

Rechtliche Aspekte der Versorgung ehemals forensisch untergebrachter Menschen in der Gemeindepsychiatrie

Fachtag des Kontaktgespräch Psychiatrie
Kassel
11. November 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Im letzten Jahr waren es runde 40 Jahre her, dass die sog. Psychiatrie-Enquete veröffentlicht wurde. Wie Sie vielleicht alle wissen, bescheinigte sie der damaligen Forensik eine "absolute Schlusslichtposition" im Versorgungsbereich. Und sie empfahl "mit Nachdruck", dass die mit der ebenfalls 1975 in Kraft getretenen Großen Strafrechtsreform "vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten wirklich realisiert und ausgeschöpft werden". Gemeint war damit, die in der Forensik untergebrachten Personen in die Versorgungsstrukturen der allgemeinen Psychiatrie einzubeziehen. Was ist daraus geworden?

Nach der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete wurden die damals zahlenmäßig riesigen Landeskrankenhäuser recht rasch aufgrund von Entlassungen und Verlegungen von Patienten in Wohnheime verkleinert. Langzeituntergebrachte Personen wurden zum Teil in ihre Heimatregionen re-patriiert. Es wurden Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet und kleine psychiatrische Stationen in somatischen Krankenhäusern geschaffen. Und obwohl es im Bereich der Allgemeinpsychiatrie zunehmend mehr Formen von Betreutem Wohnen in Gruppen oder einzeln gab, – die Forensik hatte an dieser Entwicklung so gut wie keinen oder einen nur sehr zögerlich wahrgenommenen Anteil. Und dieser war auch noch föderal sehr unterschiedlich ausgeprägt. So blieb es im psychiatrischen Maßregelvollzug der 70er und 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts bei einer Vielzahl von Langzeitaufenthalten, oder wie heute eher gesagt wird: bei überlangen Unterbringungsauern.

Allerdings wurde baulich in den 1980er Jahren einiges getan: Neben spektakulären Neubauten in Düren, Berlin und Hamburg wurden in zahlreichen forensischen Kliniken große Stationen zu Wohngruppen umgestaltet.

Dennoch blieben die in der Forensik untergebrachten Personen weiterhin "unverhältnismäßig" lange im stationären Freiheitsentzug des psychiatrischen Krankenhauses und kamen – auch bei einer Entlassung – zunächst nur sehr selten in den "Genuss" der Betreuung und Begleitung durch die Versorgungsinstitutionen der Allgemein- bzw. Gemeindepsychiatrie. Und auch ein Grundsatzbeschluss des BVerfG vom 8. Oktober 1985 zur Beachtung der "*Verhältnismäßigkeit*" brachte zwar schließlich den Beschwerdeführer aus der Forensik heraus. Der Beschluss blieb aber insgesamt – anders als von vielen erwartetet – im Hinblick auf die erhoffte Verkürzung der durchschnittlichen Unterbringungsdauern in der psychiatrischen Maßregel weit hinter den Erwartungen zurück.

Woran mag dies gelegen haben? Lassen Sie mich hierzu zwei Aspekte ansprechen.

Erstens: Die Nachkriegspsychiatrie der 1950er und 1960er Jahre versuchte, sich aus dem Odium des "Heilen als Vernichten" zu befreien. Zusammen mit den neuen Psychopharmaka, die die Psychiatrie ihren Patienten jetzt anbieten konnte, hoffte sie, diese Besserungsmöglichkeiten auch für die in der psychiatrischen Maßregel untergebrachten Personen fruchtbar einsetzen zu können. So wundert es nicht, dass die strafrechtliche Sanktion der primär auf *Gefahren*-Abwehr bezogenen psychiatrischen Maßregel mit der neuen Programmatik als "Maßregel der *Besserung* und *Sicherung*" quasi wohlfahrtsstaatliche und fürsorgliche Gestalt gewinnen konnte.

