

**Martin Feißt / Ulrich Lewe / Heinz Kammeier**

**Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln  
der §§ 63 und 64 StGB**

**Organisationale, empirische und rechtspolitische Argumente  
für eine Änderung des Sanktionenrechts**

**Ein Positionspapier im Auftrag der  
Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.**

Einbeck / Bielefeld / Münster

1. März 2022

## **Gliederung**

### **Teil 1: Organisationale Kritik des Maßregelvollzugs**

- 1.1. Für welches Problem sollen die §§ 63 und 64 StGB die Lösung sein?
- 1.2. Die forensische Psychiatrie als totale Institution
- 1.3. Besserung und Sicherung als übergreifender rationaler Plan
- 1.4. Totale Kontrolle – Totale Verantwortung
- 1.5. Die problematische Verschränkung unterschiedlicher Rationalitäten
  - 1.5.1. Problem 1: Ärztlich-medizinische Überformung des Maßregelvollzugs
  - 1.5.2. Problem 2: Behandlung und Soziale Kontrolle
  - 1.5.3. Problem 3: Unbefristete Unterbringung
  - 1.5.4. Problem 4: Entlassung als *Entscheidung*
- 1.6. Fazit

### **Teil 2: Daten zum Maßregelvollzug nach § 63 StGB in Deutschland**

- 2.1. Punitivität: Vergleich Strafvollzug – Maßregelvollzug
  - 2.1.1. Die Punitivität des deutschen Strafvollzugs
  - 2.1.2. Die Punitivität des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB)
  - 2.1.3. Punitivität: Straf- und Maßregelvollzug im Vergleich
  - 2.1.4. Die Punitivität des deutschen Maßregelvollzugs im europäischen Vergleich
- 2.2. Ergebnisse der Rechtsstatsachenforschung: Gleichheit vor dem Gesetz?
- 2.3. Daten zur Gefährdung und Gefährlichkeit von schwer psychisch erkrankten Menschen
  - 2.3.1. Die Gefährdung schwer psychisch erkrankter Menschen
  - 2.3.2. Gefährlichkeit im Vergleich
  - 2.3.3. Gefährdung und Gefährlichkeit: Tötungsdelikte im Täter – Opfer – Kontext
- 2.4. Die individuelle Gefährlichkeitsprognose
- 2.5. Therapie und Legalbewährung
  - 2.5.1. Maßregelvollzugs-Klinik vs. Allgemeinpsychiatrische Klinik: Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit
  - 2.5.2. Neuroleptika und Rückfalldelinquenz
  - 2.5.3. Therapieziel Legalbewährung: Straf- und Maßregelvollzug im Vergleich
  - 2.5.4. Personalentwicklung und Ergebnisqualität
- 2.6. Zwang und Gewalt im Maßregelvollzug

### **Teil 3: Der Maßregelvollzug in der rechtspolitischen Diskussion und Entwicklung**

- 3.1. Kurzer historischer Rückblick
- 3.2. Neuere Vorschläge zu einer Reform des Vollzugs der Maßregeln
- 3.3. Zeitlich parallel laufende und Einfluss gewinnende Rechtsentwicklungen: Selbstbestimmungsrecht und UN-BRK
- 3.4. Das Resümee der soziologischen, empirischen und rechtlichen Evaluation des Maßregelvollzugs

### **Teil 4: Folgerungen und Lösungsvorschläge: Transformation und Konversion des Sanktionenrechts**

- 4.1. Änderungen im Sanktionenrecht
- 4.2. Die Prüfung des Maßes an Schuld ohne juristische Krankheitsmerkmale
- 4.3. Zuständigkeiten beim künftigen strafrechtsbezogenen Freiheitsentzug (StVollz)
- 4.4. Gesundheits- und Sozialversorgung im künftigen strafrechtsbezogenen Freiheitsentzug (StVollz)
  - 4.4.1. Transformation der Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug
  - 4.4.2. Selbstbestimmung und Versorgungszuständigkeit
  - 4.4.3. Einbezug aller zu Freiheitsentzug verurteilten Personen in die Kranken- und Sozialversicherung
- 4.5. Weitere Konversionen
- 4.6. Übergangsregelungen

### **Teil 5: Zusammenfassung in Thesen**

### **Literatur**

## Vorwort

"Das Strafrecht ist immer nur Ultima Ratio. Unsere Kriminalpolitik orientiert sich an Evidenz und der Evaluation bisheriger Gesetzgebung im Austausch mit Wissenschaft und Praxis. Wir überprüfen das Strafrecht systematisch auf Handhabbarkeit, Berechtigung und Wertungswidersprüche und legen einen Fokus auf historisch überholte Straftatbestände, die Modernisierung des Strafrechts und die schnelle Entlastung der Justiz. Das Sanktionensystem einschließlich Ersatzfreiheitsstrafen, Maßregelvollzug und Bewährungsaufgaben überarbeiten wir mit dem Ziel von Prävention und Resozialisierung."

(In: Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag [2021 – 2025] zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP, S. 106]

Die Autoren dieses Dokuments und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. begrüßen diese Aussagen im Koalitionsvertrag 2021 – 2015. Wir nehmen mit Aufmerksamkeit und großem Interesse zur Kenntnis, dass die neue Bundesregierung ihre Kriminalpolitik an deren Evidenz ausrichten will. Soweit sie dabei den Dialog mit Wissenschaft und Praxis sucht, findet sie hier eine Ausarbeitung vor, in der das inzwischen über 80 Jahre alte, vorkonstitutionelle Maßregelrecht und deren Vollzüge einer soziologischen, empirischen und rechtspolitischen Analyse unterzogen werden.

Wir kritisieren in dieser Untersuchung eine in weiten Teilen nicht mehr nachvollziehbare und legitimierbare Handhabbarkeit dieses Rechtsinstituts und deren Berechtigung in einem zeitgemäßen Sanktionensystem. Dabei weisen wir auf zahlreiche Wertungswidersprüche gemessen am deutschen und am internationalen Recht hin. Wir markieren deutlich, inwiefern es sich insbesondere bei den Vollzügen der Maßregeln um ein historisch überholtes System handelt. Die heute mit Recht auch bei Freiheitsentzügen vorrangig anzustrebenden Ziele von Prävention und Rehabilitation werden seit Jahren in weiten Bereichen verfehlt.

