

## **Tetralog im Maßregelvollzug - Besser geht nicht? Oder doch?**

Wann hat man als Angehöriger schon einmal die Gelegenheit, vor einem so „gemischtem Publikum“ Sicht und Probleme der Angehörigen von Forensik-Patienten vorzutragen: vor Vertretern nicht nur der in der Forensik Tätigen, sondern auch vor Vertretern aus Politik und Verwaltung (sie bestimmen die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs – MRV) und vor Vertretern aus der Justiz – und hier besonders der Gerichte (deren Entscheidungen bisweilen die psychiatrische Praxis - und auch uns Angehörige – vor große, ihnen mangels eigener Erfahrungen im Umgang mit psychisch Kranken kaum bewusste Probleme stellen. Eine Gelegenheit, für die ich Ihnen, Herr Hollweg, dankbar bin.

So unterschiedlich die Rollen der am Tetralog Beteiligten auch sind, es besteht eine Gemeinsamkeit: wir alle müssen unsere Rollen spielen unter den Vorgaben von Politik und Gesetzgebung, die leider nur zu oft von aktuellen Anlässen und Stimmungslagen in der Gesellschaft statt von Sachverstand und praktischer Erfahrung bestimmt werden. Diese Gemeinsamkeit kann und sollte unser wechselseitiges Verständnis fördern - und das ist ja wohl das Ziel des Tetralogs.

Vorweg kurz zu meinen Erfahrungen mit der Forensik, damit Sie wissen, dass ich weiß, wovon ich spreche: unser psychisch kranker Sohn, der Ältteste von 5 Geschwistern, war 14 Jahre alt, als die sich über längere Zeit unerkannt anbahnende Krankheit diagnostiziert wurde, nach wiederholten Klinikaufenthalten beging er mit 19 Jahren die Straftat, die 1990 zu seiner Unterbringung im MRV (§ 63) führte und 20 Jahre andauerte. In dieser Zeit haben wir erlebt, wie sich die äußeren Rahmenbedingungen (Fenstergitter, Zäune und Mauern) veränderten, das Maßregelrecht verschärft wurde und die Kliniken, Gutachter und Gerichte immer restriktiver agierten. Wenn man als Angehöriger die Auswirkungen dieser Entwicklung auf den Patienten miterlebt, stellt sich doch die Frage von Ursache und Wirkung: geht es um eine gestiegene Gefährlichkeit des Patienten oder um die Befriedigung irrationaler Vorurteile und Ängste?

### **"Etwas ist faul im MRV"**

Wer als Angehöriger in der Zeit zwischen 1990 und 2010 die Entwicklung von Recht und Praxis des Maßregelvollzugs verfolgt hat, wie ein gesellschaftlicher „Klimawandel“ von einem durch den Behandlungsauftrag zumindest mitbestimmten hin zu einem nahezu ausschließlich durch den Sicherungsauftrag geprägten MRV geführt hat; und wer als Angehöriger die psychischen und physischen Folgen einer mehrjährigen Unterbringung im Maßregelvollzug miterlebt hat, wie statt einer "Besserung" des Patienten trotz oder auch wegen

der jahrelangen Behandlung sich bei ihm neue psychische Störungen und gravierende körperliche Schäden zeigten (Hospitalisierung), kommt zum - wie es in der Medizin so schön heißt - "evidenzbasierten" Schluss: da stimmt etwas nicht im System!

Immer längere Verweilzeiten und dadurch steigende Patientenzahlen; regional erhebliche Unterschiede (HH und S-H); unterschiedliche Maßstäbe der Gerichte bei Anordnungs- und Entlassentscheidungen (Bayern und BW); „Zweitschäden“ infolge langjähriger Hospitalisierung; eine unter dem Druck der Öffentlichkeit zu "Nummer sicher" und auf Absicherung tendierende Gutachterpraxis und Rechtsprechung - ja, da ist etwas faul im MRV.