Aus der "Heil- oder Pflegeanstalt" als anfänglich vorgesehener Unterbringungsinstitution wurde zunächst die "psychiatrische *Anstalt*" und schließlich 1975 das "psychiatrische *Krankenhaus*" des § 63 StGB. Damit war die psychiatrische Maßregel zu einer stationären *Behandlungs*-Maßregel geworden, sie war "medikalisiert", so dass die Enquete "konsequenterweise" vorschlagen konnte, sie – wie eben bereits erwähnt – in die Versorgungsstrukturen der Allgemeinpsychiatrie mit einzubeziehen.

Zweitens: Behandlung ist tendenziell auf Erfolg aus. Um einen solchen Erfolg zu erzielen, bedarf es aber mindestens zweierlei Voraussetzungen: der *Behandlungsfähigkeit* und einer gewissen auf Krankheitseinsicht gründenden *Behandlungswilligkeit*. Bei den meisten von den mit der psychiatrischen Maßregel belegten Personen liegen diese Voraussetzungen aber nicht oder nur sehr eingeschränkt vor. Kaum jemand "leidet", fühlt sich also nicht als "Patient". Und niemand hat sich freiwillig in eine solche *Behandlungs*-Maßregel begeben, sondern ist vom Gericht dort – trotz Freispruchs oder mit gemildeter zeitiger sog. Begleit-Freiheitsstrafe – zur Gefahrenabwehr, zum Schutz Dritter, untergebracht worden. Interessellosigkeit und vielfache Unfähigkeit, sich auf eine Behandlung einzulassen, führen dann zu unverhältnismäßig langen Unterbringungsauern im psychiatrischen Krankenhaus des Maßregelvollzugs.

So sah sich schließlich das BVerfG im Oktober 1985 in der Pflicht, dem maßregelrechtlichen Freiheitsentzug in einem psychiatrischen Krankenhaus Grenzen zu setzen, die am Grundsatz der *Verhältnismäßigkeit* ausgerichtet sind. Die in diesen Beschluss gesetzten Hoffnungen zahlreicher langzeituntergebrachter Personen wie auch von Trägern psychiatrischer Maßregeleinrichtungen in eine daraufhin erfolgende größere Entlassungsbereitschaft der Instanz-Gerichte, erwiesen sich aber als trügerisch und liefen ins Leere.

Die folgenden etwa 10 Jahre galten überwiegend den Bemühungen, wenigstens den *stationären* Vollzug *im* psychiatrischen Krankenhaus so zu gestalten, dass er den inzwischen überall durch Gesetz geschaffenen Ansprüchen an Rechtsstaatlichkeit entsprechen konnte. Folglich konzentrierten sich Theorie und Praxis des Maßregelvollzugs auf *Behandlungs*-Planung und -durchführung. Auch die Gestaltung von *Vollzugslockerungen* kam praktisch und wissenschaftlich begleitet voran.

Schließlich entstanden erste sogenannte "graue forensische Ambulanzen", indem Mitarbeiter aus den stationären Bereichen zur Entlassung anstehende Personen während ihrer Langzeit-Beurlaubungen – und teilweise auch darüber hinaus bereits entlassene Personen – weiter aufsuchten, betreuten und begleiteten.

Jedoch setzten Mitte der 1990er Jahre dieser zaghaften Öffnung und allen weiteren Reformbemühungen der Forensik medial spektakulär aufbereitete Kindestötungen in Belgien und Deutschland ein jähes Ende. Ein Sicherheitsdiskurs begann, den man im Anklang an ein Wort eines früheren Bundeskanzlers unter das Motto stellen konnte: "Heilen als Wegschließen". Er führte zu nachhaltigen Folgerungen, die ich hier nur in Stichworten erwähnen kann:

- An die Stelle eines bisher weithin praktizierten gleitenden Übergangs aus dem geschlossenen Bereich einer Forensik in eine halb-offene und dann offene Station eines forensischen Krankenhauses bis hin zur Beurlaubung und lockeren Kontrolle, traten nun *Hochsicherheitseinrichtungen* mit verstärkten Gittern, erhöhten Mauern oder Zäunen, gestaffelt angelegten Zugangsschleusen und einer umfassenden Video-Überwachung.
Damit wurde bereits *in* den stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen die Forensik deutlich von der Allgemeinpsychiatrie abgekoppelt.
- Ab 1998, beginnend mit dem sog. Sexualdeliktebekämpfungsgesetz und den dann einsetzenden gerichtlichen und politischen Auseinandersetzungen um die *Sicherungsverwahrung*, zeichnete sich auch eine deutlich restriktivere Lockerrungs- und Entlassungspraxis bei der psychiatrischen Maßregel ab. Hieran änderte auch die Aufnahme neuer Regelungen ins StGB nichts:
 - die befristete Wieder-Invollzug-Setzung (§ 67h StGB),
 - der halbherzige Einbezug von Nachsorge-Ambulanzen in das System von Führungsaufsicht und Bewährungshilfe (§ 68a StGB)
 - sowie die Erledigung der Maßregel wegen Un-Verhältnismäßigkeit ihrer *Dauer* trotz fortbestehender Gefährlichkeit (§ 67d VI StGB), allerdings mit der Möglichkeit sich anschließenden Freiheitsentzugs in der Sicherungsverwahrung (§ 66b StGB).
- Zudem begann sich ab Anfang der 2000er Jahre ein Prozess abzuzeichnen, der mit dem Begriff "Forensifizierung" eine vermehrte Aufnahme solcher Personen in der psychiatrischen Maßregel erkennbar werden ließ, die früher im Versorgungs-

system der Allgemeinpsychiatrie oder in geschlossenen Heimen "ausgehalten" wurden. Zum einen betraf und betrifft dies Personen, die weder dort noch ambulant so gut versorgt werden konnten, um sie vor Delinquenz zu bewahren. Andererseits gelangen heute Personen in die Forensik, deren kaum strafrechtlich relevante Übergriffigkeit früher in jenen Einrichtungen als noch spezifisch sozialadäquat im Rahmen dieser Arbeit toleriert wurde.

Dies alles führte zu Entwicklungen und Ergebnissen, die eigentlich niemand so recht wollte und denen zunächst auch niemand so recht etwas entgegenzusetzen hatte:

- Die Anzahl der Neu-Anordnungen der psychiatrischen Maßregel verdoppelte sich von 1990 bis 2011.
- Die Zahl des Bestands an in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Personen veränderte sich im gleichen Zeitraum um das 2 ½ fache.
- Infolge eines drastischen Rückgangs von Entlassungen aus der Maßregel stiegen die durchschnittlichen Verweildauern von etwa 4 Jahre auf inzwischen rund 8 Jahre signifikant an – mit erheblichen regionalen Unterschieden.
- In fiskalische Ausgaben umgerechnet ergeben sich hieraus bei einem acht-jährigen Aufenthalt in der psychiatrischen Maßregel und einem angenommenen Tagespflegesatz von rund 250 Euro und ohne Berücksichtigung von Investitionskosten rechnerisch durchschnittliche Gesamt-Fallkosten in einer Höhe von rund 720.000 Euro – für eine einzelne Person. Das ist der Preis für unsere Sicherheit !!

Schaut man auf die veröffentlichten Entscheidungen von Strafvollstreckungskammern und Oberlandesgerichten in der ersten Dekade dieses Jahrhunderts zur Notwendigkeit der Fortdauer der psychiatrischen Maßregel, so fällt auf, wie oft dabei auf die weiterhin *erforderliche Behandlung* und / oder auf das als unzuverlässig eingestufte Verhalten während des *Vollzugs* im stationären Bereich legitimierend Bezug genommen wird. Dagegen scheint die Aufgabe "Abwehr von Gefahren für Dritte", die

allein den Freiheitseingriff dieser Maßregel rechtfertigt, weitgehend in den Hintergrund getreten zu sein. Der Unterschied von *Gefährlichkeit* und *Krankheit* als Beschreibung von je eigenständigen menschlichen Zuschreibungen oder von Zuständen, scheint verwischt worden oder aus dem von Rechts wegen kritischen Blick geraten zu sein. Psychische Krankheit, Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminde- rung erscheinen beinahe als Synonyme für Gefährlichkeit.

