Themenbereich, auch wenn die soziale Stigmatisierung längst nicht mehr so gravierend ist und homosexuelle Handlungen heute in der Schweiz weder strafbar sind noch als im psychiatrischen Sinne „krank“ gelten. Gerade jedoch der Männervollzug ist ein Lebensumfeld, das sehr stark von Männlichkeitsvorstellungen und –idealen besetzt ist und in dem es ganz besonders darauf ankommt, ein ganzer Kerl zu sein. Homosexualität wird hier als Schwäche, als unmännlich angesehen, die eigene Person infolgedessen abgewertet, wenn es doch zu homosexuellen Handlungen kommt, was aufgrund mangelnder Alternativen nicht selten der Fall ist. Wir sprechen hier bewusst von einer „situationsbedingten“ Homosexualität, da der Grossteil der Betroffenen in der Gesellschaft draussen heterosexuell veranlagt ist. Diese Tatsache führt bei vielen Insassen zu erheblichen inneren Konflikten.

4.1.2. Problemfelder der Gefangenensexualität

Die zentralen Probleme im Umgang mit Sexualität in Vollzugsanstalten sind sexuelle Deprivation, Bedrohung sexueller Identität, Prostitution, sexuelle Gewalt und sexuell übertragbare Krankheiten. Im Hinblick auf den weiteren Verlauf möchte diese Arbeit vor allem auf das Thema der sexuellen Deprivation und dem möglichen Einfluss auf das psychische Befinden des Betroffenen eingehen. Insassen in Gefängnissen und forensischen Einrichtungen befinden sich gemäss Döring (2006) aus mehreren Gründen in einer Situation weitgehender sexueller Deprivation:

Sie können ihre Ehe- oder Lebenspartner sowie Freunde und Familie nur sehr selten sehen und dürfen sie bei den bewachten Treffen in den Besucherräumen gar nicht oder allenfalls sehr flüchtig berühren, so Heuer (1978). Nur sehr wenige Institutionen bieten sogenannten Langzeit- oder Intimbesuch an. Dabei kann sich der Insasse mit dem Ehe- oder Lebenspartner/in für wenige Stunden unbeobachtet in separate Räume zurückziehen. Diese Möglichkeit ist jedoch nicht regelmässig in Anspruch zu nehmen und bedarf einer aufwändigen administrativen Abklärung seitens der Fachkräfte.

Gemäss Heuer (1978) sind die Möglichkeiten, innerhalb der Institution neue Partner für einvernehmliche sexuelle und romantische Interaktionen zu finden, sehr beschränkt, wenn nicht nahezu unmöglich, da dieser Kontakt in den meisten Einrichtungen verboten ist. Findet er trotzdem statt, werden die beiden Betroffenen meistens auf verschiedene Stationen verlegt. Private Kontakte zwischen den Insassen und dem Personal sind ebenfalls verboten.

Gefangene und Patienten verfügen über keine gesicherte Privatsphäre. Ihre Räume sind zum Teil videoüberwacht oder zumindest einsehbar und werden von Mitarbeitern überraschend betreten. Die mangelnde Privatsphäre erschwert aufgrund kulturell verbreiteter Schamswellen die sexuelle Betätigung, vor allem auch was die Masturbation betrifft.

Aufgrund dieser Bedingungen verbringt ein Grossteil der Insassen ihre Haftzeit zwangsläufig überwiegend sexuell abstinente, insbesondere im Hinblick auf Partnersex. Es fragt sich natürlich, ob eine solche abstinenten Zeit in der Haft tatsächlich ein ernst zu nehmendes Problem darstellt, schliesslich kommt es auch ausserhalb des Gefängnisses schon mal zu sexuell abstinenten Phasen, z.B. nach Scheidungen oder Todesfällen. Zudem fragt sich, ob es Aufgabe des staatlichen Vollzuges ist, den Straftätern eine sexuell

möglichst befriedigende Haftzeit zu ermöglichen. Dazu mehr unter Punkt 4.1.4. Doch sexuelle Deprivation sozusagen als gerechte Strafe zu goutieren, wirft die Frage nach ihren sozialen und persönlichen Folgen auf. Der teilweise jahrelange Entzug von Körperkontakt belastet bestehende Paarbeziehungen stark. Die Angehörigen werden sozusagen mitbestraft. Diese Tatsache kann eine massive Auswirkung auf die Wiedereingliederungschancen der Straftäter nach der Entlassung zur Folge haben. Ebenso geht sexuelle Deprivation gemäss Döring (2006), innerhalb wie ausserhalb von Gefängnismauern, mit Frustration und emotionaler Einsamkeit einher. Diese belastende Situation wird je nach individuellem Bewältigungsstil unterschiedlich verarbeitet, wobei destruktive Reaktionsweisen wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Depression, Suizidalität, Flucht in Fantasiewelten, aber auch Wut und Aggression auftreten können – Faktoren, die die Sicherheit im Gefängnis negativ beeinflussen und zudem eine positive psychosoziale Entwicklung des Insassen kaum fördern dürften.

Ein weiteres Problemfeld im Strafvollzug ist die Bedrohung der sexuellen Identität. Gemäss Döring (2006) berichten in Befragungsstudien mehr als die Hälfte der Insassen von einvernehmlichen gleichgeschlechtlichen Kontakten im Gefängnis. Dies deutet daraufhin, dass Sexualität offensichtlich einen hohen Stellenwert für viele Gefangene hat und zumindest manchmal trotz äusserer Hindernissen wie Verboten oder mangelnder Privatsphäre realisiert wird. Gemäss dem Deprivations-Modell von Sykes (1958) lassen sich heterosexuell identifizierte Männer während der Haftzeit mangels Alternativen auf gleichgeschlechtliche Kontakte mit Mitgefangenen ein. Diese Tatsache könnte die heterosexuelle Identität stark bedrohen. Damit einher geht oft auch eine Verunsicherung der Geschlechteridentität, etwa wenn Insassen sich nicht mehr als richtige Männer fühlen.

Prostitution und sexuelle Gewalt werden in Befragungsstudien ebenfalls erwähnt. Die Befunde daraus sind jedoch sehr unterschiedlich. Gemäss Döring (2006) schwanken die Angaben bezüglich Opfer sexueller Gewalt in Strafvollzugsanstalten zwischen 0.5% und 20%.

4.1.3. Aggressionen

Die mangelnden Alternativen und wenigen Möglichkeiten, sexuelle Handlungen ausleben zu können, führt nicht selten zu hohen Aggressionen, welche der Insasse mit

sich selbst verarbeiten und irgendwie kompensieren muss. Es bleibt meistens eine grosse Hilflosigkeit und Frust.

Zitat aus dem „Ulmer Echo“, Gefangenenmagazin JVA Düsseldorf (2007, S.24):

„Was würde meine Frau von mir denken, wenn sie mich so sähe? Auf meinem Bett liegend, in Gedanken an erotische Stunden zu zweit ertappe ich mich dabei, wie ich erregt an mir herumspiele. Seit vier Monaten muss ich der Fleischeslust zwangsweise entsagen, jetzt schwirren wilde Gedanken durch meinen Kopf: Ob sie mit einem anderen schläft? Hält sie es ohne meine zärtlichen Umarmungen so lange aus? Sicher gibt es in der augenblicklichen Situation wichtigere Dinge zu bewältigen. Aber die schönste Nebensache der Welt verdrängt im Moment alle meine vordringlichen Probleme. Tief in Gedanken an meine grosse Liebe, auf eines ihrer besonders aufreizenden Fotos an meiner Zellenwand starrend, masturbiere ich dem ersten heutigen Höhepunkt entgegen, als sich plötzlich, natürlich ohne vorherige Klopfzeichen, der Schlüssel im Schloss meiner Zellentür dreht. Eine junge Beamtin (auch das noch...) füllt die Hälfte des Türrahmens aus, schaut mich aus erweiterten Pupillen verwundert an und stottert: P...Post für Sie. Verstört wirft sie mir ein Briefkuvert meiner Frau auf die Bettdecke, mit der ich blitzartig meine erstarrte Männlichkeit bedeckt hatte. Dem Gesichtsausdruck der Beamtin zufolge geschah das nicht mehr rechtzeitig genug. Oh Gott, könnte ich mich jetzt nur unter meiner Bettdecke verstecken. Weshalb gönnt man uns hier in dieser tristen Umgebung nicht wenigstens ein kleines bisschen Intimität? Zum Entzug der Freiheit kommt auch noch der zwangsweise Verlust von Liebe, Lust, Leidenschaft und Körperlichkeit. Wen verwundert es, dass sich Wutgefühle und Aggressionen in mir breit machen! Diese muss ich auch noch unterdrücken, um keine Repressalien seitens des Knastes erdulden zu müssen. Ich ergebe mich in mein Schicksal. Vor Frust und Enttäuschung weine ich still in das blau-weiss karierte Laken, das mein Kopfteil umhüllt.“

4.1.4. Sexualentzug als Strafe

Sobald der Richter ein Urteil gefällt hat, bedeutet Freiheitsentzug automatisch auch sexuellen Entzug, auch wenn dies nicht ausdrücklich so ausgesprochen wird. Gesetzliche Regelungen finden sich keine, um diese Problematik zu regeln, das bestätigen auch die Ausführungen von Witt (1977). Jede Institution hat eigene Hausregeln, nationale oder gar internationale Auflagen gibt es bezüglich sexuellen Kontakten in Gefängnissen oder forensischen Psychiatrien nicht. Sexualität wird als ein Grundrecht betrachtet, zumindest legt die internationale Menschenrechtskonvention EMRK ein besonderes Augenmerk auf die Zustände in den Vollzugsanstalten und überprüft regelmässig die aktuellen Gegebenheiten vor Ort. Liest man sich die Artikel jedoch genauer durch, findet unter Artikel 8 jedoch lediglich das „Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens“.

4.2 Forensische Patienten

Nach dem Strafgesetzbuch werden im Massregelvollzug (forensische Psychiatrie) psychisch kranke Rechtsbrecher untergebracht, die im Sinne der Gesetzgebung als schuldunfähig oder vermindert schulfähig gelten, bei denen zugleich unter Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat eine weitere Gefährlichkeit zu erwarten ist, sofern ein Zusammenhang zwischen Delikt und psychischer Störung besteht.

Die forensisch-psychiatrische Abteilung in der Justizvollzugsanstalt Pöschwies ist vor allem für die Behandlung von Klienten mit stationären Massnahmen nach Art. 59 StGB konzipiert, d.h. für Täter, die psychisch schwer gestört sind, eine Tat begangen haben, die mit der Störung im Zusammenhang steht, und zu erwarten ist, dass durch eine geeignete Behandlung der Gefahr weiterer Straftaten begegnet werden kann (www.justizvollzug.zh.ch).

Die Patienten werden in Einzelzimmern untergebracht, je nach Station sind diese Kamera überwacht und werden nur zu klar geregelten Tageszeiten geöffnet.



Abb. 1: Zimmer in der forensischen Psychiatrie Rheinau im Hochsicherheitstrakt
(<http://www.pukzh.ch/diagnose-behandlung/stationaeres-spezialangebot/forensische-psychiatrie>)

4.2.1. Krankheitsbilder forensischer Patienten und Medikation

Grundsätzlich können in forensischen Psychiatrien alle psychischen Störungsbilder vorkommen. Da der empirische Teil dieser Arbeit jedoch lediglich in zwei Institutionen in der Schweiz erhoben wurde, bezieht sich auch dieser Abschnitt auf diese beiden Einrichtungen, wobei zu erwähnen ist, dass die Abweichungen in anderen Einrichtungen nicht gross oder gar nicht vorhanden sind.

Die forensische Psychiatrie in Rheinau ist in erster Linie spezialisiert auf Straftäter mit einer diagnostizierten Schizophrenie. Behandlungsziel ist die Deliktfreiheit mit entsprechender Resozialisierung. Dazu stehen auf drei Stationen insgesamt 27 Betten im Sicherheitsbereich zur Verfügung. Nach der initialen diagnostischen und kriminalprognostischen Abklärung und Akutbehandlung erfolgt die Verlegung auf eine der drei geschlossenen Massnahmestationen mit je 12–14 Betten. Eine offene Massnahme- und Entlassungsstation mit 14 Betten dient der Entlassungsvorbereitung.

Grundsätzlich enthält das Konzept einen Aufenthalt in allen drei Stationen. Eine durchschnittliche Aufenthaltszeit bis zur voraussichtlichen Entlassung liegt bei etwa fünf Jahren.

Zur Behandlung von akuten Symptomen wie Halluzinationen oder Wahnvorstellungen des Patienten werden sogenannte Antipsychotika, auch Neuroleptika genannt, eingesetzt. Nebenwirkungen hängen vor allem von der Art und Dosis des Medikamentes ab. Es ist jedoch weitläufig bekannt, dass antipsychotische Medikamente einen starken Einfluss auf die Libido haben können, weshalb dieser Einfluss im Gegensatz zu einem normalen Strafvollzug zusätzlich von Wichtigkeit sein kann.

In der forensischen-psychiatrischen Abteilung der Vollzugsanstalt Pöschwies werden vor allem Straftäter mit einer Persönlichkeitsstörung behandelt. Es handelt sich bei den Insassen bei der Hälfte um Gewaltstraftäter und zur anderen Hälfte um Sexualstraftäter. Die Behandlung dieser Störungsbilder beschränkt sich in erster Linie auf psychotherapeutische Verfahren, Medikamente wie Antidepressiva oder Antipsychotika können aber als begleitende Massnahmen eingesetzt werden, um impulsive oder selbstverletzende Handlungen zu reduzieren.

4.2.2. Verbot von sexuellen Kontakten zwischen Patienten

In nahezu allen forensischen Einrichtungen ist der sexuelle Kontakt zwischen Patienten verboten, so auch in den beiden oben erwähnten Institutionen. Nationale Richtlinien oder Auflagen existieren nicht, jede Einrichtung hat eigene Rahmenbedingungen und Hausregeln. Das Mass an erlaubten Utensilien oder Handlungen hängt jeweils von der Station und dem damit verbundenen Therapieverlauf ab.

Grundsätzlich ist es erlaubt, erotische Magazine zu besitzen. Je nach Station ist es erlaubt, pornographische Magazine anzuschauen, oder eben nur Bilder von Frauen, auf welchen keine Geschlechtsteile zu erkennen sind. Jegliche Inhalte mit Gewaltdarstellungen sind verboten. Ebenfalls gibt es keinen Zugang zu Filmen, Radio oder Internet. Wird eine zwischenmenschliche Annäherung zwischen zwei Patienten beobachtet, wird das in der Regel unterbunden und die Patienten werden auf verschiedene Stationen verlegt. Besuche von Ehepartnerinnen oder Freundinnen sind nur erlaubt, wenn die Beziehung bereits mindestens sechs Monate dauert. Diese Besuche unterliegen einem grossen administrativen Aufwand und sind nur alle paar Monate möglich und erlaubt, je nach Sicherheitsstation sind sie gar nicht erlaubt. Alternative Massnahmen wie zum Beispiel das Aufgebot von Prostituierten sind ebenfalls verboten. Sexuelle Kontakte zwischen Patienten und Pflegepersonal sind auch verboten.

4.2.3. Widersprüchlichkeiten bezüglich Verbot

Dass keine klaren respektive gesetzlichen Auflagen bezüglich einem Verbot der sexuellen Kontakte unter Patienten aufliegen, zeigt auch die Tatsache, dass bei einigen Institutionen mit dem Eintritt in die Einrichtung Kondome an die Patienten abgegeben werden. Aufgrund der möglichen Risiken, wie zum Beispiel sexuell übertragbarer Krankheiten, ist eine solche Massnahme sicherlich sinnvoll, zeigt jedoch in aller Deutlichkeit auf, dass, trotz eines klar auferlegten Verbotes von sexuellen Handlungen zwischen Patienten, diese wohl trotzdem stattfinden und in gewissen Fällen sogar zugelassen werden.

4.2.4. Sexualbezogene Interventionen

Haftzeiten, unabhängig ob im Regelvollzug oder Massnahmenvollzug, sind Lebensphasen, in denen befriedigende Sexualität kaum möglich ist und gleichzeitig eine

Konfrontation mit teilweise gravierenden, sexualbezogenen Problemen stattfindet. Daraus folgen negative Konsequenzen für die Patienten selbst, für ihre Angehörigen, für das Vollzugpersonal und die Gesellschaft allgemein, weshalb Gegenmassnahmen wünschenswert wären. Gemäss Döring (2006) ist die Unterstützung von Paarbeziehungen ein zentraler Punkt um sozialer und sexueller Deprivation entgegenzuwirken. Studien aus den USA deuten darauf hin, dass Insassen, die während ihrer Haftzeit Intimkontakte pflegen konnten, ihre Paarbindung festigen, sich in der Haft besonders gut führen und später eine reduzierte Rückfallquote aufweisen, so Döring. Eine Auswertung von 22 Begutachtungsfällen von älteren, wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern verurteilten Männern zeigte, dass durch die haftbedingt gesteigerte soziale Isolation Kontakte zu Kindern im Verlauf der Lebensgeschichte an Bedeutung gewinnen (Wendt und Kröber, 2005). Eine funktionierende Paarbeziehung oder nur schon die Möglichkeit, während der Haftzeit körperliche Kontakte zu Erwachsenen haben zu können, gilt generell als ein Hauptfaktor für gelingende Resozialisation.

Einige wenige Gefangene bauen im Gefängnis trotz verbreiteter Homophobie enge Bindungen zu Mitinsassen auf. In Einzelfällen haben Anstaltsleitungen gemäss Döring (2006) schon den Bezug eines gemeinsamen Hafttraumes zur Förderung der Paarbeziehung und der Resozialisation genehmigt.

Persönliche und sexuelle Beziehungen, die die psychosoziale Entwicklung der Gefangenen fördern, sollen während der Haftzeit gefördert, gleichzeitig destruktive Beziehungen unterbunden werden. Dies wären vor allem sexuelle Kontakte zwischen Insassen und dem Personal.

5 Bisherige Forschung

Sexualität in Regel- und Massnahmenvollzugsanstalten ist nicht etwa ein einfach vorzufindender Sachverhalt, sondern ein Phänomen, das erst durch sprachlichen Austausch beschreibbar und bewertbar wird. In Abhängigkeit davon, wer sich in welchem Zusammenhang äussert, können ganz unterschiedliche Aspekte hervortreten oder ausgeblendet werden. Gemäss Döring (2006) befassen sich beispielsweise wissenschaftliche Studien über Gefängnissexualität mit ganz anderen Aspekten als Erfahrungsberichten von Gefangenen.