Das alles ist den Experten längst bewusst, verschiedene Initiativen für eine grundlegende Reform des Maßregelrechts blieben jedoch erfolglos. Allein spektakuläre Einzelfälle gaben der Politik Anlass, auf die jeweils gerade im Vordergrund stehenden Kritikpunkte zu reagieren, und das mit wenig Erfolg. Das Übel an der Wurzel anzugehen, fehlten bisher Mut und Entschlossenheit. Die heißen Diskussionen um den Fall Mollath weckten Hoffnungen auf eine echte Reform – ging es hier doch erstmals nicht um die Sicherheit, sondern um die Situation des psychisch kranken Straftäters - , erkalteten zu dem, wiederum nur einzelne Aspekte aus dieser Diskussion aufgreifenden Referentenentwurf! Mit Blick auf die zahlreichen Gesetzesänderungen seit Ende der 90´er Jahre (s. dazu die seitenlange Auflistung im Urteil des BVerfG vom 04. 05. 2011 zur Sicherungsverwahrung) würde Mephisto heute sagen:

*„Es ändern sich Gesetz und Rechte,  
wie eine Krankheit fort und fort.  
Vernunft wird Unsinn, Wohltat Plage,  
weh´ Dir, wenn Du ein Opfer wirst.“*

Vielleicht bedarf es tatsächlich einer von verschiedenen Seiten geforderten MRV-Enquete, um dieser "Flickschusterei" ein Ende zu setzen und zu einer dem heutigen Stand der Psychiatrie entsprechenden gesetzlichen Regelung zu gelangen. Doch diese Enquete dürfte sich nicht auf das Maßregelrecht beschränken, sie müsste vielmehr auch die Ursachen der genannten Fehlentwicklungen untersuchen und Wege weisen, wie vorgebeugt werden kann, dass ein psychisch Kranker überhaupt straffällig wird. Anders ausgedrückt: es braucht Prävention gegen den präventiven Freiheitsentzug im Maßregelvollzug.

Volckart hat schon 1983 in der Einleitung zur 1. Auflage seines Kommentars festgestellt: *"Bereits die Grundentscheidung des Gesetzgebers ist problematisch, weil er es unternimmt, psychisch behinderte Menschen mit abweichendem Verhalten < durch Ausgliederung wieder eingliedern > zu wollen."* Wenn man

sich bei Verweilzeiten von bundesweit durchschnittlich inzwischen 8 Jahren vor Augen hält, was der Untergebrachte in dieser langen Zeit selbst bei optimaler Behandlung an psychischen und physischen Veränderungen durchmacht, muss eine Reform des MRV hier ansetzen. § 63 StGB muss von seiner einseitigen Ausrichtung auf die stationäre Maßnahme, die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, zu einer offenen Regelung umgestaltet werden, die vorrangig – wo immer möglich – ambulante Maßnahmen vorsieht, und nur als wirkliche „ultima ratio“ die Unterbringung zulässt. Das ist nicht nur ein Gebot der Verhältnismäßigkeit, sondern vor allem ein Gebot der Menschlichkeit!

## Was also ist zu tun?

**1. Gewaltprävention** - überspitzt könnte man sagen: wir produzieren regelrecht unsere Maßregelvollzugspatienten. Zu kurze Verweilzeiten in der Allgemeinpsychiatrie führen dazu, dass der psychisch Kranke oft instabil entlassen wird, die Nachsorge ist unzulänglich und die Angehörigen, die den Betroffenen auffangen, werden zu wenig unterstützt. Wir Angehörige erleben in der Familie, wie schmal der Grat zwischen noch tolerierbarem und in die Forensik führendem Verhalten sein kann. - In der Allgemeinpsychiatrie sinkt - nicht zuletzt aus mangelnder Zeit, d.h. fehlender Personalkapazität - die Toleranz gegenüber problematischem Patientenverhalten („Forensifizierung“). Und gibt die Tatsache, dass bis zu 80 % der Maßregelvollzugspatienten vor der Straftat, ein großer Anteil sogar mehrfach, bereits in stationärer Behandlung waren, nicht Anlass, Wege zu suchen, wie zu Gewalt neigende Patienten - das sind ja prozentual gesehen nur wenige psychisch Kranke, verteilt auf bestimmte Krankheitsbilder (v. a. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen) - davor bewahrt werden können, straffällig zu werden?

