



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

**Diplomarbeit zur Erlangung des Diplomgrades
Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH)
im Studiengang Soziale Arbeit**

**Thema: Soziale Arbeit mit psychisch kranken Rechtsbrechern im
Maßregelvollzug – Ist-Analyse und Zukunftsperspektiven**

vorgelegt von

Martina Heuer
Schillerstraße 60
17489 Greifswald

Matrikelnummer 153003

im Sommersemester 2008

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0009-9

1. Gutachter: Frau Ass. jur. Britta Tammen
2. Gutachter: Frau Prof. Dr. phil. Sigrid Haselmann

Vorwort

Während meines Studiums der Sozialen Arbeit an der Hochschule Neubrandenburg entwickelte ich ein besonderes Interesse an der Arbeit mit straffällig geworden und ebenfalls mit psychisch erkrankten Menschen. Meine theoretischen erworbenen Kenntnisse konnte ich dann in meinen Praktika in der Johanna-Odebrecht-Stiftung Greifswald und in der Justizvollzugsanstalt Bützow in die Praxis umsetzen. In einem 20-wöchigen Praktikum habe ich dann meine Interessengebiete zusammengefügt und meine Fähigkeiten in der Forensischen Psychiatrie Stralsund unter Beweis gestellt. Hierbei hat mich das gesamte Team der Forensik stets unterstützt. Besonderer Dank gilt meinen damaligen Mentoren den Sozialpädagogen Herrn Frank Leeder und Herrn Andreas Hanke, die mich in alle anfallenden Aufgaben des Klinikalltags mit einbezogen haben und mir in meiner Arbeit immer mit Rat und Tat zu Seite standen. Die Erfahrungen, die ich sammeln durfte gaben mir Anlass mich für die Anfertigung meiner Diplomarbeit, und damit den Abschluss meines Studiums der Sozialen Arbeit/ Sozialpädagogik, für dieses Thema zu entscheiden.

Ich möchte mich auch bei meinem langjährigen Lebensgefährten Jan Kästner bedanken, der mir dieses Studium ermöglicht und mich stets unterstützt hat und auch bei meinen Eltern, die mich ebenfalls immer gefördert haben.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1. Begriffserläuterung.....	8
1.1. Was ist eine Maßregel?.....	8
1.2. Devianz und Delinquenz.....	8
2. Historischer Hintergrund des Maßregelvollzuges.....	10
3. Bundesrechtliche und länderrechtliche Grundlagen.....	18
4. Das psychiatrische Gutachten	28
5. Die Unterbringung im Maßregelvollzug	31
5.1. Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus - § 63 Strafgesetzbuch	31
5.2. Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - § 64 Strafgesetzbuch.....	32
5.3. Dauer und Erledigung der Unterbringung.....	32
5.4. Aktuelle Statistik der Unterbringungen im Maßregelvollzug	33
6. Die Institution Maßregelvollzug	35
6.1. Bauliche Voraussetzungen.....	36
6.2. Die Patienten – Krankheitsbilder und Delikte	36
6.3. Die Würde der Patienten im juristischen Kontext	41
7. Forensische Psychiatrie in der Öffentlichkeit	42
8. Ziele des Maßregelvollzuges	44
8.1. Behandlung und Rehabilitation.....	45
8.2. Therapie unter Zwang	50
8.3. Lockerungen.....	52
8.4. Rückfallprävention	55
8.5. Das Behandlerteam.....	56
9. Sozialarbeit im Maßregelvollzug	59
9.1. Entwicklungslinien forensischer Sozialarbeit.....	60
9.2. Das sozialarbeiterische Tätigkeitsfeld im Maßregelvollzug	74
9.3. Ein Praxisbeispiel	80
9.4. Ethische Grundsätze in Bezug auf Soziale Arbeit	83
9.5. Die Psychiatrie-Personalverordnung	85
10. Ausblick – Was könnte Sozialarbeit in Zukunft im Maßregelvollzug leisten? ..	86
10.1. Sozialarbeiter als Co-Therapeuten.....	86

10.2. Forensische Nachsorge als sozialarbeiterisches Arbeitsfeld.....	86
10.3. Netzwerkspezialisten und Nachsorgekoordinatoren.....	87
11. Resümee.....	90
Anhang	94
- Maßregelvollzugsgesetz (MRVG-NW).....	95
- Psychischkrankengesetz (PsychKG M-V).....	109
- Maßregelvollzugsstatistik.....	125
- Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	133
- Literaturverzeichnis.....	134
- Internetquellen	138
- Eidesstattliche Erklärung	141

Abkürzungsverzeichnis

§	-	Paragraph
§§	-	Paragrafen
%	-	Prozent
bspw.	-	beispielsweise
ca.	-	circa
DD	-	Doppeldiagnose
DDR	-	Deutsche Demokratische Republik
d.h.	-	das heißt
DSM	-	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
et al.	-	(Latein, bedeutet:) „und andere“
etc.	-	(Latein, et cetera, bedeutet:) „und die übrigen“
f.	-	folgende
ff.	-	fortfolgende
GewVbrG	-	Gewohnheitsverbrechergesetz
ICD	-	(Englisch, bedeutet:) Internationale Klassifikation psychischer Störungen
JGG	-	Jugendgerichtsgesetz
lt.	-	laut
MRV	-	Maßregelvollzug
MRVG	-	Maßregelvollzugsgesetz
PsychKG	-	Psychisch Kranken Gesetz
RstGB	-	Reichsstrafgesetzbuch
SGB	-	Sozialgesetzbuch
StGB	-	Strafgesetzbuch
StPO	-	Strafprozessordnung
StVollzG	-	Strafvollzugsgesetz
usw.	-	und so weiter
z.B.	-	zum Beispiel
z.T.	-	zum Teil

Einleitung

Der Maßregelvollzug ist die Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Strafvollzug. Neben einer psychiatrischen Behandlung hat er zugleich die Aufgabe der Sicherung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung Straftaten begangen haben und bei denen Erkrankung und daraus resultierende Gefährlichkeit fortbesteht. Die meisten der in einer Forensischen Psychiatrie Tätigen stellen fest, dass sie bei ihrem Berufseinstieg in den forensischen Alltag in der Ausbildung bzw. im Studium keinerlei Kenntnisse über ihre speziellen Aufgaben im Maßregelvollzug erworben haben. So musste auch ich während meines Studium feststellen, dass das Thema Maßregelvollzug und eine eventuelle Vorbereitung auf die berufliche Praxis nicht gegeben waren. Zudem gab mein persönliches Interesse an dieser Thematik Anlass diese Arbeit zu erstellen.

Der Ausgangspunkt meiner Untersuchung liegt zunächst in der Allgemeinbeschreibung des Maßregelvollzuges. Es erfolgt eine Darstellung und Erörterung historischer, juristischer, prognostischer, ethischer und öffentlicher Aspekte. Die Behandlungspraxis und -konzepte sowie die im Maßregelvollzug beschäftigten Berufsgruppen werden vorgestellt. Dabei lege ich ein besonderes Augenmerk auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/-pädagogen.

Ziel dieser Arbeit ist es, den Maßregelvollzug als potentiell Arbeitsgebiet für Sozialarbeiter vorzustellen, den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit näher zu beleuchten, die aktuelle Situation darstellen und vor allem die Zukunftschancen für die Berufsgruppe des Sozialarbeiters/-pädagogen in diesem Tätigkeitsbereich aufzuzeigen. Denn: „Patienten der forensischen Psychiatrie sind von einer zweifachen sozialen Stigmatisierung und Ausgrenzung betroffen. Sie sind psychisch krank und sie haben zusätzlich als unberechenbare, gefährliche Personen (als Gewaltverbrecher), die soziale ‘Zugehörigkeit’ verspielt. Zusätzlichen Ausgrenzungen bestimmter Personengruppen dieser Art gilt es seitens der Sozialen Arbeit fachlichen entgegenzutreten“ (Dörr 2005, S. 75-76).

Mein Anliegen und mein Ziel ist es über das Thema Maßregelvollzug einerseits ausreichende Informationen zu liefern und gleichzeitig auf bislang wenig genutzte Möglichkeiten der Profession Soziale Arbeit/Sozialpädagogik aufmerksam zu machen und andererseits Ansätze für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit im

Arbeitsfeld Forensische Psychiatrie zu geben. Hierbei werden die Chancen und Grenzen der Sozialen Arbeit beachtet und mit einbezogen.

Zum besseren Verständnis dieser Arbeit sei an dieser Stelle gesagt, dass analog zum Begriff „Maßregelvollzug“ auch die Begriffe „Forensische Psychiatrie“ oder „Forensik“ als allgemein gebräuchliche Fachbegriffe verwandt werden.

Der erste Teil dieser Arbeit dient der Erläuterung der Begriffe Maßregel, Devianz und Delinquenz, die meines Erachtens ebenfalls wichtig für das Verständnis dieser Arbeit sind. Im zweiten Kapitel beschreibe ich den historischen Hintergrund des Maßregelvollzuges mit den zugehörigen Gesetzen der „Maßregeln zur Besserung und Sicherung“. Die heutigen Bundes- und Länderrechtlichen Grundlagen, das psychiatrische Gutachten und die damit verbundene Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt und deren Dauer habe ich in den Kapiteln 3 - 5 ausgearbeitet. Eine Statistik zeigt den aktuellen Stand der in Forensischen Kliniken untergebrachten Personen in Deutschland.

In Kapitel 6 setze ich mich mit der Institution Maßregelvollzug und den darin befindlichen Patienten auseinander. Hierbei ist es wichtig zu wissen, dass die untergebrachten Personen im Maßregelvollzug in erster Linie als Patienten betrachtet werden.