Wir verstehen uns nicht als Museumswächter, die gelegentlich die Ausstellungen und damit nur das, was andere Menschen sehen sollen, ändern. Deshalb streben wir nicht nur eine Reform der Vollzüge von Maßregeln an. Das Sanktionenrecht insgesamt gehört auf den wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Prüfstand. Soviel ist klar: Es ist zu reformieren und auf die Höhe der Zeit zu bringen, in dem es verfassungskonform, menschenrechtsbasiert und sozial ausgewogen zukunftsfähig gemacht wird. Um ein anderes Schlagwort der neuen Bundesregierung aufzunehmen, könnte man auch hier sagen, es bedarf einer unverzüglichen "Energiewende" des Sanktionenrechts!

Dabei sollten folgende Prinzipien zur Grundlage einer Neuordnung gemacht werden:

- Bei einer Verurteilung zu einer freiheitsentziehenden Sicherung von Personen, die eine rechtswidrige Tat begangen haben, spielen (juristische) Krankheitsmerkmale künftig keine Rolle mehr. Allenfalls können sie bei den relevanten Gesichtspunkten hinsichtlich der Entscheidung über die Zumessung der Länge des Freiheitsentzugs einbezogen werden.
- Für die Sicherung der zu einem Freiheitsentzug verurteilten Personen und damit für die Sicherheit und den Schutz der Allgemeinheit ist allein der Staat mit seiner Organisationsgestalt der Justizverwaltung zuständig.
- Die gesundheitliche und soziale Versorgung aller zum Freiheitsentzug verurteilten Personen werden durch die am Ort bzw. in der Region ihres Freiheitsentzugs vorhandenen Dienste und Organisationen vorgenommen. Sie versorgen auch die eingeschlossenen Personen.

Wir laden alle an diesen Themen interessierten Personen und Organisationen ein, sich am notwendigen Diskussionsprozess zu beteiligen, der die hier angesprochenen Transformationen auf den Weg bringen kann.

*Martin Feißt*

*Ulrich Lewe*

*Heinz Kammeier*

## Teil 1

### Organisationale Kritik des Maßregelvollzugs

Die seit 1934 existierenden psychiatrischen und Entziehungs-Maßregeln beruhen auf bestimmten Grundannahmen, die sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch aus rechtlicher Sicht (u.a. UN-BRK) inzwischen grundsätzlich in Frage gestellt werden müssen. Hinzu treten eklatante Missstände in der organisationalen Umsetzung eines – wenn man es positiv betrachtet – gut *gemeinten* Systems. Die in den letzten Jahren vorgenommenen rechtsdogmatisch "korrekten" Änderungen an den §§ 63 und 64 StGB reagierten bereits ansatzweise hierauf. Es handelte sich jedoch allenfalls um kosmetische Modifikationen, denn um eine Reform, die diesen Namen verdient. Das bestehende System blieb in seinen Prämissen unangetastet und erweist sich in der Umsetzung als dysfunktional.

Genau hier setzt das vorliegende Papier an. Aufgebaut ist es in drei Teile: Im **ersten Teil** werden in gebotener Kürze die Grundzüge des Maßregelvollzugssystems rekapituliert. Es wird argumentiert, dass es sich in der Umsetzung um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Organisationen und Professionen handelt, das bereits in der konzeptionellen Grundanlage problematisch ist. Das zeigt sich dann auch in der Praxis.

Aus einer verstärkt quantitativen Perspektive wird dies im **zweiten Teil** unterstrichen und ergänzt. Die dort dargestellten Kernpunkte sind:

- eine hohe Punitivität dieses Sanktionensystems sowohl im Vergleich zum deutschen Strafvollzug als auch im europäischen Ländervergleich;
- eine deutlich unterschiedliche Rechtsanwendung bzw. Spruchpraxis sowohl zwischen Bundesland und Bundesland als auch in benachbarten Landgerichtsbezirken innerhalb eines Bundeslandes;
- eine Überschätzung des Gefährlichkeitspotentials psychisch erkrankter Menschen bei gleichzeitiger Unterschätzung ihres Gefährdungsrisikos;
- ein Gutachtenwesen, das ignoriert, dass bei den relativ niedrigen Basisraten im Straf- und Maßregelvollzug eine valide individuelle Gefährlichkeitsprognose nicht zu erstellen ist;
- die ernstzunehmende Vermutung, dass der stationäre Maßregelvollzug (§ 63 StGB) trotz verbesserter Personalausstattung keine besseren Therapieergebnisse als die stationäre Allgemeinpsychiatrie und bei den Legalbewährungen keine besseren Quoten als der Strafvollzug erzielt;

- dass im stationären Maßregelvollzug als einer totalen und von der öffentlichen Wahrnehmung abgeschotteten Institution immer wieder Fehlentwicklungen zu beobachten sind, die deutlich gegen die Menschenrechte verstoßen.

Im **dritten Teil** wird all dies nochmal aus juristischer und rechtspolitischer Perspektive mit weiteren Ergänzungen zusammengefasst und im **vierten Teil** in Konsequenzen und Vorschläge für eine grundlegende Reform des deutschen Sanktionenrechts übersetzt.

„Zum Stellenwert der psychiatrischen Maßregelbehandlung ist generell zu sagen“, wie Stolpmann treffend formulierte, „dass sich am Umgang der Gesellschaft mit Minderheiten zeigt, wie human und sozial ihre Grundhaltung ist und wie ihr Verhalten gegenüber unbequemen Mitgliedern in kritischen Situationen sein wird.“ (2007: 33)

### 1.1. Für welches Problem sollen die §§ 63 und 64 StGB die Lösung sein?

In der Bundesrepublik Deutschland gilt das sogenannte Schuldstrafrecht. Es baut auf dem Grundsatz *nulla poena sine culpa* auf, keine Strafe ohne Schuld (Dörner 2013: 133). Die Idee, dass ein voll schuldfähiger Straftäter – der entsprechend seiner mit der Tat verwirklichten Schuld bestraft werden kann – zum Zeitpunkt der Tat über *Einsichtsfähigkeit* und *Steuerungsfähigkeit* verfügen musste, geht bis ins römische Recht zurück (vgl. Schott & Tölle 2006: 324). In der jüngsten Geschichte sind besonders die Entwicklungen seit der Weimarer Republik relevant. Hier unternahm man Anläufe, der Exkulpierung gerade psychisch kranker *Rechtsbrecher* (denn als *Straftäter* konnten sie streng genommen nicht mehr bezeichnet werden) eine definierte Form zu geben (vgl. Kammeier 2020, 134ff.). Entsprechende Regelungen sind dann allerdings erst 1933 von der Reichskanzlei beschlossen und (ohne Einfluss des Parlaments) als geltendes Recht in Kraft gesetzt worden (vgl. ebd.). Auf diese Regelungen gehen auch die heutigen §§ 20 und 21 StGB zurück, die erst unlängst mit Wirkung zum 01.01.2021 sprachlich ‚modernisiert‘ wurden:

*"Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln" (§ 20 StGB).*

Die Frage nach der Einsichtsfähigkeit („*das Unrecht der Tat einzusehen*“) und nach der Steuerungsfähigkeit („*nach dieser Einsicht zu handeln*“) wird durch die Angabe von *Gründen* („wegen“) weiter spezifiziert. (Das Schweizerische Strafgesetzbuch kommt im Vergleich hierzu ohne diese sogenannten Eingangsmerkmale für eine Unterbringung im – wie es dort heißt – Maßnahmenvollzug aus). Die Frage nach der (verminderten) Schuldfähigkeit wird damit maßgeblich mit den unterschiedlichen Formen psychischer Störungen assoziiert. Sie liegt

somit außerhalb des originären Sachverstandes eines Gerichtes (das die Frage Recht oder Unrecht entscheidet) und kann nur unter Hinzuziehung eines medizinischen, vorherrschend psychiatrischen Fachgutachtens geklärt werden (das die Frage krank oder gesund entscheidet). Was macht man nun aber mit Menschen, bei denen man aufgrund einer „seelischen Störung“, einer „Bewusstseinsstörung“ oder einer „Intelligenzminderung“ davon ausgeht, dass sie nur eingeschränkt oder gar nicht zur Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit in der Lage oder bzw. aber deshalb gefährlich sind? Für dieses Problem ist der § 63 StGB die Lösung. *Bestrafen* kann man diese Menschen nicht oder nicht in dem Maße wie einen voll schuldfähigen Täter. Man kann sie jedoch medizinisch *behandeln*. Das bedeutet, dass die betreffenden Personen zunächst von ihrer Schuld freigesprochen werden. Für den Fall jedoch, dass sie in diesem Kontext als „für die Allgemeinheit gefährlich“ eingeschätzt werden, werden sie zum Zwecke der „Besserung und Sicherung“ in ein „psychiatrisches Krankenhaus“ eingewiesen (vgl. § 63 StGB) und somit einer medizinischen Behandlung zugeführt. Im Grundsatz strukturell ähnlich erfolgt eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt nach den Vorgaben des § 64 StGB. Die Anordnung einer solchen Unterbringung hat somit explizit *präventiven* Charakter und dient ausschließlich der Verhütung *weiterer, zukünftiger* Taten (vgl. Kammeier 2020: 138 f.). Die begangene Tat spielt lediglich im Zusammenhang mit der Einschätzung der weiteren Gefährlichkeit eine Rolle. Es kann somit vorkommen, dass jemand für ein Bagatelldelikt in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen wird, wenn das Gericht befürchtet, dass es sonst zu *erheblichen* rechtswidrigen Taten kommen könnte (vgl. besonders den zweiten Teil des § 63 StGB). Zudem kann jemand bis zum Gerichtsbeschluss *einstweilig* in einer entsprechenden Klinik untergebracht werden (§ 126a StPO).

#### § 63 StGB:

*"[1] Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.*

*[2] Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird."*

Dreh- und Angelpunkt ist, wie hier deutlich wird, die Einschätzung der *Gefährlichkeit* einer Person – mit allen prognostischen und operativen Problemen, die hiermit einhergehen (siehe zu einer kritischen Diskussion u.a. Feißt 2018; Eher et al. 2016). Entsprechende Präzisierungen der Ausgestaltung der Unterbringung finden sich in den Gesetzen der Länder entwe-



der in eigenständigen Maßregelvollzugsgesetzen oder integriert in die Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Allen gemein ist jedoch die grundlegende Annahme der kausalen Verknüpfung einer psychischen Störung und einer davon ausgehenden, jedenfalls damit einhergehenden Gefährlichkeit, die immer wieder neu überprüft werden muss (vgl. § 463 StPO). Konsequenterweise ist die Dauer der Unterbringung in zeitlicher Hinsicht nicht festgesetzt. Eine Beendigung kann erst dann erfolgen, wenn „die Voraussetzung der Maßregel nicht mehr vorliegt“ (vgl. § 67d Abs. 6 StGB). Ein Gericht kann die Maßregel für erledigt erklären, wenn es auf Basis entsprechender Gutachten zu dem Schluss kommt, dass die betreffende Person nicht mehr für die Allgemeinheit gefährlich ist. Nach der jüngsten Novellierung des § 63 StGB ist explizit geregelt, dass eine solche Unterbringung nach sechs Jahren unverhältnismäßig ist und nach spätestens zehn Jahren für erledigt erklärt werden muss, – wenn nicht nach wie vor die Anordnungsgründe vorliegen. Diesen gesetzlich verankerten zeitlichen Richtwerten stehen durchschnittliche bundesweite Unterbringungsdauern von knapp 10 Jahren entgegen.<sup>1</sup> Schiffer & Schalast geben mit Bezug auf den Kerndatensatz (Jaschke & Oliva 2020) an, dass fast jede dritte nach § 63 StGB untergebrachte Person bereits länger als 10 Jahre im System verweilt (2019: 151). Und dass die durchschnittliche Unterbringung zwischen den Bundesländern um rund 6 Jahre differiert (von 6,5 Jahren in Hessen über 10,6 Jahren in NRW bis zu 12,4 Jahren im Saarland<sup>2</sup>), lässt darauf schließen, dass das System in der Praxis erhebliche Spielräume in der Ausgestaltung lässt und „Besserung“ – aller wissenschaftlichen Leitlinien und Standards zum Trotz – alles andere als ein standardisierter und objektiver Prozess ist. Erst recht kein anerkanntes "Ergebnis". Es ist nicht davon auszugehen, dass Menschen in unterschiedlichen Bundesländern unterschiedlich gefährlich sind. Während die einen für einen sechsjährigen Freiheitsentzug Straftaten in erheblichem Ausmaß begehen müssen, reicht bei anderen bereits aus, im ‚falschen‘ Bundesland – oder noch bemerkenswerter: im ‚falschen‘ Landgerichtsbezirk – untergebracht zu sein.