Gemäss Döring (2006) finden sich in der internationalen wissenschaftlichen Fachliteratur einige Beiträge, die Gefängnissexualität behandeln und sich in der Mehrzahl auf die USA beziehen. Übersichtsbeiträge, die den bisherigen Forschungsstand zusammenfassen, beklagen jedoch angesichts der Bedeutung und Vielschichtigkeit des Themas insgesamt einen grossen Mangel an empirischen Studien und gesicherten Erkenntnissen. In der Fachliteratur wird zuweilen moniert, dass es sich bei Gefängnissexualität um ein Forschungsthema handelt, das im akademischen Kollegenkreis sowie in der Öffentlichkeit nicht selten als „schmutzig“ empfunden oder als unseriös eingestuft wird.

Inhaltlich konzentriert sich die bisherige sozialwissenschaftliche Forschung zu Gefängnissexualität vor allem auf folgende Aspekte (Döring, 2006):

- Verbreitung und Klassifikation sexueller Aktivitäten im Gefängnis
- Sexuelle Gefängniskultur (Normen, Rollen, Insider-Jargon, etc.)
- Sexuelle Identität und Geschlechteridentität (homosexuell versus heterosexuell)
- Sexuelle Gewalt (insbesondere Vergewaltigung unter Männern)
- Sexuell übertragbare Krankheiten (insbesondere HIV/AIDS)

Explizite Studien über Patienten in forensischen Einrichtungen existieren nicht. Auch Untersuchungen, welche sich ausführlich mit den Auswirkungen von gelebter Sexualität unter Patienten befassen, sind nicht vorhanden.

6 Fazit und Forschungslücke

Die sexuellen Verhältnisse in Gefängnissen und forensischen Psychiatrien sind international bislang nur unzureichend wissenschaftlich untersucht worden. Aktuelle Studien, die den Umgang mit Sexualität und deren Auswirkungen auf den einzelnen Betroffenen rekonstruieren, fehlen. Weder ist bekannt, ob und wie sich gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen im Gefängniskontext auf die sexuelle Identität und Geschlechtsidentität auswirken, noch wurde zum Beispiel untersucht, wie sich die „erlaubte“ Prostitution im Gefängnis auf die Insassen auswirken würden. Angesichts der relativ grossen Zahl der direkt und indirekt Betroffenen sowie der gesellschaftlichen Implikationen von Gefängnissexualität scheint es wünschenswert, diese Forschungslücke zu schliessen, zumal sich der Gefängniskontext auch als ein Anwendungsfeld allgemeiner psychologischer wie soziologischer Sexualtheorien begreifen lässt. Interessant wäre dabei eine genauere

Sexualität in der forensischen Psychiatrie

Betrachtung des jeweiligen Einflusses unterschiedlicher Personenmerkmale sowie relevanter Institutions- und Situationsvariablen.

Forschung über Gefängnissexualität und deren Auswirkungen auf die Betroffenen ist darüber hinaus von Interesse, wenn es darum geht, Interventionsmassnahmen zur Förderung positiver und zur Vermeidung negativer sexueller Handlungsweisen in Massnahmen-Institutionen zu konzipieren und zu evaluieren.

In Bezug auf forensische Patienten wäre es spannend, Veränderungen in den Verhaltensweisen zu erforschen, sollte Sexualität zwischen Patienten zugelassen werden. Vor allem bei Sexualstraftätern, welche einen problematischen Umgang mit ihrer eigenen Sexualität und einen gestörten Zugang zu ihrer sexuellen Identität haben, ist es interessant zu erforschen, welchen Einfluss der „normale“ Kontakt, die Herstellung einer zwischenmenschlichen Beziehung unter Beobachtung, auf den Verlauf ihrer Persönlichkeitsentwicklung hätte.

Methode

7 Fragestellung

Da die Thematik der Sexualität in forensischen Einrichtungen weitgehend tabuisiert wird, lassen sich wie bereits erwähnt nur wenige Studien dazu finden.

Diese Arbeit beschäftigt sich deshalb mit folgenden Fragen:

- Welche Auswirkungen hätte die Aufhebung des Verbots von sexuellen Kontakten zwischen Patienten auf das Zusammenleben in der Einrichtung und auf die psychische Stabilität jedes Einzelnen?
- Inwiefern trägt das legitimierte Ausleben von sexuellen Kontakten zu einem günstigeren Therapieverlauf bei?

Daraus leiten wir folgende Hypothesen ab:

- Die Aufhebung des Verbotes hat keine Auswirkungen auf das Zusammenleben innerhalb der Einrichtung.
- Die psychische Stabilität der Patienten wird durch das legitimierte Ausleben von sexuellen Kontakten gefestigt, was zu einem günstigeren Therapieverlauf beiträgt.

8 Beschreibung der Stichprobe

Um diese Frage beantworten zu können, wurden Therapeutinnen und Therapeuten gesucht, die in einer forensischen Psychiatrie im Kanton Zürich arbeiten.

Dazu wurden Personen in der Justizvollzugsanstalt Pöschwies und in der Klinik für forensische Psychiatrie Rheinau angeschrieben. Zuerst wurde eine Kontaktperson der jeweiligen Institution per Email oder Brief (Anhang A) über die Studie informiert, anschliessend für den Ablauf des weiteren Vorgehens und für Terminvereinbarungen noch telefonisch kontaktiert.

Sieben Personen haben sich für ein Interview bereit erklärt. Bei den sieben befragten Personen handelte es sich um zwei Therapeuten, drei Ärzte und zwei Pfleger. Die

Interviewten arbeiten zwischen sechs Monaten und zwölf Jahren in der jeweiligen Institution mit forensischen Patienten.

Die Interviews wurden zwischen Januar und Februar 2014 in den beiden erwähnten Institutionen durchgeführt und dauerten jeweils eine Stunde.

9 Methode der Datengewinnung

Für die Datenerhebung wurde ein halbstrukturierter, standardisierter Interviewleitfaden (Anhang B) entwickelt. Halbstrukturiert bedeutet nach Atteslander (2010) eine Befragung, die aufgrund vorbereiteter und vorformulierter Fragen stattfindet, die Abfolge der Fragen wird jedoch situativ und offen gehandhabt. Das Gespräch folgt nicht der vorformulierten Fragereihenfolge der Interviewten, sondern die jeweils nächste Frage ergibt sich durch Aussagen der befragten Person.

Unter standardisiertem Leitfaden versteht Atteslander (2010) Fragen, deren Antworten in Kategorien zusammengefasst werden, um die Vergleichbarkeit innerhalb von befragten Gruppen grösstmöglichst herzustellen. Um eine Erweiterung der Antwortkategorien trotzdem auch induktiv geleitet zu ermöglichen, wurde auf das Formulieren offener Fragestellungen geachtet.

Zur Überprüfung des Gesprächleitfadens wurde vorgängig ein Testinterview mit einem Psychologen der Klinik für forensische Psychiatrie Königsfelden durchgeführt. Es zeigte sich, dass keine grossen Modifikationen nötig waren.

Der Leitfaden beinhaltet offene Fragen und ist in sieben Bereiche unterteilt, welche den Autorinnen zur Beantwortung der Fragestellung bedeutend erschienen:

- a. Heutige Situation in der Institution
- b. Bedürfnisse
- c. Gefahren
- d. Risiken
- e. Chancen
- f. Therapie
- g. Abschliessende Fragen zur Ausarbeitung des Themas

Der Themenbereich „Bedürfnis“ wird im Sinne eines physischen oder psychischen Mangelzustands verwendet, der mit dem Streben nach Bedürfnisbefriedigung verbunden ist. Der Themenbereich „Gefahr“ befasst sich mit Situationen oder Sachverhalten, die zu einer negativen Auswirkung führen können. Der Themenbereich „Risiko“ meint hier die Beschreibung eines Ereignisses mit der Möglichkeit einer negativen Auswirkung und ist mit einem Wagnis verbunden. Der Themenbereich „Chance“ bezieht sich auf eine günstige Aussicht. Sie bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, mit der ein günstiges Ereignis eintritt. Und der Themenbereich „Therapie“ meint hier das gezielte Behandeln einer psychischen Erkrankung.

Den befragten Personen wurde vorgängig mitgeteilt, dass es bei der Beantwortung der Fragen im Interview hauptsächlich um die genannten Themenbereiche a bis f geht und dabei jeweils die psychische Stabilität des einzelnen Patienten im Vordergrund steht.

10 Datenaufbereitung

Die Interviews wurden auf Schweizerdeutsch durchgeführt, auditiv aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Damit die Interviews vergleichbar analysiert werden können, sind zuvor Transkriptionsregeln erstellt worden. Bei der Übertragung in die Schriftsprache wurde Wert darauf gelegt, möglichst wortgetreu und nahe am Erzählten zu bleiben. Auf eine Glättung des Stils wurde weitgehend verzichtet. Das Transkriptions-Booklet mit allen Interviewinhalten kann bei den Verfasserinnen eingesehen werden.

Ergebnisse

11 Beschreibung der Datenauswertungsverfahren

Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Dabei wurde die inhaltliche Strukturierung gewählt, deren Ziel es ist, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen.

Die Interviewtranskripte wurden mittels Kategoriensystem (Anhang D) bearbeitet. Die Kategorien wurden abgeleitet von den Fragen des Leitfadens, somit deduktiv gebildet. Zusätzlich werden Unterkategorien gebildet, welche die darüber liegenden Kategorien noch genauer definieren. Daraus wurden dann die relevanten Auswirkungsfaktoren generiert. Durch diese ausführliche Analyse, die bei der qualitativen Inhaltsanalyse üblich ist, wird jeder mögliche Hinweis aus den Interviews berücksichtigt.

Beim Konstruieren des Kategoriensystems wurden folgende Punkte nach Atteslander (2010) beachtet:

- Das Kategoriensystem wird aus dem Vorwissen und der Fragestellung deduktiv abgeleitet.
- Die Kategorien eines Systems müssen voneinander unabhängig sein, damit die Zuordnung von Textelementen transparent möglich ist.
- Die Ausprägung jeder Kategorie muss definiert und trennscharf formuliert sein.

Nach vier Interviews erfolgte die Aufnahme der Transkriptionen und des Kategoriensystems in das Aufbereitungsprogramm Maxqda 11 (Anhang E). Anschliessend wurden die für die Fragestellung relevanten Textstellen aus den Transkriptionen den Subkategorien zugeordnet, woraus sich die relevanten Auswirkungsfaktoren ergeben haben. Durch diese Vorgehensweise konnte ein induktiver Zugang gewährleistet werden. Die Abgrenzung der einzelnen Auswirkungsfaktoren erfolgte mittels repräsentativen Zitaten der Befragten, sogenannten Ankerbeispielen. Im Anschluss an die restlichen Interviews erfolgte die Zuteilung der zusätzlichen Textstellen zu den Subkategorien.

12 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der sieben Experteninterviews werden anhand des Kategoriensystems dargestellt. Es wurde in fünf Hauptkategorien (K1 bis K5), 20 Subkategorien und 21 Subunterkategorien gegliedert. Die Kodierung (I1 bis I7) verweist auf die Interviewpartner, die Nummern rechts auf die Seite bzw. auf die Zeilen in der Transkription.

12.1 Bedürfnisse

12.1.1. Rolle der Sexualität

Die Sexualität ist ein Grundrecht, das zu den Menschenrechten gehört. Als Menschenrechte werden subjektive Rechte bezeichnet, die jedem Menschen gleichermassen zustehen. Welchen Stellenwert dieses Grundrecht für den Einzelnen hat, d.h. die Gesamtheit der Lebensäußerungen, Verhaltensweisen, Empfindungen und Interaktionen in Bezug auf sein Geschlecht, ist unterschiedlich.

Alle befragten Personen sind sich einig, dass die Sexualität bei Patienten einer forensischen Psychiatrie grundsätzlich die gleiche Rolle einnimmt wie bei jedem anderen Menschen auch. Das Bedürfnis Sexualität auszuleben ist sehr individuell.

Ich denke mal so grundsätzlich die gleiche Rolle wie bei jedem Menschen, der bei uns kein Patient ist und der draussen lebt. Da ist glaub erstmals grundsätzlich, vom Grundbedürfnis her kein Unterschied. (I1,2,10-12)

Drei der Befragten geben zusätzlich an, dass die Sexualität bei ihren Patienten sogar eine ziemlich grosse Rolle spielt.

Aber ich würde sagen bei meinen 10 Patienten spielt es bei 7 Patienten eine sehr sehr grosse Rolle. (I7,3,17-18)

Zwei Personen sind der Meinung, die Sexualität spiele bei ihnen im Hochsicherheitstrakt eher eine geringe Rolle, da die Erkrankung noch fast primär ist.

Hier im Hochsicherheitstrakt spielt's wohl eine geringere Rolle, weil die Patienten entweder schwer krank sind und ähm...interessanterweise hier in ihrer Psychose, dann wenn sie hier sind, andere Sachen fokussiert sehen. (I2,2,27-29)

Vier sind der Ansicht, dass die Sexualität auch in einer forensischen Psychiatrie gelebt werden können muss, da es zum menschlichen Leben dazugehört und ein Anspruch ist, der jeder Mensch hat.

Also generell, die ganze Sexualität kann ich doch einem Menschen nicht verbieten, das geht nicht. (I4,13,7-8)

12.1.2. Medikamenteneinfluss

Patienten mit einer psychischen Erkrankung müssen täglich verschiedenartige Medikamente einnehmen. Alle Befragten stimmen zu, dass diese Medikamente als Nebenwirkung einen beachtlichen Einfluss auf die Sexualität der Patienten haben, einen sogenannten Sekundäreffekt.

Wir kennen ja die Nebenwirkungen der Medikamente und diese Nebenwirkungen muss man beachten. (I3,5,5-6)

Diese Neuroleptika bewirken häufig eine sexuelle Dysfunktion bei den Patienten, d.h. ihre individuellen Ansprüche an eine erfüllte Sexualität können oft gar nicht erreicht werden. Vier gaben an, dass die Medikamente oft einen Einfluss auf die Libido haben.

Wir wissen, dass es als Nebenwirkung auch noch einen Libidoverlust hat. Aber das ist dann wirklich zum Teil auch unerwünschter Nebeneffekt. (I1,3,27-28)

Eine ebenso häufig vorkommende Nebenwirkung dieser Medikamente ist eine Störung der Sexualreaktion, d.h. eine körperliche Reaktion auf das Medikament. Drei der befragten Personen bestätigen, dass durch den Medikamenteneinfluss die Funktionalität einfach eingeschränkt ist.

Nicht ein grosser Teil, aber doch ein Teil von den Antipsychotika, von denen, die wir oft gerne verwenden, weil sie eine gute antipsychotische Wirkung haben. Und bei denen kann es leider vorkommen, dass wirklich ein gewisser Teil der Samenflüssigkeit verschwindet. (I7,3/4,32-2)

Einer gibt an, dass es auch Patienten gibt, die darüber froh sind, dass die Medikamente ihre Lust und ihr Sexualempfinden dämpft, zumindest während ihrem Aufenthalt in der Klinik.

Es gibt Patienten, die sind eigentlich ganz froh, dass die Neuroleptika hier in der Klinik die Libido unterdrücken. (I4,5,1-2)

Medikamente, die eine triebdämpfende Wirkung dh. eine antriebs- und libidoschwächende Erscheinung zeigen, sind häufig. Diese Medikamente bewirken jedoch eine Dämpfung des Gesamtantriebes und werden nicht spezifisch für die Dämpfung der Sexualität eingesetzt. Alle Befragten bestätigen dies.

Es ist eher so, dass die normalen Psychopharmaka in der Regel einfach dämpfen. Also die dämpfen ja alles...sie dämpfen den Antrieb insgesamt, aber sie dämpfen natürlich als Nebeneffekt logischerweise auch die Sexualität, ja. (13,5,23-25)

Wenn man eine Indikation speziell für Triebdämpfung sieht, dann geben vier der befragten Personen an, dass es Medikamente, die das Testosteron ausschalten, gibt, jedoch nur selten eingesetzt werden.

Die Medikation zur Triebdämpfung setzen wir nur ein, wenn wir sagen, das ist eine gefährliche Triebübersteigerung und da müssen wir mit testosteronsenkenden Mitteln rein. (11,3,21-23)

Fünf Personen sind der Meinung, dass es keine Medikamenten mit triebsteigernder Wirkung als Nebeneffekt gibt, d.h. Medikamente, die den sexuellen Lusttrieb steigern würden.

Ist mir nicht bekannt, nein. Also, die Medikamente, die unsere Patienten nehmen, steigern nicht die Libido. Nein. (15,4,16-17)

Allerdings nennen zwei Personen speziell die Anwendung von Viagra zur Behandlung von erektilen Dysfunktionen.

Es kommt auch vor, dass wir Viagra verschreiben, wenn jemand masturbieren möchte und dies auf Grund der Nebenwirkungen nicht klappt. Es hat einige, die Viagra beziehen. Einfach dann, wenn jemand onanieren möchte und einfach keine Befriedigung erreicht, weil er keine Erektion bekommt. Da wird Viagra abgegeben, wenn es gut verträglich ist im Gesamtkontext und mit den Medikamenten. (15,5,12-16)

12.1.3. Leidensdruck

Der Leidensdruck, mit dem jeder Einzelne in diesem Zusammenhang umzugehen hat, ist individuell verschieden. Es ist ein subjektives Empfinden, das beim Betroffenen einen Einfluss auf seine Lebensqualität ausübt. Verschiedene Faktoren wirken darauf ein.

Alle Befragten sind jedoch der Meinung, dass der Mangel an Möglichkeiten seine Sexualität innerhalb der Klinik auszuleben, allgemein als grosser Leidensdruck empfunden wird.

Auf jeden Fall, da ist schon ein grosser Leidensdruck. (I2,3,7)

Eine Person erwähnt, dass der Wunsch nach Nähe und Geborgenheit, nach Liebe grundsätzlich, vermuteterweise noch bedeutender ist als das Verlangen nach sexuellen Kontakten.

Was wir viel mehr spüren, ist der grundsätzliche Druck nach Liebeskontakt, nach Liebe. Nicht im Sinne von Sexualität, sondern im Sinne von Nähe, sich kümmern, von Wärme. Das Sexuelle ist vielleicht - auf das Selbstbewusstsein bezogen - eher als Mann ein Problem. [...] Aber es steht sicher nicht so im Vordergrund wie das Bedürfnis nach Liebe. (I3,5/6,28-2)

12.1.4. Möglichkeiten sexueller Befriedigung

Der Sexualkontakt zwischen den Patienten ist verboten. Möglichkeiten, sexuelle Befriedigung trotzdem zu erlangen, sind rar. Als Alternative zur Realisierbarkeit ihres sexuellen Lustempfindens bleibt den Patienten eigentlich nur die Selbstbefriedigung. Alle Befragten geben an, dass das Masturbieren bei den Patienten klar im Vordergrund steht und diese Möglichkeit auch genutzt wird.

Ich denke, die Hauptquelle der sexuellen Befriedigung bei den untergebrachten Patienten, die wir behandeln, ist die Selbstbefriedigung (II,2,16-17)

Zwei der befragten Personen fügen an, dass man davon allerdings nur wenig mitbekommt.