Es gibt bereits in diese Richtung gehende Untersuchungen und Modelle wie die Präventionsambulanz des BK Ansbach ("Stopp die Gewalt in Dir") oder die Behandlungsinitiative Opferschutz e. V. (BIOS) in Karlsruhe. Diese Ansätze müssen intensiv weiterentwickelt werden. Denn: Wer Zwang und Gewalt in der Psychiatrie vermeiden will, muss Gewalt vorbeugen!

**2. "Hospitalisierungsprävention" (ambulante Maßnahmen)** - um die Folgen einer i. d. R. mehrjährigen Unterbringung im Maßregelvollzug nach Möglichkeit zu vermeiden, dürfen, wo immer möglich, nur ambulante Maßnahmen angeordnet werden. Das entspricht dem verfassungsrechtlichen Gebot der Verhältnismäßigkeit und bindet auch den Gesetzgeber. Daher ist § 63 StGB dahingehend zu ändern, dass vorrangig ambulante Maßnahmen anzuordnen sind, und die Einweisung in eine forensische Klinik nur als ultima ratio in Betracht kommt.

**3. Ambulante Infrastruktur** - sehr unterschiedlich sind die Erfahrungen der Kliniken, wenn sie im Rahmen der Entlassvorbereitung nach geeigneten Angeboten der ambulanten oder auch stationären Nachsorge in der Gemeindepsychiatrie suchen. Das hier bestehende Defizit zeigt, wie problematisch die Zuständigkeitsverteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen ist. Die geforderte (bundesrechtliche) Änderung des § 63 StGB setzt voraus, dass in den Ländern und Kommunen die entsprechenden ambulanten Angebote vorgehalten werden. Daher stellt sich die Frage, ob es überhaupt vertretbar ist, dass man für den Maßregelvollzug schon die Gesetzgebung, aber auch den Umfang der Daseinsvorsorge den Bundesländern und Kommunen überlässt. Bei dem, wie das BVerfG immer wieder betont, so schwerwiegenden Grundrechtseingriff, wie ihn der präventive Freiheitsentzug darstellt, kann man es doch nicht den einzelnen Akteuren überlassen, ob und in welchem Umfang diese ihre Zuständigkeit ausfüllen. Mit gutem Grund hat das BVerfG daher eine gesetzliche Regelungsdichte gefordert, "die keine maßgeblichen Fragen der Entscheidungsmacht von Exekutive oder Judikative überlässt, sondern deren Handeln in allen wesentlichen Bereichen determiniert" und weiter: "Das normative Gesamtkonzept muss zum Vollzug der Maßregel qualitative Anforderungen an die personelle und sachliche Ausstattung enthalten, die vom Landeshaushaltsgesetzgeber Beachtung verlangen und der Exekutive keine wesentlichen Handlungsspielräume überlassen."

Dieses Gesamtkonzept ist Aufgabe des Bundes, die zitierte Entscheidung stammt aus 2011 ! Leider können wir uns heute nicht mit einem solchen Gesamtkonzept auseinandersetzen - dies wurde wieder einmal vertagt, wie der jetzt zur Diskussion gestellte Referentenentwurf zur Novellierung des § 63 StGB zeigt

### **Zum Referentenentwurf**

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 4. Mai 2011 Anforderungen an einen nicht sanktionierenden, sondern rein präventiven Freiheitsentzug, wie es nicht nur die Sicherungsverwahrung, sondern auch der Maßregelvollzug ist – eine Reihe von Geboten für die Gesetzgebung und die Vollzugsgestaltung aufgestellt, die im vorliegenden Entwurf nicht beachtet werden.

