

Dokumentation der Fachtagung

**recht fordernde Patienten –
Herausforderung
für Maßregelvollzug
und Justiz?**

vom 27./28. Mai 2010 in Merzig

Inhaltsverzeichnis

VORWORTE

Peter Müller Minister der Justiz, Saarland	2
Dr. Irmgard Bücken Stellv. Ärztliche Leiterin der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie, Merzig	3

I. ERÖFFNUNGSREDE

Wolfgang Schild Staatssekretär des Ministeriums der Justiz, Saarland.....	4
---	---

II. REFERATE

Zwischen Bürgerrecht und Querulanz – Die Beschwerden mit den Beschwerden in der Forensischen Psychiatrie Dr. med. Nahlah Saimeh, Lippstadt-Eickelborn.....	8
Die Strafverfolgung der im (Maßregel-)vollzug begangenen Straftaten Oberstaatsanwalt Wolfgang Thiele, Gießen	20
Gesetzesänderungen - na und? – Beobachtungen aus dem 64er Vollzug Dr. Michael von der Haar M.A., Rehburg-Loccum.....	29
Forensische Psychiatrie in Kroatien: Zwischen Strafrecht und Zivilrecht Doz. Vesna Šendula Jengiç MD Ph D, Rab Kapor/Kroatien	44
Der Alltag im Maßregelvollzug aus Sicht der Besuchskommission PräsLG Dr. jur. Wolfgang Asmus, Kaiserslautern.....	58
Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung im Maßregelvollzug – dargestellt an ausgewählten Fallbeispielen Richterin am LG Theresia Zürker, Landau	67
Maßregelvollzugseinrichtung in der Not der Selbstverteidigung Dr. med. Dr. jur. Michael Gillner, Stralsund.....	76
Beschwerden im Kontext der Behandlung Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Norbert Schalast, Essen	84
Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Spannungs- verhältnis von Therapie, Sicherheit und Patientenrechten Dr. jur. Michael Lindemann, Düsseldorf	91

REFERENTENVERZEICHNIS	107
------------------------------------	-----

ANHANG

Daten und Fakten des saarländischen Maßregelvollzugs	108
Pressemitteilung vom 27. Mai 2010, Ministerium der Justiz, Saarland	109

Vorworte

Zum 4. Male findet die Merziger Tagung der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie und des Ministeriums der Justiz zu spezifischen Fragen im Maßregelvollzug statt. Behandlungs- und Sicherungskonzepte, gesetzgeberische Entwicklungen, Ausländer und Migranten bildeten u.a. die Schwerpunkte der zurückliegenden Merziger Fachtagungen. In diesem Jahr steht das Thema „recht fordernde Patienten – Herausforderung für Maßregelvollzug und Justiz?“ im Fokus.

Die Aufgabe des Maßregelzugs impliziert die besondere Problematik, Menschen zu therapieren, die nicht freiwillig untergebracht und deren Freiheitsrechte eingeschränkt sind. Dieses Spannungsverhältnis spiegelt sich auch in der Beziehung zwischen Patienten und Behandlern wider. Besonderes Gewicht erhält es dadurch, dass Patienten ihre Unterbringung als Missachtung ihrer Würde, Einengung ihrer Selbstbestimmung und Integrität erleben. Dieses subjektive Erleben führt häufig zu sensiblen Reaktionen. Folge davon sind vielfältige Beschwerden, von Problemen im Alltag bis hin zu grundsätzlichen Rechtsfragen der Unterbringung.

Die Tagung bietet ein Forum, auf dem die facettenreichen Aspekte des Themas diskutiert und Impulse gegeben werden können.

Peter Müller
Minister der Justiz

Die Arbeit im Maßregelvollzug stellt eine Herausforderung dar. Ein besonderer Aspekt ist dabei die oft unterschiedliche Wahrnehmung eines Patienten, entweder durch verschiedene Mitarbeiter oder durch Klinik und juristische Instanzen. Bei der Diskussion, ob ein Patient nun recht fordernd ist oder aber sein Recht fordert, wird bisweilen die Frage übersehen, ob das Verhalten des Patienten Ausdruck seiner Störung ist, bzw. wie der Umgang mit einer Patientenforderung therapeutisch genutzt werden kann.

Im Rahmen dieser Fachtagung wird einerseits aus Sicht von Maßregelvollzugskliniken erörtert, wie und worüber sich Patienten beschweren und welche Konsequenzen juristische Entscheidungen, Beschlüsse oder Gesetzesänderungen für die therapeutische Arbeit haben. Andererseits werden verschiedene juristische Instanzen darlegen, wie mit den unterschiedlichen Fragestellungen umgegangen werden kann oder auch muss.

Ziel ist, an Hand von Vorträgen mit anschließenden Diskussionen über den Erfahrungsaustausch hinaus auch das Handeln der jeweils anderen Profession besser zu verstehen, um mit fordernden Patienten angemessen umzugehen.

Wie schon bei den vorangegangenen Fachtagungen wird die forensische Psychiatrie eines anderen europäischen Landes vorgestellt, wozu eine Referentin aus Kroatien gewonnen werden konnte.

Dr. Irmgard Bücken
Stellv. Ärztliche Leiterin der
Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie

Wolfgang Schild ¹

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie hier in Merzig zu der mittlerweile 4. Tagung der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie und des Ministeriums der Justiz begrüßen zu können.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der SKFP, vor allen Ihnen, sehr geehrte Frau Dr. Bücken, will ich vorab danken für die Vorbereitung des Tagungsprogramms.

„recht fordernde Patienten - Herausforderung für Maßregelvollzug und Justiz?“, so das Thema der diesjährigen Tagung.

In der Praxis des Maßregelvollzuges spielen Patientinnen und Patienten, die ihre Rechte in unterschiedlicher Ausprägung und Vehemenz einfordern und insbesondere deren Einschränkung monieren, eine große Rolle.

Warum ist das so?

Nichts unterscheidet die forensische Psychiatrie von anderen medizinisch-therapeutischen Disziplinen so deutlich wie der Umstand, dass sie sich permanent im Spannungsfeld zwischen therapeutischem Anspruch und öffentlichem Sicherheitsempfinden bewegt. Ist die - zwangsweise - Aufnahme in die forensisch-psychiatrische Klinik erfolgt, werden die Patienten mit dem Vorhandensein, der Androhung oder Anwendung einer Vielzahl von Regeln und Maßnahmen konfrontiert, die ihre Freiheit und Selbstbestimmung beeinträchtigen.

Maßnahmen wie Ausgangsbeschränkungen, Isolierungen, Besuchsverbote, Zwangsmedikationen oder auch Fixierungen lassen die Patienten den Maßregelvollzug als Zwangsmilieu, als Missachtung ihrer Würde und Einengung ihrer Integrität erfahren. Daher ist es nicht verwunderlich, dass dieses subjektive Erleben häufig Beschwerdereaktionen bei den Patienten auslöst, die von Alltagsproblemen bis hin zu elementaren rechtlichen Fragestellungen reichen.

¹ Staatssekretär des Ministeriums der Justiz, Saarland

Ich will nicht verkennen, dass wir in einer Gesellschaft leben, in der Autoritäten ihre Autorität verlieren, alles und jeder hinterfragt und in Zweifel gezogen wird, jeder den Entscheidungsträgern unterstellt, sie hätten selbst das nahe Liegende übersehen und jeder natürlich Fachmann für alles ist.

Wir leben in einer Gesellschaft, für die das Wort Frustrationstoleranz in jeder Hinsicht ein Fremdwort ist, einer Gesellschaft, in der auch innerhalb der Justiz das sichere Gefühl dafür verloren gegangen ist, wann unsere Rechtsordnung, wann die richterliche Unabhängigkeit, wann die Selbstachtung uns zwingt, auf die Barrikaden zu gehen, und wann Beschwerden bloßes Nörgeln und Querulieren sind.

Aber dieses gesellschaftliche Phänomen und die besonderen Bedingungen in einer Klinik für forensische Psychiatrie potenzieren ihre Wirkungen.

Zum Teil sind die Beschwerden und Briefe, die von Patienten geschrieben werden, wenig verständlich oder enthalten paranoide Konstruktionen und Denunziationen. Manche zeigen auch ein Engagement in Form und Inhalt, das sich erfrischend abhebt von den sonstigen Schriftstücken, die in einem Justizministerium eingehen.

Beschwerden im Maßregelvollzug sind so individuell wie die Patienten, die sie vorbringen. Die inhaltliche Bandbreite reicht von der Beschwerde über schlechten Kaffee, unzureichenden Fernsehempfang bis zur Negierung der Rechtmäßigkeit der Unterbringung insgesamt. Viele weitere Beispiele - da bin ich mir sicher - werden wir in den Vorträgen heute und morgen hören.

Häufiger Auslöser für Beschwerden ist die Unzufriedenheit des Patienten mit den gerade für ihn zuständigen Personen, wobei der Kreis keineswegs eng gezogen wird. Das Ziel der Beschwerde kann je nach Situation der diensthabende Pfleger, der behandelnde Arzt, der Leiter der Einrichtung, der zuständige Staatsanwalt, Richter oder Minister sein - und damit sind längst nicht alle in Frage kommenden Personen genannt.

Dies hat mit den vielen Beschwerdewegen zu tun, die der Patient einschlagen kann. Ob er sich an die Klinikleitung wendet, an die Besuchskommission, die Aufsichtsbehörde, den Landtagsausschuss für Eingaben, ob er eine Dienstaufsichtsbeschwerde anstrengt, eine gerichtliche Entscheidung beantragt, eine Rechtsbeschwerde einlegt oder ein Gnadengesuch stellt - all diese Möglichkeiten stehen ihm offen. Wenn man dann noch bedenkt, dass nicht selten inhaltlich gleiche Anliegen auf allen nur denkbaren Beschwerdewegen vorgebracht werden - und das in Zeitabständen immer wieder - ist leicht zu verstehen, dass Patienten des Maßregelvollzugs durchaus „recht fordernd“ erscheinen und sich der Zuneigung der Beschwerdeadressaten sicher sein können.

Trotzdem dürfen diejenigen, die mit Beschwerden befasst sind, nicht außer Acht lassen, dass diese in einer ganz besonderen Situation entstanden sind - innerhalb des geschlossenen Systems einer forensisch-psychiatrischen Klinik.

Als ich früher - fünf Jahre lang - Dienstaufsichtsbeschwerden beim Landgericht in Saarbrücken bearbeitete, hatte ich einen festen Bestand von Querulanten, deren Briefpapier und Schrift ich sofort kannte. Und zwar an der Art, wie sie das Papier beschrieben und zu denen sich mit der Zeit ein fast „zärtliches“ Verhältnis entwickelte. Wer etymologisch ein wenig begabt ist, weiß auch, dass „Querulant“ von dem lateinischen „quaerere (quaero, quaesivi)“ kommt. „Der sich Beschwerende“ entspricht dem lateinischen „querulus“, das mit dem Wort „Querulanz“ dann auch Eingang in die deutsche Sprache gefunden hat - sowohl mit medizinischer wie auch juristischer Bedeutung. So ist der Querulantenwahn ein seelisches Leiden, das zu einer verminderten Schuldfähigkeit im strafrechtlichen Sinne führen kann.

„Quaerere“ heißt aber auch „fragen“ und „suchen“, „wissen wollen“ und „erwerben wollen“ (nachfragen). Kaum eine Querulantenfrage - jetzt bin ich wieder beim Landgericht - war völlig unsinnig. Vielen Querulanten war irgendwann tatsächlich Unrecht geschehen und viele legten den Finger in die Wunde. Sie sagten das, was manche Anwälte, die mit dem für sie zuständigen Richter dauerhaft auskommen mussten, nicht zu unserer Kenntnis zu bringen wagten.

Das hilft, aufmerksam zu bleiben, erst recht, wenn man bedenkt: Für einen untergebrachten Menschen ist nach oft jahrelanger künstlicher Sozialisation im Maßregelvollzug die Welt klein geworden - eingeschränkt im wahrsten Sinne des Wortes. Unzulänglichkeiten, die wir im normalen Alltag vermutlich übersehen würden, können sich für Patienten einer forensischen Psychiatrie zu großen Hürden aufbauen. Hinzu kommen die negative Erfahrung des permanenten Entzugs der Freizügigkeit, der Einschränkung vieler persönlicher Freiheiten sowie die individuellen krankheitsbedingten Dispositionen, die ein Erkennen von Realität und eigener Situation zuweilen bis zur Unmöglichkeit erschweren. Manche Patienten reagieren auf den belastenden Rahmen des Maßregelvollzugs - sofern er als solcher empfunden wird - mit zum Teil ausufernder Beschwerdetätigkeit.

Sie quälen uns, stehlen uns die Zeit, schießen sich auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, erstatten auch nach anwaltlicher Beratung Strafanzeigen, die zur Einleitung von Ermittlungsverfahren führen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Rechtfertigungszwang bringen, zwingen, sich ihrerseits anwaltlicher Hilfe zu bedienen.

Eröffnungsrede

Wolfgang Schild

Was wir wohl brauchen ist,

... bei allem Verständnis dafür, dass Patienten im Maßregelvollzug von allen rechtlich gegebenen Möglichkeiten Gebrauch machen - das darf jeder, das dürfen auch sie, erst recht in ihrer Situation,

... das Bewusstsein, dass jede Eingabe berechtigt sein kann und es nicht nur verdient, gelesen zu werden, sondern wir verpflichtet sind, ihren Inhalt vorbehaltlos zu prüfen, und mag er uns auch noch so unbedeutend erscheinen.

Bei allem Verständnis will mir scheinen, dass wir auch etwas brauchen, was ich einmal „professionelles Querulantenmanagement“ nennen möchte.

Dazu gehört für mich zu allererst, dass wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darauf vorbereiten, dass zu ihrer Arbeitsplatzbeschreibung gehört, jederzeit mit den übelsten Beschuldigungen überzogen werden zu können. Ich glaube manchmal, wir müssen auch noch lernen, Beschuldigungen mit allem Ernst nachzugehen, und dennoch dem oder der „Beschuldigten“ spiegeln, dass wir ihm oder ihr vertrauen. Die Menschenrechtskonvention und ihre Unschuldsvermutung (Art. 6 Abs. 2 EMRK) gelten auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Und auch im Übrigen werden wir stets zu prüfen haben, ob unsere Handlungsweise den rechtlichen wie den medizinischen Anforderungen genügt.

Meine Damen und Herren, sie werden heute und morgen interessante Referate hören und, da bin ich mir sicher, anregende Diskussionen über deren Inhalte führen.

Eines der Referate soll, wie in jedem Jahr, den Blick über die Grenzen des Landes richten. In diesem Jahr wird eine Referentin aus der Republik Kroatien die Praxis des Maßregelvollzugs erläutern.

Ich bin sicher, dass diese Veranstaltung wichtige und lohnende Anstöße zur künftigen Entwicklung im Maßregelvollzug in Deutschland geben wird.

Zwischen Bürgerrecht und Querulanz – Die Beschwerden mit den Beschwerden in der Forensischen Psychiatrie

Dr. med. Nahlah Saimh ²

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Titel der Tagung „Recht fordernde Patienten - Herausforderung für Maßregelvollzug und Justiz?“ umschreibt schon bestens die Vielschichtigkeit des Themas und ich gebe unumwunden zu, beim Thema „Beschwerden“ gelegentlich um die Aufrechterhaltung einer gelassen-empathischen Grundhaltung ringen zu müssen. So habe ich denn auch bei der Anfrage zu diesem Vortragsthema geschluckt und betrachte es quasi als notwendigen Fingerzeig, mich mit dem ambivalent besetzten Thema zu befassen.

Dass die Psychiatriegeschichte über Jahrhunderte hinweg Menschenrechtsverletzungen aufweist, ist uns allen hinlänglich bekannt und so bedeutet der verbrieft Rechtsschutz des psychisch Kranken eine rechtsstaatliche und damit zivilisatorische Errungenschaft.

In diesem Zusammenhang sei nur darauf verwiesen, dass Deutschland am 30.03.2007 das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen unterzeichnet hat und das Übereinkommen zum 01.01.2009 ratifiziert wurde, auch wenn dies nun nicht primär fokussiert auf die Forensische Psychiatrie in Deutschland.

Paragraph 138 Abs. 2 S. 109 ff StVollzG regelt den Rechtsschutz für nach § 63 oder § 64 StGB untergebrachte Patienten. Nach Volckart kann eine belastende Maßnahme des Krankenhauses vom Patienten mit dem Anfechtungsantrag „bekämpft“ werden. Hat der Patient im Vorfeld bereits die Befürchtung einer ihn belastenden Maßnahme, so kann er bereits einen vorbeugenden Unterlassungsantrag stellen. Dabei müssen alle Beteiligte ein förmliches Verfahren einhalten. Anlässe und Sachverhalte für ein Antrags- und Beschwerdeverfahren bis zum Antrag auf gerichtliche Entscheidung können sein:

- Fehlende, falsche oder unzureichende Behandlung
- Nichtzulassung oder Einschränkung von Besuch, Telefon und Schriftverkehr
- Nicht gewährte Anträge auf Ausgang, Urlaub etc.
- Nichtbearbeitung von gestellten Anträgen binnen 3 Monaten
- Rücknahme von vormals gewährten Vollzugslockerungen oder Verlegung

² Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie, Lippstadt

Es können auch Beschwerden Gegenstand des Verfahrens sein, bei denen sich die belastende Maßnahme erledigt hat, aber deren Unzulässigkeit festgestellt werden muss.

Für die Kliniken in Nordrhein-Westfalen gilt folgender Beschwerdeweg:

- Es ist ein schriftlicher Antrag bzw. eine schriftliche Beschwerde an die Direktion zu richten. Wird der Antrag abgelehnt, kann binnen einer Woche Widerspruch eingelegt werden, wiederum bei der Direktion oder direkt beim Krankenhausträger.
- Wird der Widerspruch erneut abgelehnt, was vom Träger mit Gründen und Rechtsmittelbelehrung zu erfolgen hat, so kann binnen 2 Wochen Antrag auf gerichtliche Entscheidung gestellt werden. Dabei muss im Antrag konkret das verletzte Recht beschrieben sein.
- Ggf. kann auch im Rahmen eines Eilverfahrens eine gerichtliche Entscheidung herbeigeführt werden.

Weitere Möglichkeiten sind die Dienstaufsichtsbeschwerde beim LWL, die Kontaktaufnahme zur Beschwerdekommision beim Träger sowie die Formulierung einer Petition beim Landtag NRW.

2008 Beschwerdekommision:

Laut Bericht der Beschwerdekommision des LWL für das Jahr 2008 (der Bericht 2009 liegt noch nicht vor) wurden konkret in dem Jahreszeitraum 99 Beschwerden an die Kommission adressiert mit insgesamt 140 verschiedenen Inhalten. Von diesen 140 Beschwerdeinhalten stellten sich 19 als begründet heraus und Abhilfe konnte und musste erfolgen, bei 8 Beschwerden war der Inhalt begründet und Abhilfe nicht möglich. Dies betrafen vor allem bauliche Unterbringungsstandards, also Mehrbettzimmer, Reduktion der Überbelegung etc., nicht aber die Behandlung selbst. Damit erzielt das LWL - Zentrum für Forensische Psychiatrie eine seit Jahren relativ konstante Zahl von 13,5 % begründeter und abzustellender Beschwerdeinhalte. Das heißt auch, dass immerhin über 80 % aller Beschwerden nicht gerechtfertigt waren. Diese Zahl ist von 2004 bis 2009 mit jahresdurchschnittlich stets rund 390 bis 395 stationären Patienten ziemlich konstant geblieben.

Die Zahl lässt zweierlei Schlussfolgerungen zu:

Es gibt noch deutlichen Optimierungsbedarf, die berechtigten Beschwerdeanlässe zu reduzieren. Gut wäre sicherlich eine Quote unter 10 %. Null Prozent ist illusorisch und könnte eher für ein ausgesprochen repressives System stehen, so dass eine Nullprozentquote auch nicht erstrebenswert ist, denn immer wieder zeigen berechnigte Beschwerden auch Fehler im System, im Regelwerk der Klinik auf und verweisen auf unsinnige Rigiditäten, die abgestellt werden müssen.

Auf der anderen Seite stellt sich eben doch eine große Anzahl der geäußerten Beschwerden bei faktischer Überprüfung als haltlos und als unberechtigt heraus.

Im Jahr 2008 trafen mehr als 50 % der Kritikpunkte Beschwerden über die Behandlung bzw. über das Benehmen von Mitarbeitern, wobei sich auch hier in fast allen Fällen die Beschwerdegründe als haltlos und zum Teil die Inhalte der Vorwürfe auch als nicht der Realität entsprechend darstellten.

Zunächst zur positiven Wirkung von Beschwerden:

Maßregelvollzugskliniken sind vor allem Institutionen, die dazu neigen, handbuchdicke Regelwerke zu erstellen, die vor allem auch Ausdruck all jener Probleme, Zwischenfälle und Risikosituationen sind, die sich im Laufe der Historie einmal in der Klinik zugetragen haben.

Außerdem bieten sie in ihrem soziotherapeutischen und daher auch ohne jeden Zweifel erzieherisch tätigen Auftrag gelegentlich etwas peinliche Beispiele absurder Regelkoppelungen. Man mag darüber spekulieren, ob diese nicht zum Teil auch historisch tradierte Beispiele einer mehr oder minder ausgeprägten Zwanghaftigkeit aktiver oder vormals im Amt tätiger Gestalter der Klinik sind oder waren.

Hier sind Beschwerden hilfreich und absolut sinnvoll, wirksam und reinigend und im Grunde muss sich die Klinikleitung bei solchen Beschwerden mit einem Dankbrief an den Patienten wenden, dass er auf diesen unentdeckten, aber historisch normativ gewachsenen Unfug hingewiesen hat. Auch dieser Umgang mit Patientenbeschwerden ist für mich im begründeten Einzelfall denkbar. Vor allem würde dadurch auch diese unterschwellig stets vorhandene Grabenkampfallüre zwischen rigider Klinik und eingezwängtem Patienten entfallen.

Ein Beispiel dafür:

So beschwert sich ein Patient darüber, dass er zwar unentschuldigt bei der Arbeit gefehlt habe, da er keine Lust habe, morgens um 7.30 Uhr zur Arbeit zu erscheinen und er das für sich nicht einsehe. Man habe ihm aber den in der Morgenrunde üblicherweise ausgeteilten Einkaufsschein vorenthalten mit der Begründung, dass - wer nicht arbeiten gehe bzw. wer ohne plausible Entschuldigung der Arbeit fernbleibe - keinen Einkaufsschein erhalte.

Berechtigterweise wurde hier eingeschritten. Das eine hat mit dem anderen nichts zu tun und es könnte nur dann individuell etwas damit zu tun haben, wenn für diesen Patienten in einem einvernehmlichen Therapieplan ganz spezifisch eine solche Kopplung festgelegt worden wäre, mit dem Ziel, die Disziplinierung bei der Arbeit an eine Art Tokensystem zu koppeln.

Eine andere Form der sinnvollen Beschwerde bezieht sich auf den Hinweis der ungünstigen Lebens- und Unterbringungsbedingungen generell. Das kann z. B. die mangelnde

Anzahl von Einzelzimmern in der Klinik betreffen, die dauerhafte Aufrechterhaltung von Überbelegungen, die Verbesserungswürdigkeit von baulichen Maßnahmen, z. B. sanitärer Anlagen etc.

Ein dritter Nutzen liegt in der Einübung sozialer Kompetenz und in der Übernahme von akzeptierten Verhaltensweisen zur Verfolgung eigener angemessener oder tatsächlicher Interessen. Über die angemessene Formulierung von Interessen, die Einhaltung formaler Wege und die Akzeptanz der gewissen zeitlichen Achse, die mit der Bearbeitung von Anliegen verknüpft ist, kann der Patient seine soziale Kompetenz erweitern, auf bisherige gewaltorientierte Muster verzichten oder andererseits bei selbstunsicherer Persönlichkeit Selbstbehauptungskompetenzen trainieren. Dann ist auch der Inhalt der Beschwerde ggf. weniger entscheidend, als vielmehr die Form.

Das Problem der Spaltung und der Umgehung von Entscheidungshierarchien:

Zunehmend häufig wenden sich - zumindest bei uns - Patienten direkt an den Krankenhausträger (LWL), ohne mit dem zuständigen Personal vor Ort auf der Station, also dem Stationspflegeleiter und dem zuständigen Therapeuten, dem Oberarzt oder dann der endverantwortlichen therapeutischen Abteilungsleitung zu sprechen. So kommt es nicht selten vor, dass die therapeutische Abteilungsleitung überhaupt nichts von einem Beschwerdeinhalt weiß, sondern diesen erst durch die Rückfrage des Krankenhausträgers erfährt und von daher im Vorfeld der Beschwerde ggf. schon gar nicht hat abhelfen können.

Dasselbe gilt für die Krankenhausbetriebsleitung, obwohl in einem elektronischen Erfassungssystem genau vorgegeben ist, dass jede Beschwerde binnen max. 10 Arbeitstagen mit einem umfassenden Antwortschreiben an den Patienten zu bearbeiten ist.

Die ärztliche Direktion beantwortet im Jahr als Autorin der Briefe zusätzlich über 100 Anfragen und Beschwerden. Diese Tätigkeit wird deswegen nicht vollständig delegiert, da hiermit eine Kulturfrage der Klinik verbunden ist, nämlich, dass die Klinikleitung dem Patienten auch vermittelt, ihm kritisch Gehör zu verschaffen, sein Anliegen und seine Probleme zu prüfen, auf den Stationen zu hinterfragen, sich damit auch im Einzelfall noch einmal ein konkretes Bild von der Arbeitsweise auf der Station zu machen und dem Patienten direkt als Adressat zur Verfügung zu stehen.

So wird bei der Umgehung aller therapeutischen oder für die Einrichtung strukturell verantwortlichen Ebenen versäumt, den Beschwerdeinhalt vor Ort zu bearbeiten, zu klären, in Kontakt zu treten, kurzum therapeutische Beziehungsarbeit zu leisten.

Es kommt zu einer seltsamen Kommunikationsebene, bei der sich der Patient aus einer ihm subjektiv aufgedrängt erscheinenden Froschposition nach „ganz oben“ wendet.

Sind Abstimmungsprozesse zwischen Klinik und Krankenhausträger nicht sehr intensiv und zum Teil schon im Vorfeld zu möglichen beschwerdeträchtigen Fragestellungen er-

folgt, so kann es zur Verstärkung dieses unrühmlichen Mechanismus kommen, der vom Patienten dann so verarbeitet wird, dass er es „mit denen da oben“ der Klinik mal so richtig gezeigt hat.

Die Institution, die sich im Grunde ja als Unterstützer des Patienten versteht, wird in ihrer Feindposition ggf. verstärkt.

Auf der anderen Seite ist der direkte Kontakt vom Patienten zum Krankenhausträger auch immer wieder wichtig, weil der Träger eine Art Ventilfunktion für Ärger und Überdruß bildet und dennoch aus dem therapeutischen Geschehen insgesamt etwas herausgenommen ist.

Außerdem stellt die direkte Entgegennahme von Beschwerden auch eine Möglichkeit dar, die klinikinternen Gepflogenheiten genauer zu überprüfen und als Krankenhausträger dazu konkret Stellung zu beziehen, wie er die Patienten in seiner Trägerschaft behandelt wissen will.

Wir werden als eines der nächsten Themen in dem von uns vor 2 Jahren ins Leben gerufenen Patientenbeirat gemeinsam mit den Patientenvertretern besprechen, wie eine positive und konstruktive Beschwerdekultur in der Klinik verbessert werden kann.

Dass Übergehen der Krankenhausstrukturen kann mehrere Beweggründe haben:

Besonders narzisstische Persönlichkeiten sind grundsätzlich eher der Ansicht, dass all jene niedrigen Kontaktpersonen, die selbst noch Vorgesetzte haben, für sie ohnehin nicht auf angemessener Augenhöhe agieren. Die Vorgehensweise ist also Bestandteil einer Interaktionsstörung, die maßgeblich in der Persönlichkeitsstruktur selbst verankert ist.

Das allfällig bekannte Kernthema ist *ich bin wichtig*. Der Selbstwert wird durch den Kontakt mit „höheren Personen“ stabilisiert. Im Alltag vorkommende Misslichkeiten, Verzichtszumutungen, oder die fehlende Statusspiegelung der Umgebung sorgen für wiederholte Beschwerdeeingaben als dysfunktionalem Reparaturmechanismus.

Unsichere, tendenziell paranoid strukturierte Personen fühlen sich vom direkten Gegenüber kategorisch nicht ernst genommen, nicht hinreichend wertgeschätzt und es besteht ein misstrauischer Unglaube darüber, dass man sich auch vor Ort ernsthaft um Anliegen kümmert und zwar auch dann, wenn nicht die nächst höhere Autorität ihre „Macht“ spielen lässt. Damit ist dieses Vorgehen auf einer dynamischen Ebene auch stets Ausdruck einer patriarchalen Bestrafungsthematik und erinnert zum anderen auch an anal-sadistische Strukturen.

Oft sind die Themen harmlos, aber verweisen letztlich auf eine gestörte Kommunikationsebene auf der Station. Womöglich wird dem Patienten eine kommunikative Kompetenz und Beziehungskompetenz im Alltag bereits unterstellt, obwohl er nicht in der Lage ist, Fragestellungen und Anliegen innerhalb der primären sozialen Bezugsgruppe zu klären.

Vor allem wird so auch erschwert, dem Patienten langsam aber sicher zu vermitteln, dass eine ernstzunehmende Beschwerdebearbeitung und kritische, durchaus ergebnisof-fene Prüfung des Vorgangs erfolgen kann, auch wenn das Endergebnis nicht das ist, was der Patient sich erhofft.

Patienten ist es häufig vergönnt, lange der Illusion anzuhängen, gerecht und richtig ent-schieden sei nur, was ihnen nützt und wie sie es selbst wollten. Eine Ablehnung wird nicht als sinnvoll akzeptiert.

Hier liegt aber auch die Ressource für eine soziotherapeutische Behandlung, die – und das möchte ich auch klar aussprechen - durchaus auch den Charakter einer deutlich ver-späteten Erziehung hat. Es geht eben sehr wohl auch darum, Regeln zwar zu begrün-den, Ablehnungen darzulegen, aber auch zu vermitteln, dass dies dann zu akzeptieren ist, so wie wir es üblicherweise selbst in Kindheit und Jugend erfahren haben. Recht ha-ben und Recht bekommen ist zweierlei und das gilt vor allem auch für die Umkehrung der Reihenfolge.

Ein Beispiel für eine, vor allem für das vor Ort tätige Personal, eher unangenehme Be-schwerdetätigkeit ist das Beispiel von Herrn Platane:

Herr Platane beschwert sich in dem Tonfall eines über den Service enttäuschten Fünf-Sterne-superior-Hotelgastes darüber, dass ihm über mehrere Tage blutige und ver-schmutzte Bettwäsche zugemutet werde, dass Personal, namentlich eine russischstäm-mige Mitarbeiterin, die er als sein Zimmermädchen anzusehen gedenkt, untätig und un-gehorsam sei, weil es seine Bettwäsche nicht wechsele und das Zimmer nicht putze. Außerdem werde ihm auf seinen Wunsch hin zwar Teewasser gebracht, aber nicht in der von ihm gewünschten Temperatur von knapp unter 100 Grad, sondern es sei für den Aufguss von Tee zu kalt, so schütte er es dann sofort weg und verlange neues. Dass der Arzt sich mit dem Stationsteam abspreche, sei ein Zeichen seiner mangelnden Autorität. Am Telefon erklärt er auf russisch seinen Angehörigen hingegen, er bringe hier das Per-sonal auf Trab, man erfülle ihm jeden Wunsch, er habe hier alles im Griff.

Gewiss ist dies ein Ausdruck eines sehr fragilen Selbstwertgefühls und im Rahmen der bei ihm festgestellten paranoid-querulatorischen Entwicklung - und mittlerweile auch durchaus psychotisch anmutenden Zügen - nicht verwunderlich. Es verlangt eine sehr enge und vertrauensvolle Abstimmung zwischen Krankenhausträger und Direktion, damit die notwendigen Nachfragen des Trägers nicht missverstanden werden und die Spaltung glückt.

Patienten mit derlei Auftreten, die natürlich wiederholt für kritische Nachfragen beim Per-sonal sorgen, sind für die Mitarbeiter auf der Station belastend, die Beziehungsgestaltung zum Patienten erfordert ganz langfristig viel Geduld, viel Nachsicht, ein hohes Maß an Verlässlichkeit.

Es ist nun so, dass sich die nächst übergeordnete Ebene mit jedem Beschwerdeinhalt zu befassen hat. So landete eine Beschwerde beim Träger, weil der Patient eine ätzende Warzentinktur auf dem Zimmer aufbewahren wollte.

Dass berechnete Beschwerden oder Probleme und unberechnete Haltungen eng beieinander liegen können, zeigt die Beschwerde von Herrn Birke, er sehe grundsätzlich gar nicht ein, dass ihm das Personal irgendwelche Vorschriften mache. So gab es Zänkereien um die Abgabe von Gürteln mit schweren Metallschnallen, um die Entfernung eines von ihm angebrachten Sichtschutzes im Zimmer (bei gleichzeitig auch verständlichem Wunsch nach Privatsphäre).

Was in einer ganz unreflektierten Art und Weise diese Art der Beschwerden so unangenehm erscheinen lässt, ist vor allem der anmaßende Tonfall, mit dem sie gestellt werden. Schnell wird vor allem der Begriff der Menschenwürde benutzt, wenngleich doch die strafrechtliche und biographische Vorgeschichte des Patienten Anlass zu dem Bedauern geben, dass er sich mit dem edlen Begriff nicht schon vorher aktiv auseinandergesetzt hat.

Gerade diejenigen, die die Menschenwürde entdecken sind nicht selten diejenigen, die über lange Zeit dem Missverständnis unterliegen, Menschenwürde und egozentrische Wunscherfüllung seien identisch.

Die nach der Menschenwürde am meisten missbrauchten Begriffe sind „Drohung“, „Folter“ und Vergleiche mit dem nationalsozialistischen System und in diesem Zusammenhang auch gelegentlich das Agieren mit vermeintlicher Ausländerfeindlichkeit bei Restriktionen von Patienten mit Migrationshintergrund.

Es ist ein hohes Rechtsgut in unserer Gesellschaft, sehr weitgehend sanktionsfrei – bis auf wenige Inhalte, die als nicht verhandelbar gelten können - auch noch den größten Unsinn von sich zu geben. Das Recht haben freie Bürger und Patienten des Maßregelvollzuges gleichermaßen. Dennoch habe ich zuweilen den Eindruck, dass man in der Verfehlung rhetorischer Mittel zumindest den intellektuell gut begabten Patienten erstaunlich viel Spielraum gibt. Es gehört aber auch zur Sozialtherapie dazu, Mitte und Maß zu vermitteln. Gewiss verweist die Benutzung von rhetorischen Extremen auf Wut, Hilflosigkeit, Inferioritätsempfinden. Dennoch bedeutet das Ernstnehmen von Patienten auch, sie in dem Verfehlens des Maßes ernst zu nehmen.

Nicht jeder, der in einer Maßregelvollzugsklinik lebt, ist ja nun als „verrückt“ zu betrachten.

Ein anderes Problem ist, dass notorisches Beschwerdenschreiben das eleganteste Mittel ist, um sich jeder Therapie zu entziehen. Alle mit dem Patienten als therapeutisches Nahfeld befassten Personen sind in stetiger Wiederkehr nur noch zuständig für das umfas-

sende Darlegen, Rechtfertigen und Ausformulieren von Stellungnahmen, so dass der Patient geruhsam im Windschatten der von ihm entfalteten Unruhe verweilen kann. Da aber auch der querulatorischste Patient noch berechnete Beschwerden äußern kann, muss im Grunde auf jede neue Thematik eingegangen werden.

Beschwerdedynamik einmal anders herum:

Im Regelfall befassen sich Beschwerden mit der Überprüfung der Rechtmäßigkeit einschränkender Maßnahmen.

Ich will Ihnen noch kurz einen raffinierten anderen Fall skizzieren:

Auf einer Station befanden sich ein sehr junger, schwerst dissozial fehlsozialisierter Mann (Herr Dornbusch), der an dem gemeinschaftlichen Quälen eines Mithäftlings in einer Jugendhaftanstalt beteiligt gewesen war und ein pädosexueller Mann mit psychopathisch-querulatorischer Persönlichkeit. Der junge Mann hatte sich bereits in der Zeit seines Aufenthaltes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als durchaus nicht gänzlich unbegabter Rapper gezeigt und hatte in dem „Komponieren und Dichten“ von Rap-Songs eine gewisse Selbstwertstabilisierung und einigermaßen sozial akzeptable Anerkennung gefunden. So durfte er auch bei uns CDs für sich erstellen, Texte dichten und vertonen. Bei der Eröffnung des Kulturzentrums innerhalb der Klinik brachte er drei Lieder zur Auf-führung, davon ein etwas penetrant prosozialer Aufruf, man solle sich kein Beispiel an ihm nehmen, sondern schön zur Schule gehen und die Hausaufgaben machen und etwas anständiges lernen. So viel Einsicht bringt Forensiker-Augen zum Leuchten. Ein anderes Lied war ein schnulzig romantisches Liebeslied und ein drittes setzte sich - wengleich verbal schon deutlich gröber - mit dem Aufenthalt im Maßregelvollzug auseinander. So weit, so gut.

Stolz verteilte der junge Mann seine beiden CDs an Mitarbeiter, verheimlichte also nicht grundsätzlich sein schöpferisches Tun, auch wenn man kritisch einräumen muss, dass nicht beide CDs sofort umfänglich gehört wurden, sondern die drei Lieder im Grunde als Beispiel für das Gesamtwerk genommen wurden.

Der mit viel Geschick jegliche therapeutische Beziehung verweigernde psychopathische pädosexuelle Herr Pappel gab sich mit seinen tatsächlich vorhandenen Medienkontakten zunächst als möglicher Promotor und Mittelsmann zur Förderung der musikalischen Karriere des Herrn Dornbusch aus. Nachdem es allerdings zu einem Zerwürfnis der beiden Patienten kam, weil Herr Pappel ein frustriertes sexuelles Gefallen an dem noch jugendlich wirkenden, heterosexuellen Mann gefunden hatte, drehte sich die Sache und Herr Pappel schrieb mit hellster Empörung, es würden gewaltverherrlichende Texte in der Klinik von Herrn Dornbusch verteilt, in denen Vergewaltigung, Mord und Totschlag idealisiert würden. Er drohte, dies den Medien mitzuteilen und wandte sich dabei an die Beschwerdekommision, nicht ohne natürlich die ihm leicht zugänglichen Texte als bluttrie-

fendes Beispiel beizulegen. Schon die bloße Vorstellung, Textausschnitte wären Bestandteil einer Bildzeitungsmeldung auf Seite 1 gewesen, trieben allen Beteiligten die Schweißperlen auf die Stirn.

Dabei waren auch grundsätzlich in der anderen Klinik zuvor seit 2006 schon Gewalt verherrlichende Texte bekannt gewesen und stetiger Gegenstand der therapeutischen Bemühungen. Auch bei uns war mit Herrn Dornbusch immer wieder über die Aggressivität und Brutalität gesprochen worden, wobei von den Behandlern die Ansicht vertreten wurde, es sei besser, dies offen zum Thema zu machen und zu versuchen, Herrn Dornbusch langsam aber sicher zu vermitteln, welche Abstumpfung, Indifferenz und Grenzenlosigkeit er in Bezug auf den Umgang mit Gewalttätigkeit habe.

Die vor allem deutlich sexuell-pornographischen Texte, die vor dem aller untersten Straßenjargon nur so strotzten, schlugen bei der Beschwerdekommision wie eine Bombe ein.

Ohne jeden Zweifel war ein Großteil der Texte so, dass sie nicht in Umlauf hätten gebracht werden dürfen und der Inhalt war in der Tat problematisch. Von daher waren auch die Nachfragen nach therapeutischem Versagen in der Abteilung nicht unberechtigt, aber dennoch bleibt die Frage auch bei näherem Hinsehen nicht ganz eindeutig zu beantworten.

Dem raffinierten Herrn Pappel hingegen, der erst die Texte hatte vermarkten wollen und sich nun durch die gewalttätigen Musikalien zutiefst belästigt fühlte, gab an, es habe ihn gestört, dass er selbst wegen pädosexueller Delikte in der Klinik sei, ein anderer aber solche Texte dichten könne und es sei ihm daher um Sanktionierungsgerechtigkeit gegangen.

Die vertiefende Auseinandersetzung mit der Thematik führte zu einem letztlich meiner Ansicht nach nicht befriedigend gelösten Kulturstreit, was an Musik und Literatur erlaubt ist und in einer Forensik erlaubt sein kann:

Herr Dornbusch, der nun über die Empörung wirklich irritiert war und den authentischen Eindruck hinterließ, die Welt nicht mehr zu verstehen, präsentierte zunächst mit dem Stolz des Tabu brechenden Post-Pubertierlings CDs von Musikgruppen, deren Besitz ihm bislang niemand untersagt hatte. Es ging um Tonträger, die auf dem freien Musikmarkt erhältlich (und damit erlaubt) sind und die schwerpunktmäßig frauenfeindliche Texte zum Inhalt hatten.

Auch kursieren weiterhin in der Klinik zahlreiche CDs der durch den Amoklauf von Steinhäuser auch einem breiteren Publikum bekannt gewordenen skandinavischen Gruppe Slipknot. Dies zu verbieten, ist bislang nicht möglich geworden und ich verhehle nicht, dass ich hierüber nicht wirklich glücklich bin.

Eine einschlägig kundige Patientin hat im Rahmen ihrer vorübergehenden Tätigkeit im Patientenbeirat der Krankenhausbetriebsleitung eine Liste von Musikgruppen vorgelegt, von der sie angab, sie würde als hypothetische Klinikleitung derlei eindeutig für ungeeignet halten und verbieten.

Auf eines *der* Beschwerdethemen No 1, nämlich die Zulassung von diversen PCs, Spielkonsolen und was derlei die elektronische Unterhaltungsindustrie produziert, kann ich nicht eingehen, weil wir noch keine endgültige, verbindliche Medienregelung haben, sondern die geltende auch nur wieder vorläufig ist und ich offen gestehe, dass ich auch nicht jedes Detail dort begreife, sondern herzlich dankbar bin dafür, dass wir kundige Mitarbeiter haben, die fachlich in der Lage sind, die bestehenden Vorschriften umzusetzen. Die Thematik wäre wohl auch ein eigenständiges Thema.

Zulässigkeit von Fesselungen bei Patientenausführungen:

Ein anderes Problem ist die Fesselung bei Ausführungen.

Herrn Birkenhain wurde 1990 im Alter von 19 Jahren wegen Mordes, sex. Nötigung, sex. Missbrauchs eines Kindes sowie wegen Totschlags und versuchten Totschlags zu einer Jugendstrafe von 9 Jahren und Unterbringung nach § 63 StGB verurteilt, verbüßte seine Jugendstrafe im Rahmen der Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge teilweise und befindet sich seit 1999 wieder ununterbrochen im Maßregelvollzug. Es liegt eine schwere kombinierte Persönlichkeitsstörung und pädosexuelle Präferenzstörung vor.

Herr Birkenhain wünschte eine Ausführung ohne Fesselung (bei nicht bestehender Lockerung) zu einer Beerdigung. Als die Direktion die bislang abteilungsintern umgesetzte Praxis der Ausführung aufgrund erheblicher Bedenken im Hinblick auf Psychopathologie, Therapiestand und zu erwartendem Risiko für die Allgemeinbevölkerung im Falle der Flucht des Longstay-Patienten zurücknahm bzw. die abteilungsinterne Entscheidung annullierte, Ausführungen in Begleitung mehrerer Pflegemitarbeiter ohne Fesselung zu erlauben, gab es Protest.

In der Klinik wurde grundsätzlich zur zukünftigen Vermeidung derlei interner Zugeständnisse jenseits der Prüfung der definierten Lockerungsstufen besprochen, dass Longstay-Patienten mit sexuell motivierten Tötungsdelikten ohne entsprechende therapeutische Fortschritte auch nicht ohne Fesselung ausgeführt werden könnten.

Mit Beschluss vom 09.03.2009 stellte dann das Landgericht Paderborn fest, dass die generelle Anordnung, bestimmte Patienten nur gefesselt auszuführen, im Gesetz keine Stütze findet. Die Klinik wurde daher angewiesen, den Antragsteller Birkenhain bezüglich der Anordnung, ihn bei externen Ausführungen zu fesseln, unter der Beachtung der Rechtsauffassung der Kammer neu zu bescheiden.

Als Kernaussagen des Beschlusses des Landgerichts können zusammengefasst werden: § 5 S. 2 MRVG NW kommt als Ermächtigung zur Fesselung bei einer Ausführung nicht in Betracht. § 21 MRVG NW kommt ebenfalls nicht in Betracht, da sie in dem normativen Maßnahmenkatalog nicht enthalten ist.

§ 17 Abs. 3 MRVG NW erlaubt die Fesselung aus zwingenden Behandlungsgründen, die auch darin liegen können, dass eine externe Behandlung notwendig wird, aber es muss dann konkret auf die Gefahr der Entweichung abgestellt werden. In jedem Einzelfall benötigt man Tatsachen, die eine Fluchtgefahr begründen. Das Faktum, dass ein Maßregelvollzugspatient über Jahre hinweg nicht hinreichend behandelt werden konnte, und die weitere Gefährlichkeit fortbesteht, sei kein Grund für eine solche Sicherungsmaßnahme. Im Falle von schweren Vorkommnissen wird man dies der Bevölkerung wohl kaum vermitteln können.

Auf Fesselungen jedoch, die nicht im Rahmen von Ausführungen zu Behandlungszwecken erfolgten, bezieht sich die Maßnahme nach § 17 Abs. 3 MRVG ohnehin nicht. Die Teilnahme an einer Beerdigung ist nun unzweifelhaft etwas anderes als die Ausführung zum Kieferchirurgen oder Urologen.

Als Rechtsgrundlage für die Fesselung bei sonstigen externen Ausführungen komme nur § 22 Abs. 1 MRVG NW in Verbindung mit dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz in Betracht. Auch hier müsse dann aber die konkrete Tatsache vorliegen, die eine Flucht begründe. Ein Fluchtverdacht bestehe aber erst dann, wenn nach den erkennbaren Umständen unter Berücksichtigung allgemeiner Erfahrungen die Annahme gerechtfertigt sei, der konkrete Patient im Einzelfall werde sich sonst durch Flucht entziehen.

Nun ging es im vorliegenden Falle darum, dem Patienten grundsätzlich ggf. die kurze Teilnahme an der Bestattung einer nahen Angehörigen zu ermöglichen, allerdings dann natürlich nur unter Anlegung von Handschellen. Die Rechtslage ermöglicht solche Lösungen im Grunde nicht, was dann für die Klinik nur bedeuten kann, derlei finale Wünsche sogleich abschlägig zu bewerten.

Erst kürzlich hatten wir in Bezug auf die Ausführung zu Behandlungszwecken dieselbe Problematik. Die Abteilungsleiterin hatte bei diesem Patienten, der keine Lockerungen hat, eine Fesselungsanordnung notiert. Diese ist aber nicht zulässig, sondern die Fesselungsanordnung muss ebenso tagesaktuell in Anbetracht der konkreten Hinweise auf eine gegebene Fluchtgefahr gestellt werden. Es konnte nun geklärt werden, dass mit Tagesaktualität durchaus auch ein Intervall von 3 Tagen gemeint sein könnte, so dass der AvD am Wochenende nicht samstags und sonntags jeweils eine getrennte, eigenständige Entscheidung vorzunehmen hat oder gar der Chefarzt selbst dazu am Wochenende in die Klinik kommen müsste, denn derlei Entscheidungen können auf der nachgeordneten Ebene nicht eigenständig entschieden werden.

Was sind nun also die Beschwerden mit den Beschwerden?

- Das Beschwerderecht ist ohne jeden Zweifel ein enorm hohes Rechtsgut, gerade auch vor dem Hintergrund der unrühmlichen Rolle, die die Psychiatrie in der Vergangenheit in Bezug auf die ihnen Anvertrauten eingenommen hat.
- Das Beschwerdewesen im Maßregelvollzug trägt in sinnvoller Weise zum Qualitätsmanagement bei, vor allem, wenn hierdurch unsinnige Regelwerke erkannt und korrigiert werden können.
- Es birgt aber, wenn nicht eine sehr, sehr enge Kooperation zwischen Krankenhausträger und Kliniken gegeben ist, auch die Gefahr der Spaltung und die Verstärkung einer dezidiert kontratherapeutischen Dynamik.
- Die Forensik hat auch den Auftrag, Sozialisationsdefizite zu mindern. Die Auseinandersetzung und auch die Akzeptanz von Normen, Regeln und Gepflogenheiten ohne persönliche Abstimmung und Übereinstimmung ist notwendiger Bestandteil unserer demokratischen Gesellschaft. Das gut gemeinte und grundsätzlich auch zu befürwortende Individualprinzip kann aber im Einzelfall für eine Institution zum Hemmnis werden.
- Wir sind im LWL-ZFP den Weg gegangen, vor zwei Jahren aktiv einen Patientenbeirat ins Leben zu rufen, mit dem zentrale Themen der Lebenswirklichkeit in der Klinik besprochen werden und erhoffen uns damit auch den Kristallisationspunkt für die Akzeptanz der Klinik bei den Patienten als Hilfe gebende Institution. Womöglich kann auch auf längere Sicht ein Teil der entbehrlichen Beschwerden dadurch reduziert werden.

Die Strafverfolgung der im (Maßregel-)vollzug begangenen Straftaten

Oberstaatsanwalt Wolfgang Thiele ³

Materielles Strafrecht:

Dabei handelt es sich um die Normen, die abstrakt vor Begehung definiert die Spitzen sozial unerträglichen Verhaltens beschreiben und mit Strafandrohungen versehen sind: Paragraphen des Strafgesetzbuchs und der Nebengesetze, z. B. Betäubungsmittelgesetz (BtmG).

Die Strafverfolgung erfolgt durch den Staat (Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichte) und im Interesse des Staates zur Durchsetzung der Rechtsordnung. Der Schutz von Individualgütern erfolgt mittelbar nur in zweiter Linie zur Genugtuung und Vorbereitung zivilrechtlicher Ansprüche, die der Bürger in eigener Initiative durchsetzen muss.

Den Gegensatz dazu stellt das Zivilrecht dar:

Dort handelt es sich um Auseinandersetzungen rechtlich gleichgestellter Bürger zur Durchsetzung individueller Rechte; z. B. vertragliche Forderungen, Schadensersatz, Familienrecht, Erbrecht und Handelsrecht u.v.a.

Strafprozess:

Beim Strafprozess handelt es sich um ein justizförmiges Verfahren zur Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs bei Verletzung materiellrechtlicher Verbotsnormen mit ausgeprägten Schutzrechten des Beschuldigten/Angeklagten (Aufklärung vs. Inquisition)

- gesetzlicher unabhängiger Richter
- keine aktive, allerdings passive Mitwirkungspflicht; Schweigerecht, Verbot der Folter oder anderer entwürdigender Maßnahmen, die den Beschuldigten zum bloßen Objekt staatlichen Handelns herabwürdigen (Lügendetektor, Hypnose, Wahrheitsdrogen)
- Rechtliches Gehör, Fragerecht, Antragsrecht, Belehrungspflichten über seine Rechte
- Anspruch auf Einhaltung der prozessualen Normen durch Rechtsmittel (sehr wirksam wegen Urteilsaufhebung auch nach nur formalen Fehlern)
- Befangenheit u.v.a. mehr

³ Staatsanwaltschaft Gießen

Polizei und Staatsanwaltschaft sind Strafverfolgungsbehörden

§§ 152 u.163 StPO erlegen ihnen den sog. Verfolgungs- und ggf. Anklagezwang auf, d. h. Aufnahme von Ermittlungen bei Bekanntwerden eines Verdachts von Straftaten, sei es durch Strafanzeigen, Notrufe 110, durch eigene Wahrnehmung etwa bei Streifenfahrten oder anonyme Anzeigen u.ä..

Verfolgungszwang bedeutet Ermittlung des Sachverhalts unter dem Gesichtspunkt einer ins Auge gefassten Straftat zur Abklärung der Frage, ob Anklage erhoben oder das Verfahren eingestellt wird.

Die Polizei ermittelt vor Ort, vernimmt Zeugen, sichert Spuren, vernimmt den Beschuldigten usw. und legt ihre Ermittlungen der Staatsanwaltschaft vor. Die Polizei hat keine Befugnis, Verfahren eigenständig abzuschließen.

In bedeutenden, akuten Fällen -etwa Tötungsdelikte, Raubüberfälle, Vergewaltigungen, Brandstiftungen u. ä.- unterrichtet die Polizei unmittelbar nach Bekanntwerden der Tat die Staatsanwaltschaft (Bereitschaftsdienst rund um die Uhr), die mit der Polizei die weiteren Ermittlungen abspricht und Anträge auf Durchsuchung, Blutentnahme, Festnahme zum Zwecke der Haftvorführung, DNA-Analyse, Telefonüberwachung u.v.m. bei dem Ermittlungsrichter des Amtsgerichts stellt.

Nach Abschluss der Ermittlungen, ggf. nach ergänzenden Ermittlungsaufträgen, prüft die **Staatsanwaltschaft** rechtlich und tatsächlich, ob das Ermittlungsergebnis zur Anklageerhebung ausreicht, d. h. ob die Wahrscheinlichkeit einer Verurteilung besteht (sog. hinreichender Tatverdacht).

In diesem Fall **erhebt die Staatsanwaltschaft die Anklage** bei Gericht, in der sie darstellt, dass das Verhalten des Beschuldigten den abstrakten Tatbestandsmerkmalen einer Strafnorm entspricht und Beweismittel dafür benennt (§ 170 Abs. 1 StPO).

Beispiel § 177 StGB Abs. 1

- wer eine andere Person mit (körperlicher) Gewalt oder Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer schutzlosen Lage [-der Sachverhalt lässt sich unter einen § des StGB subsumieren-]
- nötigt (Willen beugen)
- sexuelle Handlungen an sich zu dulden oder an dem Täter oder Dritten vorzunehmen
[ganz früher „eine Frau zum außerehelichen Beischlaf,“ außerehelich und Frau fiel dann weg]
- wird.....bestraft.

Falls die Staatsanwaltschaft aufgrund der Beweislage oder der Rechtslage die Wahrscheinlichkeit einer Verurteilung verneint, **stellt sie das Verfahren ein** (§ 170 Abs. 2 StPO).

Dies erfolgt aus rechtlichen Gründen, z. B. weil keines der genannten Zwangsmittel gegeben oder die Tat ansonsten nicht beweisbar ist, und begründet dies in einem Bescheid an den/die Anzeigenerstatter/in mit einer Rechtsmittelbelehrung, die auf ein Beschwerderecht an den Generalstaatsanwalt hinweist. Dieser kann die Staatsanwaltschaft anweisen, Anklage zu erheben. Gegen einen beschwerdeverwerfenden Bescheid des Generalstaatsanwalts ist das Klageerzwingungsverfahren vor dem Oberlandesgericht -OLG- möglich (§ 172 StPO).

Einzelne Deliktsarten

Antragsdelikte

sind Delikte geringerer Bedeutung, z. B. Beleidigungsdelikte, Hausfriedensbruch u. a., die **nur** auf rechtzeitigen, schriftlichen Strafantrag des Geschädigten (3 Monate seit Kenntnis von Tat und Täter) an Polizei oder Staatsanwaltschaft verfolgt werden können (§ 77 StGB).

Das Gewicht des Strafantrages kann dadurch erhöht werden, dass der Dienstvorgesetzte des geschädigten Mitarbeiters seinerseits einen Strafantrag stellt (eigenes, vom Willen des Beleidigten unabhängiges Antragsrecht) oder sich dem Strafantrag des Mitarbeiters anschließt (§ 194 StGB).

Bei diesen allein auf Antrag verfolgbaren Straftaten ist im staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren eine Zurücknahme des Antrags jederzeit möglich, etwa weil eine Entschuldigung akzeptiert wird oder eine sonstige Kompensation erfolgt ist.

Achtung:

Im gerichtlichen Verfahren führt die Zurücknahme des Strafantrags zur Einstellung des Verfahrens wegen Wegfall einer Verfahrensvoraussetzung.

Dem, der den Strafantrag zurücknimmt, können die Kosten des Verfahrens auferlegt werden (§ 470 StPO). Dabei wird die Kostenübernahme durch den Angeklagten zumeist durch eine entsprechende Erklärung zu Protokoll geregelt.

[Beispiele: Streitigkeiten über den Gartenzaun, hier Beleidigungen unter Patienten]

Die Staatsanwaltschaft verfolgt Antragsdelikte nur dann, wenn dies im öffentlichen Interesse liegt (§§ 374, 376 StPO), d. h., wenn diese Strafverfolgung ein gegenwärtiges Anliegen der Allgemeinheit ist.

Eine Strafverfolgung durch die Staatsanwaltschaft mit Erhebung der öffentlichen Klage ist in diesen Fällen eher selten.

Referate

Es erfolgt die sogenannte „Verweisung auf den Weg der Privatklage“, bei der der Geschädigte selbst die Rolle der Staatsanwaltschaft mit Erhebung der Privatklage in die Hand nehmen und, wenn er alle Probleme überwindet (Kostenvorschuss, Formalien der Anklageerhebung usw.), ein Strafurteil gegen den Gegner erreichen kann (Geldstrafe).

Achtung:

Die Privatklage ist keine Zivilklage, mit der man Schmerzensgeld, Schadenersatz u.ä. geltend machen kann; eine erwirkte Geldstrafe geht an die Staatskasse; eine Zivilklage müsste ggf. gesondert erhoben werden.

Sog. relative Amtsdelikte

Einfache und fahrlässige Körperverletzungen nach §§ 223, 229 StGB und weitere Delikte sind Antragsdelikte im obigen Sinne; hier kann jedoch der nicht gestellte Strafantrag durch Bejahung eines **besonderen öffentlichen Interesses** durch die Staatsanwaltschaft ersetzt werden.

Die Bejahung hängt im Wesentlichen von der Schwere der Verletzungen und dem Grad des Verschuldens (Motivation, nachvollziehbare Gründe, Tatprovokation, Eigen/Fremdnützigkeit), bei Fahrlässigkeitsdelikten dem Grad der Vorwerfbarkeit ab.

Im Falle der Nichtbejahung des besonderen öffentlichen Interesses kann wiederum Verweisung auf den Weg der Privatklage erfolgen.

Amtsdelikte

Bei den von Amts wegen zu verfolgenden Delikten, den sog. Amtsdelikten, findet die Strafverfolgung unabhängig vom, u. U. auch gegen den Willen des Geschädigten statt. Voraussetzung ist, wie oben bereits erwähnt, die bloße Kenntnisnahme des Anfangsverdachts einer Straftat durch Polizei oder Staatsanwaltschaft. Dies verpflichtet diese zur Aufnahme der Ermittlungen bei schwereren Delikten, selbst bei nur privater Kenntnisnahme.

Zur Gruppe der Amtsdelikte gehören z. B. die Eigentums- und Vermögensdelikte, Diebstahl, Betrug, Untreue und u. a., sofern es sich nicht um geringwertige Werte handelt und weitere „mittelschwere“ Delikte wie Urkundenfälschung u. ä..

Die schweren Delikte (Verbrechen) wie Raub, sexuelle Nötigung, Fälle der Brandstiftung, Tötungsdelikte stehen im Zentrum der Amtsdelikte.

Hier kommt es auf den Verfolgungswillen des Opfers nicht an. Dies kann in Fällen der Vergewaltigung, wenn das Opfer die Öffentlichkeit scheut, und in Sonderfällen des sexuellen Missbrauchs von Kindern (14-Jähriger schläft mit 13-Jähriger (§ 176a StGB)) problematisch sein.

Da eine Strafanzeige hier keine Verfahrensvoraussetzung ist, hat eine Zurücknahme der Strafanzeige keinerlei prozessuale Bedeutung.

Opportunitätsentscheidungen

Das Legalitätsprinzip ist durch das Opportunitätsprinzip durchbrochen.

Hier kann trotz „Anklagefähigkeit“ des Delikts eine mildere Maßnahme gewählt werden.

Bekanntestes Beispiel ist der **§ 153 StPO**, der bei Vergehen, d. h. nicht bei Verbrechen, ein Absehen von der Verfolgung zulässt, wenn das Verschulden des Täters gering wäre und ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung nicht besteht.

Beispiele: erstmalige Ladendiebstähle mit geringem Schaden (10,- bis 20,- Euro); Schwarzfahren im Stadtbuss, leichte fahrlässige Körperverletzungen bei Verkehrsunfällen u. ä., auch vorsätzliche einfache Körperverletzungen mit starkem Schuldanteil des Opfers (Provokation)

Die nächsthöhere Stufe ist die Einstellung nach **§ 153a StPO**, bei der bei Vergehen das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung durch Auferlegung von Auflagen oder Weisungen (meist Geldbußen an die Staatskasse oder gemeinnützige Institutionen oder die Weisung zur Schadenswiedergutmachung oder kostenlose Arbeitsstunden) kompensiert wird, sofern die Schwere der Schuld nicht entgegensteht.

Eine weitere Einstellungsnorm, die nicht auf Vergehen beschränkt ist, stellt **§ 154 StPO** dar. Danach kann von der Erhebung der öffentlichen Klage abgesehen werden, wenn die in diesem Verfahren zu erwartende Strafe gegenüber einer anderen Maßregel oder Strafe, die bereits verhängt oder in einem anderen Verfahren zu erwarten ist, nicht beträchtlich ins Gewicht fällt.

Alle hier genannten Einstellungen werden nicht in das Bundeszentralregister eingetragen und gelten damit nicht als Vorstrafen.

Zwischen- und Hauptverfahren

Nach Anklageerhebung folgt das gerichtliche Verfahren. Es besteht aus dem Eröffnungsverfahren, in dem der Tatverdacht und die rechtliche Einordnung vom Gericht geprüft und durch den Eröffnungsbeschluss bestätigt wird.

Danach folgt die mündliche Hauptverhandlung, in der die Beweiserhebung durch Vernehmung von Angeklagtem, Zeugen, Sachverständigen, Urkunden, ggf. Inaugenscheinnahme nach den jeweiligen Erhebungsregeln erfolgt.

Es schließt sich nach Schluss der Beweisaufnahme das Plädoyer der Staatsanwaltschaft und des Verteidigers und das letzte Wort des Angeklagten an. Nach Beratung wird das Urteil verkündet.

Referate

Maßgeblich für eine Verurteilung ist die persönliche Überzeugung des Richters im Sinne einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit, bei der vernünftige Zweifel schweigen und lediglich theoretische Zweifel bestehen bleiben.

Besonderheiten von Straftaten in Forensischen Kliniken

Die generelle Problematik besteht darin, dass mit der Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik nach § 63 StGB nahezu die schärfste der strafrechtlichen Maßnahmen verhängt worden ist, die zudem zeitlich nicht begrenzt ist.

In Gießen bin ich auf ein Verfahren gestoßen, in dem eine Unterbringung wegen Vergewaltigung und schwerem Raub seit 1970 andauert und bislang bei den jährlichen Überprüfungen bestätigt worden ist (nächste Prüfung nach 67e StGB: 1.8.2010).

Zum Vergleich: der mir bekannte längstverbüßende Lebenslängliche (Vergewaltigung und Mord) ist nach 37 Jahren entlassen worden; er wurde 1948 noch zum Tode verurteilt und durch Inkrafttreten des Grundgesetzes am 23. Mai 1949 „gerettet“.

Wenn die neue Tat auf der Linie der Einweisungsdiagnose liegt, kommt als Ergebnis bei einem Schuldunfähigen nach erneuter Begutachtung durch externe Sachverständige mit gleichem Ergebnis wiederum nur eine Unterbringung in Betracht, wenn sich die Tat im Sinne des § 63 StGB als für die Allgemeinheit gefährlich erweist, weil von ihm erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind.

Dabei kann die Gefährdung Einzelner ausreichen, wenn sonst der Bestand der Rechtsordnung und die öffentliche Sicherheit bedroht wären.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, erfolgt bei einem Schuldunfähigen ein Freispruch.

Diese doppelte Unterbringung ist möglich, führt aber -bei großem Aufwand- im Ergebnis nur zu einer Erschwerung der positiven Prognose bei der Beendigung der Unterbringung. Bagateltaten scheiden wie schon bei einer ersten Unterbringung aus, mittlere Kriminalität kann ausreichen.

Bei einem in der Schuldfähigkeit erheblich verminderten Täter kommt bei Bejahung der Gefährlichkeit im obigen Sinne die weitere Anordnung der Unterbringung nach § 63 StGB in Betracht sowie die Verhängung einer -gemilderten- Strafe, die allerdings im Regelfall erst nach der Unterbringung vollzogen wird (§ 67 StGB), wobei die Reihenfolge sehr wohl abgeändert werden kann, um eine gemeinsame Entscheidung der Aussetzung der Unterbringung und der Strafe zu ermöglichen.

Fehlt es bei dieser Tätergruppe an der Gefährlichkeit, wird nur eine Strafe verhängt, deren Vollstreckung sich wie oben in der Regel erst an die Unterbringung anschließt.

Pflichtverteidigung

Nach § 140 Abs. 1 Nr. 5 StPO erfüllen alle Fälle, in denen sich der Beschuldigte mehr als drei Monate in Freiheitsentzug bzw. Unterbringung befindet, die Voraussetzungen der notwendigen Verteidigung.

Zwischenergebnis

Verfahren, die zur Unterbringung führen können, müssen wegen der Schwere des Eingriffs besonders sorgfältig und gründlich bearbeitet werden. Im Hinblick auf erforderliche Gutachten und Pflichtverteidigung in nahezu jedem Fall, evtl. auch Hinzuziehung von Dolmetschern, sind diese Verfahren besonders arbeits- und kostenintensiv.

Es bedarf einer verantwortungsbewussten Auswahl der Verfahren durch die Staatsanwaltschaft, die mit dem Ziel einer „doppelten“ Unterbringung betrieben werden können.

Individualgefährliche Straftaten wie (versuchte) Tötungsdelikte, Vergewaltigungen oder auch Fälle der schweren räuberischen Erpressung, sollten ebenso wie allgemeingefährliche Delikte wie Brandstiftungen in diese Auswahl aufgenommen werden.

In den anderen Fällen wären disziplinarische Mittel die erste Wahl, soweit nachstehend nichts anderes in Betracht kommt.

Fälle, die nicht zur Unterbringung führen können

Hierfür kommen Taten in Betracht, bei denen bei der aktuellen Tat keine Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit in Betracht kommt. Hier könnten theoretisch Geldstrafen oder Freiheitsstrafen mit oder ohne Bewährung verhängt werden.

Sinngemäß dasselbe gilt für die in ihrer Schuldfähigkeit erheblich eingeschränkten Täter, deren Taten nicht als allgemeingefährlich eingestuft werden.

Straftaten unter Patienten

Sofern es sich um Beleidigungen oder einfache Körperverletzungen handelt, die auch von den Patienten selbst angezeigt werden können, kommt es, wenn nicht Einstellung gem. § 170 Abs. 2 StPO wegen Nichterweislichkeit erfolgt, aus den o. g. Gründen in der Regel nicht zur Strafverfolgung, es kommt zu Verfahreenseinstellungen nach den §§ 153 oder 154 StPO. Bei schwerwiegenden Delikten wie Sexualdelikten, Raub oder räuberische Erpressung werden die Ermittlungen aufgenommen. Es empfiehlt sich in diesen Fällen, sofort die Kriminalpolizei einzuschalten, um eine ordnungsgemäße Spurensicherung zu gewährleisten.

Straftaten gegen die Allgemeinheit

Für diese Delikte gilt das Gleiche wie vorstehend. In Fällen von Btm- oder Waffenfunden, nicht ganz unerheblichen Brandstiftungen sollte die Kriminalpolizei unmittelbar eingeschaltet werden.

Straftaten von Patienten gegen Mitarbeiter

Diese sollten immer angezeigt werden, um die Prüfung von Maßnahmen ohne Unterbringung oder ggf. in schweren Fällen mit dem Ziel der erneuten Unterbringung zu ermöglichen.

Hilfreich ist eine möglichst genaue Schilderung der Fakten, der Tatzeiten und -orte, aller beteiligten Personen mit Anschriften und der Folgen, ggf. unter Einholung von Attesten.

Die Sachverhalte sollen als Tatsachen, nicht als Wertungen geschildert werden:

nicht: „er äußerte wüste Beschimpfungen“

sondern: „er bezeichnete mich als Nazi-Schergen“

nicht: „er fügte mir erhebliche Verletzungen zu“

sondern: „er brach mir mit einem Faustschlag den linken Unterkiefer...“ u.s.w.

Nur dies ermöglicht es dem Staatsanwalt, zu prüfen, ob die genannten (und beweisbaren) Tatsachen den abstrakten Tatbestandsmerkmalen einer Strafvorschrift entsprechen. Für den Fall, dass man später als Zeuge gehört werden muss, sollte man möglichst zeitnah eine Art Protokoll erstellen, auf das man sich in der Vernehmung beziehen kann.

Straftaten von Mitarbeitern gegen Patienten

Man kann die Augen nicht davor verschließen, dass auch das vorkommt.

Obwohl eine Anzeigenpflicht der Klinik nicht besteht, sollte man in allen anderen als Bagatellfällen den Fall intern nach bestem Wissen und Gewissen ohne Ansehen der Person aufklären. Ob letztlich seitens der Klinik Strafanzeige gegen den Mitarbeiter erstattet werden soll, muss mit dem Justitiar entschieden werden.

Es ist zu bedenken, dass eine Anzeige durch den Geschädigten, dessen Rechtsanwalt oder Betreuer oder durch Angehörige für den Ruf der Klinik wesentlich schädlicher sein kann, als das Einräumen eines Fehlers (siehe die aktuelle Situation der katholischen Kirche im Zusammenhang mit Missbrauchsfällen).

Krankenunterlagen können allerdings beschlagnahmt werden.

Empfehlungen zur Verteidigung, falls man selbst Beschuldigter ist

Wenn der Vorwurf querulatorisch ist oder Bagatellen betrifft und insoweit u. U. sogar berechtigt ist, gilt folgendes:

Grundsätzlich hat man als Beschuldigter ein Aussageverweigerungsrecht (§ 136 StPO), d. h. man muss weder bei der Polizei erscheinen, noch eine Aussage machen. Man kann

sich jederzeit durch einen Rechtsanwalt verteidigen lassen, der nach Akteneinsicht eine Stellungnahme abgibt oder auch nicht. Negative Folgerungen dürfen und werden daraus nicht gezogen.

Allerdings hat man die Kosten des Anwalts zu tragen, selbst wenn das Verfahren durch die Staatsanwaltschaft eingestellt wird.

Rechtsschutzversicherungen haben die Kostenübernahme der Verteidigung in Strafsachen wegen vorsätzlich begangener Delikte, wie sie von Querulanten häufig vorgetragen werden, in ihren Bedingungen ausgeschlossen.

Dem Staatsanwalt fällt es aber wesentlich leichter, ein Verfahren einzustellen, wenn eine, ggf. auch nur nicht zu widerlegende Einlassung des Beschuldigten (pol. Vernehmung oder eine eigene schriftliche Erklärung, in der die Umstände geschildert sind) vorliegt, als wenn die in einer solchen Erklärung liegenden Fakten zugunsten des Beschuldigten nur unterstellt werden müssen.

Bei mittleren und schweren Vorwürfen, vor allem mit entsprechenden Folgen

empfiehlt es sich unbedingt, einen Rechtsanwalt (am besten einen Fachanwalt für Medizin- und für Strafrecht) einzuschalten, den man im Internet finden kann.

Man sollte von dem Recht der Aussageverweigerung Gebrauch machen und es dem Verteidiger überlassen nach Akteneinsicht eine Stellungnahme abzugeben.

Theoretisch möglich, aber nur selten praktisch ist es, dass ein Beschuldigter auf der Geschäftsstelle der Staatsanwaltschaft selbst die Akten einsieht und sich -kostenpflichtige- Kopien machen lässt.

Gesetzesänderungen - na und? *Beobachtungen aus dem 64er Vollzug*

Dr. Michael von der Haar M.A. ⁴

Es wirkt zunächst paradox, wenn über Veränderungen im Zusammenhang mit dem Maßregelvollzug, insbesondere § 64 StGB, eine vielleicht flapsig zu wertende Bemerkung gemacht wird. Dieser Beitrag soll jedoch dazu anregen, die Folgen der verschiedenen Gesetzesänderungen einmal kritisch zu betrachten und dem Leser vor Augen führen, was heute, zum Teil mehr als 10 Jahre nach der entsprechenden Gesetzesänderung, zu beobachten ist.

Doch zunächst ein paar Anmerkungen. Grundsätzlich kann ein Gesetz nichts ändern. Dieser Satz mag spitzfindig klingen, soll aber darauf hinweisen, dass es nicht das Gesetz an sich oder der Text ist, der zu einer Änderung führt. Ein Gesetz kann nur einen Rahmen bilden, eine gültige Regel aufstellen, nach der in der Zukunft verfahren werden muss. Natürlich sind Gesetze verbindlich und das für alle. Aber, die Juristen werden dem zwanglos zustimmen, es ist eine veränderte Rechtsprechung, die quasi den dynamischen Teil eines Gesetzes darstellt.

Ein Gesetz ist die Lösung vergangener Probleme mit einer Wirkung für die Zukunft. Es entsteht aus dem Bedürfnis, eine neue Regel einzuführen, eine Regelung zu verbessern und Unsicherheiten oder ungeklärte, vielleicht auch neue Situationen zu strukturieren. Der Bedarf, beispielsweise Computerkriminalität zu regeln, bestand vor 50 Jahren nicht. Wenn aber Gesetze die Lösungen vergangener Probleme mit der Wirkung für die Zukunft sind, dann zeigt sich hier auch, dass die Bewährungsprobe für ein Gesetz in der Zukunft liegt. Wir arbeiten zunächst mit der Erwartung, dass sich durch das Gesetz, durch die neue Regelung, etwas ändern wird. Während in der Wirtschaft die Ergebnisse einer Anordnung, einer Strategie überprüft werden würde, gibt es so etwas wie „Gesetze auf Probe“ nicht. Sie sind gültig, sie haben kein Verfallsdatum. Es ist daher lohnenswert, bestehende Gesetze, soweit heute möglich, auf ihre Folgen zu überprüfen.

Die Ausgangslage:

Die Verurteilungen zu einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB haben seit Anfang der 70er Jahre nahezu stetig zugenommen.

⁴ Fachabteilung Bad Rehbürg des NLKH-Brauel, Rehbürg-Loccum

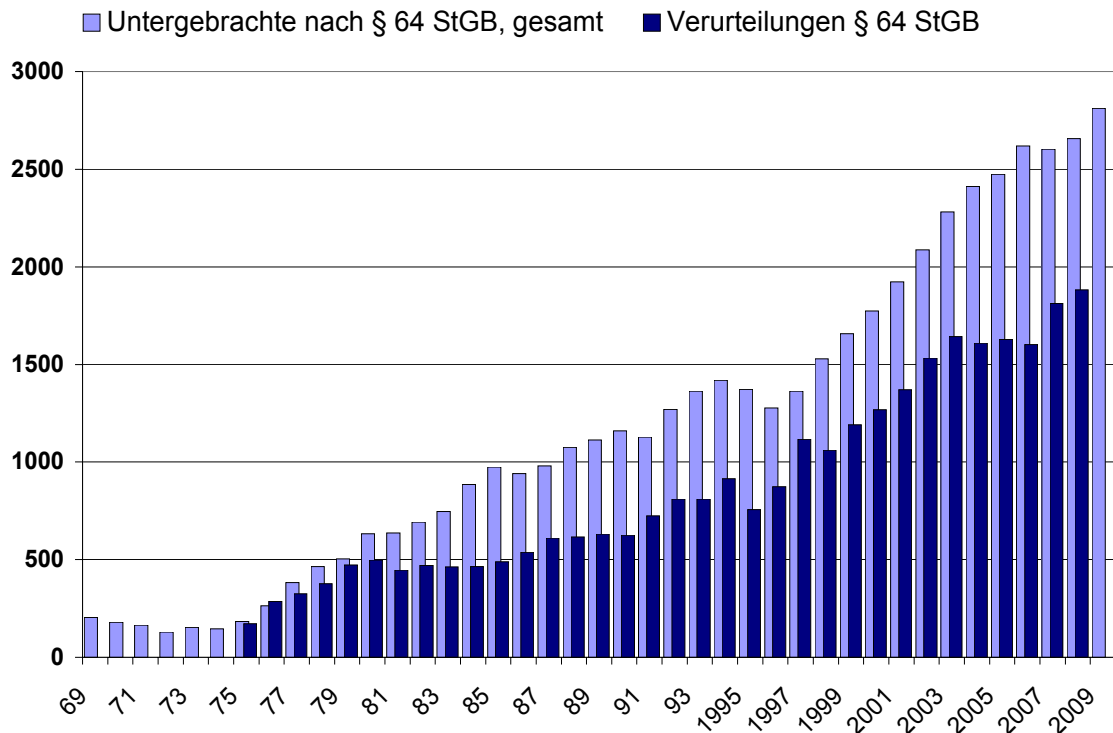


Abb. 1: Verurteilungen und Unterbringungen nach § 64 StGB (Stat. Bundesamt)⁵

In den alten Bundesländern waren es 2008 mehr als 2.600 Untergebrachte, auch die Zahl der Verurteilungen erreichte mit 1.881 im gleichen Jahr einen neuen Höchststand. Zum einen scheint sich die Spruchpraxis der erkennenden Gerichte verändert zu haben. Dieses könnte u. a. damit zusammenhängen, dass sich die Erwartungen, die an die Unterbringung gemäß § 35 BtMG im Bereich der illegalen Drogen geknüpft wurden, nicht erfüllten (eine inhaltliche Begründung). Zum anderen könnte die gerade in den letzten Jahren erkennbare Rechtsprechung des BGH, dass in entsprechenden Fällen zumindest die Voraussetzungen des § 64 StGB geprüft werden müssen, hier einen Einfluss haben (eine formale Begründung). Denn dass sich das Suchtverhalten der Bürger der Bundesrepublik so grundlegend geändert hat, ist doch wohl als unwahrscheinlich anzusehen. Wahrscheinlich gibt es weitere Gründe für diese Entwicklung.

Bei der Zahl der Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt kommen ebenfalls mehrere Punkte zusammen. So sind die Erwartungen an die Einrichtungen und letzten Endes an die Patienten gestiegen. Während früher von einer „Erprobensklausel“ als Prognosemaßstab gesprochen wurde, wird seit 1998 von einer „Erwartensklausel“ gesprochen. Zudem scheint sich die gesellschaftliche Toleranz geändert zu haben. Der Begriff der

⁵ Die kurzfristige Abnahme 1996/1997 wird als statistisches Artefakt angesehen, da in Niedersachsen allein in der Klinik des Verfassers mehr Patienten des Urteilsjahrgangs aufgenommen worden bzw. behandelt wurden, als aus dem Bundesland gemeldet wurden.

„Nullrisikogesellschaft“ ist auch in diesem Zusammenhang zu sehen. Gleichzeitig hat die Rechtsprechung zu erhöhten Freiheitsstrafen geführt, so dass die Mindestunterbringungs-dauer als Einflussgröße zu beachten ist. Dieses hat der Gesetzgeber mit dem Instrument der Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge berücksichtigt. Deutlich muss festgehalten werden, dass die Entlassung in Freiheit als Maxime bestehen blieb.

Aus dem Alltag ist darauf hinzuweisen, dass die Schwellen für Prognoseentscheidungen, bereits während der Therapie, sich nahezu überall geändert haben, so dass bestimmte therapeutische Schritte, die mit Lockerungen verbunden sind, erst später einsetzen. Die Folge ist eine Zunahme der Unterbringungen, ohne dass es Aussagen über die Effektivität des Maßregelvollzuges nach § 64 StGB gibt.

In bundesweiten Stichtagserhebungen zum § 64 StGB werden u. a. die Entlassungsformen erfasst. Hier zeigt sich seit 1994 bis etwa 2001 eine Veränderung in dem Sinne, dass die Anzahl der Bewährungsentlassungen deutlich hinter den Erledigungen der Maßregel wegen Aussichtslosigkeit zurückgegangen ist. 2008 / 2009 zeigen sich zumindest kurzfristig positivere Entwicklungen, ein Effekt, der weiter abgewartet werden muss. Die Gründe hierfür sind zunächst unklar.

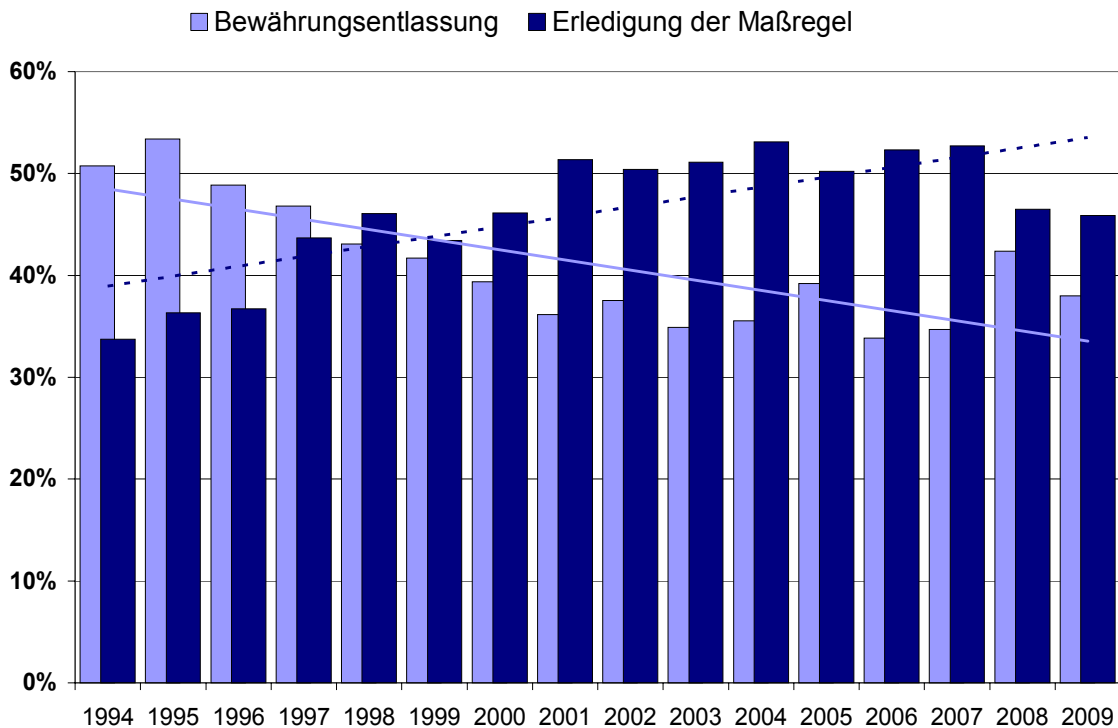


Abb. 2: Entlassungsmodus bei § 64 StGB (Stichtagserhebung § 64 StGB)

Um einen Überblick über die Veränderungen im Bereich der Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt zu erhalten, sollen einige Fakten dargestellt werden:

		1994	2009
Anteil der Drogenabhängigen	(%)	40,0	60,0
Anteil reiner BtMG - Delikte	(%)	6,7	22,5
Parallelstrafe (Monate)		30,9	43,8
ab 3 Jahren	(%)	30,3	53,4
Anteil begutachteter Patienten	(%)	86,0	96,2
Rückfälle (pro Pat. u. Behandlungsjahr)		2,05	0,29
Pat. mit „Urlaubsstatus“	(%)	28,0	17,8
Pat. ohne Lockerungsmisbrauch	(%)	62,0	96,9

Tab 1: Entwicklungen im MRV nach § 64 StGB (v.d.Haar: Stichtagserhebung § 64 StGB)

Die pauschale Bezeichnung § 64 StGB gibt zudem die wirkliche Situation nicht wieder. Die Bedingungen und Arbeitsstile in den Kliniken, der beteiligten Juristen (StVK, StA, RA), die Zusammensetzung der Patientengruppe, die politischen Vorgaben und Erwartungen, aber auch die regionalen Berichterstattungen in den Medien sowie die Standortbedingungen (Großstadt – ländlicher Raum, eigenständige Klinik oder im Verbund mit einer psychiatrischen Klinik der Vollversorgung, Bürgerinitiativen vor Ort usw.) machen die jeweiligen Rahmenbedingungen einmalig. Die Darstellung von Klinikvergleichen, bezogen auf den Anteil von Patienten mit Gewaltdelikten, soll hiervon einen Eindruck vermitteln. Hierbei sind die jeweiligen Kennzahlen der an der Stichtagserhebung beteiligten Kliniken dargestellt.

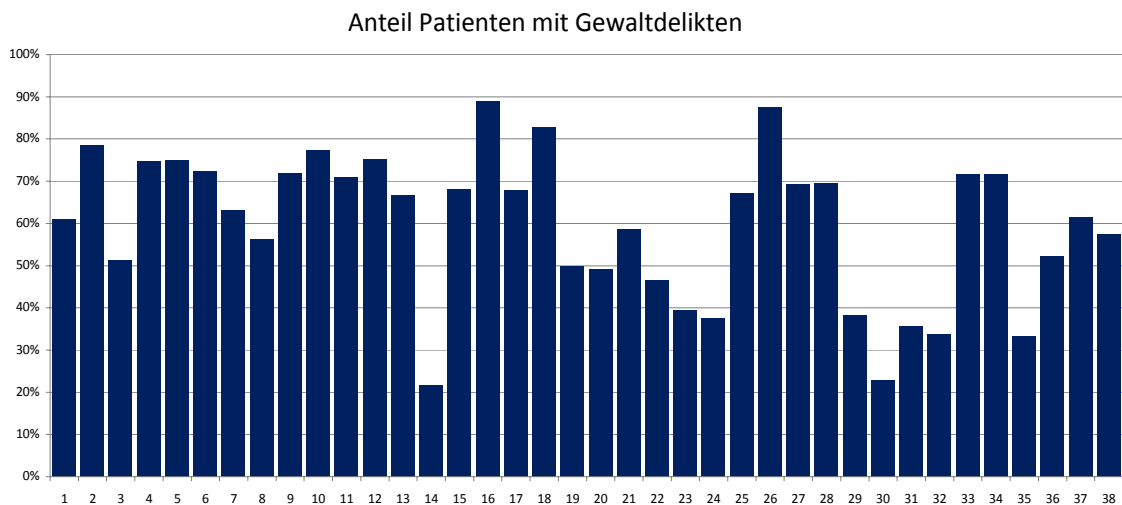


Abb. 3: Anteil der Patienten mit Gewaltdelikten im Klinikvergleich (v.d.Haar: Stichtagserhebung § 64 StGB)

Darüber hinaus sind die Erwartungen an den Grad von „Sicherheit“, den die Einrichtungen erreichen sollen, unterschiedlich ausgeprägt. Hier ist auf eine veränderte Darstellung in den Medien hinzuweisen. Anfang der 90er Jahre gab es lediglich vereinzelt Berichterstattungen (auch nur lokal) über den Maßregelvollzug, heute stehen Kliniken und ihre Verantwortlichen häufiger im Blickpunkt des öffentlichen Interesses.

Auch die Bedingungen an den Klinikstandorten sind sehr unterschiedlich. Eine ländliche Lage schafft andere Bedingungen als eine Maßregelvollzugseinrichtung in einer Großstadt. Mancherorts haben sich, teilweise als Reaktion auf Vorfälle, Bürgerinitiativen gebildet, die einmal kooperativ eine bessere Integration des Maßregelvollzuges unterstützen, zum anderen aber auch nach dem Sankt-Florians-Prinzip die soziale Integration der Klinik bzw. ihrer Patienten verhindern. Ausdruck findet dieses auch in dem unterschiedlichen Maß an baulicher Sicherung von Maßregelvollzugskliniken und dem Einsatz von „Sicherheitsdiensten“. Hier spielt das Verständnis, wie Sicherheit hergestellt werden kann, eine große Rolle. Die Diskussion um die Bedeutung von Beziehung und Therapie in diesem Zusammenhang tritt zunehmend hinter mechanischen Sicherungen zurück. Die Psychiatrie als Ganzes geht einen anderen Weg.

Zu dieser Entwicklung haben neben vielen anderen Faktoren auch die Gesetzesänderungen beigetragen.

Die konkreten Hinweise auf einen Behandlungserfolg:

Der Begriff „konkrete Hinweise auf einen Behandlungserfolg“ ist zunächst eine Metapher, die inhaltlich noch wenig gefüllt wurde. Wird über eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verhandelt, müssen hierzu Aussagen bzw. Annahmen getroffen werden. Anhaltspunkte geben uns beispielsweise der Bundesverfassungsgerichtsentscheid von 1994⁶. Es heißt, dass eine hinreichend konkrete Erfolgsaussicht auch dann besteht, wenn der Misserfolg überwiegend wahrscheinlich ist, sofern der Heilversuch ärztlich angezeigt erscheint und die damit verbundenen Belastungen des Betroffenen nicht unverhältnismäßig sind. Weiter heißt es, dass der Umstand, dass der Betroffene bereits eine Therapie begonnen hat und rückfällig geworden ist, einer Erfolgsaussicht der neuen Therapie nicht grundsätzlich entgegen steht.

Diese bereits länger bestehenden Aussagen werden in Entscheidungen des BGH weiter präzisiert. So wird festgehalten, dass auch die Angaben, dass ein Angeklagter therapiewillig ist und aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur therapiefähig erscheint und dass damit die Möglichkeit besteht, eine entsprechende therapeutische Veränderung herbeizu-

⁶ BVerfGE 91,1 vom 16.3.1994

führen, dem BGH in dieser Form zur Begründung nicht ausreicht.⁷ Die Strafkammer habe lediglich die bloße Möglichkeit einer therapeutischen Veränderung festgestellt. In dem gleichen Urteil weist der BGH zur Frage der Erfolgsaussicht einer Therapie darauf hin, dass auch auf frühere Behandlungen eingegangen werden muss. Es heißt in der Begründung, dass der Angeklagte nach regulärer Beendigung eines in den Jahren 2005 und 2006 durchgeführten Methadonprogramms wieder massiv rückfällig geworden ist. Diesen Überlegungen sind immerhin Anhaltspunkte für das Herangehen an diese Frage im § 64 StGB zu entnehmen.

Dass die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nicht vom Therapiewillen des Betroffenen abhängt, wurde bereits bei der Novellierung des § 64 StGB angesprochen.⁸ Der BGH griff dieses auf und spricht davon, dass ein fehlender Therapiewille ein gegen die Erfolgsaussicht sprechendes Indiz sein könne.⁹ Die Aussage, dass der Angeklagte nicht die notwendige Einsichtsfähigkeit in seine Therapiebedürftigkeit habe, sei als Begründung für die Ablehnung einer Unterbringung nicht ausreichend.

Mit diesen Urteilen geben die verschiedenen Senate des BGH Hinweise, welche Punkte im Zusammenhang mit der Beurteilung der konkreten Hinweise auf einen Behandlungserfolg geprüft werden müssen, sagen jedoch nur, was nicht ausreicht. Eine positive Begründung stellt der BGH nicht zusammen, wie es beispielsweise möglich gewesen wäre, wenn er darauf hinweist, was nicht geprüft worden sei. Hier besteht sowohl in juristischer als auch forensisch-psychiatrischer Hinsicht noch Nachholbedarf.

Wie mit der Frage nach den „konkreten Hinweisen“ derzeit im Alltag umgegangen wird, soll kurz dargestellt werden. In einer eigenen (laufenden) Untersuchung wurden bisher 91 Urteile und Gutachten mit einer rechtskräftigen Verurteilung nach § 64 StGB, überwiegend bei Alkoholabhängigkeit, mittels qualitativer Textanalyse ausgewertet. Es handelt sich um Urteile bzw. Gutachten, die nach Inkrafttreten der Gesetzesnovellierung 2007 erstattet wurden. Einzelne Daten sollen kurz dargestellt werden. (Gerichte n=39; Gutachter n=47)

„konkrete Hinweise“ ohne Begründung bejaht			
◦ Urteil	17,6 %	Gutachten	13,2 %
Verwendung der Metapher „aussichtslos“			
◦ Urteil	15,4 %	Gutachten	5,5 %
Ausführliche Begründung (mind. 3 inhaltliche Angaben)			
◦ Urteil	22,0 %	Gutachten	52,7 %

⁷ BGH, Beschluss vom 13. Januar 2010 – 2 StR 519/09

⁸ Bundestagsdrucksache 16/1110 S. 13

⁹ BGH, Beschluss vom 21.01.2010 – 3 StR 502/09

Referate

Angesichts der Tatsache, dass die grundlegenden Überlegungen bereits aus dem Jahre 1994 stammen, ist das Ergebnis nicht zufriedenstellend. Vielleicht sind Orientierungen, wie eine inhaltliche Auseinandersetzung geführt werden kann, noch notwendig. Aus einer Vorstudie mit 10 Urteilen bzw. Gutachten sollen deshalb die verwendeten Begriffe zur Begründung einer „konkreten Aussicht“ dargestellt werden.

- Abstinenzzeiten
- ausreichende Behandlungsbereitschaft
- Bagatellisierung
- bisherige Behandlungen
- Fortschritte unter Führung
- früherer § 64 StGB
- frühere Behandlungen
- frühere Therapie
- Haltung zu § 64 StGB
- Introspektionsfähigkeit
- Krankheitseinsicht
- Kritikfähigkeit
- Leidensdruck
- Misstrauen
- Motivation eingeschränkt
- Nachreifung - bessere Aussicht
- Persönlichkeit formbar
- Problembewusstsein
- Reflektionsfähigkeit
- soziale Perspektive
- Stabil. Partnerschaft
- Veränderungswille

Die Stichpunkte decken ein breites Spektrum ab. Sie können Gruppen zugeordnet werden, die bereits seit langem an dieser Stelle zur Beantwortung der Frage nach den Voraussetzungen des § 64 StGB herangezogen werden.

- Die Persönlichkeit der Untergebrachten ist im Hinblick auf Schwächen und Ressourcen zu prüfen. Spezifische Persönlichkeitszüge und ihr Bezug zur Abhängigkeit bzw. zum Delikt sind darzustellen, ebenso die Frage, wie weit diese verfestigt bzw. einer Therapie zugänglich sind. Das hieraus abzuleitende „prototypische Verhalten“, die Individualität des Einzelnen, bleibt ein wesentlicher Faktor, der nach Möglichkeit darzustellen ist.
- Einen zweiten Block stellt die Haltung der Probanden zur Therapie dar. Dies beginnt mit einer Krankheitseinsicht, Motivation zur Therapie und Bereitschaft, sich dieser zu unterziehen. An diesem Punkt geht es nicht darum, ob eine Therapiebereitschaft grundsätzlich besteht, sondern auch, ob die Rahmenbedingungen des § 64 StGB akzeptiert werden können. Hierzu gehört so etwas wie ein Schuldbewusstsein, eine Verantwortungsübernahme für das dem Urteil zugrunde liegende Delikt. Als weiteres Kriterium ist auf die Erwartung und das Therapieverständnis des Probanden einzugehen, wobei hier berücksichtigt werden muss, dass die Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie für Außenstehende oftmals schwer einzuschätzen sind. Nicht gering ist

jedoch der Anteil derjenigen, die bereits eine Therapie durchlaufen haben und damit über sehr spezifische Erfahrungen verfügen. Die emotionalen und intellektuellen Möglichkeiten des Patienten spielen bei der Einschätzung eine Rolle. Es ist die Frage, ob der Patient wahrscheinlich in der Lage sein wird, einen therapeutischen Prozess erfolgreich zu durchlaufen. Eine Besserung des Störungsbildes allein ist oftmals zu wenig. Hier sind die Ansprüche an den Maßregelvollzug höher als in der „normalen“ Suchtkrankenversorgung.

- Die (Sucht-)Anamnese kann weitere wertvolle Hinweise für die Beurteilung dieses Punktes liefern. Weitere Erkrankungen, sowohl auf psychiatrischem als auch auf somatischem Gebiet (Schädelhirnverletzung?) sind in die Überlegungen einzubeziehen. Auch die Frage nach früheren Therapien kann Hinweise auf die Erfolgsaussichten einer erneuten Behandlung geben. Was konnte therapeutisch bisher erreicht werden? Wurden die Therapien regulär beendet? Welche kritischen Anmerkungen machten frühere Behandler? Viele Fragen stecken in diesem Thema. Selbst die Aussage, bisher keine Therapie durchlaufen zu haben, verwundert bei manchem Angeklagten, der über eine ausgeprägte Abhängigkeitsproblematik verfügt. Hier ist die Frage zu stellen, warum es nicht früher zu einer Therapie gekommen ist. Zeiten der Abstinenz, Gründe für eine erneute Rückfälligkeit sind weitere beachtenswerte Punkte.
- Auch die Tat, ihre Entwicklung und die Tatdynamik sind in ihrer Verknüpfung zur Abhängigkeitserkrankung unter diesem Blickwinkel – der konkreten Aussicht auf einen Behandlungserfolg – zu bewerten, nicht nur bei der Frage nach dem symptomatischen Zusammenhang. Ein weiteres wichtiges Kriterium können soziale Aspekte sein. Wer ein „nasses Umfeld“ bereits aus der Ursprungsfamilie kennt, kann sich möglicherweise eine abstinente Lebensweise gar nicht erst vorstellen.

Als Beobachtungen aus der Praxis bleibt festzuhalten, dass die Anregungen der Gesetzesmaterialien und auch der BGH-Beschlüsse noch relativ wenig aufgenommen wurden. Es bleibt abzuwarten, wie weit dieses auch auf die im Frühjahr des Jahres 2010 getroffenen Beschlüsse zutrifft. Gleichzeitig muss noch einmal betont werden, dass der BGH manche Argumentationen verneint, bisher aber, obwohl sicherlich sachverständig beraten, nur wenige Akzente zur Orientierung für die weitere Rechtsprechung gegeben hat. Die Diskussion der Frage der konkreten Hinweise auf einen Behandlungserfolg ist für die Kliniker durchaus von Bedeutung. Es ist eine Art Ausgangsbasis, von der aus die Kliniker arbeiten können, eine Referenzgröße, die auch bei der Beurteilung der Veränderungen der Angeklagten durch die Therapie Beachtung findet. Kritisch sei angemerkt, dass auch den Gutachtern oft Wissen über die Arbeit im Maßregelvollzug fehlt. Hier haben die Fachgesellschaft DGPPN und die verschiedenen Ärztekammern einen Schritt in die rich-

tige Richtung gemacht, als der Schwerpunkt bzw. die Qualifikation „forensische Psychiatrie“ eingeführt wurde.

Der Vorwegvollzug eines Teiles der Freiheitsstrafe:

Mit der Novellierung 2007 wurde die Frage des Vorwegvollzuges eines Teiles der parallel verhängten Freiheitsstrafe aufgegriffen. Der Gesetzgeber hat eine Grenze von 3 Jahren festgesetzt, nach der das Gericht dieses prüfen soll. Der Arbeitskreis der leitenden Ärzte im Maßregelvollzug hielt bereits Mitte der 90er Jahre diese Frist für zu kurz und empfahl eine Frist von 4 Jahren. Denn: Dass der Termin, an dem die Hälfte der parallel verhängten Freiheitsstrafe verbüßt ist als frühester denkbarer Entlassungszeitpunkt gilt, ist unbestritten. Wie dieses in der Praxis umgesetzt wird, steht auf einem anderen Blatt.

Formal muss, wenn zunächst der Vorwegvollzug eines Teiles der Freiheitsstrafe angeordnet wurde, bei einer erneuten Änderung der Vollstreckungsreihenfolge eine Überprüfung stattfinden, inwieweit die Vollstreckung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt weiterhin sinnvoll ist. Für den Kliniker sind diese Überprüfungen bisher wenig ergiebig. Oftmals werden sie nicht zur Verfügung gestellt oder kumulieren in einem kurzen Satz der Vollzugsleiter, dass dieses sinnvoll sei. Die Vorbereitung und Überprüfung der Überweisung in den Maßregelvollzug ist eine Aufgabe des Strafvollzuges. Hier ist zu wünschen, dass die Kompetenz zur Beurteilung des Maßregelvollzuges weiter wächst.

Mehr am Rande soll erwähnt werden, dass bei einer lebenslangen Freiheitsstrafe ein Vorwegvollzug nicht erfolgt. Gesetzgeber und Kommentatoren des Strafgesetzbuches verweisen dabei auf den entsprechenden Beschluss des BGH von 1990.¹⁰

Der BGH¹¹ hat die Betonung des Halbstrafentmins gemäß § 67 Abs. 5, Satz 1 StGB weiter betont. Er hält zudem in seinem Beschluss fest, dass diese Regelung als Anreiz für die Therapie angesehen werden soll und zudem, bei einem erfolgreichen Abschluss der Therapie, eine Entlassung in Freiheit möglich sein soll. Eine Rückverlegung in den Vollzug der Freiheitsstrafe wird nicht angestrebt.

Dabei hat sich die Dauer des Vorwegvollzuges am Halbstrafentmin zu orientieren.¹² Dieses setzt voraus, dass sich das Gericht über die voraussichtlich erforderliche Therapiedauer kundig macht.¹³ Hierzu werden sie sachkundig beraten sein müssen. Auch dieses setzt wieder voraus, dass die Gutachter über die entsprechende Fach- und Sachkunde über den Maßregelvollzug verfügen. Dieses ist oftmals nicht gegeben. Es werden

¹⁰ BGH, Beschluss vom 23.08.1990 – 4 StR 306/90

¹¹ BGH, Beschluss vom 19.01.2010 – 3 StR 499/09

¹² BGH, Beschluss vom 27.10.2009 – 1 StR 515/09

¹³ BGH, Beschluss vom 21.01.2010 – 3 StR 502/09

Annahmen getätigt, die einer realistischen Überprüfung nicht standhalten können. Unkenntnis herrscht beispielsweise oft darüber, wie Entscheidungen über Lockerungen zustande kommen und welche Rolle Lockerungen im Rahmen der Unterbringung einnehmen.

Die Beobachtungen aus der Praxis zeigen, dass das Wissen über die Arbeit im Maßregelvollzug nach § 64 StGB noch unzureichend (verbreitet) ist. Deshalb ein kleiner Exkurs:

Die Mitarbeitenden im Maßregelvollzug vollziehen zunächst die Kriterien der Unterbringungsanordnung und ihrer Begründung nach, mit mehr Zeit und Nähe zum Patienten ausgestattet. Hier kann taktisches Verhalten der Angeklagten besser abgegrenzt werden. Zudem wird nachvollzogen, wie es zu der Einschätzung, der Patient sei gefährlich für die Allgemeinheit, als Begründung für die Anordnung der Maßregel gekommen ist. Diese Erkenntnisse bieten Ansätze für die angestrebte Verbesserung der Prognose und liefern damit eine wesentliche Begründung für die Aufstellung eines Behandlungsplanes. Anhaltspunkte werden, dies ergibt sich aus dem Vorgesagten, aus der Anamnese, ggf. aus der Fremdanamnese, aber eben auch aus dem Gutachten und der Urteilsbegründung gewonnen. Anzumerken ist, dass die Realität der Urteilsfolgen oftmals in der Unterbringung selbst vermittelt wird. Unter diesen Bedingungen ist die Frage nach der Motivation und den Zielen einer Unterbringung neu zu stellen.

Forensische Institutsambulanzen:

Das Gesetz zur Reform der Führungsaufsichten und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung vom 13.04.2007 hat forensische Ambulanzen im § 68 a StGB neu eingeführt. Hier wird auch die Zusammenarbeit zwischen den forensischen Ambulanzen und der Bewährungshilfe/Führungsaufsicht geregelt. Der Führungsaufsicht, mehr noch als der Bewährungshilfe, obliegt auch die Kontrolle des Probanden. Dieses ist nicht primäre Aufgabe der Mitarbeitenden der forensischen Ambulanzen. Sie sollten nicht automatisch mit den forensischen Institutsambulanzen des Maßregelvollzuges, bei der es primär um erkrankte Personen geht, gleichgesetzt werden. Im Bereich des Maßregelvollzuges haben sich die forensischen Institutsambulanzen oftmals aus den Vorbildern der psychiatrischen Institutsambulanzen im Bereich der allgemeinen Versorgung psychiatrischer Patienten entwickelt. Im Gegensatz zu diesen wird jedoch die Schweigepflicht bzw. das Schweigerecht der Mitarbeitenden einer forensischen Ambulanz durch den Gesetzestext eingeschränkt. Hier heißt es, dass Informationen an die Bewährungshilfe und die Führungsaufsicht, also die Kontrollinstanzen, vermittelt werden müssen, allerdings mit dem Zusatz „soweit dies notwendig ist, um der verurteilten Person zu helfen, nicht wieder straffällig zu werden“.¹⁴

¹⁴ § 68 a Abs. 8 StGB

Aus dem Text ergibt sich aber auch, dass die Verantwortung, wann etwas zu offenbaren ist, bei den Mitarbeitenden der Ambulanzen liegt. Sie haben zu beurteilen, ob das, was ihnen im Rahmen der Vertraulichkeit offenbart worden ist, eine wesentliche Information ist, das Ziel, um die erneute Straffälligkeit der Probanden zu erreichen. Weiter muss geprüft werden, ob diese Informationen oder vergleichbare Informationen nicht schon aus anderen Quellen bekannt sind. Eine andere Regelung wäre paradox. Das Geheimnis müsste offenbart werden, um zu prüfen, ob es offenbart werden muss. Es bleibt jedoch bei der Pflicht der Mitarbeitenden der Ambulanzen, diese Frage sorgfältig zu prüfen. Weiter muss es dazu einen Informationsfluss auch hin zu den Mitarbeitenden der forensischen Institutsambulanz geben, denn nur so können sie diese verantwortungsvolle Aufgabe wahrnehmen. Hier gibt es Bedenken der Polizeiorgane, die lieber eine Aufweichung der ärztlichen Schweigepflicht in Kauf nehmen, als selbst Informationen an andere zu liefern. Es hat den Anschein, als gelte hier das Prinzip der Einbahnstraße.

Sonderregelungen bestehen dann noch für die besonderen Überwachungsprogramme für Sexualstraftäter, die manchmal geradezu antitherapeutisch wirken. Dieses haben die politischen Verantwortlichen bewusst in Kauf genommen. In Niedersachsen ist die „Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern und Straftäterinnen (K.U.R.S)“ als polizeiliche Kontrollinstanz eingeführt worden. Damit soll der präventive Ansatz für die Allgemeinheit verbessert werden. Vertrauliche Informationen aus den forensischen Institutsambulanzen, sollen ggf. über den Umweg der Bewährungshilfe bzw. Führungsaufsicht (unter ganz anderen Gesichtspunkten als ursprünglich gewonnen), hier unter Einschränkung der Schweigepflicht genutzt werden. Es geht in diesen Konzeptionen um eine reine Risikoabschätzung und Überwachung, einen Auftrag, der keinen therapeutischen Ansatz hat. (Umgekehrt können allerdings Erkenntnisse aus einem Behandlungsprozess in die Risikoabwägung einfließen.) Dieser Ansatz verlangt eine besondere Aufmerksamkeit (s. o.) und wird sicherlich weiter geklärt werden müssen.

Aus therapeutischer Sicht stellt die Behandlung in einer forensischen Institutsambulanz die Fortsetzung der stationären Therapie in ambulanter Form dar. Die forensischen Institutsambulanzen sollen dabei das bestehende Versorgungssystem ergänzen, insbesondere auch die psychiatrischen Institutsambulanzen, zu denen nur ein geringerer Anteil der Patienten einen Zugang hat. Die forensischen Mitarbeitenden sollen das spezifische Know-how mit in die Arbeit einbringen. Letzten Endes sollen die Tätigkeiten in der Ambulanz der langsamen Ablösung bis hin zur maximal erreichbaren Eigenständigkeit des Patienten dienen. Es bleibt abzuwarten, ob sich nach und nach ein eigenständiges Versorgungssystem parallel zu den bestehenden Strukturen herausbildet. Diese Teilung von Aufgaben ist mit der Zweigleisigkeit in ein psychiatrisches Versorgungssystem und ein

Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe bereits in anderen Bereichen installiert. Forensische (Ex-)Patienten sollten jedoch das Recht haben und einfordern dürfen, nach Verbüßung ihrer Strafe im Rahmen der Rehabilitation auch in das normale Versorgungssystem eingegliedert zu werden.

Die Beobachtungen aus der Praxis zeigen, dass sich das psychiatrische Versorgungssystem für diesen Patientenkreis oft für nicht zuständig oder nicht kompetent erklärt. Es wird so getan, als habe es diese Patienten vor der Unterbringung, also der gerichtlichen Entscheidung, nicht gegeben. Die Praxis zeigt, dass viele dieser Patienten das Versorgungssystem früher bereits in Anspruch genommen haben. Hier wird sich zeigen, wie die Psychiatrie mit ihren Randgruppen umgeht.

Weiterhin ist zu beobachten, dass eine Ambulanzweisung zu einer erheblichen Belastung werden kann, wenn sie nicht als Ergänzung zur Integration in das bestehende Versorgungssystem mit Beratungsstellen usw. gesehen wird. Der Kontakt zur Bewährungshilfe/Führungsaufsicht, vielleicht einem niedergelassenen Therapeuten und zusätzlich der forensischen Institutsambulanz entwickelt sich dann zu einem Fulltime-Job. Die Koordination sollte in sinnvoller Weise zwischen der Bewährungshilfe und der forensischen Institutsambulanz liegen, die mit einem wachen Auge die Wirksamkeit der anderen Partner in der Nachbetreuung betrachten. Zu beobachten ist, dass die Ablösung des Patienten aus der Klinik oder von den Klinikmitarbeitenden nach einer zum Teil jahrelangen Betreuung auf beiden Seiten teilweise schwerfällt. Falsch verstandene Kompetenz könnte damit zur Belastung für die Integration werden.

Der neue § 67 h StGB:

2007 wurde mit dem § 67 h StGB die befristete Wiederinvolzugsetzung bzw. Krisenintervention in das Gefüge der gesetzlichen Regelung zum Maßregelvollzug eingeführt. Die Vermeidung des Widerrufs der Bewährungsaussetzung bei einer akuten Verschlechterung des Zustandes oder bei einem Rückfall in das Suchtverhalten sollte damit erreicht werden. Geplant ist diese Krisenintervention als befristete Maßnahme für 3 bzw. (bei einer Verlängerung) für 6 Monate, um die soziale Integration der Patienten zu erhalten.

In der Stichtagserhebung zum § 64 StGB wurden im Januar 2010 15 Patienten mit diesem Unterbringungsmodus erfasst (von 1.905). Sie ließen bezogen auf die Delikte, die Länge der Freiheitsstrafe oder die Störungsbilder kein Muster erkennen, bei welcher Patientengruppe möglicherweise besonders von diesem rechtlichen Instrument Gebrauch gemacht wird. Die Fallzahl ist sicherlich als zu gering zu betrachten. Heraus kristallisiert hat sich, dass der Verfahrensweg zur Krisenintervention oft langwierig ist. Auch zeigt sich in Einzelbeobachtungen, dass das Verhalten der Staatsanwaltschaften noch sehr unter-

schiedlich ist. Zum einen werden bereits frühzeitig Lockerungen aus dem Maßregelvollzug, hier der Krisenintervention, zum Erhalt des sozialen Umfeldes mit Erhalt des Arbeitsplatzes nach einer kurzzeitigen Intervention in der Klinik genehmigt. Der weitere Klinikaufenthalt soll lediglich der Stabilisierung des psychischen Befindens nach überstandener Krise dienen. Andererseits kommt es durch Entscheidungen der Staatsanwaltschaften zu Blockaden von Beurlaubungen in das soziale Umfeld, gerade dann, wenn dort erhebliche Spannungen aufgetreten sind. Die soziale Integration wird erschwert, das Verhalten der Probanden im sozialen Umfeld kann nicht überprüft werden.

In diesen Fällen lohnt es sich, das Ziel einer Unterbringung („Verantwortensklausel“) im Auge zu haben. Am Ende, auch einer Krisenintervention, muss die Aussage stehen, dass zu erwarten ist, dass der Betroffene außerhalb des Maßregelvollzuges keine (erheblichen) rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Bereits im Vorfeld der Anordnung ist zu prüfen, inwieweit eine Versorgung im psychiatrischen System erfolgen kann, ob beispielsweise durch ein Zusammenspiel mit den forensischen Ambulanzen das Ziel der Krisenintervention erreicht werden kann. Auf der anderen Seite ist die Wiederinvolzugsetzung als Krisenintervention von einem Bewährungswiderruf abzugrenzen, bei dem dann die erneute Unterbringung im Maßregelvollzug auch mit einer anderen Zeitachse verbunden wird. Nicht zuletzt ist bei den Unterbringungen nach § 64 StGB auch zu prüfen, ob die zu Tage getretene Krise möglicherweise auch ein Hinweis darauf ist, dass das oben genannte Ziel der Unterbringung dann doch nicht erreicht werden kann, die Prognose zu positiv gewesen ist oder in der Zwischenzeit Faktoren deutlich wurden, die von einer Aussichtslosigkeit der weiteren Unterbringung in der Maßregel sprechen lassen.

Für die Kliniken wäre es hilfreich, wenn ihnen die zur Entscheidung führenden Beobachtungen und Erfahrungen von bzw. mit dem Patienten (und seinem Umfeld) und die hieraus abgeleiteten Überlegungen zur Verfügung gestellt würden. Sie könnten während der Zeit der Krisenintervention prüfen, inwieweit das Instrument der Krisenintervention ausreicht oder ob den Verantwortlichen (Staatsanwaltschaft, StVK) ein weitergehender Schritt empfohlen werden sollte.

Beobachtungen aus der Praxis zeigen, dass das Instrument der Krisenintervention seine Reife noch nicht entwickelt hat. Die Erwartungen sind noch sehr unterschiedlich, teilweise sogar gegensätzlich. Ihre Handhabung setzt ein rasches Handeln der beteiligten Juristen voraus. Die Auseinandersetzung mit den genannten Alternativen ist bisher zumindest nicht erkennbar. Es ist zu befürchten, dass das (gut gemeinte) Instrument der Krisenintervention in manchen Fällen ein Instrument der Hilflosigkeit wird, wenn nämlich die Bewährungsentlassung nicht den Erfolg zeigt, der erwartet wurde.

Das Ausländerrecht:

Die Gruppe der von Migration betroffener Personen in der Bundesrepublik ist groß, wenn man die Definition des statistischen Bundesamtes zugrundelegt. „Zu den Menschen mit Immigrationshintergrund zählen alle nach 1949 der Bundesrepublik zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“.

Deutlich wird, dass hier auch (mindestens noch) die 3. Generation angesprochen wird. Im Bereich des § 64 StGB ist der Anteil recht erheblich. Unter den Patienten, die wegen einer Alkoholabhängigkeit behandelt werden, beträgt er 22,3 %, bei den Untergebrachten mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen 37,6 % (v.d.Haar: Stichtagserhebung 2010; n=1.905). Das sind beachtliche Größenordnungen. Der Migrationshintergrund beeinflusst zum Teil erheblich das Krankheitsverständnis des Patienten und das seines Umfeldes. Das Verständnis, Werte und Normen, schlicht die Kultur der Patienten sind hiervon geprägt. Abhängigkeitserkrankungen sind zum Teil stigmatisiert, stärker noch psychotische Erkrankungen bis zum Bild der Schizophrenie. Kritisch angemerkt werden kann, dass das Spektrum der Herkunft der Mitarbeitenden im Maßregelvollzug den Migrationshintergrund der Patienten nicht widerspiegelt, so dass kulturelle Einflüsse nicht immer in ihrer Bedeutung wahrgenommen werden.

Für diejenigen Patienten mit einem Migrationshintergrund, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben, ist es oft so, dass ihr „Heimatland“ nicht mehr als eine Urlaubsbeziehung darstellt. Sie können sich nur schwer, zumindest dauerhaft, ein Leben in diesen Ländern vorstellen. Die Rechtsfolgen, zum Beispiel einer drohenden Abschiebung, werden jedoch auch von den Verteidigern als „Nebenfolge“ zunächst nicht ausreichend registriert. Dabei sieht gerade die Novellierung des § 64 StGB vor, dass unter Umständen auf eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verzichtet werden kann, wenn die Abschiebung zu erwarten ist. Hier wirkt sich oft aus, dass die Intervention der Ausländerbehörde unentschlossen ist, zu einem langwierigen Verwaltungsakt verkommt und weder dem Patienten noch den Therapeuten Anhaltspunkte gibt, wie der aktuelle Stand des Verfahrens ist.

Beobachtungen aus der Praxis zeigen, dass unklare Aussagen der Ausländerbehörden die Therapie oft erheblich belasten. Sie rufen Unsicherheiten bei den Patienten und Therapeuten hervor. Sie eröffnen ein Agierfeld für den Patienten, für Angehörige, Interessenvertreter, Ausländerbeauftragte, Mitarbeitenden der Konsulate usw. Eine gezielte Therapieplanung mit dem Aufbau eines sozialen Umfeldes zur Integration, gerade bei dieser Patientengruppe besonders notwendig, wird verhindert. Den Fragen der Bedeutung des

Migrationshintergrundes sollte deshalb frühzeitig, im erkennenden Verfahren oder im Rahmen der Vollstreckung, mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Schlussbemerkung:

Mit Gesetzesänderungen ist es oft wie mit der Einführung anderer Regeln, sie sind in ihren Auswirkungen nur schwer zu beurteilen. Sie machen sich in ihren Wirkungen häufig erst „schleichend“ bemerkbar, wie es gerade mit dem Punkt der hinreichend konkreten Aussicht auf einen Behandlungserfolg dargestellt werden konnte. Die Gesetze bzw. Gesetzesänderungen werden unterschiedlich verstanden, interpretiert und umgesetzt. Im Bereich des Strafrechtes greift an dieser Stelle die Rechtsprechung ein und stellt als dynamisches Instrument, meist aber erst im Verlauf von Jahren, ein gemeinsames Verständnis sicher. Im Bereich des Maßregelvollzuges mit den unterschiedlichen Akteuren aus verschiedenen Fachdisziplinen wird die Verständigung oft durch unterschiedliche Herangehensweisen, durch unterschiedliche Blickwinkel auf Gesetzestexte erschwert. Dieses macht deutlich, dass die Verständigung, sei es über entsprechend formulierte Gutachten oder Urteile, sei es durch die Beteiligung an Anhörungen, ein wesentlicher Punkt zur Umsetzung von Gesetzesänderungen ist. Zur Verständigung tragen Tagungen wie die 4. Merziger Fachtagung „recht fordernde Patienten“ 2010 ebenso bei.

So soll der Titel dieses Beitrages dann auch verstanden werden im Sinne des Versuches einer weitergehenden Verständigung. Der vorliegende Beitrag soll als eine Ergänzung des Titels verstanden werden als „Gesetzesänderung – Na und, wie geht es weiter?“

Forensische Psychiatrie in Kroatien: Zwischen Strafrecht und Zivilrecht

Doz. Vesna Šendula Jengiđ MD Ph D ¹⁵

Zuerst möchte ich mich recht herzlich bei den Organisatoren für die Einladung bedanken sowie die Möglichkeit, über den aktuellen Zustand der Forensik in der Republik Kroatien zu berichten. Danke auch für die Gelegenheit, andere Vorträge hören zu können. Diese Erfahrungen und das neue Wissen werde ich an meine Mitarbeiter in Kroatien weitergeben.

Es bereitet mir besonders große Freude, dass ich hier an dieser äußerst modern und interdisziplinär konzipierten Tagung teilnehmen darf, die bedeutende und originelle Abweichungen von klassischen Abläufen von Fach- und Wissenschaftstagungen dieses Gebietes darstellt. Nur interdisziplinäre Arbeit kann Qualität produzieren und Polarisierung zwischen Recht und Psychiatrie überbrücken.

Erlauben Sie bitte nur einige kurze Anmerkungen sowie Daten über meine Heimat: Laut dem Staatsregister der Republik Kroatien für das Jahr 2009 hat die Republik 4.437.460 Einwohner und besteht aus 21 regionalen politischen Gespanschaften; sie hat 127 Städte, 429 Gemeinden. Andere Daten sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Republik Kroatien
- Personalausweis -

Daten aus dem Staatstatistikregister Jahr 2009

Gespanschaft	21	4.437.460 Einwohner
Städte	127	3.065.590 Einwohner (69,08%)
Gemeinde	429	1.370.870 Einwohner (30,92%)
Besiedlung per km ²	niedrigste	37,8 Šibensko-kninska Gespanschaft
	grösste	1.215,5 Zagreb
Bruttoinhalte (per capita, €)		10.678
Arbeitslöse	13.2 %	236.741
Durchschnittliche Monatslöhne	brutto kn / €	7.544 / 1.038
	netto kn / €	5.178 / 713

2

¹⁵ Psychiatrisches Bezirkskrankenhaus, Abteilung Forensik, Rab Kampor, Kroatien

Referate

Die Republik Kroatien ist am 15. Januar 1992 selbständig geworden.

Strafgesetz, Strafprozessgesetz sowie weitere Gesetze sind aus dem ehemaligen Jugoslawien übernommen worden mit nur einigen formalen Änderungen. Ähnlich verhält es sich mit den zivilrechtlichen Gesetzen.

Der Krieg, der in Kroatien in unterschiedlicher Intensität und unterschiedlichem zeitlichen Verlauf in einzelnen Gebieten fünf Jahre gedauert hat, hat wesentliche Änderungen auf dem Gebiet der Psychiatrie bewirkt, insbesondere bezüglich der Personen- und Diagnosegruppen, die begutachtet wurden: aktive Soldaten, mobilisiertes Volk, Opfer der Kriegszerstörungen, Flüchtlinge, Immigranten usw.. Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörungen nahmen sowohl im Strafrecht als auch im Zivilrecht deutlich zu.

Es gibt zunehmend Veränderungen forensischer Gutachten. 1994 sind sie in Zagreb von Experten aus den Gebieten Forensik und Jura fachkompetent bearbeitet worden.

Es soll versucht werden, die Durchführung von Maßnahmen und die Behandlung der wesentlich vermindert- und unzurechnungsfähigen Straftäter durch Besserungen und Qualitätssicherung zu gewährleisten. Die Daten wurden teilweise über das Justizministerium, Abteilung zur Durchführung von Sanktionen, ohne Beratung oder Mitarbeit eines Psychiaters erarbeitet.

1994 wurde versucht, ein Maßregelgesetz zu formulieren; bis dahin hatte jede einzelne Institution bzw. jedes psychiatrische Krankenhaus - wenn überhaupt - eigene Regeln. Anlass hierfür war eine von einer wesentlich vermindert schuldfähigen Person begangene schwere Straftat, die in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht worden ist.

Es hatte aber eine größere Initiative in Form einer ausgewählten interdisziplinären Arbeitsgruppe von Juristen, Richtern und Psychiatern begonnen, auf einer breiteren Ebene zu arbeiten, da gleichzeitig Gesetzreformen in den Gebieten Strafrecht, Strafprozessrecht sowie Jugendgerichtsgesetz vorbereitet worden sind.

Im Anschluss an die Periode vom 15.01.1992 bis 01.01.1998 hat sich nichts Wesentliches in der Gesetzgebung bzw. der Forensik geändert.

Nicht nur der Krieg hatte Auswirkungen auf die forensische Psychiatrie. Jedes Gewaltdelikt, jede Tat oder auch abweichendes Verhalten ohne Schaden für Dritte wird angeklagt und die Politik bietet zum Schutz der Öffentlichkeit mehr restriktive Lösungen für psychisch Kranke.

Im jugoslawischen Strafrecht wurde bis 1998 mit vier Kategorien der strafrechtlichen Verantwortung gearbeitet: zurechnungsfähige, vermindert bzw. wesentlich vermindert zurechnungsfähige sowie unzurechnungsfähige Straftäter. In folgende rechtliche Kategorien wurden die psychiatrischen Krankheiten im Falle wesentlich verminderter Zurechnungsfähigkeit bzw. Unzurechnungsfähigkeit eingeordnet: vorübergehende seelische Krankheit, endogene psychische Krankheit, vorübergehende psychische Störung und mentale Retardation. Diese Konstrukte waren forensisch relevant, um Verhalten und Steuerung des Täters sowie seine Steuerungsfähigkeit zu den Tatzeitpunkten zu überprüfen und zu verstehen.

Mithilfe der oben genannten Klassifikation werden Straftäter in Gruppen eingeteilt: Die Zurechnungsfähigen sowie vermindert Zurechnungsfähigen werden im Falle der Verurteilung sanktioniert, wesentlich vermindert Zurechnungsfähige erhalten Sicherheitsmaßnahmen und Unzurechnungsfähige werden in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht.

Laut bis 1998 geltendem Strafgesetz wurden Sicherungsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt. Diejenigen Straftäter, die zum Zeitpunkt der Tat wesentlich vermindert zurechnungsfähig oder unzurechnungsfähig, deren Gefährlichkeit ohne psychiatrische Unterbringung nicht reduziert werden konnte und damit gefährlich für ihre Umgebung waren, sind hospitalisiert worden (Art. 75 Abs. 3 StG.RK).

Falls die Gefahr in einem Gutachten als gering bezeichnet worden ist, ist eine ambulante Behandlung für eine Zeitdauer von höchstens zwei Jahren vorgeschrieben worden.

Unzurechnungsfähige sowie wesentlich vermindert zurechnungsfähige Straftäter sind bei Gefährlichkeit wegen einer psychischen Störung im Falle einer Haftstrafe mit Sicherheitsmaßnahmen in eine psychiatrische Anstalt geschickt worden. Die Dauer war unbegrenzt und ausschließlich abhängig von Gutachten des zuständigen Gerichtes, welches die Entlassung anordnen konnte.

Bei vielen konkreten Fällen (die auch ich als Ärztin in täglicher Praxis gehabt habe) gab es Probleme wegen unterschiedlicher Meinungen über Gefährlichkeit und Dauer der Maßnahme. So zum Beispiel bei einer gefährlichen Person, dreifacher Mörder, Diagnose Borderline-Syndrom, der im 21. Lebensjahr eine schwere Straftat begangen hat und als wesentlich vermindert zurechnungsfähig erklärt worden ist. Leitende Juristen waren der Meinung, dass er in der forensisch-psychiatrischen Klinik bleiben soll, solange von ihm Gefahr ausgeht. Gegenüber diesem Standpunkt des Obergerichts Kroatiens gab es auch die Meinung, dass eine Sicherheitsmaßnahme in einem Krankenhaus nicht länger als die vorgeschriebene Strafzeit dauern darf.

Kurz über Penalsystem, Psychiatrie und psychiatrische Krankenhäuser sowie Anstalten Kroatiens:

In der Republik Kroatien gibt es psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und fünf größere psychiatrische Krankenhäuser. In vier von ihnen gibt es spezialisierte forensische Abteilungen, die keine Hochsicherheitskriterien erfüllen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und Unikliniken liegt bei 7,8 Tagen und in psychiatrischen Krankenhäusern bei bis zu maximal 60 Tagen, was für sogenannte chronische Fälle auch mit den Krankenkassen vereinbart worden ist. Die Aufenthaltsdauer forensischer Patienten ist abhängig von der Tat, der verhängten Strafe, aber vor allem von der Gefährlichkeit für sich selbst sowie für die Öffentlichkeit. Auch gibt es in Kroatien ein kinderpsychiatrisches Krankenhaus mit 90 Betten und ein privates psychiatrisches Krankenhaus mit 200 Betten. Zudem gibt es Tageskliniken sowie ein Netz psychiatrischer Ambulanzen.

Ein kleiner Blick auf die Geschichte der PKH-Entwicklung

Ältestes PKH ist die Psychiatrie Vrapče in Zagreb, gegründet 1878, woher unsere wichtigen forensischen Psychiater und Lehrer kamen und wo eine Gruppe von Experten, die interessanterweise Jura und Medizin studiert haben, einen Teil der bedeutenden Literatur auf dem Gebiet der forensischen Psychiatrie, Gutachten und Lehrmaterial publiziert hat. An der Geschichte dieses Krankenhauses ist aus heutiger Sicht das Spannungsfeld der Politik zu erkennen:

- Die ersten Medikamente (Largactil) sind kurz nach Erscheinung in Europa auch nach Zagreb gebracht worden.
- In einer (für Ort und Zeit) riskanten Periode wurde die Psychoanalyse als therapeutische Methode aus Wien eingeführt, schließlich mit politischer Verfolgung eines führenden und damals leitenden Psychiaters und Arztes dieses PKH bis zu seinem Selbstmord im PKH,
- eine jahrelange Unterbrechung der modernen Entwicklung,
- eine funktionale Freundschaft zwischen Psychiatrie und der täglichen Politik damaliger Zeit.

Wichtig ist auch, dass damals der Bedarf nach einer Anstalt, in der gefährliche Straftäter untergebracht sein konnten, aus der Not heraus entstanden ist.

Kurz nach dem Zweiten Weltkrieg ist ein psychiatrisches Krankenhaus in Popovača gegründet worden mit dem besonderen Zweck, im größeren Teil psychisch kranke Straftäter zu versorgen. Es wurde vom Justizministerium finanzielle Unterstützung für drei Ge-

bäude zugesichert. Leider sind die zentralen Gebäude, auch der innere Garten und die technische Sicherheit (Videoüberwachung, Alarmsystem und Steuerung) bis heute noch nicht beendet worden.

Drei PKH mit jeweils ca. 500 Betten sind in den 50-er Jahren auf zwei Inseln (Rab und Ugljan) und am Stadtrand von Zagreb gegründet worden und sind heute noch mit dem gleichen Zweck in Betrieb, obwohl Wechsel der Verwaltung, politische Einflüsse, Einkommen und Reformen (nicht nur in der Psychiatrie) Kurs und Entwicklung der Krankenhäuser beeinflusst haben.

Gründer der PKH waren Städte oder Kantone (Gespannschaften). Der Staat ist Gründer und Eigentümer von vier Unikliniken in Kroatien; Eigentümer im faktischen Sinn (materiell) waren die Institutionen selbst als Rechtspersonen. Mit Gesetzesänderung im Jahre 1997 wurden manche Krankenhäuser als Eigentümer aus den Grundbüchern ausgetragen und die jeweilige Gespannschaft eingetragen.

Da auf einer Insel in der Regel das Gelände sehr attraktiv ist, gab es über die Nutzung unterschiedliche Meinungen, aber auch bezüglich einer der mit der Entwicklung der Stadt Zagreb unmittelbar in Zusammenhang stehende Industrie- und Einkaufszone.

Dies habe ich deshalb erwähnt, da für Kritik über Facheinrichtungen und andere Ressourcenentwicklung nicht immer der Psychiater der Adressat sein sollte.

Forensische Behandlung heute

Die Behandlung psychisch Kranker in Kroatien ist fortschrittlicher geworden und das Bild ist im Vergleich zur Vergangenheit viel positiver.

Ich erlaube mir zu sagen, die Behandlung führt regelmäßig ein „Schattendasein“, da „Empathy for the Devil“ oft eine Gegenströmung in der Öffentlichkeit verursacht; seltene Zwischenfälle werden oft von den Medien betont und führen zu Polarisierung (Wahn gegen Gesundheit, einmal unzurechnungsfähig, immer unzurechnungsfähig [und gefährlich]; Analogie der Tat und Wiederholungstat usw.).

Jede Prognose im forensischen Bereich schließt neben fachlichen und ethischen Standards maximal objektive Risikoeinschätzung, Risikomanagement und Risikosteuerung ein, wobei nur ein Teil in der Hand forensischer Psychiater, aber viel mehr in der Hand der Politik, Gesundheitspolitik, Gesundheits- sowie Sozialwesen ist. In diesem Rahmen ist die forensisch-psychiatrische Prognose ohne externe und situative Variablen unzureichend, externe sowie situative Variablen sind nicht in der Kompetenz der forensischen Psychiatrie.

Ich möchte noch hinzufügen, dass in der Republik Kroatien noch nicht die Voraussetzungen dafür geschaffen worden sind, die Therapie psychisch kranker Straftäter innerhalb einer Klinik und die ambulante Versorgung zu koordinieren und adäquat zu regeln.

Fachausbildung im Bereich forensische Psychiatrie

Im Rahmen der Spezialisierung in der Fachrichtung Psychiatrie, die vier Jahre dauert, sind für die forensische Psychiatrie leider nur zwei Monate vorgesehen, was keine ausreichende Befähigung ermöglicht, um die vielfältigen und verantwortungsvollen Aufgaben auf diesem Gebiet zu bewerkstelligen (mit denen nach jetzigen Gesetzenormen irgendein Psychiater mit abgelegter Facharztprüfung betraut werden kann).

Für Fachleute, die sich speziell mit forensisch–psychiatrischer Arbeit befassen wollen, gibt es in Kroatien die zwei Jahre dauernde Möglichkeit der „subspezialistischen Edukation“.

Im Unterschied zu einem Postdiplomstudium, das vor allem auf eine wissenschaftliche Arbeit ausgerichtet ist, beinhaltet diese Ausbildung vorwiegend die Lösung anspruchsvollster Aufgaben sowohl auf dem Gebiet der psychiatrischen Begutachtungen als auch auf dem Gebiet der forensischen Therapie.

Obwohl dies keine durch spezielle Vorschriften geregelte Bedingung ist, wird heutzutage erwartet, dass leitende Funktionen in forensischen Institutionen durch Fachleute mit beendeter Subspezialisierung im Gebiet der forensischen Psychiatrie oder mit Magister- und Dokortitel aus diesem Bereich bekleidet werden sollten.

Edukation der forensischen Gutachter

Trotz mehrjähriger Bemühungen der Gemeinschaft für forensische Psychiatrie kann die Fortbildung forensisch-psychiatrischer Gutachter, die bei der kroatischen Ärztekammer als Gemeinschaft registriert ist, auch in viel kürzerer Form erledigt werden, was eine Dichotomie in der Qualität verursacht. Statt einer mehrmonatigen Edukation mit Mentor sowie Abschlussprüfung, kann man die Bestätigung für eine abgeschlossene Edukation auch bei der Gemeinschaft für forensische Medizin bekommen.

Die Fortbildung dauert eine Woche und das Gebiet Psychiatrie ist am wenigsten vertreten. Nach dem Abschluss des Programms meldet man sich beim zuständigen Landgericht als gerichtlicher Gutachter. (Da aktuell sehr viele Bemühungen vorhanden sind, das Problem zu lösen, werde ich hierzu keine Beurteilung abgeben.)

Referate

Alle gerichtlichen Gutachter erhalten für vier Jahre eine Lizenz, die verlängert werden kann.

Jedes Gericht hat Direktionsrecht bei der Auswahl der Gutachter sowie bei Zahl und Kasuistik der abgegebenen Gutachten.

Die Nachteile der unzureichenden Kompetenz kann man sich vorstellen, da die lizenzierten Institutionen (PKH, Kliniken, Uni) trotz individueller Verantwortlichkeit dieser Gutachter als offizielle Träger der Gutachtenerstellung gelten.

Die Durchführung von forensisch-psychiatrischen Begutachtungen gilt als alltägliche praktische Arbeit, vorwiegend für Amtsgerichte oder Landgerichte, die in dem Wohngebiet der zu begutachtenden Person oder an dem Ort der begangenen Tat ansässig sind, aber auch, oder vor allem, für alle anderen Gerichte der Republik, wenn es um wiederholte Begutachtungen geht.

Das Gericht hat laut Gesetz Autonomie bei der Auswahl der Gutachter. Gewöhnlich wird, falls ein drittes Gutachten benötigt wird, die Universität beauftragt, die allerdings keine Abteilung mit entsprechender Spezialisierung hat.

Hier handelt es sich am häufigsten um Begutachtungen auf dem Gebiet des Strafrechtes. Bei Zivilfällen werden gewöhnlich Gutachten von Spezialisten in Fragen Geschäftsfähigkeit, Tauglichkeit, Testament oder Vertragsfähigkeit gemacht, über die Eignung von Eltern, ihre Kinder nach der Scheidung zu erziehen, über psychische Folgen von psychischen Traumata, in Verfahren bei nichtmateriellem Schadenersatz u. a..

Die Anzahl der Gutachten oder psychiatrischen Gutachten ist in Kroatien nicht offiziell bekannt und variiert von Gericht zu Gericht. Als Beispiel erwähne ich das Landgericht Rijeka; von 89 Straffällen und 26 „Uskok“ (organisierte Kriminalität als spezieller Straftatbestand) im vorigen Jahr (2009) wurden 10% psychiatrisch begutachtet.

Obwohl es neuere Auffassungen über optimale Modelle der Versorgung der forensischen Patienten durch zentralisiert durchgeführte Sicherheitsmaßnahmen in einer das ganze Land abdeckenden Anstalt gibt, behält in Kroatien auch weiterhin leider unverändert das PKH Popovača ihre jetzige Funktion, vor allem da es unmöglich ist, den Bau teurer, kleinerer Anstalten zu finanzieren.

Die Dynamik des Umbauprozesses und der Umstrukturierung, der Verbesserung und der Änderungen in der forensischen Psychiatrie wird leider durch architektonische Begren-

zungen der Bauentwürfe von psychiatrischen Krankenhäuser aus dem 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts stark gefährdet. Dazu kommen ständige Schwierigkeiten hinsichtlich Personalmangel sowie ernste Probleme bei der Finanzierung von forensischen Anstalten wegen der aktuellen wirtschaftlichen Lage im Lande.

Das politische Milieu sowie die Beziehung zwischen zuständigen Ministerien und anderen, um diese Fragen zu lösen und den berechtigten Institutionen ein bestimmtes Klima zu ermöglichen, ist nun viel günstiger, und so gibt es – meiner Ansicht nach – gute Aussichten, geplante und angefangene Reformen fortzusetzen und unter anderem auch eine deutlich bessere finanzielle Unterstützung zu bekommen, sobald diesbezüglich die finanzielle Lage im kroatischen Gesundheits- und Rechtswesen als Hauptfinanzierer von solchen Projekten möglich ist.

Aus Gründen der Dringlichkeit der Probleme ist der Staat bereit, den Anbau und die Ausstattung der Krankenabteilung unter den Bedingungen der besonderen Sicherheit („maximum security hospital“) zu finanzieren, die es bis jetzt noch nicht gibt. Gewöhnlich wird darauf sowohl in Fachkreisen als auch in Massenmedien hingewiesen, wenn ein Vorfall passiert ist, den man glaubt hätte verhindern zu können, wenn der Patient, der ihn herausgefordert hat, in einer solchen Abteilung aufgenommen worden wäre.

Zum Stichtag 31.12.2009 waren in institutioneller forensischer Behandlung 380 Patienten, von denen 35 Patientinnen unzurechnungsfähig waren und 20 Patienten auf die Rechtskräftigkeit des Urteils warten, um aus einem Gefängnis Krankenhaus in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt zu werden. Diese Anstalt in Zagreb gehört zum Penalsystem und dient dazu, Sicherheitsmaßnahmen bei psychisch kranken Straftätern durchzuführen; weiterhin werden hier unzurechnungsfähige Patienten untergebracht, die eine Straftat begangen haben und auf die Rechtskräftigkeit des Urteils warten bzw. unzurechnungsfähige Straftäter, die auf die Entscheidung der staatlichen Kommission des Gesundheitsministeriums warten, in welcher Anstalt sie untergebracht werden sollen.

Nach dem letzten Bericht vom 01.03.2010 wurde in diesen vier Anstalten, deren Einzugsgebiet praktisch das ganze Kroatien umfasst, 380 forensische Patienten stationär behandelt, 200 Patienten im PKH Popovača, 70 in Vrapče, 62 im PKH Rab und 35 im PKH Ugljan. Den diagnostischen Kategorien nach überwiegen in den oben genannten Anstalten endogene Psychosen, Cluster A und Cluster B Persönlichkeitsstörungen; andere diagnostische Gruppen sind in prozentual unterschiedlichen Anteilen vertreten, da für die Aufnahme von forensischen Patienten in die jeweiligen Anstalten unterschiedliche Kriterien vereinbart worden sind.

Prozess mit unzurechnungsfähigen Tätern, die Straftaten begangen haben, unter Haftausführung gemäß § 485 des Strafverfahrensgesetzes

Laut Gesetz für den Schutz von Personen mit psychischen Störungen und dem Strafverfahrensgesetz steht die Behandlung von Personen, gegen die ein Strafprozess oder ein Vergehensprozess durchgeführt wird, unter der Gerichtsbarkeit des Justiz- und Gesundheitsministeriums.

Alle Inhaftierten, bei denen das zuständige Gericht nach § 458 des Strafverfahrensgesetzes eine Haftausführung angeordnet hat, werden gleich nach der Verurteilung in der psychiatrischen Abteilung eines Gefängniskrankenhauses untergebracht, wo sie bis zur Rechtskräftigkeit des Urteils über die Unterbringung in der forensischen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses bleiben. Obwohl im Strafverfahrensgesetz vorgeschrieben ist, dass bis zur rechtskräftigen Verurteilung über Zwangsunterbringung der Beschuldigte in der Abteilung des nächsten psychiatrischen Krankenhauses untergebracht wird, sieht die Praxis ganz anders aus: Sie werden im Gefängnis Krankenhaus untergebracht, weil die Behandlungsinstitutionen keine unzurechnungsfähigen Täter aufnehmen, bevor das Urteil rechtskräftig wird. Ihre Entscheidung rechtfertigen sie mit der Tatsache, dass die Sicherheitsbedingungen der allgemeinspsychiatrischen Abteilungen nicht adäquat sind: Somit wird die Bettenkapazität in einem Gefängnis Krankenhaus von Häftlingen, Inhaftierten und den unzurechnungsfähigen Straftätern genutzt. Die unzurechnungsfähigen Personen, die nicht strafverantwortlich sind, bleiben während der Dauer des Verfahrens bis zur Rechtskräftigkeit des Urteils innerhalb des Gefängnis systems in einem psychiatrischen Krankenhaus. Diese Verfahren dauern manchmal monatelang und die unzurechnungsfähigen Personen bleiben, nachdem eine rechtskräftige Lösung über Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus erfolgt ist, oft darüber hinaus noch für Monate innerhalb des Gefängnis systems und müssen auf die Realisierung von Zwangsunterbringung in den entsprechenden Krankenhäusern (Psychiatrisches Krankenhaus Vrapče, Psychiatrisches Krankenhaus "Dr. I. Barbot" in Popovača, Psychiatrisches Krankenhaus Rab und Psychiatrisches Krankenhaus Ugljan) warten, was nicht nur eine Übertretung des Gesetzes, sondern auch grundsätzlich die Übertretung der Menschenrechte bedeutet.

Obwohl es immer neuere Auffassungen über optimale Modelle zur Versorgung forensischer Patienten und vermindert zurechnungsfähiger Straftäter gibt, die die durchzuführenden Sicherungsmaßnahmen in einer einzigen, das ganze Land abdeckenden Anstalt in Frage stellen, behält die Regierung von Kroatien auch weiterhin Popovača und einzelne Abteilungen, vor allem wegen der Schwierigkeit, den Bau neuer, kleinerer Anstalten zu finanzieren in ihrer jetzigen Funktion.

Bislang gibt es noch nicht den Anbau und die Ausstattung der Krankenabteilung unter den Bedingungen der besonderen Sicherheit (maximum security hospital), wenn hierauf auch sowohl in Fachkreisen als auch in den Medien hingewiesen wird. Der Staat wird erst bereit sein, diesen zu finanzieren, wenn ein Vorfall passiert ist, von dem man glaubt, dass dieser hätte verhindert werden können, wenn der Patient, der ihn herausgefordert hat, in einer solchen Abteilung untergebracht gewesen wäre.

Die Beziehung zwischen den zuständigen Ministerien und den anderen diese Frage zu lösen berechtigten Institutionen ist nun als viel günstiger einzuschätzen, und so gibt es gute Aussichten, geplante und angefangene Reformen fortzusetzen und auch u. a. eine bedeutend bessere finanzielle Unterstützung zu bekommen, sobald dies dem kroatischen Gesundheits- und Rechtswesens als Hauptfinanzierer solcher Projekte möglich ist.

Es ist sehr wichtig zu betonen, dass das Parlament der Republik Kroatien über das Amt für Menschenrechte ein strategisches Dokument verfasst hat: In das Nationalprogramm des Schutzes und Promotion der Menschenrechte für 2008-2011 sind alle wichtigen o. g. Probleme bzw. die forensische Population sowie Straftäter eingeschlossen worden.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer forensischer Patienten (ohne diagnostische Differenzierung) in unseren Anstalten umfasst breite Spannweiten: von 4,1 Jahren über noch längere, keineswegs zufriedenstellende und natürlich auch weniger annehmbare 7 Jahre bis zu dem sehr langen, unverkennbar hyperprotektiven und primär sozial verursachten Rekordaufenthalt von 12,5 Jahren.

Das Gesetz über den Schutz der Geistesgesundheit ist in Kroatien vor 12 Jahren in Kraft getreten und hat bisher zwei Änderungen gehabt. Zu betonen ist, dass die Frage der Unzurechnungsfähigkeit in den Bereichen des bürgerlichen Rechts verschoben worden ist und hierfür nun zivilrechtliche Abteilungen des zuständigen Landesgerichts zuständig sind.

Eine differenzierte Auslegung spezifischer psychiatrischer Inhalte der o. g. Gesetze ist nun im Rahmen meiner Ausführung nicht möglich, so dass ich nur kurz einige der wichtigsten in diesen Gesetzen beinhalteten Veränderungen erwähnen werde. Die Zwangsaufnahme der unzurechnungsfähigen Straftäter (Kapitel VII des o. g. Strafprozessgesetzes) gilt für sechs Monate. Sie ist mit Beschluss des Landgerichts auf ein Jahr bis zur Entlassung oder für die maximale Dauer der Verbüßung der verhängten Strafe verlängerbar. Wenn noch eine Gefahr von dieser verurteilten Person ausgeht, dann wird bei ihr gemäß des geltenden Gesetzes, aber im Rahmen zivilrechtlicher Normen, eine Zwangsunterbringung vorgenommen. Die Verlängerung von weiteren sechs Monaten Unterbringung funktioniert immer durch sogenannte Zivilabteilungen in einem Verfahren mit einem Verteidiger nach vorangegangener Begutachtung.

Sicherheitsmaßnahmen für vermindert zurechnungsfähige Straftäter

Gemäß Strafgesetz werden Patienten mit angeordneter Haftstrafe und Sicherheitsmaßnahme (= Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) aus der Diagnostikabteilung zur Vollstreckung der verhängten Haftstrafe in das Gefängnis-Krankenhaus überwiesen. Dorthin werden auch Gefangene aus anderen Justizvollzugsanstalten überwiesen, wenn bei ihnen neben der rechtskräftigen Verurteilung noch eine Sicherheitsmaßnahme ausgesprochen wird. In den letzten fünf Jahren nahm die Zahl der ausgesprochenen Sicherungsmaßnahmen zu. 2009 erhielt das Gefängnis-Krankenhaus 89 neue Verhaftete mit der ausgesprochenen Sicherheitsmaßnahme und die Verweildauer verlängerte sich auf fünf Jahre. Am 31.12.2009 gab es insgesamt 183 Verhaftete mit Sicherheitsmaßnahme: 169 Männer und 14 Frauen.

Die forensische Abteilung des Gefängnis-Krankenhauses ist für die Unterbringung aller Verhafteten nicht groß genug. Deswegen werden die Verhafteten, die nach psychiatrischer Behandlung in der forensischen Abteilung des Gefängnis-Krankenhauses eine stabile Remission erreicht haben und die medizinischen und Sicherheitskriterien für die Einstellung der forensischen Behandlung unter Krankenhausbedingungen erfüllen, auf Vorschlag des verantwortlichen Psychiaters hin, in andere Einrichtungen überwiesen, um dort die Haftstrafe weiter zu verbüßen und an einer ambulanten Behandlung teilzunehmen. Auf diese Weise können die knappen Unterbringungskapazitäten in der forensischen Abteilung eines Gefängnis-Krankenhauses besser für Patienten mit schweren Geistesstörungen, die eine intensive Behandlung benötigen, genutzt werden.

Neue Charakteristiken der Straf- und Forensikpopulation

Tatsache ist, dass es in der Republik Kroatien nie eine entsprechende Institution gab, in der ein Fachteam gemäß dem neuen Strafgesetz Sicherheitsmaßnahmen in der Zeitperiode von bis zu fünf Jahren durchführen könnte.

Die partiellen Lösungen, die wir jetzt haben, bestehen aus Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie sowie mangelhaften Teams im Rahmen des Strafsystems.

Das Jugendgerichtsgesetz bezieht sich auf die Minderjährigen und die jungen Volljährigen (18-21 Jahre), Alkohol- und andere Suchtmittelabhängige, bei denen im Urteil Sicherheitsmaßnahmen vor der Zwangsbehandlung angeordnet worden sind; aber auch diese Maßnahmen lassen sich nicht adäquat durchführen.

Laut den Regeln des Familiengesetzes werden die Maßnahmen wegen häuslicher Gewalt durch ein sogenanntes psychosoziales Treatment im Zivilbereich durchgeführt.

Die Tendenz und Überlegungen für die zukünftige Organisation der forensischen Psychiatrie in Kroatien

Diskutiert werden eine zukünftige Neuorganisation der forensisch-psychiatrischen Dienstleistungen sowie eine gesamte Reform der psychiatrischen Pflege in der Republik Kroatien mit Gründung von Institutionen, die auch eine forensische Behandlung für ambulant zu behandelnde Patienten anbieten können.

Die Modelle der fachgerechten Behandlung für Suchtmittelabhängige, deren Zahl in den letzten Jahren um ein Vielfaches gestiegen ist, sind noch immer in der Implementierungsphase.

Derzeit gibt es noch keine standardisierte forensische Behandlung für minderjährige Patienten mit Intelligenzminderung, obwohl auch die Kinder- und Jugendkriminalität in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

Hoffnung gibt uns ein Dokument über strategische Planung unter Berücksichtigung der Menschenrechte, das als staatliches Entwicklungsstrategiedokument für die Zeitspanne 2008-2011 auf den Weg gebracht wurde (Volksblatt Nr. 119/07). Hierin ist das Gebiet der inhaftierten sowie hospitalisierten Personen gesondert bearbeitet worden.

Es sollen abgeteilte Institutionen entstehen, die den intellektuellen Fähigkeiten der Patienten angepasst sind; derzeit wird diese Behandlung noch in den forensischen Abteilungen durchgeführt.

Gesammelte Daten werden ausgearbeitet und ärztliche Unterlagen systematisch archiviert. Mit diesen Daten wird viel mehr auf dem Gebiet des Rechtes als der forensischen Psychiatrie gearbeitet.

Zu nennen ist auch eine erhebliche Aktivität auf Publikationsebene im Bereich der forensischen Psychiatrie, wo in den letzten Jahren ca. 15 Bücher und Manuals geschrieben worden sind. Einige Projekte für forensische Behandlung, Prognosen usw. sind entweder bereits abgeschlossen oder noch am laufen. Aufgrund des Datenmangels nutzen die Wissenschaftler in diesem Bereich Daten aus dem „eigenen Haus“ oder einer Datenbasis. Selbstverständlich hat eine übergreifende Datenerfassung und -bearbeitung für ein kleines Land wie das unsere eine höhere Wertigkeit und Relevanz.

Die Behandlung von forensischen Patienten in der Republik Kroatien ist heute noch immer auf den territorialen Kriterien konzipiert: Die Patienten sind oft in die nächste Institu-

tion abgewiesen worden, ohne Sicherheitsbedingungen und andere fachliche Kriterien wie z. B. die Anwendung spezieller Behandlungsprogramme für besondere Gruppen forensischer Patienten in Betracht zu ziehen.

Diese Tatsachen beeinflussen sowohl die - unzureichende - Qualität der forensischen Behandlung als auch das - erhöhte - Gesundheitsrisiko des Patienten. In der alltäglichen Praxis beeinflusst das gleiche Problem die forensischen Psychiatrien, das Gesetz nicht einzuhalten, um bei Ablehnung entsprechender Patienten nicht eine extrem hohe Anzahl an Risikopatienten zu erhalten.

Schlusswort

In der Republik Kroatien ist der heutige Trend forensischer Behandlung, die relevanten Prinzipien allgemeiner psychiatrischer Programme auf forensische Patienten anzuwenden, aber mit ihnen anders vorzugehen. Nur bei Gefährlichkeit für die Umgebung sind sie dem Strafgesetz oder dem Gesetz über den Schutz von Personen mit psychischen Störungen unterworfen.

Weiterhin ist es notwendig, die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Rechts- und Sozialsystem anzuregen; dies ermöglicht, die Arbeitsqualität mit objektiven Parametern zu betrachten.

In der Rechtsprechung wird bei einer Straftat, die von einem unzurechnungsfähigen Straftäter begangen worden ist, von „voller Exkulpation“ gesprochen. Durch Zivilrechtsabteilungen der Landgerichte wird der Prozess mit diesem Klientel weitergeführt.

Auch wenn die doppelte Stigmatisierung von geisteskranken unzurechnungsfähigen Straftätern durch forensische Behandlung im Rahmen psychiatrischer Institutionen unserer Meinung nach abgenommen hat, sind Sicherheitsniveau, technische Ausstattung und Versorgung durch medizinische Experten sowie personelle Ausstattung noch immer alarmierend schlecht.

Ernsthafte Vorfälle sind in der forensisch-psychiatrischen Behandlung zum Glück sehr selten, vor allem seitdem die vermindert zurechnungsfähigen Straftäter mit den bereits beschriebenen Sicherheitsmaßnahmen ins Strafsystem ausgewiesen worden sind.

Die heutige forensische Population in der Republik Kroatien benötigt noch 20 Betten. Sie werden für die Behandlung von denjenigen geisteskranken Straftätern benötigt, die als

Referate

hochgefährlich gelten oder während der Behandlung Hochrisikofaktoren auf der Grundlage zum Beispiel einer Persönlichkeit, Diagnose oder klinischem Bild aufweisen.

Unbedingt sollte zudem betont werden, dass die Behandlung in der Forensik pro Patient/Behandlungstag unzureichend finanziert wird, dies, wie auch die Änderung der Infrastruktur, sollte in Zukunft von vorrangigem Interesse sein.

Der Alltag im Maßregelvollzug aus Sicht der Besuchskommission

Präsident des Landgerichts Dr. jur. Wolfgang Asmus ¹⁶

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

welche Erkenntnisse erwarten Sie von dem Thema: „Der Alltag im Maßregelvollzug aus Sicht der Besuchskommission?“

1. Etwa: Der Vorsitzende der Besuchskommission für den Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz wird uns jetzt mitteilen, wie es wirklich ist – im Maßregelvollzug. Und Sie, die Sie hinter die Kulissen des Maßregelvollzuges oft auch hinter Mauern, Zäune und Vorhänge schauen, Sie werden vielleicht sagen: „So ist der Alltag – nicht wirklich“. Eine frustrierende Divergenz zwischen dem Anspruch an den Referenten und der Wirklichkeit für Sie!

Aber eines kann ich Ihnen zum Alltag aus Sicht der Maßregelvollzugskommission (MRVK) bereits jetzt sagen:

Der Satz von Frau Dr. Bücken im Einladungsflyer: „... Die Arbeit im Maßregelvollzug stellt eine Herausforderung dar ...“ wird aus Sicht der Besuchskommission für Rheinland-Pfalz dreimal unterstrichen.

Ich werde Ihnen also berichten über unsere Besuche anhand der Besuchsprotokolle über einen Zeitraum von zehn Jahren (2000 – 2009).

2. Zunächst – wie bei Juristen selbstverständlich – die juristischen Grundlagen mit:
 - Aufgaben der Besuchskommission
 - Zusammensetzung der Kommission
 - Verfahren

2.1 Aufgaben gemäß § 23 MVollzG

Es wird eine unabhängige Besuchskommission gebildet, deren Aufgabe es ist, die Einrichtungen in Abständen von längstens zwei Jahren zu besichtigen, um zu prüfen, ob die Rechte der untergebrachten Patienten nach diesem Gesetz und den aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen gewahrt werden. Der Besuchskommission ist ungehinderter Zugang zu den Einrichtungen zu gewähren. Bei den Besichtigungen ist den untergebrachten Patienten Gelegenheit zu geben,

¹⁶ Landgericht Kaiserslautern

Wünsche und Beschwerden vorzutragen. Die Einrichtungen sollen die Besuchskommission bei ihrer Tätigkeit unterstützen.

2.2 Zusammensetzung der Kommission

- (1) Ein Richter oder ein Beamter mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst, der die Geschäfte der Kommission führt,
- (2) ein Arzt für Psychiatrie,
- (3) ein in der psychiatrischen Laienhilfe ehrenamtlich tätiger Bürger,
- (4) ein Sozialarbeiter oder eine therapeutische Fachkraft mit Erfahrungen in der Psychiatrie,
- (5) eine Krankenpflegekraft mit Erfahrungen in der Psychiatrie und
- (6) ein Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker.

Die Mitglieder der Besuchskommission werden vom fachlich zuständigen Ministerium für die Dauer von fünf Jahren bestellt. Weitere Mitglieder können vom Fachministerium berufen werden.

2.3 Verfahren

Die Besuchskommission legt der zuständigen Aufsichtsbehörde – das ist das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (oberste Aufsichtsbehörde ist das fachlich zuständige Ministerium) – nach jeder Besichtigung einen Bericht mit dem Ergebnis der Überprüfung vor.

Diesen Bericht erhalten die Einrichtungen zur Stellungnahme.

Es besteht eine Vereinbarung zwischen dem Landesamt, den Einrichtungen und der Besuchskommission, dass die Stellungnahme der Klinik den betroffenen Patienten zur Kenntnis gebracht wird.

2.4 Exkurs

Rechtslage im Saarland:

Nach § 27 Saarländischem Maßregelvollzugsgesetz besucht die Besuchskommission jährlich mindestens einmal, in der Regel unangemeldet, die Einrichtungen des Maßregelvollzugs und überprüft, ob die Unterbringung der Patienten den rechtlichen und medizinischen Anforderungen entspricht. Deshalb gehört der Besuchskommission auch ein staatlicher Medizinalbeamter an. Die Besuchskommission legt den Bericht dem Ministerium der Justiz vor mit einer eigenen Stellungnahme zu den Wünschen und Beschwerden der Patienten. Eine Zusammenfassung der Berichte

Referate

wird an den Landtag des Saarlandes übersandt. Aufsichtsbehörde im Saarland ist das Ministerium.

Zur Ergänzung: In Nordrhein-Westfalen sind die Besuchskommissionen nach dem PsychKG auch für die Einrichtungen des Maßregelvollzugs zuständig. Die Aufsicht über den Maßregelvollzug führt die oder der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug. Oberste Aufsichtsbehörde ist das zuständige Ministerium.

2.5 Zu Ihrer Information und zum Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz

Es bestehen drei Einrichtungen:

- Klinik Nettegut für forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach (Nettegut Weißenthurm)
- Rheinhessen-Fachklinik in Alzey
- Klinik für Forensische Psychiatrie des Pfalzkrankenhauses in Klingenstein mit dem Pfalzinstitut des Pfalzkrankenhauses Sozialtherapie für Jugendliche

mit insgesamt 650 psychisch Kranken oder suchtkranken Patienten.

3. Die praktische Umsetzung des § 23 MVollzG und die daraus folgende Sicht des Alltages im Maßregelvollzug

Den Alltag im Maßregelvollzug kennenlernen: Das heißt einen Besuchstermin vereinbaren mit den Mitgliedern der Besuchskommission und der Verwaltung der jeweiligen forensischen Klinik. Nur zur Ergänzung: Die Besuchskommission könnte auch ohne Anmeldung die Einrichtung besichtigen.

In der Regel erhält die Kommission Informationsmaterial über die Einrichtung, deren Organisation, über Therapieverständnis und Therapiemöglichkeiten.

§ 23 Abs. 1 Satz 4 MVollzG wird ernst genommen:

„Die Einrichtungen sollen die Besuchskommission bei ihrer Tätigkeit unterstützen.“

Entscheidend ist nach der Besprechung mit der ärztlichen Leitung, der Verwaltung und pädagogisch-pflegerischen Leitung der Klinik – ich hoffe alle Beteiligten im Obersatz genannt zu haben -, also entscheidend ist die Besichtigung der gesamten Einrichtung insbesondere der Baulichkeiten und vor allem das Gespräch mit den Patientinnen bzw. Patienten bzw. Patientensprechern gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 MVollzG.

Daraus folgt:

Wir sehen einen kurzen Tages- oder Stundenausschnitt unter einem relativ großen Zeitdruck, wenn wir auch für das Nettegut und Klingenmünster zwei Tage ansetzen.

4. Der Alltag im Maßregelvollzug aus der Sicht der recht fordernden Patienten – im einzelnen

4.1 Vorbemerkung

Um den Alltag zu beschreiben, habe ich die Protokolle unserer Besuche, aus den Jahren 2000 bis Ende 2008 zugrunde gelegt. Darin sind die Probleme im Alltag aus der Sicht der Patienten im Verhältnis zu der Einrichtung und deren Funktionsträger (Ärzte, Therapeuten, Pfleger, Verwaltung) und im Verhältnis untereinander enthalten.

Dieser Alltag, den wir als Besuchskommission kennenlernen, ist immer zu messen an den Rechten der Patienten. Denn § 23 Abs. 1 S. 1 MVollzG enthält die Verpflichtung, die Rechte der untergebrachten Patienten nach diesem Gesetz zu überprüfen.

Wie bereits formuliert: Der Alltag ist für alle, die hier genannt sind, sehr anstrengend. Er ist wirklich eine Herausforderung: Die Patienten sind fordernd, sie sind Recht fordernd, ob sie mit Recht fordernd sind, habe ich heute nicht zu beantworten. Aber es gibt auch genügend Patienten, die alles gut finden. Und die Kommission neigt dann zu dem Gedanken: Ist das ein Lob von der falschen Seite? Es ist also eine schwierige Gemengelage zwischen Lob und Tadel.

Für Rheinland-Pfalz kann ich nach zehnjähriger Erfahrung sagen: Die Situation im Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz hat sich dramatisch entwickelt – im positiven Sinn! Dies hängt mit zwei Bedingungen zusammen:

Es ist sehr viel Geld in die Verbesserung der baulichen Anlagen gesteckt worden. Die Träger der Einrichtungen haben nicht gespart. Zuletzt hat das Konjunkturprogramm 2 des Bundes manche bauliche Notwendigkeit, z. B. in Alzey maßgeblich unterstützt.

Die andere Bedingung oder Ursache:

Das ist der sog. Paradigmenwechsel:

Das den Patienten zugewandte Bezugspflegesystem - entwickelt als Prozess einer rollenverteilten kontinuierlichen Kommunikation (Rokoko). Dieses System ist dialogorientiert und geht auf die vor einigen Jahren geführte Leitbilddiskussion der Rheinhessen-Fachkliniken zurück.

Ein einfaches Beispiel für die Umsetzung dieses Gedankens, den Patienten ernst zu nehmen, ist z. B. in Alzey die neue Art und Weise des Frühstückens. Es gab dort sehr massive Beschwerden über das Essen – wie so oft, vermutlich in allen Einrichtungen. Man frühstückt in Alzey nunmehr mit einem Frühstücksbuffet. Die Patienten helfen am Aufbau mit. Die gemeinsame Tätigkeit mündet in ein gemeinsames Frühstück der Patienten und des Pflegepersonals.

4.2 Die räumlichen Verhältnisse

Grünebaum formuliert in der 7. Auflage (2009) seines Kommentars zum Maßregelvollzug über die räumlichen Verhältnisse aus Sicht der Patienten:

„Beim Wohnen der Patienten klaffen Recht und Wirklichkeit auch heute noch auseinander, wenngleich nicht verkannt werden soll, dass – auch und gerade in den neuen Bundesländern – bereits einiges erreicht worden ist“.

Von dieser Divergenz wurde der Alltag im Maßregelvollzug über Jahre geprägt. Diese räumliche Enge ist ein vielbeklagtes Problem von allen. Das wissen Sie auch alle und die Besuchskommission hat dies in jedem Bericht bestätigt.

Auch 7,5 m² pro Patient Platz bedeuten nicht die Welt. Wer es aber geschafft hat, z. B. im L-Bau im Nettegut ein 24 m²-Zimmer mit Nasszelle mit einem Mitbewohner zu teilen, der hat therapeutisch einiges getan, um in diesen Genuss zu kommen. Und wer mit 15 anderen Patienten sich ein knapp 100 m² großes Dachgeschoss zu teilen hat, der wird sich auf den Neubau in Alzey freuen. Denn er hatte nie die Chance, besser zu wohnen.

Was sind bzw. ich muss eher sagen was waren die Konsequenzen der räumlichen beengten Verhältnisse? Das sind z. B.:

- Beschwerden der Patienten wegen mangelnder Rückzugsmöglichkeiten
Aus einem Protokoll ist zu entnehmen: „Es besteht eine aggressionsfördernde Enge“.
Aber in Alzey z. B. sind die Zeiten bald vorbei, in denen aus Platzmangel Betten wie Ehebetten zusammengestellt sind und ein Brett dazwischen oder in einem 2-Bett Zimmer doch 4 Betten gestellt sind.
- Kaum Platz für therapeutische Gespräche
- Patienten beschwerten sich über mangelnde Intimsphäre
Zur eigentlichen Intimsphäre nachher, weil dies wohl weniger eine Frage der Räumlichkeiten als eine Frage der Einstellung der Einrichtung zu diesem Problem ist.
- Aus einem Protokoll entnehme ich die Formulierung eines Patienten:
„Es wird überall gebaut und deshalb wird am Essen gespart“.
Sie sehen, man kann die Dinge auch so sehen.

4.3 Das Essen

Ein großes Problem in den Einrichtungen: Das Essen. Die Patienten würden am Liebsten selbst kochen. Und weil Essenslust so plötzlich kommt, beschweren sich Patienten dann darüber, dass viele Formalien zu überwinden sind, um die Küche zu benutzen.

Und wenn so mancher Patient formuliert: „Das Essen ist zum Fortspringen“ dann hat er das möglicherweise in einem ganz anderen Sinn gemeint.

Abschließend zum Essen: Es wird wohl sein wie überall: Man kann es keinem Recht machen.

Das würde bedeuten: Anleitung zur Selbstständigkeit, das ist schwer genug. Aber man kann eines tatsächlich organisieren: Schüsseln auf die Tische anstatt Tellergerichte bedeutet: Der Patient kann sich selbst organisieren und doch auch einiges selbst bestimmen.

So wird der Alltag doch etwas entspannter!

4.4 Vollzugslockerungen

Alltag des Maßregelvollzuges: Dazu gehört insbesondere die Auseinandersetzung um die Vollzugslockerungen. Es scheint nicht einfach zu sein, ein für Patienten nachvollziehbares System der Vollzugslockerungen zu schaffen.

Hier prallen erhebliche Interessen aufeinander. Der Patient, der „raus will“ und der Sicherheitsauftrag der Klinik mit dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung. Und mittendrin stehen die Personalprobleme der Klinik. Das ist Klinikalltag auch aus der Sicht der Patienten, formuliert gegenüber der Maßregelvollzugskommission. Die Patienten beschweren sich bei der Besuchskommission über das geringe Personal als Ursache für zu wenig Vollzugslockerungen – insbesondere für den Ausgang nach draußen. Die Klinikleitungen würden von der Möglichkeit des Ausgangs vermutlich stärker Gebrauch machen, wenn tatsächlich mehr Personal vorhanden wäre.

Aber Sie alle wissen, dass Klinikalltag eben auch immer wieder die Angst ist, die Patienten kommen von z. B. einem Freigang nicht zurück.

Selbstverständlich stellt die Kommission alle zwei Jahre die Frage: Wie viel Entweichungen gab es in den letzten beiden Jahren? Die verspätete Rückkehr als Entweichung zeigt, weshalb die Kliniken über Vollzugslockerungen im Außenbereich äußerst sorgfältig und eher zurückhaltend entscheiden.

4.5 Beschwerde über Personalmangel

Die Beschwerden über Ärzte, Therapeuten und Pfleger gegenüber der Besuchskommission ziehen sich – eher selbstverständlich – wie ein roter Faden durch die

Besuchsberichte. Hier lässt sich viel behaupten ohne beweisen zu können. Hier entsteht auch mancher falsche Eindruck beim Patienten z. B. mit der Formulierung: „Hier scheint Zeit keine Rolle zu spielen“ – wer erkennt Zeit als therapeutische Maßnahme an, wenn er in einem geschlossenen System steckt.

Und selbstverständlich erkennen die Patienten den Kreislauf: Zu wenig Personal, zu wenig Therapie, zu wenig Therapie, zu wenig Vollzugslockerungen, zu wenig Vollzugslockerungen, zu wenig Ausgang und Chancen der Bewährung. Und damit Verminderung der Chancen endgültig entlassen zu werden. Der latente Freiheitsdrang - ein durchaus achtenswertes Motiv der Patienten!

Durchaus zu verstehen sind auch die Beschwerden über zu lange Bearbeitungszeiten für Veränderungen von Lockerungsstufen und insgesamt die Zeit als Problem: Der nicht abgesteckte Rahmen für die Verweildauer. Ein Patient: „Man hängt in den Seilen, nichts ist planbar“.

Und so gehört es zum Klinikalltag, den Patienten deutlich zu machen, dass Zeit eine große Rolle spielt. Nur es dauert eben seine Zeit bei einer durchschnittlichen Verweildauer von sechs Jahren bei den 63er Patienten.

Und hinter allem steckt ein Gesichtspunkt, der nie bei diesem Zeitfaktor vergessen werden darf:

Bei jeder Genehmigung einer Maßnahme muss der Missbrauch einkalkuliert werden. Das gilt nicht nur für Vollzugslockerungen, sondern z. B. auch für die so begehrte Anschaffung von PC's für den begehrten Zugang zum Internet.

4.6 Sexualität

Ein weiteres grundsätzliches Problem ist die Sexualität im Maßregelvollzug. Dieses Problem wird seit Jahren diskutiert.

Die Kommission hat den Eindruck, dass sich die eher ablehnende Haltung der Einrichtungen ändert. Ob es einen verfassungsrechtlichen Anspruch darauf gibt, mögen andere entscheiden, jedenfalls wird man aus dem Alltag im Maßregelvollzug dieses Problem nicht ausklammern können. Sie sehen, dass ich vorsichtig formuliere, weil die praktische Umsetzung eines möglichen Rechtes sicher problematisch ist.

4.7 Forderungen und Motivation

Zum Abschluss darf ich einige Einzelforderungen der Patienten zusammenfassen unter dem den Alltag in der Klinik prägenden Gesichtspunkt: Motivation der Patienten zur Erreichung des Vollzugszieles.

Das erscheint jedem Laien einleuchtend, also auch dem Vorsitzenden der Besuchskommission, der letztlich als Jurist Laie ist: Maßregelrecht wird an der Universität kaum vermittelt. Der Referendar erhält keinen Zugang und so muss man sich als Richter die Materie selbst erarbeiten ohne Fachmann zu sein oder zu werden. Aber das ist nichts Neues für den Juristen.

Aber eines ist klar: Der Alltag muss mehr sein, als nur der Aufenthalt eines Patienten in einem Zimmer, oft in einem Bett, unterbrochen durch gelegentliche therapeutische Maßnahmen, die aus der Sicht des Patienten ohnehin viel zu selten sind.

So zählt zum Alltag auch mit den Wünschen – oder besser formuliert mit den Forderungen der Patienten richtig umzugehen.

1. Die Forderung nach intensiver „Freizeitbeschäftigung“.
Mehr Ausflüge, mehr Kino, mehr Einkäufe außerhalb vor allen Dingen, um billiger einkaufen zu können. Das sind keine Forderungen, die die Klinik überfordern.
2. 50 % der Patienten in Rheinland-Pfalz habe keine Schulausbildung. Die Forderung nach einem Schulabschluss ist deshalb verständlich. Die Forderung nach einer Berufsausbildung ist ebenso nachvollziehbar. Der Anspruch ist indessen schwer zu erfüllen, wenn z. B. Meister fehlen, um Lehrlinge auszubilden. Aber aus Sicht der Besuchskommission: Der Alltag der Patienten könnte auf diese Art und Weise eine bestimmte Tagesstruktur und damit über den Tag hinaus auch eine weitere Motivation erhalten.

Und wie kann man ein intellektuelles Niveau erhöhen, wenn auch hinter Mauern eher weniger gelesen wird und der Wunsch nach einer Playstation größer ist als der nach einem Buch. Vielleicht besteht auch kein großer Unterschied zwischen vor und hinter dem Zaun.

Insoweit hoffnungsvoll stimmt die Erklärung eines Patienten:

„Den ganzen Tag vorm Fernseher hocken, ist ja auch nichts“.

Aber man kann sich auch nicht mit der Äußerung eines Patienten zufrieden geben, der während der Verhandlung in Landau in einem Glaskäfig gesichert werden musste, nunmehr – zu meinem äußersten Erstaunen – auf dem Weg der – wie soll ich formulieren – Besserung scheint und formuliert: „Das Essen ist gut – der Zimmerservice ist perfekt“ (Schnieders im Nettegut).

Der Alltag sollte mehr sein!

Die Raucherzimmer als Problem brauche ich wohl kaum zu erwähnen. Und der Wunsch, dass die Raucherzimmer nicht nachts ab 0.00 Uhr geschlossen sind und man deshalb nicht mehr in die Räucherzimmer gelangen kann, sondern auf der Toilette rauchen muss.

Und was soll man von dem Patienten halten, dem die Teilnahme am Volkslauf verweigert wird, weil der in der Südpfalz mit einem Weinfest endet und der Arzt Sorge wegen des Alkohols bei dem 64er Patienten hat und der formuliert: „Ich habe immer das Gefühl, ich werde nicht ernst genommen“. Das Gegenteil ist der Fall, die Klinikleitung hat ihn ernst genommen.

Und was halten Sie von der Auffassung eines Patienten:

Der Arzt müsste jeden Tag Visite machen – bei dem Tagessatz!

Und wenn die Kommission aus der Ordnung eines Zimmers auf die innere Ordnung des Patienten aber auch auf eine strukturelle Ordnung in der Einrichtung zu schließen geneigt ist und der Patient formuliert:

„Der Zustand meines Zimmers ist Ausdruck meines Protestes“ dann weiß jeder, wie schwer alle Beteiligten im Maßregelvollzug auf Dauer zu motivieren sind.

Wir alle wissen, der Tag in der Einrichtung hat 24 Stunden und die Therapie geht 24 Stunden.

Und diese 24 Stunden sind - wie es der Maßregelvollzugskommission scheint – in jeder Minute eine Herausforderung. Auch deshalb, weil so mancher Patient recht fordernd erscheint. Dies gilt auch dann, wenn z. B. ein Patient behauptet: „Wir sind keine Engel, wir werden auch nicht wegfliegen“.

5. Zusammengefasst:

Das war ein kleiner Blick in die Einrichtungen oder auch aus den Einrichtungen in Rheinland-Pfalz aus der Sicht der Besuchskommission mit der Brille der Patienten – nur vorbeistreifend, beobachtend, weniger analysierend und schlussfolgernd. Im Namen der Maßregelvollzugskommission kann ich hier mit Überzeugung sagen:

Die Einrichtungen in Rheinland-Pfalz haben sich in den letzten zehn Jahren in erheblichem Maße positiv weiterentwickelt. Die Herausforderungen des Alltags werden angenommen. Der Patient wird in seiner Problematik ernst genommen – auch wenn mancher Patient gelegentlich recht fordernd ist.

Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung im Maßregelvollzug – dargestellt an ausgewählten Fallbeispielen

Richterin am Landgericht Theresia Zürker ¹⁷

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
nach dem sehr interessanten Einblick in den Alltag im Maßregelvollzug referiere ich nun
über den gerichtlichen Rechtsschutz im Maßregelvollzug.

Das Thema

Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung im Maßregelvollzug - dargestellt an ausgewählten Fallbeispielen

bietet eine nahezu unerschöpfliche Bandbreite, die zu referieren den hier zur Verfügung
stehenden Rahmen bei weitem sprengen würde, weshalb ich den Vortrag auf meine Er-
fahrung aus der Tätigkeit als Beisitzerin in der Strafvollstreckungskammer des Landge-
richts Landau in der Pfalz, der ich über mehrere Jahre angehörte, beschränken möchte.
Zur Information - die Strafvollstreckungskammer des Landgerichts Landau in der Pfalz ist
zuständig für den Maßregelvollzug in der Forensischen Klinik im Pfalzkrankenhaus in Klin-
genmünster, d. h. für den Vollzug der Unterbringung alkoholkranker Straftäter nach § 64
StGB und für nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus Untergebrachte.

Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung im Maßregelvollzug wird häufig als „109-er“
bezeichnet, womit zugleich die gesetzlichen Grundlagen angesprochen sind. Diese fin-
den sich in den bundeseinheitlich geltenden Vorschriften des **Gesetzes über den Voll-
zug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung
und Sicherung, kurz**, den §§ 138, 109 – 121 des StVollzG i.V.m. den jeweiligen Lan-
desgesetzen der einzelnen Bundesländer.

Die gesetzlichen Grundlagen kann ich Ihnen nicht ersparen:

Nach § 138 Absatz 1 Satz 1 StVollzG richtet sich die Unterbringung in einem psychiatri-
schen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt nach Landesrecht, soweit Bundes-
gesetze nichts anderes bestimmen. Dieser Vorbehalt des Bundesrechts gilt dabei insbe-
sondere für den gerichtlichen Rechtsschutz auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs. Nach
der Verweisungsnorm des § 138 Absatz 3 StVollzG finden für das gerichtliche Verfahren

¹⁷ Landgericht Landau in der Pfalz

die für den Bereich des Strafvollzugs geltenden Vorschriften der §§ 109 bis 121 StVollzG entsprechende Anwendung für den Maßregelvollzug.

Die maßgebende Vorschrift lautet wie folgt:

„§ 109 Antrag auf gerichtliche Entscheidung

(1) Gegen eine Maßnahme zur Regelung einzelner Angelegenheiten auf dem Gebiet des Strafvollzuges kann gerichtliche Entscheidung beantragt werden. Mit dem Antrag kann auch die Verpflichtung zum Erlass einer abgelehnten oder unterlassenen Maßnahme begehrt werden.

(2) Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung ist nur zulässig, wenn der Antragsteller geltend macht, durch die Maßnahme oder ihre Ablehnung oder Unterlassung in seinen Rechten verletzt zu sein.

(3) Das Landesrecht kann vorsehen, dass der Antrag erst nach vorausgegangenem Verwaltungsvorverfahren gestellt werden kann.“

Das Verwaltungsvorverfahren im Sinne eines Widerspruchsverfahrens ist in einigen Bundesländern, darunter Nordrhein-Westfalen, ausdrücklich geregelt, jedoch weder in Rheinland-Pfalz noch im Saarland, weshalb ich diese Vorschalteprüfung im Folgenden vernachlässigen werde.

Der **Maßnahmebegriff** des § 109 StVollzG ist im Licht der grundrechtlichen Garantie effektiven Rechtsschutzes (Art. 19 IV GG) zu interpretieren. Das BVerfG hat hierzu ausgeführt, für die Beantwortung der Frage, ob ein Handeln oder Unterlassen eine regelnde Maßnahme i.S.d. § 109 Absatz 1 Satz 1 StVollzG darstellt, kommt es darauf an, ob die Möglichkeit besteht, dass dieses Handeln oder Unterlassen Rechte des Betroffenen verletzt. So hat es im Fall eines im (saarländischen) Maßregelvollzug Untergebrachten eine nach § 109 Absatz 1 StVollzG angreifbare Maßnahme bejaht, in dem an die Pflegezimmertür ein Zettel mit bloßstellenden Angaben aus dem Intimbereich des Untergebrachten geheftet war. Die von einem Stationsbediensteten angebrachte Nachricht war an andere Bedienstete gerichtet, aber für jedermann lesbar (BVerfG-Kammer Beschl. v. 20.03.2007 - 2 BvR 1637/05, juris).

Abgrenzung zur **Dienstaufsichtsbeschwerde**, über die die Aufsichtsbehörde der Klinik, also in Rheinland-Pfalz das Landesamt, entscheidet.

Hat sich die Maßnahme vor der Entscheidung des Gerichts erledigt, tritt an die Stelle des ursprünglichen Antrags der Antrag auf **Feststellung der Rechtswidrigkeit (§ 115 Absatz 3 StVollzG)**, sofern insoweit ein berechtigtes Interesse besteht. Ein berechtigtes

Interesse kommt bspw. im Falle der Wiederholungsgefahr oder bei tiefgreifenden Grundrechtseingriffen in Betracht oder wenn ein schutzwürdiges Rehabilitationsinteresse besteht.

Ganz kurz will ich auf die wesentlichen **formellen Voraussetzungen** des Antrags nach § 109 StVollzG eingehen:

Es gilt das **Antragsprinzip** - ohne Antrag kein gerichtlicher Rechtsschutz

Dessen ungeachtet ist das Gericht - im Rahmen seiner Fürsorgepflicht in geeigneten Fällen gehalten, eine Antragstellung anzuregen.

Der Antrag muss **schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Gerichts** gestellt werden, d. h. des Landgerichts oder des nach § 299 StPO (vgl. § 120 Absatz 1 StVollzG) zuständigen Amtsgerichts, in dessen Bezirk die Anstalt liegt.

Probleme sind in diesem Zusammenhang durchaus vorstellbar. Man denke nur an häufig wiederkehrende querulatorische Eingaben, die zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Gerichts gestellt werden und der hierdurch eintretenden vermehrten Arbeitsbelastung der betroffenen Mitarbeiter. Tatsächlich habe ich einen derartigen Missbrauch nie erlebt. Überhaupt hat lediglich in einem Fall ein Untergebrachter seinen Antrag zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Gerichts gestellt.

Einhaltung der **Antragsfrist**.

Nach § 112 Absatz 1 StVollzG muss der Antrag binnen zwei Wochen nach Zustellung oder schriftlicher Bekanntgabe der Maßnahme oder ihrer Ablehnung gestellt werden. Daneben besteht die Möglichkeit der Wiedereinsetzung in die versäumte Frist, sofern die Säumnis unverschuldet war (§ 112 Abs. 2 StVollzG)

In der Praxis fehlt es häufig an einer schriftlichen Verbescheidung eines Begehrens. Hier ist vielfach entweder eine mündliche Bekanntgabe der Verweigerung oder der (faktische) Erlass einer Maßnahme üblich. In diesen Fällen wird die Frist nicht in Lauf gesetzt.

Antragsberechtigt ist nur, wer geltend macht, durch die Maßnahme, ihre Ablehnung oder Unterlassung in eigenen Rechten verletzt zu sein (§ 109 Absatz 2 StVollzG). Erforderlich ist also ein Tatsachenvortrag, der, wenn er sich als zutreffend herausstellt, eine Rechtsverletzung als möglich erscheinen lässt. Danach ist nicht nur der Untergebrachte

antragsberechtigt, sondern auch Dritte, die von Vollzugsmaßnahmen oder ihrer Unterlassung unmittelbar in ihren Rechten betroffen sein können.

- ⇒ In der Praxis ist dieser Fall, dass Dritte eine Rechtsgutsverletzung geltend machen, häufig im Zusammenhang mit Regelungen des Besuchsrechts aufgetreten.
- ⇒ Nicht antragsberechtigt ist die Forensische Klinik. Dies gilt auch dann, wenn sie mit der Versagung der Zustimmung der Vollstreckungsbehörde zu beabsichtigten Lockerungen nicht einverstanden ist. Auch da bleibt nur der Weg über die Beschwerde durch den Untergebrachten selbst.

Über den Antrag entscheidet die Strafvollstreckungskammer, in deren Bezirk die beteiligte Vollzugsbehörde ihren Sitz hat (§ 110 StVollzG).

Wie läuft das **Verfahren** nach § 109 StVollzG ganz konkret **in der Praxis**?

Zuständig für die Bearbeitung innerhalb der Strafvollstreckungskammer ist der Einzelrichter, ungeachtet, ob der Antrag von einem nach § 64 StGB oder nach § 63 StGB Untergebrachten gestellt wird. Mit Eingang des Antrags wird die Stellungnahme der Klinik hierzu eingeholt, vorausgesetzt, der Antrag ist zulässig. Je nach Eilbedürftigkeit des Begehrens wird die Frist zur Stellungnahme der Klinik bemessen, wobei in der Regel zwei Wochen angemessen sein dürften. Nach Eingang der Stellungnahme der Klinik wird geprüft, ob Anhörungstermin bestimmt werden soll oder ob im schriftlichen Verfahren weitere Sachaufklärung erforderlich ist, gegebenenfalls die Sache bereits spruchreif ist. Bei Spruchreife wird die Stellungnahme der Klinik dem Untergebrachten vor der Entscheidung zur Kenntnis gebracht, gegebenenfalls mit dem Hinweis auf die beabsichtigte Entscheidung der Strafvollstreckungskammer, wobei auch die Anregung der Antragsrücknahme in Betracht kommen kann, es sei denn der Antrag ist begründet und hat in vollem Umfang Erfolg.

Für das Verfahren vor der Strafvollstreckungskammer gelten die folgenden **Verfahrensgrundsätze**:

Es besteht **kein Anwaltszwang**

- ⇒ Ungeachtet dieser Gesetzeslage kann der Antragsteller - wie auch in anderen gerichtlichen Verfahren - einen Rechtsanwalt bevollmächtigen.
- ⇒ Der fehlende Anwaltszwang entbindet das Gericht nicht, in rechtlich und/oder tatsächlich schwierigen Fällen die Beiordnung eines Anwalts aus Verfassungsgründen vorzunehmen.
 - ⇒ Bsp. Zwangsmedikation

Verfügungsgrundsatz

- ⇒ Die Parteien bestimmen den Streitgegenstand. Es gilt nicht - wie nach der StPO - die **Offizialmaxime**. Dies bedeutet, das Gericht ist an die Anträge der Verfahrensbeteiligten gebunden. Es darf nicht über das Begehren des Antragstellers hinausgehen. Erklärt der Antragsteller beispielsweise die Sache für erledigt, ist das Gericht daran gebunden.
- ⇒ In diesem Zusammenhang gewinnt die **gerichtliche Fürsorgepflicht** erheblich an Bedeutung. Sie verpflichtet das Gericht zu sinnvoller, dem erstrebten Rechtsschutz entsprechender Auslegung von Anträgen und gegebenenfalls auch der Anregung sachgerechter Antragstellung.

Ein ganz wesentlicher Verfahrensgrundsatz ist der **Amtsermittlungsgrundsatz**

- ⇒ Das Gericht unterliegt dem **Untersuchungsgrundsatz**, d. h. es hat den entscheidungserheblichen Stoff (Sachverhalt), in dem durch die Anträge abgesteckten Rahmen von Amts wegen aufzuklären.
 - Dabei gilt das **Prinzip der materiellen Wahrheit** (§ 120 Absatz 1 StVollzG)
 - Beweislastregeln, wie sie bspw. das Zivilrecht prägen, sind dem Verfahren nach § 109 StVollzG fremd.
 - Ein rechtlich erhebliches Vorbringen kann nur unberücksichtigt bleiben, wenn es widerlegt ist.
 - Für die Beweiserhebung gelten nicht die strengen Beweisregeln, die in einer Hauptverhandlung zu beachten sind (§ 244 ff StPO), sondern es gilt das **Freibeweisverfahren**
 - Danach liegt die Beweiserhebung grundsätzlich im Ermessen des Gerichts, dessen Tragweite durch die Pflicht zur Amtsaufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts bestimmt wird.

Ein wichtiger Grundsatz besteht in der **Gewährung rechtlichen Gehörs**.

- ⇒ Zwar entscheidet das Gericht im Beschlussverfahren. Eine mündliche Verhandlung sieht das Gesetz nicht vor => § 115 Abs. 1 Satz 1 StVollzG (§ 120 Absatz 1 StVollzG i.V.m. § 309 Absatz 1 StPO).
- ⇒ Jedoch hat sich in der Praxis sehr bewährt, Anhörungstermin zu bestimmen und den Sach- und Streitstand mit den Verfahrensbeteiligten im persönlichen Gespräch zu erörtern. Dabei kann es sich durchaus auch als sinnvoll herausstellen – natürlich unter Einhaltung der einschlägigen Sicherheitsvorschriften – unmittelbar vor Ort, etwa im Zimmer des Antragstellers, sich ein Bild von der beanstandeten Sachlage zu machen.

Referate

- ⇒ Dies gilt sowohl in Fällen, in denen lediglich ein Antragsteller beteiligt ist, als auch in sog. Sammelverfahren, in denen eine Mehrzahl von Untergebrachten mit gleich gelagerten Anliegen sich an die Strafvollstreckungskammer wendet.
- ⇒ So hatte sich die Kammer hinsichtlich der Frage der Haftraumgröße bzw. der Rechtmäßigkeit der Anwesenheit von Frauen, die auf dem Weg zum Badezimmer wenige Meter einer Männerstation queren mussten, jeweils mit Sammelverfahren einer größeren Zahl von Untergebrachten (24 Personen bei der Frage der Raumgröße) zu befassen. In beiden Fällen konnte im Rahmen einer unmittelbar auf Station bestimmten Anhörung sämtlicher Beteiligter die Erledigung der Hauptsache bzw. die Rücknahme der Anträge erreicht werden. Die Fälle zeigten deutlich, dass die Patienten mit ihren Anliegen vor allem ernst genommen sein wollten, andererseits durchaus Verständnis für die Situation der Klinikleitung aufbrachten, die in den genannten Fällen aufgrund der baulichen Situation tatsächlich nicht in der Lage war, sofortige Abhilfe zu schaffen.

Worum geht es im Verfahren des gerichtlichen Rechtsschutzes?

Allgemein formuliert geht es um die **Rechtmäßigkeitkontrolle** einer Vollzugsmaßnahme, ihrer Ablehnung oder Unterlassung.

Thematisch überwiegen vor allem Beschwerden, die die Versagung bzw. die Rücknahme von Vollzugslockerungen betreffen. Dies ist nur zu verständlich, bedenkt man die Situation der in Unfreiheit lebenden Untergebrachten. Im Übrigen bleibt kein Bereich von Anträgen ausgenommen. Da geht es um die (berechtigte) Forderung nach Gewährung der Hofstunde, dem Antrag auf Ausführung zur Beerdigung oder zur Trauung, der Forderung nach Therapeutenwechsel, zu Fragen der Post- oder Telefonkontrolle, Besuchsregelungen sowie des Besitzes von Gegenständen (PC, Playstation), Freizeitaktivitäten, Zimmerbelegung und Haftraumgröße und vieles andere mehr. Darüber hinaus wird allerdings auch um die Rückgabe der aus hygienischen Gründen entsorgten, da weit über das Verfallsdatum hinaus abgelaufene Kaba-Dose gestritten, ebenso wie um die Rückgabe bzw. Schadenersatz des vor der Entsorgung im Kleiderschrank versteckten Essens verlangt. Viele Beispiele ließen sich hier noch anfügen, dies lässt der zeitliche Rahmen des Vortrags allerdings nicht zu.

Über die Rechtmäßigkeitskontrolle hinaus hat der Antrag nach § 109 StVollzG aber auch die Funktion eines **Kommunikationsmittels** für den Untergebrachten, der, berechtigt oder nicht, seine Unzufriedenheit zum Ausdruck bringt und entsprechende Rückmeldungen im Laufe des Verfahrens durch die Stellungnahme der Klinik als auch schriftlich und/oder mündlich durch das Gericht erhält. Wir haben gestern gehört, dass „Beschwer-

Referate

deschreiberei“ eher ein Zeichen dafür ist, dass therapeutisch noch nicht genügend erreicht ist, andererseits die Beschwerde aber auch von therapeutischem Nutzen sein kann. Recht fordernd ist nach meiner Erfahrung auch nicht die Gesamtheit der Untergebrachten. Vielmehr tragen Krankheitsbild und Diagnosen sowie der Stand der Therapie entscheidend dazu bei, ob ein Untergebrachter sich mehr oder weniger oder gar nicht beschwert und wie flexibel er auf die Hinweise des Gerichts zu Erfolg oder Misserfolg seiner Eingabe zu reagieren vermag. Unflexibles Beharren eines Untergebrachten auf einer vermeintlichen Rechtsposition, bspw. in Fällen intellektueller Minderbegabung, kann dazu führen, dass ein Verfahren kontradiktorisch geführt werden muss und nur durch förmliche Entscheidung des Gerichts beendet werden kann. Andererseits zeigte sich in vielen Verfahren, dass Antragsteller Argumenten zugänglich waren, lediglich ernst genommen werden wollten und mit einer gütlichen Beilegung des Verfahrens, sei es durch Erledigungserklärung oder Antragsrücknahme, schließlich einverstanden waren. Klar ist auch, dass der Antrag nach § 109 StVollzG aus vielerlei Gründen instrumentalisiert werden kann.

Fallbeispiele:

Haftraumgröße – Beschluss v. 13.12.2001 i.V.m. Beschluss OLG ZE v. 16.05.2002

7,5 qm Mindestwohnfläche für jeden Untergebrachten – ohne Anrechnung der Flächen von auf Station befindlichen Sozialräumen.

In Anlehnung an die für den Strafvollzug damals bereits mehrfach getroffenen Entscheidungen. Es versteht sich von selbst, dass die Therapie ein angemessenes Behandlungsmilieu voraussetzt, das mit überfüllten Stationen nicht erreicht werden kann. Die Wiedereingliederung in durchschnittliche Lebensverhältnisse setzt voraus, dass auch das Leben der Patienten in der Einrichtung den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen wird, und schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegengewirkt wird.

Aushändigung eines Exemplars des Behandlungsplans - § 4 Abs. 3 MRVG PhId.-Pf Entscheidung v. 10.05.2006

Recht fordernd gab sich ein Untergebrachter nicht damit zufrieden, dass der Behandlungsplan lediglich mündlich mit ihm erörtert wurde. Er verlangte Aushändigung eines Exemplars des Behandlungsplans und hatte mit diesem Antrag Erfolg.

- ⇒ Kernstück des behandlungsorientierten Maßregelvollzugs, dem der Betroffene von Verfassungs wegen nicht als passives Objekt unterworfen sein, sondern an dem er sich aktiv beteiligen können soll. Hierzu hat es die Kammer als erforderlich

erachtet, dass der Betroffene Zugang zur schriftlichen Fassung des Behandlungs- und Eingliederungsplans erhält. Anderenfalls sei er nicht ausreichend in der Lage, die Vollständigkeit und Richtigkeit der ihm erteilten Auskunft zu überprüfen und seine Rechte wahrzunehmen. Das Beharren der Klinik auf eine ausschließlich mündliche Auskunftserteilung würde dem zentralen Anliegen des Behandlungs- und Eingliederungsplans zuwiderlaufen, dem Betroffenen – im Rahmen des Möglichen – eine Grundlage für eigenes zukunftsorientiertes Verhalten zu vermitteln, ihn zur Mitarbeit zu motivieren und seine Verantwortlichkeit zu fördern.

Zwangsbehandlung - § 6 Abs. 1 Satz 2 MRVG Phld.-Pf Entscheidung v. 16.10.2008

- ⇒ Zwangsbehandlung in der Psychiatrie ist ein heikles Thema. Damit nicht gemeint ist das gebotene sofortige Eingreifen bei plötzlich auftretenden psychotischen Zuständen. Gemeint ist die auf einige Dauer angelegte Behandlung gegen den Willen des Unterbrachten.
Dabei versteht es sich von selbst, dass ein Arzt den Versuch machen muss, den Patienten von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen, ehe Zwangsmaßnahmen ergriffen werden. Eine medikamentöse Zwangsbehandlung ohne Ankündigung ist grundsätzlich schon wegen der voreiligen Form verfassungswidrig und damit unzulässig.
- ⇒ Die Kammer hatte sich in jüngster Zeit in 2 Fällen mit der Frage der Zwangsmedikation zu befassen. In beiden Fällen hatte die Klinik die medikamentöse Zwangsbehandlung schriftlich angekündigt, nachdem Versuche, die Patienten von der Behandlung zu überzeugen, gescheitert waren, mithin die zwangsweise Behandlung mit einem geeigneten Antipsychotikum gegen den Willen des Patienten die einzige Möglichkeit darstelle, eine Besserung des psychischen Zustands zu erreichen.
- ⇒ Die rechtzeitig erhobenen Anfechtungsanträge wurden jeweils mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass eine medikamentöse Therapie mittels atypischer Neuroleptika gegen den Willen des Unterbrachten und unter Anwendung unmittelbaren Zwangs für einen Zeitraum von 6 Monaten zulässig sei.
- ⇒ Sollte über diesen Zeitraum hinaus die Zwangsbehandlung für erforderlich erachtet werden, bedürfe es einer **neuen Entschließung der behandelnden Ärzte**, im Rahmen derer die maßgeblichen **Gesichtspunkte**, die für und gegen die Fortführung der Zwangsbehandlung sprächen, **gegeneinander abgewogen werden müssten**, je nach Sachlage auch die Einholung eines **externen Gutachtens** zur Frage der Zwangsmedikation erforderlich werden könne. Selbstverständlich müs-

se die neue EntschlieÙung über die Erforderlichkeit der Fortführung der Zwangsbehandlung dokumentiert und dem Untergebrachten bekannt gegeben werden.

- ⇒ Das Pfälzische OLG ZW hat die Rechtsbeschwerden zurückgewiesen.
- ⇒ In einem Fall hat der Antragsteller Verfassungsbeschwerde erhoben. Das BVerfG hat daraufhin die Zwangsmedikation wiederholt mit einstweiligen Anordnungen untersagt. Offenbar hält die Ermächtigungsgrundlage in § 6 Absatz 1 Satz 2 HS 1 MVollzG Rh- Pf verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht stand. Die Strafvollstreckungskammer hatte bereits eine verfassungskonforme Auslegung der Vorschrift vorgenommen und eine Untergrenze (dass bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um mit der Zwangsbehandlung beginnen zu können), ebenso wie eine Obergrenze (bestimmte Situationen die Zwangsbehandlung strikt verbieten) festgelegt. Zudem wurde die Dauer der (ersten) Zwangsbehandlung auf 6 Monate begrenzt. Man darf gespannt sein auf die Entscheidung des BVerfG in dieser Sache, die möglicherweise in den nächsten Wochen zu erwarten ist, denn anderenfalls wäre eine weitere einstweilige Anordnung erforderlich, mit der die Zwangsmedikation für einen weiteren Zeitraum untersagt wird.
- ⇒ Die Ironie in diesem Beispiel liegt darin, dass derjenige Untergebrachte, der sich nicht an das BVerfG gewandt hat, inzwischen mit Erfolg zwangsbehandelt wurde, mittlerweile bei ihm eine erhebliche Verbesserung seines Zustands erreicht werden konnte.

Schlussbemerkung:

Recht fordernde Patienten fordern sowohl die Unterbringungseinrichtung als auch die zur Entscheidung berufene Strafvollstreckungskammer. Dies belegen insbesondere die zuletzt von mir dargestellten Themen mit denen sich die StVK beschäftigt hatte.

Im Vergleich von vor 10 Jahren, als ich erstmals mit Strafvollzugssachen befasst war, scheint mir inzwischen die Transparenz von Entscheidungen als auch die Einhaltung rechtsstaatlicher Verfahrensabläufe in weit stärkerem Maße gegeben. Ich halte dies für eine gute Entwicklung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Maßregelvollzugseinrichtung in der Not der Selbstverteidigung

Dr. med. Dr. jur. Michael Gillner ¹⁸

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
verehrte Frau Dr. Bücken,

die Thematik ist gerade noch mal genannt worden und ich habe mir zum Thema einige Facetten aufgeschrieben. Es soll einmal gehen um ganz allgemeine Bemerkungen, den Verlust der Freiheit aus der Sicht des Patienten, die Maßregelvollzugseinrichtung stellt einen Schwerpunkt für mich dar, Beziehungen, Not und auch einige Worte zur Selbstverteidigung.

Unsere Patienten leben in der Regel hinter Gittern und es sind nicht nur Männer, die hinter Gittern leben, sondern auch Frauen. Der Auftrag, der sich für die Maßregelvollzugseinrichtung ergibt, ist im § 63 StGB formuliert. 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 zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Das ist der Text, den Sie alle kennen und das ist unser Auftrag.

Psychiatrisches Krankenhaus, was im § 63 StGB genannt ist, was ist das? Da haben wir einmal psychiatrische Stationen inklusive Tageskliniken, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und auch tatsächlich psychiatrische Krankenhäuser und es ist in unserer Republik üblich, dass psychisch Kranke in psychiatrischen Institutionen behandelt werden. Aber die Besonderheit für die psychisch kranken Rechtsbrecher ist die, dass sie nicht in einem psychiatrischen Krankenhaus – so wie ich es gerade in den drei Punkten dargestellt habe - behandelt werden, sondern dass sie ausschließlich in einer Klinik für forensische Psychiatrie, also einer Maßregelvollzugseinrichtung, Behandlung erfahren. Und das entscheidende Prüfkriterium, warum das so ist, ist die dem Patienten bescheinigte Gefährlichkeit. Also das psychiatrische Krankenhaus unter dem Blickwinkel des Strafgesetzbuches ist heute ausnahmslos eine Maßregelvollzugseinrichtung.

Was ist das nun, eine Maßregelvollzugseinrichtung? Zum einen wird sie aus der Sicht des Patienten und die meine ich jetzt, als totale Institution erlebt, als Ort für Sanktionen, weil er erlebt es als Freiheitsstrafe, als Maßregel; im Regelfall sind die Kliniken gefäng-

¹⁸ Klinik für Forensische Psychiatrie, Stralsund

nisartig hoch gesichert. Der Patient erlebt den Verlust der Freiheit und letztendlich ist es eine Unterbringung auf unbestimmte Zeit. Wir selber als Beschäftigte in einer Maßregelvollzugsklinik sehen das anders, wir sehen eine Möglichkeit zu langfristiger Hilfe und Heilung bzw. Besserung. Und diese beiden Aspekte, die sehr unterschiedlich sind, die stellen für mich die Basis der Konflikthaftigkeit dar, wie wir sie gestern und heute diskutieren.

Zum einen der Verlust der Freiheit: Im Grundgesetz, Artikel 2 Abs. 2, definiert: *„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die Freiheit der Person ist unverletzlich“*. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden. Und Artikel 104 Abs. 1 sagt: *„Die Freiheit der Person kann nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden“*. Also das sind Grundrechte, die auch unsere Patienten ursprünglich hatten und über die Zulässigkeit (Abs. 2) und Fortdauer hat nur der Richter zu entscheiden und weitere Einschränkungen sind in den Artikeln 10 und 13, was Post- und Briefgeheimnis angeht.

Wir haben in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 ebenfalls diese Garantie und eine weitere in der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten. Da sind also diese Grundrechte definiert und im Artikel 5 Abs. 1 heißt es dann: *„Jedermann hat ein Recht auf Freiheit und Sicherheit. Freiheit darf einem Menschen nur in den folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden: Buchstabe a) wenn er sich in rechtmäßiger Haft befindet, weil er geisteskrank, Alkoholiker, rauschgiftsüchtig oder Landstreicher ist“*.

Also der Verlust der Freiheit – was ist das? Die Maßregelvollzugseinrichtung hat neben der Besserung einen Auftrag zur Freiheitsentziehung, der Sicherung; und dies auch legitimiert. Denn damit übt sie in landeshoheitlicher Funktion gegenüber psychisch kranken Rechtsbrechern letztendlich staatliche Gewalt aus und die Untergebrachten sind trotz ihrer Einschränkungen Inhaber von Grundrechten und haben letztlich auch einen Anspruch auf die Garantie derselben.

Die Maßregelvollzugseinrichtung: Sie hat den Auftrag zur Besserung und Sicherung, und Besserung bedeutet eine komplexe Behandlung durch Mitarbeiter der Pflege, durch Spezialtherapeuten, Ärzte und Psychologen, und die Sicherung erfolgt durch Gebäudetechnik und auch Personen bis hin zu Wachdiensten. Das Anliegen ist es also von unseren Maßregelvollzugseinrichtungen, diesen Auftrag zu erfüllen. Der Untergebrachte ist durch richterliche Anordnung, Beschluss oder Urteil, eingewiesen und für ihn stellt sich die Frage (auch für uns natürlich): Hat er überhaupt ein Anliegen? Kann er ein Anliegen formulieren? Oder kann er ein Anliegen entwickeln? Die Unterbringung wird als Sonderopfer

für die Allgemeinheit gesehen und ist Strafe und Sanktion aus dem Blickwinkel des Betroffenen und so werden unsere Einrichtungen zunächst manchmal als Gegner erlebt.

Ich komme noch einmal auf Herrn Müller-Isberner von diesem Jahr: Er hat zu schizophran Untergebrachten etwas geschrieben, da liegt der Delinquenzbeginn schon vor Krankheitsausbruch bei 25 % und nach Krankheitsausbruch definiert er zwei Verlaufstypen: Einmal wird das antisoziale Verhalten gemildert, die Gewalt wird seltener, aber schwerer. Andererseits ein zweiter Verlaufsweg: das antisoziale Verhalten bleibt und die Gewaltneigung kommt dazu. Wir sind also in unseren Einrichtungen mit Dissozialität konfrontiert. Als antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsstörung oder in verschiedenen Formen dissozialer Persönlichkeitszüge. Dissozialität zeigt sich in einem breiten Spektrum sehr vielgestaltig. Dissozialität findet sich häufig in der Maßregelklientel und wir sehen uns mit einem Verhalten von kleinster Regelübertretung bis hin auch zu schwerer Gewalt konfrontiert. Darüber hinaus haben wir aber nicht nur unsere Patienten in unseren Maßregelvollzugseinrichtungen, sondern wir müssen uns im gesellschaftlichen Kontext verstehen und hier sehen wir uns ebenfalls in Auseinandersetzungen eingebunden. Also zumindest zu Beginn der Unterbringung divergieren die Anliegen von Maßregelvollzugseinrichtungen auf der einen Seite und denen der Untergebrachten und wir müssen auf jeden Fall die Dissozialität beachten. Die bei uns untergebrachten Patienten gehen mit uns auf vielfältige Art und Weise Beziehungen ein. Innerhalb haben wir einmal zu den Untergebrachten die Situation, dass wir um eine Motivation zur Compliance ringen, dazu brauchen wir eine gute Struktur, Klarheit, tragfähige therapeutische Beziehung und eine aktive Haltung der Therapeuten, und die Langzeitbehandlung sichert uns da vieles ab. Nach außen in alle gesellschaftlichen Bereiche existieren ebenfalls Beziehungen: Angehörige, Rechtsanwälte, Gerichte, Vollstreckungsbehörde usw.. Beziehungen können also gut oder schlecht sein, funktionieren oder gestört sein und haben letztendlich immer wieder auch Einfluss auf die Unterbringungssituation. In diesem Zusammenhang wurde ja auf die Besuchskommission schon eingegangen; wir haben aber auch Politiker, die die Maßregelvollzugseinrichtungen besuchen. Sie alle kennen den Umgang mit der Presse und auch die Problematik in der Öffentlichkeit.

Also die Maßregelvollzugseinrichtung geht vielfältige Beziehungen nach innen und außen ein, die Auseinandersetzungen reichen von moderat bis massiv. Aber wir müssen uns in diesem Zusammenhang immer wieder fragen, worum geht es wirklich? Finden wir auf der einen Seite die Verbalattacke eines Patienten, wofür steht sie, worum geht es wirklich? Hat er eine schlechte Nachricht bekommen, ein Telefonat lief nicht so gut oder was liegt wirklich dahinter? Oder, wenn wir einen Politiker zu Besuch bekommen, was wir auch erfahren, geht er gegen eine andere Partei möglicherweise vor, möchte er sich pro-

filieren o. ä.; also insofern müssen wir schon aufpassen, zu wem und unter welchem Ziel wir Beziehungen eingehen.

Kommen wir auf den Punkt der Not, der sich für unsere Einrichtungen durchaus abzeichnen kann. Die Akzeptanz der Maßregelvollzugseinrichtung ist in der Breite eher selten. Kritik und Angriff gehören oft zum Alltag, inhaltliche Arbeit mit dem Untergebrachten erfordert Engagement und Qualität auf hohem Niveau zur Besserung. Aber wir müssen uns auch fragen: Ist die Maßregelvollzugseinrichtung tatsächlich in einer Notsituation heutzutage? Personell, da sind die Drücker bezüglich der Stellen immer da (finanziell). Wie sieht es allgemein aus, strukturell – jetzt war das letzte Urteil vom Mai vom BGH, da besteht die Befürchtung, dass möglicherweise der Maßregelvollzug im 63er Bereich durchlässiger wird für jene aus den Sicherheitsverwahrungen. Das sind Nöte, an die man durchaus denken muss.

Wenn wir an Not denken, besteht auch die Möglichkeit, letztendlich zur Gegenwehr. Und Notwehr ist die Verteidigung nach § 32 Abs. 2 StGB: „Ist die Verteidigung notwendig, um von einem gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden“. Die Frage stellt sich und es wäre zu überlegen: Müssen wir uns quasi notwehren gegen die Widrigkeiten, die sich für uns ergeben? Hier im Saarland haben Sie die Möglichkeit, ein Beschwerderecht gemäß § 26 MRVG zu realisieren. Wir in Mecklenburg-Vorpommern haben im PsychKG keine entsprechende Regelung; hier gibt es kein Maßregelvollzugsgesetz, sondern nur entsprechende Abschnitte im PsychKG.

Die Maßregelvollzugseinrichtung befindet sich permanent in einem Spannungsfeld zwischen Einschränkungen und Gewährung von Freiheiten zur Erfüllung des Auftrages und ich denke mitunter, dass es schon berechtigt ist, und insofern würde ich Ihrer Fragestellung, Frau Dr. Bücken, vom Anfang durchaus rechtgeben. Mitunter ist es berechtigt, von Not zu sprechen.

Was machen wir aber mit der Notsituation, in der wir uns befinden? Müssen wir dazu zur Selbstverteidigung greifen? Der einsame Kämpfer. Nicht die Not der Selbstverteidigung, sondern ich stelle da eher die Forderung nach Bewusstheit und Abgrenzung. Als Basis haben wir die Tatsache, dass der Untergebrachte im Maßregelvollzug ist und in der Lage ist, Verantwortung zu tragen und Verantwortung zu übernehmen. Also nicht der arme Irre, der sich alles erlauben darf. Die Maßregelvollzugseinrichtung im Sinne einer klaren Strukturierung macht es notwendig, die Strukturen auch klar zu formulieren und Regeln aufzustellen und wir tolerieren keine Grenzüberschreitungen – weder im verbalen noch im körperlichen Bereich. Bei Untergebrachten, die dann Verstöße praktizieren, kommt es zu Sanktionen, wobei sich die Sanktion dann aber auf den konkreten Verstoß beziehen muss und es sollen keine unsinnigen Bestrafungen aus Lust und Laune sein.

Welche Beschwerdemöglichkeiten sehe ich in unserem Dienstbereich? Einmal, und das ist für mich so das Wichtigste, dass es direkte Beschwerden zu bearbeiten gibt mit dem Betroffenen, mit seinem Therapeuten auf der Wohngruppen- oder Stationsebene oder wenn das abgelaufen ist, auch mit der Klinikleitung. Das sind Schritte, die gegangen werden können. Wir sind in Mecklenburg-Vorpommern im Maßregelvollzug privatisiert – ich habe also noch einen Geschäftsführer und darüber sitzt dann noch ein Vorstandsvorsitzender. Und es hat Situationen gegeben, dass sich wenigstens ein Patient an die Herren gewandt hat und ich habe den Herren dann empfohlen, möglichst zögerlich darauf zu antworten. Nicht, um die Patienten zu unterdrücken in ihrer Meinungsäußerung, sondern weil eine Geschäftsführung andere Aufgaben hat, ein Vorstandsvorsitzender auch. Er kann sich nicht in die Problematik des Maßregelvollzugs so eindenken. Und dann die weiteren garantierten Beschwerdemöglichkeiten von der Fachaufsicht, bei uns ist das das Sozialministerium in Verbindung mit dem Justizministerium, Besuchskommission, Petitionsausschuss, Rechtsanwalt und Gericht.

Das sind also die Beschwerdemöglichkeiten, die auch den Patienten immer wieder vorgestellt werden und die Arbeit daran, diese Wege zu gehen, damit wir möglichst frühzeitig, und das ist gestern gefallen und auch heute, dass durchaus berechnete Interessen von Patienten auch bearbeitet werden können und dem dann aber auch Abhilfe geschaffen werden kann.

Wir müssen schauen, wenn es um Beschwerden, Übergriffe von Patienten geht, dass hier nicht agiert wird; letztlich der Betroffene nicht nur agiert, vor allem auch mit seinen Verbündeten. Das heißt für mich: Die Gesetzlichkeit durch die Mitarbeiter ist zu beachten und wir sollten uns nicht als Einzelkämpfer verstehen. Nach innen wünsche ich mir Teamgeist und Verantwortlichkeit, eine offene Kommunikation und Supervision, und Willkür und Bequemlichkeit sollten vermieden werden. Nach außen bedarf es Klarheit und Fachlichkeit und ich denke auch, dass wir uns das leisten können und dass das korrekt ist, ein Bewusstsein, dass wir stark sind, ein starkes Selbstbild haben. Natürlich sollten wir die Gesetzlichkeit kennen und nach den geltenden Regelungen handeln. Gegebenenfalls macht es durchaus Sinn, auch eine juristische Beratung hinzuziehen. Ich hatte diese Situation vor einigen Jahren, dass eine Angehörige, die Mutter eines Patienten, die Ärzte angezeigt hatte, weil sie nicht darauf geachtet hätten, dass ihr Sohn während der Unterbringung eine neue Straftat begeht. Hier war es unheimlich hilfreich, dass die entsprechenden Rechtsanwälte auch durch das Klinikum zur Verfügung gestellt wurden und mit uns zusammengearbeitet haben.

Eine Kooperation der Maßregelvollzugseinrichtung mit der Fachaufsicht halte ich für extrem wichtig. Wir haben das Sozialministerium und das Justizministerium, und mit diesen beiden Einrichtungen können wir sehr gut zusammenarbeiten, gehen nicht auf Konfronta-

tion und es ist durchaus ein berechtigter Wunsch, dass wir uns von unseren Fachaufsichten auch wertgeschätzt und anerkannt fühlen. Das gibt also auch Anerkennung, Sicherheit und Schutz.

Wenn wir also solche Dinge beachten, wie ich sie gerade dargestellt habe, können wir durchaus auch eine vernünftige Arbeit machen.

Ich habe, wenn ich hier die Verteidigung der Maßregelvollzugseinrichtung übernehmen soll, nicht nur parteiisch für die Maßregelvollzugsklinik zu sein, sondern ich habe versucht, einige Aspekte, die durchaus mit hineinfließen, zu beachten. Die Tätigkeit im Maßregelvollzug bedeutet eine anspruchsvolle Tätigkeit. Therapeutisches Wissen und Handeln sowie Rechtskenntnis geben Sicherheit im Alltag, eine klare Abgrenzung bei Übergriffen. Die Maßregelvollzugseinrichtung leistet ihren Beitrag für die Allgemeinheit und zum Schutz des Einzelnen. Das sind nochmals die Schwerpunkte bzw. Zusammenfassung zum Thema Selbstverteidigung. Und mit dieser starken Strukturierung macht es schon Sinn.

Wir haben also in den zurückliegenden zehn Jahren keinerlei gravierende Übergriffe auf Mitarbeiter seitens der Patienten gehabt und wir haben auch in Bezug auf die Außenwirkung eine Situation, dass wir Vorkommnisse im Sinne von meldepflichtigen Ereignissen gleich null haben. Wir machen in allen drei Maßregelvollzugskliniken in Mecklenburg-Vorpommern auch eine Erfassung nichtmeldepflichtiger Ereignisse und auch die wird immer weiter und verschwindend gering.

Sehr geehrte Damen und Herren, soweit zu meinen Ausführungen.

Fragen/Anmerkungen aus dem Publikum:

Publikum: „Sie hatten von Notwehr gesprochen und den § 32 dort dargestellt. Sicherlich kann ein Bediensteter gegen einen Angriff durch einen Patienten Notwehr üben als Individualrecht. Aber auch nur darauf bezieht sich dieses Notwehrrecht. Es kann sich nicht die Klinik auf Notwehr berufen, wenn sie irgendwelche Leistungen aus finanziellen oder ähnlichen Gründen nicht erbringen kann. Das ist kein Fall der Notwehr. Sondern Notwehr ist ein Individualrecht zwischen zwei Menschen in der Regel oder mehreren Personen.“

Dr. Gillner: „Genauso wollte ich verstanden wissen, dass es tatsächlich ein Individualrecht ist und nicht, dass die Einrichtung massiv vorgeht“.

Publikum: „Je nachdem, was die Maßregelvollzugsgesetze an Eingriffsoptionen oder Voraussetzungen vorsehen, kann es ja sogar sein, das Notwehrrecht als solches ist relativ „scharf“, man kann also, wenn man irgendwo angegriffen wird, sich relativ schnell, relativ intensiv verteidigen. Es kann sogar juristisch sein, dass sich das Maßregelvollzugsrecht für den Bediensteten ein bisschen „darüber legt“ und vielleicht noch stärker in Richtung passiver Verteidigung oder Androhung von bestimmten Maßnahmen geht. Also so intensiv, wie der § 32 StGB formuliert ist, ist auch etwas, was sozusagen für den professionellen Kontext, wenn man mit Patienten umgeht, unter Umständen dann nochmal der Einschränkung bedarf. Was nicht heißt, dass man sich nicht verteidigen darf, aber was eben heißt, dass man aus seinem professionellen Selbstverständnis heraus unter Umständen weniger darf, als man jetzt auf der offenen Straße dürfte, wenn man irgendwo angegriffen wird.“

Dr. Gillner: „Mir ging es bei dem Thema, und so hatte ich auch die Anfrage von Frau Dr. Bücken verstanden, mehr um die Einrichtung und ich denke, da habe ich zum Schluss meines Vortrages nochmals ganz klar gesagt, wie viel ich von Kooperation und Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen, die den Auftrag Maßregelvollzug durchführen, halte. Dass man nicht in die extrem ungünstige Situation kommt, alleine zu sein. Damit ist man im Grunde genommen nicht arbeitsfähig. Wenn man das Gefühl hat, ich bin alleine, ich bin schwach, man wird von allen Seiten angegriffen – das darf nicht passieren. Dann funktioniert Maßregelvollzug im Sinne von Auftrags Erfüllung nicht.“

Publikum: „Sie sprachen von klarer Abgrenzung und von Sanktionen, wenn ein Patient, auch verbal, übergriffig wird. Ich denke, für die Klinik sind die Grenzen ja klar, wann ist ein Übergriff, wann ist eine verbale Attacke definiert. Inwiefern wissen die Patienten auch um diese klare Regeln und auch wie weit können Sie die Sanktionen in ihr Verhalten mit einkalkulieren?“

Dr. Gillner: „Die Patienten werden zu Beginn ihrer Unterbringung über solche (ich darf es vielleicht mal so flapsig sagen) „Spielregeln“ informiert. Sie haben die Regeln auch in der Hand und insofern wissen sie auch um Sanktionen. Ich hatte auch gesagt, dass es keine willkürlichen (im Sinne von Bestrafungen) Sanktionen sind, sondern ganz klar, wenn... dann...“

Publikum: „Wie sehen die Sanktionen aus und welche Rechtsgrundlage haben Sie in Mecklenburg-Vorpommern. In Nordrhein-Westfalen ist es so, dass Disziplinarmaßnahmen im Maßregelvollzug nicht vorgesehen sind und wir demzufolge natürlich Probleme im Alltag des Maßregelvollzugs haben.“

Dr. Gillner: „Wir haben einmal Rechtsvorschriften für die Mitarbeiter im Maßregelvollzug (Verhaltensweisen, Hausordnungen sind dort auch definiert in dieser Vorschriftensammlung). Im PsychKG sind Sanktionen so nicht direkt formuliert, wie Sie sie jetzt gerade sagen. Das sind individuelle Informationen, die die Patienten dann erhalten. Wenn Sie nach konkreten Sanktionen fragen: Lockerungsversagen für einen definierten Zeitraum oder Einzug von Gegenständen.“

Publikum: „Hat es in Ihrer Einrichtung auch schon Übergriffe von Mitarbeitern auf Patienten gegeben oder ist das ein Tabuthema?“

Dr. Gillner: „Nein, das ist kein Tabuthema. Nach meiner Kenntnis hat es bisher keine Übergriffe gegeben. Ich weiß, dass es mal Übergriffe gegeben hat, der letzte ist aber schon über 20 Jahre her – also vor dem Einigungsvertrag. Der Übergriff sah insoweit aus, dass ein Pfleger einem Patienten das Bein gestellt und geschupst und dann sich darüber lustig gemacht hat, warum er denn gestolpert sei. Also das ist der einzige Fall, der mir bekannt ist“.

Beschwerden im Kontext der Behandlung

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Norbert Schalast ¹⁹

Zusammenfassung

Die Auseinandersetzung mit den Beschwerden von Patienten hat nur scheinbar marginale Bedeutung für die Arbeit im Maßregelvollzug und mit forensischen Patienten. An der Frage, wie sie angemessen erfolgt, lassen sich Grundprobleme der Behandlung diskutieren. Eine Dichotomie von motivierten Patienten und solchen, die die Klinikverantwortlichen mit Beschwerden strapazieren, erscheint dabei nicht sachgerecht. Therapie im Maßregelvollzug lässt sich nur eingeschränkt als verbale „Aufarbeitung“ von Erfahrungen im Schutze „tragfähiger therapeutischer Beziehungen“ verstehen. Therapie stellt sich dar als reflektiertes Antworten auf das, was der Patient durch sein Handeln und in der Interaktion vermittelt. Dies gilt auch für scheinbar brave und motivierte Patienten und erst recht für den Umgang mit Beschwerden.

Es werden vier Typen von Beschwerden unterschieden. Behandler sollten sich bemühen, auf Beschwerden in einer Weise zu reagieren, die die therapeutische Arbeitsbasis zum Patienten nicht schwächt und querulatorische Entwicklungen nicht fördert. Sie sollten versuchen, ein freundliches Interesse am Patienten zu bewahren.

Einleitung

Frage nach dem Umgang mit Beschwerden führt mitten ins therapeutische Geschehen. Ein eher naives Verständnis von Therapie im Maßregelvollzug lässt sich in folgender Weise karikieren: Die Patienten haben in ihrer Biografie vielerlei belastende, enttäuschende und zum Teil traumatische Erfahrungen gemacht. Im Schutze „tragfähiger“ therapeutischer Beziehungen, in denen die Patienten erstmals Empathie und Sicherheit erleben, können solche Erfahrungen „aufgearbeitet“ werden. Auf diese Weise weichen emotionale Verhärtungen auf, Verbitterung wird überwunden, und damit erledigen sich auch Ursachen für aggressives und destruktives Verhalten. Motivierte Patienten öffnen sich diesem segensreichen Prozess, aber einige unmotivierte Quertreiber verweigern sich ihm und stören die Behandlung mittels Beschwerden und Eingaben. Ich halte eine solche Dichotomie für ungeeignet und unangemessen.

¹⁹ Institut für Forensische Psychiatrie, Essen

Ulrich Streeck (2002), Leiter einer psychiatrischen Klinik in Niedersachsen, hat in wissenschaftliche Beiträgen Überlegungen zur Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten entwickelt. Eine seiner gut belegten Thesen lautet: Bei Menschen mit schweren Entwicklungsstörungen haben Sprache, Worte eine andere soziale Funktion als bei Menschen, die relativ gute Entwicklungsbedingungen und sichere Bindung in der Kindheit erlebt haben. Letztere wollen sich – zumindest in intimen sozialen Situationen oder zum Beispiel in einer Therapie – mit Worten verständlich machen, wollen ihr Erleben kommunizieren, suchen Halt und Verbundenheit. Menschen mit schweren Entwicklungsstörungen dienen Worte eher dazu, die Situation zu kontrollieren oder beim Gesprächspartner etwas zu bewirken. Einige Zitate: „Persönlichkeitsstörungen sind Störungen des Sozialen. Sie manifestieren sich in der Interaktion, im Kontakt mit anderen, was sie von weniger basalen psychischen Beeinträchtigungen unterscheidet.“ „Die interpersonalen Probleme stellen sich nicht in der Bedeutung der Worte dar, die die Patienten verwenden und mit denen sie ihr Erleben ausdrücken, sondern im Vollzug der Interaktion.“ „In Handlungsdialogen, nicht in dem mit Worten kommunizierten Erleben, wird die Störung der Patienten deutlich.“ (Streeck 2002)

Dies ließe sich mit vielen Alltagserfahrungen aus dem Maßregelvollzug belegen. Ein Beispiel: Ein Patient geht auf die Entlassung zu. Er erklärt den Mitarbeitern, wie sehr er sich darauf freue, endlich sein eigener Herr zu sein: „Dass ich hier gelandet bin, das war der Tiefpunkt, das war mir eine Lehre. Hier sieht mich keiner mehr. Irgendwann muss ich ja mal vernünftig werden.“ Zwei Wochen vor der möglichen Entlassung verhindert der Patient eben diese auf irgendeine Weise, etwa durch einen Alkoholrückfall mit Fernbleiben aus der Klinik. Der Patient verhindert handelnd das, was er mit Worten heftig herbeigewünscht hat.

Ein reiferer Patient würde nach längerer stationärer Behandlung in der Therapie wahrscheinlich über seine Befürchtungen sprechen, würde besorgt darüber nachdenken, welche Schwierigkeiten auf ihn zukommen. Der entwicklungsgestörte Patient mag dies unterschwellig ahnen, ist jedoch bemüht, bedrohliche Affekte und Ängste zu vermeiden, sie bewusstseinsfern zu halten. Ich hatte persönlich in Gesprächen oft das Gefühl, dass Patienten versuchen, meine Zuwendung als eine Art Beruhigungsmittel zu verwenden. Patienten versuchen, mich davon zu überzeugen, dass alles gut werden wird. Wenn ihnen das gelingt, fühlen sie sich für den Moment beruhigt, stärkt es ihre Zuversicht. Es fällt Patienten schwer, Gefühle wie Unsicherheit, Beunruhigung und überhaupt stärkere (nicht aggressive) Affekte zu erleben und auszuhalten (Hayne 1990). Sie nehmen auch Konflikte, Schwierigkeiten kaum in der eigenen Person wahr. Die Aufmerksamkeit ist auf die Außenwelt gerichtet, die Widrigkeiten liegen in der Außenwelt.

Therapie im Maßregelvollzug als reflektiertes Handeln

Wir fühlen uns unter diesen Bedingungen ständig gefordert, Patienten mit ihren Wahrnehmungsverzerrungen zu konfrontieren, auf Widersprüche, auf Vereinfachungen hinzuweisen, und dagegen müssen die Patienten sich wehren. Das ist mühsam. Es hat mit diesen Schwierigkeiten zu tun, dass Suchtbehandlung und Sozialtherapie eigentlich eine Domäne von Gruppenarbeit sind. In der Gruppe gibt es mehr Spielraum als in Einzelgesprächen, es passiert mehr, und Konfrontation durch Mitpatienten ist viel effektiver als durch den Einzeltherapeuten. Bei Streeck (2002) findet sich dazu folgende Feststellung: „In der Gruppe gibt es eine Pluralität der Übertragungen und mehr Bewegungsspielraum für den Therapeuten.“ Und noch ein letztes Zitat von Streeck, dass wohl oft auf die Maßregelsituation zu übertragen ist: „In manchen schwierigen Fällen ist die therapeutische Aktivität im Wesentlichen ein reflektiertes Handeln.“

Und damit komme ich zurück zum Thema Patientenbeschwerden: Wenn unsere Wahrnehmung des Patienten sich weniger darauf konzentriert, was er mit Worten mitteilt, sondern was sich in der Interaktion mit ihm darstellt, dann gibt es zunächst einmal wenig Anlass, im Schreiben von Beschwerden eine störende, therapiewidrige Aktivität zu sehen. Unter rechtlichen Gesichtspunkten handelt es sich ja ohnehin um eine legitime Form, sich mit dem institutionellen Rahmen auseinander zu setzen. Das Schreiben von Beschwerden ist sicher ein durchaus sinnvollerer Weg als etwa kriminelles Ausagieren oder Suchtmittelkonsum. Auch gibt es ja Patienten, deren Angepasstheit und Bravheit uns nicht geheuer ist und bei denen wir vielleicht gelegentlich denken: Wenn er sich wenigstens einmal beschweren würde, dann wären wir schon einen Schritt weiter!

Belastung der Beschäftigten

Die vorstehenden Überlegungen sind vermutlich ein schwacher Trost für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich im Arbeitsalltag immer wieder mit der Bearbeitung von Beschwerden herumplagen müssen und vielleicht zu langen Fragenkatalogen von Beschwerdeinstanzen Stellung nehmen müssen. Die Aufmerksamkeit mancher Patienten ist ja fast lauernd auf die Mängel der anderen gerichtet, und wir sind nun mal alle mangelhaft, das gilt ganz sicher für Kliniken, Behandlungsteams und Therapeuten des Maßregelvollzugs. Das kann auch heißen: Unsere realen Schwachpunkte werden aufgegriffen, dokumentiert und nach außen getragen. Dann wird es mühsam, entspricht es nicht der Vollstellung von der eigenen Tätigkeit, und wir erleben es vielleicht auch als ungerecht. Unsere Toleranz für Beschwerden kann geringer werden, wenn wir die Arbeitssituation ohnehin als ausgesprochen anstrengend empfinden und wenn sich auf unserem Schreibtisch die Arbeit häuft. Wir wünschen uns dann Patienten, die etwas braver sind, kompro-

missfähiger, die die Probleme nicht immer bei anderen suchen sondern bei sich selbst. Leider ist die Wahrscheinlichkeit, mit einer solchen verträglichen Persönlichkeitsstruktur in den Maßregelvollzug zu kommen, relativ gering.

Ich fasse an dieser Stelle noch einmal zusammen: Therapie im Maßregelvollzug, das ist weniger der Austausch von Worten in einer intimen, vertrauten Situation. Es geht nur begrenzt um das, was der Patient mit Worten kommuniziert, sondern um sein Verhalten, sein Handeln insgesamt und die Art und Weise, wie wir ihn im Kontakt, in alltäglichen Situationen erleben. Und Behandlung bedeutet eben oft: reflektiert handeln und das Verhalten, die Handlungen des Patienten sinnvoll, konstruktiv beantworten.

Vier Typen von Beschwerden und Strategien des „Antwortens“

Dies kann man auf das Umgehen mit Beschwerden beziehen. Ich möchte im Folgenden vier idealtypische Arten von Beschwerden unterscheiden, die uns auf unterschiedliche Weise herausfordern und sicher auch unterschiedliche Antworten erfordern.

Da wären zunächst solche Beschwerden, die einen Hintergrund in schweren psychiatrischen Erkrankungen haben und/oder in denen eine schwere Störung des Realitätsbezugs offensichtlich ist. Ein krasses Beispiel wäre etwa, dass ein Patient sich darüber beschwert, von der Klinikküche aus bestrahlt zu werden, oder, ein etwas komplexerer Fall: Ein Patient, vorverurteilt wegen Vergewaltigung, tötet ein junges Mädchen und leugnet die Tat durchgängig; er ist seit 15 Jahren untergebracht, und in den Unterlagen finden sich die Adressen von neun Rechtsanwältinnen und –anwälten, mit denen er versucht hat, ein Wiederaufnahmeverfahren zu erreichen. Er ist weiterhin überzeugt, dass seine Bemühungen erfolgreich sein werden und die Gerechtigkeit obsiegen wird. Hintergrund seines Leugnens und Agierens bildet, neben einer leichten Minderbegabung, eine schwere Entwicklungsstörung, einhergehend mit einer in vieler Hinsicht verzerrten und geschönten Wahrnehmung seiner desolaten Lebensgeschichte. Solche Beschwerden mögen zwar etwas lästig sein, sie sind jedoch vergleichsweise einfach zu händeln. Ihr fehlender Realitätsbezug ist offensichtlich, ihre Ursache ist ausschließlich in der Person, in der Störung des Patienten zu finden.

Eine zweite Gruppe von Beschwerden wären solche, bei denen Patienten mit höherem Realitätsbezug auf faktische Missstände hinweisen. Solche Beschwerden machen uns u.U. viel zu schaffen, weil sie eben nicht mit einem Hinweis auf die Erkrankung des Patienten abzutun sind. Andererseits können entsprechende Beschwerden gelegentlich hilfreich sein, da sie Veränderungen anstoßen können. Wer kann eigentlich Mängel des

Systems besser einschätzen als Patienten? Mitarbeiter können sich nicht ohne Weiteres beschweren, und so kommt es nicht ganz selten vor, dass jemand aus dem Team zum Patienten sagt: „Beschweren Sie sich doch, ... (wenn Sie hier zu wenig Therapie kriegen ... o.ä.).“ Das heißt auch: Nicht immer werden solche Beschwerden von den Beschäftigten als Belastung und Bedrohung wahrgenommen. Schwierig kann es werden, wenn sich in Beschwerden objektive Mängel der Situation und eine überzogene, reizbare Anspruchshaltung des Patienten vermischen, also Züge einer Persönlichkeitsstörung. Und das ist wohl nicht selten der Fall.

Und damit komme ich zu einer dritten Gruppe von Beschwerden, deren Handling eine besondere therapeutische Herausforderung darstellt. Es handelt sich um Beschwerden, die - bei im Großen und Ganzen akzeptablen therapeutischen Bemühungen – den Therapeuten oder das Behandlungsteam depotenzieren sollen. Auf ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund wännen viele Patienten schnell, dass ihnen gegenüber Macht missbraucht wird, dass ihnen Unrecht geschieht oder ihre Bedürfnisse ignoriert werden. Solche Patienten suchen schnell den Machtkampf, und sie können gerade in der geschlossenen Institution lernen, dass Beschwerden dazu ein geeignetes – bisweilen das einzige - Mittel sind. Tatsächlich ist ja auch Sinn des Beschwerderechtes, Patienten vor Machtmissbrauch zu schützen. Und tatsächlich gibt es in solchen Institutionen immer ein Risiko inadäquater Machtausübung.

Aber auch, wenn die therapeutischen Bemühungen adäquat sind, können einzelne Patienten mit ihren therapeutischen Bezugspersonen oder der Institution den Machtkampf suchen. Im Sinne der Überlegungen von Streeck sollte man versuchen, hierin nicht vorschnell eine Aufkündigung des therapeutischen Arbeitsbündnisses zu sehen, sondern schlichtweg ein Handeln des Patienten, das vom Behandlungsteam angemessen beantwortet werden muss. Dirk Fabricius (1992) hat sich im Aufsatz „Die Klage des Querulanten“ mit der Psychodynamik querulatorischer Entwicklungen beschäftigt. Seine These lautet verkürzt: Querulanten fühlen sich aufgrund gestörter primärer Beziehungen schnell in ihren Bedürfnissen missachtet und ungerecht behandelt. Wenn sie sich mit ihren Anliegen an Instanzen und Behörden wenden oder Gerichte beschäftigen, dann antworten die, wie es ihrer Natur entspricht, förmlich und bürokratisch. Die Beschwerdeinstanz befriedigt damit in keiner Weise die latenten Beziehungsbedürfnisse des Querulanten und stimuliert ihn nur zu weiteren Aktivitäten. Eine Unterbrechung könnte gelingen auf der Ebene einer realen Beziehung und Auseinandersetzung.

Aus den Überlegungen von Fabricius ließe sich die Frage ableiten: Wie können wir auf die Beschwerde eines Patienten so reagieren, dass wir eine unproduktive, förmliche

Auseinandersetzung vermeiden? Wie können wir in einer Weise reagieren, die eine therapeutische Begegnung eher fördert?

Gänzlich untherapeutisch erscheint mir das, was ich eine Zeitlang in einer Klinik erlebt habe: Der leitende Abteilungsarzt führte mit Beschwerdeführern exklusive Einzelgespräche und verhandelte mit ihnen darüber, unter welchen Umständen sie die Beschwerde zurückziehen würden. Den Patienten wurden damit ein realer Erfolg beschieden und ihr Agieren damit belohnt, und zwar – und das ist das Problematische – außerhalb der eigentlichen therapeutischen Bezüge. So gelingt es Patienten tatsächlich, ihre Therapeuten zu depotenzieren.

Meine eigene Praxis im Umgang mit Beschwerden war die Folgende: Ich habe gegenüber der Beschwerdeinstanz Stellung genommen und die ganze Angelegenheit gegenüber dem Patienten mit keiner Silbe kommentiert. Ich habe auf diese Weise versucht, das Agieren des Patienten ins Leere laufen zu lassen. Gleichzeitig war klar, dass wir uns durch Beschwerden nicht irritieren lassen und unser freundliches Interesse am Patienten beibehalten wollten. Das heißt, wir haben uns die Ebene der Auseinandersetzung vom Patienten nicht diktieren lassen. Wir sind mit ihm umgegangen, als hätte es gar keine Beschwerde gegeben.

Im Sinne von Streeck's These von einer „Therapie als reflektiertem Handeln“ sind sicherlich auch andere Reaktionen denkbar. Es sollte immer bedacht werden, was das therapeutische Arbeitsbündnis stärken könnte: Das entspricht der These von Fabricius, dass versucht werden müsste, die latenten Beziehungsbedürfnisse des ‚Querulanten‘ anzusprechen. In bestimmten Fällen mag es sinnvoll sein, ganz direkt und persönlich auf eine Beschwerde zu reagieren, Verständnis oder auch Ärger zu vermitteln, die eigene Sichtweise und die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten deutlich zu machen. Dass in Gesprächen mit einem Abteilungs- oder Chefarzt Beschwerden besprochen werden, ist durchaus akzeptabel. Allerdings dürfen Beschwerden kein exklusiver Anlass für solche Gespräche sein, und die maßgeblichen Behandler sollten einbezogen werden.

Es soll nun nicht behauptet werden, dass sich immer kreative und konstruktive Lösungen finden lassen. Ein vierter Typus von Beschwerden soll im Folgenden zumindest noch benannt werden, an dessen Existenz mich das Abstract des Vortrags von Fr. Dr. Saimeh erinnert hat. Es geht dabei um Patienten, die gleichsam die Erfüllung darin finden, die Institution mittels Beschwerden zu bekämpfen. Ich war damit in der Praxis kaum konfrontiert, weil ich mit Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB gearbeitet habe. Mit denen findet man entweder eine Ebene der Zusammenarbeit, oder die Unterbringung

läuft auf eine „Erledigung mangels hinreichender Erfolgsaussichten“ hinaus. Bei Patienten, die sich exzessiv beschwerden, ist die Unterbringungssituation häufig völlig verfahren; wir sehen keine Möglichkeit der Lockerung oder gar Entlassung, und die Patienten selbst erleben sich ebenfalls perspektivlos. Vielleicht haben schon mehrere Therapeutenwechsel stattgefunden, und der Patient ist nicht bereit, noch einmal Hoffnung in therapeutische Zuwendung zu setzen. Beschwerden können dann erlebt werden als eine letzte Möglichkeit, sich einen Rest an Autonomie zu bewahren. Solche Konstellationen können kraftraubend und nicht auflösbar sein. Meine Empfehlung lautet auch hier: sich die Ebene der Auseinandersetzung möglichst wenig diktieren lassen, dem Patienten weiterhin mit Interesse begegnen, sich persönlich mit ihm auseinandersetzen, streiten, die Begrenzung der eigenen Spielräume klarmachen.

Behandlung im Maßregelvollzug bedeutet auch immer: Kampf um Grenzen, Auseinandersetzung mit Unehrlichkeit, Aggression und Misstrauen. Das wohlüberlegte Umgehen mit Beschwerden ist ein integraler Bestandteil eines Verständnisses von Behandlung, bei dem das reflektierte Handeln oft wichtiger ist als der Austausch von Worten. Vielleicht spricht man ja auch deshalb von Behandlung und nicht von Bewortung.

Literatur:

Fabricius D (1992) Die Klage des Querulanten. *Recht & Psychiatrie*, 10(4), 124-128.

Hayne MB (1990): Zum Problem der Affekte bei der Sucht. *Forum der Psychoanalyse*, Heft 6, 105-115.

Streeck U (2002) Gestörte Verhältnisse – Zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 2(6), 109- 125.

Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Spannungs- verhältnis von Therapie, Sicherheit und Patientenrechten

Dr. jur. Michael Lindemann²⁰

I. Einleitung

In kaum einem anderen Lebensbereich ist der einzelne Bürger der rechtlichen und faktischen Macht des Staates so umfassend unterworfen wie in denjenigen Verhältnissen, die auf hoheitlich angeordneter Freiheitsentziehung beruhen²¹ – dies gilt ungeachtet der Überwindung des „besonderen Gewaltverhältnisses“ durch die Strafgefangenen-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts²² und des in ihrem Gefolge durchlaufenen Prozesses der Verrechtlichung und Vergesetzlichung²³ nicht nur für den Vollzug von Straf- und Untersuchungshaft, sondern auch für den Vollzug der Unterbringung nach § 63 StGB. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass im psychiatrischen Maßregelvollzug eine Patientengruppe untergebracht ist, der im Strafurteil eine erhebliche Gefährlichkeit für die Allgemeinheit attestiert wurde, die sich überdurchschnittlich häufig durch Sozialisationsdefizite sowie zum Teil verfestigtes dissoziales Verhalten auszeichnet, und die bei weitem nicht immer die für eine adäquate Behandlung des Anlassleidens wünschenswerte Krankheitseinsicht und Therapiemotivation aufweist. Das in diesem „gesteigert konfliktträchtigen sozialen Raum“²⁴ agierende ärztliche und pflegerische Personal wird durch die vielfältigen Spannungen des Vollzugsalltags vor beträchtliche Herausforderungen gestellt und nicht zuletzt mit inneren Widersprüchen zwischen seinem Selbstverständnis als Angehörige sog. „helfender Professionen“ und der Notwendigkeit einer administrativen Konfliktbewältigung konfrontiert – gilt es doch zu beachten, dass sich Maßnahmen, die den Patienten auferlegt werden, anders als in privatrechtlichen Behandlungsverhältnissen regelmäßig als Grundrechtseingriffe darstellen, die einer hinreichend bestimmten gesetzlichen Grundlage und der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung bedürfen.²⁵ Die Behandlung in der forensischen Psychiatrie findet schließlich unter den Augen einer wachsameren Öffentlichkeit statt, die ein besonderes Sicherheitsbedürfnis insbesondere im Hinblick auf die im Maßregelvollzug untergebrachten Sexual- und Gewaltstraftäter artikuliert.

²⁰ Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

²¹ Vgl. für den Vollzug von Straf- und Untersuchungshaft *Kruis/Cassardt* NSTZ 1995, 574 (579).

²² BVerfGE 33, 1.

²³ Zum Prozess der Vergesetzlichung in der forensischen Psychiatrie *Lindemann*, Die Sanktionierung unbotmäßigen Patientenverhaltens, 2004, S. 62 ff.; zur vorausgegangenen Entwicklung im Vollzug der Freiheitsstrafe *Walter*, Strafvollzug, 2. Auflage 1999, Rn. 374 ff.

²⁴ Dazu *Lindemann*, a.a.O. (FN 23), S. 1 ff.

²⁵ Siehe hierzu BVerfG, Beschlüsse der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 30.11.2006 – 2 BvR 1418/05 –, NSTZ-RR 2007, 92 (93) und vom 12.11.2007 – 2 BvR 9/06, DVBl 2008, 38.

Durch häufig skandalisierende Berichterstattung medial verstärkte Tendenzen der Ausgrenzung und der Nulltoleranz legen sich hemmend auf die Praxis des Maßregelvollzuges und erschweren die Bemühungen um eine Reintegration der Patienten, die eben nicht ohne jedes Risiko zu haben ist.

Geht man vor diesem Hintergrund der Frage nach, welchen Niederschlag das beschriebene multipolare Kräfteverhältnis in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gefunden hat, so fällt zunächst die vergleichsweise geringe Zahl begründeter Entscheidungen des Gerichts auf, die Sachverhalte aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug zum Gegenstand haben. Zwar ist in jüngerer Zeit ein gewisser Anstieg der Verfassungsbeschwerden nach § 63 StGB Untergebrachter zu verzeichnen;²⁶ dass diese Beschwerden der regelmäßig zur Entscheidung berufenen Kammer (§ 93b Satz 1 BVerfGG) jedoch Anlass zu einer umfassenderen Begründung oder gar zur Aufhebung der vorausgegangenen fachgerichtlichen Entscheidungen (§ 95 Abs. 2 BVerfGG) geben, ist nach wie vor eher selten der Fall. Nun würde es sicher zu kurz greifen, den Grund hierfür allein darin zu sehen, dass die Verhältnisse in der forensischen Psychiatrie keinen oder nur geringen Anlass zu verfassungsrechtlicher Beanstandung geben; lassen doch die wenigen Sachverhalte, die einer ausführlicheren Erörterung durch das Gericht unterzogen werden, durchaus problematische Begründungen der Vollzugsorgane für rechtsbeschränkende Maßnahmen erkennen. Vielmehr wird man erstens die in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ausdifferenzierten Zulässigkeitsvoraussetzungen der Verfassungsbeschwerde in den Blick nehmen müssen, deren Einhaltung selbst ausgebildeten Juristen immer wieder Schwierigkeiten bereitet und für die in der Artikulation ihrer rechtlichen Belange regelmäßig ungeübten Maßregelpatienten mithin erst recht ein Problem darstellen dürfte.²⁷ Hinzu kommen zweitens Besonderheiten des Annahmeverfahrens nach § 93a BVerfGG, die dem Gericht einen vergleichsweise flexiblen Umgang mit den eingehenden Beschwerden ermöglichen, und drittens ein besonderer Kontrollmaßstab, der dem Bundesverfassungsgericht die Rolle einer gleichsam über den Fachgerichten thronenden „Superrevisionsinstanz“ versagt und es auf die Beanstandung von Verletzungen spezifischen Verfassungsrechts beschränkt.²⁸ Nicht übersehen werden sollte allerdings auch, dass sich gerade bei Eingaben aus dem Vollzugsbereich und da-

²⁶ Vgl. *Lübbe-Wolff/Lindemann* NSTZ 2007, 450 (451); *Lübbe-Wolff/Frotz* NSTZ 2009, 616. Danach hatten Beschwerden aus dem Maßregelvollzug 2008 immerhin einen Anteil von 16% an den insgesamt 251 Eingängen in Vollzugssachen.

²⁷ Zu in der Praxis häufig nicht beachteten Zulässigkeitsvoraussetzungen vgl. *Lübbe-Wolff/Geisler* NSTZ 2004, 478 (479 ff.); *Lübbe-Wolff/Lindemann* NSTZ 2007, 450 (451 f.); *Lübbe-Wolff/Frotz* NSTZ 2009, 616 ff.; ausführlich zu den maßgeblich durch Richterrecht entwickelten Voraussetzungen der Subsidiarität und der Substantiierung *Lübbe-Wolff* EuGRZ 2004, 669 ff.

²⁸ Zusammenfassend für einen Fall der Besiztziehung im Strafvollzug BVerfG NSTZ-RR 1996, 252: „Die Prüfung, ob einem Strafgefangenen aus Gründen der Gefährdung von Sicherheit oder Ordnung der Anstalt der Besitz eines Gegenstands versagt oder ob eine Genehmigung aus diesen Gründen widerrufen werden darf, obliegt in erster Linie den dafür allgemein zuständigen Fachgerichten. Deren Entscheidungen unterliegen *keiner allgemeinen Rechtskontrolle* durch das BVerfG. Das BVerfG kann hier nur eingreifen, wenn *Verfassungsrecht verletzt* ist; dies ist der Fall, wenn die angegriffene Entscheidung *willkürlich* erscheint (vgl. BVerfGE 18, 86 [96]) oder auf Auslegungsfehlern beruht, die eine *grundsätzlich unrichtige Anschauung von der Bedeutung und Reichweite eines Grundrechts* erkennen lassen (vgl. BVerfGE 18, 85 [92 f.]).“ – Hervorhebungen M.L.

mit auch bei solchen aus dem Maßregelvollzug das Problem querulatorischer Beschwerden stellt, dem das Gericht durch einen zurückhaltenden, wenn nötig aber durchaus bestimmten Einsatz der ihm durch § 34 Abs. 2 BVerfGG eingeräumten Möglichkeit, Missbrauchsgebühren aufzuerlegen, zu begegnen versucht.²⁹

II. Effektiver Rechtsschutz gegen Grundrechtseinschränkungen im Maßregelvollzug

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der für den vorliegend erörterten Zusammenhang relevanten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts betrifft die Verwirklichung des in Art. 19 Abs. 4 GG verankerten Anspruchs auf effektiven Rechtsschutz.³⁰ Ein Grund für die besondere Betonung, welche diese eher formale Position in der Rechtsprechung des Gerichts erfährt, liegt sicher auch in der bereits angedeuteten Aufgabenteilung zwischen Bundesverfassungsgericht und Fachgerichten: Während *diese* gehalten sind, den verfahrensgegenständlichen Sachverhalt aufzuklären und über die Auslegung und Anwendung des einfachen Rechts durch die anordnende Behörde zu wachen, ist *jenes* für die ihm obliegende Prüfung evidenter Verfassungsverstöße gerade auf eine umfassende fachgerichtliche Vorprüfung des Beschwerdevorbringens in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht angewiesen.³¹

1. Maßnahmecharakter eines bloßstellenden Aushangs

Schon bei der Auslegung des Maßnahmebegriffes des § 109 Abs. 1 Satz 1 StVollzG, auf den § 138 Abs. 3 StVollzG für den Maßregelvollzug verweist, kommt der grundrechtlichen Garantie effektiven Rechtsschutzes aus Art. 19 Abs. 4 GG Bedeutung zu. Für die Beantwortung der Frage, ob ein Handeln oder Unterlassen der Vollzugsbehörde eine regelnde Maßnahme im Sinne der Norm darstellt, kommt es darauf an, ob die Möglichkeit besteht, dass dieses Handeln oder Unterlassen Rechte des Betroffenen verletzt.³² Erfolg hatte daher die Verfassungsbeschwerde eines Patienten, der sich dagegen gewehrt hatte, dass man an der Pflegezimmertür – auch für die Mitpatienten lesbar – einen Zettel mit bloßstellenden Angaben aus seinem Intimbereich an-

²⁹ Insbesondere im Zusammenhang mit der Behandlung von Eilanträgen nach § 32 BVerfGG findet sich häufiger ein entsprechender *Hinweis* (vgl. etwa BVerfG, Beschlüsse der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 27.06.2006 – 2 BvR 1041/06 –, und vom 28.06.2006 – 2 BvR 1652/06 –, jeweils Juris); zur tatsächlichen *Auferlegung* kommt es hingegen nur selten (siehe etwa BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 9. März 2006 – 2 BvR 312/06 –, Juris). Vgl. dazu auch *Lübbe-Wolff/Geisler* NSTZ 2004, 478 (485).

³⁰ Siehe wiederum für den Strafvollzug *Lübbe-Wolff/Lindemann* NSTZ 2007, 450 (454 ff.); *Lübbe-Wolff/Frotz* NSTZ 2009, 616 (619 ff.).

³¹ Auf verfassungsprozessualer Ebene wird dieses Verhältnis durch den im Gebot der Rechtswegerschöpfung nach § 90 Abs. 2 Satz 1 BVerfGG zum Ausdruck kommenden Subsidiaritätsgrundsatz ausgedrückt, vgl. BVerfGE 72, 39 (43); 77, 381 (401); 78, 155 (160); 120, 274 (300).

³² Vgl. BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 03.07.2006 – 2 BvR 1383/03 –, Juris.

gebracht hatte. In der Zurückweisung des hiergegen gerichteten Antrages als unzulässig mit der Begründung, es habe sich lediglich um einen innerdienstlichen Vermerk und daher nicht um eine gemäß § 109 Abs. 1 Satz 1 BVerfGG angreifbare Maßnahme gehandelt, sah das Bundesverfassungsgericht eine Verletzung des Beschwerdeführers in seinem Grundrecht aus Art. 19 Abs. 4 GG. Nicht hinreichend berücksichtigt habe das Landgericht insbesondere eine mögliche Verletzung des Persönlichkeitsrechts des Beschwerdeführers (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 GG) durch den für jedermann einsehbaren Aushang.³³

2. Verneinung des Rechtsschutzbedürfnisses mit offensichtlich unhaltbarer Begründung

Gegenstand einer weiteren Verfassungsbeschwerde war eine landgerichtliche Entscheidung, in der das Rechtsschutzinteresse für einen auf Vollzugslockerungen im Maßregelvollzug gerichteten Antrag auf gerichtliche Entscheidung mit der Begründung verneint worden war, dem Beschwerdeführer seien solche Lockerungen unter der Voraussetzung in Aussicht gestellt worden, dass er seiner vorherigen Verlegung in eine andere Einrichtung zustimme. Das Bundesverfassungsgericht erklärte diese Begründung für unhaltbar. Die Frage, ob der Beschwerdeführer sich um der erstrebten Lockerungen willen mit einer Verlegung abfinden müsse, berühre dessen Rechtssphäre durchaus in erheblicher Weise und sei daher im Verfahren nach §§ 109 ff. StVollzG zu klären.³⁴

3. Unzureichende Sachverhaltsaufklärung bei grundrechtseingreifenden Maßnahmen

Das Bundesverfassungsgericht sieht sich darüber hinaus des öfteren veranlasst, an die Pflicht der Fachgerichte zu erschöpfender Sachverhaltsaufklärung zu erinnern.³⁵ Exemplarisch hierfür ist eine Verfassungsbeschwerde, der folgender Sachverhalt zugrunde lag: Dem Beschwerdeführer waren für die Dauer von vier Wochen sämtliche persönlichen Gegenstände mit Ausnahme der sog. Grundausrüstung entzogen worden. Während der Beschwerdeführer hierin eine unzulässige Disziplinarmaßnahme sah, begründete das Krankenhaus die Anordnung mit der Neigung des Beschwerdeführers, schwächere Mitpatienten zu beeinflussen und unangenehme Dienste von ihnen gegen kleinere Zuwendungen für sich erledigen zu lassen. Die

³³ Siehe BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 20.03.2007 – 2 BvR 1637/05 – Juris; dazu *Lübbe-Wolff/Frotz* NSTZ 2009, 616 (619).

³⁴ Vgl. BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 30.05.2007 – 2 BvR 2012/05 –, Juris unter Hinweis auf die Entscheidung BVerfGK 6, 260 (264), welche die Grundrechtsrelevanz ungewollter Verlegungen hervorhebt.

³⁵ Vgl. für den Strafvollzug BVerfG, StV 1994, 263 f.; 1995, 651 f.; NSTZ-RR 1998, 121 (122); NSTZ 1999, 428 (429); StraFo 2007, 24; für die Untersuchungshaft BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 24.01.2008 – 2 BvR 1661/06 –, Juris.

Maßnahme sei angemessen und therapeutisch vertretbar, um ihn zu einer Verhaltenskorrektur zu motivieren. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer auf seinem Zimmer Gegenstände unklarer Herkunft besessen, wie etwa einen zweiten Fernseher, einen zweiten PC-Drucker und einen "Kabelsalat", der aus brandschutztechnischer Sicht nicht zulässig gewesen sei. Der Beschwerdeführer widersprach dieser Darstellung. Nachdem die Gegenstände zwischenzeitlich wieder zurückgegeben worden waren, wies das Landgericht den als Feststellungsantrag aufrechterhaltenen Antrag als unbegründet zurück, da die Entziehung der Gegenstände sowohl aus Gründen der Sicherheit und Ordnung als auch aus Behandlungsgründen veranlasst gewesen sei.

Das Bundesverfassungsgericht hob die mit der Verfassungsbeschwerde angegriffene Entscheidung wegen Verstoßes gegen die gerichtliche Aufklärungspflicht auf. Das Rechtsstaatsprinzip, die materiell berührten Grundrechte und das Grundrecht aus Art. 19 Abs. 4 GG seien verletzt, wenn grundrechtseingreifende Maßnahmen im Maßregelvollzug von den Gerichten ohne zureichende Sachverhaltsaufklärung als rechtmäßig bestätigt würden. Eine nähere Sachverhaltsaufklärung wäre zunächst im Hinblick auf die angenommene Gefährlichkeit der Kabel geboten gewesen, da der Beschwerdeführer diese bestritten habe und die vorgenommene Befristung der Entziehung auf vier Wochen vor dem Hintergrund der Einordnung als Maßnahme der Gefahrenabwehr unverständlich erscheine. Der weiteren Aufklärung hätte überdies die Rechtfertigung der Maßnahme mit Behandlungsgründen bedurft, da die Schilderung manipulativer Neigungen durch die Klinik unsubstantiiert geblieben und der Beschwerdeführer ihr entgegengetreten sei.³⁶

4. Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Gewährung von Eilrechtsschutz

Obwohl das Verfahren nach den §§ 109 ff. StVollzG in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichtsbarkeit fällt, handelt es sich dem Wesen nach um ein Verwaltungsstreitverfahren, was insbesondere darin zum Ausdruck kommt, dass die einschlägigen Antragsarten den Rechtsschutzmöglichkeiten der VwGO nachgebildet wurden.³⁷ Bei der Handhabung dieses verwaltungsprozessualen Instrumentariums unterlaufen den Fachgerichten bisweilen Fehler, die einer Korrektur durch das Bundesverfassungsgericht bedürfen. Anlass zu Missverständnissen bieten etwa die Voraussetzungen der Gewährung von Eilrechtsschutz gemäß § 114 Abs. 2 Satz 1 StVollzG (Aussetzung des Vollzuges) bzw. § 114 Abs. 2 Satz 2 StVollzG i.V.m. § 123 VwGO (Erlass einer einstweiligen Anordnung). Hier finden sich immer wieder Entscheidungen,

³⁶ BVerfG NStZ-RR 2007, 92 f.

³⁷ Vgl. BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 22.03.2007 – 2 BvR 1983/05 –, Juris Rn. 32 unter Hinweis auf *Müller-Dietz*, in: FS 150 Jahre Landgericht Saarbrücken, 1985, S. 335 (340). Siehe auch *Lindemann*, a.a.O. (FN 23), S. 318.

in denen die Aussetzung des Vollzuges einer belastenden Maßnahme zu Unrecht mit dem Argument abgelehnt wird, es handele sich um eine unzulässige „Vorwegnahme der Hauptsache“. Dabei wird jedoch verkannt, dass in der beanstandeten temporären Wirkung der Aussetzung – die als solche tatsächlich nicht wieder rückgängig gemacht werden kann – gerade der vom Gesetzgeber vorgesehene Regelungsgehalt des vorläufigen Rechtsschutzes gegen belastende Maßnahmen liegt. Statt einer unzutreffenden Berufung auf die Vorwegnahme der Hauptsache, wäre in den in Rede stehenden Fällen gemäß § 114 Abs. 2 Satz 1 StVollzG zu prüfen gewesen, ob die Gefahr bestand, dass die Verwirklichung eines Rechts des Beschwerdeführers vereitelt oder wesentlich erschwert wird, und ob der Aussetzung kein höher zu bewertendes Interesse an dem sofortigen Vollzug entgegenstand.³⁸

III. Einzelne Aspekte des Vollzugsalltages mit verfassungsrechtlicher Bedeutung

In materieller Hinsicht berühren die zum Maßregelvollzug ergangenen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts so unterschiedliche Aspekte des Vollzugsalltages wie die Unterbringungsbedingungen, den Umgang mit Regelverstößen, die Anordnung von Sicherungsmaßnahmen, Einschränkungen des Besuchsrechts sowie die Einsicht des Patienten in über ihn geführte Krankenunterlagen.

1. Unterbringungsbedingungen

Ohne Erfolg blieb die Verfassungsbeschwerde eines Maßregelpatienten, der sich gegen seine Unterbringung gemeinsam mit zwei weiteren Patienten in einem Zimmer mit einer Grundfläche von 14,5 m² zuzüglich eines räumlich abgetrennten WC-Bereichs von 4 m² wandte. Ein Einschluss in dem Haftraum erfolgte nur zur Nachtruhe zwischen 24.00 Uhr und 6.30 Uhr, die Unterbrachten hatten erhebliche Bewegungsfreiheit auf der Station sowie außerhalb davon im Rahmen therapeutischer Aktivitäten, und es bestanden Möglichkeiten zum Rückzug in andere Räume sowie zum Alleinsein im eigenen Zimmer bei Abwesenheit der Mitbewohner. Der Auffassung des Beschwerdeführers, in der beschriebenen Gemeinschaftsunterbringung liege eine Verletzung der Menschenwürde, schloss sich das Bundesverfassungsgericht nicht an. Das Gericht führte insbesondere aus, die Frage nach den Standards, deren Unterschreitung einen Menschenwürdeverstoß begründen würde, könne, soweit es um die Sicherung eines Minimums an materiellen Voraussetzungen menschenwürdiger

³⁸ Vgl. für einen Fall aus dem Maßregelvollzug BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 15.03.2006 – 2 BvR 1419/05 –, Juris unter Hinweis auf die Kammerbeschlüsse BVerfGK 1, 201 (206); sowie BVerfG NStZ 1994, 101 f.; 1999, 532; und NVwZ 2003, 1112 f. Zum Ganzen auch *Lübbe-Wolff/Lindemann* NStZ 2007, 450 (455 f.) m.w.N.

Existenz gehe, hier wie sonst nicht ohne Berücksichtigung der allgemeinen – auch wirtschaftlichen – Verhältnisse beantwortet werden. Bezogen auf die Mehrfachbelegung sei zu beachten, dass die gemeinschaftliche Unterbringung von Menschen, die sich nicht naheständen, auch in anderen Bereichen durchaus üblich sei (z. B. Unterbringung im Mehrbettzimmer eines Krankenhauses, gemeinschaftliche Unterbringung in Bundeswehrkasernen), ohne dass dies als schlechterdings untragbar angesehen würde. Allerdings seien bei zwangsweiser gemeinschaftlicher Unterbringung Grenzen der zumutbaren räumlichen Beengtheit zu berücksichtigen, die vorliegend jedoch nicht überschritten seien.³⁹ Zwar sei nicht zu leugnen, dass die dargestellte Belegungssituation, ungeachtet der Entschärfung durch die gegebene Bewegungsfreiheit und gewisse Rückzugsmöglichkeiten, für die Betroffenen belastend und objektiv unbefriedigend bleibe. Die Schwelle einer Missachtung des Eigenwerts der Person sei jedoch durch die Zumutung solcher Unterbringungsbedingungen noch nicht erreicht. Aus dem Gebot der Menschenwürde folge jedenfalls nicht, dass im Maßregelvollzug nur eine Einzelunterbringung verfassungsgemäß wäre.⁴⁰

2. Umgang mit Regelverstößen

Angesichts der in dem oben unter II 3 referierten Fall festgestellten Verletzung der Rechte des Beschwerdeführers aus Art. 19 Abs. 4 GG konnte das Bundesverfassungsgericht die weitere mit der Verfassungsbeschwerde aufgeworfene Frage dahin stehen lassen, wie zulässige Behandlungsmaßnahmen von in dem im konkreten Fall einschlägigen Bayerischen Unterbringungsgesetz bislang nicht vorgesehenen Disziplinarmaßnahmen abzugrenzen seien. Da der angegriffene Beschluss nicht erkennen ließ, auf welche Rechtsgrundlage sich die Klinik für die angeordnete Maßnahme hätte stützen können, wies die Kammer jedoch vorsorglich darauf hin, dass die dem Beschluss zugrundeliegende Annahme des Landgerichts, ein Entzug von Gegenständen sei im Maßregelvollzug „aus Behandlungsgründen“ ohne weiteres zulässig, sofern er zur Korrektur unerwünschter Neigungen eingesetzt werde, näherer Prüfung anhand der bestehenden gesetzlichen Grundlagen bedürfe. Grundrechtseingreifende Maßnahmen seien nur auf der Grundlage einer gesetzlichen Ermächtigung zulässig, aus der sich in einer dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entsprechen-

³⁹ BVerfG EuGRZ 2008, 81 f. unter Hinweis auf BVerfG ZfStrVo 1994, 377; NJW 2002, S. 2699, 2700; Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 12.07.2000 – 2 BvQ 25/00 (unveröffentlicht). Zu dieser und weiteren, die Unterbringungsbedingungen im Vollzug von Straf- und Untersuchungshaft betreffenden Entscheidungen vgl. auch *Lübbe-Wolff/Frotz* NStZ 2009, 677 (682 f.).

⁴⁰ BVerfG EuGRZ 2008, 81 f. Das LG Kleve hatte im Übrigen zwar in einer jüngeren Entscheidung (Beschluss vom 26.08.2005 – 182 Vollz 2/05 –, juris) die langfristige Unterbringung von drei Verurteilten in einem 18 m² großen Raum mit separatem WC für im Vollzug der Maßregel gemäß § 63 StGB unzulässig erklärt. Diese Entscheidung betraf jedoch insofern eine von der durch das Bundesverfassungsgericht zu beurteilenden abweichende Sachverhaltsgestaltung, als in der Klinik keine außerhalb der Behandlung für die Unterbrachten frei zugänglichen geeigneten Gemeinschaftsräume vorhanden waren. Das LG Kleve hatte überdies die Frage eines Grundrechtsverstößes ausdrücklich offen gelassen und die Rechtmäßigkeit der Belegungsanordnung ausschließlich anhand der einfachrechtlichen Bestimmungen des MRVG NRW beurteilt.

den Weise die Eingriffsvoraussetzungen und der Umfang der erlaubten Eingriffe ergäben.⁴¹ Von dieser Anforderung seien auch eingreifende Behandlungsmaßnahmen im Maßregelvollzug nicht ausgenommen.⁴²

Die Zweifel an einer Vereinbarkeit der erwähnten Maßnahmen mit den geltenden maßregelvollzugsrechtlichen Eingriffsgrundlagen, die in diesen wenigen Zeilen durchscheinen, werden noch deutlicher in einer knapp ein Jahr später ergangenen Entscheidung, die ebenfalls einen Fall betraf, in dem die in Reaktion auf Regelverstöße eines Untergebrachten erfolgte Auferlegung von Rechtsbeschränkungen auf therapeutische Erwägungen gestützt wurde.⁴³ Gegen den im saarländischen Maßregelvollzug untergebrachten Beschwerdeführer war von Seiten der Klinik ein einwöchiger Zimmerarrest verhängt worden. Hintergrund war eine bereits seit längerem währende Auseinandersetzung über die Neigung des Beschwerdeführers, trotz wiederholt ausgesprochener Verbote, klinikeigene Handtücher einzunässen und anschließend in „gebrauchtem“ Zustand in seinem Zimmer zu verwahren. Nach Auffassung der Klinik lag dem eine komplexe sexuelle Devianz sowohl mit pädophilen Komponenten als auch in Form einer Interessenfixierung auf prägenitale Sexualziele (Urin, Kot) zugrunde, im Rahmen derer es wahrscheinlich sekundär zu einer Fixierung der Sexualpräferenz auf Objekte – im Sinne eines "Windelfetischismus" – und zu psychogener Harninkontinenz gekommen sei; der Beschwerdeführer führte neurologische Gründe an, verwahrte sich aber nach Angaben der Klinikleitung gegen eine fachärztliche Abklärung. Für die Verhängung des Zimmerarrestes berief sich die Klinik auf ihre Befugnis zur Behandlung; diese schließe den Einsatz „negativer Verstärker“ bei Regelverstößen ein. Auch das durch den Beschwerdeführer angerufene Landgericht vertrat in seiner ablehnenden Entscheidung den Standpunkt, es verstehe sich von selbst, dass für die Einhaltung von therapeutisch notwendigen Verhaltensregeln in einer psychiatrischen Einrichtung, für die das Maßregelvollzugsgesetz nicht die im Strafvollzugsgesetz enthaltene Regelung über Disziplinarmaßnahmen vorsehe, im Rahmen von therapeutisch wohlwogenen Maßnahmen auf eine Verhaltensänderung des Patienten im Sinne einer Förderung der Fähigkeit zur Selbstverantwortung Einfluss genommen werden könne.

Die nach erfolgloser Rechtsbeschwerde eingelegte Verfassungsbeschwerde hatte Erfolg, weil die Gerichte dem verfassungsrechtlichen Erfordernis einer – hinreichend bestimmten – gesetzlichen Eingriffsgrundlage nicht Rechnung getragen hatten.⁴⁴ Das Bundesverfassungsgericht wiederholte zunächst den bereits in der vorerwähnten Entscheidung gegebenen Hinweis darauf, dass jede Maßnahme, die mit einem

⁴¹ Vgl. BVerfGE 65, 1 (43); 113, 29 (50 f.); BVerfG NJW 2006, 976 (980).

⁴² BVerfG NStZ-RR 2007, 92 (93).

⁴³ BVerfG DVBI 2008, 38.

⁴⁴ Vgl. BVerfG DVBI 2008, 38 ff. Vgl. auch hierzu *Lübbe-Wolff/Frotz* NStZ 2009, 677 (685).

Grundrechtseingriff verbunden sei, einer Ermächtigungsgrundlage bedürfe, aus der sich in einer dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entsprechenden Weise die Eingriffsvoraussetzungen und der Umfang der erlaubten Eingriffe ergäben. Anlass, Zweck und Grenzen des Eingriffs müssten in der Ermächtigung bereichsspezifisch, präzise und normenklar festgelegt werden.⁴⁵ Diese Anforderung gelte allgemein und unabhängig von den guten oder sogar zwingenden sachlichen Gründen, die für den Eingriff sprechen mögen; eingreifende Maßnahmen im Straf- und im Maßregelvollzug seien von ihr nicht ausgenommen.⁴⁶ Der Vorbehalt des Gesetzes und die verfassungsrechtlichen Erfordernisse der Normenbestimmtheit und Normenklarheit seien wesentliche Elemente des verfassungsrechtlichen Schutzes der Grundrechte. Sie stellten sicher, dass die gesetzesausführende Verwaltung – zu der auch ein psychiatrisches Krankenhaus gehöre, soweit darin die Maßregel gemäß § 63 StGB vollzogen werde – steuernde und begrenzende Handlungsmaßstäbe vorfinde, dass die Gerichte über Maßstäbe der Rechtskontrolle verfügten, und dass die möglicherweise Betroffenen sich auf belastende Maßnahmen einstellen könnten.⁴⁷ Der Klärung hätte danach zunächst bedurft, ob der gegen den Beschwerdeführer verhängte Zimmerarrest überhaupt – wie von der Klinik und dem Landgericht angenommen – einer Einordnung als Behandlungsmaßnahme zugänglich gewesen sei. Aus dem Umstand, dass sachgerechte Behandlung Spielräume erfordere, die der gesetzlichen Normierbarkeit und gerichtlichen Kontrolle des therapeutischen Vorgehens Grenzen setzten, folge nicht, dass dieser Spielraum unbegrenzt sei und der Gesetzgeber sich daher jeder näheren Normierung der Voraussetzungen und Grenzen eingreifender Behandlungsmaßnahmen enthalten müsse und dürfe. Nach der für den saarländischen Maßregelvollzug geltenden Bestimmung des § 9 Abs. 2 MRVG bedürfe die Behandlung überdies grundsätzlich der Einwilligung des Patienten (Satz 1) oder seines gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers (Satz 3); eine solche Einwilligung hatte hier aber nicht vorgelegen.

Die kritische Linie des Bundesverfassungsgerichts wird von einigen Fachgerichten⁴⁸ und Stimmen im Schrifttum⁴⁹ geteilt; es existieren jedoch auch Stellungnahmen, die den psychiatrischen Krankenhäusern bereits auf der Grundlage des geltenden Rechts mehr Spielraum bei der einrichtungsseitigen Sanktionierung von Regelverstößen

⁴⁵ Vgl. BVerfGE 65, 1 (44 ff.); 100, 313 (359 f., 372); 110, 33 (52); 113, 348 (375).

⁴⁶ Vgl. BVerfGE 116, 69 (80); BVerfG, NSTZ-RR 2007, 92 (93); Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 30.08.2006 – 2 BvR 1803/05 –, Juris.

⁴⁷ Vgl. BVerfGE 113, 348 (376); 110, 33 (52 ff.); BVerfG NJW 2007, 2464 (2466).

⁴⁸ Siehe HansOLG Hamburg StraFo 2007, 259; LG Koblenz StraFo 2006, 87.

⁴⁹ Vgl. Lindemann, a.a.O. (FN 23), S. 6 ff., 61 ff.; ebenso Pollähne R & P 1992, 47 ff.; ders., in: Feest (Hrsg.), AK-StVollzG, 5. Aufl. 2006, Vor § 136 Rn. 12; Volckart/Grünebaum, Maßregelvollzug, 7. Aufl. 2009, S. 130 ff.; Wagner, in: Kammeier (Hrsg.), Maßregelvollzugsrecht, 2. Aufl. 2002, Kap. D Rn. 37 ff.

ßen einräumen wollen.⁵⁰ Da einerseits der Wunsch nach der Möglichkeit, auf allfällige Normübertretungen auch ahndend reagieren zu können, angesichts der eingangs skizzierten Konfliktpotentiale im Vollzugsalltag nachvollziehbar erscheint, andererseits jedoch die gegen eine Subsumtion derartiger Maßnahmen unter die existierenden Eingriffstatbestände vorgebrachten Einwände kaum zu widerlegen sind, erscheint es angebracht, eine gesetzliche Grundlage für Disziplinarmaßnahmen im psychiatrischen Maßregelvollzug einzufordern. Dass dabei den Besonderheiten dieser Vollzugsform Rechnung zu tragen wäre und dementsprechend eine unbesehene Übernahme der in den §§ 102 ff. StVollzG für den Strafvollzug getroffenen Regelung nicht in Betracht käme, versteht sich von selbst.⁵¹

3. Sicherungsmaßnahmen

Dass Gründe der *Prävention* bei ausreichenden Darlegungen zu den angenommenen Gefahren für Sicherheit, Ordnung oder Therapie durchaus die Auferlegung auch tiefgreifender Beschränkungen zu rechtfertigen vermögen, zeigt eine weitere Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Bei dem gemäß § 63 StGB untergebrachten Beschwerdeführer, der mehrere Frauen ermordet hatte, war eine schwere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Mithilfe seiner damaligen Therapeutin und späteren Ehefrau gelang ihm die Flucht aus dem Maßregelvollzug. Nachdem die Therapeutin verhaftet worden war, stellte sich der Beschwerdeführer und wurde nach seiner Rückkehr in das psychiatrische Krankenhaus auf der sog. Akutstation untergebracht und verschiedenen Sicherungsmaßnahmen unterworfen. Er war häufig allein eingeschlossen und wurde bei sozialen Aktivitäten – u. a. bei Besuchen seiner Ehefrau – beobachtet. Sein auf Unterbringung auf einer anderen Station und Aufhebung der Beschränkungen gerichteter Antrag blieb erfolglos; ebenso die anschließend erhobene Verfassungsbeschwerde. Das Bundesverfassungsgericht vermochte eine Verletzung von Grundrechten durch die getroffenen Sicherungsmaßnahmen angesichts der Vorgeschichte des Beschwerdeführers nicht zu erkennen.⁵²

4. Einschränkungen des Besuchsrechts

Eine weitere, erfolgreiche Verfassungsbeschwerde betraf Einschränkungen des Besuchsrechts. Der Beschwerdeführer und seine Mutter lehnten die von der Klinik allgemein zur Voraussetzung der erstmaligen Gewährung des Besuchsrechts gemachte

⁵⁰ So LG Marburg R & P 1992, 67; zustimmend Arloth, StVollzG. 2. Aufl. 2008, § 136 Rn. 2; Kreuzer, Behandlung, Zwang und Einschränkungen im Maßregelvollzug, 1994, S. 30 ff.

⁵¹ Ein ausformulierter Regelungsvorschlag, der als Diskussionsgrundlage dienen könnte, findet sich bei Lindemann, a.a.O. (FN 23), S. 280 ff., 320 ff.

⁵² Vgl. BVerfG NStZ-RR 2002, 122. Allgemein zu den im Maßregelvollzug bestehenden Möglichkeiten, Rechtsbeschränkungen zur Wahrung von Sicherheit und Ordnung aufzuerlegen, vgl. Rzepka, in: Kammeier (Hrsg.), Maßregelvollzugsrecht, 2. Aufl. 2002, Kap. H Rn. 1 ff.

Teilnahme des prospektiven Besuchers an einem therapeutischen „Erstgespräch“ ab. In dem gegen die daraufhin ausgesprochene Ablehnung des Besuchsantrags angestregten fachgerichtlichen Verfahren vertrat der Beschwerdeführer die Auffassung, Einschränkungen des Besuchsrechts seien nur bei konkreten Anhaltspunkten für eine Gefährdungslage zulässig; der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug und das zuständige Landgericht stellten sich hingegen auf den Standpunkt, die Klinik müsse (verdachtsunabhängig) die Möglichkeit haben, sich eine Tatsachengrundlage für ihre Entscheidung über das Vorliegen der Voraussetzungen einer Besuchsgewährung zu verschaffen.

Das Bundesverfassungsgericht hob den landgerichtlichen Beschluss wegen Verletzung des Beschwerdeführers in seinem Grundrecht aus Art. 6 Abs. 1 GG auf.⁵³ Die Annahme, eine Eingriffsermächtigung für die Vollzugsbehörden, die – wie der in diesem Fall einschlägige § 9 Abs. 2 Satz 1 MRVG NRW – ohne weitere Spezifizierung auf Erfordernisse der Sicherheit und Ordnung abstelle, gestatte damit nicht nur Eingriffe zur Abwehr erkannter Gefahren für die Sicherheit und Ordnung der jeweiligen Anstalt, sondern auch Eingriffe zur Feststellung, ob eine konkrete Gefahr für Sicherheit und Ordnung überhaupt vorliege, sei alles andere als selbstverständlich. Derartige Eingriffsermächtigungen seien vielmehr in der Regel gerade zum Schutz der Grundrechte der Betroffenen dahingehend auszulegen, dass zu ihrer Anwendung konkrete Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Anstaltssicherheit oder -ordnung bereits vorliegen müssten.⁵⁴ Soweit etwas anderes angenommen werde, müsse dies auf eine erkennbare Regelungsentscheidung des Gesetzgebers zurückführbar sein und bedürfe einer entsprechenden, etwa auf die Regel-Ausnahme-Struktur der betreffenden Norm oder vergleichbare Anzeichen für einen dahingehenden Willen des Gesetzgebers gestützten Begründung.⁵⁵ Angesichts der Bedeutung, die Besuchen der nächsten Angehörigen für die Aufrechterhaltung der familiären Bindungen und die Wiedereingliederung des Maßregelpatienten zukomme, liege es im Übrigen eher nahe, grundsätzlich davon auszugehen, dass derartige Besuche eine positive Wirkung für den Untergebrachten hätten, sofern nicht bereits zum Zeitpunkt der Stellung des ersten Besuchsantrages konkrete Anhaltspunkte dafür sprächen, dass von einem Besuch der Angehörigen eine Gefahr für die therapeutischen Bemühungen der Klinik oder gar für die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung ausgehen würde. Für eine

⁵³ Vgl. BVerfG StV 2009, 148.

⁵⁴ Vgl. zu Besuchsbeschränkungen im Strafvollzug BVerfGE 89, 315 (323); Calliess/Müller-Dietz, StVollzG, 11. Aufl. 2008, § 27 Rn. 2 m.w.N.; in der Untersuchungshaft BVerfG NSTZ 1994, 52; im Maßregelvollzug LG Arnsberg R & P 1990, 49 (50); für die Untersuchungshaft allg. BVerfGE 57, 170 (177), m.w.N.; für den Strafvollzug zur Erforderlichkeit näherer personenbezogener Anhaltspunkte für eine Flucht- oder Missbrauchsgefahr bei hierauf gestützter Ablösung aus dem offenen Vollzug oder Versagung von Vollzugslockerungen BVerfGK 2, 318 (322); BVerfG NJW 1998, 1133 (1134); NSTZ 1998, 430.

⁵⁵ Vgl. zur Zulässigkeit des Abstellens auf die abstrakte Gefährdungseignung von Gegenständen bei der Anwendung des § 70 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 Nr. 2 StVollzG BVerfG NSTZ 1994, 453; NSTZ-RR 1996, 252 (253).

konkrete Veranlassung, in einer Art Umkehr der Beweislast Besuchen von Familienangehörigen ein Verfahren vorzuschalten, in dem diese sich als für Besuchskontakte geeignet zu erweisen hätten, sei schon von daher nichts Handfestes ersichtlich gewesen.⁵⁶ Die angegriffene Entscheidung lasse schließlich auch eine Prüfung der Frage vermissen, ob etwaigen aus Besuchskontakten hervorgehenden Gefahren für die Sicherheit und das geordnete Zusammenleben in der Klinik auf andere – weniger und gezielter eingreifende – Weise als durch verordnete Erstgespräche noch rechtzeitig und hinreichend wirksam begegnet werden könnte. Unter anderem lasse sie jede Auseinandersetzung mit der vom Beschwerdeführer bereits im fachgerichtlichen Verfahren aufgeworfenen Frage vermissen, ob nicht eine Besuchsüberwachung als milderes, gleich geeignetes Mittel anzusehen wäre. Die Überwachung von Besuchen stelle zwar gegenüber dem Abhängigmachen der Besuchsgenehmigung von einem zuvor absolvierten Erstgespräch mit den künftigen Besuchern nicht grundsätzlich das mildere Mittel dar. Bei unfreiwilliger Zufügung könne durchaus die Überwachung als eingriffsintensiver empfunden werden. Beurteile jedoch der Untergebrachte selbst dies anders, so sei dies, soweit es um seine grundrechtlich geschützte Sphäre gehe, für die Feststellung der Schwere des Eingriffs zu berücksichtigen.⁵⁷

Nur am Rande sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass eine mögliche Betroffenheit in eigenen Rechten und damit eine Antragsbefugnis i.S.v. § 109 Abs. 2, § 138 Abs. 3 StVollzG in Konstellationen wie der vorstehend erörterten auch im Hinblick auf den besuchswilligen Außenstehenden anzunehmen ist.⁵⁸

5. Einsicht in Krankenunterlagen

In einer arbeitsteilig organisierten und durch stets zu gewärtigende personelle Diskontinuitäten herausgeforderten Institution wie dem psychiatrischen Maßregelvollzug fungieren die Patientenakten gleichsam als eine Art „Gedächtnis“, auf das bei Bedarf von den an der Behandlung des einzelnen Patienten beteiligten Personen zurückgegriffen werden kann.⁵⁹ Über den Zugang zu den in diesen Akten akkumulierten Informationen kann es leicht zum Streit kommen: So wird der Patient auf der einen Seite insbesondere bei der Versagung für ihn günstiger Maßnahmen unter Bezugnahme auf Details der Unterbringungshistorie ein Interesse an einer Einsichtnahme in den über ihn geführten Datenbestand entwickeln, und die Klinik wird auf der anderen Sei-

⁵⁶ Vgl. zur Überprüfung der Eignung als Bezugsperson für Lockerungen im Strafvollzug OLG Karlsruhe, ZfStrVo 1983, 181 (184).

⁵⁷ BVerfG StV 2009, 148 unter Hinweis auf BVerfGE 89, 315 (324).

⁵⁸ Vgl. für den Absender einer an einen Strafgefangenen adressierten Broschüre BVerfG NJW 2005, 1341 ff. Umgekehrt ist auch der Untergebrachte als antragsbefugt anzusehen, wenn sich aus einer unmittelbar gegenüber Besuchern getroffenen Regelung mittelbare Auswirkungen für seine Rechtssphäre ergeben; vgl. BVerfGK 9, 123 (Beschränkung des bei Besuchen einzubringenden Geldbetrages); dazu *Lübbe-Wolff/Lindemann* NSTZ 2007, 450 (454).

⁵⁹ Zu dieser Funktion der Akten *Lindemann*, a.a.O. (FN 23), S. 93 m.w.N.

te gerade an einer Abschirmung als sensibel eingestuft, unter Umständen sogar mehr über die mit der Erstellung befassten Mitarbeiter als über den Patienten preisgebender Einträge gelegen sein.

So verlief auch die Konfrontationslinie in einem Fall, der Gegenstand einer im Ergebnis erfolgreichen Verfassungsbeschwerde war. Dem Beschwerdeführer waren zuvor gewährte Lockerungen mit der Begründung widerrufen worden, er habe sich unwillig gezeigt, sich mit den emotionalen Erlebnissen während der Beurlaubungen auseinander zu setzen, weshalb davon auszugehen sei, dass die therapeutischen Bemühungen der letzten Jahre an seiner Grundpersönlichkeit nichts zu ändern vermocht hätten. Auf die daraufhin von der Verteidigerin des Beschwerdeführers vorgetragene Bitte um Gewährung von Einsicht in die vollständigen Krankenunterlagen erklärte die Klinik, man könne nur die so genannten „harten Fakten“ (objektive Befunde wie EEG, EKG, Labordaten) zur Verfügung stellen, nicht aber die in der Dokumentation enthaltenen subjektiven Einschätzungen, Arbeitshypothesen und diagnostischen Überlegungen, die auch auf das Verhalten anderer Patienten und auf interne Angelegenheiten des Hauses Bezug nähmen. Mit dieser Rechtsauffassung bewegte sich die Einrichtung auf der Linie einer für privatrechtliche Behandlungsverhältnisse entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs.⁶⁰ Ein gegen die Versagung der Akteneinsicht gerichteter Antrag des Beschwerdeführers auf gerichtliche Entscheidung blieb erfolglos. Der daraufhin erhobenen Verfassungsbeschwerde gab das Bundesverfassungsgericht statt.⁶¹ Durch die ablehnenden Entscheidungen der Fachgerichte werde der Beschwerdeführer in seinem Grundrecht auf Selbstbestimmung und personale Würde verletzt. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung eines im Rahmen des Maßregelvollzugs Behandelten sei durch die Verweigerung der Einsicht in seine Krankenunterlagen wesentlich intensiver berührt als in einem privatrechtlichen Behandlungsverhältnis, in dem der Patient seinen Therapeuten – anders als im Maßregelvollzug – frei wählen könne. Die grundrechtliche Gefährdungslage im Maßregelvollzug sei von derjenigen in privatrechtlichen Behandlungsverhältnissen fundamental verschieden. In einem Bereich, der wie der Maßregelvollzug – in einem gewissen Maße zwangsläufig – durch ein besonders hohes Machtgefälle zwischen den Beteiligten geprägt sei, seien die Grundrechte der Betroffenen naturgemäß besonderer Gefährdung ausgesetzt.⁶² Dies gelte auch in Bezug auf die Führung der Akten und den Zugang zu ihnen. Die Akteneinträge könnten in vielfältiger Weise Auswirkungen auf den Unterbringungsalltag haben.⁶³ Sie seien als wesentlicher Teil der Tatsachen-

⁶⁰ Vgl. BGHZ 85, 327 (329 ff.); 106, 146 (148 ff.). Krit. dazu *Hinne* NJW 2005, 2270.

⁶¹ Vgl. BVerfG NJW 2006, 1116 m. Anm. *Klatt* JZ 2007, 95 ff.; *Peter* StV 2007, 425 f.; *Pollähne* R & P 2006, 100.

⁶² Vgl. *Lindemann*, a.a.O. (FN 23), S. 68 ff.; sowie *Bernsmann*, Maßregelvollzug und Grundgesetz, in: *Blau/Kammeier* (Hrsg.), *Straftäter in der Psychiatrie*, 1984, S. 42 (151 ff.); *Müller*, *Der Maßregelvollzug aus der Innenansicht eines Betroffenen*, in: *Blau/Kammeier* (Hrsg.), a.a.O., S. 107 (113 ff.).

⁶³ Vgl. OLG Hamm NStZ 2002, 615 (616) für das Akteneinsichtsrecht des Strafgefangenen aus § 185 Satz 1 StVollzG.

grundlage für künftige Vollzugs- und Vollstreckungsentscheidungen verfügbar.⁶⁴ Von ihnen hänge die Ausgestaltung des Vollzugsalltags des Betroffenen und dessen Aussicht, einzelne Freiheiten oder seine Freiheit insgesamt wiederzuerlangen, nicht unwesentlich ab. Der Zugang zu den in Krankenunterlagen enthaltenen Informationen habe zudem Bedeutung für die Effektivität des Rechtsschutzes in Vollzugs- und Vollstreckungsangelegenheiten.⁶⁵ Dem aus alledem resultierenden besonderen verfassungsrechtlichen Gewicht des Informationsinteresses des Maßregelpatienten müsse bei der Abwägung mit entgegenstehenden Interessen Rechnung getragen werden. Dabei seien die zu berücksichtigenden Belange sorgfältig zu ermitteln; allgemein gehaltene Befürchtungen, die sich nicht auf substantiierte Anhaltspunkte stützen könnten, sondern pauschal werteten oder nur auf eine abstrakte Missbrauchsgefahr hinwiesen, genügten den grundrechtlichen Anforderungen nicht.⁶⁶ Der Erörterung hätte schließlich bedurft, ob eine weitergehende als die seitens der Klinik zugestandene Einsicht nicht durch Herausnahme oder dadurch hätte ermöglicht werden können, dass Aktenbestandteile, die unzugänglich bleiben sollten, in einer zur Einsichtnahme bereitzustellenden Kopie der paginierten Akte abgedeckt oder geschwärzt würden.

Die Entscheidung hat neben grundrechtsdogmatischer Kritik,⁶⁷ auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, im Grundsatz auch Zustimmung erfahren.⁶⁸ Nicht ohne eine gewisse Berechtigung wurde allerdings angemerkt, dass gerade die zuletzt genannte Einschränkung die Gefahr heraufbeschwört, dass die begrüßenswerte Grundtendenz der Entscheidung konterkariert wird.⁶⁹ Denn eine Antwort auf die Frage, wie (und durch wen) die Berechtigung von der Klinik vorgenommener Ausheftungen oder Schwärzungen einer Kontrolle unterzogen werden soll, gibt das Gericht leider nicht.⁷⁰

IV. Übertragbarkeit in anderem Zusammenhang getroffener Aussagen

Generell wird man bei der Übertragung im Hinblick auf den Vollzug von Straf- und Untersuchungshaft getroffener Aussagen auf den Bereich des Maßregelvollzugs Vorsicht walten lassen müssen, will man nicht über unzweifelhaft vorhandene Unterschiede in Zweck und Ausgestaltung der einzelnen Vollzugsformen hinweggehen. Gleichwohl lässt es die

⁶⁴ So auch *Rzepka*, a.a.O. (FN 52), Kap. H Rn. 27.

⁶⁵ Zur Bedeutung des Gesichtspunkts der Effektivität des Rechtsschutzes schon im Vorfeld potentieller Rechtsstreitigkeiten vgl. BVerfGE 65, 1 (70); 69, 1 (49); *Albers*, Informationelle Selbstbestimmung, 2005, S. 472.

⁶⁶ Vgl. BVerfGE 17, 139 (145); 109, 133 (166); *Müller-Dietz* JR 1993, 477 (481).

⁶⁷ Vgl. dazu *Klatt* JZ 2007, 95 (96 f.).

⁶⁸ *Peter StV* 2007, 425; *Pollähne* R & P 2006, 100.

⁶⁹ Vgl. *Peter StV* 2007, 425 f.

⁷⁰ In dem der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zugrunde liegenden Fall hatte die Klinik immerhin auch ein Gesuch des im gerichtlichen Verfahren zur jährlichen Überprüfung der Fortdauer der Maßregel zuständigen Landgerichts um Vorlage sämtlicher Krankenunterlagen unter Bezugnahme auf Sicherheitsbedenken sowie die Interessen des behandelnden Personals abgelehnt.

Vergleichbarkeit vieler typischer Eingriffskonstellationen und der bei ihrer (verfassungs-)rechtlichen Bewertung anzulegenden Maßstäbe ratsam erscheinen, bei Fallgestaltungen aus der forensischen Psychiatrie einen Blick auf die bedeutend reichhaltigere Kasuistik zum Straf- und Untersuchungshaftvollzug⁷¹ zu werfen und nach „passenden“ Leitsätzen zu suchen. Eine auch nur annähernd vollständige Darstellung würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen; daher sei an dieser Stelle nur beispielhaft auf einige jüngere Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts hingewiesen, welche die besondere Verantwortung der Vollzugsbehörden und Vollstreckungsgerichte für eine rechtzeitige Erprobung zu langjährigen Freiheitsstrafen verurteilter Strafgefangener (und Sicherungsverwahrter) im Rahmen geeigneter Lockerungsmaßnahmen hervorheben.⁷² Die umsichtige Abwägung des Freiheitsinteresses des Betroffenen mit den Sicherheitsinteressen der Bevölkerung, zu der die in Rede stehenden Entscheidungen das dogmatische Rüstzeug vermitteln, erscheint auch im Umgang mit den Lockerungswünschen der im psychiatrischen Maßregelvollzug Untergebrachten erstrebenswert.

V. Offene Fragen

Eine Analyse der in den letzten Jahren ergangenen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts mit maßregelvollzugsrechtlichem Hintergrund fördert allerdings nicht nur Antworten, sondern auch offene, einer näheren Erörterung erst noch bedürftige Fragen zutage. Ein aktuelles Beispiel bildet die Entscheidung, mit der das Gericht einer Klinik untersagt hat, die zuvor angedrohte Behandlung des Beschwerdeführers mit einem Neuroleptikum zu vollziehen.⁷³ Angesichts der Bemerkung in den Entscheidungsgründen, es verstehe sich nicht von selbst und sei in der Rechtsprechung nicht abschließend geklärt, ob und unter welchen materiellrechtlichen und verfahrensrechtlichen Voraussetzungen die Grundrechte des Maßregelvollzugspatienten eine Zwangsbehandlung zuließen, die unabhängig von einer Gefährdung von Rechtsgütern Dritter allein dem Ziel diene, den Betroffenen entlassungsfähig zu machen,⁷⁴ wird man von der Hauptsacheentscheidung wegweisende Aussagen zu einer der Kernfragen des Maßregelvollzugsrechts erwarten dürfen. Bislang ungeklärt sind auch die durch (jeweils erfolglos gebliebene) Verfassungsbeschwerden aufgeworfenen Fragen, wo die Grenze für Kürzungen des Patienten ohne

⁷¹ Vgl. neben den oben in FN 27 zitierten Überblicksaufsätzen auch schon *Kruis/Cassardt* NStZ 1995, 521 ff., 574 ff. und *Kruis/Wehowsky* NStZ 1998, 593 ff.

⁷² Vgl. zuletzt BVerfG NJW 2009, 1941 m.w.N.; für die Sicherungsverwahrung BVerfGE 109, 133 (166).

⁷³ Vgl. BVerfG NJW 2009, 2804; Wiederholung für weitere sechs Monate durch BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 9. Dezember 2009 – 2 BvR 882/09 –, Juris.

⁷⁴ Das Gericht verweist in diesem Zusammenhang auf KG R & P 2008, 39; *Heide*, Medizinische Zwangsbehandlung, 2001, S. 230, 235; *Wagner*, a.a.O. (FN 49), Kap. D Rn. 145; sowie auf die zur nicht maßregelvollzugsrechtlichen Unterbringung und Behandlung psychisch Kranker ergangenen Entscheidungen BVerfGE 58, 208 (224 ff.); BGHZ 166, 141 (146 ff.); BayVerfGH NJW 1993, 1520 (1522).

eigene Einkünfte regelmäßig gewährten Taschengeldes oder Barbetrages verläuft⁷⁵ und inwieweit bei der Privatisierung des Maßregelvollzuges verfassungsrechtliche Kautelen zu beachten sind.⁷⁶ Betrachtet man schließlich die unverbrüchliche Geltung, mit welcher der Wiedereingliederungsauftrag des Staates in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ausgekleidet wird,⁷⁷ so wäre es interessant, die Auffassung des Gerichts zu Tendenzen der Vollzugspraxis zu erfahren, als „untherapierbar“ eingestufte Patienten in sog. „Longstay-Abteilungen“ nurmehr einem bloßen Verwahrvollzug zu unterziehen.⁷⁸

VI. Fazit

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts hat – in Vollzugssachen wie auch sonst – sicher den Nachteil, dass sie stets punktuell, durch den jeweiligen Einzelfall herausgefordert zu einer induktiven Entwicklung ihrer Grundsätze gezwungen ist. Auch mag man ihr vorwerfen können, dass sie die ihr an sich auferlegte Zurückhaltung in der Kontrolle der Anwendung des einfachen Rechts durch die Fachgerichte⁷⁹ bisweilen allzu bereitwillig aufgibt. Den vor allem von Seiten der Vollzugspraxis und der nachgeordneten Gerichte häufiger geäußerten Vorwurf, das Bundesverfassungsgericht neige dazu, die Rechtsposition des Strafgefangenen, Untersuchungshäftlings oder Maßregelpatienten im Übermaß zu berücksichtigen und die Interessen der Allgemeinheit hintanzustellen, wird man jedoch durch die vorstehenden Ausführungen nicht bestätigt sehen können.⁸⁰ Vielmehr dokumentieren die hier referierten Entscheidungen das Bestreben, von Fall zu Fall die Belange der Allgemeinheit mit den verfassungsrechtlich verbürgten Individualrechten in einen gerechten Ausgleich zu bringen.

⁷⁵ Vgl. BVerfG NStZ-RR 2008, 389. Vgl. zur Einstellung der früher praktizierten Gratisausgabe bestimmter elementarer Hygiene- und Körperpflegemittel im Strafvollzug BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 29.10.2008 –2 BvR 1268/07 –, Juris. Zur insgesamt steigenden Tendenz von Verfassungsbeschwerden, welche die finanzielle Lage der Gefangenen betreffen, vgl. *Lübbe-Wolff/Frotz* NStZ 2009, 616.

⁷⁶ Vgl. BVerfG GewArch 2005, 475. Siehe dazu auch *Kammeier*, in: FS für Günter Tondorf, 2004, S. 61 ff.; zur umstrittenen Frage, inwieweit eine fehlende personelle demokratische Legitimation der privatrechtlich Beschäftigten durch Aufsichts- und Weisungsmöglichkeiten staatlicher Bediensteter ausgeglichen werden kann, vgl. NdsStGH NdsVBI 2009, 77; OLG Schleswig R & P 2006, 37; OLG Frankfurt NStZ-RR 2010, 93;

⁷⁷ Zum Verfassungsrang des Resozialisierungsziels im Vollzug der Freiheitsstrafe vgl. BVerfGE 35, 202 (235 f.); 36, 174 (188); 45, 187 (238 f.); 64, 261 (276); 74, 102 (122 f.); 98, 169 (200 f.); 116, 69 (85 f.); aus der Kammerrechtsprechung etwa BVerfGK 8, 319 (323); BVerfG NJW 1993, 3188 (3189); NStZ-RR 2008, 60 f.

⁷⁸ Dazu bereits *Lindemann* R & P 2002, 8 ff.; krit. zur Einstufung als „Nicht-Therapiegeeignet“ *Eisenberg* NStZ 2004, 240 ff.; zur Situation in den Niederlanden *Sagel-Grande*, in: Barton (Hrsg.), „... weil er für die Allgemeinheit gefährlich ist!“ – Prognosegutachten, Neurobiologie, Sicherungsverwahrung, 2006, S. 187 ff.

⁷⁹ Siehe dazu oben bei FN 28 und 31.

⁸⁰ Entsprechende Vorwürfe konzentrieren sich im Übrigen regelmäßig auf die wenigen stattgebenden Entscheidungen und lassen den Umstand unberücksichtigt, dass die übergroße Mehrzahl der Verfassungsbeschwerden durch un begründete (§ 93d Abs. 1 Satz 3 BVerfGG) Nichtannahmebeschlüsse erledigt wird, also gerade nicht zu einer Beanstandung der angegriffenen Maßnahmen bzw. Gerichtsentscheidungen führt.

Referentenverzeichnis

Dr. jur. Wolfgang **Asmus**

- ◆ Präsident des Landgerichts
Landgericht Kaiserslautern
Bahnhofstraße 24
67655 Kaiserslautern
Tel.: +49 (631) 3721 101
wolfgang.asmus@zw.jm.rlp.de

Dr. med. Dr. jur. Michael **Gillner**

- ◆ Chefarzt der Klinik für
Forensische Psychiatrie
Rostocker Chaussee
18437 Stralsund
Tel: +49 (3831) 4522 00
Fax: +49 (3831) 4522 05
forensik@klinikum-hst.de

Doz. Vesna Šendula **Jengiđ** MD Ph D

- ◆ Psychiatrisches Bezirkskrankenhaus
Abteilung Forensik
HR 51240 Rab Kampor 224
Tel.: +385 51 776 377
Fax: +385 51 776 411
vesna.sendula@ri.t-com.hr

Dr. jur. Michael **Lindemann**

- ◆ Lehrstuhl für Strafrecht und Strafpro-
zessrecht
Wiss. Assistent
Heinrich-Heine-Universität
Universitätsstraße 1
40225 Düsseldorf
Tel: +49 (211) 81 10750
lindemann_michael@gmx.de
ehem. wissenschaftliche Mitarbeiter
am Bundesverfassungsgericht

Dr. med. Nahlah **Saimeh**

- ◆ Ärztliche Direktorin
Westfälisches Zentrum
für Forensische Psychiatrie
Eickelbornstraße 21
59556 Lippstadt
Tel: +49 (2945) 981 2004
Fax: +49 (2945) 981 2009
Nahlah.Saimeh@wkp-lwl.org

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Norbert **Schalast**

- ◆ Institut für Forensische Psychiatrie
Postfach 103043
45030 Essen
Norbert.schalast@uni-duisburg-essen.de
www.forensik-essen.de

Wolfgang **Thiele**

- ◆ Oberstaatsanwalt
Staatsanwaltschaft Gießen
Marburger Straße 2
35390 Gießen
Tel.: +49 (641) 934 3410
Wolfgang.Thiele@StA-Giessen.Justiz.Hessen.de

Dr. med. Michael **von der Haar** M.A.

- ◆ Chefarzt der Fachabteilung
Bad Rehburg des NLKH Brauel
31547 Rehburg-Loccum
05037 902010
Tel.: +49 (5037) 902010
Fax.: +49 (5037) 902000
Michael.vdHaar@NLKH-Brauel.Niedersachsen.de

Theresia **Zürker**

- ◆ Richterin am Landgericht
Landgericht Landau in der Pfalz
Marienring 13
76829 Landau in der Pfalz
Tel.: +49 (6341) 22 312
theresia.zuerker@zw.jm.rlp.de

Daten und Fakten des saarländischen Maßregelvollzugs ⁸¹

- Im Maßregelvollzug werden Straftäter untergebracht, die wegen psychischer Erkrankung oder Suchtstoffabhängigkeit zum Zeitpunkt der Tat schuldunfähig oder vermindert schulfähig waren. Die Maßregel verhängt das Strafgericht.
- Auftrag des Maßregelvollzugs ist es, die Bevölkerung vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Straftaten zu schützen. Daher werden die sicherheitsrelevanten Anlagen der SKFP ständig aktualisiert und optimiert.
Gleichermaßen entscheidend für den wirksamen Schutz der Allgemeinheit ist die Sicherung und Optimierung einer qualitativ hochwertigen Therapie. Damit leistet der Maßregelvollzug einen wesentlichen Beitrag zur Sicherheit der Bevölkerung.
- In Deutschland gibt es über 80 Einrichtungen des Maßregelvollzuges mit rd. 10.500 Patient(inn)en.
Im Saarland bewegt sich die Patientenzahl konstant zwischen 140 und 160. Gegenwärtig werden 152 Patient(inn)en in der „Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie“ (SKFP) in Merzig behandelt und betreut.
- Die Patient(inn)en kommen aus allen Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten. Es befinden sich deutlich mehr Männer als Frauen im Maßregelvollzug. Die meisten Patient(inn)en sind zwischen 26 und 50 Jahre alt.
- Die mit Abstand häufigste Anlasstat für die Unterbringung in der SKFP ist Körperverletzung. Daneben kommen u. a. auch Delikte wie Sachbeschädigung, Freiheitsberaubung, Tötungs- oder Sexualdelikte, Brandstiftung oder Vermögensdelikte vor.
- Die zahlreichsten Krankheitsbilder der Patient(inn)en sind Psychosen unterschiedlichster Ausprägung, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen. Die Reintegration in die Gesellschaft bedarf einer unterschiedlich langen Therapiezeit, im Durchschnitt 6 - 7 Jahre. Nur bei wenigen Patient(inn)en besteht keine Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie, so dass Entlassungsperspektiven kaum entwickelt werden können.
- Vor ihrer Entlassung durchlaufen die Patient(inn)en verschiedene Lockerungsstufen wie u. a. Ausführung, Frei- und Ausgang sowie Probewohnen zur Feststellung des Therapieerfolgs. Während des Probewohnens und nach bedingter Entlassung werden die Patient(inn)en durch die Forensisch-Psychiatrische Ambulanz der SKFP betreut.

⁸¹ Ministerium der Justiz, Saarland
Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie

Pressemitteilung

Ministerium der Justiz

27. Mai 2010

Staatssekretär Wolfgang Schild:

- **Fachtagung Maßregelvollzug widmet sich dem Thema „Recht fordernde Patienten - Herausforderung für Maßregelvollzug und Justiz?“**
- **Recht auf Beschwerdeführung für Patienten in der forensischen Psychiatrie**

„Die Aufgabe des Maßregelvollzugs impliziert die besondere Problematik, Menschen zu therapieren, die nicht freiwillig untergebracht und deren Freiheitsrechte eingeschränkt sind. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Patienten im Maßregelvollzug häufig ihr Recht einfordern bzw. sich in vielfältiger Form und mit Vehemenz beschweren“, erklärte Justizstaatssekretär Wolfgang Schild anlässlich der vierten Fachtagung zum Thema „Recht fordernde Patienten - Herausforderung für Maßregelvollzug und Justiz?“ in Merzig. „Das Recht auf Beschwerdeführung für die Patienten in der forensischen Psychiatrie zeigt die Humanität in unserem Rechtssystem.“

„Beschwerden im Maßregelvollzug sind so individuell wie die Patienten, die sie vorbringen. Die inhaltliche Bandbreite reicht von der Beschwerde über schlechten Kaffee, unzureichenden Fernsehempfang bis zur Negierung der Rechtmäßigkeit der Unterbringung insgesamt.“

Staatssekretär Wolfgang Schild betonte, dass für einen untergebrachten Menschen nach oft jahrelanger Unterbringung im Maßregelvollzug die Welt klein geworden sei - eingeschränkt im wahrsten Sinne des Wortes. „Es ist wichtig zu wissen, dass Unzulänglichkeiten, die wir im normalen Alltag vermutlich übersehen würden, sich für Patienten einer forensischen Psychiatrie zu großen Hürden aufbauen können“, so der Staatssekretär.

„Maßregelpatienten machen die Erfahrung der Einschränkung vieler persönlicher Freiheiten und können wegen ihrer Krankheit die Realität und die eigene Situation oft nicht erkennen“, betonte Staatssekretär Wolfgang Schild. Dies führe dazu, dass Patienten auf den belastenden Rahmen des Maßregelvollzugs -sofern er als solcher empfunden wird- mit zum Teil ausufernden Beschwerden und Anliegen reagierten. Trotzdem dürften diejenigen, die mit Beschwerden befasst sind, nicht außer Acht lassen, dass diese in einer ganz besonderen Situation entstanden seien, nämlich innerhalb des geschlossenen Systems einer forensisch-psychiatrischen Klinik.

Justizstaatssekretär Wolfgang Schild erklärte abschließend: „Gerade im Maßregelvollzug, der sich permanent im Spannungsfeld zwischen therapeutischem Anspruch und öffentlichem Sicherheitsempfinden bewege, sei ein kontinuierlicher und interdisziplinärer Austausch von entscheidender Bedeutung für Qualität und Weiterentwicklung“. Um den fachlichen Dialog darüber hinaus auch im europäischen Kontext zu führen, wird in diesem Jahr die Praxis des Maßregelvollzugs in der Republik Kroatien vorgestellt.

Hintergrund:

Im Maßregelvollzug werden Straftäter untergebracht, die wegen psychischer Erkrankung oder Suchtstoffabhängigkeit zum Zeitpunkt der Tat schuldunfähig oder vermindert schulfähig waren. Die Maßregel verhängt das Strafgericht.

In Deutschland gibt es über 80 Einrichtungen des Maßregelvollzuges mit rd. 10.500 Patient(inn)en.

Im Saarland bewegt sich die Patientenzahl konstant zwischen 140 und 160. Gegenwärtig werden 152 Patient(inn)en in der „Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie“ (SKFP) in Merzig behandelt und betreut.

Die Patient(inn)en kommen aus allen Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten. Es befinden sich deutlich mehr Männer als Frauen im Maßregelvollzug. Die meisten Patient(inn)en sind zwischen 26 und 50 Jahre alt.

Die mit Abstand häufigste Anlasstat für die Unterbringung in der SKFP ist Körperverletzung. Daneben kommen u. a. auch Delikte wie Sachbeschädigung, Freiheitsberaubung, Tötungs- oder Sexualdelikte, Brandstiftung oder Vermögensdelikte vor.

Die zahlreichsten Krankheitsbilder der Patient(inn)en sind Psychosen unterschiedlichster Ausprägung, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen. Die durchschnittliche Behandlungs- und Unterbringungszeit beträgt in der SKFP 6 - 7 Jahre. Nur bei wenigen Patient(inn)en besteht keine Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie, so dass Entlassungsperspektiven kaum entwickelt werden können.

Vor ihrer Entlassung durchlaufen die Patient(inn)en verschiedene Lockerungsstufen wie u. a. Ausführung, Frei- und Ausgang sowie Probewohnen zur Feststellung des Therapieerfolgs. Während des Probewohnens und nach bedingter Entlassung werden die Patient(inn)en durch die Forensisch-Psychiatrische Ambulanz der SKFP betreut.