Also was in der Beziehung alles läuft, bekommen wir nicht alles mit, ganz klar. Da müssen wir uns nichts vormachen. Ich glaube, das ist auch ein Stück weit Normalität. Wer geht mit seine Sexualität so um, dass die Umgebung das alles so mitbekommt...das wäre auch irgendwie in irgendeiner Weise unnormal. (I5,3,9-12)

Fünf meinen, dass zur Stimulation dafür vor allem Filme, TV, Video, Erotikmagazine oder auch einfach nur die eigene Phantasie benutzt werden.

Masturbation, ganz klar. Also eben, manchmal mit Film, manchmal mit Porno, manchmal einfach mit Phantasien. (I4,3,20-21)

Drei der Befragten erwähnen zusätzlich, dass die Leitung bei der Auswahl der entsprechenden Mittel klar unterscheidet: Das fokussierte Darstellen von primären Geschlechtsteilen sowie gewaltverherrlichende und erniedrigende Szenen sind verboten.

Literatur, Magazine...unterhalb der Pornoschwelle, also im weitesten Sinne Erotikmagazine. Wir unterscheiden so gut wie möglich im Alltag zwischen Erotikmagazinen und Pornomagazinen. Letzteres wäre so die Kategorie für uns...das fokussierte Darstellen von primären Geschlechtsteilen. (11,2,19-23)

Fünf Personen kommen auf das vorhandene Kontaktzimmer zu sprechen. Es steht grundsätzlich zur Verfügung, darf jedoch ausschliesslich von Patienten in festen und langjährigen Beziehungen gebraucht werden. D.h. die meisten Patienten können dies also gar nicht nutzen.

Wir hätten ein Kontaktzimmer, welches Personen in festen Beziehungen benutzen könnten. Dies kann beantragt werden. Es wird auch manchmal genutzt, eher selten. V.a. dann, wenn es draussen einen Ehepartner oder einen langjährigen Partner gibt. (14,3/4,31-1)

Und wenn wir kurz mal durchgehen, wer denn da tatsächlich verheiratet ist...fällt uns niemand ein...komisch, mir auch nicht. (17,12,28-30)

Zudem wird von fünf Personen aufgezählt, mit welchen Schwierigkeiten und Barrieren es verbunden ist, dieses Kontaktzimmer dann auch tatsächlich zu benutzen: Formelles Beantragen, wenn das Zimmer genutzt werden möchte, die ganze Station hat Kenntnis darüber und die zeitliche Nutzungsbeschränkung einer halben Stunde.

Eben, die Nutzung von diesem Kontaktzimmer braucht Formalitäten, die eigentlich eine Spontaneität verhindern. Der Patient kann nicht kommen und sagen, so, ich möchte jetzt gerne mit meiner Freundin ins Kontaktzimmer gehen. Ich glaube, allein das Wissen des Patienten, eigentlich weiss jeder im Haus, dass ich jetzt mit meiner Freundin da oben im Zimmer bin, ja, das ist schon eine Barriere. (15,7,14-19)

Durch den Umzug und die damit verbundene Verlegung des Kontaktzimmers können es nicht mehr alle, für die es gedacht wäre, nutzen. Dies bestätigen zwei Personen.

Jetzt also z.B. nach dem Umzug [...] können Patienten, die nicht den entsprechenden Ausgangsstatus haben, dieses Kontaktzimmer gar nicht mehr nutzen. Früher befand sich dieses Kontaktzimmer in einem geschlossenen Rahmen, heute ist es frei zugänglich durchs Treppenhaus. Jeder Patient, der das also nutzt, könnte also auch die Flucht ergreifen. Demzufolge hat man gesagt, okay, dann dürfen also nur noch die Patienten mit dem entsprechenden Ausgang dieses Kontaktzimmer auch nutzen. (I5,11,15-23)

Eine Person macht sogar darauf aufmerksam, dass es je nach Stufe, in der sich ein Patient befindet, auch die Möglichkeit gibt, sich ausserhalb der Klinik sexuelle Befriedigung zu verschaffen.

Die Patienten, die den Ausgang haben, die werden sicherlich nicht dieses Kontaktzimmer nutzen. Da bieten sich hier in der Umgebung mehr Möglichkeiten, wo man...spontaner und ungestörter wäre. (I5,11,23-35)

12.1.5. Alternativen

Kann das Grundrecht der Sexualität nicht befriedigt werden, bleibt nur der Verzicht oder es muss nach Alternativen gesucht werden. Entweder um eine andere Möglichkeit zur Erfüllung desselben Anspruchs zu erhalten oder um sich abzulenken. Fünf der Befragten zählen dabei sportliche Aktivitäten als Alternativmöglichkeit auf. Vier erwähnen auch spezielle Freizeitbeschäftigungen wie Kunst- oder Aktivierungstherapien, Lesen, Billard und TV schauen als Ablenkungsmöglichkeiten.

Hmm...sportliche Aktivitäten nehme ich an...[...]Freizeitgestaltung, Ablenkung mit TV schauen...einfach sich beschäftigen, denke ich, ist ein wichtiger Punkt, um sich von dem Thema abzulenken, ja. (I5,4,20-23)

Eine Person zweifelt deutlich daran, dass diese Möglichkeiten tatsächlich nützliche Alternativen der sexuellen Befriedigung sind.

Falls das funktioniert und Ersatz ist (lacht), könnten sie natürlich alle möglichen Angebote nutzen, um sich sozusagen zu verausgaben oder zu erschöpfen oder so. Ob das dann immer ein guter Ersatz ist, ist dann nochmals eine andere Frage. (I1,3,7-9)

12.2 Risiken

12.2.1. Gefahren

Der Hintergrund des Verbots ist nicht, dass man denkt, Sex sei grundsätzlich eine gefährliche Geschichte, sondern dass es in einer totalen Institution schnell zu negativen Auswirkungen kommen könnte. Bei der Frage nach den möglichen Gefahren, welche die Aufhebung des Sexualverbotes beinhalten könnten, werden verschiedene Gefahrenquellen genannt. Zwei Personen erwähnen Gewalteskalationen als mögliche Gefahrenquelle. Damit sind Handlungen gemeint, die auf den Menschen schädigend einwirken.

Eben wie ich gesagt habe, die Gefahr von Erpressungen, Missbrauch und Eskalation. Das kann Gewalt auslösen und das sind ja schon Leute, die gestört sind und das hätte bei einigen sicher auch einen positiven Effekt. (16,4,30-32)

Drei der Befragten meinen jedoch, dass es durch die kontrollierte Struktur kaum möglich sei von massiver Gewalt zu sprechen beziehungsweise gewalthaltige Handlungen höchstens in einem „nachvollziehbaren“ Rahmen vorkommen.

Natürlich, Gewalt kann eigentlich immer vorkommen. Aber dann würde ich sagen, wenn Gewalt bei uns vorkommt, dann ist sie eigentlich in dem Rahmen, wie es in einer solchen Zwangsgemeinschaft vorkommen kann, weil man normal streitet. Ich denke nicht, dass die Ausübung von Sexualität hier die Gewalt fördern würde. Das sicher nicht. (13,6,26-30)

Die Erpressung, also das Androhen eines Übels zu Lasten eines anderen, wird von drei der Befragten genannt. In intransparenten und nicht-sozialen Beziehungsgestaltungen, also wenn etwa ein Stärkerer einen Schwächeren bedroht, dann kann es natürlich zu Unfreiwilligkeiten und Drucksituationen kommen, denken alle drei.

Bei einigen gibt es vielleicht keine grosse Gefahr, bei anderen kann es zur Eskalation führen. Es kann auch zu Erpressungen, weil, ob das freiwillig ist oder nicht, das kann man ja nicht beobachten...es hat schon Risiken. (16,4,9-11)

Sechs Personen sind überzeugt, dass auch eine Art der Prostitution durchaus eine Gefahrenquelle darstellen könnte. Es könnten sexuelle Handlungen gegen ein Entgelt angeboten oder auch gefordert werden.

Wir haben schon natürlich auch Leute, die sind zum Teil jahrelang im Knast, die sind zum Teil 20 Jahre lang irgendwo in den Institutionen rumgegangen. Diese

haben eine Knastmentalität, ja, und da gehört das dazu. Es gehört dazu, dass man für seine Interessen halt einen Handel treibt und sich verkauft. Und da gehört der Körper unter Umständen dazu. (I3,3,14-18)

Allerdings wird gleichzeitig von drei Personen erwähnt, dass dies auch heute schon stattfindet; dass sich ein Patient quasi aus finanziellen Gründen, für Zigaretten oder aus anderen Gründen prostituiert.

Gut, man kann immer Wege finden, auch jetzt kann man Wege finden. Es gibt ja die Dusche und wenn man sagt, du kriegst fünf Zigaretten mehr – und Zigaretten ist wie Gold hier – dann könnte vielleicht in der Dusche, wenn die Kamera nicht hinschaut, kann man. Der Mensch kann Wege finden, immer und überall, auch hier. (I2,5,3-6)

Viele Patienten in der forensischen Psychiatrie haben eine gestörte Beziehungsgestaltung. Im zwischenmenschlichen Bereich besteht die Gefahr von problematischen Beziehungen. Beziehungen mit ungleichem Machtgefüge oder ungünstige Abhängigkeiten. Dadurch besteht die Gefahr von Missbrauch. Damit gemeint sind sexuelle Handlungen an Personen, die ohne deren Einverständnis geschehen oder die sich aufgrund ihrer Krankheit über die Konsequenzen der Handlung nicht bewusst sind. Drei der befragten Personen haben dies als mögliche Gefahr formuliert.

Dass es im Zuge ihrer Erkrankung zu keiner Abgrenzung von den Personen kommt und dass dadurch die Person zu einer sexuellen Leistung genommen wird. Also dass sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht nein sagen können und es der andere dann wie trotzdem macht. (I7,5,28-31)

Die Verhütung, d.h. das Wissens darüber oder der tatsächliche Gebrauch von Verhütungsmitteln, wird insgesamt von sechs Personen als mögliches Problem geschildert. Viermal wird erwähnt, dass eine Schwangerschaft beziehungsweise die damit verbundenen Umstände und Schwierigkeiten, als mögliche Gefahr gelten können.

Ich denke, dass es da mannigfaltige Probleme gibt. Das eine ist diese ganze Sache mit Verhütung, Schwangerschaft, wer ist der Vater, etc. Das zu kontrollieren bei schwerkranken Patienten wäre gross. (I2,5,27-29)

Fünfmal werden zusätzlich Krankheiten, die durch ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden können, zur Sprache gebracht.

Auch Ansteckungen und so wäre eine Gefahr, denke ich. (I4,6,22)

Hmm, ich denke, Krankheitsübertragungen wären sicherlich eines. (I3,6,18)

Vereinzelt werden beispielsweise auch abwertende Pornographie, die vom Patienten allenfalls nicht adäquat verarbeitet werden kann, Selbstunmündigkeit durch verminderte kognitive Fähigkeiten, sexuelle Orientierungslosigkeit durch Unerfahrenheit oder eine ausgeprägte Psychopathie als mögliche Gefahren aufgezählt.

Das zweite ist, dass diejenigen, die keine sexuellen Erfahrungen haben, bei denen wir ihre Ausrichtung nicht kennen, dass diejenigen dann unter die Räder kämen oder eine falsche Ausrichtung bekämen oder sich ausnutzen lassen. (I3,6,18-21)

Gibt es so Hochrisikofaktoren in der Persönlichkeit eines Täters, der das Thema Sexualität in einen prekären Bereich bringt? Das kann zum Beispiel sein: Ausgeprägte Psychopathie, ausgeprägte Dominanz, ausgeprägte aggressive Phantasien...bis hin zu...sadistischen Phantasien. Natürlich sind das Persönlichkeitseigenschaften, die vertragen sich schlecht mit einer guten prosozialen partnerschaftlichen Sexualität. (I1,6/7,30-2)

Zwei der Befragten glauben nicht daran, dass sich die Gefahrenquelle durch die Aufhebung des Verbots massiv vergrössern würde. Der Mensch kann immer und überall Wege finden, auch in einer forensischen Psychiatrie. Solche Vorkommnisse gibt es auch heute schon.

Oder dass...äh...ich meine Nötigung und so, das kann auch so passieren. Dafür muss man das Verbot nicht aufheben. Also, ich glaube nicht, dass dann die Gefahr grösser werden würde. [...] Dass sich Patienten quasi für Zigaretten oder so prostituieren, das gibt es heute schon, auch wenn das Verbot nicht aufgehoben ist. Das hatten wir auch schon. (I4,6,22-28)

12.2.2. Auswirkungen

Die möglichen Gefahren, welche die Aufhebung des Verbots mit sich bringen könnten, hätten sowohl auf den einzelnen Patienten wie auch auf das Zusammenleben innerhalb einer Institution negative Effekte. Vier der befragten Personen sind der Meinung, dass ein psychisch kranker Patient, der einer oder mehreren der beschriebenen Gefahren ausgesetzt wäre, eventuell überfordert sein könnte, nicht mit einer solchen Situati-

on umzugehen vermag und dies dann vielleicht auch einen Rückfall zur Folge haben könnte.

Einen Einfluss auf die psychotische Symptomatik des Patienten. Das kann ich mir schon vorstellen, dass ein unregelmäßiger Sexualkontakt, dass das auf das ganze Warnsystem Auswirkungen hat für den einen oder anderen. (12,6,30-32)

Ebenfalls vier Personen befürchten, dass die Verbotsaufhebung auch auf das Zusammenleben innerhalb der Institution negative Auswirkungen haben könnte. Alle vier sind sich einig, dass die Eifersucht dabei wohl die grösste Schwierigkeit darstellen könnte.

Andererseits gäbe es unter Umständen eben auch, wie schon gesagt, massive Eifersuchtsspannungen unter den einzelnen Patienten, weil es ja auch ein Hierarchiegefälle gibt, von denen, die etwas erreichen und von denen, die nichts erreichen. (13,14,19-22)

Zwei denken, dass sich der eine oder andere vermutlich auch belästigt und gestört fühlen könnte.

Also ich denke, dass manche Patienten sich dadurch gestört fühlen könnten. (15,2,8-9)

12.2.3. Umstände von aussen

Die Institutionen stehen in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber dem Auftraggeber und müssen über ihr Tun und Handeln Rechenschaft ablegen. Drei der Befragten weisen darauf hin, dass der Fokus des Auftrages dieser Institutionen darauf liegt, deliktogene Verhaltensweisen zu erkennen und diese nach Möglichkeit für die Zukunft auszuschliessen.

Wir müssen Deliktbearbeitung durchführen und man wird dann immer zielgerichteter. Wir müssen fängs für alles, was wir in der Therapie tun, eine Begründung und eine Effizienz nachweisen usw. Wir müssen ja die Leute nicht heilen, sondern die Risikominderung ist unser Therapieziel und nicht, ob sich einer sexuell wohlfühlt oder nicht. (14,15,4-8)

Eine Person erwähnt, dass sich die juristische Denkweise zum Thema Sexualität in einer forensischen Einrichtung über all die Jahre kaum verändert hat. Die Grundhal-

tung der Justiz, die durch Werte und Moral begrenzt ist, ist konstant und uneinsichtig. Das Thema Sexualität ist ein Tabuthema, dem sich die Professionellen nicht öffnen wollen oder können.

Ja, wobei ich eigentlich sagen muss, das Thema Sexualität ist in der Psychiatrie eigentlich von je her ein Tabuthema. Dazu müssten sich die Professionellen, d.h die Klinikleitung, Psychologen, Pfleger,...einfach die Verantwortlichen hier und v.a. natürlich auch die Justiz unser Auftraggeber, mit dem Thema näher auseinandersetzen. (15,7,9-12)

Ebenso schwierig ist es, dem vorherrschenden Urteil der Öffentlichkeit zu diesem Sachverhalt zu begegnen. Zwei der Befragten sind der Meinung, dass die Sexualität nach wie vor auch in der Gesellschaft ein Tabuthema ist und dass man als forensische Institution streng diesen gesellschaftlichen Kriterien unterliegt, was wiederum scharf beobachtet wird und den Handlungsspielraum einengt.

Wenn die Gesellschaft mit diesen Dingen nicht umgehen kann, nicht gelernt hat damit umzugehen, dann können wir das noch weniger. Das ist auch ganz klar. Wie gesagt, man hinkt immer hinten nach; wir sind hier immer 3 bis 4 Jahre hinten nach bei den Gesellschaftsentwicklungen. Und das gilt halt auch dafür. [...]Aber nochmals, solange die Gesellschaft dies quasi als Tabu-Thema behandelt oder überhaupt die Sexualität als Tabu-Thema behandelt, solange kommen wir nicht weiter. (13,14/15,31-16)

Drei Personen bringen zur Sprache, dass die Öffentlichkeit über das Leben in der forensischen Einrichtung oft auch unwissend oder falsch informiert ist. Das schürt ein negatives Bild oder gar Angst und man kann verstehen, dass sich die Leute die Nase rümpfen würden, wenn man sie auf eine allfällige Verbotserlassung ansprechen würde.

Die Konsequenzen sind halt einmal mehr, dass die Bevölkerung Fehlinformationen bekommt, weil heute das Volk ja auch noch sehr wenig Einblick in den Alltag von Inhaftierten bekommen kann. Erst wenn sich das Volk ändert, können wir auch hier etwas mehr tun. Aber vielleicht ändert sich das ja einmal, ich weiss es nicht. (17,6,25-28)

Ich glaube, dass das Stigmata gesellschaftlich da ist, dass man sich denkt, dass das eine gefährlichere Situation ist als andere. (12,6,4-5)

Eine forensische Institution setzt mit einer Verbotserlassung auch ihre Reputation aufs Spiel. Davon sind alle Befragten überzeugt. Für die Öffentlichkeit ist die Forensik ein ganz heikles Thema. Wenn wirklich einmal etwas vorfällt, dann kommt man schnell schwer unter die Räder, dann leidet die Reputation, dann wird alles kaputt gemacht.

Ja, ich glaube, dass die Öffentlichkeit...der Auftraggeber, die Justiz möglicherweise auch schon Gefahr läuft in Verruf zu geraten. Die Forensik ist ein Arbeitsbereich, die sich eigentlich keine Fehler gegenüber der Öffentlichkeit erlauben darf, und demzufolge eigentlich auch bemüht ist, möglichst Fehler zu vermeiden. [...]
Also ich glaube, die Öffentlichkeit, die schaut schon sehr genau hin. Wenn irgendein Vorfall, ein Zwischenfall in der Beziehung auftritt, dann dürfte es schwierig werden für die Klinik, ja. (15,5,24-32)

12.2.4. Umstände von innen

Drei der befragten Personen denken, dass selbst unter den Profis, also den Mitarbeitern und Therapeuten teilweise Schwierigkeiten oder Hemmungen bestehen, offen und ehrlich über Sexualität zu sprechen. Der Therapeut muss natürlich auch damit umgehen können, was ihm präsentiert wird. Aber wenn der Therapeut über die Sexualität nicht frei kommunizieren kann, dann wird es auch schwierig mit den Patienten.