Nach meiner Erfahrung als Angehöriger eines Forensikpatienten sind folgende Gebote des BVerfG besonders wichtig:

**1. Das ultima-ratio-Gebot** – weil der Freiheitsentzug ausschließlich präventiven Zwecken dient, handelt es sich um einen äußerst schwerwiegenden

Grundrechtseingriff. Der präventive Freiheitsentzug darf deshalb nur nach Ausschöpfung aller weniger einschneidenden Maßnahmen angeordnet werden.

Der Entwurf beschränkt sich darauf, die Darlegungsanforderungen zu verschärfen (bei weniger schweren Anlassdelikten darf das Gericht die Unterbringung nur anordnen, wenn „besondere Umstände“ erhebliche Straftaten des Betroffenen erwarten lassen). Damit soll – wie es in der Begründung heißt – das „potentielle Legitimationsdefizit“, das bei einer auf Prognosen beruhenden Entscheidung besteht, ausgeglichen werden. Das ist ein richtiger Schritt, doch bleibt es nach dem Entwurf dabei, dass – wenn die Voraussetzung des § 63 StGB erfüllt sind – ausschließlich die Unterbringung und keine ambulanten Maßregeln angeordnet werden können. Die Aussetzung nach § 67 b StGB genügt nicht, da Auflagenverstöße zur Unterbringung führen können.

**Forderung:** Das ultima-ratio-Gebot verlangt eine gesetzliche Regelung, nach der das Gericht in jedem Einzelfall zu prüfen hat, ob es statt der Unterbringung nicht andere, weniger einschneidende Maßnahmen gibt, die dem Sicherheitsinteresse der Gesellschaft genügen. Das ist auch unter dem Gesichtspunkt des „Sonderopfers“ (so das BVerfG, weil die Maßregel keine Sanktion wegen einer begangenen Tat ist, sondern präventiv wegen einer prognostizierten Gefahr angeordnet wird) erforderlich.

**2. Das Minimierungsgebot** – für den Vollzug der Maßregel heißt das, dass dem Betroffenen während der Unterbringung keine Einschränkungen auferlegt werden dürfen, die nicht zwingend durch den Sicherheitszweck geboten sind. Sieht man sich die in den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen praktizierten Einschränkungen der Unterbrachten an, stellt man erhebliche Unterschiede fest. Das ist kein Wunder, da in dieser Hinsicht schon die einzelnen MRV-G bzw. PsychKG der Länder differieren.

**Forderung:** Um das Minimierungsgebot im Vollzug durchzusetzen, bedarf es klarer – und möglichst bundeseinheitlicher – gesetzlicher Regelungen. Die hier bestehenden Unterschiede in der Praxis machen gesetzliche Vorgaben erforderlich, deren Einhaltung von den Gerichten überprüft werden können und müssen.

**3. Rechtsschutz- und Unterstützungsgebot** - unter Hinweis auf die besondere Situation des Unterbrachten, dessen Abhängigkeit von den ihn behandelnden bzw. betreuenden Mitarbeitern der Einrichtung - hat das BVerfG wiederholt einen „effektiven“ Rechtsschutz angemahnt. Diesen effektiven Rechtsschutz gibt es bisher jedoch nicht (ohne die Unterstützung durch einen Freundeskreis

und die Einschaltung eines Rechtsanwalts wäre Herr Mollath wohl noch heute in der forensischen Klinik untergebracht!).