Inzwischen drängt sich manchmal der Eindruck auf, dass eine Außenperspektive und das Bedürfnis einer gesellschaftlich notwendigen Neujustierung von Zweck und Ziel dieser Maßregel kaum noch erkennbar sind. Die soeben aufgezeigten Entwicklungen lassen heute deutlicher noch als früher eine *Inkongruenz* zwischen dem Gefahren abwehrenden *Schutz*-Auftrag der psychiatrischen Maßregel und dem Glauben an eine durch Medikalisierung zu erreichende *Perfektionierbarkeit* des delinquenten Menschen erkennen.

Nicht erst die Entscheidungen des BVerfG aus den Jahren 2011 und 2013 zur Beachtung des Selbstbestimmungsrechts in der psychiatrischen Maßregel, sondern bereits die Entwicklung des Selbstbestimmungsrechts in jeglichen medizinischen Angelegenheiten in den vergangenen 40 Jahren, das Patientenverfügungsgesetz des Jahres 2009 sowie die im selben Jahr verbindlich gewordene UN-BRK, dazu das Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 und die fast zeitgleiche Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht, fordern inzwischen nachhaltig dazu heraus, *jetzt* das Verhältnis von Gefahrenabwehr und medizinischer Behandlung in der psychiatrischen Maßregel auf den gesellschaftlichen und rechtlichen Prüfstand zu stellen.

Dabei kann, vom schmalen Korridor einer zulässigen Zwangsbehandlung abgesehen, inzwischen jede therapeutische und rehabilitative Maßnahme nur aus einem *Angebot* bestehen. Es muss strukturell einlösbar sein, und es muss den untergebrachten Personen von hervorragend ausgebildeten und hochprofessionell qualifizierten Mitarbeitern nahegebracht werden. Diesem *Angebots*-Charakter von Therapie und Rehabilitation steht auf der anderen Seite eine *Beschränkung* von Zweck und Ziel der psychiatrischen Maßregel gegenüber: Sie hat, so das OLG Schleswig,

"keine umfassende gesundheitsfürsorgerische Aufgabe und Befugnis". Und nach ständiger Rechtsprechung des BGH liegt ihr Zweck darin begründet, "allein der Abwehr künftiger Gefährlichkeit" zu dienen.

In diesem Sinn hat im Sommer 2014 die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) einen Katalog mit "Forderungen zu Recht und Durchführung der psychiatrischen Maßregel" vorgelegt. Die in diesem Papier ausgesprochenen Hauptforderungen zielen darauf ab, das psychiatrische Krankenhaus als *einzig* Aufnahme- und Organisationseinrichtung für die psychiatrische Maßregel nach § 63 StGB durch einen Begriff bzw. eine Formulierung zu ersetzen, die es ermöglicht, *außer* dem Krankenhaus auch *anderen* Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie die mit der psychiatrischen Maßregel notwendig verbundenen Sicherungs- und Betreuungsfunktionen zu übertragen. Der "Erfolg" der psychiatrischen Maßregel und damit die Dauer und die Intensität des staatlichen Freiheitseingriffs bei einer nach Schuldgesichtspunkten freigesprochenen Person darf künftig nicht mehr am Maß von Heilung oder Besserung von *Krankheit* gemessen werden. Sie ist einzig und ausschließlich am Grad einer (noch) bestehenden *Gefährlichkeit* und deren gesellschaftlicher Tolerierbarkeit als "sozialadäquat" zu beurteilen.

Zweck und Ziel oder – anders formuliert – die Aufgabe des psychiatrischen Maßregelvollzugs besteht demnach ausschließlich darin, zur Verminderung von Gefährlichkeit beizutragen. Wenn eine solche Reduzierung von Gefahren für Dritte, das heißt der ausreichende Schutz von uns Bürgern, *trotz fortbestehender* Krankheit, Störung oder Behinderung möglich ist, wäre damit das Ziel des Maßregelvollzugs erreicht: ein straffreies Leben trotz oder mit "inkludierter" Krankheit. Anders ausgedrückt: Der Fokus des "therapeutischen Handelns" im Maßregelvollzug ist nicht mehr ausschließlich oder überwiegend auf das *Verschwinden* von Krankheit zu richten, sondern darauf, *mit der Krankheit* "sozial-integrativ" zu leben.