Aber ich glaube, es gibt auch beim Personal gewisse Hemmungen, dieses Thema anzusprechen. Also ich glaube, das ist ein Thema, bei dem sich nicht jeder gleichermaßen gerne damit beschäftigt. (15,3,15-17)

Innerhalb der Klinik müsste ein Klima geschaffen werden, welches auch von der therapeutischen Seite her Offenheit und Toleranz fordert. Die Auseinandersetzung und eine gewisse Lockerheit im Umgang mit dem Thema der Sexualität ist wichtig. Davon sind fünf der Befragten überzeugt.

Sie müssten wirklich eine Kultur etablieren, das hat viel damit zu tun, wie gehen Mitarbeiter mit dem Thema um, wie reden die darüber...eine Kultur des respektvollen offenen Umgangs mit Sexualität. Das ist schon mal der Boden. Das Ansprechen auch in öffentlichen Behandlungsstationen, wie Stationsversammlung oder so und in Einzel- und Gruppentherapien sehr im Fokus haben. (11,10,13-17)

Das gesamte Team innerhalb einer Klinik besteht aus verschiedenen Berufsgruppen, die unterschiedliche Ansichten zum Thema der Sexualität vertreten. Vier Personen glauben, dass sich die Haltung im Team ändern müsste. Es bräuchte einen breit abgestützten Konsens, welcher durch die Institution geregelt werden muss. Sie denken jedoch, dass es schwierig ist, Strukturen, die man übernimmt, mit Leuten, die man übernimmt, zu ändern.

Ich denke, dass es ganz zentral ist, dass es eine andere Einstellung gibt. Das gilt für alle Punkte zwischen den Berufsgruppen. [...] Dass es schwer ist in einem Team mit vielen verschiedenen Berufsgruppen und Menschen und Einstellungen - was in der Psychiatrie und im Strafvollzug besonders eklatant ist - dass man da die gleiche Schiene fahren muss zu diesen Dingen...und das ist fast unmöglich. Und das ist hier das allergrösste Problem dieser ganzen Punkte. Wie kann man als Team damit umgehen und wie sieht es das Team? [...] Da alle in ein gleiches Boot zu bringen ist schwer und es ist eigentlich das Hauptproblem, hier, jetzt. (I2,9,10-24)

Vier der Befragten erwähnen, dass hinreichend personelle Ressourcen vorhanden sein müssen, um die Aufhebung des Verbotes realisieren zu können. Es bräuchte Extra-Betreuung. Ein grundsätzliches Verbot macht da Sinn, wo nicht genügend Ressourcen vorhanden sind.

Mit nem guten Team, mit ner guten Ressource, im personellen Bereich haben Sie da eine Chance. (I1,11,5-6)

Alle vier sind jedoch auch der Ansicht, dass momentan weder die personellen noch die fachlichen Ressourcen ausreichen, um dabei die Patienten valide zu begleiten.

Ich glaube, ein Grund ist eher, dass sie in einer globaleren Gefängnissituation gar nicht genug personelle und fachliche Ressourcen haben, um das wirklich valide einzuschätzen im Einzelfall, welche Persönlichkeitsfaktoren, welche Hochrisikofaktoren liegen denn da vor. (I1,8,22-25)

...aufgrund des Personalmangels - den man einfach hat. (I2,8,7)

12.3 Chancen

Vier der Befragten sehen in einer allfälligen Verbotserlassung für die Gesellschaft an sich eine Chance. Das Thema würde enttabuisiert. Es öffnet sich ein Feld, welches zum Menschen dazugehört und dadurch therapeutisch besser beurteilt und behandelt werden kann.

In Institutionen, in denen es zugelassen ist, gibt es auch sehr positive Erfahrungen. Und wenn das sehr normal über viele Jahre so gehandhabt wird, dann gibt's da auch von aussen kaum noch einen kritischen Blick drauf. (11,4,28-31)

12.3.1. Auswirkungen

Chancen, welche die Aufhebung des Verbots bieten könnten, hätten vor allem auf den einzelnen Patienten, in der Folge aber auch auf das Zusammenleben innerhalb der Institution positive Effekte. Alle Befragten stimmen zu, dass dies in vielerlei Hinsicht positive Auswirkungen auf den einzelnen Patienten hätte. Vier Personen denken, es wäre schon einen Wert an sich, wenn das Grundbedürfnis nach Sexualität als solches in einem guten Sinne erfüllt werden kann.

Erstens ein Grundtrieb, der befriedigt gehört und der einen Leidensdruck verursacht, wenn man's nicht hat. (12,7,11-12)

Zwei Personen sehen es als Chance Nähe zu empfinden und auszudrücken.

Um eine Art von Nähe auszudrücken. Diese Menschen sind ja weggesperrt, alleine, einsam, fühlen sich abgeschoben von der Gesellschaft. Und das wäre ein Stück Nähe. (12,7,12-14)

Zwei betrachten es als Teil auf dem Weg zurück zur Normalität.

Normalität, das kann ich nur so sagen, Normalität. Sexualität gehört zur Normalität im menschlichen Leben. Wir sprechen ja hier in der Forensik von Resozialisierung und vom Versuch, Normalität zu simulieren, auch bei uns schon. Das ist eine Notwendigkeit. Sonst können wir nicht resozialisieren. [...] Und da gehört die Sexualität genauso dazu. Sexualität gehört zum Leben, so wie's Zufahren auch. (13,11,26-33)

Drei der Befragten glauben, dass dadurch das Selbstbewusstsein gestärkt wird und dies wichtig für die geistige Gesundheit eines Patienten ist. Ist der Selbstwert gut, ist man auch weniger schnell gekränkt und schlägt weniger schnell drauflos.

Und es fördert ja auch das Selbstbewusstsein von einem Menschen, wenn sie Geschlechtsverkehr haben oder wenn sie das Gefühl haben - also es ist ja auch wie ein begatten - dass du den bekommen kannst. Also ich glaube, dass es sehr sehr viele positive Auswirkungen machen könnte. Ja. Das glaub ich nicht nur, das weiss ich sogar. Ja. (I7,7,24-27)

Zwei sprechen von gesteigertem Wohlbefinden und weitere zwei Personen zusätzlich von Entspannung, denn eine gute Beziehung ist auch immer etwas Belebendes.

Also ich mein, das würde sicher das Wohlbefinden des Patienten steigern. [...] ...aber es würde sicher ganz allgemein etwas wegnehmen an Spannung beim Patienten. (I7,10,1-6)

Was auf den einzelnen Patienten einen positiven Effekt hat, wirkt sich auch auf die Gemeinschaft aus. Kann das Selbstbewusstsein gestärkt und das Wohlbefinden gesteigert werden, wirkt sich dies positiv auf die Stimmung aus. Es herrscht weniger Frustration und so wäre vermutlich das gesamte Zusammenleben innerhalb der Institution friedlicher und harmonischer. Fünf der befragten Personen halten es für möglich, dass das bei einem nicht kleinen Teil der Patienten so ist.

Ja, eben v.a. wenn es das Selbstbewusstsein stärkt und wieder mehr Freude gibt. Das gibt mehr Antrieb und es gibt mehr positive Emotionen und eine bessere Stimmung. (I4,12,30-31)

12.4 Therapie

12.4.1. Relevanz

Alle Befragten geben an, dass die Sexualität in der Therapie grundsätzlich thematisiert wird. Sechs davon erachten es als bedeutsam.

Wir fragen das, wir thematisieren das. Wir thematisieren die Sexualität der Einzelnen. Das ist bei Sexualstraftätern sowieso sehr sehr wichtig, aber es ist auch bei Gewaltstraftätern immer wieder eine Frage, inwieweit sie da gut mit sich um-

gehen und wie sie mit ihrer Bedürfnisbefriedigung grundsätzlich umgehen. Und da ist Sexualität ein Teil. (11,2,27-30)

Drei Personen erwähnen, dass es auf verschiedene Faktoren ankommt, wie viel Platz dem Thema Sexualität in der Therapie gegeben wird, und dass dies sowohl vom Patienten wie auch vom Therapeuten individuell sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Aber insgesamt ist es doch eher ein Thema, welches man zurückhaltend bearbeitet. Es steht sicher nicht im Vordergrund.

Ja, auch das ist individuell. Bei den einen steht dies vielleicht schon vom Delikt her im Vordergrund. [...] Bei anderen wiederum spielt das überhaupt keine Rolle, weder beim Delikt noch sonst im Leben spielt das eine grosse Rolle, dann ist das vielleicht weniger ein Thema. Ist individuell. (13,13,5-10)

Es werden viele Gründe und Möglichkeiten aufgezählt, weshalb die Sexualität in der Therapie thematisiert wird. Viermal wird erwähnt, dass dies beim Erstgespräch auch einfach zur Anamnese zählt. Weil die Sexualität zur Deliktbearbeitung dazugehört, wird fünfmal genannt. Ebenfalls fünfmal wird angegeben, wenn die Nebenwirkungen der Medikamente oder der psychische Druck als Stressfaktor auf die Sexualität wirken. Und jeweils einmal werden auch die folgenden Gründe angefügt: Bei Patienten mit Selbstverletzungen, bei vorhandenen Krankheiten wie zum Beispiel Hepatitis, manchmal auch als Nachhilfe in Sachen Aufklärung oder auch einfach über die Sexualität zu sprechen, damit es wie etwas Normales wird.

Also es kommt als Nebenwirkung ins Gespräch hinein, manchmal frage ich gezielt nach, also bei Beziehungsdelikten muss es, also finde ich gehört es dazu. Bei allfälligen – also sagen wir jetzt, es hat jemand Hepatitis, Vorerkrankungen oder so – dann wird man auch nachfragen, wie das mit der Sexualität gewesen ist, frühere Partner. In der Anamnese gehört für mich die Sexualität auch dazu. Bei den einen etwas genauer, also wenn man weiss, da sind diejenigen Leute mit den Körperverletzungen, die ein wenig verstreut sind, würde ich sicher auch mehr nach Sexualität fragen. Aber ich frage auch, wie es ihnen hier in der Klinik geht mit ihrer Sexualität. (14,10/11,33-7)

Nur eine Person meint, dass dieses Thema eher wenig angesprochen wird, da andere Themen für den Patienten im Vordergrund stehen. Allerdings verifiziert diese Person auch, dass dies wohl eher im Hochsicherheitstrakt als in der Massnahmenstation usus ist.

Und dort geht es sehr viel um wirklich diese pressierten Themen wie „Mir geht es schlecht. Ich bin krank. Ich will hier raus“ ...und ähm...es ist diese Themenpressierung. Wieder das zweite ist: Es ist Forensik, man wird bewertet. Also, man versucht ein gutes Bild in der Stunde zu machen und zu geben, und wenn man das nicht kann, dann ist man aber so krank, dass oft andere Sachen pressieren. Also, es wird wenig besprochen. (12,8,9-14)

Eine Person findet es wichtig, dass die Klinik für die Patienten prinzipiell die Möglichkeit schaffen muss, dieses Thema in irgendeiner Weise ansprechen zu können. Dazu gäbe es unterschiedliche Bezugspersonen und Gesprächsmöglichkeiten. Was ja grundsätzlich ein Vorteil ist.

Wir haben z.B. verschiedene Gesprächsgruppen...von der Pflege, auch von Psychologen. Es könnte womöglich ein fester Bestandteil im Themenkreis sein, also könnte da hineinfließen. Und dann liegt es einfach auch immer an den Professionellen, die Möglichkeiten zu schaffen. Ob der Patient die dann nutzt, bleibt ihm überlassen. Aber einfach die Möglichkeit zu geben, dieses Thema anzusprechen. (15,11,3-7)

12.4.2. Mitteilsamkeit

Vier der Befragten haben geäußert, dass die Redefreudigkeit, mit der die Patienten dem Thema Sexualität begegnen, sehr unterschiedlich ist. Die Herkunft spielt dabei eine grosse Rolle. Die Urbanisierten sind mitteilungsfreudiger als diejenigen vom Lande. Und für Patienten aus einer anderen Kultur wie zum Beispiel der Türkei oder Eritrea ist es eher ein peinliches Thema.

Sehr unterschiedlich. Im Mittel würden wir aber sagen, wir kriegen da ganz gute Compliments hin, dass auch darüber offen, ernsthaft und transparent gesprochen werden kann. Auch das geht nicht mit jedem, aber ich denke, so im Mittel haben wir da ganz gute Chancen und Erfolge. (11,7,26-29)

Ebenfalls vier Personen haben erwähnt, dass es auf jeden Fall eine kleine Gruppe von Patienten ist, welche die Sexualität von sich aus anspricht. Es wird selten einfach so offen kommuniziert. Das sind eher Ausnahmen. Die Patienten halten sich da eher kurz und wortkarg dazu.

Also locker drauflos sprechen...das ist ein kleiner Teil der Leute, bei denen man merkt, ja, dies war scheinbar auch zuhause schon normal. Ich finde es aber auch lässig, wie die einen entdecken, dass dies ja eigentlich – wie eine Grippe oder die Haarfarbe – auch dazu gehört. [...] Wie über Essen und Trinken kann man über Sexualität sprechen. (14,11/12,31-3)

Die Hauptgründe dafür sind meist Scham, Konfrontationsangst oder auch einfach keine Sprache dafür haben, nicht wissen, wie man über ein solches Thema spricht. Von fünf der befragten Personen werden diese Gründe angesprochen.

Das liegt sicherlich an den bekannten Faktoren wie Scham, aber auch...keine Worte dafür haben, nicht wissen, wie damit anfangen, unerfahren sein, das zum Thema zu machen. Da braucht es ganz oft so ein Abholen, das Thema aufmachen, ne Gelegenheit bieten, Formulierungen anbieten. (11,7/8,32-2)

Zwei bezeichnen eine vertrauensvolle Beziehung, welche im Laufe der Zeit zwischen Patient und Therapeut entsteht, als Basis offen und ehrlich über das Thema Sexualität zu sprechen.

Ganz wichtig ist einfach, welche Beziehung besteht zu dem Patienten. Ist eine vertrauensvolle Beziehung da, dann denke ich, dann kann man manche Sachen ansprechen. (15,3,17-19)

12.4.3. Einfluss

Wäre das Ausleben der Sexualität beziehungsweise der sexuelle Kontakt zwischen Patienten innerhalb der Klinik erlaubt, hätte das einen positiven Einfluss auf die Therapie. Darüber sind sich alle Befragten einig. Sechs Personen geben an, dass sich die Patienten durch das gesteigerte Wohlbefinden und die positiven Aspekte eines normalen Sexuallebens bestimmt besser auf die anderen Themen in der Therapie konzentrieren könnten.

Natürlich wären die einen Leute entspannter, könnten sich besser konzentrieren auf die eigentliche Grunderkrankung, also psychoedukativ zum Beispiel oder auf die Bearbeitung ihres Deliktes, von ihrer Anamnese...sie hätten da mehr Raum statt dass immer die Sexualität im Kopfrumschwirrt und im Vordergrund steht. (13,14,15-19)

Eine Person ist sich sicher, dass sich dann die Therapiegestaltung intensivieren würde. Besonders dann, wenn die Sexualität bereits im Delikt eine Rolle spielte, man sehe sowohl das Beziehungsverhalten wie auch das sexuelle Verhalten eines Patienten. Man hätte so auch ein Risiko weniger, das man jetzt, unter der heutigen Form, nicht einschätzen kann.

Ich denke, sie haben natürlich dann auch so sekundär eine Intensivierung von therapeutischen Prozessen, z.B. bei Sexualstraftätern. Sie haben das Thema, mit dem er grosse Probleme auch im Delikt hatte und verursacht hat, haben sie direkt in der Therapie. Ist bei vielen anderen Bereichen ja auch so, wenn Sie eine intensive Therapie machen, dann sind Sie als Therapeutenteam ja froh, wenn wir eine mittlere Problemaktualisierung haben, wenn wir zum Teil in der therapeutischen Situation sehen, was ist das Problem, was ist das Defizit oder was ist das Ziel und können dann damit sozusagen live am Problem arbeiten. Das hätten wir dann mit der Sexualität auch. Also auch neben dem, was wir schon hatten mit Bedürfnisbefriedigung, Umgang damit lernen, haben Sie den sehr interessanten Effekt: Sie haben das Thema an sich in der Therapie. (11,7,6-15)

Ein gutes und sicheres Vertrauen zum Therapeuten ist die Hauptbasis jedes therapeutischen Handelns. Eine Person glaubt, dass sich der Patient durch das Zulassen der Sexualität als Mensch anerkannt fühlt, was die Beziehung zum Therapeuten festigen kann.

Das andere ist, ich glaube, dass es darauf, dass man den Menschen als Menschen anerkennt und ihm die Möglichkeit gibt, doch sein Grundbedürfnis zu befriedigen, dass so ein Patient anerkannt wird und die therapeutische Beziehung und das Vertrauen zum Therapeuten viel mehr gefestigt wird. [...] Ich glaube, dass das Patienten zu gewähren die Bindung an die Massnahme, an den Therapeuten auch steigern würde. (12,8,23-26)

Allerdings fügen zwei der Befragten hinzu, dass auch das Fehlen der Sexualität in der Therapie analysiert werden kann...

Natürlich würde es vielleicht den Einen besser gehen, aber das Fehlen von Sexualität ist auch etwas, das man analysieren kann, wie sie das aushalten, die Kontrolle, die sie haben müssen. Das können auch wichtige Aspekte in der Therapie sein. (16,6,30-33)

...oder dass das Ausleben der Sexualität auch neue Themen provozieren kann, die dann wieder verarbeitet und in der Therapie thematisiert werden müssen.

Aber auch wieder mit der Rückseite, es kann dann eben auch Liebeskummer geben und Zeug und Sachen, die man dann halt auch wieder verarbeiten muss. Natürlich, eine schöne Beziehung ist doch belebend, aber wird garantiert, dass es auch tatsächlich eine schöne ist?! (I4,12/13,32-2)

12.4.4. Entwicklung und Stabilisierung

Drei der befragten Personen äussern, dass bei gewissen Patienten durchaus Entwicklungspotential in Sachen Sexualität beziehungsweise den Umgang mit Sexualität vorhanden ist. Eine Person meint, dass für viele Patienten das „Über-die-Sexualität-sprechen“ an sich bereits wertvoll sein kann.

Ja, ich denke im Rahmen der Therapie sowieso, dann würde man offen darüber sprechen und das wäre dann eine Entwicklung. (I6,6,1-2)

Eine andere Person erwähnt, dass ein begleiteter Umgang mit Sexualität zum Beispiel für einen Sexualstraftäter therapeutisch durchaus sehr wertvoll sein kann.