Formal gewährt das geltende Recht zwar eine ganze Reihe von Rechtsbehelfen und sieht für das Gerichtsverfahren die Pflichtverteidigung vor. Doch wie sieht es mit deren Effizienz aus? Nur selten verfügt der Pflichtverteidiger über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen in dieser speziellen Materie zwischen Recht und Psychiatrie; und der Betroffene ist – von Ausnahmen abgesehen – finanziell nicht in der Lage und krankheitsbedingt nicht fähig, seine Rechte sachgerecht wahrzunehmen. – Während der Unterbringung kommt noch die - mehr oder weniger berechnete - Angst vor Repressalien des Personals hinzu, die den Betroffenen (und auch Angehörige) oft davon abhält, sich zu beschweren oder gar einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung zu stellen. Schließlich: Rechtsbehelfe greifen oft erst, „wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist“- im Maßregelvollzug nötig ist aber vor allem ein vorbeugender Rechtsschutz bei anstehenden Maßnahmen und Entscheidungen.

**Forderung:** Ein „effektiver“ Rechtsschutz setzt die dauerhafte Begleitung des Betroffenen im Gerichtsverfahren und während der Unterbringung voraus, diese Begleitung muss juristisch kompetent, im Umgang mit psychisch Kranken erfahren und in der akuten Situation für den Betroffenen erreichbar sein.

Als Lösung bietet sich das Modell der „Patientenanwaltschaft“ in Österreich an, die dort vom Staat finanziert wird und unabhängig agiert; die Kliniken müssen sie über Einweisungen und beabsichtigte Zwangsmaßnahmen umgehend bzw. vorher informieren. Durch die laufende, „amtswegige“ Betreuung aller Patienten haben die Mitarbeiter der Patientenanwaltschaft die nötige juristische Kompetenz und Erfahrung im Umgang mit psychisch Kranken, um deren Interessen wirksam vertreten zu können.

**Erste Schritte in diese Richtung gehen § 7 ThUG (Beiordnung eines Rechtsanwalts) und § 9 des Entwurfs zur Neufassung des MRVG-RP („Beschwerdemanagement“, um die defizitäre soziale u. ökonomische Kompetenz zahlreicher untergebrachter Personen auszugleichen“ (so die Begründung). Doch dem Pflichtverteidiger fehlen oft die erforderlichen speziellen Kenntnisse und – gebührenbedingt - das nötige Engagement (s.o.), dem Beschwerdemanagement die doch so wichtige Unabhängigkeit von der Einrichtung, von der der Untergebrachte „total“ abhängig ist.**

Soviel zu den im Entwurf nicht berücksichtigten Geboten des BVerfG an den Gesetzgeber.

Noch eine Anmerkung zur erhöhten **"Gutachtenfrequenz"**: Natürlich wünschen wir Angehörige uns qualifizierte Gutachter und originäre, nicht die Aussagen der Klinik und vorausgegangener Gutachten bestätigende Gutachten.

Doch die Erfahrungen mit gesetzlich vorgegebenen Fristen für externe Gutachten z. B. in NRW sprechen nicht dafür, z. T. wird gesagt, dass sich eine solche Regelung eher als Entlassungshindernis ausgewirkt hat.

Nicht auf die Häufigkeit von Gutachten, sondern auf ihre Qualität kommt es an; und es gibt Krankheits- bzw. Vollzugsverläufe, in denen Gutachten in festgelegten Intervallen unsinnig sind. Wir brauchen kein Beschäftigungsprogramm für Gutachter, zumal es - wie in der Begründung des Entwurfs festgestellt wird und dem durch eine zweijährige Übergangsregelung Rechnung getragen werden soll - schon jetzt zu wenige Gutachter gibt!

Daher ist die bereits vorgeschlagene flexiblere Variante (Schallast/Lindemann) vorzuziehen, wonach nicht nur das Gericht zur Überprüfung der Fortdauer der Unterbringung ein Sachverständigengutachten einholen kann, sondern alle Beteiligten, insbesondere auch der Betroffene, dies beantragen können.

## **Zurück zum Tetralog**

Es gibt nicht nur Forderungen der Angehörigen an den Gesetzgeber. Wir haben auch Wünsche und Anregungen, die an die Gerichte und die in der Forensik Tätigen gerichtet sind.

