

Stellungnahme

30. Juli 2015

DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

Stellungnahme der DGPPN zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB

In den letzten Jahren hat die Zahl der Patienten, die in einer Klinik des Maßregelvollzugs gem. § 63 StGB untergebracht sind, stark zugenommen. Die Verweildauer ist erheblich gestiegen. Bundesweit werden gegenwärtig circa 6500 Patienten stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus auf Grundlage von § 63 StGB behandelt, rund weitere 3300 Patienten auf Grundlage von § 64 StGB.

Die DGPPN sieht dringenden Reformbedarf des Rechts der Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus gem. § 63 und hat 2011 in einer Stellungnahme sowie nachfolgend in der „Initiative Maßregelreform“ Vorschläge erarbeitet.

Insbesondere sprach sie sich für eine Vereinheitlichung der Landesgesetzgebung, für eine Vereinheitlichung der gesetzlichen Grundlagen zur Zwangsbehandlung und eine Stärkung des Therapiegedankens aus. Auch empfahl sie dringend eine bundesweite Angleichung der Personalausstattung und Schaffung komplementärer Wohneinrichtungen, um die Verweildauer der Unterbrachten in der Forensischen Psychiatrie auf ein therapeutisch notwendiges Mindestmaß beschränken zu können. Außerdem sprach sich die DGPPN für eine grundsätzliche Befristung der Unterbringung gem. § 63 StGB aus, die jedoch in Fällen besonders gravierender psychischer Störungen mit legalprognostischer Relevanz auch verlängert werden kann.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die DGPPN ausdrücklich, dass das BMJV nun einen Referentenentwurf zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB vorgelegt hat und nimmt wie folgt dazu Stellung:

1. Voraussetzungen für eine Unterbringung

Die DGPPN bewertet es ausdrücklich positiv, dass die Möglichkeit der **Einweisung eines psychisch kranken Straftäters in die Forensische Psychiatrie beschränkt werden soll** auf Straftaten, „durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird“ – und auf Täter, deren Tat selbst zwar nicht im Sinne von Satz 1 erheblich ist, bei denen aber „besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird“. Damit wird betont, dass die Unterbringung eines psy-

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT (KOMMISSARISCH)

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄRE LEHRE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

BEISITZER PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Prof. Dr. med. Martin Driessen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH, VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE, E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDEMMXXX

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

chisch kranken Straftäters in der Forensischen Psychiatrie beschränkt sein muss auf gravierende, erheblich die Sicherheit der Allgemeinheit gefährdende Straftaten, dass jedoch auch geringfügige Indexdelikte bei sehr hoher krankheitsbedingter forensischer Gefährdung die Einweisung zum Zweck der Besserung und Sicherung ermöglichen können. Die Erwartung solcher krankheitsbedingter Straftaten muss jedoch vom Gutachter konkretisiert und sorgfältig begründet werden, damit nicht generelle Verhaltensauffälligkeiten die Unterbringung nach sich ziehen.

2. Bundesweit einheitliche Maßregelvollzugsgesetzgebung

Eine ernstzunehmende Problematik für die Rechtssicherheit der in der Forensischen Psychiatrie untergebrachten Patienten und für die Versorgungsqualität ergibt sich daraus, dass es bisher nicht gelungen ist, sich politisch auf die **Schaffung eines bundeseinheitlichen Maßregelvollzugsgesetzes** zu einigen. Auch unter Berücksichtigung des so bedeutsamen föderalen Prinzips bleibt die kritische Feststellung, dass die Maßregelvollzugsgesetze der einzelnen Bundesländer gerade in Bezug auf Zwangsbehandlungen und Lockerungsgrundsätze sehr unterschiedlich sind, jedoch gerade diese Aspekte auch für die Behandlungsqualität und den Behandlungsverlauf, damit also auch für die Verweildauer insgesamt, von wesentlicher Bedeutung sind. Die DGPPN hält es für dringend geboten, dass Patienten im Hinblick auf grundrechtsrelevante Eingriffe bundesweit den gleichen gesetzlichen Bedingungen unterliegen.