Es kann auch therapeutisch sein, dass ein Sexualstraftäter Kontakt mit einer Frau bekommt und angeleitet wird, was eine gesunde und gute Sexualität bedeutet oder wie man es lernt, mit gegenseitigen Vereinbarungen und nicht gegen den Willen des Partners oder der Partnerin, was zu tun. Und dass dies auch schön sein kann. Das kann therapeutisch total wertvoll sein. (I4,10,7-12)

Zwei Personen bezeichnen dies auch für einen Pädophilen als Entwicklungsmöglichkeit.

Aber wenn ein Pädophiler eine erwachsene Frau kennen lernen möchte und Sexualität leben möchte...das könnte eine Entwicklung sein für einen Pädophilen, wenn er merkt, ich kann auch mit jemandem erwachsene...also wenn das Machtgefälle dann anders wird, also wenn sich da etwas ändert...klar. (I4,10,20-24)

Wichtig ist dabei immer eine konstante Begleitung und das Schaffen eines möglichen Bezugspunktes, zum Beispiel durch eine gute, feste Beziehung. Dies wiederum kann sich positiv auf die psychische Stabilität eines Patienten auswirken. Die Normalisierung der individuellen Gefühle und Reaktionen eines Patienten durch eine Stabilisierung. Dies kommentieren drei der Befragten.

Beide haben eine Stabilisierung erfahren können. [...] Beide haben sich da wirklich...wirklich entwickelt. Echt entwickelt. Beide haben einen Bezugspunkt, ja. [...] Man erhofft sich durch das positive Erleben eines Bezugspunktes hier, dass er dann auch hierbleiben kann und dass er dann hier auch weiterhin Medikamente nehmen kann und dann so ein Leben führen kann, das ihn davor bewahrt wieder ins gleiche zu rutschen und wieder ein Delikt, usw., diesen Kreislauf immer wieder zu wiederholen. (I3,8/9,26-3)

Eine Person formuliert zusätzlich, dass eine persönliche Weiterentwicklung bei einem grossen Teil der Patienten möglich ist, wenn die Patienten gut begleitet sind.

Wir haben sicherlich ne Risikogruppe, wo das grundsätzlich schwierig ist mit ner persönlichen Weiterentwicklung, aber das ist ja immer die gleiche Frage, egal bei welcher Thematik wir sind oder bei welcher Intervention. Wir müssen den Einzelfall verstehen und das Entwicklungspotential des Einzelnen sehen. Und ich denke, es ist eher ne grössere Gruppe, die ein Entwicklungspotential hat und damit auch wirklich zu ner persönlichen Weiterentwicklung kommen zu können...wenn es gut begleitet ist. (I1,5,23-29)

12.4.5. Resozialisierung

In der forensischen Psychiatrie möchte man die Patienten resozialisieren, erneut ins Gesellschaftsleben wiedereingliedern. Man versucht, Normalität zu simulieren. Und da gehört die Sexualität dazu. Zwei der Befragten sind überzeugt, wenn mit Sexualität offener umgegangen und sie auch in der Klinik zugelassen werden würde, könnte man in der Therapie erkennen, wie sich ein Patient in diesem Feld bewegt, wie er mit Sexualität umgeht. Ob er eine normale Sexualität entwickelt hat oder ob er vielleicht einen Rückfall in alte Muster erfährt und so eventuell sogar ein neues Delikt in der Luft liegt.

Ja, furchtbar ist es. Und es ist sicher ein Fehlkonzept. Also es ist ganz ganz furchtbar. Und wir erwarten dann, dass wir ihn resozialisieren nach vielen Jahren und er kommt raus und hat vielleicht seit 6 Jahren mit keiner Frau mehr geschlafen. Also [...] das führt ja dann meines Erachtens zum absoluten Dilemma. Das ist ja absurd, wenn wir nur schon darüber nachdenken. (I7,11,13-19)

12.4.6. Einzelfallanalyse

Die Arbeit mit dem Einzelfall steht hier im Mittelpunkt. Man will den Einzelfall, also den einzelnen Patienten, im engen Zusammenhang mit bestimmten, individuumsbezogenen Verhaltensweisen im Hinblick auf therapeutische Massnahmen betrachten und begleiten. Vier der befragten Personen sind der Meinung, dass man dadurch Sexualkontakte unter den Patienten gut in ein Lockerungssystem einbinden könnte, wenn man den Einzelfall verstanden hat.

Man könnte sagen, von da und da an oder das und das und da ja und da nein. Das wäre an sich, technisch gesehen, kein Problem, sage ich jetzt mal. Und es wäre wahrscheinlich auch...das wäre realisierbar. Auch von der therapeutischen Einschätzung her, denke ich, könnte man das durchaus machen. Natürlich nicht bei allen, logischerweise nicht bei allen. Kommt auf die Krankheit an, kommt auf's Delikt drauf an, weiss ich was...es gibt da viele Kriterien. Aber bei einzelnen könnte man dies sicherlich problemlos machen und wäre es sicher auch einschätzbar, dass da nichts passiert. (I3,10,14-21)

Eine Person hat mehrere Jahre in einer forensischen Hochsicherheitsinstitution in Deutschland gearbeitet, in welcher Sexualität unter den Patienten erlaubt war. Sie berichtet über fast ausschliesslich positive Erfahrungen und betont, dass es dabei immer um das Gleiche ging: Man muss sich mit dem Einzelfall sehr gut auskennen.

Und, das ging immer um die gleichen Fragen, wir mussten den einzelnen Menschen gut kennen und hatten ein grosses Interesse daran, transparent die Beziehungsgestaltung oder Beziehungsanbahnung zwischen zwei Patienten mitzuerleben. [...] Wenn alles gut abgeklärt war und man so ein Paar dann auch in therapeutischen Bezugspersonengesprächen begleitet hat, haben wir sehr sehr positive Erfahrungen gemacht. Es kam sehr sehr selten zu Übergriffen, missverständlichen Situationen oder zu Abhängigkeitsverhältnissen. Zum Schluss ist das eine Frage...wie dicht sind Sie am Einzelfall oder an der einzelnen Paarbildung dran, als Therapeut, als Behandler, als Betreuer, als Verantwortlicher. (II,6,1-14)

Vier der Befragten sind sicher, es benötigt hinreichend personelle und fachliche Ressourcen, um einer Einzelfallanalyse gerecht zu werden. In einem weniger gut besetzten System muss man sich dann mit allgemeinen Regeln behelfen.

Und ich find so ein grundsätzliches Verbot macht da mehr Sinn, wo Sie einfach nicht genug Ressourcen haben, den Einzelfall zu verstehen. Je mehr Sie auf die andere Seite gehen, Sie haben die Ressource, den Einzelfall zu verstehen, desto mehr können Sie auch Ausnahmen machen von solchen sehr allgemeinen Regeln. (11,8,25-28)

Auf Sexualstraftäter, also Personen, die Straftaten in Bezug zu sexuellen Verhaltensweisen verübten, muss hier ein besonderes Augenmerk gegeben werden. Alle Befragten sind sich einig, dass die Thematik der Sexualität bei einem Sexualstraftäter schon mal per se ein anderes Thema ist als zum Beispiel bei einem Gewaltstraftäter.

Hm, ich habe nie mit Sexualstraftätern zusammengearbeitet. Ich weiss aber, dass die Behandlung von Sexualstraftäter eine besondere Herausforderung ist. Und ich glaube, da müsste man dann schon anders mit umgehen, ja. (15,6/7,33-2)

Zwei Personen sind überzeugt, wenn man das Verbot von sexuellen Kontakten zwischen Patienten aufheben würde, müsste man die Sexualstraftäter von diesem Lockerungssystem komplett ausschliessen.

Ja, in meinen Augen sofort, ja. Selbstverständlich. Unbedingt. Unbedingt. Weil...ich denke, es ist noch ein Unterschied, das muss man schon sehen, unsere Patienten – ich sag's jetzt mal in Anführungszeichen – „in einem gewissen Rahmen einschätzbar“, wenn man die Psychopathologie, die dahintersteht, kennt. Und auch schon langjähriger Kontakt besteht. Dann sind die ein wenig einschätzbar. Ein Sexualstraftäter scheint normal zu sein. Bei dem sieht man nicht von Anfang an, ja jetzt...Das ist ja das Hauptproblem bei denen. Die können sich jahrelang normal geben. Das sind ganz Normale – ganz abgesehen von diesem schmalen Bereich, scheinen die normal zu sein. Deshalb kommt es dann auch zu diesen schwerwiegenden Fällen, zu diesen Morden, die wir in der Schweiz in letzter Zeit hatten. (13,10,24-33)

Fünf Personen sind der Ansicht, dass man nicht grundsätzlich nach Delikt sondern nach Persönlichkeit und nach Hochrisikofaktoren ausschliessen sollte. Sie verdeutlichen, dass man hier sehr genau, aber sicherlich ebenfalls fallspezifisch hinschauen muss. Es hilft nicht, wenn man es nicht zulässt. Aber es muss mit psychologischer und psychiatrischer Extrabetreuung thematisiert und engmaschig besprochen werden.

Aber wenn ich davon ausgehe, dass es ein Grundbedürfnis ist, dann muss man sagen, dass auch ein Sexualstraftäter seine Bedürfnisse hat, auch wenn diese vielleicht sadistisch wären. Ich glaube, das müsste man auch wieder von Fall zu Fall anschauen, wie bei den anderen. (I7,8,15-18)

12.5 Statements

12.5.1. Expertenmeinung

Die persönliche Einstellung der sieben befragten, fachkundigen Personen gegenüber der Frage, ob das Verbot von sexuellen Kontakten zwischen den Patienten aufgehoben werden soll, wurde wie folgt beantwortet:

Fünf der sieben Befragten wären dafür, dies zu versuchen und würden eine Verbotserlassung definitiv begrüßen...

Meiner Meinung nach...wie gesagt...sollte man es aufheben. Man sollte auch da die Normalität einführen. Ich sag's jetzt mal so. Die Bedingung wäre einfach halt ein höherer Aufwand, ein noch höherer Aufwand. Es bräuchte einen breit abgestützten Konsens auch in der Klinik, um das Ganze zu beobachten, um das zu thematisieren usw. (I3,15,28-31)

...und formulieren, dass sie in diesem Thema in vielerlei Hinsicht Potential drin sehen, wenn man es erlauben würde.

Ich bin der Meinung, da wo hinreichend Ressourcen, personelle Ressourcen da sind, am Einzelfall dran zu sein, den Einzelfall gut einschätzen zu können, in seiner gesamten Facette, auch mit Sexualität, da bin ich dafür, kein Verbot von Sexualität in solchen Institutionen zu haben. (II,10,6-10)

Zwei der sieben Befragten stehen diesem Thema etwas ambivalent gegenüber. Sie sind der Meinung, dass die Ansätze, die bereits gelegt worden sind, grundsätzlich weiterverfolgt werden sollten. Auch gewisse Lockerungen würden sie begrüßen. Aber das Verbot ganz aufzuheben, wäre ihnen momentan doch zu radikal.

Es gibt z.B. Länder, ich denke da an Holland, wo man professionelle Berührerinnen z.B. in solchen Situationen einsetzen könnte. Oder im Bereich mit der Arbeit mit Behinderten z.B. einsetzt. Aber ich glaube, da sind wir hier noch relativ weit

davon weg. Also ich kann mir das jetzt unter den Bedingungen, jetzt im Moment kann ich mir das eigentlich nicht vorstellen. (15,10,5-9)

12.5.2. Aktualität

Vier der befragten Personen kommentieren, dass in ihrer Institution weder über eine Verbotserlassung noch über eine Lockerung des Verbots gesprochen wird. Zumindest im Moment hat dieses Thema wenig Bedeutung. Innerhalb des Teams wird es zwar ab und an thematisiert, nicht aber im Gesamtsystem.

Nein, ich denke nicht, nein. Also auch innerhalb dieser 12 Jahre, in denen ich jetzt hier bin...muss ich sagen, ist dieses Kontaktzimmer eingerichtet worden. Ich schätze...hmm...also ich kann's nicht genau sagen, ich schätze wahrscheinlich so ungefähr 5 Jahre jetzt, gibt's das nun, und... [...] Das war dann für mich auch so der erste Ansatz, ja oke, irgendwelche Leute scheinen sich mit dem Thema zu befassen...aber da ist es dann auch irgendwie liegen geblieben. (15,11,10-15)

Diskussion

13 Beantwortung der Fragestellung und Interpretation

Ziel der Fragestellung dieser Untersuchung ist es, herauszufinden, ob die Aufhebung des Verbotes von sexuellen Kontakten zwischen Patienten Auswirkungen hätte auf das Zusammenleben in der forensischen Einrichtung und auf die psychische Stabilität jedes Einzelnen. Die daraus abgeleitete Hypothese, dass die Aufhebung keine Auswirkungen auf das Zusammenleben hätte, kann nach der Auswertung klar widerlegt werden. Ebenso können wir die zweite Hypothese bestätigen, welche beschreibt, dass die psychische Stabilität der einzelnen Patienten durch das legitimierte Ausleben von sexuellen Kontakten gefestigt wird, was zu einem günstigeren Therapieverlauf beitragen würde. Zu diesen Schlüssen kommen wir aus folgenden Gründen:

Alle Befragten waren der Meinung, dass Sexualität bei ihren Patienten eine gleich grosse Rolle spielt wie bei jedem anderen Menschen. Drei davon waren sogar überzeugt, dass Sexualität eine sehr grosse Rolle spielt im Alltag und Erleben ihres Patienten. Vier von unseren Interview-Partner(innen) haben betont, dass Sexualität auch in einer forensischen Institution gelebt werden können muss, da jeder Mensch diesen Anspruch hat. Des Weiteren waren alle davon überzeugt, dass der Mangel an Möglichkeiten, Sexualität zu leben, bei den Patienten einen grossen Leidensdruck erzeugt. Diesbezüglich steht nicht einmal der sexuelle Akt an sich im Vordergrund, sondern vielmehr der Wunsch nach Nähe, Liebe und Geborgenheit. Dieser Wunsch wird als noch bedeutender eingeschätzt als das Verlangen nach sexuellen Kontakten. Aufgrund des auferlegten Verbotes, sich grundsätzlich unter den Patienten nahezukommen, müssen mögliche Alternativen näher betrachtet werden. Die Selbstbefriedigung steht diesbezüglich im Vordergrund, die Umsetzung ist jedoch ebenfalls schwierig, sei es wegen mangelnder Privatsphäre oder körperlichen Dysfunktionen aufgrund von Medikamenten, die regelmässig eingenommen werden müssen. Ein vorhandenes Kontaktzimmer steht lediglich denjenigen Patienten zur Verfügung, welche draussen in der Gesellschaft eine(n) Ehepartner(in) oder eine(n) langjährige(n) Partner(in) haben. Das administrative Verfahren hierzu lässt einen solchen Kontakt nur alle paar Monate zu und dämpft zusätzlich die allfällige sexuelle Vorfriede durch

begrenzte Zeit (30 Minuten) und Beobachtung von aussen, im Sinne von: Jeder weiss, dass jetzt gerade Besuch empfangen wird.

Bei der Befragung nach möglichen Risiken und Gefahren bezüglich einer Aufhebung des Verbotes werden verschiedene Gefahrenquellen erwähnt. Nur wenige der Befragten sind jedoch der Meinung, dass es zu massiver Gewalt wie zum Beispiel Missbrauch kommen könnte, da die kontrollierte Struktur dies kaum zulassen würde. Zwei der Befragten glauben sogar gar nicht daran, dass sich die Gefahrenquellen massiv vergrössern würden.

Sechs der befragten Personen sind jedoch überzeugt, dass eine Art der Prostitution durchaus eine Gefahrenquelle darstellen könnte, vor allem durch Patienten, die schon viele Jahre in der Einrichtung weilen und sich für die eigenen Interessen verkaufen. Drei dieser Befragten erwähnen jedoch auch, dass dies heute schon vorkommt. Der eigene Körper wird zum Beispiel gegen Zigaretten verkauft und wenn die Kamera kurz nicht hinsieht, wird der Handel unter der Dusche vollzogen. Mittel und Wege werden demnach auch heute schon gesucht und gefunden. Von drei der Befragten wird auch erwähnt, dass die Gefahr besteht, ungünstige Abhängigkeiten zu schaffen, sollte man das Verbot der sexuellen Kontakte aufheben. Damit sind sexuelle Handlungen an Personen gemeint, die ohne deren Einverständnis geschehen. Dazu kommt, dass diejenigen, die noch keine sexuellen Erfahrungen haben, was in einer forensischen Psychiatrie durchaus vorkommen kann, allenfalls durch Übergriffe anderer eine falsche Ausrichtung bekämen, weil sie ihre eigene sexuelle Identität noch nicht gefunden haben.

Bezüglich Auswirkungen auf den einzelnen Patienten sind vier der Befragten der Meinung, dass ein psychisch kranker Patient, der einer oder mehrerer der erwähnten Gefahren ausgesetzt wäre, eventuell überfordert sein könnte und nicht mit einer solchen Situation umzugehen vermag. Dies könnte allenfalls einen Rückfall zur Folge haben. Ebenfalls wird von vier Befragten befürchtet, dass die Verbotsaufhebung auch auf das Zusammenleben innerhalb der Institution negative Auswirkungen haben könnte. Diesbezüglich steht vor allem das Thema Eifersucht im Vordergrund.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Betrachtung von aussen. Zwei der Befragten sind der Meinung, dass Sexualität auch in der Gesellschaft oft noch ein Tabuthema ist, weshalb es für eine forensische Psychiatrie noch viel schwieriger ist, mit diesem Thema umzugehen, da die Öffentlichkeit über das Leben in einer forensischen Einrichtung oft

falsch informiert und völlig unwissend ist. Alle Befragten sind sich zudem einig, dass eine Verbotserlassung eine grosse Herausforderung darstellen würde bezüglich der Reputation der Institution. Für die Öffentlichkeit ist die forensische Psychiatrie ein sehr heikles Thema, zudem werden vor allem heikle Themen von den Medien äusserst kritisch und oft negativ dargestellt. Als forensische Institution darf man sich keine Fehler erlauben und ist demzufolge auch bemüht, möglichst Fehler zu vermeiden. Vier der Befragten erwähnen, dass es eine Hauptvoraussetzung sei, um die Aufhebung eines Verbotes überhaupt bewerkstelligen zu können, ausreichend personelle Ressourcen zu haben, um die einzelnen Fälle ausreichend begleiten zu können. Ein grundsätzliches Verbot, wie es heute herrscht, macht da Sinn, wo nicht genügend Ressourcen vorhanden sind.