**Zu den Gerichten** – selber Jurist weiß ich, dass „Recht und Psychiatrie“ in unserer Ausbildung nicht vorkommen. Sensibilität und Verständnis für psychische Krankheiten und die von ihr Betroffenen bekommt man erst dann, wenn man mit ihnen unmittelbar konfrontiert wird. Dieser fehlende Einblick in das tatsächliche Geschehen in Familien mit einem psychisch Kranken, aber auch in die Abläufe und Zwänge der psychiatrischen Behandlung, führt leicht zu Entscheidungen, die für uns schwer nachvollziehbar, mitunter auch schwer zu ertragen sind.

Als Beispiele nenne ich die Anerkennung eines nahezu grenzenlosen Selbstbestimmungsrechts, wobei die berechtigten Interessen des Umfelds (Familie, Nachbarn, in der Psychiatrie Tätige) auf der Strecke bleiben. Oder die Ablehnung einer notwendigen vorläufigen Einweisung trotz einschlägiger Kranken-Vorgeschichte und Erfahrungen der Angehörigen.

Aus den unter dem Stichwort "ultima-ratio-Gebot" ausgeführten Gründen wäre es, solange § 63 StGB unverändert bleibt, wünschenswert, dass die Möglichkeit der **Aussetzung** des Vollzugs der Unterbringung zugleich mit ihrer Anordnung (§ **67 b StGB**) stets im Urteil nachlesbar geprüft und wo immer vertretbar ausgesprochen wird.

Zur Praxis der **jährlichen Anhörungen (§ 67 e StGB)**: die Gerichte sollten verlangen, dass die Klinik in ihrer Stellungnahme nicht nur den Behandlungsverlauf schildert, sondern auch den aktuellen Behandlungsplan vorlegt und - vor allem bei langen Verweilzeiten - sich zur Frage von Behandlungsalternativen äußert. Denn wenn für den Patienten geeignetere Behandlungsmöglichkeiten bekannt sind, über die die Klinik nicht verfügt, ist auch die Frage einer Verlegung des Patienten zu prüfen (Individualisierungsgebot des BVerfG).

**Zu den „Profis“** – da gibt es mehr Gemeinsamkeiten, als vielen bewusst ist: als erstes das gemeinsame Ziel, dass die Behandlung möglichst schnell Erfolg hat und eine die Gefährlichkeit verneinende Prognose erlaubt. Und auch in den meisten meiner Forderungen dürften wir übereinstimmen. Besonders erfreulich ist die Resonanz, die wir in NRW und besonders hier im LWL mit unserer **"Initiative Forensik"** gefunden haben. Ziel dieser Angehörigeninitiative ist es - neben dem Erfahrungsaustausch untereinander - das wechselseitige Verständnis zwischen den "Profis" und den Angehörigen zu fördern. Das kann dazu beitragen, viele Vorurteile, Missverständnisse und Konflikte zu vermeiden, die meist auf fehlender Information und mangelnder Transparenz bzgl. des Geschehens "hinter der Mauer" beruhen. Dieses Anliegen der Angehörigenarbeit sollten wir gemeinsam weiter tragen.

## **Zum Schluss**

Die "Dunkelkammer" des Maßregelvollzugs braucht mehr Licht, mehr Transparenz für die Gesellschaft und auch für uns Angehörige. Mehr Transparenz kann auch des Image des Maßregelvollzugs und der hier Beschäftigten verbessern, wenn nämlich bewusst gemacht wird, was hier geleistet wird. Dazu gehört die Beantwortung zweier Fragen: 1. Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug? (so der Titel einer Regensburger Dissertation - Hartl 2012) und 2. im Hinblick auf die langen Verweilzeiten: Wie lange kann man eigentlich einen Menschen behandeln?

Dies als Denkanstoß und als Anregung für die Diskussion!