Meiner Meinung nach ist der Stand des Maßregelvollzuges in der Öffentlichkeit ein wichtiges Thema. Deshalb habe ich mich entschieden, das allgemeine öffentliche Interesse und die Sicht der Gesellschaft in Kapitel 7 darzustellen.

Anschließend beschäftige ich mich in Kapitel 8 mit den Zielen des Maßregelvollzuges und deren Umsetzung in Form von Behandlungskonzepten und Rehabilitationsmöglichkeiten. Zudem wird das multiprofessionelle Team einer solchen Klinik vorgestellt. Die männliche Form der Ansprache der einzelnen Berufsgruppen und auch der Patienten dient lediglich der Vereinfachung in dieser Arbeit und schließt keinesfalls die weiblichen Mitarbeiterinnen der jeweiligen Professionen und der Patienten aus.

Im letzten Teil dieser Diplomarbeit erfolgt eine intensive Auseinandersetzung mit dem Berufsstand der Sozialen Arbeit. Ich werde die Entwicklungslinien forensischer Sozialarbeit beleuchten und anschließend eine Analyse der derzeitigen Situation des Tätigkeitsfeldes der Sozialen Arbeit in der Forensischen Psychiatrie durchführen.

Anhand eines Beispiels aus dem Alltag der Sozialarbeiter der Forensischen Klinik Stralsund wird aufgezeigt und verdeutlicht wie sich die Soziale Arbeit in dieser entwickelt hat und wie sich heute die Praxis der Sozialen Arbeit mit ihren täglichen Aufgaben und Anforderungen gestaltet. Ich untersuche die Zukunftschancen und -möglichkeiten, die sich in der Sozialen Arbeit auf diesem Fachgebiet ergeben und ergeben könnten.

Als Abschluss meiner Untersuchung und Ausarbeitung erfolgt eine Zusammenfassung und Schlussbetrachtung. Die im Anhang unter anderem befindlichen Gesetztexte sollen beispielhaft darstellen wie einzelne Bundesländer den Maßregelvollzug umsetzen.

1. Begriffserläuterung

1.1. Was ist eine Maßregel?

Der Begriff Maßregel beinhaltet die im sechsten Abschnitt des Strafgesetzbuches verankerten Maßregeln zur Besserung und Sicherung. Sie gehören zu den Rechtsfolgen, die eine Straftat nach sich ziehen kann. Der Gesellschaft bekanntere Rechtsfolgen nach begangener Straftat sind die Freiheits- und die Geldstrafe. (vgl. Schaumburg 2005, S. 9). Anders als bei den Freiheits- und Geldstrafen, die zum Ausgleich begangenen Unrechts verhängt werden, dienen die Maßregeln zur Besserung und Sicherung dazu die Straftäter zu bessern und die Allgemeinheit vor ihnen zu schützen (vgl. Kinzig In: Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 628). „Gebessert und Gesichert“ müssen jene Straftäter werden, die im Sinne der Paragraphen 20 oder 21 des Strafgesetzbuches als schuldunfähig oder vermindert schuldig gelten, bei denen zugleich unter Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat eine weitere Gefährlichkeit zu erwarten ist und wenn ein Zusammenhang zwischen Delikt und psychischer Störung besteht.

Allerdings wird nicht selten im Urteil eines Strafgerichtes neben der Anordnung einer Maßregel auch eine Freiheitsstrafe verhängt. Hierfür ist der juristisch nicht ganz korrekte Ausdruck „Parallelstrafe“ gebräuchlich. (vgl. Schaumburg 2005, S. 9)

Der Maßregelvollzug in Form einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt (§§ 63, 64 StGB) ist mit einer Maßnahme des Strafvollzugs gleichzusetzen (vgl. Wienand/Wienand In: Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 2007, S. 629).

1.2. Devianz und Delinquenz

Da die Begriffe Devianz bzw. deviantes Verhalten und Delinquenz in dieser Arbeit des Öfteren auftreten, werde ich diese vorab erläutern. Hierbei werde ich nicht näher auf die vielseitigen pädagogischen und soziologischen Ansätze und den damit letztlich verbundenen Etikettierungsansätzen, wie Böhnisch sie in seinem Buch „Abweichendes Verhalten“ näher ausführt, eingehen.

Als Devianz oder Abweichendes Verhalten wird in der Sozialen Arbeit die Abweichung von allgemeinen Normen und Wertvorstellungen bezeichnet. Bezeichnet

man ein Verhalten als deviant ist das immer mit einem Werturteil verbunden. Mit der Wirksamkeit von Normen tritt stets der soziale Tatbestand auf, dass von ihnen abgewichen wird. Devianz und deviantes Verhalten werden vor allem in der Soziologie untersucht. Es gibt verschiedene Arten von Devianz. Man unterscheidet zwischen primärer und sekundärer Devianz. Bei der primären Devianz handelt es sich um ein einmaliges Übertreten bzw. Missachten der herrschenden gesellschaftlichen Normen und Werte, ohne dass daraus längerfristige Folgen für das Individuum und sein Ansehen in der Gesellschaft entstehen. Anders ist dies bei der sekundären Devianz. Hier wird die Devianz zum beherrschenden Lebensstil und grenzt den Einzelnen als Außenseiter oder die Gruppe vom Rest der Gesellschaft aus, z.B. bei Alkoholkrankheit, Kriminalität. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Devianz 2008)

Delinquenz (aus dem Lateinischen: „delinquere“ - sich vergehen, einen Fehltritt begehen) ist eine insbesondere in der Kriminologie verwendete Bezeichnung für einen Straftäter. Der Begriff kennzeichnet eine Person als Ausführende eines strafrechtlich verfolgbaren Delikts. Dabei hebt der Begriff in der Regel eher auf soziologische als auf juristische Aspekte der Kriminalität ab. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Deliquent 2008)

2. Historischer Hintergrund des Maßregelvollzuges

Seit jeher gibt es Menschen, die von der Norm abweichen, anders sind als andere, vor diesem Hintergrund Verbotenes tun und mit geltendem Recht in Konflikt geraten. Der Umgang mit ihnen gestaltete sich im Laufe der Jahrhunderte durchaus unterschiedlich.

Die beiden ambivalenten Emotionen Mitleid und Schrecken sind miteinander, gerade bei psychisch kranken Rechtsbrechern, verknüpft und bestehen bis heute fort. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 17)

Die Überzeugung, dass kranke oder psychisch auffällige Personen, denen eine strafbare Handlung vorgeworfen wird, dafür nicht in gleicher Weise zur Rechenschaft gezogen werden dürften wie psychisch gesunde oder stabile, ist in fast allen Kulturen nachgewiesen. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 18)

Aristoteles entwarf als Erster die Idee, dass psychisch Kranke nicht bestraft werden sollten, wenn ihre Krankheit die Grundlage ihres Rechtsverstoßes war, wenn der Täter aufgrund eines Wahns oder aufgrund von Desorientierung handelte. (vgl. Nedopil 2007, S. 4)

Der Begriff „forensisch“ ist aus dem Lateinischen abzuleiten, wo er mit „Forum“ treffend übersetzt wäre. Im alten Rom war das Forum ein für den Marktverkehr, die Rechtspflege und die Volksversammlung bestimmter freier Platz.

Der Gegenstand der Forensischen Psychiatrie existierte bereits viele Jahrhunderte vor der eigentlichen Etablierung des Fachs. Wesentlich länger dauerte es allerdings, bis der Medizinischen Fakultät die Kompetenz und dann auch die Zuständigkeit für die Beurteilung zugestanden wurde, wer denn nun wegen einer seelischen Störung geringer oder gar nicht zu bestrafen sei und wer nicht.

Im römischen Recht gingen die „furiosi“ (die Rasenden), die „mente capti“ (die Verblödeten) und die „dementes“ (Die Toren) gänzlich straffrei aus. Zu dieser Haltung führte die Auffassung, solche Menschen seien durch ihr Schicksal ausreichend gestraft. Auch schwerer Affekt und Trunkenheit wirkten sich nach dem römischen Recht strafmindernd aus. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 18) Das römische Recht legte allerdings nicht fest, wer über die Geisteszustände der Angeklagten zu befinden hatte. Zwar sind Einflüsse von Ärzten, die

sich auch mit Geisteskrankheiten befassten, auf die römische Gesetzgebung unverkennbar, bei der Ermittlung des Geisteszustandes im Einzelfall wurde der Arzt jedoch nicht eingeschaltet. Erst über ein Jahrtausend später, im Mittelalter, empfahl Paolo Zacchia, Leibarzt des Papstes und Berater des obersten Gerichtshofes des katholischen Kirche und des Kirchenstaates, bei bestimmten Verfahren Ärzte hinzuzuziehen. (vgl. Nedopil 2007, S. 4)

Die Anfänge der Psychiatrie sind im Mittelalter zu finden. Im damals arabischen Spanien gab es erstmalig besondere psychiatrische Spitäler. Die Mehrheit der „Irren“ lebte jedoch zu dieser Zeit in der häuslichen und dörflichen Gemeinschaft. Geisteskranke durften im Mittelalter nach den Rechtspraktiken der meisten Reichsstädte und Fürstentümer nicht mit dem Tode bestraft werden.

Im Zeitalter der Renaissance (14. – 16. Jahrhundert) galten die aufblühenden Städte als Bollwerk gegen äußere und unliebsame Einflüsse. Das damalige Sozial- und Versorgungssystem zeigte kein Mitlied mit unsozialen, bettelnden, vagabundierenden, gefährlichen und störend auffälligen Menschen – seelisch Kranke wurden zu dieser Zeit aus den Städten verwiesen, in Narrentürme gesperrt und in transportablen „Dollkisten“ ausgesetzt. Die wachsenden städtischen Strukturen und der generelle Anstieg der Bevölkerungszahl zur Zeit des Absolutismus ließen das „Irrenwesen“ als eigenständige soziale Frage überhaupt erst entstehen. Die Staatsbürokratie erfasste den „Irren“, titulierte ihn als sozial schwach und als Störer der sozialen Ordnung. So war man hart im Umgang mit ihnen, verbannte sie von der Straße und brachte sie mit Kriminellen, Bettlern und Landstreichern hinter Schloss und Riegel.