Bezüglich möglicher Chancen, welche durch einen allfälligen Verbotserlass entstehen würden, sind sich vier der Befragten einig, dass sich sogar für die Gesellschaft an sich eine Chance ergeben würde. Es würde sich ein Feld öffnen, welches zum Menschen dazugehört und dadurch therapeutisch besser beurteilt und behandelt werden könnte. Alle Befragten stimmen ebenso zu, dass das Erlauben von sexuellen Kontakten zwischen Patienten in vielerlei Hinsicht positive Auswirkungen auf diese haben würde. Vier davon denken, es wäre schon einen Wert an sich, wenn das Grundbedürfnis nach Sexualität als solches in einem guten Sinne erfüllt werden könnte. Zwei der Befragten sähen es als Chance, Nähe zu empfinden und auszudrücken und ebenfalls zwei betrachten es als Teil auf dem Weg zurück zur Normalität. Drei der Befragten glauben, dass durch gelebte Sexualität das Selbstbewusstsein des Patienten gestärkt würde und dies wichtig sei für dessen geistige Gesundheit. Denn ist der Selbstwert gut, ist man weniger aggressiv, weniger schnell gekränkt und kann mit negativen Emotionen und Erlebnissen besser umgehen, ohne dass es allenfalls in einem Gewaltakt eskaliert.

Ein wichtiger Betrachtungspunkt in der forensischen Psychiatrie ist die Therapie und deren Verlauf. Alle Befragten sagen aus, dass die Sexualität in der Therapie grundsätzlich thematisiert wird und sechs davon erachten diese Tatsache als bedeutsam. Alle Befragten sind sich einig, dass das Ausleben der Sexualität und der sexuelle Kontakt zwischen Patienten einen positiven Einfluss auf die Therapie hätte. Sechs davon geben an, dass sich die Patienten, durch das daraus resultierende gesteigerte Wohlbefinden und die positiven Aspekte eines normalen Sexuallebens, besser auf andere Themen in der Therapie konzentrieren könnten. Eine Person ist sich sogar sicher, dass sich die Therapigestaltung intensivieren würde, besonders dann, wenn die Sexualität bereits im Delikt eine Rol-

le spielte. Man sähe sowohl das Beziehungsverhalten sowie auch das sexuelle Verhalten eines Patienten. Man hätte dadurch auch ein Risiko weniger, welches man jetzt, mit der heutigen Form, nicht einschätzen kann. Ebenso könne sich die Beziehung zum Therapeuten festigen, da sich der Patient durch das Zulassen von Sexualität als Mensch anerkannt fühlt. Eine weitere Person erwähnt, dass ein begleiteter Umgang mit Sexualität gerade für einen Sexualstraftäter therapeutisch sehr wertvoll sein könnte. Er würde durch einen Kontakt zu einer Frau angeleitet werden und mitbekommen, was eine gesunde Sexualität bedeutet und wie man lernt, mit gegenseitigen Vereinbarungen und nicht gegen den Willen des Partners etwas zu tun. Dieser Aspekt könnte therapeutisch äusserst wertvoll sein. Wichtig dabei wäre natürlich eine konstante Begleitung und das Schaffen eines möglichen Bezugspunktes, zum Beispiel einer guten, festen Beziehung. Dies wiederum könnte sich positiv auf die psychische Stabilität eines Patienten auswirken und eine Normalisierung der individuellen Gefühle und Reaktionen herbeiführen.

Ein wesentlicher Aspekt in der forensischen Psychiatrie ist die Resozialisierung der Patienten. Man versucht, Normalität zu simulieren, und da gehört die Sexualität dazu. Zwei der Befragten sind überzeugt, wenn mit Sexualität offener umgegangen und sie auch in der Klinik zugelassen würde, könnte man in der Therapie erkennen, wie sich der Patient in diesem Feld bewegt und wie er damit umgeht. Man würde erkennen, ob er eine normale Sexualität entwickelt hat oder ob er vielleicht einen Rückfall in alte Muster erfährt und so eventuell sogar ein neues Delikt bevorstehen könnte. Auch hier steht die Arbeit mit dem Einzelfall wieder im Mittelpunkt. Man will den einzelnen Patienten im engen Zusammenhang mit bestimmten, individuumsbezogenen Verhaltensweisen im Hinblick auf therapeutische Massnahmen betrachten und begleiten. Vier der befragten Personen sind der Meinung, dass man dadurch Sexualkontakte unter den Patienten gut in ein Lockerungssystem einbinden könnte, wenn man den Einzelfall verstanden hat. Um einer solchen Einzelfallanalyse und psychiatrischer Extrabetreuung jedoch gerecht zu werden, benötigt es hinreichend personelle und fachliche Ressourcen. Und genau da liegt in den meisten Institutionen das Problem, weshalb man sich mit allgemeinen Regeln helfen muss. Obwohl die personelle Voraussetzung in den beiden Institutionen, in welchen die Interviews stattgefunden haben, nicht gegeben ist, wären fünf der sieben Befragten dafür, einen Versuch zu starten und würden eine Verbotserlassung definitiv begrüßen.

Abschliessend ist deshalb zu sagen, dass die Aufhebung des Verbots, sexuelle Kontakte unter Patienten in forensischen Einrichtungen zu leben, auf jeden Fall Auswir-

kungen hätte auf das Zusammenleben in der Institution sowie auf die psychische Stabilität jedes Einzelnen. Die befragten Experten sind der Meinung, dass die positiven Auswirkungen überwiegen, eine Umsetzung in der Praxis jedoch äusserst schwierig sein dürfte aufgrund der Ressourcenfrage in den Kliniken und forensischen Psychiatrien.

14 Methodenkritik

Grundsätzlich ist es schwer, ein komplexes und tabuisiertes Thema wie Sexualität und deren Auswirkungen auf Patienten mit einem standardisierten Fragebogen zu erörtern. In dieser Untersuchung liegt der Fokus auf dem individuellen Erleben, welches so nur durch ein Gespräch grundlegend exploriert werden kann. Das sind klare und wichtige Gründe, die für eine qualitative Forschungsmethode sprechen.

Aufgrund der kleinen Stichprobe von sieben Fachexperten ist die Aussagekraft der Ergebnisse beschränkt. Zudem kann man sich fragen, wie die Gewichtung von Chancen und Gefahren ausgefallen wäre, wenn die Direktbetroffenen befragt worden wären, nämlich die Patienten.

Bezüglich der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für diese Studie stellt sich zusätzlich die Frage einer Bias. Die Personen, die sich zu einem Interview bereitklärten, erwiesen sich als überdurchschnittlich offen und interessiert. So wird vermutet, dass Personen, welche möglicherweise viel mehr Gefahren oder grössere Ablehnung dem Thema gegenüber empfinden, und sich dadurch anderen gegenüber nicht öffnen möchten, sich auf qualitative Interviews gar nicht einlassen. Demzufolge stellte es auch eine gewisse Schwierigkeit dar, genügend Interviewpartner zu diesem Tabuthema in forensischen Einrichtungen zu finden.

Aufgrund der Komplexität des Themas und der Tatsachen, dass Sexualität noch immer nicht ganz einfach zu diskutieren ist, hat sich das qualitative Verfahren jedoch bewährt. Mit Hilfe des Interviewleitfadens konnte immer wieder auf den Kern des Problems zurückgefunden werden und durch die offenen Fragen flossen auch narrative Elemente in die Gespräche ein, welche zu einem besseren Verständnis der individuellen Situation des Patienten beigetragen haben.

15 Ausblick

Durch diese Untersuchung konnten viele Erkenntnisse bezüglich der Chancen und möglichen Entwicklungsfelder von forensischen Patienten, aber auch von möglichen Gefahren für die Institution, sollte das generelle Kontaktverbot bezüglich Sexualität aufgehoben werden, gewonnen werden.

Zusätzlich wurden von mehreren Befragten erwähnt, dass in anderen Ländern wie zum Beispiel Deutschland, durchwegs positive Erfahrungen gesammelt werden konnten in forensischen Einrichtungen, in welchen sexuelle Kontakte zwischen Patienten nicht verboten waren.

Demzufolge wäre es durchaus empfehlenswert, dieses Thema innerhalb der Kliniken in der Schweiz aufzunehmen. Den Autorinnen ist jedoch bewusst, dass der damit verbundene Mehraufwand in der Einzelfallanalyse und Betreuung äusserst schwer abzudecken wäre. Zusätzlich müsste ein Umdenken bei jedem Einzelnen stattfinden, die Klinikleitungen müssten den gesamten Klinikalltag überdenken und neu gestalten sowie allfällig räumliche Anpassungen müssten vorgenommen werden. Aufgrund des stetigen Drucks und der Aufmerksamkeit durch die Medien, was forensische Einrichtungen und deren mögliche Fehlritte betrifft, ist es schwer vorstellbar, dass diese Schritte eingeleitet werden. Es wäre jedoch interessant, mit den Leitern von Kliniken und gesetzlichen Vertretern eine weitere Studie durchzuführen, um deren Bereitschaft zu einer Veränderung zu erörtern.

Literatur

- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (13. überarbeitete Auflage). Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Döring, N. (2006). Sexualität im Gefängnis. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 19 (4), S. 279 – 380. doi: 10.1055/s-2006-955196
- Friedrichs, K. (1969). *Die spezialpräventive Wirkung der Freiheitsstrafe am Beispiel der wegen mann-männlicher Unzucht verurteilten Gefangenen*. Köln: Wienand Verlag.
- Hax-Schoppenhorst, T.& Schmidt-Quernheim, F. (2003). *Professionelle forensische Psychiatrie*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Heuer, G. (1978). *Problem Sexualität im Strafvollzug*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Kanton Zürich. Direktion der Justiz und des Innern. *Amt für Justizvollzug*. Retrieved from <http://www.justizvollzug.zh.ch>
- Keppler, K., & Stöver, H. (2009). *Gefängnismedizin*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim: Belz Verlag.
- Pontifex, M. (2007). Tabu: Sexualität im Knast. *Ulmer Echo*, S. 24
- Sykes, G.M. (1958). *The Society of Captives*. Princeton University Press.
- Wendt, H.L. & Kröber, M. (2005). *Handbuch der forensischen Psychiatrie*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Witt, A. (1977). Sexualität im Knast. *Sonderdruck Psychologie heute „Strafvollzug – Die bestrafte Gesellschaft“*. S. 25 - 28

Anhang

Anhang A	Anschreiben, Brief.....	1
Anhang B	Interviewleitfaden.....	3
Anhang C	Interviewprotokoll/Einwilligungserklärung.....	6
Anhang D	Kategoriensystem	7
Anhang E	Ausschnitt Maxqda Version 11	25



Sehr geehrte Damen und Herren

Wir studieren an der ZHAW in Zürich Psychologie. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine qualitative Studie zum Thema „Sexualität in der forensischen Psychiatrie“ durch.

Das Bedürfnis nach Sexualität ist ein fundamentales körperlich-seelisch-soziales Grundbedürfnis für alle Menschen, egal ob gesund oder (psychisch) krank. Es ist ein Persönlichkeitsrecht, welches die Integrität des anderen nicht beeinträchtigen darf und sich im Rahmen der gesetzlichen Normen bewegen muss.

In forensischen Institutionen sind sexuelle Kontakte zwischen Patienten, soweit wir wissen, verboten. Dies führt jedoch immer wieder zu kontroversen Diskussionen.

Unsere Arbeit wird der Frage nachgehen, welche Auswirkungen die Aufhebung des Verbots von sexuellen Kontakten zwischen Patienten in der forensischen Psychiatrie im Kanton Zürich auf das Zusammenleben in der Einrichtung und auf die psychische Stabilität jedes Einzelnen hätte.

Wir möchten mit unserer Arbeit einen Beitrag dazu leisten, dass dieser Aspekt nachhaltig thematisiert und bestenfalls überdacht wird. Dabei wollen wir eine Übersicht über psychologisch relevante Themen und Problemstellungen am Beispiel der Sexualität bei Männern in der forensischen Psychiatrie erstellen und das Pro und Contra dieses Verbots in Erfahrung bringen.

Mit Hilfe von qualitativen Experteninterviews mit Therapeutinnen und Therapeuten u/o mit Pflegenden soll herausgearbeitet werden, wie mit dem Thema Sexualität in der fo-

rensischen Psychiatrie im Kanton Zürich umgegangen wird und welche Auswirkungen eine mögliche Neuausrichtung in Bezug auf Verbotserlassungen haben könnten.

Deshalb gelangen wir heute an Sie. Wir suchen Therapeutinnen oder Therapeuten und Pflegende der Justizvollzugsanstalt Pöschwies, welche bereit wären, mit uns ein ca. 60-minütiges Interview zum erwähnten Thema durchzuführen.

Für Ihre Mithilfe danken wir Ihnen sehr.

Herzliche Grüsse,
Susanne Frei und Maja Vallini

Anhang B

Interview-Leitfaden

Kennenlernen/Joining

- Dank
- Vorstellen (pers. Werdegang, Studium, Berufsziel)

Einführung ins Thema

- Thema/Fragestellung: *Welche Auswirkung hätte die Aufhebung des Verbots von sexuellen Kontakten zwischen Patienten auf das Zusammenleben in der Einrichtung und auf die psychische Stabilität jedes Einzelnen?*
- Vorgehen: qualitativ/freies Erzählen, ca. 45 Min, Aufnahme, Direktzitate unter Verwendung von Kürzeln

Situation heute in der Institution?

1. Einstiegsfrage: Krankheitsbilder forensischer Patienten? Verhältnis?
2. Welche Regeln gelten hier in ... bezügl. der Sexualität und der Sexualkontakte?
→ *Pornographie, Internet, sex. Kontakte ausleben etc.*
3. Wie werden diese von den Insassen gelebt? Hält man sich daran? Gibt es häufig Verstöße?
4. Sex unter Gefangenen wird nicht toleriert. Trotzdem kommt es vor. Wie wird darauf reagiert?
→ *von Seiten der anderen Patienten und von den Aufsichtspersonen her*

Überleitung zum eigentlichen Thema.....

- Wir haben im Vorfeld *bereits gewisse Kategorien gebildet*, auf die wir die *Schwerpunkte in unserer Arbeit* legen möchten. Auf diese 5 Kategorien (wurden im Kontaktmail erwähnt) möchte ich nun genauer eingehen.
- Darf ich Sie bitten, bei den nachfolgenden Fragen jeweils *hauptsächlich auf die psychische Stabilität des Einzelnen*, aber auch auf das *Zusammenleben der Gefangenen* einzugehen?

Bedürfnisse (1. Kategorie)

5. Welche Rolle spielt die Sexualität im Leben eines Patienten?
6. Welche Möglichkeiten sexueller Befriedigung stehen bei den Patienten während ihrem Aufenthalt im Vordergrund?
Gibt es da Möglichkeiten und werden diese genutzt?

→ *Selbstbefriedigung, Pornographie, homosexuelle Betätigung*

7. Bekommt man dies überhaupt irgendwie mit?
8. Gibt es eine haftbedingte also temporäre Homosexualität?
9. Wie wird der Mangel an Möglichkeiten zu sexuellen Kontakten empfunden?
Ist da ein Leidensdruck vorhanden?
10. Welche Möglichkeiten können sexuelle Bedürfnisse am ehesten mindern?
→ *Sport, Arbeit, Freizeitbeschäftigung, Alternativen*
11. Inwieweit tragen Medikamente zur Linderung des sexuellen Bedürfnisses bei?
12. Gibt es Medikamente, die speziell zur Triebdämpfung eingesetzt werden?
13. Gibt es auch Medikamente, welche das sex. Verlangen steigern?
Führt dies zu Problemen?

Gefahren (2. Kategorie)

14. Wo sehen Sie die grössten Gefahren bei einer Aufhebung des Sexualverbots?
→ *sexuelle Nötigung, Prostitution, Bildung von Subkulturen, Gewalt*
15. Welche Auswirkungen könnte das auf jeden Einzelnen haben?

Risiken (3. Kategorie)

16. Würde die Sexualität innerhalb Ihrer Institution offiziell erlaubt, inwiefern könnte dann Ihre Reputation auf dem Spiel stehen (Ruf nach Aussen, Medien)? Konsequenzen für die Institution?
17. Man muss die Situation und den Einzelnen immer versuchen richtig einzuschätzen.
Könnte dies ein Risiko sein, das man lieber nicht eingehen möchte?
18. Wie gross sehen Sie ein Risiko bezüglich übertragbarer Krankheiten?
19. Könnten noch weitere Risiken bestehen?

Chancen (4. Kategorie)

20. Könnte eine Aufhebung des Verbotes eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden der Insassen haben? Inwiefern?
Wenn nein, wieso nicht?
21. Könnte sich der Einzelne in seiner Persönlichkeit allenfalls besser entfalten oder weiterentwickeln, wenn die Sexualität offen ausgelebt werden könnte?
22. Wäre unter Umständen das gesamte Zusammenleben friedlicher und harmonischer?
23. Müssten Sexualstraftäter dabei evt. ausgeschlossen werden?
24. Welche weiteren Chancen könnten entstehen?

Therapie (5. Kategorie)

25. Wird die Sexualität in der Therapie also thematisiert?
26. Vom Therapeuten oder vom Patienten? Inwiefern? Wie mitteilbar sind die Patienten?

27. Wir haben gehört, dass das Thema Sexualität (sowie auch das Thema Religion) in der Therapie eher zu kurz kommen. Können Sie das bestätigen?
→ sich nicht getrauen anzusprechen, nicht wissen wie,...
28. Könnte eine gelebte Sexualität einen positiven Einfluss auf den entsprechenden Therapieverlauf haben?

Abschliessende Fragen zur Ausarbeitung des Themas

29. „Sexualentzug als Teil der Strafe“ - sozusagen strafverschärfend also.
Wie stehen Sie zu dieser Aussage?
30. Kondome sind trotz Verbot beziehbar - Was meinen Sie zu diesem Widerspruch?
31. Wurden Punkte/Kategorien/Themen vergessen, die zur Beantwortung der Fragestellung wichtig sein könnten ? Fehlt noch was?
32. Wie beantworten Sie die Fragestellung aus Ihrer persönlichen Sicht?
→ *Wenn ja: Umsetzbarkeit? (zB. Zellen öffnen, Besucherräume für alle)*
33. Wird das aktuell thematisiert?

Gesprächsabschluss

- Danken für Gespräch

Anhang C

Interviewprotokoll

Interviewnummer:

Interviewte Person:

Interviewcode:

Beruf/Berufsstatus:

Wie lange in Institution?