3. Zeitliche Limitierung der Unterbringung

Die DGPPN begrüßt die zeitliche Befristung der psychiatrischen Behandlung in der Forensik gem. § 63 StGB und hält einen **maximalen Behandlungszeitraum von zehn Jahren in den meisten Fällen auch für voll umfänglich ausreichend**, wobei das Ziel jeweils sein sollte, die Behandlungsdauer auf das notwendige Mindestmaß zu beschränken.

Die **Gefahr bei der Einführung einer Sechs-Jahres-Grenze**, nach der die Prognoselast quasi umgekehrt wird, besteht darin, dass zur Fortführung einer noch nicht abgeschlossenen, jedoch insgesamt konstruktiv verlaufenden Therapie das Schwergewicht der Dokumentation auf die Darlegung von Gefährlichkeit ausgerichtet wird. Die Sechs-Jahres-Grenze ist auch deswegen klinisch heikel, weil gerade in der Forensischen Psychiatrie viele Patienten mit einer komplizierten Behandlungsvorgeschichte untergebracht sind und nicht selten allein schon mehrere Jahre benötigen, um zu einer autonomen Behandlungs- und Veränderungsmotivation zu gelangen. Wenn Patienten gewissermaßen nach sechs Jahren individuell zu früh entlassen werden müssten, wird dies dazu führen, dass diese Patienten wiederum in besonders beschützende oder freiheitsbeschränkende Institutionen entlassen werden, während sie bei einer etwas längeren Verweildauer womöglich langfristig mehr Autonomie in der Rehabilitation erzielen würden.

Die grundsätzliche Absicht, die Dauer der psychiatrischen Maßregel für den allergrößten Teil der untergebrachten Patienten auf zehn Jahre zu begrenzen und damit eine Vergleichbarkeit der Sicherungsverwahrung im Sinne der Gefahrenabwehr vorzunehmen, ist sinnvoll. Dies erfordert auch eine **Stärkung komplementärer Behandlungseinrichtungen**, die eine Betreuung psychisch kranker Patienten auch unterhalb der Schwelle einer Unterbringung in der Forensischen Psychiatrie erlauben.

In Einzelfällen kann jedoch aufgrund der mit der psychischen Störung verbundenen besonderen Risiken schwerster Gewaltstraftaten bei gleichzeitig bislang geringer therapeutischer Beeinflussbarkeit eine deutliche Überschreitung dieses Unterbringungszeitraumes notwendig sein. Wir begrüßen daher sehr die unsere Empfehlung aufgreifende Vorgabe, nach zehn Jahren in jedem Falle eine **gesonderte externe Begutachtung** zur Frage einzuholen, ob die psychiatrische Maßregel aus Gründen des Risk-Assessment und der zu erwartenden schwerwiegenden Straftaten auch über diese Frist hinaus fort dauern sollte. Wie auch bei der Sicherungsverwahrung sollte sich im Übrigen die Fragestellung der Gefährlichkeitsprognose nach zehn Jahren umkehren. Damit vereinheitlicht sich die externe Gutachtenfrequenz: In den ersten sechs Jahren erfolgen zwei Gutachten in dreijährigen Abständen, danach erfolgen die externen Begutachtungen im zweijährigen Rhythmus.

4. Sachverständigengutachten

Zur Änderung der Strafprozessordnung wird in dem neuen Entwurf des § 463 StPO Satz 2 die **Einholung externer Sachverständigengutachten durch das Gericht nach jeweils drei Jahren** aufgenommen. Dieser Vorschlag entspricht den von der DGPPN empfohlenen Veränderungen. Zum einen folgt diese Änderung der Empfehlung, dass bundeseinheitlich nur noch die Gerichte die Sachverständigengutachten in Auftrag geben und nicht mehr die forensischen Kliniken selbst. Zum anderen folgt diese Änderung der dringlichen Empfehlung der DGPPN, keine dysfunktionale und therapiestörende Dauerbegutachtung (alle sechs Monate) einzurichten, sondern mit einem Dreijahresabstand dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sich in der Forensischen Psychiatrie im Regelfall psychisch erheblich beeinträchtigte Menschen mit komplexen Behandlungsverläufen befinden. Bei einem dysfunktional kurzen Intervall zwischen den einzelnen Begutachtungen rückt die Therapie völlig in den Hintergrund und die Patienten bereiten sich im Grunde nach einem erfolgten Gutachten eher strategisch auf die nächste anstehende Begutachtung vor. Der psychiatrisch-psychotherapeutische Charakter würde so ersetzt durch eine Art Lernmarathon vor Prüfungen. Der DGPPN geht es um ein sinnvolles Verhältnis zwischen Therapiezeitraum und Begutachtungszeitraum. Sinn der Unterbringung in der Forensischen Psychiatrie ist die für die Patienten **legalprognostisch relevante Behandlung ihrer Störung** und die Reduzierung der durch die psychische Störung bedingten Gefährlichkeit. Es geht daher in erster Linie um einen Anspruch auf eine Therapie, die dazu führen sollte, in Freiheit wieder verantwortlich und straffrei leben zu können.