Unterschiede zeigen sich aber auch in den Zuweisungen („Aburteilungen“) in den Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. Sie unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland und bisweilen auch von Gerichtsbezirk zu Gerichtsbezirk (siehe hierzu Teil 2). Die psychiatrischen Fachgutachten, die Aussagen über den „Zustand“ der betroffenen Personen geben, beein-

---

<sup>1</sup> Der Bundesdurchschnitt liegt bei 9,6 Jahren, wenn man die Zahlen des Kerndatensatzes zugrunde legt. Die Berechnung bezieht sich auf die Unterbringungsdauer für Untergebrachte, die im Bezugsjahr aus der Maßregel ausgeschieden sind (Beendigung). Je nach Bundesland ist dies ein von Jahr zu Jahr stark schwankender Anteil (die N sind dabei teilweise sehr klein, so dass Extremwerte stark ins Gewicht fallen und die Jahresdurchschnitte prägen). Um dem entgegenzuwirken haben wir die Daten aus den Jahren 2015 – 2018 aggregiert, um Verzerrungen aus Bundesländern wie dem Saarland vorzubeugen. Ein möglicher Anstieg über diese vier Jahre mittelt sich dann (leider) ebenfalls aus (Datengrundlage: Jaschke & Oliva [2020])

<sup>2</sup> Gleiche Berechnungsweise wie in FN1 angegeben.

flussen diese Unterbringungsentscheidung zwar maßgeblich, die Anordnung der Unterbringung als einem performativen Akt bleibt aber den Gerichten vorbehalten. Die dafür notwendige Übersetzung zwischen medizinischer Logik (krank oder gesund) und rechtlicher Logik (Recht oder Unrecht) ist ebenfalls nicht unproblematisch (Müller et al. 2020). So bildet sich hier in der Praxis ein *modus operandi* aus, der sich nicht rein an inhaltlichen Kriterien orientiert (Gohde & Wolff 1992; Dallaire 2000). Und auch die von der DGPPN formulierten Standards für Gutachten antworten auf ein Qualitätsproblem (Müller & Saimeh 2017). Diese Standards – einmal formuliert – *sind* aber nicht die Praxis (genauso wenig wie ethische Leitlinien, Behandlungsstandards, etc.). Die Karte ist nicht das Gebiet (Korzybski 1994: 58). Sie alle können nie mehr bieten als eine *Orientierung*.

Dies sind lediglich Andeutungen dahin gehend, dass wir es allen wissenschaftlichen Standards, Behandlungsleitlinien und Prognosemanualen zum Trotz mit einer enormen Uneinheitlichkeit über den ganzen Verlauf hinweg zu tun haben, von der Anordnung der Maßregel über den Vollzug bis hin zur Entlassung. Aus organisationstheoretischer wie auch praktischer Perspektive ist das nicht weiter erstaunlich, sondern vielmehr zu erwarten (vgl. etwa Klatetzki 2010). Problematisch ist jedoch, dass es sich im Falle des Maßregelvollzugs um einen massiven Eingriff in die Freiheitsrechte einer Person handelt. Die Legitimationsgrundlage hierfür bildet eine Psychiatrie, deren Möglichkeiten zur objektiven und standardisierten Feststellung, Unterscheidung und Behandlung von psychischen Störungen eben nicht so ausgeprägt sind, wie das Fachgebiet es sich selbst gerne wünschen würde (vgl. jüngst Weinmann 2019, aber auch Finzen 2018).

## **1.2. Die forensische Psychiatrie als totale Institution**

Mit Blick auf die bereits angeführten Unterbringungsauern gilt somit immer noch, was zur Zeit der Psychiatrie-Enquete in den 70er Jahren galt: „[...] the whole system of forensic psychiatric care has a longterm character“ (Schiffer & Schalast 2019: 253). Die untergebrachten Personen verbringen folglich einen signifikanten Teil ihres Lebens in einer solchen Einrichtung. Der Unterschied zwischen einem ‚normalbürgerlichen‘ Leben und einem Leben im Maßregelvollzug besteht darin, dass sich dort das *gesamte* Leben ausschließlich *innerhalb einer einzigen Organisation* abspielt. Die grundlegende soziale Ordnung der modernen Gesellschaft ist nach Goffman hingegen gerade dadurch gekennzeichnet, dass „der Einzelne an *verschiedenen* Orten schläft, spielt und arbeitet“ (1973: 17, Hervorhebung durch die Vf.). Die Bereiche Wohnen, Freizeit und Arbeit sind nicht nur räumlich getrennt, sondern sie finden mit „wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan“ statt (ebd.). In diesen Punkten liegen die wesentlichen Differenzen zur „totalen Institution“ nach Goffman. Denn wenn ein ‚Normalbürger‘ sein Leben in verschiede-

nen Sozialen Kontexten verbringt (Sportverein, Arbeit, etc.), geht dies mit der Möglichkeit einher, unterschiedliche soziale Identitäten (Goffman 2012) aufrecht zu erhalten. So mag man zwar auf der Arbeit wenig erfolgreich sein, dafür in der abendlichen Skatrunde glänzen. In totalen Institutionen, so auch in Maßregelvollzugskliniken, ist genau dies nicht möglich. Über Behandlungsteams und Therapiepläne, Übergabegespräche etc. in Kombination mit den extremen räumlichen Einschränkungen wird der Aufbau verschiedener sozialer Identitäten verunmöglicht und die totale Fremdentifizierung einer untergebrachten Person befördert – in unserem Fall als krank und gefährlich. Hinzu tritt die räumliche Nähe und der Dauerkontakt mit anderen untergebrachten Personen und mit dem Personal, dem man sich kaum entziehen kann, sofern man nicht das Privileg eines Einzelzimmers genießt. Kurzum: Die Macht der Organisation – im Sinne der Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten – erstreckt sich auf *alle* Lebensbereiche der untergebrachten Person, *das* macht sie *total*. Beinahe könnte man sagen: totalitär.