Zur Zeit der Aufklärung entstand überall in Europa ein gewaltiges Netz von Zwangseinrichtungen, sogenannten Toll- und Verwahrhäuser. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 18)

Im Laufe des 18. Jahrhunderts bestanden Zweifel, wer die verminderte Willensfreiheit eines Menschen beurteilen konnte. (vgl. Nedopil 2007, S. 5)

In der von Doublet und Colombier 1785 unterzeichneten „Instruction du Gouvernement sur la manière de traiter les insensés“ heißt es: „Die schwächsten und unglücklichsten Wesen müssen von der Gesellschaft besonders geschützt und gepflegt werden. Daher haben die Kinder und Irren auch stets den Gegenstand öf-

fentlicher Besorgnis gebildet“. Im Gesetz der französischen Revolution werden „die in Freiheit gelassenen Irren“ zusammen in einem Atemzug mit dem „Umschweifen von böartigen Tieren“ genannt, vor denen die Gemeindegörperschaften die Gesellschaft schützen müssten. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 17 ff.)

Emmanuel Kant (1724 – 1804) vertrat in seiner Anthropologie 1798 die Auffassung, dass es sich um ein psychologisches und nicht um ein medizinisches Problem handele. In der Praxis hatte sich jedoch die sogenannte „gerichtliche Arzneiwissenschaft“ mit jenen zweifelhaften Seelenzuständen zu befassen, die zur Straffreiheit oder Strafminderung führten. (vgl. Nedopil 2007, S. 5)

Fortschreitende Industrialisierung und wirtschaftliche Prosperität führten gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu einer gesellschaftlichen Umformung. Mit der Unterteilung zwischen industriell brauchbaren und nicht brauchbaren Menschen war die „soziale Frage gestellt“. Der Maßstab der industriellen Brauchbarkeit sorgte für eine Ausgrenzung von Menschen, die als nicht leistungsfähig, minderwertig und entartet betrachtet wurden. Um 1900 begann man mit der Errichtung fester Verwahrhäuser innerhalb von „Irrenanstalten“. Die Einrichtung solcher Verwahrhäuser wurde mit Verweis darauf vorgenommen, dass sich die psychiatrischen Krankenhäuser um eine Liberalisierung ihrer Unterbringungsgegebenheiten bemühten. Es sollten besondere Vorkehrungen für unsoziale, gefährliche, und kriminelle Kranke getroffen werden. Aufkommende bürgerliche Ängste um den Erhalt des erreichten Status und sozialpolitische Unsicherheiten wurden durch rigides Auftreten einer erstarkten Bürokratie kompensiert.

Im Zuge der stetig fortschreitenden Medizinisierung der Psychiatrie fungierten die Irrenhäuser als Sanktionsmechanismen: „Das Schicksalskalkül des Staates nutzte die psychiatrischen Fürsorgeeinrichtungen, um soziale Probleme in „Pathologie“ umzudeuten. An diesem Umdeutungsprozess beteiligte sich die nach fachwissenschaftlicher und gesellschaftlicher Anerkennung strebende Psychiatrie im ureigensten Interesse tatkräftig.

Unter Berufung auf einen Anstieg der allgemeinen Kriminalität bei zunehmender Rückfallquote, forderten die Öffentlichkeit, aber auch Psychiater und Juristen, einen wirksamen Schutz vor „Gemeingefährlichen“ und Unzurechnungsfähigen. Geisteskranke, Berufs- und Gewohnheitsverbrecher, Rückfalltäter und die soge-

nannten Psychopathen (mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten) sollten einer raschen Lösung zugeführt werden. Zu damaliger Zeit musste ein Richter nach § 51 RstGB einen unzurechnungsfähigen Täter freisprechen. Ein psychisch kranker und/oder gefährlicher Täter konnte seinerseits keiner Sicherung oder Behandlung zugeführt werden, da dies ausschließlich in der Zuständigkeit der Polizei lag. Diese erfuhr in der Regel nicht oder zu spät von einem richterlichen Freispruch oder der Entlassung des Täters.

Das seit 1871 geltende Reichsstrafgesetzbuch (RstGB) orientierte sich in erster Linie an der Tat, konnte somit keineswegs die nunmehr massiv geforderte Schutzfunktion der Strafe, im Sinne der Prävention, erfüllen. Der § 51 unterschied scharf zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit und gab so keine Antwort auf die Frage, wie mit den sogenannten Psychopathen als vermindert zurechnungsfähigen und kranken Tätern umzugehen sei. Hier gab es eine erkennbare Lücke im System.

Der Jurist von Listz aus Marburg schlug im Jahre 1882 die Einführung der Zweckstrafe vor, weil das Strafrecht nach seiner Auffassung den Schutz der Gesellschaft zu wenig berücksichtigte. „Besserung“, „Abschreckung“ und „Unschädlichmachung“ waren die Begriffe, die er in die Diskussion einbrachte. Besserung sah er für die besserungsfähigen und besserungsbedürftigen, Abschreckung für die nicht besserungsbedürftigen und Unschädlichmachung für die nicht besserungsfähigen Verbrecher vor. „Gemeingefährlichkeit“ sollte als Entmündigungstatbestand gelten und zu einer Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt führen. Der Schweizer Kollege Stooß schlug 1893 erstmalig ein System sichernder Maßregeln neben der Strafe vor. „Die wesentlichen Bestandteile des erweiterten Sanktionssystems dieses Entwurfes waren: Die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit und damit die Milderung der Strafe. Wird der Täter verwahrt, als psychisch Kranker, intellektuell Minderbegabter oder geistig Behinderter versorgt, so entfällt die Strafe. Ferner, die Verwahrung Unzurechnungsfähiger oder vermindert Zurechnungsfähiger wird vom Gericht angeordnet, wenn die öffentliche Sicherheit dies erfordert.“

Die Entwürfe der Juristen von Listz und Stooß wurden von Berufskollegen und Psychiatern zum Teil heftig kontrovers diskutiert. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 18 f.)

Entwürfe zur Reform des deutschen Strafrechts 1900 bis 1930 wiesen die folgenden Tendenzen auf:

- Das Strafrecht sollte geöffnet werden, um so die Sanktionsformen der Maßregel der Besserung und Sicherung aufzunehmen. Neben dem Zweck der Strafe als adäquate Reaktion auf die Verletzung von Rechtsnormen bei Schuldfähigen galt die Maßregel der Abwehr künftiger Gefährlichkeit des Täters.
- Für die psychiatrische Maßregel wurde die Unterbringung in den sich ständig erweiternden Heil- und Pflegeanstalten festgelegt.
- Die Kategorie der verminderten Zurechnungsfähigkeit wurde in das Strafgesetzbuch eingeführt, um auch die sogenannten Psychopathen in die präventive Sicherung aufnehmen zu können.
- Es kam zu einer endgültigen Medizinisierung der sozialen Frage. Um eine Sicherungsmöglichkeit für die Rückfalltäter und Psychopathen erreichen zu können, mussten sie als gefährlich bezeichnet werden. Damit aber das Strafrecht auch bei diesem Personenkreis greifen konnte, wurde die Gefährlichkeit zur Krankheit erklärt. Um diese Krankheit nicht zum Anlass für einen Freispruch werden zu lassen, wurde sie als Kategorie verminderter Zurechnungsfähigkeit unter die Zurechnungsfähigkeit subsumiert.

Mit der Aufhebung der parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren durch das Ermächtigungsgesetz vom 24. 3. 1933 wurde das Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher (GewVbrG) mit den darin enthaltenen Maßregeln zur Besserung und Sicherung und das Ausführungsgesetz zum GewVbrG am 24. 11. 1933 geschaffen. Die Unterzeichnung durch Hitler trat am 1. 1. 1934 in Kraft. In den Entwürfen bis 1933 wurde der Begriff der Besserung dem der Sicherung noch vorangestellt. Das Strafrecht erhielt durch die nationalsozialistischen Gesetzgeber eine Wendung zum „Tätertypenstrafrecht“, in dem der Keim für das spätere Unheil mit Begriffen wie „Volksschädling“ und „Gewaltverbrecher“ angelegt war. Die faschistische Umgestaltung des Strafrechts nahm so seinen Lauf. Eine Gesellschafts- und Herrschaftsideologie der Starken und Gesunden führte dazu, dass Kranke, „Minderwertige“, Unangepasste und andere sozial Ausgegrenzte entrechtet, zwangsweise sterilisiert und schließlich systematisch ermordet wurden. (Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 20)

Das Gewohnheitsverbrechergesetz brachte unter anderem mit den nachfolgend genannten Paragraphen bedeutende Veränderung im Strafrecht mit sich:

- § 20 a regelte die Strafverschärfung,
- § 42 b bestimmte die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt und
- § 42 c die Unterbringung in einer Trinkeranstalt oder eine Entziehungsanstalt.
- § 42 e sah die Sicherungsverwahrung vor,
- § 42 k bestimmte die Maßregel der „Entmannung“.

Die Voraussetzungen für eine Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt waren § 51 I (Unzurechnungsfähigkeit) und § 51 II (verminderte Zurechnungsfähigkeit) zu entnehmen. (vgl. Bargfrede 1999, S. 28)

In der Bundesrepublik wurden im Jahre 1969 mit dem 2. Strafrechtsreformgesetz auch die Bestimmungen zur Schuldfähigkeit (§ 20 StGB) neu geregelt (Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 20).

