

## Teil 2

### Daten zum Maßregelvollzug nach § 63 StGB in Deutschland

#### 2.1. Punitivität: Vergleich Strafvollzug – Maßregelvollzug

Das deutsche Strafrecht hält für Rechtsverstöße gegen geltende Normen zwei Sanktionssysteme bereit, a) die Strafen und b) die Maßregeln. Es liegt nahe, die Punitivität dieser Sanktionssysteme zu vergleichen, um herauszufinden, ob strafmündige und -unmündige Rechtsbrecher von der Justiz gleich behandelt werden.

Punitivität, zu Deutsch etwa „Straflust“, bezeichnet in der kriminologischen Fachsprache den „Grad, in dem eine Gesellschaft geneigt ist, auf Normabweichungen mithilfe von Strafen zu reagieren“ (Dübgen 2016). Der Begriff hat zwei Dimensionen: Er bezieht sich einmal auf einen gesellschaftlichen Diskurs, der mehr oder weniger punitiv sein kann, wie z.B. das bekannte „Wegsperrn für immer“ von Altkanzler Schröder. Zum anderen umfasst er eine konkretere juristische Ebene, indem z.B. neue Straftatbestände geschaffen und/oder alte verschärft werden, in dem mehr, länger und härter bestraft wird oder die Strafvollstreckung verschärft wird (Heinz 2014).

##### 2.1.1. Die Punitivität des deutschen Strafvollzugs

Gemessen an der Anzahl der Inhaftierten pro 100.000 Einwohner ist der Strafvollzug in Deutschland relativ wenig punitiv.

Im Jahr 2004 waren in Deutschland 79.452 Menschen inhaftiert. Das entspricht einer Inhaftiertenquote von 93 Inhaftierten auf 100.000 Einwohner. Diese Zahlen sanken bis 2021 kontinuierlich. Aktuell sind 59.056 Menschen inhaftiert, was einer Quote von 71 pro 100.000 Einwohner entspricht ([www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org)).

Möglich wäre, dass die Anzahl der Sanktionierten zwar insgesamt sinkt, der Rest aber stärker sanktioniert wird, sprich wesentlich längere Inhaftierungszeiten aufweist. Dazu der Sanktionsforscher Heinz: „Zwischen 1990 und 2008 ist lediglich bei den unbedingt verhängten Freiheits- oder Jugendstrafen von mehr als zwei Jahren eine Zunahme von 0,11% festzustellen. Der Anteil der langfristig Inhaftierten (5 J +) ist seit 2000 mit 13% faktisch gleich geblieben“ (Heinz 2014).

Dabei kann die Punitivität des Strafvollzugs in Deutschland von Bundesland zu Bundesland durchaus unterschiedlich sein. So befanden sich 2016 z.B. in Berlin 31,1% der Gefangenen im offenen Vollzug, in Bayern aber nur 6,5% (Galli 2020).

Auch im Vergleich zu seinen Nachbarländern zeigt sich die relativ geringe Punitivität des deutschen Strafvollzugs. 2021 saßen in Polen 189 pro 100.000 und in Tschechien 176 pro 100.000 Einwohner ein, während am anderen Ende der Skala nur die Niederlande mit 60 pro 100.000 eine geringere Quote hatten als Deutschland mit 71 pro 100.000 Einwohnern ([www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org)).

### **2.1.2. Die Punitivität des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB)**

Im Zeitraum von 1994 bis 2018 stieg die Anzahl der im Maßregelvollzug untergebrachten Personen nach § 63 StGB von N = 2.500 auf N = 6.993. Der Anteil von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung stieg stärker an als die anderen Diagnosegruppen. Ihr Anteil betrug 2018 = 53,7% (AG Psychiatrie der AOLG 2012; Kutscher et.al. 2009; Jaschke & Oliva 2020; Bayerischer Bezirkstag 2020 Az.:541/3-4-1; Landtag Baden-Württemberg 2019, LT-Drs. 16/6183).

Bezüglich der Unterbringungszahlen gab es eine Zäsur im Jahr 2004. Bis dato stieg die Anzahl der Unterbringungsanordnungen pro Jahr stetig an und erreichte den jährlichen Wert von 1,6 pro 100.000 Einwohnern. Ab 2005 sank er kontinuierlich ab und erreichte 2014 den Wert von 0,97 pro 100.000 Einwohnern (Seifert & Leygraf 2016).

Das bedeutet: Die Strafjustiz sprach seit 2005 weniger Unterbringungsanordnungen pro Jahr aus, was in Analogie zum Strafvollzug zu einer geringeren Punitivität des psychiatrischen Maßregelvollzug hätte führen können. Doch da der § 63 StGB (ehemals § 42b RStGB von 1934), die Möglichkeit eröffnet, Menschen unbegrenzt fest zu setzen, wurden die Unterbringungszeiten verlängert, mit dem Ergebnis, dass im gleichen Zeitraum die Rate der Untergebrachten pro 100.000 Einwohner von 1,6 auf 2,1 Anstieg (Seifert & Leygraf 2016).

In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet das:

Bundesweit (ohne Bayern und Baden Württemberg) stieg die durchschnittliche Unterbringung bei Beendigung der Maßregel nach § 63 StGB von 2.700 Tagen (2010) auf 3.681 Tage (2018). Dabei erreichte die Spannweite der Unterbringungsdauer zwischen den einzelnen Bundesländern von 2.544 Tagen in Hamburg bis 4.652 Tagen im Saarland eine erhebliche Größe (Jaschke & Oliva 2020).

Aber nicht nur die mittlere Unterbringungsdauer stieg im psychiatrischen Maßregelvollzug an, sondern vor allem der Anteil der langfristig Untergebrachten (10 J +).

**Tab. 1 Anteil unterschiedlicher Vollzugsdauern in %**

Jahre	2006			2010			2013/ 2015*		
	0 - 4	4 - 10	10 - ~	0 - 4	4 - 10	10 - ~	0 - 4	4 - 10	10 - ~
HH	-	-	-	44,6	40,7	14,7	44,6	38,5	16,9
LWL	47,1	36,6	20,3	39,2	37,1	23,7	36,6	37,3	26,1
Bund	-	-	-	36,4	37,4	26,2	32,3	35,4	32,3

\*: HH: Hansestadt Hamburg, Bund ; LWL: Landschaftsverband Westfalen – Lippe  
(Quellen: Celik 2017; Schiffer 2013; Jaschke & Jaschke 2017)

Der Anteil der Untergebrachten mit einer angemessenen Vollzugsdauer (0 – 4 J) nimmt ab, die lange Unterbringungsdauer (4 – 10 J) bleibt in etwa gleich und die extreme Unterbringungsdauer (10 J – ~) steigt an. Für die Bundesländer insgesamt (ohne Bayern und Baden-Württemberg) ermittelte eine Untersuchung, „dass der Patientenanteil mit (sehr) hoher Unterbringungsdauer (> = 10 Jahre)“ in den Jahren 2010 – 2015 „insgesamt von 26,2% (2010) auf 32,3% (2015) gestiegen ist“. „[...] diese Patientengruppe“ machte „im Jahr 2015 in nahezu allen Ländern (außer Hamburg und Hessen) den größten Anteil an den Stichtagspatienten“ aus (Jaschke & Jaschke 2017).

### 2.1.3. Punitivität: Straf- und Maßregelvollzug im Vergleich

Nach Heinz wies „die weitaus überwiegende Zahl der Gefangenen eine relativ kurze Vollzugsdauer auf.“ Sie betrug lediglich bei 13,2% (N = 5.823) mehr als 5 Jahre bis lebenslang. Das ist deutlich weniger als im Maßregelvollzug, wo dieser Anteil bei ungefähr 60% liegt (s. Tab. 2). Und im Gegensatz zum Maßregelvollzug ist diese Quote im Strafvollzug seit 2005 nicht angewachsen, sondern gleich geblieben (Heinz 2010).

Diese gegenläufige Entwicklung von Straf- und Maßregelvollzug hat zur Folge, dass der Anteil von Menschen, die durch freiheitsentziehende Maßregeln (§§ 63, 64, 66 StGB) untergebracht sind, von 1984 = 7% auf 2000 = 10,7% und damit auf 18% aller Inhaftierten im Jahr 2013 anstieg (Heinz 2015).

Wie sich die Unterbringungsanordnungen (UAO) der einzelnen Maßregeln (§§ 64, 64, 66 StGB) im Verhältnis zur Anzahl der Verurteilten entwickelt hat, zeigt die folgende Tabelle:

**Tab. 2 Vergleich Unterbringungsanordnungen nach §§ 63, 64, 66 StGB) und Verurteilte**

Jahr	Verurteilte (ohne Delikte im Straßenverkehr)	N UAO Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 63, 64, 66 StGB)			N UAO gesamt	Anteil UAO in % der Verurteilten			
		§ 63	§ 64	§ 66		§ 63	§ 64	§ 66	Gesamt
2007	685785	1023	1812	79	2914	0,15	0,26	0,01	0,42
2010	638708	948	2323	101	3372	0,15	0,36	0,01	0,46
2017	557066	804	2829	57	3690	0,14	0,51	0,01	0,66
+/- %	<b>-18,80%</b>				<b>+26,60%</b>				

(Feltus 2012; Statistisches Bundesamt: Rechtspflege Strafverfolgung Fachserie 10 Reihe 3; 2017, 2010, 2007)

Die Anzahl der insgesamt Verurteilten (ohne Delikte im Straßenverkehr) sank im Zeitraum von 2007 bis 2017 um 18,8%. Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der nach einer Maßregel der Besserung und Sicherung (§§ 61 ff. StGB) Untergebrachten um 26,6%, was überwiegend dem Anstieg der nach § 64 StGB Untergebrachten geschuldet ist.

Mit den hier vorliegenden Zahlen kann man einen Punitivitätsquotienten entwickeln, der anzeigt, ob der Maßregelvollzug punitiver als der Strafvollzug ist: Bis 2013 betrug im Bund die durchschnittliche Unterbringungsdauer nach § 63 StGB rund 8 Jahre, und es waren im psychiatrischen Maßregelvollzug erstmals mehr Menschen mit einer Vollzugsdauer von 5 Jahren bis lebenslang untergebracht (N = 6.750) als im Strafvollzug (N = 5.823) (Heinz 2014; Seifert & Leygraf 2016).

Mit Hilfe dieser Zahlen, von Prävalenzschätzungen und bevölkerungsstatistischen Daten, kann man die Frage beantworten, ob das Risiko einer Langzeitunterbringung (5 J +) für schwer psychisch erkrankte Erwachsene größer oder kleiner ist als für die nicht-erkrankte Bevölkerung.

Man kann von folgenden Zahlen ausgehen:

N schwer psychisch Erkrankte Erwachsene: (1%) von 50.780.000 = 507.800

Langzeituntergebrachte (5 J +) im Maßregelvollzug: 6.750

N nicht-erkrankte Erwachsene: 50.780.000 - 507.800 = 50.272.200

Langzeituntergebrachte (5 J +) im Strafvollzug: 5.823

(Gühne et al. 2015; statista.com; Heinz 2014; Seifert & Leygraf 2016)

Man erhält so folgende **odds ratio** = 50.272.200 : 5.823 zu 507.800 : 6.750 = **114,77**. Das Risiko einer Langzeitunterbringung (5 J +) ist für die Gruppe der schwer psychisch Erkrankten somit 114x höher als für die nicht erkrankte erwachsene Bevölkerung.

#### **2.1.4. Die Punitivität des deutschen Maßregelvollzugs im europäischen Vergleich**

Der bundesdeutsche Strafvollzug ist im europäischen Nachbarschaftsvergleich wenig punitiv. Das könnte im Maßregelvollzug auch der Fall sein, falls unsere europäischen Nachbarn psychisch kranke Rechtsbrecher zahlreicher und langfristiger festsetzen als in Deutschland.

Vorbemerkung: Das Sanktionssystem Maßregelvollzug, bei dem im Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Straftat eine Schuldunfähigkeit attestiert werden muss, gibt es nur in der Hälfte der EU-Mitgliedsstaaten. In der DDR hatte man den psychiatrischen Maßregelvollzug 1969 abgeschafft. Italien hat 2017 alle seine psychiatrischen Justizkrankenhäuser geschlossen und – ebenso wie Spanien, Portugal und Kroatien – die Dauer einer forensischen Behandlung in Übereinstimmung mit der UN-BRK auf die Zeit der schuldangemessenen Strafe beschränkt. In Frankreich werden die meisten psychisch kranken Rechtsbrecher in der Allgemeinpsychiatrie behandelt und in den Niederlanden ist er für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen reserviert. In den Ländern mit angelsächsischem Rechtssystem spielt das Konstrukt der Schuldunfähigkeit keine wesentliche Rolle. Die EU bietet also eine bunte Mischung von Möglichkeiten im Umgang mit psychisch kranken Rechtsbrechern (di Lorito et al. 2017; Seifert & Leygraf 2016; Salize & Dressing 2007; Kocaric & Kovacic et al. 2019; Trips-Hebert 2010; Smeekens & Braun 2019).

Bei den aufgestellten forensischen Betten war Deutschland 2006 mit 10,5 pro 100.000 Einwohnern Vizeeuropameister. Hier waren die Niederländer vorne, die 13,7 pro 100.000 Betten aufgestellt hatten. Mittlerweile ist die forensische Bettenzahl in Deutschland weiter gestiegen, während in den Niederlanden die stationären forensischen Plätze von 2.156 auf 1.374 Betten stark reduziert wurden. Italien stand mit 1,9 Betten schon damals auf einem Abstiegsplatz. Ganz weit abgeschlagen mit 0,8 Betten ist Frankreich, wo die meisten forensischen Patienten in der Allgemeinpsychiatrie „mit dem selben Status und unter gleichen Bedingungen wie zivilrechtlich untergebrachte Patienten behandelt werden“ (Salize & Dressing 2007; Priebe 2008; Smeekens & Braun 2019).

Bei der Unterbringungs-Prävalenz (Anzahl der Untergebrachten pro 100.000 Einwohner) belegt Deutschland mit 7,7 pro 100.000 den zweiten Platz nach Schweden mit 10,4 pro 100.000.

Ein stichprobenartiger Ländervergleich zeigt, wie unterschiedlich sich Anzahl und Internierungsdauer forensischer Patienten in europäischen Ländern entwickeln. In Italien sank die Zahl der forensisch Internierten um mehr als die Hälfte, ihre Internierungsdauer ist inzwischen auf die gesetzliche Höhe der Haftdauer begrenzt, und die durchschnittliche Unterbringungsdauer beträgt 2 Jahre. In Österreich stieg die Anzahl der Angehaltenen um ein Drittel an, ihre Unterbringungsdauer blieb in etwa gleich. Deutschland expandiert in beiden Bereichen: Ein Zuwachs von mehr als 150% bei den Untergebrachten und von 50% bei der Unterbringungsdauer stützt die Annahme, dass der deutsche Maßregelvollzug in Europa zu den punitivsten gehört (Seifert & Leygraf 2016; Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug 2015; di Lorito et al. 2017; Schmidt-Quernheim 2018; Castelletti & Scarpa 2021).

## **2.2. Ergebnisse der Rechtstatsachenforschung: Gleichheit vor dem Gesetz?**

Der psychisch kranke Rechtsbrecher darf erwarten, dass die Rechtsprechung und der Maßregelvollzug in Deutschland ihn nach einigermaßen transparenten und nachvollziehbaren Kriterien im Vergleich mit allen anderen Tätern gleich behandelt. Die Rechtstatsachenforschung zeigt, ob diese Erwartung berechtigt ist.

Angelehnt an diese Forschung stellen wir die folgenden Fragen in der Reihenfolge des zeitlichen Verlaufs des Unterbringungsverfahrens:

1. Nach welchen Kriterien entscheidet ein Untersuchungsrichter, ob für einen Verdächtigen die einstweilige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 126a StPO) angeordnet wird?

Antwort: Nach vagen und teils sachfremden ...

Zunächst einmal müssen dringende Gründe für die Annahme vorhanden sein, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) begangen hat, und die öffentliche Sicherheit muss die einstweilige Unterbringung erfordern (§ 126a StPO).

Aber was „dringende Gründe“ konkret sind und welche Handlungen die „öffentliche Sicherheit“ gefährden, ist unbestimmt und lässt weiten Raum für Auslegungsmöglichkeiten. Das belegen ein Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 22.08.2017 (2 BvR 2039/16 = BtPrax 2017, 238) und ein Urteil des Bundesgerichtshof vom 12.03.1998 (4 StR 633/97 = NJW 1998, 3654) in forensischen Angelegenheiten. Im Verfahren, dass vom BVerfG verhandelt wurde, bekam die Beschwerdeführerin im Verlauf ihres Verfahrens durch alle Instanzen in 20 Monaten vier unterschiedliche Diagnosen und die Prognose, dass sie in Zukunft ge-

fährlich sein werde, obwohl ihre letzte Straftat 8 Monate vor Beginn des Verfahrens lag und sie während ihrer Zwangsunterbringung kein aggressives Verhalten zeigte.

Und wenn sich dann innerhalb eines Verfahrens auch noch Gutachten widersprechen, kommen selbst Richter der höchsten Instanz an ihre Grenzen. „Hinzu kommt, dass es auch an jeglichem Maßstab fehlt, anhand dessen der Senat prüfen könnte, welcher der divergierenden Ansichten der Vorzug zu geben ist“ (o.g. Urteil des BGH NJW 1998, 3654, 3655).

Und forensisch untergebrachte Rechtsbrecher und strafmündige Täter müssten sich hinsichtlich relevanter psychiatrisch-psychopathologischer Befunde deutlich unterscheiden, denn diese sind die Eingangsvoraussetzungen für eine Unterbringung im Maßregelvollzug.

Das „Hallenser Angeklagtenprojekt“ hat diese Frage untersucht (Marneros et al. 1998). In zwei Landgerichtsbezirken, einer mit einer medizinischen Fakultät in ihrem Bereich (Halle) und einer ohne eine solche (Dessau) wurden angeklagte psychiatrisch begutachtete und nicht-begutachtete Straftäter hinsichtlich relevanter psychologischer, psychopathologischer und kriminologischer Variablen untereinander und mit einer Stichprobe aus der Bevölkerung verglichen. Die Angeklagtengruppe insgesamt unterschied sich deutlich in wesentlichen psychopathologisch-kriminologischen Variablen von einer Vergleichsstichprobe aus der Normalbevölkerung. Unterschiede zwischen den forensisch begutachteten und nicht-begutachteten Tätergruppen gab es nicht, mit Ausnahme der Schwere des Deliktes bei den Begutachteten. Das Projekt ging auch der Frage nach, wonach Richter entscheiden, ob sie eine Begutachtung für erforderlich halten, und fand zwei Faktoren heraus: Zum einen spielte die Schwere des Delikts eine Rolle. Zum anderen zeigte sich, dass das Landgericht in der Stadt mit einer medizinischen Fakultät wesentlich mehr Begutachtungen anforderte als das Gericht in der Stadt ohne Universität (Marneros et al. 1998). D.h., die leichtere Verfügbarkeit von Psychiatern und eine enge Zusammenarbeit zwischen Justiz und Universität erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines richterlichen Begutachtungsauftrages.

2. Der Vollzug der Maßregeln ist bekanntlich Ländersache. Kann man davon ausgehen, dass die Anzahl der Unterbringungsanordnungen (§ 63 StGB) im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße in den verschiedenen Bundesländern einigermaßen gleich verteilt ist?

Antwort: Nein.

Die Anzahl der Unterbringungsanordnungen pro 100.000 strafmündige Erwachsene unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland erheblich.

**Tab. 3 Unterbringungsanordnungen pro Jahr pro 100.000 strafmündige Erwachsene**

Deutschland	1,36
Brandenburg	0,70
Hansestadt Bremen	2,46

(Heinz 2014)

Das heißt, der Bremer Bürger hat ein fast doppelt so hohes Risiko, in der psychiatrischen Maßregel untergebracht zu werden wie der bundesdeutsche Durchschnittsbürger und ein mehr als dreifaches im Vergleich zum Brandenburger.

3. Unterbringungen werden in der Tatsacheninstanz von Landgerichten angeordnet. Sind sie wenigstens in einem Bundesland einigermaßen gleich verteilt?

Antwort: Eher nicht.

In Baden-Württemberg wurden die Inzidenzraten (Unterbringungsanordnungen [UAO] pro Jahr pro 100.000 der Wohnbevölkerung) der dort vorhandenen 17 Landgerichtsbezirke verglichen.

**Tab. 4 Inzidenzraten UAO verschiedener Landgerichtsbezirke in Baden-Württemberg**

Zwei Landgerichtsbezirke	2,38; 2,47
Durchschnitt andere 15 Landgerichtsbezirke	0,94
Minimum – Maximum andere 15 LG Bezirke	0,55 – 1,38

(Traub & Weithmann 2011)

Da sich die Landgerichtsbezirke in wesentlichen demografischen und/oder kriminologischen Kennziffern nicht unterscheiden, diskutieren die Autoren dieser Studie „als mögliche Ursache [...] regionale Unterbringungsstile der Justiz und die Vernetzung mit der Allgemeinpsychiatrie [...]“ (Traub & Weithmann 2011). Also: Dort in Baden-Württemberg, wo die Justiz nicht so unterbringungsfreudig ist und die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinpsychiatrie, Justiz und forensischer Psychiatrie gut funktioniert, ist das Risiko, forensisch untergebracht zu werden, deutlich geringer. Es gilt aber auch: Das Unterbringungsrisiko in einem Bundesland ist extrem unterschiedlich und von der Zufälligkeit des Tatortes in dem einen oder anderen Landgerichtsbezirk abhängig.

4. Ist die Dauer der Unterbringung in Deutschland einigermaßen gleich verteilt?



Antwort: Nein.

2018 betrug die durchschnittliche Unterbringungsdauer entlassener Maßregelvollzugs-Internierter 3.681 Tage (ohne Bayern und Baden-Württemberg) – mit einer Spannweite von 2.544 in Hamburg bis 4.652 Tagen im Saarland (Jaschke & Oliva 2020)

5. Vor der Entlassung in die (bedingte) Freiheit erfolgen während der Unterbringung Entscheidungen der jeweiligen Klinik zur sukzessiven Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen. Kann man davon ausgehen, dass in verschiedenen Kliniken den untergebrachten Personen gleiche Startbedingungen gewährt werden?

Antwort: Nein.

In einer Studie wurde der Einfluss von Patientenmerkmalen und Klinikzugehörigkeit der Mitarbeiter auf die Entscheidungen zur Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen ("Lockerungen") überprüft. Dabei zeigte sich als wichtigstes Ergebnis, „dass die Auswahl der Klinik einen größeren Einfluss darauf besitzt, in welchem Umfang Lockerungen genehmigt werden, als die Patientenmerkmale. Diese Feststellung unterstützt die subjektiven Eindrücke von Patienten, die sich in einer Vielzahl von Beschwerden ausdrückt, dass keine Gleichbehandlung stattfindet, und stellt ein erhebliches ethisches Problem dar“ (Köpke 2010).

Neuere Zahlen, die einen Ländervergleich (ohne Bayern und Baden-Württemberg) erlauben, finden sich im „Kerndatensatz für den Maßregelvollzug“. Hier ist die Anzahl der Rücknahmen von Freiheitsbeschränkungen ("Lockerungen") bezogen auf 100 Fälle festgehalten. Ausgänge *in Begleitung* hatten 2018 durchschnittlich 34,6 von 100 der Insassen. Mit einer Spannweite von 19,9 in Berlin bis 60,0 im Saarland. Ausgang *ohne Begleitung* hatten im Schnitt 34,8 von 100, mit einer Bandbreite von 23,0 in Schleswig-Holstein bis 50,1 in Bremen. Das bedeutet, dass sich die im Klinikvergleich konstatierte Ungleichbehandlung auch auf Länderebene fortsetzt (Jaschke & Oliva 2020).

6. Vor einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug steht die Beurlaubung bzw. eine externe Unterbringung außerhalb des gesicherten Bereiches. Wie sieht hier der Ländervergleich aus?

Im Jahr 2018 gab es im Bundesdurchschnitt 15,3 Beurlaubte je 100 Belegungsfälle gemäß § 63 StGB mit einer Spannweite von 6,7 in Sachsen Anhalt bis 31,3 in Bremen. Bei Kurz-Beurlaubten (bis zu 3 Monaten) reichen die Zahlen von 0,0 in Sachsen Anhalt bis 12,5 in Bremen, bei einem Durchschnitt von 4,3. Bei Langzeit-Beurlaubten (12 Monate und länger)

zwischen 0,0 in Schleswig-Holstein und 11,2 in Thüringen, bei einem Bundesdurchschnitt von 4,7 Fällen pro 100 Belegungsfälle. Auch bei diesem Kriterium kann von Gleichbehandlung keine Rede sein (Jaschke & Oliva 2020).

7. Mit der Änderung des § 67d Abs. 6 StGB zum 01.08.2016 sollte eine Stärkung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes erreicht werden. Kann man davon ausgehen, dass die zuständigen Strafvollstreckungskammern der Landgerichte diesen Grundsatz in gleicher Weise in ihrer Spruchpraxis berücksichtigt haben?

Antwort: Wahrscheinlich nicht.

Eine erste Untersuchung in Nordrhein-Westfalen (150 Anordnungen im Zeitraum vom 01.01.2013 bis 20.03.2018) zeigte eine sehr uneinheitliche Anordnungspraxis. Die Oberlandesgerichte (OLG) für die Landesteile Westfalen (21 und Rheinland mit 20 Entlassungen aus Gründen der Verhältnismäßigkeit lagen nahe beieinander. Auf der Ebene der Landgerichte (LG) bzw. bei deren Strafvollstreckungskammern (StVK) läßt sich erkennen, dass die veränderte Gesetzeslage bei manchen Spruchkörpern überhaupt keinen Einfluss auf die Entscheidungspraxis hatte, bei manchen aber sehr wohl.

So gab es z.B. beim Landgericht Kleve, in dessen Zuständigkeitsbereich die forensische Klinik Bedburg-Hau bei einer Belegung mit etwa 395 stationär Untergebrachten liegt, im Zeitraum von Januar 2013 bis August 2016 eine und im Zeitraum von September 2016 bis März 2018 ebenfalls nur eine Entlassungsanordnung aus Gründen der Verhältnismäßigkeit. Beim Landgericht Paderborn, in dessen Zuständigkeitsbereich die forensische Klinik Eickelborn mit etwa 335 stationär Untergebrachten liegt, gab es im gleichen Zeitraum 8 Entlassungsanordnungen aus Gründen der Verhältnismäßigkeit vor und 47 solcher Anordnungen nach der Gesetzesnovellierung (Schmidt-Quernheim 2019).

8. Führte die Novellierung des § 67d StGB zu einem Bettenabbau in den forensischen Kliniken? Antwort: Eher nicht.

Die Novellierung hat im Bundesland NRW zu einem leichten Rückgang der Belegungszahlen nach § 63 StGB von 2016 bis 2018 von N = 1.986 auf N = 1.852 (minus 7%) geführt. Im gleichen Zeitraum stieg aber die Zahl der nach § 64 StGB Untergebrachten um N = 85 (plus 9%) und die der nach § 126a StPO einstweilig in einem Krankenhaus des Maßregelvollzugs Untergebrachten von 148 auf 169, also um plus 14% an (Schmidt-Quernheim 2019).

Deutschlandweit lässt sich eine ähnliche Tendenz feststellen: Die Zahl der nach § 63 StGB Untergebrachten sank von 2016 bis 2018 leicht um 132 Personen von 7.125 auf 6.993. Dafür stieg die Anzahl der nach § 64 StGB Untergebrachten von 4.484 auf 4.962, ein Plus von 478 Personen. Die Zahl der nach § 126 StPO und anderer Vorschriften vorläufig Untergebrachten stieg von 547 auf 696 an (ohne Bayern). Das macht insgesamt ein Plus von mehr als 495 (vorläufig) Untergebrachten in nur 2 Jahren. Und, da es im Maßregelvollzug nach § 63 StGB keine Höchstfrist für die Unterbringungsdauer gibt, konnten die Vollzugsleitungen der Kliniken im Einvernehmen mit den Strafvollstreckungskammern die Anzahl der Beurlaubungen von 2016 bis 2018 von 1.004 auf 721 (= minus 23,21%) und die der bedingten Entlassungen im gleichen Zeitraum von 446 auf 377 (= minus 15,47%) senken (Jaschke & Oliva 2020; Bayerischer Bezirktetag 2020, Az.: 541/3-4-1; Landtag Baden-Württemberg 2019 LT-Drs. 16/6183).

9. Frage: Können eigentlich gesetzliche Regelungen durch politische Vereinbarungen außer Kraft gesetzt werden?

Antwort: "Im Prinzip Nein, aber..."

Beispiel: Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Träger der forensischen Kliniken in diesem Landstrich schloss zwei rechtswidrige Vereinbarungen ab, die beide die Lockerungs- und damit auch die Therapiemöglichkeiten der Insassen erheblich einschränkten. Einmal mit der Stadt Rheine, um dort die Einrichtung einer Art „forensischen Abschiebeeinrichtung“ umsetzen zu können und einmal am forensischen Standort Eickelborn mit einer Bürgerinitiative, die sich als eingetragener Verein organisiert hatte. Diese Vereinbarungen wurden jahrelang praktiziert, bis die Klage jeweils einer untergebrachten Person diesem Spuk ein Ende setzte (vgl. hierzu zu Rheine: BVerfG R&P 2008, 223, darauf folgend: OLG Hamm R&P 2009, 114; zu Eickelborn: OLG Hamm R&P 2018, 119, m. Anm. Kammeier; zu Straubing: LG Regensburg R&P 2019, 125, m. Anm. Ahmed).

„Die Beharrlichkeit des Landschaftsverbandes und die Uneinsichtigkeit der Strafvollstreckungskammer verdeutlichen aber zugleich, dass ein rechtswidriger Freiheitsentzug unverändert toleriert wird“ (Lesting 2018; vgl. auch Kammeier 2020). Mittlerweile sind beide Vereinbarungen durch Beschlüsse des OLG Hamm ‚kassiert‘ worden.

10. Fazit:

- Die Kriterien der einstweiligen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 126a StPO sind vage und unbestimmt, und die Anordnungen nach § 126a StPO sind von sachfremden Bedingungen abhängig.

- Anzahl und Dauer der Unterbringungen unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland, von Landgerichtsbezirk zum benachbarten Landgerichtsbezirk zum Teil erheblich.
- Rücknahmen von Freiheitsbeschränkungen (Lockerungen) variieren erheblich von Klinik zu Klinik und von Bundesland zu Bundesland und sind eher unabhängig von persönlichen Merkmalen der untergebrachten Personen.
- Gleiches gilt für Beurlaubungen und externe Unterbringungen von Maßregelvollzugs-Internierten nach § 63 StGB.
- Die Novellierung des § 67d Abs. 6 StGB hat noch nicht zu einer wesentlichen Stärkung des Verhältnismäßigkeitsprinzips geführt. Auch hier ist eine uneinheitliche Spruchpraxis der Landgerichte festzustellen.
- Vollzugsverwaltungen können geneigt sein, Grundrechte der Untergebrachten durch außerjuristische Vereinbarungen auszuhebeln.

Diese strukturelle Ungleichbehandlung ist seit Jahrzehnten bekannt und veranlasste Leygraf schon 1988 zu der Bemerkung: „Da jedoch nicht zu vermuten ist, dass sich die Gefährlichkeit psychisch kranker Straftäter an föderalistischen Staatsformen (oder an Landgerichtsbezirksgrenzen – [d. Vf.]) orientiert, stellt sich hier sicher die Frage nach der Gleichheit vor dem Gesetz“ (Leygraf 1988).

### **2.3. Daten zur Gefährdung und Gefährlichkeit von schwer psychisch erkrankten Menschen**

Methodische Vorbemerkung:

Wenn man Gefährdungs- und Delinquenzrisiken realistisch, angemessen und nicht-stigmatisierend beschreiben will, empfiehlt es sich, diese

- als absolutes Risiko und
- als relatives Risiko zu beschreiben,
- attributable risks/confounders als von einer Erkrankung unabhängige Variablen möglichst sorgfältig in Anschlag zu bringen,
- bei Vergleichsuntersuchungen die unterschiedliche Größe der Herkunftspopulationen zu berücksichtigen,
- zu berücksichtigen, dass sich das individuelle Gewicht von Risikofaktoren im zeitlichen Verlauf ändert,
- unterschiedliche Risikoausprägungen bei Männern und Frauen zu beachten (gender bias),
- das Inzidenzalter von Erkrankung und Delikt (in welcher Altersstufe tritt die Erkrankung/das Delikt gehäuft auf?) bei Vergleichen zu berücksichtigen,

- die Risiken von Gefährdung und Gefährlichkeit einer bestimmten Gruppe von Menschen ins Verhältnis zu setzen
- und die Angemessenheit und Reichweite bzw. Begrenztheit der Forschungsmethodik zu reflektieren.

### **2.3.1. Die Gefährdung schwer psychisch erkrankter Menschen**

„Schwer psychisch Kranke unterliegen nach wie vor einer massiven sozialen Exklusion, die jedoch im Gegensatz zu früher subtiler, politisch und formal korrekter stattfindet“ (Schanda 2018). Dabei sind Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung eine hoch gefährdete Gruppe, die sehr viel häufiger Opfer von Gewaltdelikten wird als ihre nicht-erkrankten Zeitgenossen (Chloe et al. 2008; Varshney et al. 2016).

Die nachfolgend genannten Gefährdungsrisiken sind bei ihnen wesentlich stärker ausgeprägt als in der Durchschnittsbevölkerung:

- Körperverletzung: Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung sind 2,8x häufiger Opfer als Täter von Körperverletzungsdelikten – Frauen 6,3x, Männer 2,5x häufiger (Kalifeh et al. 2015; Choe et al. 2008; Latalova et al. 2014; Walsh et al. 2004; Honkonen et al. 2004; Dean & Moran et al. 2007).
- Tödliche Unfälle: Das Risiko, in tödliche Unfälle verwickelt zu werden, ist für schwer psychisch erkrankte Menschen 2,13x – 2,8x höher (Hiroeh et al. 2001).
- Ihre Suizidrate ist 10x – 16x höher (Böker & Häfner 1973; Wiersma et al. 1998; Hiroeh et al. 2001; Gäbel & Wölwer 2010).
- Das Risiko, einem Tötungsdelikt zum Opfer zu fallen, ist für Frauen mit einer schweren psychischen Erkrankung 6,32x und für Männer 6,09x höher (Hiroeh et al. 2001; Rodway et al. 2014).

Hinzu kommen gesundheitliche Gefährdungen, die bei schwer psychisch erkrankten Menschen ausgeprägter sind als bei anderen Bevölkerungsgruppen:

- Substanzmissbrauch: Der Nikotinmissbrauch ist bei schizophran erkrankten Menschen 3,0x stärker ausgeprägt, Alkoholmissbrauch 2,5x und Gebrauch illegaler Drogen 5,5x (Rice & Harris 1995; Schanda 2018).
- Erhöhte Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Schizophrenie:
  - Fettleibigkeit
  - Störungen des Fettstoffwechsels
  - Diabetes
  - Metabolisches Syndrom
  - körperliche Inaktivität

(Dolder 2008; Aderholt 2010; Schanda 2018).

- Erhöhte Mortalität durch Neuroleptika. In einer prospektiven Studie wurde ein Anstieg der Mortalität um das relative Risiko von 2,5 mit jedem verordneten Neuroleptikum festgestellt (Joukamaa et al. 2006). Kardiovaskuläre Erkrankung und metabolisches Syndrom sind häufige Nebenwirkungen polypharmazeutischer Neuroleptikaeinnahmen. „Angesichts der durch Atypika nur verlagerten Nebenwirkungen, des nicht nachgewiesenen besseren Krankheitsverlaufs durch Neuroleptika und einer durch sie deutlich erhöhten Mortalität kann nur eine maximale Zurückhaltung bei der Anwendung von Neuroleptika die Antwort sein“ (Aderholt 2007; Laursen et al. 2014; Latalova et al. 2014; Suzuki 2019).
- Für schizophren erkrankte Menschen ist im Vergleich zur nicht-erkrankten Bevölkerung die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken 11,0x und an Demenz zu versterben 5,2x höher (Jonas et al. 2021).
- Das Risiko, an Covid 19 zu versterben, ist für schizophren etikettierte Menschen 2,67x höher als für die Allgemeinbevölkerung (Nemani et al. 2021).

Die aufgeführten Risikofaktoren haben zur Folge, dass Menschen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung, eine stark verkürzte Lebenserwartung haben. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie eher sterben als der Durchschnitt der Bevölkerung, ist mehr als verdoppelt (2,2x), ihre Lebenserwartung ist bei einer schizophrenen Erkrankung um 14,5 Jahre verringert (Mauer 2006; Walker et al. 2015; Hjorthoy et al. 2017; Liu et al. 2017). Sie sterben überzufällig häufig eines unnatürlichen Todes (17,5%), ihr Anteil an Todesfällen weltweit ist mit 14,3% (= 8 Millionen vorzeitigen Todesfällen p.a.) ebenfalls überproportional (Walker et al. 2015). In den vergangenen Jahren hat sich die Schere des Mortalitätsrisikos weiter zu ihren Ungunsten geöffnet (Saha et al. 2007; Hayes et al. 2017; Hjorthoy et al. 2017; Das-Munchi et al. 2019; Chesney et al. 2014; Plana-Ripoli et al. 2019).

Auf der Basis von Prävalenzschätzungen und der Berechnung der durch die Erkrankung verlorenen Lebensjahre (Englisch: Years of Potential Life Lost: YPLL) kann man abschätzen, wie viele Lebensjahre den von einer schizophrenen Erkrankung Betroffenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verloren gehen, man kann auch sagen, wie viel Lebensjahre sie "opfern".

Die Jahresprävalenz dieser Erkrankung beträgt 0,85%, d.h., etwa 698.530 Menschen sind in Deutschland erkrankt gewesen. Der folgenden Modellrechnung liegt die Annahme zugrunde, dass nur die 232.843 Menschen mit einem schwereren chronischen Verlauf das Lebenszeitopfer von 14,5 Jahren bringen. Das wären dann  $232.843 \times 14,5 \text{ J} = 3.376.223,5 \text{ YPLL}$ . Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 80,9 Jahren sind das 41.733,29 Lebensjahre

p.a. in Deutschland und umgerechnet auf ein durchschnittlich langes Leben (41.895,85 zu 80,9) etwa 516,66 Menschenleben, die die schizophren erkrankten Menschen in Deutschland pro Jahr opfern müssen.

Der Beitrag anderer schwerer psychischer Erkrankungen lässt sich so abschätzen: Years of Potential Life Lost für schwere psychische Erkrankungen (SPE): 10 Jahre. Prävalenz für SPE ohne schizophrene Erkrankung:  $1,5\% - 0,85\% = 0,65\%$  = 536.250 Menschen  $\times 10 = 5.362.500$  YPLL gesamt, geteilt durch 80,9 = 66.285,53 YPLL pro Jahr geteilt durch 80,9 = 819,35 Menschenleben, die diese Patientengruppe jährlich zu opfern hat.

Insgesamt erbringen Menschen mit einer SPE in Deutschland also ein Opfer an Lebenszeit, dass pro Jahr etwa 1.337 Menschenleben entspricht (Statista.com; Gühne et al. 2015; Walker et al. 2015). 2016 schlussfolgern Varsneyh et al.: „[...] trotz der Tatsache, dass gewalttätige Übergriffe auf Patienten sehr viel häufiger vorkommen als Gewalttaten von Patienten“ ist „dieser Angelegenheit sehr viel weniger Aufmerksamkeit gewidmet worden“. Und „paradoerweise trägt die Ausrichtung des Forschungsinteresses auf gewalttätige Patienten zur Ausbildung von negativen Stereotypen bei“ (Chloe et al. 2008).

### **2.3.2. Gefährlichkeit im Vergleich**

Weitgehend unwidersprochen geht man in der forensischen Psychiatrie von folgender Hypothese aus: „Männer und Frauen, die an einer Schizophrenie leiden, haben im Vergleich zur Restbevölkerung ein erhöhtes Verurteilungsrisiko. Dieses Risiko steigt von gewaltfreier Delinquenz über Gewaltdelinquenz hin zu Tötungsdelikten an“ (Hodgins & Müller-Isberner 2014; s.a. Müller & Saimeh et al. 2017).

Wir untersuchen, was die deutsche Strafverfolgungsstatistik dazu sagt.

- Dabei differenzieren wir die Kategorie „Gefährlichkeit“ nach der Systematik der entsprechenden Paragraphen im StGB.
- Die Untersuchungsgruppe: Männer und Frauen mit einer schizophrenen Erkrankung und ihre Teilgruppe, bei denen 2016 wegen unterschiedlicher Delikte eine Unterbringung nach §§ 20, 63 StGB angeordnet wurde.
- Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe: Männer und Frauen, die im Jahr 2016 strafmündig waren (in Deutschland ab 14 Jahren) und ihre Teilgruppe, die 2016 wegen unterschiedlicher Delikte verurteilt wurden – abzüglich der Untersuchungsgruppe schizophren Etikettierter.
- Kennzahlen: Odds Ratio (die relative Ausprägung einer Variable im Vergleich unterschiedlich großer Gruppen) und  $\chi^2$  (statistische Signifikanz der erhobenen Vergleichswerte) (Field 2009).

- Datenquellen bzw. -schätzungen: Werden an entsprechender Stelle im Text benannt.

Zunächst präzisieren wir unsere Fragestellung bzw. unsere Hypothesen:

1. Allgemeine Delinquenz: Die Gruppe der als schizophren etikettierten Menschen hat eine höhere allgemeine Delinquenzbelastung als der Rest der strafmündigen Bevölkerung.
2. Gewaltdelinquenz allgemein: Straftaten gegen das Leben §§ 211, 212 StGB; Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung §§ 174 – 184g StGB; Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (Körperverletzung) §§ 223 – 224; Raub und Erpressung, räuberischer Angriff auf Kraftfahrer §§ 249 – 255, 319a StGB.

Schizophren Etikettierte werden wegen dieser zusammengefassten Deliktgruppen häufiger verurteilt als die strafmündige Bevölkerung.

3. Gewaltdelinquenz speziell: Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (Körperverletzung): Schizophren etikettierte Menschen werden wegen dieses Delikts häufiger verurteilt als die strafmündige Allgemeinbevölkerung.
4. Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (Sexualdelikte): Schizophren etikettierte Menschen werden wegen dieses Delikts häufiger verurteilt als die strafmündige Bevölkerung.
5. Raub und Erpressung; räuberischer Angriff auf Kraftfahrer: Schizophren etikettierte Menschen werden wegen dieses Delikts häufiger verurteilt als die strafmündige Allgemeinbevölkerung.
6. Straftaten gegen das Leben (Tötungsdelikte): Schizophren Etikettierte haben eine höhere Verurteilungsrate als der Rest der strafmündigen Bevölkerung.

Die Hypothesen beziehen sich auf die Gesamtgruppe der schizophren Etikettierten und werden zur Überprüfung des gender bias für Männer und Frauen getrennt ausgewertet, so dass wir  $6 \times 3 = 18$  Hypothesen untersuchen.

Für die Vergleichseinschätzung ziehen wir folgende Zahlen heran:

1. Gesamteinwohnerzahl von Deutschland 2016: 82.180.000
2. Menschen mit schizophrener Etikettierung (Jahresprävalenz): 0,85% : 698.530. – Verhältnis Männer : Frauen = 1,15 : 1,0 ergibt: Männer 373.632 und Frauen: 324.898.
3. Strafmündige Bevölkerung ab 14 Jahren: 64.430.605 – Verhältnis Männer : Frauen = 31.200.109 : 33.230.496
4. Strafmündige minus schizophren Erkrankte: 63.732.075
5. Verhältnis Männer : Frauen (ohne schiz. Erkrankung) = 30.729.633 : 32.939.442
6. Anzahl der Unterbringungsanordnungen für schizophren Erkrankte: Da die Strafverfolgungsstatistik zwar nach Deliktart, aber nicht nach Diagnosen differenziert, sind wir auf eine Schätzung angewiesen. Wir gehen davon aus, dass die nach §§ 20, 63 StGB



schuldunfähig Untergebrachten in der Regel schizophran Etikettierte (ICD 10 F20 – 25) sind (Gäbel & Wölwer 2010; van der Werf et al. 2012; Kutscher et al. 2009; statista.com).

Mit Hilfe der Strafverfolgungsstatistik können wir nun getrennt nach Strafgefangenen, Untergebrachten und Geschlechtern feststellen, wie hoch die Deliktbelastung in unterschiedlichen Kategorien der Gewaltdelinquenz ist.

**Tab. 5 Deliktbelastung 2016: Vergleich strafmündige Bevölkerung/ schizophran Etikettierte**

Hyp Nr.	N schiz. Etikettierte	N Unterbringungsanordnungen schiz. Etk. (§§20 /63 StGB)	N Strafmündige Bevölkerung ohne schizophran Etikettierte	N Verurteilungen strafmündige Bevölkerung	
<b>1.0</b>	<b>Allgemeine Delinquenz</b>				
1.1	Fr	324.898	68	32.939.442	176.483
1.2	Mä	373.632	544	30.729.633	724132
1.3	Insg.	698.530	612	63.732.075	900.615
<b>2.0</b>	<b>Gewaltdelinquenz allgemein (3.0 – 6.0)</b>				
2.1	Fr	324.898	46	32.939.442	6374
2.2	Mä	373.632	440	30.729.633	56238
2.3	Insg.	698.530	486	63.732.075	7052
<b>3.0</b>	<b>Körperverletzung (§§ 223 – 231 StGB)</b>				
3.1	Fr	324.898	30	32.939.442	5703
3.2	Mä	373.632	262	30.729.633	51.567
3.3	Insg.	698.530	292	63.732.075	57.270
<b>4.0</b>	<b>Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174 –184 StGB)</b>				
4.1	Fr.	324.898	0	32.939.442	286
4.2	Mä	373.632	32	30.729.633	7848
4.3	Insg.	698.530	32	63.732.075	8134
<b>5.</b>	<b>Raub und Erpressung; räuberischer Angriff auf Kraftfahrer (§§ 249 – 255; 316a StGB)</b>				
5.1	Fr	324.898	3	32.939.442	367
5.2	Mä	373.632	51	30.729.633	4104
5.3	Insg.	698.530	54	63.732.075	4471
<b>6.0</b>	<b>Straftaten gegen das Leben (§§ 211 – 222 StGB)</b>				
6.1	Fr	324.898	13	32.939.442	181
6.2	Mä	373.632	95	30.729.633	1058

(Destatis 2017 Fachserie 10 Reihe 3)

Aus den Zahlen der Tabelle 6 kann man berechenbare Hypothesen zum Vergleich der Deliktbelastung durch schizophren etikettierte Untergebrachte nach §§ 20, 63 StGB mit der strafmündigen Bevölkerung ableiten.

**Tab. 6 Deliktbelastungsrate 2016: Vergleich Strafmündige Bevölkerung / schizophren Etikettierte**

Hyp. Nr.	Odds Ratio	Konfidenzintervall (KI) bei p = 0,05	Chi²	Signifikanzlevel p
<b>1.0</b>	<b>Allgemeine Delinquenz</b>			
1.1 Fr	<b>25,73</b>	20,28 – 32,63	0,0001	h.s.
1.2 Mä	<b>15,51</b>	14,26 – 16,87	0,0001	h.s.
1.3 Insges.	<b>16,34</b>	15,10 – 17,69	0,0001	h.s.
<b>2.0</b>	<b>Gewaltdelinquenz insgesamt</b>			
2.1 Fr	<b>1,36</b>	1,02 – 1,82	0,0347	s.
2.2 Mä	<b>1,55</b>	1,41 – 1,70	0,0001	h.s.
2.3 Insges.	<b>1,59</b>	1,45 – 1,73	0,0001	h.s.
<b>3.0</b>	<b>Körperverletzung (§§ 223 – 231 StGB)</b>			
3.1 Fr	<b>1,87</b>	1,31 – 2,68	0,0006	h.s.
3.2 Mä	<b>2,39</b>	2,12 – 2,70	0,0001	h.s.
3.3 Insges.	<b>2,15</b>	1,91 – 2,41	0,0001	h.s.
<b>4.0</b>	<b>Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174 – 184 StGB)</b>			
4.1 Fr	<b>n.b.</b>		n.b.	
4.2 Mä	<b>2,98</b>	2,10 – 4,22	0,0001	h.s.
4.3 Insges.	<b>2,78</b>	1,96 – 3,94	0,0001	h.s.
<b>5.0</b>	<b>Raub und Erpressung; räuberischer Angriff auf Kraftfahrer (§§ 249 – 255; 316a StGB)</b>			
5.1 Fr	<b>1,20</b>	0,38 – 3,75	0,324	s.
5.2 Mä	<b>0,97</b>	0,74 – 1,28	0,87	n.s.
5.3 Insges.	<b>0,90</b>	0,69 – 1,18	0,47	s.
<b>6.0</b>	<b>Straftaten gegen das Leben (§§ 211 – 222 StGB)</b>			
6.1 Fr	<b>0,13</b>	0,07 – 0,24	0,0001	h.s.
	<b>(7,28)</b>	(4,14 – 12,78)	(0,0001	h.s.)
6.2 Mä	<b>0,13</b>	0,10 – 0,16	0,0001	h.s.
	<b>(7,38)</b>	(5,98 – 9,11)	(0,0001	h.s.)
6.3 Insges.	<b>0,12</b>	0,10 – 0,15	0,0001	h.s.
	<b>(7,95)</b>	(6,53 – 9,68)	(0,0001	h.s.)

Signifikanzlevel: p ≤ 0,05 signifikant s.; p ≤ 0,01 hoch signifikant h.s.

n.b.: nicht berechenbar, da 2016 schizophren etikettierte Frauen keine Straftat in dieser Deliktkategorie begingen.

Zusammenfassung:

1. Gender bias: Frauen beider Vergleichsgruppen sind in allen Deliktgruppen stark unterrepräsentiert. Das gilt auch im Verhältnis schizophren etikettierter Frauen zu schizophren etikettierten Männern. Allein dieses schon lange bekannte Faktum stellt die These, dass eine schizophrene Erkrankung eine wesentliche Ursache für Gewaltdelinquenz sein soll, erheblich in Frage. „Wenn psychische Krankheit ein entscheidender Faktor bei der Entstehung von Kriminalität wäre, müssten Männer und Frauen zumindest unter den psychisch kranken Rechtsbrechern zu gleichen Teilen vertreten sein“ (Rasch 1986, zit. nach Leygraf 1988). Gut dokumentiert ist auch, dass die soziale Zusammensetzung der nach § 63 StGB Unterbrachten der der Gefängnisinsassen ähnlich ist. Bei beiden Gruppen sind Menschen aus ärmeren Schichten deutlich überrepräsentiert, – ebenfalls ein Indiz gegen die Theorie von der besonderen kriminogenen Potenz psychischer Erkrankungen (Leygraf 1988; Seifert 2007).
2. In den Deliktkategorien 1.0 – 4.0 haben sowohl schizophren etikettierte Frauen als auch Männer ein zum Teil deutlich geringeres Verurteilungsrisiko als der Rest der strafmündigen Bevölkerung.
3. In der Deliktkategorie 5. ist das Verurteilungsrisiko in etwa gleich.
4. In der Deliktkategorie 6. ist das Verurteilungsrisiko (bei Unterrepräsentanz von Frauen) deutlich höher.
5. Mit Ausnahme der Tötungsdelikte gibt es auch keinen Beleg dafür, dass das Deliktrisiko mit der Deliktschwere ansteigt.

Die Deliktart „Straftaten gegen das Leben“ unterziehen wir einer differenzierten Betrachtung und versuchen eine nicht-stigmatisierende Beschreibung und Einordnung dieses Deliktes. Wir halten uns dabei an die beschriebenen Empfehlungen und fügen noch eine eigene Berechnung hinzu.

In der Hypothesentabelle haben wir bezüglich der Tötungsdelikte nicht nur die relativen Verhältnisse in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung dokumentiert (Odds Ratio 7,95), sondern auch die absoluten Zahlen für Tötungsdelikte im Jahr 2016 mit 108 resp. 1.239, und auch bei dieser Deliktkategorie festgestellt, dass Frauen in beiden Gruppen erheblich unterrepräsentiert sind. Dies ist nur eine Momentaufnahme und deshalb fragen wir zunächst, wie sich diese Deliktkategorie über einen längeren Zeitraum entwickelt hat.

Wir untersuchen dies für den Zeitraum von 2007 – 2016, da seit 2007 auch die neuen Bundesländer in der deutschen Strafverfolgungsstatistik erfasst sind.

**Tabelle 7 Straftaten gegen das Leben (§§ 211 – 222 StGB)**

<b>Jahr</b>	<b>Allg. Bevölkerung N Verurteilte §§ 211-222 StGB</b>	<b>schiz. Etikettierte N UAO §§ 20/63 §§ 211-222 StGB</b>	<b>N UAO §§ 20/63 alle Delikte</b>
<b>2007</b>	1918	111	694
<b>2008</b>	1916	127	772
<b>2009</b>	1763	108	714
<b>2010</b>	1672	103	670
<b>2011</b>	1507	91	620
<b>2012</b>	1505	90	581
<b>2013</b>	1459	108	582
<b>2014</b>	1417	113	583
<b>2015</b>	1314	125	635
<b>2016</b>	1239	108	612
<b>gesamt</b>	<b><u>14205</u></b>	<b><u>1084</u></b>	<b><u>6463</u></b>
<b>Spannweite</b>	<b>1239 - 1918</b>	<b>90 - 127</b>	<b>581 - 772</b>
<b>Mittelwert</b>	<b><u>1420,5</u></b>	<b><u>108,4</u></b>	<b><u>646,3</u></b>
<b>2016 OR: schiz.Etik./Allg.Bevo §§ 211-222 StGB</b>	<b><u>7,95</u> (KI: 6,53 – 9,68 p: 0, 0001)</b>		

(Destatis Strafverfolgung 2007 – 2016 Fachserie 10 Reihe 3)

1. Die absolute Verurteilungsrate der strafmündigen Allgemeinbevölkerung für Straftaten gegen das Leben sinkt von 2007 bis 2016 von 1.918 auf 1.239 Verurteilungen, somit um 35,4% ab. Auch die Unterbringungsanordnungen nach §§ 20, 63 StGB für alle Delikte sinken insgesamt um 20,3%. Die Rate der Unterbringungsanordnungen für Tötungsdelikte nach §§ 20, 63 StGB bleibt mit durchschnittlich 108,4 über die Jahre gleich.
2. Gender-Bias Tötungsdelikte: Die weiblichen (46,51%) als schizophrene Etikettierten sind auch bei dieser Deliktkategorie stark unterrepräsentiert. Vergleicht man die OR in Bezug auf Tötungsdelikte schizophrene etikettierter Frauen und Männer mit der strafmündigen Bevölkerung erhält man für 2016 einen Wert von 2,06 für Frauen und 13,08 für Männer. D.h. schizophrene etikettierte Frauen sind im Vergleich zu ihren männlichen Pendanten wesentlich weniger an dieser Deliktart beteiligt.
3. Alters-Bias Tötungsdelikte: Tötungsdelikte schizophrene etikettierter Menschen finden überwiegend in der Altersgruppe von 20 – 35 Jahren statt. Die Tötungsrate in dieser Altersgruppe ist aber auch ohne schizophrene Etikettierte im Vergleich zur strafmündigen Bevölkerung um den Faktor 2 erhöht. D.h., dass die als schizophrene etikettierten Frauen sich in Bezug auf Tötungsdelikte nicht anders verhalten als ihre nicht-erkrankten Altersgenossinnen

und sich die Risikoausprägung bei den Männern altersbereinigt auf einen Wert von etwa 6,5 halbieren würde.

4. Risikoerhöhende soziale bzw. individuelle Confounders: Bei Gewaltstraftaten im Zusammenhang mit Armut, Alleinsein, legaler und illegaler Drogengebrauch, Habgier, Rache, Verdeckung anderer Straftaten sind dies nachgewiesene risikoe erhöhende Bedingungsfaktoren, denen auch schizophren etikettierte Menschen ausgesetzt sind. Ihr Einfluss kann allerdings aus den Strafverfolgungsstatistiken nicht eruiert und quantifiziert werden, spielt aber bei der Entwicklung von Gewaltdelinquenz psychisch erkrankter Menschen eine nicht unerhebliche Rolle (Leygraf 1988; Fazel et al. 2009; Matejkowski 2008).

### **2.3.3. Gefährdung und Gefährlichkeit: Tötungsdelikte im Täter – Opfer – Kontext**

Für den weiteren Gang der Argumentation wird hier der aus der Public Health Forschung geläufige Begriff „Years of Potential Life Lost“ (YPLL) = potentieller Verlust an Lebensjahren eingeführt. Mit seiner Hilfe kann man die Fragen beantworten, a) welchen Verlust an Lebensjahren schizophren Etikettierte der Allgemeinbevölkerung zufügen und b) welcher Verlust ihnen zugefügt wird.

Zu a): Welchen Verlust an Lebensjahren fügten schizophren Etikettierte im Jahr 2016 anderen Bevölkerungsgruppen zu?

Da in der Strafverfolgungsstatistik das Tatalter bei dem zur Unterbringung führenden Delikt nur sehr grob (Jugendliche, Heranwachsende, Erwachsene) und das Alter der Opfer gar nicht angegeben wird, sind wir auf eine Schätzung angewiesen.

Sie beruht auf folgenden Zahlen:

- durchschnittliches Lebensalter in Deutschland: 80,9 Jahre
- Tötungsdelikte schizophren Etikettierter 2016: 108
- durchschnittliches Alter bei Tatbegehung: 30 Jahre (Leygraf 1988; Haneke 2005)
- Alter der Opfer: statistisch nicht erfasst. Aber aus der Struktur der Opferwahl kann man schließen, dass etwa die Hälfte der Opfer (Eltern, Richter, Ärzte) älter sind (etwa 55 J) und die andere Hälfte (Nahe Bekannte, Freunde) etwa gleichaltrig (Böker & Häfner 1973; Estroff et al. 1998; Schanda 2018), d.h. 54 Opfer mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren müssen bei einer durchschnittlichen Lebensdauer von 80,9 Jahren  $25,9 \times 54$  Lebensjahre = 1.398,6 Lebensjahre opfern und 54 Opfer mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren =  $50,9 \times 54 = 2.748,6$  Lebensjahre.

Insgesamt fügen damit die schizophren Etikettierten der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2016 einen Verlust von 4.147,2 Lebensjahren zu.

Zu b): Welcher Verlust an Lebensjahren wird andererseits den schizophren Etikettierten zugefügt?

Wir gehen davon aus, dass etwa 1/3 von ihnen eine schwerere chronische Erkrankung haben (N = 232.843 Menschen) und nehmen nur diese in unsere Berechnung auf. Wir wissen, dass sie gegenüber der Allgemeinbevölkerung eine um 14,5 Jahre verkürzte Lebenserwartung haben (zu den Ursachen s. S. 32 f.) d.h. sie haben pro Jahr  $(232.843 \times 14,5 : 80,9) = 41.733,29$  Lebensjahre zu opfern. Dazu kommt noch das sechsfach erhöhte Tötungsrisiko (15 Tötungsdelikte p.a.), die wir grob geschätzt mit  $15 \times 42,5$  (s.o) = 637,5 Lebensjahren ansetzen. Macht insgesamt ein Lebenszeitopfer von 42.370,79 Lebensjahren.

In Odds Ratios ausgedrückt bedeutet das:

1. OR Verlust an potentiellen Lebensjahren durch erlittene Tötungsdelikte und vorzeitigen Tod bei schwer schizophren Erkrankten insgesamt im Vergleich zum Verlust an Lebensjahren durch Tötungsdelikte von schizophren Etikettierten an der strafmündigen Allgemeinbevölkerung ( $232.843 / 42.370,79$  zu  $63.732.075 / 4.147,2$ ): OR = 2.799,18.
2. OR schwer schizophren Erkrankte/Allgemeinbevölkerung: Verlust an Lebensjahren nur durch Tötungsdelikte: 637,5 erlittenen Verlusten an Lebensjahren stehen 4.147,2 durch schizophren Etikettierte verursachte Verluste an Lebensjahren in der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2016 gegenüber: OR: 17,71.
3. OR Belastung durch Tötungsdelikte Allgemeinbevölkerung/schwer schizophren Erkrankte: 2016 wurden 827 Verurteilungen bzw. Unterbringungsanordnungen wegen Tötungsdelikten ausgesprochen. Davon entfielen (geschätzt s.o.) 15 auf die Gruppe der schwer schizophren Erkrankten und 812 auf die Allgemeinbevölkerung: OR: 6,39.

Diese auf Schätzungen beruhenden Zahlen werden validiert durch eine wissenschaftliche Untersuchung auf der Basis eines landesweiten Erkrankungsregisters und einer landesweiten Kriminalitätsstatistik. Sie kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass das Mortalitätsrisiko durch Mord für psychisch Erkrankte 6x höher ist als für die Allgemeinbevölkerung (Hiroeh et al. 2001).

Zusammenfassung:

Auf der Opferseite wird den (schwer) schizophren erkrankten Menschen durch ihre stark verkürzte Lebenszeit und durch erlittene Tötungsdelikte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

ein zum Teil extrem stärkeres Opfer von Lebenszeit zugemutet. Das gilt auch für den Bereich des Verlustes an Lebenszeit nur durch Tötungsdelikte. Ausgedrückt in Years of Potential Life Lost sind sie wesentlich größeren Risiken ausgesetzt als die Allgemeinbevölkerung. Die Eingangshypothese bestätigt sich also nicht und festzuhalten bleibt, dass „[...] trotz der Tatsache, dass gewalttätige Übergriffe auf Patienten sehr viel häufiger vorkommen als Gewalttaten von Patienten, dieser Angelegenheit sehr viel weniger Aufmerksamkeit gewidmet worden ist“ (Varsneyh et al. 2016).

#### **2.4. Die individuelle Gefährlichkeitsprognose**

Die individuelle Gefährlichkeitsprognose des psychisch erkrankten Delinquenten entscheidet wesentlich darüber, ob er in den geschlossenen psychiatrischen Maßregelvollzug überführt wird und wie lange er dort verbleibt.

Die forensische Psychiatrie geht davon aus, dass sie die Frage zukünftiger individueller Gefährlichkeit mit hinreichender Wahrscheinlichkeit beantworten kann und bedient sich dazu zweier Instrumente:

1. Instrumente zum sogenannten Risk Assessment (z B. HCR-20; LSI; SVR 20; Fotres 2.0). Das sind papierene oder webbasierte Fragebögen, die Risikofaktoren zum Komplex Gewaltdelinquenz erheben und in statistische Wahrscheinlichkeitswerte umrechnen.
2. Psychiatrische bzw. psychologische Fachgutachten zur Gefährlichkeitsprognose, die meist in Kombination mit 1. umfangreichere Daten zur Biografie und zur Krankheits- und Kriminalitätsentwicklung des Delinquenten erheben und bewerten.

Was sagen wissenschaftliche Untersuchungen zur Frage der Tauglichkeit dieser Prognoseinstrumente für die forensische Praxis aus?

Zu 1.: Die individuelle Vorhersagegüte dieser Instrumente hängt von der Höhe der Basisrate des in Frage kommenden Verhaltens in der jeweiligen Untersuchungsgruppe ab. So wurden z.B. laut Strafverfolgungsstatistik für das Jahr 2016 für die Gruppe der 700.000 schizophren Etikettierten ca. 500 Unterbringungsanordnungen für Gewaltdelikte ausgesprochen, was einer Basisrate von 0,072% entspricht. Die strafmündige Bevölkerung (60.000.000) wurde für die gleiche Deliktkategorie 70.000 mal verurteilt, was einer Basisrate von 0,11% entspricht (s. Tab. 6). Zur Frage der Höhe der Dunkelziffer für diese Deliktkategorie gibt es zur Zeit keine zuverlässigen Schätzungen. Was bedeutet nun die Abhängigkeit der prädiktiven Validität von der Basisrate in der forensischen Praxis?

#### **Tab. 8 Abhängigkeit der Prognosegüte von der Basisrate bei einer Sensitivität und Spezifität eines Instrumentes von 0,7**

Basisrate	Vorhersagegüte des Instrumentes	
	falsch positiv	richtig positiv
20%	6	4
6%	9	1
1%	97	100

(Szmukler 2001)

Das bedeutet, dass bei einer Basisrate von 6% und bei einer „wahr positiven“ Rate (Sensitivität) und einer „wahr negativen“ Rate (Spezifität) eines Instrumentes von 0,7 neun von zehn Beurteilungen falsch wären – konkret: Man würde 9 von 10 Menschen fälschlicherweise als gefährlich einstufen.

Aus diesem Dilemma helfen auch nicht die sogenannten ROC - (Receiver operating characteristics) und AUC - (Area under curve) Werte, die häufig zum Vergleich der prädiktiven Validität unterschiedlicher Instrumente herangezogen werden. Sie sagen nichts über die individuelle Vorhersagewahrscheinlichkeit aus, auf die es in der Praxis der forensischen Begutachtung jedoch entscheidend ankommt (Szmukler 2001; König 2010). Aus diesen Gründen kommt ein Grundlegendokument der American Psychiatric Association (APA) zu folgendem Schluss: „[...] der überragende Einfluss der Basisrate bedeutet, dass bei den in klinischen Settings zu beobachtenden Basisraten für gewalttätiges Verhalten für die vorhersehbare Zukunft keine Technik in Sicht ist, die zuverlässig gewalttätige von nicht-gewalttätigen Menschen differenzieren kann (Buchanan et al. 2012).

Zu 2.: Die prognostische Validität von Fachgutachten zur Gefährlichkeitsprognose. Um die Frage der prognostischen Validität von Fachgutachten wissenschaftlich zu beantworten, bräuchte man im Prinzip folgendes Untersuchungsdesign: Man vergleicht die Legalbewährung a) einer Gruppe von entlassenen Patienten, die eine positive Prognose erhalten haben mit b) einer Gruppe von Patienten, die eine negative Legalprognose erhalten haben und trotzdem entlassen werden. Nach 4 bis 5 Jahren schaut man, ob die beiden Gruppen sich hinsichtlich ihrer Legalbewährung unterscheiden und wie gut die Gefährlichkeitsgutachten das Ergebnis vorhergesagt haben.

Das Problem: Aus rechtlichen, ethischen oder politischen Gründen wird keine Strafvollstreckungskammer und kein Justizministerium und erst recht keine Ethikkommission die Erlaubnis für eine solche Studie erteilen, weil man die Menschen mit einer negativen Legalprognose nicht ohne besondere Gründe entlassen wird.



Es gibt aber im forensischen Bereich drei und im Straftatbereich zwei Untersuchungen, die die Legalbewährung von untergebrachten Personen bzw. von Häftlingen untersucht haben, die entgegen der attestierten erheblichen Rückfallgefährdung aus unterschiedlichen Gründen entlassen werden mussten (sog. forcierte Entlassung). Deren Ergebnisse lassen sich vergleichen mit Untersuchungen zur Legalbewährung von normal entlassenen Untergebrachten und Häftlingen. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 10 und 11 zusammengefasst.

**Tab. 9 Studien zur Legalbewährung (forciert) entlassener forensischer Patienten**

Studie	Probanden N	Davon mit Schizophrenie %	time at risk Jahre	Rückfalldelinquenz in %			
				Alle Diagnosen		Schizophrenie	
				Allgemein	Gewalt	Allgemein	Gewalt
<b>Steadmann/ Cocozza, 1974*</b>	920	77,0					
Bei Aufenthalt in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus	199 (sample aus 920)		4,0	21,6	15,0		
während ambulanter Behandlung	98		4,5	20,4	2,0		
<b>Thornberry/ Jacoby, 1979*</b>	586	64,5					
Bei Aufenthalt in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus	540		4,0	k.A.	18,3		
während ambulanter Behandlung	406		4,0	23,7	11,7		
<b>Rice &amp; Harris, 1995</b>	622	25,0	8,1	k.A.	35,0		16,0
<b>Rusche, 2004*</b>	32	28,1	4,7	24,2	16,5		
<b>Kudlung, 2007</b>	179	19,0	5,0	51,4	13,4		
<b>Bezzel, 2008</b>	39	33,8	1,0	15,4	0,0	5,1	0,0
<b>Seifert, 2010</b>	321	44,6	7,5	31,5	10,3	20,3	7,7
<b>Nilsson et al., 2011</b>	46	32,6	3,6	15,0	11,0		
<b>Butz et al., 2013</b>	105	59,0	3,7	2,0	0,0		
<b>Schmidt-Quernheim/ Seifert, 2014</b>	115	56,6	5,6	20,0	1,7	17,0	-

<b>Lewe, 2016</b>	143	100,0	7,5		20,3	7,7	
<b>Seifert et al. 2018</b>	321	143	16,5	35,2	12,8	23,1	7,0

\*: forcierte Entlassungen aus forensische Internierung, k.A. = keine Angaben

Anmerkungen zu Tabelle 9:

- Nach einer forcierten Entlassung zu Zeiten der Verwahrspsychiatrie ist die mit Gewalt verbundene Rückfalldelinquenz im ambulanten Setting geringer als im stationären (Steadman & Coccozza 1974; Thornberry & Jacoby 1979).
- Die Rückfalldelinquenz forciert entlassener stationär behandelte untergebrachte Personen (Rusche 2004) unterscheidet sich nicht von der Rückfalldelinquenz stationär unbehandelte forciert entlassener untergebrachte Personen (Steadman & Coccozza 1974; Thornberry & Jacoby 1979).
- Die Rückfalldelinquenz der forciert entlassenen untergebrachten Personen insgesamt unterscheidet sich nicht wesentlich von der Rückfalldelinquenz regulär entlassener untergebrachte Personen. Das wirft Fragen zu Sinn und Qualität der stationären Behandlung auf.
- Da nur 6,5% – 18% der forciert Entlassenen mit einem Gewaltdelikt rückfällig wurden, kann man schließen, dass 82% der als hochgefährlich begutachteten untergebrachten Personen zu Unrecht in forensischen Einrichtungen festgehalten werden (die sogenannten falsch positiven).
- Schizophren Etikettierte weisen eine geringere Rückfalldelinquenz auf als untergebrachte Personen mit anderen psychiatrischen Diagnosen.
- Neuere Untersuchungen zeigen, dass ein angemessener sozialer Empfangsraum die Rückfalldelinquenz forensischer Untergebrachte minimiert (Hartl 2012; Butz et al. 2013; Schmidt-Quernheim & Seifert 2014; Lewe 2016; Seifert et al. 2018).

**Tab. 10 Studien zur Legalbewährung forciert entlassener Strafhäftlinge**

Studie	N Probanden	Time at Risk in J	Rückfalldelinquenz in %	
			allgemein	Gewalt
Kozol et al. 1972	592	10		8,1
Entlassung nach Haft, als nicht gefährlich diagnostiziert	304			8,6
Per Urteil in Therapieeinrichtung, da als gefährlich diagnostiziert	226			9,7
Daraus entlassen mit positiver Prognose der Behandler	82			6,1

Daraus entlassen gegen der Empfehlung der Behandler	49			34,7
Alex 2013	77		35,0	
		Davon:	erneute Haft	16,0
		Davon:	Raub/ Sexualdel.	5,0

Anmerkungen zu Tabelle 10:

- Die Arbeit von Alex untersuchte bundesweit Haftentlassene, bei denen Staatsanwaltschaft und Vollzugsbehörde wegen weiterbestehender Gefährlichkeit eine nachträgliche Sicherungsverwahrung beantragten, diese aber vom Gericht abgelehnt wurde. Als Ergebnis seiner Arbeit hält Alex fest, dass „Die Identifizierung gefährlicher Wiederholungstäter [...] nach wie vor nur auf Kosten einer großen Zahl von ungefährlichen Menschen, die fälschlicherweise für gefährlich gehalten werden“ gelingt (s.a. Feltes & Alex 2018).
- Das Untersuchungsdesign der Arbeit von Kozol et al. beruht auf einer Abmachung mit der Justiz. Die im Verlauf des Gerichtsverfahrens von den Untersuchern als nicht-gefährlich Diagnostizierten erhielten ihre tatangemessene zeitige Strafe und wurden nach ihrer Entlassung aus dem Gefängnis nachuntersucht. Die als gefährlich diagnostizierten erhielten eine unbestimmte Zeitstrafe, wurden in eine therapeutische Einrichtung zwecks Behandlung ihrer Gefährlichkeit eingewiesen und nach ihrer therapeutisch empfohlenen bzw. nicht empfohlenen Entlassung nachuntersucht. In einer kritischen Würdigung der Ergebnisse dieser Studie kommt Monahan zu dem Schluss, dass „das Vertrauen in die Fähigkeit psychiatrischer Gutachter, gefährliches Verhalten vorherzusagen und zu therapieren, weitgehend unbegründet ist“ (Monahan 1973).

Die Entwicklung des Gutachtenwesens charakterisieren Seifert & Leygraf so: Sie habe „in den letzten zwei Jahrzehnten [...] u.a zu einer Art Arbeitsbeschaffungsprogramm für Prognosegutachter geführt“ (Seifert & Leygraf 2016). Und das mit durchaus messbaren negativen Auswirkungen für die Unterbrachten. In einer Untersuchung wird nachgewiesen, dass die routinemäßige Durchführung von Gefährlichkeitsgutachten mit dafür verantwortlich ist, dass die Unterbringungsdauer sinnlos verlängert wird, ohne einen Zugewinn an Sicherheit für die Bevölkerung zu schaffen (Pfäfflin 2014). Bestätigt wird diese Schlussfolgerung durch eine neuere Arbeit, die feststellte, dass untergebrachte Personen, bei denen trotz klinikinterner positiver Prognose eine Entlassung über einen längeren Zeitraum nicht erfolgte, sich nur in einem Kriterium von den in angemessenem Zeitraum entlassenen Patienten un-

terschieden: Bei ihnen lagen mehr maßregelvollzugsexterne Begutachtungen vor (Klinger et al. 2021).

Fazit: Die Studien zur Legalbewährung und Gefährlichkeit forciert entlassener Strahfänglinge oder forensisch Internierter zeigen die eindeutige Tendenz, dass individuelle Gefährlichkeitsprognosen mittels psychiatrischer bzw. psychologischer Fachgutachten in hohem Maße insuffizient sind.

## **2.5. Therapie und Legalbewährung**

Trotz hoher Fallkosten (durchschnittlicher Tagespflegesatz 306 Euro) gibt es aktuell kaum evidenzbasierte Nachweise, dass der stationäre Maßregelvollzug eine besondere therapeutische oder legalprognostische Wirksamkeit entfaltet. Sie scheint auch niemanden so recht zu interessieren, wie beispielhaft eine Anfrage der „Linken“ im Hamburger Senat belegt. Die Senatsverwaltung antwortete schlicht und ergreifend: „Katamnestische Untersuchungen zu den aus der Hamburger Maßregelvollzugseinrichtung entlassenen Patientinnen und Patienten liegen nicht vor“ (Celik 2017). Das heißt: Den Stadtstaat Hamburg, der das steuerfinanzierte Geschäft mit der Forensik einer privaten Aktiengesellschaft übertragen hat, deren Umsatz auf diesem Geschäftsgebiet sich in den letzten 16 Jahren mehr als vervierfacht hat, interessiert das „Geschäftsergebnis“ nicht.

Auch die „Standards für den Maßregelvollzug“ halten sich in dieser Frage sehr bedeckt. Sie geben nur an, dass 4 Jahre nach der Entlassung etwa jeder 6. Patient wieder delinquent, also irgendwie juristisch auffällig wird. Ob er das mit Beförderungserschleichung oder mit Gewaltdelikten wird und ob das im Vergleich mit den Rückfalldaten des Strafvollzuges viel oder wenig ist, bleibt im Dunkeln. Aber – zumindest das wird festgestellt – es wäre schon sinnvoll, bei Gelegenheit einmal die Ergebnisqualität der Anstalten anhand bekannter Kriterien zu untersuchen. Das war es dann zu diesem Thema (Müller & Saimeh et al. 2017).

Eigene Recherchen haben dennoch einige Ergebnisse zu Tage gefördert.

### **2.5.1. Maßregelvollzugs-Klinik vs. Allgemeinpsychiatrische Klinik: Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit**

Die „Regensburger Katamnesestudie“ untersuchte die therapeutische Wirksamkeit einer stationären forensischen Behandlung. Nach durchschnittlich 4-jähriger Behandlungszeit wurde die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes von nach § 63 StGB untergebrachten Personen durch das behandelnde Team eingeschätzt. Demnach gab es bei 20,0% der untersuchten Personen keine, bei 33,8% eine mäßige und bei 46,2% eine deutliche Besse-

rung des psychiatrischen Krankheitsbildes (Bezzel 2008). In einer weiteren Untersuchung wurde der GAF-Wert (global assessment of functioning) dieser Katamnesegruppe im Übergang von der stationären zur ambulanten Weiterbehandlung ermittelt, er betrug 58,5 Punkte. Im Durchschnitt hatte diese Personengruppe also noch mäßig ausgeprägte Krankheitssymptome oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich ihrer sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (Butz et al. 2013). Darüber hinaus wurden die untergebrachten Personen auch befragt, wie sie die einzelnen Therapieangebote bewerten, welche Kritik und welche Verbesserungsvorschläge sie zum Behandlungssetting haben. Etwa die Hälfte der Befragten beschrieb das therapeutische Angebot als gut bis sehr gut, etwa 40% als befriedigend und 10% als ausreichend bis mangelhaft (Bezzel 2008). Um diese Ergebnisse einordnen zu können, bietet es sich an, sie mit denen einer allgemeinspsychiatrischen Klinik zu vergleichen. Im Rahmen ihres Qualitätsmanagements ermittelte eine allgemeinspsychiatrische Klinik mit Pflichtversorgung mittels des CGI (Clinical Global Impression – ein ähnliches Beurteilungsinstrument wie das GAF) den Erfolg der stationären Behandlung. Da der Autor früher in dieser Klinik „Qualitätsassessor“ war, weiß er noch, dass im Jahr 2011 rund 49% der Patienten die Klinik in einem viel bis sehr viel besserem Zustand verließen, 27% wenig gebessert waren und bei 10% keine wesentliche Verbesserung erzielt werden konnte, zum Rest der Patienten waren keine Angaben erhältlich. Eine schriftliche Nachbefragung der Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Variablen der Behandlung ergab, dass 80% zufrieden waren und bei erneuter Erkrankung sich wieder hier behandeln lassen möchten.

Fazit: Man erkennt eine relativ hohe Übereinstimmung bei den Ergebnisvariablen Therapieerfolg und Patientenzufriedenheit. Der herausragend relevante Unterschied besteht im Zeitfaktor. Die stationäre Maßregel erzielt ihre Ergebnisse nach durchschnittlich 4-jähriger Behandlungsdauer, die Allgemeinspsychiatrie nach 24 Tagen. Wenn wir die Grundannahme des Maßregelvollzugs heranziehen und davon ausgehen, dass die betroffenen Menschen gefährlich sind, weil sie *krank* sind und umgekehrt ungefährlich sind, wenn sie wieder *gesund* sind, dann müsste mit Blick auf die eben angeführten Daten folgende weitergehende Rechnung gelten: Entweder braucht die stationäre forensische Psychiatrie 60,83x (1.460 Tage : 24) länger für den gleichen Behandlungserfolg oder die Patienten sind 60,83x stärker an Schizophrenie erkrankt oder von den 1.460 Tagen sind 24 Tage Behandlungszeit und 1.436 Tage sinnlose Verschlusszeit. Die Theorie, dass mit der Besserung der Erkrankung auch die vermutete Gefährlichkeit der Untergebrachten erledigt ist, erscheint somit absurd. Es wird erneut deutlich, was bereits im ersten Teil angeführt wurde: dass Besserung und Sicherung eben nicht allein „nach ärztlichen Gesichtspunkten“ (vgl. § 136 StVollzG) erfolgen kann.

### **2.5.2. Neuroleptika und Rückfalldelinquenz**

Bei der Behandlung schizophrener Etikettierter in der forensischen Psychiatrie wird von einem ehernen "Grundsatz" ausgegangen: Bei regelmäßiger antipsychotischer Medikation verschwindet auch die mit der Erkrankung einhergehende Gefährlichkeit des Kandidaten. Deshalb sei aber im Umkehrschluss ohne Neuroleptikaeinnahme eine Entlassung nicht möglich (Müller & Saimh et al. 2017).

Zwei Untersuchungen zum Thema „Neuroleptika und Gewaltdelinquenz“ zeigen, ob dieser Grundsatz empirische Evidenz besitzt.

**Tab. 11 Untersuchungen zum Thema Neuroleptika und Gewaltdelinquenz bei schizophren etikettierten Menschen**

1) N = 96 (Lewe, 2016)	Gewaltdelikt		Kein Gewaltdelikt	
	N	%	N	%
Gewaltdelikte bei Unterbringung	89	92,7	7	7,3
Rückfall mit Gewaltdelikt im Untersuchungszeitraum (7,5 Jahre)	11	11,5	85	88,5
<u>Davon:</u>				
Regelmäßige Neuroleptikamedikation N = 81				
Rückfall Gewaltdelikt	5	6,2	76	93,8
Keine regelmäßige Medikation N = 15				
Rückfall Gewaltdelikt	6	40,0	9	60,0
2) N = 1445 (Swanson & Swartz et al., 2008)				
Rate Gewaltdelikte zu Beginn der Erfassung	276	19,1	1169	80,9
Rückfall mit Gewaltdelikt im Untersuchungszeitraum (6 Monate)	202	14,0	1243	86
<u>Davon:</u>				
regelmäßige Neuroleptikaeinnahme N = 653				
Rate Gewaltdelikte zu Beginn der Erfassung	106	16,2	547	83,8
Rückfall mit Gewaltdelikt im Untersuchungszeitraum	61	9,3	592	90,7
keine regelmäßige Medikation N = 792				
Rate Gewaltdelikte zu Beginn der Erfassung	170	21,5	622	78,5
Rückfall mit Gewaltdelikt im Untersuchungszeitraum	141	17,8	651	82,2

Die erste Untersuchung erfaßt im Rahmen einer prospektiven Studie die Rückfallquote mit Gewaltdelinquenz bei Menschen einer repräsentativen Stichprobe, die nach § 63 StGB untergebracht waren und bei denen eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert wurde. Nach der bedingten Entlassung und in einem Untersuchungszeitraum von 7,5 Jahren waren 15 von 93 der Untersuchten nicht von einer regelmäßigen Neuroleptikamedikation zu überzeugen. 6 von ihnen hatten einen gewalttätigen Rückfall und 9 blieben ohne Gewaltdelinquenz. D.h., eine deutliche Mehrheit der nicht medizierten in der Forensik beging kein Gewaltdelikt. Es gibt also keinen engen Zusammenhang zwischen Neuroleptikaablehnung und Gewaltdelinquenz. Und zweitens wären diese 15 Personen noch in der Forensik untergebracht, würde diese billigend in Kauf nehmen, 9 von ihnen ohne Grund interniert zu haben. Drittens maßt sich die forensische Psychiatrie an, Menschen, die nicht auf Neuroleptika ansprechen (ca. 30% – 50% der schizophren Etikettierten) allein aus diesem Grunde jahrzehntelang zu internieren.

Die zweite Untersuchung stammt aus den USA. Sie erhob bei einer Stichprobe von 1.445 allgemeinspsychiatrischen Patienten deren Rate von Gewaltdelinquenz bei Beginn einer stationären Behandlung und nach einer Zeit von durchschnittlich 6 Monaten nach dem Ende der Behandlung. Beim Vergleich ist zu beachten, dass dort die Basisrate für Gewaltdelinquenz etwa 10x höher liegt als in Deutschland.

In einem Untersuchungszeitraum von 6 Monaten sank die Rate der Gewaltdelinquenz sowohl bei den Neuroleptikakonsumenten als auch bei den über 54,8% Ablehnern. Bei letzteren ist die Reduktion der beobachteten Gewaltdelinquenz mit einer Differenz von 8,5% etwas schwächer ausgeprägt.

### **2.5.3. Therapieziel Legalbewährung: Straf- und Maßregelvollzug im Vergleich**

Zur Legalbewährung von Entlassenen beider Sanktionssysteme gibt es einige wissenschaftliche Untersuchungen. Die kriminologische Zentralstelle Wiesbaden untersuchte aus sanktionsrechtlicher und kriminologischer Sicht die Legalbewährung dreier Tätergruppen nach einer langen Nachbeobachtungszeit anhand des Kriteriums „erneuter Freiheitsentzug nach Entlassung“. Die Ergebnisse sind in Tabelle 12 dargestellt:

**Tab.12 Legalbewährung unterschiedlicher Tätergruppen**

<b>Tätergruppe</b>	<b>Time at risk</b>	<b>% Freiheitsentziehungen</b>
Sicherungsverwahrte § 66 StGB (SV)	8,7 Jahre	31%
Kontrollgruppe (gleiche Deliktvorbelastung,	8,7 Jahre	59%

aber ohne SV)		
Bedingt entlassene forensische Patienten § 63 StGB (Dessecker 2012)	7,5 Jahre	17%

Sie schließt aus diesen Ergebnissen, dass die Gefährlichkeit bedingt entlassener forensischer Patienten (§ 63 StGB) und Sicherungsverwahrter (§ 66 StGB) häufig überschätzt wird (Dessecker 2012).

Aus dem Kriterium „erneuter Freiheitsentzug“ läßt sich aber nicht erschließen, welchen Einfluss die Unterbringung bzw. Behandlung auf die Legalbewährung unterschiedlicher Deliktgruppen und Diagnosen hatte. Um diese Frage zu beantworten, wäre die *einschlägige* Rückfalldelinquenz unterschiedlicher Täter- und Diagnosegruppen zu vergleichen. Einschlägig bedeutet, ob z.B. ein Eierdieb wieder mit Eierdiebstahl oder ein Gewalttäter wieder mit einem Gewaltdelikt rückfällig wird.

Im psychiatrischen Maßregelvollzug sind Gewaltdelikte mit einem Anteil von 80% die häufigsten Anlässe für eine Unterbringungsanordnung (Seifert 2007; Jaschke & Oliva 2020). Man könnte also für diese Deliktarten die *einschlägige* Rückfalldelinquenz forensisch untergebrachter Personen mit der *einschlägigen* Rückfalldelinquenz von Strafhäftlingen vergleichen und bekäme so einen Eindruck von der legalprognostischen Wirksamkeit der unterschiedlichen Sanktionssysteme.

Für den Strafvollzug liegt eine entsprechende Untersuchung vor. Sie ermittelt nach einer time at risk (Zeit in Freiheit) von 9 Jahren die einschlägige Rückfalldelinquenz für verschiedene Deliktgruppen (Jehle et al. 2016). Aus der repräsentativen Stichprobe der Essener prospektiven Prognoseuntersuchung (Seifert 2007) lassen sich die entsprechenden Daten für schizophren erkrankte forensische Patienten nach einer time at risk von 7,5 Jahren extrahieren (Lewe 2016). Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 dargestellt.

**Tab. 13 Vergleich einschlägige Rückfalldelinquenz Gewaltdelikte  
UAO § 63 StGB / Strafvollzug**

	<b>UAO § 63 StGB schizophren Etikettierte Unterbringungs- delikt</b>	<b>einschlägiges Rückfalldelikt tar 7,5 Jahre</b>		<b>Strafverfahren Bezugsent- scheidung</b>	<b>Rückfalldelikt schwere Gewaltdelikte Strafhäftlinge tar 9 Jahre</b>	
<b>Deliktgruppe</b>	N	N	%	N	N	%



Körperverletzung	41	8	19,5	101019	16422	16,3
Tötungsdelikt	52	1	1,9	893	1	0,1
Summe	93	9	9,7	101912	16423	16,1

Damit lassen sich folgende Hypothesen überprüfen:

a) Die einschlägige Rückfalldelinquenz schizophrener Erkrankter nach § 63 StGB untergebrachter Menschen für Körperverletzungsdelikte unterscheidet sich in statistisch bedeutsamer Weise von der einschlägigen Rückfalldelinquenz von Strafgefangenen.

Ergebnis:  $\chi^2 = 0,18$   $df = 1$ . Somit ist diese Hypothese zu verwerfen.

b) Dito nur für Tötungsdelikte: Berechnung nicht möglich, da zwei Zellenwerte kleiner als 5.

c) Dito für Körperverletzungs- und Tötungsdelikte zusammengefasst:

Ergebnis:  $\chi^2 = 2,18$   $df = 1$ . Auch diese Hypothese ist zu verwerfen.

Fazit: Im Vergleich zu seinen „Halbgeschwistern“ Allgemeinpsychiatrie und Strafvollzug zeichnet sich der stationäre psychiatrische Maßregelvollzug also nicht durch eine besondere legalprognostische oder therapeutische Ergebnisqualität aus.

#### 2.5.4. Personalentwicklung und Ergebnisqualität

Theoretisch möglich wäre noch, dass der stationäre Maßregelvollzug sich quasi hausintern in eine positive Richtung entwickelt und seine „Verwandtschaft“ irgendwann einholen oder übertreffen wird. Dieser Frage kann man mit Hilfe von Daten nachgehen, die im „Kerndatensatz im Maßregelvollzug“ erhoben sind (Jaschke & Oliva 2020).

Als erstes interessiert uns die Frage, ob die Anzahl der pro untergebrachter Person zur Verfügung stehenden therapeutisch-pflegerischen Fachkräfte (Pflege, Psychologie, Ergo- und andere Therapien, Medizin) einen Einfluss auf bestimmte Ergebnisvariablen (Unterbringungsdauer, Entlassungen, Beurlaubungen, Lockerungen) hat. Dahinter steht die Hypothese, dass mehr Fachpersonal auch bessere Ergebnisse zeitigen sollte.

Die Daten zu diesen Variablen sind für die genannten Bundesländer für das Jahr 2018 in Tabelle 14 festgehalten. (Die Länder Bayern und Baden-Württemberg fehlen, da sie an der Erhebung zum Kerndatensatz nicht teilnehmen).

**Tab. 14 Ländervergleich 2018: Effekt Therapeutischer Vollkräfte pro Belegungsfall auf die Ergebnisvariablen Unterbringungsdauer, Beurlaubung, bedingte Entlassung und Lockerung im Jahr 2018**

	Therap- Pfleger.-	Unterbrin- gungsdau	Unterbrin- gungsdau	Beurlau- -bung /	Bedingte Entlas-	Locke- rung mit	Locke- rung oh-
--	----------------------	------------------------	------------------------	---------------------	---------------------	--------------------	--------------------

	Vollkraft /Fall	er am Stich- tag in Tagen	er bei Beendi- gung	100 Fäl- le	sung /100 Fäl- le	Beglei- tung	ne Be- gleitung
<b><u>Bundes- land</u></b>							
<b>Berlin</b>	0,70	2500	2915	37,4*	29,2*	19,9	34,2
<b>Saarland</b>	0,84	2869	4652	18,9	37,8*	60,0	38,3
<b>Thüringen</b>	0,88	2425	4007	25,0	58,0	24,4	32,3
<b>NRW</b>	0,95	3291	3222	17,1	38,6	29,0	33,0
<b>Hamburg</b>	1,13	2418	2544	12,7	56,6	23,6	36,8
<b>Nieder- sachsen</b>	1,17	2712	3965	15,8	34,1	52,9	41,3
<b>Schlesw.- Holstein</b>	1,17	2881	3944	7,4	38,7	51,8	23,0
<b>Sa.-Anhalt</b>	1,20	2652	3642	6,7	36,6	37,6	27,5
<b>Hessen</b>	1,22	2221	2666	8,4	61,1	38,3	36,3
<b>Rhld.-Pfalz</b>	1,23	2905	4067	13,4	25,5	27,7	40,1
<b>Sachsen</b>	1,30	2529	3066	18,6	58,4	51,6	31,1
<b>Bremen</b>	1,38	2633	2615	31,3	57,9	27,2	51,1
<b>Branden- burg</b>	1,50	3520	3622	19,0	44,2	29,4	27,3
<b>Meckl.- Vor.</b>	1,61	3296	3738	19,2	64	39,4	40,6
<b><u>Ergebnis- se:</u></b>							
<b>Mittelwert</b>	1,08	2849	3681	15,3	37,8	34,4	34,8
<b>Streuung</b>	0,70- 1,61	2221-3520	2544-4067	76,7- 37,4	25,5-64,0	19,9 – 60,0	23,0-51,1
<b>S-Faktor</b>	2,34	1,58	1,59	5,58	2,51	3,02	2,22
<b>Korrelati- on (Kendalls τ)</b>		0,2209	-0,1325	-0,0220	0,3093	0,1104	0,0883
<b>Effekt:</b>		<b>schwach</b>	<b>schwach</b>	<b>keiner</b>	<b>mittel</b>	<b>schwach</b>	<b>keiner</b>
* Zahlen aus 2017							

Für das Jahr 2018 gilt:

- Zwischen den Bundesländern zeigt sich bei allen Variablen eine große Varianz. So ist z.B. die Unterbringungsdauer am Stichtag in den forensischen Kliniken Brandenburgs 1,41x länger als in Berlin, obwohl sie doppelt so viel Personal haben wie die Berliner. Diese wiederum beurlauben ihre Patienten 5,5x häufiger als die Sachsen, die auch fast doppelt so viel Fachpersonal haben.
- Diese starke Varianz bedeutet, dass die Unterbringungsdauer im stationären Maßregelvollzug stark von der Zufälligkeit der strukturellen Ausstattung in den Ländern abhängt.
- Die schwach positive Korrelation (0,2209) zwischen Personal und Unterbringungsdauer am Stichtag weist darauf hin, dass mehr Fachpersonal die Unterbringungsdauer insgesamt eher verlängert.
- Die schwach negative Korrelation (-0,1325) ist ein Hinweis darauf, dass bei besserer Personalausstattung die Unterbringungsdauer bei Beendigung der Maßregel eher etwas kürzer ist.
- Zwischen Anzahl der Beurlaubungen und Personalausstattung gibt es keinen Zusammenhang (-0,0220).
- Zwischen Personalausstattung und Anzahl der bedingten Entlassungen gibt es einen moderat positiven Zusammenhang (0,3093).
- Zwischen Personalausstattung und der Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen (Lockerungen) lässt sich allenfalls ein schwacher bzw. kein Zusammenhang erkennen (0,1104; 0,0883).

Dass eine bessere Ausstattung mit Fachpersonal deutlich bessere Ergebnisse bei den abhängigen Ergebnisvariablen zeitigt, lässt sich mit diesen Daten nicht bestätigen.

Da die o.g. Daten im Jahr 2010 erhoben wurden, ist auch eine Längsschnittuntersuchung der Variablen möglich. Wir vergleichen jetzt nicht mehr die einzelnen Bundesländer im Querschnitt eines Jahres, sondern die bundesweiten (ohne Bayern und Baden-Württemberg) Gesamtergebnisse pro Jahr von 2010 bis 2018.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 dargestellt.

**Tab. 15 Zeitreihe 2010 – 2018 Effekt therapeutisch-pflegerische Vollkräfte/Belegungsfall auf die Ergebnisvariablen Unterbringungsdauer, Beurlaubung, bedingte Entlassung und Lockerung**

	<b>Therap.- Pfleger. Vollkraft /Fall</b>	<b>Unterbrin- gungsdau- er am Stichtag</b>	<b>Unterbrin- gungsdau- -er bei Be- endigung</b>	<b>Beurlau- bungen</b>	<b>Beding- te Entlas- sung</b>	<b>Locke- rung mit Beglei- tung.</b>	<b>Locke- rung ohne Beglei- tung</b>
--	--	--	--	----------------------------	--	--	--

		in Tagen					
<b><u>Jahr</u></b>							
<b>2010</b>	0,92	2473	2700	926	389	1963	1910
<b>2011</b>	0,92	2699	2847	1403	415	1982	2056
<b>2012</b>	0,87	2738	3110	1114	478	1841	2121
<b>2013</b>	0,89	2807	3353*	1066*	492*	1903	2212
<b>2014</b>	0,89	2902	3353*	1066*	505	1894*	2186*
<b>2015</b>	0,92	2960	3596	1018	510	1884	2160
<b>2016</b>	0,92	2934	3341	1004	446	1797	2250
<b>2017</b>	0,92	2925	3449	1041	471	1817	2049
<b>2018</b>	0,97	2849	3681	761	377	1831	1843
<b><u>Ergebnis-</u> <u>se:</u></b>							
<b>Mittelwert</b>		2810	3270	1039	454	1885	208V
<b>Streuung</b>	0,87 - 0,97	2473 - 2960	2700 - 3681	761 - 1403	377 - 510	1797- 1963	1843 - 2250
<b>S-Faktor</b>	1,11	1,20	1,36	1,84	1,35	1,09	1,22
<b>Korrelati- on</b> (Kendalls τ)		0,1666	0,3002	-0,6423	-0,5000	0,1000	0,4333
<b>Effekt:</b>		<b>klein</b>	<b>mittel</b>	<b>groß</b>	<b>mittel</b>	<b>keiner</b>	<b>mittel</b>
* Schätz- wert							

- Im zeitlichen Längsschnitt der Jahre 2010 – 2018 ist die Varianz der Untersuchungsvariablen nicht so stark ausgeprägt wie im Querschnitt des Ländervergleichs.
- Deutlicher wird, dass mehr Fachpersonal die Aufenthaltsdauer der Angehaltenen eher verlängert. Beurlaubungen und bedingte Entlassungen reduzieren sich bei mehr Fachpersonal deutlich.
- Bei Lockerungen lässt sich kein einheitlicher Trend feststellen.

Ein paar Anmerkungen zur Interpretation:

- Korrelationen bilden einen Zusammenhang ab. Ob er zeitlich oder kausal ist, lässt sich aus dem Wert selbst nicht schließen.
- Auf den Zusammenhang zwischen verlängerter Unterbringungsdauer und Personalstärke bezogen, bedeutet dies, dass eine andere Kausalität für dieses Ergebnis möglich sein kann. Einen Hinweis hierzu finden wir im Kerndatensatz. 2018 fällt die Anzahl der Beur-

laubungen und bedingten Entlassungen unvermittelt auf den niedrigsten Wert der Zeitreihe (Jaschke & Oliva 2020). Dies ist wahrscheinlich eine Reaktion der Vollzugsleitungen auf die Verschärfung der Verhältnismäßigkeitskriterien, die 2016 im § 67d Abs. 6 StGB eingeführt wurde. Der erwünschte Effekt einer Verkürzung der Unterbringungsdauern wird dadurch konterkariert, dass weniger Patienten bedingt entlassen oder beurlaubt werden.

- Das bedeutet für Mitarbeitende eine Entwertung ihrer Arbeit und für Insassen eine Missachtung ihrer Person. Beide sind – in unterschiedlichem Ausmaß – Gefangene einer totalen Institution, deren Macht auf Willkür und Beliebigkeit von Entlasskriterien gegründet ist.

Fazit: Unter dem Regime des § 63 StGB wurden in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend mehr Menschen mit einer psychischen Erkrankung einer juristisch zweifelhaften, legalprognostisch und therapeutisch unwirksamen und teuren Internierung unterworfen.

## **2.6. Zwang und Gewalt im Maßregelvollzug**

„Forensische Einrichtungen und ihre Insassen sind klassischerweise aus dem Blickfeld verschwunden. Wir haben festgestellt, dass Menschenrechtsverletzungen in solchen Einrichtungen kaum wahrgenommen werden und die meisten Beteiligten [...] scheinen sich mit dem Status quo passiv zufrieden zu geben. Aber dieser Zustand verstößt sowohl gegen die internationalen Menschenrechtsnormen als auch gegen die Grundsätze einer menschengerechten Rechtsprechung. Wir können diesen Zustand nicht länger ‚hinter Mauern‘ verstecken.“ (Perlin & Schriver 2013; Übersetzung: U. Lewe).

Über Art, Anzahl und Dauer und die Folgen von Zwangs- und Gewaltmaßnahmen in der stationären forensischen Psychiatrie Deutschlands weiß man wenig. Es gibt keine einheitlichen Erfassungsstandards, keine Pflicht zur Veröffentlichung. Der „Kerndatensatz im Maßregelvollzug“ erfasst keine Daten zu diesem Kernthema.

Dennoch erlauben einige Untersuchungen einen, wenn auch kursorischen, Überblick:

1. „Der Nachteinschluss – Eine Methode des modernen Maßregelvollzuges?“ (Bulla & Hoffman 2012): Nachteinschluss bedeutet, dass die Patienten während der Nachtschichten des Personals im Zeitraum von ca. 20:30 – 06:30 h in ihren Zellen eingeschlossen werden. Diese Einschlusspraxis wird in etwa der Hälfte der deutschen Maßregelvollzugskliniken praktiziert, im größten Bundesland Nordrhein-Westfalen flächendeckend. Nach Einschätzung der Autoren „reduziert diese Maßnahme in der forensischen Psychiatrie die Behandlungsmöglichkei-

ten und widerspricht dem Selbstbild des therapeutischen Personals“. Zusätzlich machen sie „ethische und juristische Bedenken geltend“.

2. „Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie“ (Jakovljevic & Wiesemann 2016). Eine Befragung von Chefärzten forensischer Kliniken im Jahr 2013 ergab: „Von allen im Jahr 2012 in Maßregelvollzugseinrichtungen behandelten Patienten waren durchschnittlich 13% mindestens einmal von einer Isolierung, etwa 3% mindestens einmal von einer Fixierung und 2,2% mindestens einmal von einer medikamentösen Zwangsbehandlung betroffen.“

3. „Die Zwangsbehandlung nach der Reform des Maßregelvollzugsrechts in Baden-Württemberg am Beispiel der Betroffenen zweier forensischer Zentren“ (Horvath 2018): An zwei forensischer Kliniken wurde bei einer Stichprobe von N = 56 Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Spektrum (ICD 10 F. 20-29) die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen erhoben. Ergebnis: „In den ersten vier Wochen der Unterbringung in der forensischen Klinik waren bei 25 Befragten (45%) Zwangsmaßnahmen angewendet worden, in den letzten vier Wochen vor der Befragung bei 2 (4%). Während des gesamten Zeitraums der forensischen Unterbringung waren bei 39 (70%) Zwangsmaßnahmen angewendet worden.“

Eine detaillierte Auflistung nach Art der Zwangsmaßnahme und des Zeitraums, in dem sie stattgefunden hat, zeigt die folgende Tabelle aus der o.g. Arbeit.

**Tab. 16 Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried in den ersten vier Wochen nach ihrer Klinikaufnahme sowie den letzten vier Wochen vor ihrer Befragung im Jahr 2014.**

Zwangsmaßnahme	Erste vier Wochen nach Aufnahme		Letzte vier Wochen vor Befragung	
	N	% aller Probanden	N	% aller Probanden
Isolierung	21	37,5	1	1,9
Fixierung	6	10,7	-	-
1:1-Überwachung	3	5,3	-	-
Zwangsmedikation gemäß § 8 UBG	1	1,8	1	1,9
Medikation unter physischem Zwang	1	1,8	-	-
Notfallmedikationgemäß § 34	-	-	-	-

StGB	-	-	-	-
Einschluss	-	-	-	-
Gesamt	32(1)	-	2	-

N = Fallzahl, StGB = Strafgesetzbuch, UBG = Unterbringungsgesetz. (1): höher als die Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Probanden (N = 25), da verschiedene Maßnahmen pro Patient möglich (Horvath 2018).

4. Stichtagserhebung in den forensischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe: Der Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) ist (mit einer Ausnahme) der Träger forensischer Kliniken (§ 126a StPO; §§ 63, 64 StGB) in diesem Landesteil von Nordrhein-Westfalen mit einem Einzugsgebiet von rund 8 Millionen Einwohnern.

In der Antwort auf eine Anfrage der SPD-Fraktion in der Landschaftsversammlung zu Absonderungen in seinen forensischen Kliniken teilte die LWL-Maßregelvollzugsabteilung die Ergebnisse einer Stichtagserhebung mit: Am Stichtag 01.07.2019 waren 75 Internierte länger als 7 Tage in einer Isolierzelle abgesondert, mehr als die Hälfte davon (N = 41) länger als drei Monate und 28 länger als ein Jahr (Hollweg 2019). Unter der Annahme, dass diese Zahlen einigermaßen repräsentativ für den Maßregelvollzug in Deutschland (82 Millionen Einwohner) sind, saßen an diesem Tag etwa 750 Menschen für 7 Tage und länger in einer Isolierzelle, 410 von ihnen länger als drei Monate und 280 länger als ein Jahr. Das wären dann 6,2% der N = 12.119 im Jahr 2018 nach den §§ 126a StPO, 63, 64 StGB im Maßregelvollzug Untergebrachten. Dies bedeutete eine soziale und sensorische Deprivation als Regeltraktierung in der Größenordnung eines Großgefängnisses nur mit Isolationsgefangenen.

Festzuhalten bleibt: Es gibt im deutschen Maßregelvollzug keine systematische Erfassung von Gewalt- und Zwangsmaßnahmen. Todesfälle im Zusammenhang von Zwangsmaßnahmen werden ebenfalls nicht systematisch dokumentiert. Die bekannten Untersuchungen zu diesem Thema sind cursorisch und stichprobenhaft. Sie lassen aber den Schluss zu, dass Maßnahmen, die aus menschenrechtlicher Sicht abzulehnen sind, relativ häufig praktiziert werden.