### **1.3. Besserung und Sicherung als übergreifender rationaler Plan**

Zu den allgemeinen Aspekten der totalen Institution treten in Bezug auf eine Maßregelvollzugsklinik konkrete Merkmale des Gefängnisses („das politisch-moralische Modell der individuellen Isolierung und der Hierarchie“ [Foucault 1977: 318]) und die konkreten Merkmale eines „Spitals“ („das technisch-medizinische Modell von Heilung und Normalisierung“ [ebd.]) hinzu. Besonders in der Praxis der stationären Behandlung ist dann gar nicht mehr genau feststellbar, was in einer solchen Wohn- und Lebensgemeinschaft als Therapie gilt, was Pflege im Sinne der Supplementierung fehlender Einsichts- und Autonomiefähigkeit ist und was einfach nur schlicht Disziplinierung darstellt (vgl. Vogd & Feißt 2020). Therapie findet, so könnte man sagen, rund um die Uhr statt, angefangen von den therapeutischen Einzelgesprächen über die deliktbezogene Gruppentherapie hin zur Arbeits-, Ergo-, Musik- und Beschäftigungstherapie. Alles was ‚dazwischen‘ an Alltäglichem stattfindet kann zudem als Sozio-Milieu-Therapie gerahmt werden. Kann man im Falle allgemeinmedizinischer Versorgung von einer „organisierten Krankenbehandlung“ (Vogd 2011a) sprechen, dann gilt dies hier in potenziertem Maße. Das Schachspiel mit dem Pfleger, das Doppelzimmer mit dem Pädophilen, der Einkauf im Freigang, der Umgang mit dem Fernseher – all dies kann therapeutisch aufgegriffen werden. Die Verzahnung von psychiatrischer Behandlung und notwendiger Kontrolle aufgrund einer ständig präsenten „Gefährlichkeit“ der Patienten kulminiert in einer totalen Therapie, die dabei den Versuch nicht aufgibt (und sofern sie Therapie und Pflege ernst nimmt, auch nicht aufgeben darf) es mit Menschen zu tun zu haben, die nicht nur als Täter oder Patienten gesehen werden können.

Folglich haben wir es mit dem Auftrag der „Besserung und Sicherung“ als Namensgeber der Maßregel mit einem „umfassenden rationalen Plan“ (Goffman 1973: 16) *par excellence* zu tun. Alles was passiert, kann entweder als sicherheitsrelevant oder als therapeutisch notwendig gerahmt werden. Dies ist aber nicht bloß als Möglichkeit der Macht der totalen Institution zu deuten. Da die Einrichtungen sich auch mit einer kritischen Öffentlichkeit, dem geldgebenden Staat und Anwälten von untergebrachten Personen auseinandersetzen müssen (siehe zur Multireferentialität von Organisationen: Bora 2001), herrscht ebenfalls ein entsprechend starker Rechtfertigungsdruck, im Kontext schwerwiegender Straftaten nichts dem Zufall überlassen zu dürfen.

In dauerhafter Paradoxie muss eine forensisch psychiatrische Klinik sowohl helfen und therapieren als auch disziplinieren. Sie muss die in ihr untergebrachten Personen sowohl als gesund als auch als krank adressieren und entsprechend behandeln.

#### **1.4. Totale Kontrolle – Totale Verantwortung**

Nicht nur für die Patienten, auch für die Kliniken selbst gibt es eine Kehrseite dieser Form der totalen Kontrolle aller Lebensbereiche, da ihr umgekehrt die totale Verantwortung zukommt. Wenn jeder noch so kleine Bereich der Kontrolle der Einrichtung unterliegt, dann wird auch alles, was passiert, nicht nur den dort Untergebrachten angelastet, sondern die Verantwortung hierfür wird der Klinik bzw. dem Personal zugerechnet. Rufen wir uns nochmal ins Bewusstsein, dass wir es mit (mindestens) „zwei sich offensichtlich antagonistisch gegenüberstehenden Interessenlagen“ zu tun haben (Kammeier 2020: 133): einerseits die Rechte und Interessen der vulnerablen (untergebrachten) Personen, andererseits das Interesse der Bürgerinnen und Bürger an einem wirksamen Schutz vor Bedrohungen und die berechtigten Ansprüche auf ein hinreichendes Maß an Sicherheit. Mit Blick auf ein sich veränderndes „gestiegenes Sicherheitsbedürfnis“ (Seifert, Klink & Landwehr 2018: 137) der Gesellschaft (welches sich leider schlecht quantifizieren lässt), scheint hier die Waage (gerade mit Blick auf die bereits angeführten und später noch anzuführenden Zahlen) in Richtung der Interessen der Bürger auszuslagen und in einer immer restriktiveren Praxis bezüglich Lockerungen, Beurlaubungen und Entlassungen zu münden (so Schiffer und Schalast am Beispiel von Sexualstraftätern). Umso totaler die Kontrolle aller Lebensbereiche, umso weniger kann man es sich leisten, auch mal etwas dem Zufall überlassen zu können. Entsprechend formulieren auch Schott & Tölle: „Darin liegt ein Hauptproblem des psychiatrischen Maßregelvollzugs, in dem es etwa vorkommen kann, dass ein nicht aggressiver Exhibitionist Jahre und Jahrzehnte hinter Gittern verbringt, angeblich zum Schutz der Allgemeinheit“ (Schott & Tölle 2006: 506). Das eine ist also die Totalität der Institution, deren Charakteristika sich jedoch auch in anderen Einrichtungen finden lassen (JVAs, Klöster, Kaser-

nen, etc.). Das andere jedoch ist die spezifische Kombination dieser Totalität, der damit einhergehenden totalen Verantwortungszuschreibung, einer sicherheitsbedürftigen Gesellschaft *im Zusammenspiel mit der Tatsache, dass es keine vorher festgelegte Dauer des Freiheitsentzuges gibt, sondern das System sich diese Entscheidungslast selbst aufbürdet*. Das die medizinischen Logik zur Primärreferenz des gesamten Systems erhoben wird, führt keineswegs aus dieser Problematik heraus – sondern verschärft das so entstehende „treatment-control system“ (Dallaire 2020: 679) nur noch weiter.