Ende der 60er-Jahre und Anfang der 70er-Jahre wurden die Strukturen der psychiatrischen Einrichtungen heftig kritisiert. Die Bildung des „Mannheimer Kreises“, an dem nicht nur Psychiater, sondern auch Pflegende und Psychologen beteiligt waren, sowie die „Aktion psychisch Kranke“ und die „Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie“ kritisierten heftig die Zustände in der psychiatrischen Landschaft. Diese kritischen Stimmen führten schließlich dazu, dass der deutsche Bundestag 1971 eine Psychiatrie-Enquete¹ in Auftrag gab. Die Ergebnisse dieser Psychiatrie-Enquete wurden 1975 einer Sachverständigenkommission der Bundesregierung nach einer mehrjährigen Erhebung vorgelegt. Der „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ erkannte gravierende Mängel bezüglich der Struktur und Ergebnisqualität der psychiatrischen Versorgung einschließlich der Pflege. In diesem kritischen Bericht wurde dem Maßregelvollzug die Schlusslichtposition in der Behandlung psychisch kranker Menschen zugeschrieben. Der Maßregelvollzug hatte Verwehrcharakter. (vgl. Internetquelle: <http://www.forensik.de/pflege/artikel/irsee.html> 2008)

¹ Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, so die offizielle Bezeichnung der Psychiatrie-Enquête, hatte einen Umfang von 1800 DIN-A4-Seiten und wurde von einer Sachverständigenkommission aus rund 200 Mitarbeitern aller Bereiche der Psychiatrie erstellt. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Psychiatrie-Enquête 2008)

Mit Wirkung vom 1. 1. 1975 lösten die §§ 63 und 64 StGB die alten §§ 42 b und 42 c StGB-GewVbrG ab. Trotz des ebenfalls 1975 geltenden programmatischen Vorrangs der Besserung vor der Sicherung blieb die forensische Psychiatrie mit Blick auf Veränderung bei der Behandlung und Rehabilitation noch lange Zeit im Hintertreffen. Hatten in Bereich der Allgemeinpsychiatrie Ende der 70er-Jahre psycho- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zu Reformen geführt, so konnte hier bis in die 80er-Jahre hinein keine Rede von Fortschritt sein. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 21)

Erst ab Mitte der 1980er-Jahre kam es zu deutlichen Verbesserungen der baulichen, personellen und therapeutischen Situation (vgl. Leygraf In: Kröber et al. 2006, S. 193).

In der Deutschen Demokratischen Republik hingegen konnte in einem Strafprozess auf Grund der Paragraphen 15 und 16 des Strafgesetzbuches vom 12. Januar 1968 nur eine an die Haftstrafe anschließende zivilrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 11 des Einweisungsgesetzes der DDR veranlasst werden (vgl. Schaumburg 2005, S. 18). Die §§ 15 und 16 des StGB der DDR besagten:

„§ 15. Zurechnungsunfähigkeit

(1) Strafrechtliche Verantwortlichkeit ist ausgeschlossen, wenn der Täter zur Zeit der Tat wegen zeitweiliger oder dauernder krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Bewusstseinsstörung unfähig ist, sich nach den durch die Tat berührten Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens zu entscheiden.(2) Das Gericht kann die Einweisung in psychiatrische Einrichtungen nach den dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen anordnen. (3) Wer sich schuldhaft in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rauschzustand versetzt und in diesem Zustand eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, wird nach dem verletzten Gesetz bestraft.

§ 16. Verminderte Zurechnungsfähigkeit

Strafrechtliche Verantwortlichkeit ist gemindert, wenn der Täter zur Zeit der Tat infolge der im § 15 Absatz 1 genannten Gründe oder wegen einer schwerwiegenden abnormen Entwicklung seiner Persönlichkeit mit Krankheitswert in der Fähigkeit, sich bei der Entscheidung zur Tat von den dadurch berührten Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens leiten zu lassen, erheblich beeinträchtigt war. (2) Die Strafe kann nach den Grundsätzen über die außergewöhnliche Strafmilderung herabgesetzt werden. Dabei sind die Gründe zu berücksichtigen, die zur verminderten Zurechnungsfähigkeit geführt haben. Das gilt nicht, wenn sich der Täter schuldhaft in einen die Zurechnungsfähigkeit vermindernenden Rauschzustand versetzt hat. (3) Das Gericht kann anstelle oder neben einer Maß-

nahme der strafrechtlichen Verantwortlichkeit die Einweisung in psychiatrische Einrichtungen nach den dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen anordnen.“

(vgl. Internetquelle:<http://www.verfassungen.de/de/ddr/strafgesetzbuch68.htm> 2008)

Eine Behandlung für Straftäter, die eine Straftat infolge von einer Alkoholabhängigkeit begangen hatten, war – jedenfalls als Rechtsfolge eines Deliktes – nicht vorgesehen.

Erst nach der deutsch-deutschen Vereinigung wurde in der ehemaligen DDR das bundesrechtliche Strafrecht übernommen und somit auch die Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt eingeführt. (vgl. Schaumburg 2005, S. 19)

3. Bundesrechtliche und länderrechtliche Grundlagen

In Deutschland haben wir kein Tat-, sondern ein Schuldstrafrecht. Das bedeutet, dass die Strafe sich nicht vorrangig nach der Schwere der rechtswidrigen Tat richtet, sondern nach der Schwere der jeweils zugemessenen Schuld. Grundsätzlich ist zunächst jeder volljährige Mensch für sein Handeln im Sinne des Schuldprinzips voll verantwortlich. Eine Ausnahme liegt dann vor, wenn eine psychische Erkrankung oder ein entsprechender Ausnahmezustand die Fähigkeit eines verantwortlichen Handelns aussetzt oder erheblich einschränkt. Das heißt, wer eine rechtswidrige Straftat unter Einfluss einer solchen psychischen Erkrankung oder einem solchen Zustand begeht, handelt zwar gegen das geltende Recht, allerdings ohne zurechenbare Schuld oder mit verminderter Schuld. (vgl. Dörner et al. 2007, S. 335)

Die Maßregeln der Besserung und Sicherung, die in den §§ 61 – 72 des Strafgesetzbuches festgeschrieben sind, unterteilen sich in freiheitsentziehende und nicht freiheitsentziehende Maßnahmen. Zu den nicht freiheitsentziehenden Maßnahmen gehören beispielsweise der Entzug der Fahrerlaubnis (vgl. Schaumburg 2005, S. 9) oder auch die Anordnung eines Berufsverbotes (vgl. Stascheit 2007, S. 160). Die nicht freiheitsentziehenden Maßnahmen bleiben in dieser Arbeit unbeachtet, da ich mich den freiheitsentziehenden Maßregeln (speziell §§ 63, 64 StGB) widmen werde. Zu den freiheitsentziehenden Maßregeln, §§ 63, 64 und § 66 StGB, zählen die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer Entziehungsanstalt oder in der Sicherungsverwahrung. Spricht man allerdings im Alltag über Maßregelvollzug, sind in der Regel nur die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt gemeint. (vgl. Schaumburg 2005, S. 9)

Die forensische Unterbringung kommt in Betracht, wenn ein psychisch kranker Mensch eine Straftat begeht, für die er im Sinne des Strafrechts aufgrund seiner Erkrankung nicht verantwortlich oder nicht voll verantwortlich ist. Im Strafgesetzbuch, §§ 20, 21 StGB, spricht man von fehlender bzw. verminderter Schuldfähigkeit. (vgl. Internetquelle:<http://www.klinik-nette-gut.de/therapie-sicherheit/index.php> 2008)

In § 20 (Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung) StGB heißt es:

„Ohne Schuld handelt, wer bei der Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“ (StGB 2008, S. 17)

Mit den Begriffen „krankhafte seelische Abartigkeit“ und „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ sind Psychosen und Persönlichkeitsstörungen und mit der Formulierung „schwere andere Abartigkeit“ sind psychopathische und neurotische Fehlhaltungen gemeint. Zudem sind aber auch Fragen der geistigen Behinderung, des Suchtmittelmissbrauchs und der sexuellen Abweichung zu prüfen. (vgl. Clausen et al. 1997, S. 206)

Aus dem § 21 (Verminderte Schuldfähigkeit) geht hervor:

„Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründen bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.“ (StGB 2008, S. 17)

Der Berliner Forensikprofessor Wilfried Rasch (†) ordnete den juristischen Kategorien der §§ 20, 21 StGB die psychiatrischen-psychologischen Diagnosen tabellarisch wie folgt zu:

Juristisch	Psychiatrisch-psychologisch
Krankhafte seelische Störungen	<p>Exogene (organisch, symptomatische) Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen bei: Hirnverletzungen Progressiver Paralyse Hormonellen Störungen Stoffwechselkrankheiten Allgemeininfektionen Vergiftungen Alkoholrausch Hirnschwund Tumoren Arteriosklerose u. andere Durchblutungsstörungen Wochenbettdepressionen</p> <p>Alkoholismus Delirium tremens Alkohol. Korsakow-Syndrom Alkoholhalluzinose Eifersuchtswahn Epilepsie</p> <p>Endogene Psychosen Schizophrenie Schizophrenia simplex Hebephrene Form Katatone Form Paranoide Form Defektzustände</p> <p>Paranoia</p> <p>Zyklothymie Affektive Psychosen Manisch-depressives Irresein Endogene Depression Melancholie Involutionsdepression Manie Hypomanie</p> <p>Intellektuelle Minderbegabung bekannter Genese</p>
Tiefgreifende Bewusstseinstörung	<p>Affekt Affektive Erregung Schreck Übermüdung Erschöpfung</p>
Schwachsinn	<p>Intellektuelle Minderbegabung unbekannter Genese Schwachsinn Oligophrenie Debilität Imbezillität Idiotie</p>
Schwere andere seelische Abartigkeit	<p>Persönlichkeitsstörungen Psychopathie, Charakteropathie Abnorme Persönlichkeit Charakterneurose, Kernneurose Paranoide Persönlichkeit Hysterische Persönlichkeit Asthenische Persönlichkeit Erregbare Persönlichkeit Schizoide Persönlichkeit Antisoziale Persönlichkeit</p>

Tabelle 1: „Zuordnung der psychiatrisch-psychologischen Diagnosen zu den juristischen Kategorien §§ 20,21 StGB“ (vgl. Vollmoeller 1998, S. 148)

Zu betonen ist aber, dass nicht jede psychische Krankheit bei einer Straftat unmittelbar unter die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB fällt (vgl. Dörner et al. 2002, S. 335).