In diesem Zusammenhang greife ich noch einmal auf die Entscheidung des BVerfG vom Oktober 1985 zurück: Hätte sich das BVerfG damals deutlicher zur Beachtung der Verhältnismäßigkeit – nicht nur der Dauer, sondern auch – der zulässigen *Eingriffs-Intensität* der Maßregel geäußert, so wäre längst die Inanspruchnahme von

inzwischen hier und da entstandenen Einrichtungen und Diensten der *Gemeindepsychiatrie*, insbesondere flächendeckend von forensischen *Ambulanzen*, nicht nur möglich, sondern auch hinreichend gewesen, um den erforderlichen Schutz der Allgemeinheit in Verbindung mit Kontroll- und Betreuungsangeboten zu gewährleisten, – und insoweit eine stationäre Unterbringung für zahlreiche Personen nicht nur überflüssig, sondern auch unverhältnismäßig und damit rechtswidrig.

Gestatten Sie mir, an dieser Stelle eine höchst aktuelle Bemerkungen des BVerfG zu zitieren: Indem es einen Fortdauerbeschluss aufhebt, schreibt es den Satz: "Auch der Hinweis auf die Hospitalisierung des Beschwerdeführers vermag die Fortdauer der Unterbringung nicht zu rechtfertigen, da ansonsten der Maßregelvollzug seine eigenen Voraussetzungen schüfe." (Beschl. v. 21.04.2015 – 2 BvR 2462/13).

Inzwischen verdient jedoch ein offensichtlicher Paradimenwechsel in der Rechtsprechung vieler Strafvollstreckungskammern und Oberlandesgerichte Aufmerksamkeit und Beachtung. Mindestens seit dem Fall "M" in Bayern, bei dem die Verhältnismäßigkeit von Anordnung und Vollzug der psychiatrischen Maßregel starke öffentliche, auch fach-öffentliche Aufmerksamkeit hervor rief, mehren sich Entscheidungen, in denen die psychiatrische Maßregel – meistens nach sehr langen Unterbringungs-dauern – für *erledigt* erklärt wird, obwohl in den Beschlüssen deutlich gesagt wird, die Krankheit bestehe noch fort, es gebe weiteren Behandlungsbedarf, die untergebrachte Person sei therapeutisch gar nicht erreicht oder sie sei aus-therapiert worden. Und darüber hinaus ist es beachtlich, dass ebenfalls ein Fortbestehen von Gefährlichkeit attestiert wird. Dennoch wird eine Erledigung ausgesprochen, selbst wenn noch kein sozialer Empfangsraum vorhanden oder gefunden ist, – was aber nicht der betroffenen untergebrachten Person angelastet werden könne. Ist dann nicht die Frage deutlicher als bisher zu stellen: Wenn Menschen 10, 20 und zum Teil noch mehr Jahre geschlossen untergebracht waren und nun von jetzt auf gleich trotz weiter bestehender Krankheit und Gefährlichkeit kurzfristig entlassen werden, hätte dies nicht auch bereits früher erfolgen können oder von Rechts wegen sogar *müssen*?!

Eine solche Umorientierung auf *den wahren Kern* der psychiatrischen Maßregel müsste auch auf die Theorie und Praxis von Schuldfähigkeits- und Prognose-Begutachtungen ausstrahlen: Es ginge dann nicht mehr nur und nicht in erster Linie um die Psychopathologie des *Individuums*, sondern auch und gerade darum aufzuzeigen, wie und auf welche Weise die *Gefährlichkeit* als *gestörte soziale Beziehung* zwischen dem Individuum und der Gesellschaft am besten bewältigt werden kann. Und aus der Antwort hierauf ergibt sich die weitere Frage nach der geeigneten Versorgungseinrichtung, nach der Leistungsfähigkeit vorhandener psycho-sozialer Netzwerke und Institutionen, und danach, welche Rehabilitationsmaßnahmen geeignet und ausreichend sind, den staatlichen Schutzauftrag und das Sozialstaatsgebot der Vermittlung von Hilfen gegenüber der mit einer Maßregel belegten Person zu erfüllen.