Pensum:

Ort:

Datum:

Dauer:

Einwilligungserklärung

Ich habe das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen, „freien“ Interviews:

- die Abschrift gelangt nicht an die Öffentlichkeit
- Anonymisierung bei der Abschrift
- Löschung des Bandes nach Beendigung der Arbeit

zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Datum: Unterschrift:

Anhang D

Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

K1: Bedürfnisse				
Subkategorie	Subunterkategorie	Anz	Definition	Ankerbeispiel
Rolle der Sexualität		19	Stellenwert des Grundbedürfnisses der Sexualität, d.h. der Gesamtheit der Lebensäußerungen, Verhaltensweisen, Empfindungen und Interaktionen der Patienten in Bezug auf ihr Geschlecht	Ich glaube, dass allgemein, wie schlafen und essen, Sexualität ein Grundbedürfnis ist von jedem Menschen. Und deswegen würde ich es gar nicht unterscheiden, ob es ein Patient oder ein Mensch ist. Jeder Patient ist ein Mensch, deswegen spielt es eine grosse Rolle. Manchmal ist es einfach so, dass die Erkrankung das vielleicht überdeckt...eine Zeit lang, aber es spielt eine sehr grosse Rolle. Vielleicht hier im Sicherheitstrakt jetzt nicht so, weil die Erkrankung noch fast primär ist. Aber ich würde sagen bei meinen 10 Patienten spielt es bei 7 Patienten eine sehr sehr grosse Rolle. Und auch auf der Massnahmenstation, wo sie ja immer gesünder werden, kann es viel mehr Raum, mehr Platz einnehmen, die Sexualität. (I7,3,10-20)
Medikamenteneinfluss		12	Medikamente bewirken eine sexuelle Dysfunktion (individuelle Ansprüche an eine erfüllte Sexualität werden nicht erreicht) bzw. eine Störung der Sexualreaktion (körperliche Reaktion)	Also Neuroleptika können sexuelle Dysfunktionen auslösen, und das gar nicht so selten. Sie mindern den Antrieb an sich. Das heisst, die Patienten sind oft gedämpft, im Antrieb vermindert und dann ist prinzipiell der Antrieb vermindert zu Sexualität. Das ist das eine. Und das zweite, durch die sexuelle Funktions-

				störungen - wie kein Ejakulat oder eben ähnliches - berichten auch Patienten aktiv darüber, dass ihre Lust dadurch einfach gehemmt ist, weil es nicht mehr so richtig funktioniert. (I2,4,1-6)
	Triebdämpfung	10	antriebs- und libidoabschwächende Erscheinung aufgrund eines Medikamentes	Es ist eher so, dass die normalen Psychopharmaka in der Regel einfach dämpfen. Also die dämpfen ja alles...sie dämpfen den Antrieb insgesamt, aber sie dämpfen natürlich als Nebeneffekt logischerweise auch die Sexualität, ja. (I3,5,23-25)
	Triebsteigerung	6	Stimulierung des sexuellen Lusttriebes aufgrund eines Medikamentes	Es kommt auch vor, dass wir Viagra verschreiben, wenn jemand masturbieren möchte und dies auf Grund der Nebenwirkungen nicht klappt. Es hat einige, die Viagra beziehen. Einfach dann, wenn jemand onanieren möchte und einfach keine Befriedigung erreicht, weil er keine Erektion bekommt. Da wird Viagra abgegeben, wenn es gut verträglich ist im Gesamtkontext und mit den Medikamenten...und nicht noch irgendwie ein Diabetesproblem oder ein wahnsinniges Übergewicht besteht, dass dann wo möglich noch Herzprobleme befürchtet werden müssten. (I4,5,12-18) Und sonst...gibt's keine wirklichen Nebenwirkungen von den Neuroleptika, die wir beobachten, die triebsteigernd sind. (I2,4,18-19)
Leidensdruck		8	subjektives Erleben, das beim Betroffenen einen Einfluss auf die Lebensqualität ausübt	Auf jeden Fall, da ist schon ein grosser Leidensdruck. (I2,3,27) Als relativ schlimm bei einzelnen. Ist unterschied-

				lich. [...] Was wir viel mehr spüren, ist der grundsätzliche Druck nach Liebeskontakt, nach Liebe. Nicht im Sinne von Sexualität, sondern im Sinne von Nähe, sich kümmern, von Wärme. Das Sexuelle ist vielleicht - auf das Selbstbewusstsein bezogen - eher als Mann ein Problem. Dass man dann das Gefühl hat, jetzt fällt das auch noch weg. [...] Aber es steht sicher nicht so im Vordergrund wie das Bedürfnis nach Liebe. (I3,5/6,27-2)
Möglichkeiten sexueller Befriedigung		17	die Arten der Realisierbarkeit des sexuellen Lusterlebens	<p>Ich denke, die Hauptquelle der sexuellen Befriedigung ist bei den untergebrachten Patienten, die wir behandeln, ist die Selbstbefriedigung und da denke ich häufigst unter Einsatz von den üblichen Film-, Fernsehclips, die man so im Fernsehen sieht. (I1,2,16-18)</p> <p>Wir hätten ein Kontaktzimmer, welches Personen in <i>festen</i> Beziehungen benutzen könnten. Dies kann beantragt werden. Es wird auch manchmal genutzt, eher selten. V.a. dann, wenn es draussen einen Ehepartner oder einen langjährigen Partner gibt. Die meisten finden dann diesen Raum auch nicht so...ja, alle wissen, dass dieses Kontaktzimmer gebucht wurde. Das ist einfach schon mal eine schlechte Voraussetzung. (I4,3/4,31-3)</p>
Alternativen		7	bietet eine andere Möglichkeit zur Erfüllung eines Anspruches im Sinne einer Entweder-oder-Entscheidung	Hmm...sportliche Aktivitäten nehme ich an...eben, wird auch nicht klar kommuniziert. Aber ich nehme einfach an sportliche Aktivitäten, Freizeitgestaltung, Ablenkung mit TV schauen...einfach sich beschäftigen, denke ich, ist ein wichtiger Punkt, um sich von

			<p>dem Thema abzulenken, ja. (I5,4,20-23)</p> <p>Falls das funktioniert und Ersatz ist (lacht), könnten sie natürlich alle möglichen Angebote nutzen, um sich sozusagen zu verausgaben oder zu erschöpfen oder so. Ob das dann immer ein guter Ersatz ist, ist dann nochmals eine andere Frage. Da gibt's vielfältige Möglichkeiten sich körperlich sehr auszuleben, sagen wir mal so. (I1,3,7-10)</p>
--	--	--	--

K2: Risiken				
Subkategorie	Subunterkategorie	Anz	Definition	Ankerbeispiel
Gefahren	Gewalt	5	Handlungen, die auf Menschen schädigend einwirken	Natürlich, Gewalt kann eigentlich immer vorkommen. Aber dann würde ich sagen, wenn Gewalt bei uns vorkommt, dann ist sie eigentlich in <i>dem</i> Rahmen, wie es in einer solchen Zwangsgemeinschaft vorkommen kann, weil man normal streitet. Ich denke nicht, dass die Ausübung von Sexualität hier die Gewalt fördern würde. Das sicher nicht. (I3,6,26-30)
	Erpressung	5	Androhen eines Übels zu Lasten eines anderen	Es kann auch zu Erpressungen, weil, ob das freiwillig ist oder nicht, das kann man ja nicht beobachten...es hat schon Risiken. (I6,4,10-11)
				In intransparenten und nicht-sozialen Beziehungsgestaltungen, dass z.B. ein Stärkerer einen Schwächeren bedroht und Sex verlangt. [...] Es <i>könnte</i> zu Unfreiwilligkeiten und Drucksituationen führen. (I1,4,8-

			11)
Prostitution	8	sexuelle Handlungen gegen Entgelt anbieten	<p>Prostitution kann durchaus ein Thema sein, absolut, dass z.B. die Frau oder...wahrscheinlich die Frau parallel zu mehreren Männern innerhalb der Forensik sexuelle Beziehungen pflegt gegen Entgelt, aus finanziellen Gründen, aus welchen Gründen auch immer, ja. (I5,5,10-13)</p> <p>[...] wenn man sagt, du kriegst fünf Zigaretten mehr – und Zigaretten ist wie Gold hier – dann könnte vielleicht in der Dusche, wenn die Kamera nicht hinschaut, kann man. Der Mensch <i>kann</i> Wege finden, immer und überall, auch hier. Aber ich würd's jetzt als Ausnahmeerscheinung sehen und nicht als gängiges Problem, was entstehen könnte. (I2,5,4-7)</p>
problematische Beziehungen, Missbrauch	11	Beziehungen mit ungleichem Machtgefüge, sexuelle Handlungen an Personen, die ohne deren Einverständnis geschehen bzw. die sich aufgrund ihrer Krankheit über die Konsequenzen der Handlungen nicht bewusst sind	<p>Also ich glaube, die grösste Gefahr wäääre, wenn sich einer der beiden Geschlechtspartner in einer derart schlechten psychischen Verfassung ist, dass er sich nicht bewusst ist, was er da eingeht. Also es kann durchaus sein, das der- oder diejenige psychisch derart krank ist und sich der Tragweite seines Handelns nicht bewusst ist und dadurch Konsequenzen entstehen...Eine gewisse Abhängigkeit, viele Patienten haben eine gestörte Beziehungsgestaltung. (I5,5,1-7)</p> <p>Dass es im Zuge ihrer Erkrankung zu keiner Abgrenzung von den Personen kommt und dass dadurch die Person zu einer sexuellen Leistung genommen wird. Also dass sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht nein</p>

			sagen können und es der andere dann wie trotzdem macht. Das ist die Gefahr. (I7,5,28-31)
Schwangerschaft	5	durch ungeschützten Geschlechtsverkehr ein Kind erwarten	Ich denke, dass es da mannigfaltige Probleme gibt. Das eine ist diese ganze Sache mit Verhütung, Schwangerschaft, wer ist der Vater, etc. Das zu kontrollieren bei schwerkranken Patienten wäre gross. (I2,5,27-29)
Krankheiten	5	durch ungeschützten Geschlechtsverkehr Krankheitserreger übertragen	Das besteht. Denn wir haben Patienten die HIV-positiv sind oder Hepatitis haben. Das Risiko besteht also sicher. Und es wäre sicher ein Problem, denn ich dürfte den zukünftigen Sexualpartner nicht davor schützen, ich darf ihm sagen, dass der andere HIV hat, damit würde ich meine ärztliche Schweigepflicht brechen. (I7,7,10-13)
Sonstiges	7	abwertende Pornographie, die vom Patienten nicht adäquat verarbeitet werden kann, Selbstunmündigkeit durch verminderte kognitive Fähigkeiten, sexuelle Orientierungslosigkeit durch	Die Gefahr ist wohl darin, dass eben Inhalte benutzt werden, die nicht adäquat sind und in der Krankheit des Patienten auch anders verarbeitet werden, schlecht verarbeitet werden. Abwertende Pornographie zum Beispiel, das ist ein Problem, denke ich. Sonst fällt mir eigentlich kein Problem ein. (I2,4,22-25) Das Problem ist natürlich, ob diese teilweise kranken Menschen das verstehen, sich dann verhüten zu müssen und wie weit ihre kognitive Fähigkeiten dann dazu...ähm...zum Eigenschutz sind. Also, die Frage der Selbstmündigkeit ist wohl hier die grösste Frage. (I2,6,13-16)

			<p>Unerfahrenheit,</p> <p>ausgeprägte Psychopathie</p>	<p>Das Problem sehe ich mehr darin, die Einzelnen ja zum Teil keine sexuelle Orientierung haben. Weil sie schon so früh krank geworden sind – schon mit 16 oder 15 oder weiss nicht was – auch noch gar nie eine sexuelle Erfahrung machen konnten, und dann weiss der Patient selber nicht – und wir ohnehin auch nicht – was hat er überhaupt für eine sexuelle Orientierung? Es könnte ja sein, dass er statt hetero- homosexuell ist, in irgend einer Form, oder sie. Das wissen wir gar nicht. Das sind dann mehr so unsere Sorgen. (I3,3,5-11)</p> <p>Gibt es so Hochrisikofaktoren in der Persönlichkeit eines Täters, der das Thema Sexualität in einen prekären Bereich bringt? Das kann zum Beispiel sein: Ausgeprägte Psychopathie, ausgeprägte Dominanz, ausgeprägte aggressive Phantasien...bis hin zu...sadistischen Phantasien. Natürlich sind <i>das</i> Persönlichkeitseigenschaften, die vertragen sich schlecht mit einer guten prosozialen partnerschaftlichen Sexualität. Aber das gilt für jeden Menschen und das ist immer gut, wenn man das weiss und wenn man dann irgend eine Idee hat, wie man ein Umsetzen von hochgefährlichen Aspekten verhindern kann. (I1,6/7,30-4)</p>
Auswirkungen	auf den Einzelnen	13	der neg. Effekt, der aufgrund der Veränderung (d.h. die Verbotsaufhebung) auf jemanden wirkt, z.B. Rückfälle, Überforderung	Er könnte dann eben z.B. Dinge machen, die er nicht machen will. Eben aus diesem Druck heraus oder aus finanziellen Situationen heraus und damit seinen eigenen Bedürfnissen zuwiderhandeln. Ich denke, das ist so die Hauptgefahr, die dabei entstehen könnte.

				(I1,4,15-18) Einen Einfluss auf die psychotische Symptomatik des Patienten. Das kann ich mir schon vorstellen, dass ein unregelter Sexualkontakt, dass das auf das ganze Warnsystem Auswirkungen hat für den einen oder anderen. (I2,6,30-32)
	auf das Zusammenleben	10	der neg. Effekt, der aufgrund der Veränderung (d.h. die Verbotsaufhebung) auf alle in einer Abteilung lebenden Personen wirkt, z.B. Belästigungen, Eifersucht, Neid, Spannungen	[...] das gäbe vermutlich halt schon Eifersüchteleien oder die einen fühlen sich gestört und so. Das würde wahrscheinlich schon ein wenig was auslösen, aber damit kann man arbeiten. (I4,14,10-12) [...] vielleicht auch ein gewisser Neid und äh vielleicht sogar Eifersucht in gewisser Weise oder dass andere Patienten sich dadurch gestört fühlen, eigentlich. (I5,6,27-28)
Umstände aussen: Gesellschaft, Justiz	Grundhaltung, Gesinnung	10	die Denkweise, die durch Werte und Moral begrenzt ist	Also ich arbeite schon mehr als 25 Jahre in der Psychiatrie und...ähm...wir haben eigentlich immer schon so die Haltung...das können wir nicht tolerieren. Das hat sich also auch nicht so wahnsinnig gross gewandelt. Ich glaube, das ist immer noch und nach wie vor und wird wahrscheinlich auch in den nächsten Jahren so bleiben...ein Tabuthema, dem sich die Professionellen irgendwie in irgendeiner Weise nicht öffnen <i>wollen</i> oder <i>können</i> . Also man weicht dem schon in gewisser Weise aus. Ich glaube ähm...ist auch ein bisschen abhängig von der Kultur. (I5,9/10,31-5)
	öffentliche Meinung	14	Urteil der Öffentlichkeit, das vorherr-	Pha, jetzt werden wir langsam politisch! Ich glaube,

		<p>schende Urteil einer Gesellschaft zu diesem Sachverhalt</p>	<p>unser Land ist noch nicht so fortschrittlich in diesem Bereich. Es wird halt auch vieles in den gleichen Topf geworfen. Dann sind alles plötzlich Sexualstraftäter und die müssen doch nicht auch noch, die sollen in den Knast und jetzt gibt man denen auch noch Sex. (I4,7,10-13)</p> <p>Aber nochmals, solange die Gesellschaft dies quasi als Tabu-Thema behandelt oder <i>überhaupt</i> die Sexualität als Tabu-Thema behandelt, solange kommen wir nicht weiter. (I3,15,14-16)</p> <p>Und ich glaube, die würden dann schon die Nase rümpfen, wenn wir da nun einfach...jaa, wie mach jetzt dies und Sexualverbot aufgehoben und...ist schwierig (lacht). (I5,8,1-3)</p>
Reputation, Reputationsrisiko	16	Ruf der Institution, wie wird die Institution unter Einbezug vergangener und zukünftiger Aspekte wahrgenommen, Schädigung des Rufs der Institution	<p>Und dann eben halt auch die Angst, dass dann wirklich einmal etwas passieren könnte und dann ist dann die Reputation tatsächlich...dann wird alles kaputt gemacht. [...] Aber diese Ängste sind schon da. Weil, <i>wenn</i> etwas ist, dann kommt man heute einfach schwer unter die Räder...über die Medien. Und das ist die Angst. (I4,8,22-27)</p> <p>Ja, ich glaube, dass die Öffentlichkeit...der Auftraggeber, die Justiz möglicherweise auch schon Gefahr läuft in Verruf zu geraten. Die Forensik ist ein Arbeitsbereich, die sich eigentlich keine Fehler gegenüber der Öffentlichkeit erlauben darf, und demzufolge eigentlich auch bemüht ist, möglichst Fehler zu vermeiden, ein umfangreiches Regelwerk aufzustellen.</p>

			len, damit dies nicht geschieht oder zumindest dass man sagen kann, wir haben hier Regeln und wenn sich die Patienten nicht daran halten, dann ist das nicht immer so...also ich glaube, die Öffentlichkeit, die schaut schon sehr genau hin. Wenn irgendein Vorfall, ein Zwischenfall in der Beziehung auftritt, dann dürfte es schwierig werden für die Klinik, ja. (I5,5,24-32)
	Auftrag	8	<p>Weisung, Verpflichtung der Institution</p> <p>Wir stehen ja in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis gegenüber unserem Auftraggeber und müssen dem Rechenschaft ablegen. (I5,7/8,33-1)</p> <p>Wir müssen ja die Leute nicht heilen, sondern die Risikominderung ist unser Therapieziel und nicht, ob sich einer sexuell Wohlfühlt oder nicht. Und ich glaube, das ist dann die Frage, wie viel Zeit schenkt man einem dafür, oder. (I4,15,6-9)</p>
Umstände innen: Klinik, Team	Kommunikation	14	<p>wie wird intern über das Thema gesprochen, Hemmungen, Tabuisierung</p> <p>Aber ich glaube, jeder Mitarbeiter scheut sich auch, offen und ehrlich über Sexualität zu sprechen. Da sind auch bei den Mitarbeitern Hemmungen da. Über Sexualität zu sprechen, grundsätzlich. (I5,10,12-15)</p> <p>Sie müssten wirklich eine Kultur etablieren, das hat viel damit zu tun, wie gehen Mitarbeiter mit dem Thema um, wie reden die darüber...eine Kultur des respektvollen offenen Umgangs mit Sexualität. Das ist schon mal der Boden. (I1,10,13-15)</p>
	Grundhaltung, Gesinnung	8	<p>die Denkweise, die durch Werte und Moral begrenzt ist, persönliche Einstellung</p> <p>[...] und dass es schwer ist in einem Team mit vielen verschiedenen Berufsgruppen und Menschen und</p>