### **1.5. Die problematische Verschränkung unterschiedlicher Rationalitäten**

Wie gesehen haben wir es mit einem Zusammenspiel unterschiedlicher Rationalitäten zu tun, die nicht ineinander überführbar sind. Ein Gericht entscheidet über Recht oder Unrecht, ihm fehlt jedoch der Sachverstand über krank oder gesund zu entscheiden. *Moralische* Maßstäbe einer Bevölkerung sollen keine Rolle spielen, was umso schwerer wird, wenn diese durch die Logik der Massenmedien (Luhmann 2017) zunehmend lautstark erhoben werden. Die Dimension des Politischen wirkt sich zudem bis auf die Beurteilung von Einzelfällen aus. So mag – als Beispiel – die Langzeitbeurlaubung einer in der Forensik untergebrachten Person medizinisch unbedenklich und rechtlich überfällig sein – und dennoch um ein weiteres Jahr verzögert werden, da sie moralisch kontrovers ist und im Bundesland des Klinikstandortes Landtagswahlen unmittelbar bevorstehen. Hinzu treten ökonomische Kalküle, sowohl der Kliniken, als auch der Gesellschaft (vgl. Entorf 2007).

In unterschiedlicher Form und Schärfe haben alle Organisationen mit der Problematik zu kämpfen, die unterschiedlichen Logiken bzw. Rationalitäten zueinander in Beziehung zu setzen. Droht eine der Rationalitäten überhand zu nehmen, so spricht man gerne von Ökonomisierung (vgl. differenziert und mit Blick auf das Gesundheitswesen Bode & Vogd 2016), oder von Verrechtlichung (vgl. zum Maßregelvollzug Dimmek 2019). An dieser Stelle sollen insbesondere mehrere grundlegende Probleme des Maßregelvollzugs in dieser Hinsicht diskutiert werden. Zunächst wird auf die medizinische Überformung des Maßregelvollzugs hingewiesen (insb. § 63 StGB). Zudem wird die widersprüchliche Anforderung in den Blick genommen, sowohl helfen und heilen, als auch sanktionieren und disziplinieren zu müssen. Im Anschluss daran wird angeführt, dass eine weitere Kernproblematik des Maßregelvollzugs darin besteht, mit der Konzeption der „Gefährlichkeit“ das gesamte System auf wackelige Füße zu stellen.

#### **1.5.1. Problem 1: Ärztlich-medizinische Überformung des Maßregelvollzugs**

Nach § 136 StVollzG richtet sich die „Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus [...] nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich, soll er geheilt

oder sein Zustand so weit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist.“ Das Problem hierbei ist, dass es bereits in dieser Grundanlage zu einer ärztlichen bzw. medizinischen Überformung kommt. Bis dahin, dass die Leitung, die für die Besserung der untergebrachten Personen zuständig ist, fast ausnahmslos in ärztlicher Hand liegt (mit Ausnahme einiger Psychologen und Psychologinnen). Es soll keineswegs bestritten werden, dass psychiatrische und psychologische Expertise für die betroffenen Personen hilfreich sein kann. Wir haben es definitiv mit Menschen zu tun, die sich in höchst problematischen Lebenslagen befinden. Das bleibt unbestritten. Die Probleme dieser Menschen sind jedoch vielschichtiger. Sie sind möglicherweise auch (stark) krankheitsbedingt, aber eben nicht auf Krankheit zu reduzieren. Bei der das Maßregelrecht beherrschenden Grundformel, wonach jemand, 'weil er krank ist, deshalb auch gefährlich ist' und ergo, 'wenn er wieder gesund ist', dann auch 'ungefährlich' ist, handelt es sich letztlich um eine dysfunktionale Trivialisierung. Die medizinische Totalität des Unterfangens wird der Realität der Probleme nicht gerecht. Menschen kommen in *Kliniken* und müssen dort *nach ärztlichen Gesichtspunkten* behandelt werden und werden erst entlassen, wenn das *ärztliche Personal* dies für verantwortbar hält. Um es nochmal deutlich zu machen: Es ist unbestritten, dass bei vielen dieser Menschen eine (enge) therapeutische Begleitung produktiv ist und diese *einen Beitrag* zur „Stabilisierung der Lebenslage“ beiträgt. Aber es kann sich eben nicht mehr als um einen mehr oder weniger großen *Beitrag* handeln. Die medizinische Logik darf nicht die Primärreferenz sein!

Man kann Ärzten und Therapeuten nicht zum Vorwurf machen, dass sie tun, was sie gelernt haben: Sie beobachten Menschen daraufhin, wie krank sie sind und wie man sie behandeln kann. Der entscheidende Punkt ist, dass viele Menschen im Maßregelvollzug dauerbehandelt werden, obwohl in der Krankheit (schon lange) nicht (mehr) das zentrale Problem liegt. Entgegen des Auftrags wird davon jedoch niemand „besser“ – im Gegenteil. Umso mehr man als Untergebrachter das Gefühl bekommt, dass die eigentlichen Probleme nicht adressiert werden und trotz aller Bemühungen kein Ende in Sicht ist, droht Resignation und Hospitalisierung (vgl. Vogd & Feißt 2022).

Wenn wir Menschen in eine Klinik einweisen, die besetzt ist mit Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften, dann darf man sich nicht wundern, dass diese Menschen – komme was oder wer wolle – eben gepflegt und behandelt werden, bis sie, mit welchen Begründungen zur Legitimation dieser Rechtsentscheidung auch immer, entlassen werden. Das Kernproblem ist, dass das Ziel der Maßregelvollzugsklinik keines ist, was durch Pflege und Therapie zu erreichen ist! Besserung im Sinne der Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist etwas, dass sich nicht nur auf die Reduktion von Symptomen beschränkt, sondern *medizinische Besserung* weit übersteigt. Umso weniger allerdings die Behandlungsversuche fruchten, um-

so mehr produziert man die Legitimation, dass die Person als eine gefährliche am richtigen Ort ist.

All dies bezieht sich lediglich auf die theoretische Grundanlage. In der Praxis treten dann weitere Probleme hinzu, die das prinzipiell mögliche Potential therapeutischer Beziehung – letztlich das ‚Pfund‘ therapeutischer Arbeit – zusätzlich hemmen. Dies betrifft insbesondere häufige Wechsel des therapeutischen Personals und die damit verbundene Diskontinuität in der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Zudem haben die Untergebrachten in aller Regel fast keine Möglichkeit zur Wahl ihrer therapeutischen Bezugsperson.

Die Berufsgruppe der Sozialarbeit vermag da noch am ehesten eine Integration medizinischer wie sozialer Problematiken zu leisten. Aber auch diese unterstehen letztlich der ärztlichen Letztverantwortung. Zudem kommt dieser Berufsgruppe in vielen Kliniken eine untergeordnete Rolle zu. Somit ist das ärztliche Personal formal für etwas verantwortlich, was sich letztlich ihrem originären Behandlungsauftrag, aber auch ihrer Sachkunde entzieht. Der Auftrag der „Besserung und Sicherung“ kann von den Kliniken nicht angemessen mit den zur Verfügung stehenden Bordmitteln gelöst werden.