Die Unterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung gem. § 63 StGB wird vollzogen, wenn eine psychische Erkrankung vorliegt. Im § 63 (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) StGB lautet es:

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, 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.“ (StGB 2008, S. 32 f.)

Eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wird gerichtlich mit der Verhängung des § 64 StGB angeordnet, in dem es heißt:

„(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.“ (StGB 2008, S. 33)

Auch bei straffällig gewordenen Jugendlichen und Heranwachsenden können nach dem Jugendgerichtsgesetz die Maßregeln zur Besserung und Sicherung bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen verhängt werden (vgl. Schaumburg 2005, S. 9). In § 7 JGG heißt es:

„Als Maßregeln der Besserung und Sicherung im Sinne des allgemeinen Strafrechts können die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt, die Führungsaufsicht oder die Entziehung der Fahrerlaubnis angeordnet werden (§ 61 Nr. 1, 2, 4 und 5 des Strafgesetzbuches).“ (Stascheit 2007, S. 2030)

Die Verurteilung durch ein Strafgericht zur Unterbringung in einem Maßregelvollzug setzt voraus, dass in einer ordentlichen Hauptverhandlung die Voraussetzungen dafür festgestellt wurden. Bereits vor Verurteilung zu einer Maßregel kann eine einstweilige Unterbringung in der entsprechenden Einrichtung gem. § 126 a StPO angeordnet werden, da die Durchführung eines Strafverfahrens einen erheb-

lichen Zeitrahmen in Anspruch nehmen kann (vgl. Internetquelle: <http://www.klinik-nette-gut.de/therapie-sicherheit/index.php>), die öffentliche Sicherheit für diesen Zeitraum aber gewährleistet sein muss (vgl. Schaumburg 2005, S. 10.). Eine einstweilige Unterbringung nach § 126 a StPO erfolgt, wenn:

„(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

(2) ¹ Für die einstweilige Unterbringung gelten die §§ 114 bis 115 a, 116 Abs. 3 und 4, §§ 117 bis 119, 123, 125 und 126 entsprechend. ² Die §§ 121, 122 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass das Oberlandesgericht prüft, ob die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung weiterhin vorliegen.

(3) ¹ Der Unterbringungsbefehl ist aufzuheben, wenn die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung nicht mehr vorliegen oder wenn das Gericht im Urteil die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht anordnet. ² Durch die Einlegung eines Rechtsmittels darf die Freilassung nicht aufgehalten werden. ³ § 120 Abs. 3 gilt entsprechend.“ (StPO 2008, S. 64)

Man kann diese einstweilige Unterbringung mit der Untersuchungshaft im Strafverfahren gleichsetzen (vgl. Nedopil 2007, S. 30).

Wird bei einem Urteil durch das Strafgericht gleichzeitig eine Haftstrafe ausgesprochen, so legt das Strafgesetzbuch fest, dass grundsätzlich die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt vor dem Antritt der Haftstrafe in einer Justizvollzugsanstalt vollzogen wird (vgl. Schaumburg 2005, S. 11). Dies ist in § 67 StGB (Reihenfolge der Vollstreckung) wie folgt verfasst:

„(1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt nach den §§ 63 und 64 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen.

(2) Das Gericht bestimmt jedoch, dass die Strafe oder ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird. Bei Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer zeitigen Freiheitsstrafe von über drei Jahren soll das Gericht bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. Dieser Teil der Strafe ist so zu bemessen, dass nach seiner Vollziehung und einer anschließenden Unterbringung eine Entscheidung nach Absatz 5 Satz 1 möglich ist. Das Gericht soll ferner bestimmen, dass die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn die verurteilte Person vollziehbar zur Ausreise verpflichtet und zu erwarten ist, dass ihr Aufenthalt im

räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe beendet wird.

(3) Das Gericht kann eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 nachträglich treffen, ändern oder aufheben, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen. Eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 4 kann das Gericht auch nachträglich treffen. Hat es eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 4 getroffen, so hebt es diese auf, wenn eine Beendigung des Aufenthalts der verurteilten Person im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe nicht mehr zu erwarten ist.

(4) Wird die Maßregel ganz oder zum Teil vor der Strafe vollzogen, so wird die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet, bis zwei Drittel der Strafe erledigt sind.

(5) Wird die Maßregel vor der Strafe oder vor einem Rest der Strafe vollzogen, so kann das Gericht die Vollstreckung des Strafrestes unter den Voraussetzungen des § 57 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 zur Bewährung aussetzen, wenn die Hälfte der Strafe erledigt ist. Wird der Strafrest nicht ausgesetzt, so wird der Vollzug der Maßregel fortgesetzt; das Gericht kann jedoch den Vollzug der Strafe anordnen, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.“ (StGB 2008, S. 35f.)

Das Gericht kann allerdings, bei Vorliegen von entsprechenden Gründen, die teilweise oder gesamte Vollstreckung der Haftstrafe vor der Durchführung der Maßregel anordnen (vgl. Schaumburg 2005, S. 11). Eine Maßregel kann auch lt. § 67 b (Aussetzung zugleich mit der Anordnung) StGB sofort während der Urteilsverkündung zur Bewährung ausgesetzt werden:

„(1) ¹ Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. ² Die Aussetzung unterbleibt, wenn der Täter noch Freiheitsstrafe zu verbüßen hat, die gleichzeitig mit der Maßregel verhängt und nicht zur Bewährung ausgesetzt wird.

(2) Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.“ (StGB 2008, S. 36 f.)

Dies kann geschehen, wenn keine Parallelstrafe ausgesprochen wird oder deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wird und die Prognose günstig ist. Diese Möglichkeit wird durch die Gerichte aber eher selten genutzt. Oftmals verfährt das Gericht eher so, wenn eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt angeordnet wird, der Verurteilte sich aber bereits in der Zeit zwischen Straftat und Gerichtsverhandlung um einen Therapieplatz gekümmert hat der nach der Verhandlung kurzfristig zur Verfügung steht. Nach einem erfolgreichen Abschluss der Behandlung wird die Maßregel im Normalfall zur Bewährung ausgesetzt, zugleich setzt

nach § 67 d Abs. 2 StGB die Führungsaufsicht ein. Im Gesetzestext heißt es hierzu:

„(2) ¹ Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. ² Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.“ (StGB 2008, S. 37 f.)

Zum Widerruf der Aussetzung zur Bewährung kann es lt. § 67 g StGB, dann kommen, wenn:

„(1) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung, wenn die verurteilte Person

1. während der Dauer der Führungsaufsicht eine rechtswidrige Tat begeht
2. gegen Weisungen nach § 68 b gröblich oder beharrlich verstößt oder
3. sich der Aufsicht und Leitung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht und sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert.

Satz 1 Nr. 1 gilt entsprechend, wenn der Widerrufsgrund zwischen der Entscheidung über die Aussetzung und dem Beginn der Führungsaufsicht (§ 68 c Abs. 4) entstanden ist.

(2) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung nach den §§ 63 und 64 auch dann, wenn sich während der Dauer der Führungsaufsicht ergibt, dass von der verurteilten Person infolge ihres Zustands rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert.

(3) Das Gericht widerruft die Aussetzung ferner, wenn Umstände, die ihm während der Dauer der Führungsaufsicht bekannt werden und zur Versagung der Aussetzung geführt hätten, zeigen, dass der Zweck der Maßregel die Unterbringung der verurteilten Person erfordert.

(4) Die Dauer der Unterbringung vor und nach dem Widerruf darf insgesamt die gesetzliche Höchstfrist der Maßregel nicht übersteigen.

(5) Widerruft das Gericht die Aussetzung der Unterbringung nicht, so ist die Maßregel mit dem Ende der Führungsaufsicht erledigt.

(6) Leistungen, die die verurteilte Person zur Erfüllung von Weisungen erbracht hat, werden nicht erstattet.“ (StGB 2008, S. 38 f.)

Liegen triftige Gründe für einen voraussichtlichen Widerruf lt. § 453 c der Strafprozessordnung vor, so können vorläufige Maßnahmen gerichtlich angeordnet werden. Diese Gründe werden im Gesetz wie folgt benannt:

„(1) Sind hinreichende Gründe für die Annahme vorhanden, dass die Aussetzung widerrufen wird, so kann das Gericht bis zur Rechtskraft des Widerrufsbeschlusses, um sich der Person des Verurteilten zu versichern, vorläufige Maßnahmen treffen, notfalls, unter den Voraussetzungen des § 112 Abs. 2 Nr. 1 oder 2, oder wenn bestimmte Tatsachen die Gefahr begrün-

den, dass der Verurteilte erhebliche Straftaten begehen werde, einen Haftbefehl erlassen.