Die Wahl eines Dreijahresintervalls, welches bei konkreten Fragestellungen mit engmaschigerem zeitlichen Bezug auch verkürzt werden kann, trägt dem Umstand Rechnung, den Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug einen hinreichenden Therapiezeitraum zur Verfügung zu stellen und zugleich zu gewährleisten, dass eine **regelmäßige externe fachliche Kontrolle des Behandlungsprozesses** in vertretbaren Abständen erfolgt.

5. Wahl des Sachverständigen

Im neuen Satz 3 des Referentenentwurfs wird eingeführt, dass der Sachverständige, der für das erste Gutachten im Rahmen einer Überprüfung der Fortdauer der Unterbringung herangezogen wird, nicht derjenige sein darf, der mit seinem Schuldfähigkeitsgutachten zur Unterbringung beigetragen hat. Das ist eine begrüßenswerte Regelung.

Gleichzeitig wird durch die umfangreiche Handreichung zur Abfassung klinisch-therapeutischer Stellungnahmen von Therapeuten gefordert, sich selbst in eine intraklinische Sachverständigenposition zu bringen. **Die Rolle eines Therapeuten ist aber eine grundlegend andere als die des Sachverständigen.** Es ist gerade Aufgabe des externen Gutachters, den therapeutischen Prozess von außen zu beurteilen. Nicht umsonst wird darauf Wert gelegt, dass der Sachverständige nicht in die Behandlung des Patienten eingebunden ist. Natürlich verlangt die Behandlungsdokumentation eine gut strukturierte und begründete Auseinandersetzung mit Eingangs- und Verlaufsdiagnostik, Therapieplanung und -verlauf sowie eine gefährlichkeitsprognostische Einschätzung, die auch die Grundlage für die Gewährung von therapeutisch begründeten Lockerungen bildet.

Eine dem Umfang nach jedoch **ausufernde Praxis klinischer Stellungnahmen**, die das Ausmaß von Gutachten erreicht, führt zudem dazu, dass die zur Behandlung und Rehabilitation eingesetzten therapeutischen Kräfte maßgeblich auf die Dokumentation verwendet werden und somit zeitliche Ressourcen für die tatsächlichen einzel- und gruppentherapeutischen Maßnahmen reduziert werden. Dies **führt unweigerlich zur Abnahme der Therapiequalität** und inneren Sicherheit forensischer Kliniken sowie zur Zunahme der Verweildauer.

Ergänzend hierzu halten wir es aber im Einzelfall für sehr sinnvoll, dass ein Gutachter bei einer positiven Entwicklung auch im Verlauf das nachfolgende Gutachten erstellen kann, zumal solche auf die Rehabilitation und Entlassung hin ausgerichteten Gutachten nicht selten zeitlich vorgezogen werden und durch die Vermeidung eines Gutachterwechsel eine unnötige Verlängerung der Verweildauer vermieden werden kann. Diese Vorgehensweise ermöglicht zudem die Überprüfung der im Vorgutachten dargelegten Behandlungsempfehlungen und des seinerzeit erwarteten Behandlungsverlauf. Von daher muss gerade bei positiven Begutachtungsergebnissen eine solche Nach-Untersuchung möglich sein.