### **1.5.2. Problem 2: Behandlung und Soziale Kontrolle**

Zinkler & von Peter fordern, dass im gesamten psychiatrischen Hilfesystem soziale Kontrolle und therapeutische Hilfsangebote getrennt werden müssen (2019). Für die *zwangsweise* Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gilt dies in besonderer Weise. Wie bereits beschrieben ist mit „Besserung und Sicherung“ die unauflösbare Verquickung dieser beiden Aspekte – überwiegend im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie – bereits als Auftragsbeschreibung gesetzt und führt zur bereits erwähnten Verschmelzung eines „treatment-control system“ (Dallaire 2020: 679). Dies zieht sich in der grundlegenden Widersprüchlichkeit dann auch durch alle Bereiche der Organisation, was sich unter anderem an der Doppelrolle der Pflege zeigt, die sowohl Beziehungsarbeit im pflegerischen Sinn zu leisten hat und gleichzeitig den Sicherungsauftrag erfüllen muss. Vergleichsstudien aus dem Ausland zeigen, dass eine personelle Trennung in medizinisches Personal und Sicherheitspersonal positive Effekte hat (vgl. Holmes, Perron & Michaud 2008).

Das grundlegende Problem ist, dass die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB prinzipiell unbefristet ist und somit das Phänomen der Langzeitunterbringungen (etwa Schiffer & Schalast 2019) überhaupt erst in seinem derzeitigen Ausmaß möglich macht. Die Novellierung des § 63 StGB im Jahr 2016 mag hier den Druck erhöht haben, an der grundlegenden Systematik hat sich jedoch nichts geändert – und das, obwohl

eine Sonderbehandlung von psychisch kranken Menschen aufgrund ihrer psychischen Krankheit nach den Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gar nicht zulässig ist (vgl. u.a. Zinkler & von Peter 2019).

### **1.5.3. Problem 3: Unbefristete Unterbringung**

Eine der zentralen organisationalen Problematiken ist dann, dass die Entlassung nicht ‚automatisiert‘ nach einer bestimmten Zeitspanne des Freiheitsentzuges erfolgt, sondern eine normativ begründete *Entscheidung* ist, die zwar letztlich von einem Gericht getroffen, aber maßgeblich der Klinik zugerechnet wird. Dadurch werden leichte wie schwere Rückfälle einer Person nach der Entlassung nicht mehr nur der Person zugerechnet (Warum hast du das getan?), sondern der Klinik (Warum habt ihr seine Entlassung befürwortet?) – was wiederum ein Hemmschuh zügiger Entlassungen ist. Ein Rückfall nach einer Beurlaubung und Entlassung wirkt sich (bis hin zu juristischen Folgen) auf die Ärzte und externen Sachverständigen aus, die sich für die Lockerung ausgesprochen und diese fachlich zu verantworten haben. Dass schwerwiegende Rückfälle selbst Jahrzehnte später noch auf die Sicherheitsdebatte nachwirken, zeigen die Fälle aus dem Anfang der Neunziger Jahre in Eickelborn sowie der Fall Schmökel um die Jahrtausendwende in Brandenburg. Das System ist somit relativ einfach ‚aus der Fassung‘ zu bringen. Und umso restriktiver eine Klinik in der Entlassung ihrer Klientel ist, umso mehr erhöht sich der Anteil jener „falsch-positiven“ (etwa Kobbé 2016), d.h. unrichtig als gefährlich klassifizierte Personen.

### **1.5.4. Problem 4: Entlassung als *Entscheidung***

Es stellt sich dann die Frage, auf welcher Grundlage man die untergebrachten Menschen wieder entlässt. Die Legitimation für Lockerungen, Beurlaubungen und Entlassungen werden unter anderem auch in der Wissenschaft gesucht und gefunden. Wissenschaftlich verfeinerte Prognosemanuale sorgen für die Legitimation von Entscheidungen, die die Ärzte eigentlich zu treffen nicht in der Lage sind (bzw. diese Entscheidungen willkürlich erscheinen lassen würden). Das funktioniert natürlich auch nicht besser, weil die Zukunft immer ungewiss bleibt, aber zumindest kann man sich auf eine anerkannte Grundlage berufen. So wenig *wissenschaftliche* Evidenz es dahingehend gibt, dass eine Freiheitsstrafe von zwei Jahren für ein bestimmtes Delikt angemessen ist, so wenig Evidenz gibt es dafür, dass jemand zukünftig kein Delikt mehr begehen wird. Deswegen ist das Rechtssystem nicht deckungsgleich mit dem Wissenschaftssystem. Es geht nicht um wahr oder falsch sondern um Recht oder Unrecht. Es wird Recht *gesprochen*. Es gibt einen Richter, der im Anschluss an ein festgelegtes Verfahren Recht *spricht*, in einem performativen Akt. Das lässt sich nicht wissenschaftlich beweisen, das wird *entschieden*. Diese (wissenschaftlich mehr oder weniger gestützte) Entscheidungs*praxis* variiert dann von Bundesland zu Bundesland und von Gerichtsbezirk zu



Gerichtsbezirk (vgl. Teil 2). Es herrscht – mit einem übergeordneten Blick betrachtet – eine gewisse Willkür. Bei der Entlassung haben wir es mit dem umgekehrten Prozess zu tun. Auch hier gibt es keine objektiven Kriterien, wann jemand entlassen werden kann. Es muss *entschieden* werden. Hier können wissenschaftliche Instrumente möglicherweise helfen – mehr aber auch nicht.

Vor dem Hintergrund des gestiegenen Sicherheitsbedürfnisses der Gesellschaft verbleibt die Frage, ob einer Klinik die Verantwortung für die Entscheidung zugemutet werden kann, jemanden zu entlassen, wenn die Erwartungshaltung die ist, dass dieser Mensch keine Delikte mehr begehen wird. Verschärft wird dies durch einen regional unterschiedlichen Mangel an passenden Anschlusseinrichtungen. Wenn auf einen Wohnheimplatz viele Bewerber kommen, dann werden Rechtsbrecher mit pädophilen Straftaten oder Brandstiftungen nicht die erste Wahl darstellen. Der Maßregelvollzug schießt sich aufgrund der Anlage des System – so besehen – ein Eigentor, weil er sich selbst eine Entscheidungs- und Verantwortungslast aufbürdet, die er in zweifacher Hinsicht nur sehr eingeschränkt tragen kann: einerseits hinsichtlich der unmöglichen Zukunftsprognose, dass es zu keinen weiteren Vorfällen kommt. Andererseits indem er sich in eine Pfadabhängigkeit von Hochsicherheitskliniken begeben hat – mit der damit einhergehenden Problematik, die eigene Klientel wieder in die Freiheit zu entlassen.

Zu guter Letzt muss hinterfragt werden, woran die in der jüngsten Reformierung des § 63 StGB bzw. § 463 StPO festgesetzten kritischen Schwellen von 6 und 10 Jahre definiert werden. Den Autoren ist keine Studie bekannt, in denen sich genau diese Zeiträume als besonders fruchtbar in Hinblick auf Besserung und Sicherheitsgewinn herausgestellt hätten.

## **1.6. Fazit**

Zusammengefasst soll somit weder bestritten werden, dass es Menschen in prekären Lebenslagen gibt, die von therapeutischer Hilfe profitieren. Zudem soll auch nicht bestritten werden, dass es Menschen gibt, die im Rahmen der ‚freien Gesellschaft‘ nicht tragbar sind und in hierfür vorgesehene Einrichtungen untergebracht werden müssen. Wofür argumentiert werden soll, ist, dass die derzeitige Ausgestaltung des Maßregelvollzugs nach den §§ 63, 64 StGB dysfunktional ist.

Von ärztlichem Personal wird erwartet, dass es Aussagen über die Zukunft treffen kann. Die gesellschaftliche Erwartungshaltung ist: Es darf nichts passieren. Die einzige Möglichkeit, dies sicher zu stellen, ist, die untergebrachten Personen nicht zu entlassen. Es gibt zwar wissenschaftliche *Anhaltspunkte*, aber keine harten Kriterien (hierzu ebenfalls Kobbé 2019).

Auch die neurobiologische Forschung kann diese – entgegen den großen Hoffnungen – nicht liefern. Im Gegenteil ist vielmehr von der mangelnden Relevanz der neurobiologischen Forschung für die Praxis die Rede (Siehe Zedlick & Thoma 2017; Kösters & Weinmann 2017; Weinmann 2019). Die Probleme sind in viel stärkerem Ausmaß ‚sozialer Natur‘, als das System es berücksichtigen kann. Ob ein Mensch, der im Maßregelvollzug halbwegs ‚gut läuft‘ auch weiterhin draußen ‚gut läuft‘ – wer vermag das *mit Sicherheit* zu sagen? Das scheint dann weniger von erfolgreichen „Reparaturen“ *in* der Person abzuhängen, als letztlich von den vielen sozialen Zusammenhängen und Bezügen, in denen diese Person in Freiheit steht. Diese sind trotz ihrer Komplexität zwar beeinflussbar – aber nicht kontrollierbar. Höchstens innerhalb der totalen Institution. Das Problem, die betroffenen Menschen dann trotzdem irgendwann entlassen zu müssen, wird in der Praxis – je nach Zusammenspiel aus therapeutischem Personal, Staatsanwaltschaft, Strukturen der Nachsorge, etc. – mal besser und mal schlechter gelöst. Wir sagen nicht, dass das nie funktioniert. Aber: Darauf kann man kein an Recht und Gerechtigkeit orientiertes System aufbauen!

In der Praxis bedeutet dies, dass die Lockerung oder Entlassung einer untergebrachten Person weniger eine Frage seiner individuellen „Gefährlichkeit“ ist, als vielmehr vom jeweiligen und situativen Zusammenspiel aller am Vollzug der Maßregel beteiligten Organisationen abhängig: neben den geschlossenen Kliniken somit auch von den Gerichten, den Klinikträgern, der Einbettung in eine Lokal- und Landespolitik sowie den Nachsorgeeinrichtungen (forensischen Ambulanzen, Wohngruppen, Wohnheimen, etc.). Damit ist die Unterbringungsdauer und damit der Freiheitsentzug (!) einer Person eine Frage der Willkür und Kontingenz praktischer Gegebenheiten.

Indem den zuständigen Kliniken qua System die Entscheidungslast der Entlassung aufgebürdet wird, können diese eigentlich nur verlieren. Gehen sie das Risiko ein, Menschen zu entlassen, die wieder rückfällig werden, wird ihnen das als Scheitern der Besserung ausgelegt werden. Ein Blick auf die Unterbringungszahlen verrät, dass diese Strategie nicht verfolgt wird. Behalten sie aber umgekehrt die Menschen ein, laufen sie Gefahr, einen enormen Anteil an ‚falsch Positiven‘ zu erzeugen. Das Problem ist dann, dass die vorhandenen Ressourcen auch auf Menschen verwendet (beinahe könnte man sagen: verschwendet) werden, die schon lange nicht mehr dort sein müssten und gerade deshalb eher kränker als gesünder werden. Diese Ressourcen stehen dann denjenigen Personen nicht mehr zur Verfügung, die sie *wirklich* brauchen – und möglicherweise wollen.

Weitergehend halten wir fest, dass Besserung und Sicherung nicht allein mit medizinischen Mitteln zu erreichen ist, sondern bestenfalls hierdurch unterstützt werden kann. Vielmehr

muss davon ausgegangen werden, dass Resozialisierung umso weniger funktioniert, umso mehr man auf Sicherheit, Kontrolle und objektive Heilung setzt (vgl. Vogd & Feißt 2022). Zusammen mit der politischen Strategie hochgesicherter Maßregelvollzugskliniken und deren Merkmalen der totalen Institution besteht die Gefahr, dass eine solche Unterbringung mit Ihren Zumutungen jene „gefährlichen“ Menschen überhaupt erst hervorbringt, die sie dann nicht mehr guten Gewissens entlassen darf.

Ziel muss es somit sein, das Sanktionensystem so auszugestalten, dass die Kliniken nicht mehr die Alleinverantwortung für die Entlassung tragen. Dennoch muss gewährleistet sein, dass die Klientel zu Recht weiter „gesichert“ werden kann, für die es weiterhin absolut notwendig erscheint. Eine tatsächliche Trennung von Sanktionierung und Behandlung im Sinne der UN-BRK ist deshalb in Deutschland mit Nachdruck anzustreben.