(2) ¹ Die aufgrund eines Haftbefehls nach Absatz 1 erlittene Haft wird auf die zu vollstreckende Freiheitsstrafe angerechnet. ² § 33 Abs. 4 Satz 1 sowie die §§ 114 bis 115 a und § 119 gelten entsprechend.“ (StPO 2008, S. 161)

Ebenfalls ist es möglich mehrere Maßregeln einschließlich der Sicherungsverwahrung nebeneinander anzuordnen. Dies geht aus dem § 72 StGB - Verbindung von Maßregeln hervor:

„(1) ¹ Sind die Voraussetzungen für mehrere Maßregeln erfüllt, ist aber der erstrebte Zweck durch einzelne von ihnen zu erreichen, so werden nur sie angeordnet. ² Dabei ist unter mehreren geeigneten Maßregeln denen der Vorzug zu geben, die den Täter am wenigsten beschweren.

(2) Im Übrigen werden die Maßregeln nebeneinander angeordnet, wenn das Gesetz nichts anderes bestimmt.

(3) ¹ Werden mehrere freiheitsentziehende Maßregeln angeordnet, so bestimmt das Gericht die Reihenfolge der Vollstreckung. ² Vor dem Ende des Vollzugs einer Maßregel ordnet das Gericht jeweils den Vollzug der nächsten an, wenn deren Zweck die Unterbringung noch erfordert. ³ § 67 c Abs. 2 Satz 4 und 5 ist anzuwenden.“

(StGB 2008, S. 46)

Ist das der Fall, so hat das Gericht die Reihenfolge zu entscheiden, in der die Maßregeln vollzogen werden. Es besteht für das Gericht ebenfalls die Möglichkeit dieselbe Maßregel, in unterschiedlich geführten Verfahren, mehrfach zu verhängen. Wird der § 64 StGB - Unterbringung in einer Entziehungsanstalt mehrfach angeordnet, so entfallen gemäß § 67 f StGB frühere Anordnungen:

„Ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, so ist eine frühere Anordnung der Maßregel erledigt.“ (StGB 2008, S. 38)

Bei einem Erfolg der Therapie ist die gleichzeitige Aussetzung aller angeordneten Maßregeln zur Bewährung möglich.

Um ein Behandlungsziel besser erreichen zu können, ist es möglich während der Behandlung einen Wechsel zwischen der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, vorzunehmen.

Dies geht aus dem § 67 a StGB - Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel - hervor:

„(1) Ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet worden, so kann das Gericht die untergebrachte Person nachträglich in den Vollzug der anderen Maßregel überweisen, wenn ihre Resozialisierung dadurch besser gefördert werden kann.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 kann das Gericht nachträglich auch eine Person, gegen die Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist, in den Vollzug einer der in Absatz 1 genannten Maßregeln überweisen. Dies gilt bereits dann, wenn sich die Person noch im Vollzug der Freiheitsstrafe befindet und bei ihr ein Zustand nach § 20 oder § 21 vorliegt.

(3) Das Gericht kann eine Entscheidung nach den Absätzen 1 und 2 ändern oder aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, dass die Resozialisierung der untergebrachten Person dadurch besser gefördert werden kann. Eine Entscheidung nach Absatz 2 kann das Gericht ferner aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, dass mit dem Vollzug der in Absatz 1 genannten Maßregeln kein Erfolg erzielt werden kann.

(4) Die Fristen für die Dauer der Unterbringung und die Überprüfung richten sich nach den Vorschriften, die für die im Urteil angeordnete Unterbringung gelten. Im Falle des Absatzes 2 hat das Gericht erstmals nach Ablauf von einem Jahr, sodann im Falle des Satzes 2 bis zum Beginn der Vollstreckung der Unterbringung jeweils spätestens vor Ablauf von weiteren zwei Jahren zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Entscheidung nach Absatz 3 Satz 2 vorliegen.“ (StGB 2008, S. 36)

Das geschieht meist nach einer nochmaligen Begutachtung, kommt in der Praxis aber nur gelegentlich vor.

Die Anordnung einer Maßregel, ihre Überprüfung, Beendigung, Aussetzung zur Bewährung und deren Widerruf ist durch das Bundesgericht geregelt. Die Ausgestaltung der Unterbringung und die Durchführung der Behandlung unterliegen der Hoheit der Bundesländer und sind durch Ländergesetze geregelt. (vgl. Schaumburg 2005, S. 12 f.). Dies geht aus dem § 138 des Strafvollzugsgesetzes hervor, dieser besagt:

„(1) ¹ Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt richtet sich nach Landesrecht, soweit Bundesgesetze nichts anderes bestimmen. ² § 51 Abs. 4 und 5 sowie § 75 Abs. 3 gelten entsprechend.

(2) ¹ Für die Erhebung der Kosten der Unterbringung gilt § 50 entsprechend mit der Maßgabe, dass in den Fällen des § 50 Abs. 1 Satz 2 an die Stelle erhaltener Bezüge die Verrichtung zugewiesener oder ermöglichter Arbeit tritt und in den Fällen des § 50 Abs. 1 Satz 4 dem Untergebrachten ein Betrag in der Höhe verbleiben muss, der dem Barbetrag entspricht, den ein in einer Einrichtung lebender und einen Teil der Kosten seines Aufenthalts selbst tragender Sozialhilfeempfänger zur persönlichen Verfügung erhält.

² Bei der Bewertung einer Beschäftigung als Arbeit sind die besonderen Verhältnisse des Maßregelvollzugs zu berücksichtigen. ³ Zuständig für die Erhebung der Kosten ist die Vollstreckungsbehörde; die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung andere Zuständigkeiten begründen. ⁴ Die Kosten werden als Justizverwaltungsabgabe erhoben.

(3) Für das gerichtliche Verfahren gelten die §§ 109 bis 121 entsprechend.“ (StvollzG 2007, S. 61)

Einige Bundesländer haben spezielle Maßregelvollzugsgesetze erlassen, darunter Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. In anderen Bundesländern wird der Maßregelvollzug durch Sonderabschnitte und Querverweise in den Unterbringungsgesetzen für psychisch Kranke geregelt (vgl. Schaumburg 2005, S. 13). Das ist in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen der Fall. (vgl. Volckart/Grünebaum 2003, S. 263-563) Im Anhang dieser Arbeit befindet sich je ein Beispiel für das Maßregelvollzugsgesetz (gewähltes Bsp. Nordrhein-Westfalen) und das Psychisch Kranken Gesetz (hier Mecklenburg-Vorpommern). Diese gesetzlichen Regelungen sind teilweise sehr ausführlich, teilweise eher knapp gehalten. Wie alle gesetzlichen Regelungen lassen sie aber in jedem Fall einen mehr oder weniger großen Ermessens- und Entscheidungsspielraum (vgl. Schaumburg 2005, S. 13).

4. Das psychiatrische Gutachten

Ein Gutachten erfolgt zumeist im Auftrag eines Gerichtes, eines Betroffenen oder seinem Rechtsvertreter. Es bezieht sich auf eine Fragestellung, wie die Beurteilung der Schuldfähigkeit bzw. der verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StBG), zu der Stellung genommen werden soll. Gutachterliche Stellungnahmen werden in der Regel als schriftliche Gutachten und als mündlicher Vortrag vor dem Gericht erwartet. Diese Gutachten dienen dem Gericht als Hilfe zur Beurteilung eines Sachverhaltes. Ein Gutachten muss daher die Voraussetzung erfüllen, dass dessen sprachliche Formulierung dem Verständnis von psychiatrischen Laien und Juristen entspricht. Die Erstellung eines solchen Gutachtens setzt eine möglichst neutrale Haltung des Gutachters gegenüber dem Begutachteten voraus. Das nennt man Objektivitätsgebot. Auf diese Besonderheiten muss der Begutachtende hingewiesen werden und auch auf die Tatsache, dass der begutachtende Arzt nicht der Schweigepflicht unterliegt. Begutachtungen im Rahmen des Strafrechts verlangen viel Erfahrung und Hintergrundwissen des Gutachters, da dieser die Zusammenhänge einer Straftat und einer psychiatrischen Erkrankung erkennen und beurteilen muss. Seine Aufgabe ist es, die Einsichtsfähigkeit und die Steuerungsfähigkeit des Straftäters zum Zeitpunkt der Straftat zu beurteilen. Bei schweren Straftaten, wie etwa Kapitalverbrechen, muss die Rückfallgefährdung und die Behandlungsprognose gutachterlich geklärt werden. Dies dient dem Strafgericht als Grundlage für die Entscheidung einer Unterbringung nach §§ 63,64 StGB in einer forensischen Psychiatrie. Insbesondere bei psychotischen Störungen, wie etwa Schizophrenie oder bei schwerer Intoxikation durch bspw. Alkohol oder Drogen ist die Einsichtsfähigkeit beeinträchtigt. Aber auch bei schweren hirnorganischen Störungen oder bei schweren Depressionen mit psychotischen Symptomen kann eine Beeinträchtigung der Einsichtsfähigkeit bestehen. Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder mit erlebnisreaktiven Störungen ist die Einschränkung zur Einsichtsfähigkeit nur in Ausnahmefällen gegeben. Bei diesen Störungen ist in besonderen Fällen die Steuerungsfähigkeit aufgehoben und es kommt zu sogenannten Affektdelikten. Zur Beurteilung der Schuldfähigkeit reicht eine diagnostische Einordnung des Patienten nicht aus. Es müssen zusätzlich die Entwicklungsbedingungen und auch die situativen Bedingungen zum Zeitpunkt der

Straftat berücksichtigt werden und in die gutachterliche Bewertung mit einfließen. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 676 ff.)