6. Qualifikation des Sachverständigen

Für ausgesprochen wichtig halten wir die Klarstellung, dass mit der forensisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen bzw. kriminaltherapeutischen Begutachtung nur ärztliche oder psychologische Sachverständige beauftragt werden sollen, die explizit über forensisch-psychiatrische bzw. psychologische Sachkunde und Erfahrung verfügen.

Eine **rein kriminologische Ausbildung ist für die Sachverständigentätigkeit fachlich unzureichend**, da es auf die Exploration, Erfassung und Beschreibung sowohl klinisch-psychiatrischer als auch entwicklungspsychologischer und persönlichkeitsstruktureller Aspekte ankommt und nur die klinisch-psychiatrische bzw. psychotherapeutische Erfahrung eine Beurteilung der therapeutischen Prozesse und der mit ihr vergesellschafteten Veränderung zulässt.

Ergänzen möchten wir, dass diese forensisch-psychiatrische Sachkunde sich bei den Ärzten entweder durch das Führen der Schwerpunktbezeichnung Forensische Psychiatrie der Landesärztekammern oder durch das Führen des **DGPPN-Zertifikats Forensische Psychiatrie** ausweisen muss und dass für forensische Psychologen bzw. Rechtspsychologen ebenso wünschenswert ist, dass es sich um Psychologische Psychotherapeuten handelt, die sich einer spezifischen Zertifizierung unterzogen haben.

7. Strukturqualität – Personalausstattung Maßregelvollzug

Im Hinblick auf die gebotene Verweildauerbegrenzung und Verweildauerverkürzung sowie der Vereinheitlichung der Gutachterfrequenzen, ist die im bundesweiten Vergleich sehr **unterschiedliche Personalausstattung anzugleichen**.

Vor zehn Jahren befanden sich bundesweit 17 % aller Maßregelvollzugspatienten länger als zehn Jahre in der Forensischen Psychiatrie. Gegenwärtig beträgt der Anteil der Patienten, die länger als zehn Jahre untergebracht sind, ein Drittel. Mit der allgemeinen Entwicklung der schweren Gewalkriminalität in der Bundesrepublik ist das nicht zu erklären, denn diese ist seit Jahren rückläufig, insbesondere auch im Bereich der Sexualstraftaten.

Von daher kommt gerade der **Intensivierung der therapeutischen Maßnahmen und der Gewährleistung von für die Behandlung förderlichen Rahmenbedingungen** eine besondere Bedeutung zu.

Die Erarbeitung einheitlicher Behandlungsstandards wird zurzeit von einer Task-Force der DGPPN, bestehend aus führenden forensischen Psychiatern, Psychologen und Juristen übernommen. Die Behandlungsstandards werden sich an den evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen, den spezifischen Aspekten der Behandlung von Straftätern infolge der psychischen Erkrankung ausrichten. Eine evidenzbasierte State of the Art-Behandlung setzt auch Mindestanforderungen für ausreichendes und qualifiziertes Personal in den Kliniken des Maßregelvollzugs voraus, dessen Finanzierung gesichert werden muss.

Des Weiteren soll darauf hingewiesen werden, dass in nicht wenigen Kliniken des psychiatrischen Maßregelvollzugs die Unterbringungs- und Wohnverhältnisse der Untergebrachten **unter den Standards** moderner Abteilungen zurückfallen. Die DGPPN weist ausdrücklich darauf hin, dass psychisch Kranken hier ein besonderer Schutz zuteil werden sollte. Auch deswegen ist eine bundeseinheitliche Festsetzung von Unterbringungsstandards geboten.

Im Hinblick auf die angestrebte Verweildauerreduzierung gehören neben den strukturellen Notwendigkeiten, der Ausbau der forensischen Nachsorgeambulanzen und die verbesserte Durchlässigkeit der Maßregeln.

Auch die komplementären Langzeitwohneinrichtungen, wie Übergangswohnheime zur gestuften Wiedereingliederung der Patienten aus dem Maßregelvollzug bedürfen quantitativ des Ausbaus der einheitlichen Ausstattung durch qualifiziertes Personal im Sinne der Strukturqualität. Der Schritt von einer hochgesicherten forensischen Klinik bis zum selbständigen Leben in Freiheit ist für viele chronisch psychisch kranke Menschen ein erheblicher, der einer qualifizierten Begleitung bedarf.