Dieser alternative Blick auf den Sicherungs- und Versorgungsbedarf eines psychisch kranken, persönlichkeitsgestörten oder intelligenzgeminderten Täters hat bereits bei der Frage nach der Notwendigkeit und Gestaltung der bisherigen "*einstweiligen Unterbringung*" gemäß § 126a StPO anzusetzen: Muss diese sichernde Maßnahme ausschließlich in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgen? Muss die betroffene Person wirklich rund 6 bis 9 Monate lang, bis zur Durchführung der Gerichtsverhandlung, und bei Revisionsverfahren noch länger, ununterbrochen weggeschlossen werden? Ich bin davon überzeugt, auch hier wären für einen Teil der Betroffenen andere Versorgungs- und Kontrolleinrichtungen in gleicher Weise geeignet, den Schutzanforderungen nachzukommen, ohne Abbrüche weiterer sozialer Kontakte zu evozieren. Es könnte diesbezüglich zum Beispiel eine *Prüfpflicht* des zuständigen Richters dahingehend eingeführt werden, welche weniger freiheitseingreifenden Maßnahmen zur Sicherstellung des Verfahrens und zum Schutz der Allgemeinheit vor Wiederholungstaten ausreichen, und der Richter könnte mit einer entsprechenden Anordnungscompetenz ausgestattet werden.

In gleicher Weise sollte die Möglichkeit der *Aussetzung des Vollzugs* der psychiatrischen Maßregel zur Bewährung zeitgleich mit ihrer Anordnung, § 67b StGB, erweitert werden. Die dort genannten "besonderen Umstände", die dies bereits jetzt zulassen und ermöglichen, können durch eine auch für forensisch betroffene Personen

verantwortlich tätige Gemeindepsychiatrie realisiert werden. Sie könnten als Vorbild für eine diversifizierende Öffnung des Maßregelvollzugs dienen.

Der wesentliche Kern der Forderungen der DGSP an eine *wirkliche* Reform der psychiatrischen Maßregel zielt aber nach wie vor darauf ab, das psychiatrische Krankenhaus des § 63 StGB als überwiegend geschlossene Langzeiteinrichtung in seiner Funktion zu relativieren. Es sollte künftig nicht mehr die einzige Institution für die Durchführung der psychiatrischen Maßregel bleiben. Das psychiatrische Krankenhaus käme danach nur noch für die Personen infrage, die genau einer geschlossenen, stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und nur noch solange, wie sie *nur dort* so sicher untergebracht werden können, wie die Schutzerfordernisse der Allgemeinheit den Wegschluss unumgänglich machen. Mit anderen Worten, bereits eine erweiternde Auslegung des § 62 StGB – gleichsam des Obersatzes über den Maßregeln im Strafgesetzbuch –, wonach eine Maßregel *nicht angeordnet* werden darf, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zum Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht, ist nicht allein nur auf die *Anordnung*, auch nicht nur auf die *Dauer* der Maßregel, sondern vor allem darauf zu beziehen, in welchem *Ausmaß* in das Freiheitsgrundrecht der vom Gericht freigesprochenen oder neben der Maßregel gemildert bestraften Person durch die Wahl bzw. Zuweisung der Versorgungs- und Kontroll-Einrichtung eingegriffen wird. Schließlich ist diese Sonderopferbelastung am verfassungsrechtlichen Grundsatz von Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne zu messen und zu begrenzen. Kurz: Sehr viel Rechtliches spricht dafür, die psychiatrische Maßregel auch in der Praxis nach der durchaus als Vorbild dienenden Gemeindepsychiatrie weiter zu entwickeln.

Dazu wird in den nachfolgenden Vorträgen und den Workshops noch eine Menge gesagt werden. Ich sage Ihnen allen zunächst einmal einen "Herzlichen Dank" für Ihre Aufmerksamkeit!