Wenn es also im Strafverfahren um eine Unterbringung gemäß §§ 63,64 StGB geht, muss immer ein Sachverständiger (Gutachter) gemäß § 246 a Strafprozessordnung (StPO) Stellung nehmen zum Zusammenhang der Delinquenz mit der psychischen Störung, zur Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in Delinquenz und gegebenenfalls zur Behandelbarkeit der Störung:

„¹Kommt in Betracht, dass die Unterbringung des Angeklagten in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten werden wird, so ist in der Hauptverhandlung ein Sachverständiger über den Zustand des Angeklagten und die Behandlungsaussichten zu vernehmen. Gleiches gilt, wenn das Gericht erwägt, die Unterbringung des Angeklagten in einer Entziehungsanstalt anzuordnen. ²Hat der Sachverständige den Angeklagten nicht schon früher untersucht, so soll ihm dazu vor der Hauptverhandlung Gelegenheit gegeben werden.“ (StPO 2008, S. 106)

Die Gutachterfragen bei der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus lauten:

1. Liegen beim Angeklagten die Voraussetzungen der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) positiv vor? → (Nur) wenn diese Frage mit „ja“ beantwortet wird, folgt die nächste Frage:
2. Sind von dem Angeklagten infolge der zur Annahme der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit führenden Störung weitere Straftaten zu erwarten?
3. Welcher Art werden diese Straftaten sein?

Bei der dritten Frage hat der Gutachter nicht zu beurteilen, ob die Straftaten erheblich sind, dies ist eine wertende Aufgabe für das Gericht. Werden Frage 1. und 2. mit „ja“ beantwortet und das Gericht erachtet zudem die erwarteten Straftaten als erheblich, so liegen für das Gericht die Voraussetzung für die Anwendung des § 63 StGB vor.

Anders als bei der Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist die Anordnung einer Entwöhnungsbehandlung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. Diese Anordnung ist nicht von der aufgehobenen oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) des Täters abhängig und ist zudem auf zwei Jahre begrenzt. Sie erfolgt, wenn die Tat auf einen Hang zum Konsum

berauschender Substanzen zurückgeht und erwartet werden kann, dass die Anordnung einer Entwöhnungsbehandlung diesen „Hang“ bessert und somit auch die Rückfallgefahr in Delinquenz verringert. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes darf der § 64 StGB nur angeordnet werden, wenn hinreichend konkrete Aussichten auf Erfolg einer solchen Behandlung bestehen. Die Gutachterfragen für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt lauten:

1. Besteht bei dem Angeklagten eine Substanzabhängigkeit oder ein chronischer Substanzmissbrauch? → Auch hier gilt wieder: (Nur) wenn diese Frage mit „ja“ beantwortet wird, folgt die nächste Frage:
2. Besteht die Gefahr, dass er aufgrund seiner Substanzabhängigkeit weitere Straftaten begehen wird? → (Nur) wenn diese Frage mit „ja“ beantwortet wird, folgt die nächste Frage:
3. Wenn ja, welcher Art ?

Besteht eine hinreichend konkrete Aussicht, den Angeklagten durch eine Entwöhnungsbehandlung für eine bestimmte Zeit vom Rückfall in den Substanzkonsum und in die befürchtete Delinquenz zu bewahren?

Werden die Frage 1., 2. und 3. mit „ja“ beantwortet und das Gericht erachtet zudem die erwarteten Straftaten als erheblich, so liegen für das Gericht die Voraussetzung für die Anwendung des § 64 StGB vor. (vgl. Nedopil 2007, S. 29 f.)

5. Die Unterbringung im Maßregelvollzug

In diesem Kapitel stelle ich die beiden Unterbringungsformen und deren Dauer dar. Zudem werde ich mit der Statistik eine Vorstellung und einen Überblick über die aktuelle Unterbringungszahlen im Maßregelvollzug in Deutschland geben.

5.1. Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus - § 63 Strafgesetzbuch

Ich fasse die Voraussetzungen für die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus noch einmal kurz zusammen:

- Zum Tatzeitpunkt besteht eine krankheitswertige Störung.
- Diese Krankheit/Störung steht im direkten Zusammenhang mit dem Delikt und führt zu einer erheblich verminderten oder gar aufgehobenen Einsichts- und Steuerungsfähigkeit.
- Zukünftig sind weitere erhebliche Straftaten zu erwarten, die im Zusammenhang mit dieser Krankheit/Störung stehen.

Für eine unbefristete Maßregel der Besserung (in Form von „Behandlung“) und Sicherung gemäß dem § 63 StGB muss das Strafgericht zunächst prüfen, ob die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB vorliegen. Das Gericht zieht hierzu ein psychiatrisches oder ggf. zusätzlich ein psychologisches Gutachten heran. Aus diesem Gutachten muss hervorgehen, ob erstens zum Zeitpunkt der Tat eine solche Störung, die einem der vier Rechtsbegriffe der §§ 20, 21 StGB zuzuordnen sind, vorgelegen hat. Zum zweiten wird vom Gutachter geprüft, ob ein Kausalzusammenhang zwischen der psychischen Störung und Straftat besteht. (vgl. Dörner et al. 2007, S. 335 ff.)

Die Unterbringung, die bei Erfüllung dieser Voraussetzungen in einer Forensischen Psychiatrie erfolgt, ist im Gegensatz zur Freiheitsstrafe zeitlich nicht befristet. Aus dem § 136 des Strafvollzugsgesetzes geht hervor, dass die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus sich nach ärztlichen Gesichtspunkten richtet und der Untergebrachte soweit als möglich geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden soll, dass er nicht mehr gefährlich ist. Währenddessen wird ihm die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil. (vgl. StVollzG 2007, S. 61)

Die Maßregel der Unterbringung gemäß § 63 StGB kann nur beendet werden, wenn die Strafvollstreckungskammer im Rahmen einer jährlich stattfindenden Anhörung feststellt, dass eine weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt werden kann, weil zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Straftaten mehr verüben wird. (vgl. Internetquelle: <http://www.klinik-nette-gut.de/therapie-sicherheit/index.php>, 2008).

5.2. Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - § 64 Strafgesetzbuch

Im Gegensatz zur Unterbringung gemäß § 63 StGB ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB zeitlich befristet und beträgt in der Regel 2 Jahre. Sie kann sich aber zeitlich verlängern, wenn „parallel“ zur Unterbringung in der Entziehungsanstalt eine Freiheitsstrafe verhängt wurde. Die Unterbringung kann jederzeit vorzeitig durch die Strafvollstreckungskammer beendet werden, wenn keine triftigen konkreten Anhaltspunkte für einen Behandlungserfolg zu erkennen sind. (vgl. <http://www.klinik-nette-gut.de/therapie-sicherheit/index.php>, 2008). Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erfolgt nach § 137 Strafvollzugsgesetz. Das „Ziel der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben.“ (StvollzG 2007, S. 61)

5.3. Dauer und Erledigung der Unterbringung

Damit die freiheitsentziehenden Maßregel nicht länger als unbedingt nötig vollzogen wird, ist in § 67 e StGB festgelegt, dass „das Gericht jederzeit prüfen kann, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen oder für erledigt zu erklären ist. Es muss dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen. Die Fristen betragen bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt sechs Monate, in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Jahr, in der Sicherungsverwahrung zwei Jahre. Das Gericht kann die Fristen kürzen. Es kann im Rahmen der gesetzlichen Prüfungsfristen auch Fristen festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag auf Prüfung unzulässig ist. Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. Lehnt das Gericht die Aussetzung oder Erledigungserklärung ab, so beginnen die Fristen mit der Entscheidung von neuem.“ (vgl. StGB 2008, S. 38)

Außerdem legt das Strafgesetzbuch in § 67 d StGB die Höchstfrist für die Unterbringung im Maßregelvollzug fest (vgl. Schaumburg 2005, S. 10). Dieser Paragraph sieht die Unterbringung und Fristen wie folgt vor:

„(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Hanges erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(4) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird.“

(StGB 2008, S. 37 f.)

5.4. Aktuelle Statistik der Unterbringungen im Maßregelvollzug

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts waren am Stichtag 31. März 2007 bundesweit 9.294 Menschen in Maßregelvollzugseinrichtungen untergebracht, davon 5.866 in psychiatrischen Kliniken gemäß § 64 StGB und 2.578 in Entziehungsanstalten nach § 64 Strafgesetzbuch. Im Vergleich dazu saßen nach Ergebnissen des Statistischen Bundesamts am 30. November 2006 insgesamt 76.629 Personen in einer Anstalt des Justizvollzugs ein. (vgl. <http://www.destatis.de>). Der Maßregelvollzugsstatistik für Deutschland ist ebenfalls zu entnehmen, dass die

Gesamtzahl aller Unterbringungen in Forensischen Kliniken in Laufe der Jahre stetig angestiegen ist. Auch das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Patienten ist hier belegt. Daraus ergibt sich, dass die Mehrheit der untergebrachten Patienten männlich ist. Die ausführliche und aktuelle Maßregelvollzugsstatistik ist in Anhang beigefügt.

6. Die Institution Maßregelvollzug

Die Forensische Psychiatrie ist die Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Strafvollzug, denn neben der psychiatrischen Behandlung hat sie zugleich die Aufgabe der Sicherung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung Straftaten begangen haben und bei denen Erkrankungen und daraus resultierende Gefährlichkeit fortbestehen. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 15)

Die Autoren Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim äußern sich in ihrem Buch „Professionelle forensische Psychiatrie“ über die Institution Maßregelvollzug folgendermaßen: „Der Maßregelvollzug ist ein Politikum – anders als die ‘normale’ Psychiatrie und auch anders als der Strafvollzug (Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 15).“

In der Forensischen Psychiatrie sind also Patienten unter den Bedingungen untergebracht, die zum einen ein Höchstmaß an Sicherheit für die Gesellschaft und zum anderen eine sinnvolle Therapie für die Patienten gewährleisten sollen (vgl. Dörr 2005, S. 76).