			<p>Einstellungen - was in der Psychiatrie und im Strafvollzug besonders eklatant ist – dass man da die gleiche Schiene fahren muss zu diesen Dingen...und das ist <i>fast</i> unmöglich. Und das ist hier das allergrösste Problem dieser ganzen Punkte. (I2,9,13-17)</p> <p>Aber es ist sehr schwierig, Strukturen, die du über-nimmst, zu ändern, mit Leuten, die du auch über-nimmst. [...] Und man merkt auch, es ist auch keine Initiative da, das zu ändern. Ja, das muss man leider auch einmal sagen. (I7,12,18-33)</p>
Ressourcen	13	Mittel, um die Realisierung der Verbotsaufhebung zu tätigen	<p>Ich bin der Meinung, da wo hinreichend Ressourcen, personelle Ressourcen da sind, am Einzelfall dran zu sein, den Einzelfall gut einschätzen zu können, in seiner gesamten Facette, auch mit Sexualität, da bin ich dafür, kein Verbot von Sexualität in solchen Institutionen zu haben. (I1,10,6-10)</p> <p>Wenn Sie das nicht haben, müssen Sie in einem weniger gut besetzten System sich mit allgemeinen Regeln behelfen. (I1,8/9, 32-1)</p>

K3: Chancen				
Subkategorie	Subunterkategorie	Anz	Definition	Ankerbeispiel
Chancen		8	die Aussicht, mit der ein günstiges Ereignis eintritt, der pos. Effekt, der die Ver-	Einfach halt wirklich die Möglichkeit, ein Feld <i>mehr</i> , das zum Menschen gehört, therapeutisch besser beur-

			botsaufhebung haben könnte	teilen zu können und zu behandeln. (I3,13,1-3) Es <i>wird</i> besser, einfach, weil dieses Thema enttabuiert wird. (I4,8,17)
Auswirkungen	auf den Einzelnen	19	der pos. Effekt, der aufgrund der Veränderung (d.h. die Verbotsaufhebung) auf jemanden wirkt	Und das wäre ein Stück Nähe, ein Stück Normalität. Ich find's total wichtig für die geistige Gesundheit des Patienten. Und grad <i>weil</i> sie ja so isoliert sind, nimmt man ihnen dennoch etwas weg, was elementar ist. (I2,7,14-16) Ja, eben v.a. wenn es das Selbstbewusstsein stärkt und wieder mehr Freude gibt. Das gibt mehr Antrieb und es gibt mehr positive Emotionen und eine bessere Stimmung. (I4,12,30-31)
	auf das Zusammenleben	6	der pos. Effekt, der aufgrund der Veränderung (d.h. die Verbotsaufhebung) auf alle in einer Abteilung lebenden Personen wirkt	Ich bin etwas skeptisch...harmonisch könnte das glaub ich nicht sein. Und wenn es ihm Rahmen einer Beziehung wäre mit regelmässigem Kontakt, denke ich, das würde schon ab und zu etwas verursachen, konkret kann ich das nicht sagen, es ist wirklich schwierig etwas zu sagen. Es hängt wirklich von der Zusammensetzung der Menschen ab. (I6,6,6-9) Könnte ich mir vorstellen. Weil weniger Frustration herrscht ja. (I2,7,21)

K4: Therapie				
Subkategorie	Subunterkategorie	Anz	Definition	Ankerbeispiel
Entwicklung		8	aufbauende Veränderung im Erleben und Verhalten eines Patienten	<p>Ja, ich denke im Rahmen der Therapie sowieso, dann würde man offen darüber sprechen und das wäre dann eine Entwicklung. Ich bin ja auch Psychotherapeutin, nicht nur Ärztin. (I6,6,1-3)</p> <p>Wir müssen den Einzelfall verstehen und das Entwicklungspotential des Einzelnen sehen. Und ich denke, es ist eher ne grössere Gruppe, die ein Entwicklungspotential hat und damit auch wirklich zu ner persönlichen Weiterentwicklung kommen zu können...wenn es gut begleitet ist. (I1,5,26-29)</p>
Stabilisierung		5	die Normalisierung der individuellen Gefühle und Reaktionen eines Patienten	<p>Ich denke, dass...erstens wenn der Patient sich stabiler fühlt, sich mehr integriert fühlt, dass er auch weniger das Gefühl hat ausgegrenzt zu sein, allein zu sein und weniger die Stunde nutzen muss, um wirklich menschliche Nähe zu empfinden. (I2,8,20-22)</p> <p>Ein Fall hatten wir bis jetzt so. Da sagte man, das ist hier absolut therapeutisch sinnvoll, wenn diese beiden jetzt zusammenbleiben – sie sind auch heute noch zusammen. Also es hat tatsächlich insofern bei beiden – es waren beides kranke Personen – eine Stabilisierung gebracht. Es war eine Lebensstabilisierung. (I3,8,9-13)</p>
Resozialisierung		7	die Wiedereingliederung in die Gesellschaft	Normalität, das kann ich nur so sagen, Normalität. Sexualität gehört zur Normalität im menschlichen

				<p>Leben. Wir sprechen ja hier in der Forensik von Resozialisierung und vom Versuch, Normalität zu simulieren, auch bei uns schon. Das ist eine Notwendigkeit. Sonst können wir nicht resozialisieren. Sie müssen sich ‚im Zug bewegen‘ können, müssen mit Leuten normal reden können, sie müssen am Arbeitsplatz normal funktionieren können, zu was auch immer man normal sagt...z.B. Zeiten einhalten, eine gewisse Leistung bringen, usw. Und da gehört die Sexualität genauso dazu. Sexualität gehört zum Leben, so wie’s Zugfahren auch. (I3,11,26-33)</p> <p>Und es ist sicher ein Fehlkonzept. Also es ist ganz ganz furchtbar. Und wir erwarten dann, dass wir ihn resozialisieren nach vielen Jahren und er kommt raus und hat vielleicht seit 6 Jahren mit keiner Frau mehr geschlafen. [...] ...das führt ja dann meines Erachtens zum absoluten Dilemma. Das ist ja absurd, wenn wir nur schon darüber nachdenken. (I7,11,13-19)</p>
Einzelfallanalyse		13	konkreter, einzelner Fall, der individuell zu beurteilen oder zu behandeln ist	<p>Und wenn Sie <i>dann</i> auf diesem Boden sehr die Einzelfallanalyse ausdifferenziert haben, dann müssten Sie eigentlich eine Chance haben, einzuschätzen, ist das eine gefährliche Entwicklung oder ist das eine moderate Entwicklung oder eine gute Entwicklung oder...oder braucht da Support oder kann man das auch laufen lassen. Kann man die alleine mit dem Thema lassen für eine Zeit. Da sind viele viele Möglichkeiten offen, <i>wenn</i> Sie den Einzelfall verstanden haben. (I1,10,18-23)</p>
	Sexualstraftäter	12	Spezialfall der Einzelanalyse bei Perso-	[...] ...ich denke, es ist noch ein Unterschied, das

			nen, die Straftaten in Bezug zu sexuellen Verhaltensweisen verübten	<p>muss man schon sehen, unsere Patienten – ich sag’s jetzt mal in Anführungszeichen – „in einem gewissen Rahmen einschätzbar“, wenn man die Psychopathologie, die dahintersteht, kennt. [...] Ein Sexualstraftäter scheint normal zu sein. Bei dem sieht man nicht von Anfang an, ja jetzt...Das ist ja das Hauptproblem bei denen. Die können sich jahrelang normal geben. (I3,10,24-30)</p> <p>Natürlich mit Vorbehalt bei den schweren Sexualdelikten, da muss man schauen, wo stehen die in der Therapie, kann man das schon zulassen. (I6,7,23-24)</p> <p>Aber wenn ich davon ausgehe, dass es ein Grundbedürfnis ist, dann muss man sagen, dass auch ein Sexualstraftäter seine Bedürfnisse hat, auch wenn diese vielleicht sadistisch wären. Ich glaube, das müsste man auch wieder von Fall zu Fall anschauen, wie bei den anderen. (I7,8,15-18)</p>
Einfluss		10	die Wirkung der Aufhebung des Verbots auf die Therapie	<p>Sie kriegen das vielleicht auch problematische Material aus der Persönlichkeit, kriegen sie live in die Therapiesituation. Das ist ganz oft eine sehr sehr gute und produktive Situation. (I1,9,7-10)</p> <p>Sie können sich dann auch etwas besser auf die anderen Themen in der Therapie konzentrieren. (I7,10,12-13)</p>
Relevanz		22	Bedeutsamkeit, die Thematik der Sexualität in der Therapie anzusprechen, zu thematisieren	Wir fragen das, wir thematisieren das. Wir thematisieren die Sexualität der Einzelnen. Das ist bei Sexualstraftätern sowieso sehr sehr wichtig, aber es ist

				<p>auch bei Gewaltstraftätern immer wieder eine Frage, inwieweit sie da gut mit sich umgehen und wie sie mit ihrer Bedürfnisbefriedigung grundsätzlich umgehen. Und da ist Sexualität <i>ein</i> Teil. (I1,2,27-30)</p> <p>Jaaa, also das ist jetzt nicht grad ein Dauerbrenner oder so was, das zwangsweise immer kommen muss. Ich würde nicht gerade sagen, dass etwas zu kurz kommt. Je nach dem, wie und wozu es gebraucht wird, wird es dann halt auch angesprochen oder nicht. Das hängt auch ein wenig vom Therapeuten ab. (I4,12,11-14)</p>
Mitteilsamkeit		22	Redefreudigkeit, Gesprächigkeit der Patienten zur Thematik der Sexualität	<p>Sehr unterschiedlich. Im Mittel würden wir aber sagen, wir kriegen da ganz gute Compliments hin, dass auch darüber offen, ernsthaft und transparent gesprochen werden kann. Auch das geht nicht mit jedem, aber ich denke, so im Mittel haben wir da ganz gute Chancen und Erfolge.</p> <p>Ist eher eine kleine Gruppe, die das tut. Das liegt sicherlich an den bekannten Faktoren wie Scham, aber auch...keine Worte dafür haben, nicht wissen, wie damit anfangen, unerfahren sein, das zum Thema zu machen. Da braucht es ganz oft so ein Abholen, das Thema aufmachen, ne Gelegenheit bieten, Formulierungen anbieten. Das ist auch ein bisschen das alte Thema: Wenn man nicht konkret fragt, bekommt man in der Regel auch keine konkreten Antworten. (I1,7/8,26-4)</p> <p>Ich glaube, viele Patienten haben wirklich gelernt, eine gewisse Anpassung zu zeigen, um den Weg</p>

				durch diese Massnahme, durch die Therapie <i>leichter</i> zu gehen. Anpassung im Sinne von ja ich muss nicht jedes Problem hier breittreten. Ich erlebe schon auch Patienten, die offen z. B. mit dem Thema Sexualität umgehen und wir versuchen eigentlich dieses Thema dann auch ernst zu nehmen und ihn nicht damit alleine zu lassen. (I5,8,20-25)
--	--	--	--	--

K5: Statements				
Subkategorie	Subunterkategorie	Anz	Definition	Ankerbeispiel
Expertenmeinung		19	persönliche Einstellung einer fachkundigen Person der befragten Institution gegenüber der Frage, ob das Verbot aufgehoben werden soll oder nicht	<p>Ja, wie ich bereits gesagt habe, bin ich zum Thema sehr ambivalent, wirklich sehr ambivalent...ich denke, gewisse Lockerungen könnten individuell gemacht werden. (I6,7,14-15)</p> <p>Ich weiss es nicht. Aber ich weiss, so wie es jetzt ist, gefällt's mir auch nicht. (I7,7,7-8)</p> <p>Ja, ich glaube aus verschiedenen Gründen ist da Potential in diesem Thema, wenn man es erlauben würde. (I1,5,11-12)</p>
Aktualität		7	die Bedeutsamkeit des Themas „Aufhebung des Verbots“ zur Zeit in der Institution	<p>In meinem Team ist das ein Thema, ja, aber nicht im Gesamtsystem. Da sind einfach die Sorgen zu hoch. (I1,11,10-11)</p> <p>Nein, ich denke nicht, nein. Also auch innerhalb dieser</p>

				<p>12 Jahre, in denen ich jetzt hier bin...muss ich sagen, ist dieses Kontaktzimmer eingerichtet worden. Ich schätze...hmm...also ich kann's nicht genau sagen, ich schätze wahrscheinlich so ungefähr 5 Jahre jetzt, gibt's das nun, und...ähm...ich habe das eigentlich begrüsst, das war dann für mich auch so der erste Ansatz, ja oke, irgendwelche Leute scheinen sich mit dem Thema zu befassen...aber da ist es dann auch irgendwie liegen geblieben. (I5,11,10-15)</p>
--	--	--	--	---

Anhang E

Ausschnitt Maxqda Version 11

Dokumentenverwaltung:

Kategoriensystem:

Liste der Dokumente	
Dokumente	0
Interview 1	71
Interview 2	55
Interview 3	90
Interview 4	95
Interview 5	76
Interview 6	57
Interview 7	79
Sets	0

Liste der Codes	
Codesystem	523
Krankheitsbilder	0
Pöschwies	3
Rheinau	12
Statements	0
Expertenmeinung	19
Umsetzbarkeit	9
Widerspruch Kondome	9
Sexualentzug als Strafe	8
Status Quo	0
Regeln	34
Verhalten der Patienten	18
Reaktion Leitung	25
Reaktion Mitpatienten	6
Bedürfnisse	0
Aktualität	7
Rolle der Sexualität	19
Medikamenteneinfluss	12
Triebdämpfung	10
Triebsteigerung	6
Leidensdruck	8
Möglichkeiten sex. Befriedigung	17
Alternativen	7
situative Homosexualität	10
Risiken	0
Gefahren	0
Gewalt	5
Erpressung	5
Prostitution	8
probl. Beziehungen, Missbrauch	11
Schwangerschaft	5
Krankheiten	5
sonstiges	7
Auswirkungen	0
auf den Einzelnen	13
auf das Zusammenleben	10
Umstände aussen: Gesellschaft, Justiz	0
Grundhaltung, Gesinnung	10
Öffentliche Meinung	14
Reputation, Reputationsrisiko	16
Auftrag	8
Umstände innen: Klinik, Team	0
Grundhaltung, Gesinnung	8
Kommunikation	14
Ressourcen	13
Chancen	8
Auswirkungen auf den Einzelnen	19
Auswirkungen auf das Zusammenleben	6
Therapie	0
Entwicklung	8
Stabilisierung	5
Resozialisierung	7
Einzelfallanalyse	13
Spezialfall Sexualstraftäter	12
Einfluss auf die Therapie	10
Thematisierungsrelevanz	22
Mitteilsamkeit	22

Zuordnung der Interviewausschnitte zu den Kategorien:

..auf den Einzelne	64	I: Fallen Ihnen noch weitere Risiken ein, die bestehen könnten?
..Gesinnung	65	JK: ...Einen Einfluss auf die psychotische Symptomatik des Patienten. Das kann ich mir schon vorstellen, dass ein unregelmäßiger Sexualkontakt, dass das auf das ganze Warnsystem Auswirkungen hat für den einen oder anderen...aber...ich sehe eigentlich, wenn's geregelt ist, und von der Institution geregelt werden würde, würde ich es eigentlich begrüßen und sehe keine grossen Schwierigkeiten.
..Einzelfallanalyse	66	JK: Wenn man ein Zimmer hier hätte, wo man sagt, der Patient könnte dort hingehen – das muss aber geregelt sein – das ist akzeptiert, es gibt ein Nachgespräch, ein Vorgespräch, es gibt Verhütungsmöglichkeiten,... Wenn das alles in einem strukturierten Rahmen ablaufen würde, würd ich's sogar begrüßen, ja.
..Umsetzbarkeit	67	I: Wenn wir von Gefahren und Risiken reden, dann wollen wir auch über die Chancen sprechen, die eine Aufhebung des Verbots haben könnte. Könnte Ihrer Meinung nach die Aufhebung des Verbotes auch eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden der Insassen haben?
..Auswirkungen auf	68	JK: Ja ja, sehr viele. Erstens ein Grundtrieb, der befriedigt gehört und der einen Leidensdruck verursacht, wenn man's nicht hat, zweitens um eine Art von Nähe auszudrücken. Diese Menschen sind ja weggesperrt, alleine, einsam, fühlen sich abgeschoben von der Gesellschaft. Und das wäre ein Stück Nähe, ein Stück Normalität. Ich find's total wichtig für die geistige Gesundheit des Patienten. Und grad weil sie ja so isoliert sind, nimmt man ihnen dennoch etwas weg, was elementar ist.
..Stabilisierung	69	I: Könnten Patienten gar ihre Persönlichkeit besser entfalten oder sich sogar weiterentwickeln?
..Auswirkungen auf	70	JK: Ich denke, dieses Stabilisieren wirkt am ehesten. Ja, stabilisieren.
..Einzelfallanalyse	71	I: Wäre unter Umständen das Zusammenleben dann sogar friedlicher und harmonischer?
..Spezialfall Sexus	72	JK: Könnte ich mir vorstellen. Weil weniger Frustration herrscht ja.
..Ressourcen	73	I: Wenn Sexualkontakte innerhalb der Klinik erlaubt wären, müssten Sexualstraftäter dann vielleicht ausgeschlossen werden?
..Kommunikation	74	JK: Müsste man sich sicher fallspezifisch ansehen und genauer ansehen. Ausschliessen wär problematisch, weil damit eine Selektion entsteht und sich dadurch der Patient ausgegrenzt fühlt. Und zweitens die anderen Patienten den anderen als Stigmatisierten und Bösen ansehen. Also, das ist sicher ein ganz kompliziertes Thema, wie man das handhabt. Wie man einen Kinderschänder, der ein aggressives Gewaltdelikt begangen hat, in Form einer Vergewaltigung, wie man mit so einem Patienten und solch einer Regel umgeht, ohne den auszugrenzen aber andererseits den Kontakt zuzulassen. Ich denke, dass man da Extra-Betreuung braucht – psychologische, psychiatrische – es aber dort dann auch in einem Rahmen geschehen muss und zugelassen werden muss. Weil es hilft ja nicht, wenn man es nicht zulässt. Also, ich würd's auch für Sexualstraftäter zulassen. Ist trotzdem ein Mensch. Aber es muss thematisiert werden und engmaschiger besprochen werden.

▼ Risiken	0
▼ Gefahren	0
Gewalt	5
Erpressung	5
Prostitution	8
probl. Beziehungen, Missbrauch	11
Schwangerschaft	5
Krankheiten	5
sonstiges	7
▼ Auswirkungen	0
auf den Einzelnen	13
auf das Zusammenleben	10
▼ Umstände aussen: Gesellschaft, Justiz	0
Grundhaltung, Gesinnung	10
Öffentliche Meinung	14
Reputation, Reputationsrisiko	16
Auftrag	8
▼ Umstände innen: Klinik, Team	0
Grundhaltung, Gesinnung	8
Kommunikation	14
▼ Ressourcen	13
▼ Chancen	8

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift:

Unterschrift: