

## Rechtliche Aspekte der Versorgung ehemals forensisch untergebrachter Menschen in der Gemeindepsychiatrie

Fachtag der DGSP-BW  
Stuttgart  
1. Juli 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen!

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

Dem Blick auf die Psychiatrie-Enquete und auf die Strafrechtsreform des Jahres 1975 und auf die seither vergangenen 40 Jahre an Entwicklungen im psychiatrischen Maßregelvollzug nach § 63 StGB – und dem Ausblick auf die heutigen Herausforderungen – möchte ich einige kurze Bemerkungen zu den *davor* liegenden 40 Jahren voran stellen.

Am 1. Januar 1934 trat in Deutschland das sogenannte Gewohnheitsverbrechergesetz in Kraft. Es führte nach langen unter und zwischen Psychiatern und Juristen geführten Diskussionen und nach acht Gesetzentwürfen seit den 1880er Jahren die Maßregeln ins deutsche Strafrecht ein. Danach konnten Täter – außer zu Todesstrafe und lebenslanger Freiheitsstrafe – nicht mehr nur zu einer am Maß der Schuld zu bemessenden, zeitlich begrenzten Freiheitsstrafe verurteilt werden. Vielmehr war es jetzt möglich, solche Täter zeitlich auch *unbefristet* in Gewahrsam zu nehmen, die als zurechnungs*un*fähige oder nur *vermindert* zurechnungsfähige – so die damalige

Terminologie – nicht oder nur gemildert bestraft werden konnten, die aber dennoch als zu gefährlich erschienen, um sie unkontrolliert und mit einem hohen Rückfallrisiko behaftet in Freiheit zu belassen. Gleichzeitig wurde für voll verantwortliche Täter mit hohem Gefährdungspotential die nach dem Ende einer voll verbüßten Straftat anzutretende Maßregel der Sicherungsverwahrung eingeführt.

Sowohl die Unterbringungen psychisch kranker Täter in einer Heil- oder Pflegeanstalt wie auch die der Sicherungsverwahrten im Strafvollzug dienten in erster Linie, mehr, um nicht zu sagen "ausschließlich", als "Maßregeln der Sicherung und Besserung" – in dieser Reihenfolge –, dem Zweck der *Gefahrenabwehr*, als dass sie mit therapeutischen Mitteln eine Besserung hätten herbeiführen sollen.

Auch wenn sich in den 1960er und frühen 1970er Jahren eine gewisse Behandlungseuphorie mit der Vorstellung, jeder kriminell Belastete könne gebessert werden, breitgemacht hatte und die Kapitelüberschrift im neuen StGB nunmehr in dieser Reihenfolge "Maßregeln der Besserung und Sicherung" lautete, blieb die psychiatrische Maßregel auch nach dem neuen § 63 StGB – und dies gilt immer noch unverändert weiter – rechtssystematisch weiterhin ein kriminalrechtliches Instrumentarium der *Gefahrenabwehr*, – nunmehr angesiedelt in den überwiegend geschlossenen Stationen eines psychiatrischen Krankenhauses.

Wie ist es dazu gekommen, und warum sollte sich dies ändern?

Nach der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete wurden die damals zahlenmäßig riesigen Landeskrankenhäuser recht rasch aufgrund von Entlassungen und Verlegungen von Patienten in Wohnheime verkleinert. Langzeituntergebrachte Personen wurden zum Teil in ihre Heimatregionen re-patriiert, – beispielhaft hierfür sei an die Arbeit von Klaus Dörner in Gütersloh erinnert. Es wurden Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet und kleine psychiatrische Stationen in somatischen Krankenhäusern weitgehend flächendeckend geschaffen. Und obwohl es im Bereich der Allgemeinpsychiatrie zunehmend mehr Formen von Betreutem Wohnen in Gruppen oder einzeln gab, – die Forensik hatte an dieser Entwicklung so gut wie keinen oder einen

---

nur sehr zögerlich wahrgenommenen Anteil. Und dieser war auch noch föderal sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Allerdings wurde baulich in den 1980er Jahren einiges getan: Neben spektakulären Neubauten in Düren, Berlin und Hamburg wurden in zahlreichen forensischen Kliniken große Stationen zu Wohngruppen umgestaltet, was mich 1990 zu einem Aufsatz mit der Überschrift anregte: "Schöner Sichern = sicherer Bessern?". Immerhin wurde also auch in der Forensik der nach wie vor langdauernde Freiheitsentzug wohnlicher gestaltet. Ein Schelm, wer dabei nicht an die Achtung der Menschenwürde als Verpflichtung aller staatlichen Gewalt denkt ...

Dennoch blieb es im psychiatrischen Maßregelvollzug der 70er und 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts bei einer Vielzahl von Langzeitaufhalten, oder wie heute eher gesagt wird: bei überlangen Unterbringungsauern.

Zwar zeigten in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre eine Reihe von empirischen wissenschaftlichen Veröffentlichungen die eklatanten Rechtsfolgen-Unterschiede zwischen Personen auf, die bei gleichen Delikten zu einer zeitigen Freiheitsstrafe verurteilt worden waren, und solchen, die stattdessen oder zusätzlich eine Unterbringungsanordnung in die psychiatrische Maßregel erhalten hatten.

Zwar schufen ab Anfang der 1980er Jahre die Bundesländer, da sich der Bund trotz damals bestehender Gesetzgebungskompetenz eines Tätigwerdens enthielt, nach und nach durchaus unterschiedliche gesetzliche Regelungen des Maßregelvollzugs, teils in Unterbringungs- oder Psychisch-Kranken-Gesetzen, teils in eigenständigen, dem StVollzG nachempfundenen Maßregelvollzugsgesetzen.

Dennoch blieben die in der Forensik untergebrachten Personen weiterhin "unverhältnismäßig" lange im stationären Freiheitsentzug des psychiatrischen Krankenhauses und kamen – auch bei einer Entlassung – zunächst nur sehr selten in den "Genuss" der Betreuung und Begleitung durch die Versorgungsinstitutionen der Allgemein- bzw. Gemeindepsychiatrie. Und auch ein Grundsatzbeschluss des BVerfG vom 8. Oktober 1985 zur Beachtung der "*Verhältnismäßigkeit*" brachte zwar schließlich den

---

Beschwerdeführer aus der Forensik heraus. Der Beschluss blieb aber insgesamt – anders als von vielen erwartet – im Hinblick auf die erhoffte Verkürzung der durchschnittlichen Unterbringungsdauern in der psychiatrischen Maßregel weit hinter den Erwartungen zurück.

Lassen Sie mich an dieser Stelle auf zwei Aspekte – oder deutlicher formuliert: auf zwei die weitere Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs nachhaltig prägende Grundentscheidungen – dieser Zeit eingehen, die im damaligen Kontext richtig und fortschrittlich gedacht (also "gut gemeint") waren, die sich aus heutigem Blickwinkel betrachtet aber für zahlreiche Betroffene in der psychiatrischen Maßregel als verhängnisvoll erweisen.

#### Erstens:

Die Nachkriegspsychiatrie der 1950er und der 1960er Jahre versuchte, sich aus dem Odium des "Heilen als Vernichten" zu befreien. Zusammen mit den neuen Psychopharmaka, die die Psychiatrie ihren Patienten jetzt anbieten konnte, hoffte sie, diese Besserungsmöglichkeiten auch für die in der psychiatrischen Maßregel untergebrachten Personen fruchtbar einsetzen zu können. So schien auch die Große Strafrechtsreformkommission der 1960er Jahre von den aufscheinenden Chancen einer nun tatsächlich bessernden oder gar heilen könnenden Psychiatrie überzeugt. Nicht nur, aber sicher auch in Verbindung mit den Aufbruchs-Szenarien der 68er-Bewegung bahnte sich in Kriminologie und Kriminalpolitik die Vorstellung einen Weg, auch psychische Störungen unterschiedlichster Genese, die zu delinquentem Verhalten führten, seien behandelbar ("Behandlungseuphorie"). So wundert es nicht, dass im Zuge dieser Strafrechtsreform die strafrechtliche Sanktion der primär auf *Gefahren-Abwehr* bezogenen psychiatrischen Maßregel mit der neuen Programmatik als "Maßregel der *Besserung* und *Sicherung*" quasi wohlfahrtsstaatliche und fürsorgeri-sche Gestalt gewinnen sollte.

Die teilweise neu formulierten Schuldunfähigkeitsbestimmungen der §§ 20 und 21 StGB und der hieran orientierten Sachverständigengutachten wurden stärker auf das Merkmal "Krankheit" fokussiert als es die Frage der Steuerungsfähigkeit zur Tatzeit gefordert hätte. Auch die im neuen § 63 StGB geforderte "Gesamtwürdigung des Tä-

ters und seiner Tat" legte den Akzent stärker auf die *individuelle* Beeinträchtigung der betroffenen Person und deren stationärer Behandlungsbedürftigkeit als auf die möglichen *sozialen* Konstellationen befürchteter neuer Tatbegehung und deren möglicher Verhinderung.

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

#### Zweitens:

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

So sah sich schließlich das BVerfG – wie eben bereits erwähnt – im Oktober 1985 in der Pflicht, dem maßregelrechtlichen Freiheitsentzug in einem psychiatrischen Krankenhaus solche Grenzen zu setzen, die am Grundsatz der *Verhältnismäßigkeit* ausgerichtet sind. Die in diesen Beschluss gesetzten Hoffnungen zahlreicher langzeituntergebrachter Personen wie auch von Trägern psychiatrischer Maßregeleinrichtun-

gen in eine daraufhin erfolgende größere Entlassungsbereitschaft der Instanzgerichte, erwiesen sich aber als trügerisch und liefen ins Leere. Zwar hatte das BVerfG die *Prüfverpflichtung* der Gerichte im Hinblick auf Fortdauerentscheidungen deutlich hervorgehoben. Aber es war an zwei Punkten konkretisierenden Vorgaben dazu, worauf sich die "Verhältnismäßigkeit" denn konkret zu beziehen habe und woran sie zu messen sei, schuldig geblieben:

- Soll die *Dauer* der zulässigen stationären Unterbringung an der *begangenen* Tat, wie bei schuldangemessener Freiheitsstrafe, oder am Strafraumen der *bedürfteten* und abzuwehrenden *Gefahr* gemessen werden?
- Wichtiger, weil folgenreicher, erscheint das zweite Versäumnis: Es hat sich angesichts des Freispruchs der zu einer psychiatrischen Maßregel verurteilten Person und des dennoch aus der staatlichen Schutzpflicht für Dritte herzuleitenden und zu legitimierenden Eingriffs in das Freiheitsgrundrecht nicht zum – unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten – zulässigen *Maß* dieses Grundrechts-*Eingriffs* geäußert.

Offensichtlich maßen die Verfassungsrichter im Jahr 1985 der *stationären Behandlung* in der psychiatrischen Maßregel noch eine höhere Priorität und damit eine bessere Erfolgschance zur Beseitigung der Ursachen von Gefährlichkeit zu, als der Betonung von Gefahrenabwehr und dem Schutz Dritter, der auch in anderen – nicht-stationären – Einrichtungen und Diensten sowohl innerhalb als auch außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems gewährleistet werden konnte, – oder hätte werden können.

Wäre letzterer Aspekt vom BVerfG hervorgehoben worden, hätte dies bereits damals den notwendigen Druck schaffen können, den sichernden und bessernden Auftrag der psychiatrischen Maßregel für eine größere Anzahl forensisch untergebrachter Personen durch die sich entwickelnden Einrichtungen und Dienste der zunächst *gemeinde-nahen* und dann der *Gemeinde-Psychiatrie* zu übertragen.

Die folgenden etwa 10 Jahre galten, da die geforderten Strukturreformen für die psychiatrische Maßregel nicht voran kamen, folglich überwiegend den Bemühungen,

---

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

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

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

- An die Stelle eines bisher weithin praktizierten gleitenden Übergangs aus dem geschlossenen Bereich einer Forensik in eine halb-offene und dann offene Station eines forensischen Krankenhauses bis hin zur Beurlaubung und lockeren Kontrolle, traten nun *Hochsicherheitseinrichtungen* mit verstärkten Gittern, erhöhten Mauern oder Zäunen, gestaffelt angelegten Zugangsschleusen und einer umfassenden Video-Überwachung.
- Damit wurde bereits *in* den stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen die Forensik deutlich von der Allgemeinpsychiatrie abgekoppelt. Fast keine Chance mehr erhielt unter diesem Paradigmenwechsel die Forderung der Enquete, die in der Forensik untergebrachten Personen in die sich inzwischen in die

Gemeinde öffnenden Versorgungsstrukturen der Allgemeinpsychiatrie einzubeziehen.

- Ab 1998, beginnend mit dem sog. Sexualdeliktebekämpfungsgesetz und den dann einsetzenden gerichtlichen und politischen Auseinandersetzungen um die Sicherungsverwahrung, zeichnete sich auch eine deutlich restriktivere Lockerungs- und Entlassungspraxis bei der psychiatrischen Maßregel ab. Hieran änderte auch die Aufnahme von insoweit typischen *Vollzugs*-Elementen in die Systematik des *Vollstreckungs*-Rechts nichts:
  - die befristete Wieder-Invollzug-Setzung (§ 67h StGB),
  - der halbherzige Einbezug von Nachsorge-Ambulanzen in das System von Führungsaufsicht und Bewährungshilfe (§ 68a StGB)
  - sowie die Erledigung der Maßregel wegen Un-Verhältnismäßigkeit ihrer *Dauer* trotz fortbestehender Gefährlichkeit (§ 67d VI StGB), allerdings mit der Möglichkeit sich anschließenden Freiheitsentzugs in der Sicherungsverwahrung (§ 66b StGB).
- Zudem begann sich ab Anfang der 2000er Jahre ein Prozess abzuzeichnen, der mit dem Begriff "Forensifizierung" eine vermehrte Aufnahme solcher Personen in der psychiatrischen Maßregel erkennbar werden ließ, die früher im Versorgungssystem der Allgemeinpsychiatrie oder in geschlossenen Heimen "ausgehalten" wurden. Zum einen betraf und betrifft dies Personen, die weder dort noch ambulant so gut versorgt werden konnten, um sie vor Delinquenz zu bewahren. Andererseits gelangen heute Personen in die Forensik, deren kaum strafrechtlich relevante Übergriffigkeit früher in jenen Einrichtungen als noch spezifisch sozialadäquat im Rahmen dieser Arbeit toleriert wurde.

Dies alles führte zu Entwicklungen und Ergebnissen, die eigentlich niemand so recht wollte und denen – bei Beachtung der Unabhängigkeit der Justiz – auch zunächst niemand so recht etwas entgegenzusetzen hatte:



- 
- Die Anzahl der Neu-Anordnungen der psychiatrischen Maßregel verdoppelte sich von 1990 bis 2011.
  - Die Zahl des Bestands an in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Personen veränderte sich im gleichen Zeitraum um das 2 ½ fache.
  - Infolge eines drastischen Rückgangs von Entlassungen aus der Maßregel stiegen die durchschnittlichen Verweildauern von etwa 4 Jahre auf inzwischen rund 8 Jahre signifikant an – mit erheblichen regionalen Unterschieden, z.B. in Hessen und im südlichen Baden-Württemberg, wo man immer noch mit rund 4 Jahren hinkommt.

Dabei meldet Nordrhein-Westfalen inzwischen nicht nur eine durchschnittliche Verweildauer von 9 Jahren – bundesweit Spitze –, sondern darüber hinaus bei etwa einem Drittel seiner in der psychiatrischen Maßregel untergebrachten Personen eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von deutlich über 10 Jahren.

- In fiskalische Ausgaben umgerechnet ergeben sich hieraus bei einem acht-jährigen Aufenthalt in der psychiatrischen Maßregel und einem angenommenen Tagespflegesatz von rund 250 Euro und ohne Berücksichtigung von Investitionskosten rechnerisch durchschnittliche Gesamt-Fallkosten in einer Höhe von rund 720.000 Euro – für eine einzelne Person, egal ob sie wegen geringfügiger Eigentumsdelikte, Exhibitionismus ohne Gewalt oder wegen schwerer Körperverletzung oder wegen eines Tötungsdelikts untergebracht wurde. Rechnet man die Investitionskosten hinzu, so kommt man auf einen Betrag von über eine Million Euro: Das ist der Preis unserer Sicherheit !!

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

---

allein den Freiheitseingriff dieser Maßregel rechtfertigt, weitgehend in den Hintergrund getreten zu sein. Der Unterschied von *Gefährlichkeit* und *Krankheit* als Beschreibung von je eigenständigen menschlichen Zuschreibungen oder von Zuständen, die zwar im Sanktionenrecht über die §§ 20, 21 und 63 StGB miteinander in Beziehung gebracht werden, aber ansonsten einzeln in Erscheinung treten, scheint verwischt worden oder aus dem von Rechts wegen kritischen Blick geraten zu sein. Psychische Krankheit, Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung erscheinen lange Zeit beinahe als Synonyme für Gefährlichkeit.

Inzwischen drängt sich manchmal der Eindruck auf, als habe sich der psychiatrische Maßregelvollzug zusammen mit den für ihn Verantwortlichen und in ihm Tätigen nach gut 80 Jahren seines Bestehens zu einem selbstreferenziellen System entwickelt: Er kümmert sich weitgehend nur noch um sich selbst. Eine Außenperspektive und das Bedürfnis einer gesellschaftlich notwendigen Neujustierung von Zweck und Ziel dieser Maßregel sind kaum noch erkennbar. Die soeben aufgezeigten Entwicklungen lassen heute deutlicher noch als früher eine *Inkongruenz* zwischen dem Gefahren abwehrenden *Schutz-Auftrag* der psychiatrischen Maßregel und dem Glauben an eine durch Medikalisierung zu erreichende *Perfektionierbarkeit* des delinquenten Menschen erkennen.

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

---

Dabei kann, vom schmalen Korridor einer zulässigen Zwangsbehandlung abgesehen, inzwischen jede therapeutische und rehabilitative Maßnahme nur aus einem *Angebot* bestehen. Ein solches Behandlungsangebot hat anerkannten zeitgemäßen Standards zu entsprechen. Es muss strukturell einlösbar sein, und es muss mit Empathie und Nachhaltigkeit und Vertrauen schaffend den mit einer psychiatrischen Maßregel belegten Personen von hervorragend ausgebildeten und hochprofessionell qualifizierten Mitarbeitern nahegebracht werden. Diesem *Angebots*-Charakter von Therapie und Rehabilitation steht auf der anderen Seite eine *Beschränkung* von Zweck und Ziel der psychiatrischen Maßregel gegenüber: Sie hat, so das OLG Schleswig, "keine umfassende gesundheitsfürsorgerische Aufgabe und Befugnis". Und nach ständiger Rechtsprechung des BGH liegt ihr Zweck darin begründet, "allein der Abwehr künftiger Gefährlichkeit" zu dienen.

Nach dem so verheißungsvoll klingenden Programmsatz im Koalitionsvertrag von 2013 "Wir reformieren das Recht der strafrechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern" war es im Sommer 2014 die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), die einen Katalog mit "Forderungen zu Recht und Durchführung der psychiatrischen Maßregel" vorgelegt hat. Die in diesem Papier ausgesprochenen Hauptforderungen zielten und zielen darauf ab, das psychiatrische Krankenhaus als *einzig*e Aufnahme- und Organisationseinrichtung für die psychiatrische Maßregel nach § 63 StGB durch einen Begriff bzw. eine Formulierung zu ersetzen, die es ermöglicht, *außer* dem Krankenhaus auch *anderen* Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie die mit der psychiatrischen Maßregel notwendig verbundenen Sicherungs- und Betreuungsfunktionen – gemessen am Grad der Verhältnismäßigkeit des erforderlichen und damit zulässigen "vertikalen" Freiheitseingriffs – zu übertragen. Der "Erfolg" der psychiatrischen Maßregel und damit die Dauer und die Intensität des staatlichen Freiheitseingriffs bei einer nach Schuldgesichtspunkten freigesprochenen Person darf künftig nicht mehr am Maß von Heilung oder Besserung von *Krankheit* gemessen werden. Sie ist einzig und ausschließlich am Grad einer (noch) bestehenden *Gefährlichkeit* – als erwartete oder befürchtete erhebliche Verletzung von Rechtsgütern Dritter – und deren gesellschaftlicher Tolerierbarkeit als "sozialadäquat" zu beurteilen. Dahinter bleibt das Ende April verabschiedete "Gesetz zur

---

Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus pp." deutlich zurück.

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

In diesem Zusammenhang greife ich noch einmal auf die Entscheidung des BVerfG vom Oktober 1985 zurück: Hätte sich das BVerfG damals deutlicher zur Beachtung der Verhältnismäßigkeit – nicht nur der Dauer, sondern auch – der zulässigen *Eingriffs-Intensität* der Maßregel geäußert, so wäre längst die Inanspruchnahme von inzwischen hier und da entstandenen Einrichtungen und Diensten der *Gemeindepsychiatrie*, insbesondere flächendeckend von forensischen *Ambulanzen*, nicht nur möglich, sondern auch hinreichend gewesen, um den erforderlichen Schutz der Allgemeinheit in Verbindung mit Kontroll- und Betreuungsangeboten zu gewährleisten, – und insoweit eine stationäre Unterbringung für zahlreiche Personen nicht nur überflüssig, sondern auch unverhältnismäßig und damit rechtswidrig.

Gestatten Sie mir, an dieser Stelle zwei aktuelle Bemerkungen einzufügen:

- In einem soeben bekannt gewordenen "Konsensuspapier" der DGPPN, in dem versucht werden soll zu definieren, was ein "erheblicher gesundheitlicher Schaden" ist, steht der Satz: "Wer aufgrund krankheitsbedingten Verhaltens in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wird, in einen Isolierraum verbracht oder fixiert werden muss oder gar wegen einer Straftat in einer forensischen Psychiatrie untergebracht wird, verliert seine sozialen Bezüge und alle Möglichkeiten der so-

zionalen Teilhabe und erleidet damit einen schweren gesundheitlichen Schaden ...". Kann man einen solchen Satz einer großen Fachgesellschaft anders verstehen als: Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus schadet!? Oder muss man ihn mit ironischem Verständnis anders lesen ...?

- Deutlich klarer äußert sich da doch das BVerfG, wenn es einen Fortdauerbeschluss aufhebt und darin den Satz schreibt: "Auch der Hinweis auf die Hospitalisierung des Beschwerdeführers vermag die Fortdauer der Unterbringung nicht zu rechtfertigen, da ansonsten der Maßregelvollzug seine eigenen Voraussetzungen schüfe." (Beschl. v. 21.04.2015 – 2 BvR 2462/13).

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

Eine solche Umorientierung auf den wahren Kern der psychiatrischen Maßregel müsste auch auf die Theorie und Praxis von Schuldfähigkeits- und Prognose-Begutachtungen ausstrahlen: Es ginge dann nicht mehr nur und nicht in erster Linie

---

um die Psychopathologie des *Individuums*, sondern auch und gerade darum aufzuzeigen, wie und auf welche Weise die *Gefährlichkeit* als *gestörte soziale Beziehung* zwischen dem Individuum und der Gesellschaft am besten bewältigt werden kann. Und aus der Antwort hierauf ergibt sich die weitere Frage nach der geeigneten Versorgungseinrichtung, nach der Leistungsfähigkeit vorhandener psycho-sozialer Netzwerke und Institutionen, und danach, welche Rehabilitationsmaßnahmen geeignet und ausreichend sind, den staatlichen Schutzauftrag und das Sozialstaatsgebot der Vermittlung von Hilfen gegenüber der mit einer Maßregel belegten Person zu erfüllen.

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

In gleicher Weise sollte die Möglichkeit der *Aussetzung des Vollzugs* der psychiatrischen Maßregel zur Bewährung zeitgleich mit ihrer Anordnung, § 67b StGB, erweitert werden. Die dort bereits genannten "besonderen Umstände", die dies bereits jetzt zulassen und ermöglichen, können durch eine auch für forensisch betroffene Personen verantwortlich tätige Gemeindepsychiatrie realisiert werden. Und soweit die bisherige gesetzliche Regelung Personen mit einer Begleitfreiheitsstrafe, die nicht sofort zur Bewährung ausgesetzt werden kann, hiervon ausschließt, könnte die

---

vom Bundesverfassungsgericht durchgesetzte Möglichkeit zur "Anrechnung verfahrensfremder Strafen" hier als Vorbild für eine diversifizierende Öffnung des Maßregelvollzugs dienen.

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

Lassen Sie mich zum Schluss kommen:

---

Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat unter den Ziffern 30 und 31 in seinen "Abschließenden Bemerkungen ..." vom 17. April 2015 Deutschland betreffend den "Mangel an Informationen über Menschen mit Behinderungen im Strafjustizsystem, die bei einer Straftat für schuldunfähig erklärt worden sind, über den Freiheitsentzug bei Personen aufgrund der Schuldunfähigkeitserklärung und die Anwendung von Maßregeln der Sicherung, oftmals auf unbestimmte Zeit" beklagt und die Durchführung einer "unabhängigen Enquete" gefordert. Es fehlen in der Tat umfangreiche Informationen darüber, warum die Anordnung und die Gestaltung der psychiatrischen Maßregel unter den Bundesländern und teilweise auch innerhalb eines Bundeslandes so unterschiedlich gehandhabt werden. Ich finde, es ist dringend an der Zeit, dass Deutschland dieser Forderung des UN-Ausschusses – 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete des Jahres 1975 – zügig entspricht!

Manchmal habe ich den Eindruck, wir befinden uns, was die aufgezeigten Fehlentwicklungen und Defizite angeht, seit einigen Jahren in einem mentalen Investitionsstau und brauchen ein "Silicon Valley", um neuen Perspektiven den Weg vorzudenken und Strategien ihrer Umsetzbarkeit zu einer realen Chance zu verhelfen. Vielleicht trägt dieser Fachtag ein gutes Stück weit dazu bei.

Zunächst einmal sage ich Ihnen allen "Herzlichen Dank" für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. jur. Heinz Kammeier  
Rilkeweg 11  
48165 Münster  
02501 – 58 88 88  
kammeier-muenster@t-online.de