Insbesondere bei den chronisch und mehrfach psychisch Erkrankten ist die Verweildauer in der forensischen Psychiatrie gegenwärtig deswegen so lang, weil es an komplementären Einrichtungen mangelt.

8. Weiterer Reformbedarf

Der DGPPN ist bewusst, dass mit dem Referentenentwurf lediglich eine Novellierung und keine grundsätzliche Reform des Maßregelrechts angestrebt wurde. Die Stoßrichtung der Novellierung ist zu begrüßen. Dennoch spricht sich die DGPPN für eine **grundlegende Reform des Maßregelrechts** in der nächsten Zeit aus. Auch der Entwurf des § 67 Abs. 6 StGB ist sehr zu begrüßen. Hierdurch kann der Behandlungserfolg sichergestellt werden, wobei gerade auch für Patienten mit Suchterkrankungen gem. § 64 StGB eine solche Anrechnung wichtig ist, da damit eine Beurlaubung/Entlassung in ein geordnetes Rehabilitationssetting möglich wäre.

Die DGPPN sieht weiteren Reformbedarf, insbesondere in der **Überarbeitung der stigmatisierenden und gänzlich überholten Begriffe des „Schwachsinn“ und der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“**.

Eine Reform des Maßregelrechts muss auch für die Lebensqualität während der Unterbringung weitere relevante Fragestellungen beantworten wie z. B. die **Regelung des Wahlrechts und insbesondere den Erwerb von Rentenansprüchen** aus Arbeitstätigkeit in klinischen Werkbetrieben.

Auch bisher geltende ausländerrechtliche Aspekte behindern im Einzelfall die Behandlung und Rehabilitation straffällig gewordener psychisch kranker Menschen.

Wir empfehlen außerdem nach der Verabschiedung der Novellierung des § 63 StGB zudem dringlich eine grundlegende **Reform der Unterbringung gem. § 64 StGB**. Diese Situation ist durch ausufernde Zuweisungen und extrem hohe Abbruchquoten der Therapie unhaltbar. Gegenwärtig gerät bei der Anwendungspraxis des § 64 StGB aus dem Blickfeld, dass diese therapeutische Maßnahme engstens an eine diagnostizierte stoffgebundene Abhängigkeit gekoppelt sein muss und das Indexdelikt eindeutig Symptomtat der Suchterkrankung sein muss. In der aktuellen Praxis bildet sich eine übermäßige Einweisung nicht therapiemotivierter, primär antisozial geprägter Personen ab, die in der Therapiemaßnahme im Wesentlichen den Vorteil der Haftvermeidung erkennen.

Im Hinblick auf die maximale Dauer der Unterbringung und Behandlung ist anzumerken, dass nur die wenigsten Personen mit einer Behandlungsdauer von zwei Jahren hinreichend zu behandeln sind. Die Regelung, die Unterbringungsdauer auf zwei Jahre plus maximal 2/3 der Begleithaftstrafe zu begrenzen, hat sich insgesamt in der Vergangenheit bewährt.


Kritisch anzumerken ist, dass, bis auf wenige Einzelfälle, Personen mit sexueller Gewaltdelinquenz von der Maßnahme gem. § 64 StGB nicht profitieren, sondern je nach Schuldfähigkeit entweder in der Forensischen Psychiatrie gem. § 63 StGB oder aber innerhalb der sozialtherapeutischen Anstalten ergänzend suchttherapeutisch behandelt werden müssen.

Zusammenfassend begrüßt die DGPPN eine Novellierung des Maßregelrechts, spricht sich darüber hinaus für eine grundlegende Reform aus und steht gerne zur Diskussion und Beratung zur Verfügung.


Für die DGPPN

A handwritten signature in blue ink that reads 'Iris Hauth'.

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin DGPPN

A handwritten signature in blue ink that reads 'Nahlah Saimeh'.

Dr. med. Nahlah Saimeh
Beisitzerin Forensische Psychiatrie
im Vorstand der DGPPN

A handwritten signature in blue ink that reads 'Jürgen Müller'.

Prof. Dr. med. Jürgen Müller
Leiter Referat Forensische Psychiatrie
der DGPPN