Maßregelvollzugseinrichtungen sind meist räumlich und organisatorisch selbstständig. Es gibt sie als separate Einrichtungen, als Abteilungen oder Teilkliniken eines großen psychiatrischen Krankenhauses. In diesen Fällen werden sie fachlich von einem Chefarzt geleitet. Es gibt aber auch Maßregelvollzugseinrichtungen als Fachbereiche innerhalb psychiatrischer Krankenhäuser, die dem Chefarzt des Gesamtkrankenhauses unterstehen und von einem Oberarzt geleitet werden. In Einzelfällen und wenn nur die Unterbringung gemäß § 64 StGB durchgeführt wird, kann dieser Fachbereich auch von einem psychologischen Bereichsleiter geleitet werden. Der Pflegedienst ist in diesen Einrichtungen jeweils einer leitenden Pflegekraft unterstellt.

Oftmals befinden sich die Maßregelvollzugseinrichtungen in der Trägerschaft eines Bundeslandes, teilweise delegiert an Landeswohlfahrtsverbände, Landschaftsverbände, Landesämter oder Ähnlichem. Im Zuge der Veränderung vieler Krankenhausträgerschaften in den letzten Jahren haben sich auch für einige Maßregelvollzugseinrichtungen andere Regelungen ergeben. Einige Maßregelvollzugseinrichtungen sind durch Verträge zwischen den neuen privaten oder auch

kommunalen Trägern und dem jeweiligen Bundesland abgesichert. Somit ist gewährleistet, dass das Bundesland in jedem Fall für den Maßregelvollzug als hoheitliche Aufgabe eine besondere Verantwortung behält. Da bisher keine nennenswerten negativen Auswirkungen bekannt sind, wird sich dieser Veränderungsprozess wahrscheinlich in den nächsten Jahren fortsetzen. (vgl. Schaumburg 2005 S. 27 ff.)

6.1. Bauliche Voraussetzungen

Die Grundvoraussetzungen für eine Maßregelvollzugseinrichtung sind eine ausreichende Sicherung nach außen und eine sinnvolle interne Unterteilung, die eine innere Sicherungsmöglichkeit beinhaltet. (vgl. Schaumburg 2005, S. 65) Die Sicherheit wird je nach Ausprägung des Krankheitsbildes und des Risikoprofils, gemeint sind damit Fluchtgefahr, Gewaltbereitschaft, psychische Stabilität und Art der Störung, einerseits durch technische Maßnahmen wie Sicherheitsschleusen, Überwachungskameras, Fenstervergitterung sowie Zäune gewährleistet, andererseits durch die Therapie der Patienten und deren Beziehungen zu den Betreuern und Therapeuten (vgl. Internetquelle Wikipedia: Maßregelvollzug 2008).

Die Patienten sind meist in Mehrbettzimmern untergebracht. Einzelzimmer sind eher eine Ausnahme und meist den besonders kranken, nicht gemeinschaftsfähigen Patienten vorbehalten. Auf jeder Station müssen Speise-, Aufenthalts-, Fernseh- und Raucherräume zur Verfügung stehen. Oftmals sind auch kleine Küchen zur Selbstversorgung und zur Zubereitung eines individuellen Essens vorhanden. (vgl. Schaumburg 2005, S. 65)

6.2. Die Patienten – Krankheitsbilder und Delikte

Die psychiatrischen Diagnosen richten sich nach dem ICD-10 und DSM-IV. Beide Klassifizierungssysteme enthalten zuverlässige diagnostische Leitlinien und operationalisierte diagnostische Begriffe (vgl. Bossard et al. 2007, S. 21). In beiden großen Klassifikationen wird nicht mehr von Krankheit oder Erkrankung gesprochen, sondern von „Störungen“. Es handelt sich dabei vornehmlich um eine beschreibende Klassifikation, die klinisch erkennbare Komplexe und Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten aufzeigen soll. (Otto et al. 2005, S. 1447) Die ICD-10 ist seit 2000 in Deutschland verbindlich (vgl. Bossard et al. 2007, S. 22).

Wilfried Rasch hat die nach dem ICD-10 klassifizierten Krankheitsbilder den psychischen Merkmalen der §§ 20, 21 StGB zugeordnet (siehe auch Kapitel 3, Tabelle 1).

Im Folgenden werde ich noch einmal einen kurzen Überblick über die möglichen Diagnosen nach dem ICD-10 geben, wobei ich nicht detailliert auf die Krankheitsbilder und auch nicht auf die jeweiligen diagnostischen Untergruppen dieser Einteilung eingehen werde.

Zu den „krankhaften seelischen Störungen“ zählen die Hirnerkrankungen und Psychosen. Mögliche Diagnosen wären:

- F0 organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F00 Demenz bei Alzheimer Erkrankung
- F01 vaskuläre Demenz
- F02 Demenz bei andersorts klassifizierten Erkrankungen
- F03 nicht näher bezeichnete Demenz
- F04 organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt
- F05 Delir, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt
- F06 andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung
- F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
- F09 nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F11 Störungen durch Alkohol
- F12 Störungen durch Opiate
- F13 Störungen durch Cannabinoide
- F14 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F15 Störungen durch Kokain
- F16 Störungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein
- F17 Störungen durch Tabak
- F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen
- F20 Schizophrenie
- F22 anhaltende wahnhaftige Störungen
- F23 vorübergehende akute psychotische Störungen
- F25 schizoaffektive Störungen
- F28 andere nicht-organische Psychose
- F29 nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose
- F3 Affektive Störungen
- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störungen
- F32 depressive Episode
- F33 rezidivierende depressive Störungen

-
- F38 andere affektive Störungen
 - F39 nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Die „tiefgreifende Bewusstseinstörung“ ist eine „normalpsychologische“ Bewusstseinstörung, sprich Affekt. Im ICD-10 zu finden unter:

F43 – Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Dem sogenannten „Schwachsinn“ zugeordnet sind die unter

F7 beschriebenen Formen der Intelligenzminderung.

Unter die „andere seelische Abartigkeit“ fallen die:

- F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen,
- F40 phobische Störungen
- F41 andere Angststörungen (bspw. Panikstörungen)
- F42 Zwangsstörungen
- F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Angststörungen (z.B. post-traumatische Belastungsstörung)
- F44 dissoziative Störungen
- F45 somatoforme Störungen
- F48 andere neurotische Störungen
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F60 Persönlichkeitsstörungen (bspw. paranoid, schizoid, dissozial)
- F61 kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
- F62 andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Erkrankung des Gehirns
- F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (z.B. Pyromanie, pathologisches Spielen)
- F64 Störungen der Geschlechtsidentität (bspw. Transsexualismus)
- F65 Störungen der Sexualpräferenz (z.B. Pädophilie, Sadomasochismus)
- F66 psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (bspw. sexuelle Beziehungsstörung)
- F68 andre Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F69 nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F21 schizotype Störungen
- F34 anhaltende affektive Störungen (z.B. Zylothymia)
- F24 induzierte wahnhaftige Störungen
- F1X.2.Abhängigkeitssyndrom (Sucht)

(vgl. Rasch 2004, S. 52 ff. oder ICD-10 2006, S. 23 ff.)

Die Patienten einer Forensischen Psychiatrie lassen sich nach den Merkmalen der jeweiligen Erkrankung und nach der Art der Straftat wie folgt unterscheiden: Der größte Teil von ihnen, ca. 40 %, sind Menschen mit schizophrenen Psychosen, gefolgt von den Menschen mit Persönlichkeitsstörungen – ca. 35 %. Hinzu kommen, mit ca. 10 %, Menschen mit geistiger Behinderung und hirnorganischen Störungen. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 688)

Die begangenen Straftaten könnte man in 4 große Gruppen einordnen – Gewaltdelikte, Sexualdelikte, Stalking und die Gruppe der Eigentumsdelikte, Sachbeschädigungen und Brandstiftungen. Die Bedeutung der psychischen Erkrankung für die Delikte muss jeweils im Einzelfall abgeklärt werden (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 684)

Bei Gewaltdelikten wird rechtlich zwischen Mord, Totschlag, einfacher und schwerer Körperverletzung unterschieden. Tötungsdelikte kommen im Rahmen fast aller psychischen Erkrankungen vor. Die krankheitsbedingten Motive können aber durchaus unterschiedlich sein. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 683)

Sexualdelikte können im Zusammenhang mit sexueller Devianz auftreten. Hierbei spielen die aktuellen gesellschaftlichen Normerwartungen eine bedeutsame Rolle. So war bspw. Homosexualität lange Zeit eine strafbare Handlung. Viel bedeutsamer sind aber aggressive Sexualdelikte wie Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch von Kindern. Bei solchen Delikten ist die Gruppe der Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung die größte. Diese Gruppe neigt ebenfalls auch sonst zu einer höheren Gewaltbereitschaft und handelt oftmals unter Alkoholeinfluss. Sadistisch motivierte Sexualstraftaten sind mit ca. 10 % eine wesentlich kleinere Gruppe. Allerdings gibt es bei dieser Gruppe die meisten Wiederholungs-täter. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 684)

Bei den Eigentumsdelikten und Sachbeschädigungen hängen oftmals mit einer Vielzahl psychischer Erkrankungen zusammen. Zum Beispiel kann es im Rahmen einer schizophrenen Psychose häufig zu sinnlos erscheinenden Sachbeschädigungen kommen. Bei Suchterkrankungen ist die Beschaffungskriminalität, aber auch Sachbeschädigung möglich. Ein Mangel der Impulskontrolle kann im Rahmen des pathologischen Stehlens zur Straffälligkeit führen oder als Ausdruck innerer Anspannung und Leere bei Borderline-Störungen verstanden werden. Eine besondere Rolle spielt die Brandstiftung, da hierbei meist aggressive Impulse und Rachegefühle die leitenden Motive sind. Der größere Anteil der Brandstifter ist männlich. Bei ihnen ist gelegentlich zu beobachten, dass sie die Unfähigkeit soziale Konflikte auf eine angemessenen Art zu lösen, aufweisen. Zusätzliche Motivation für einen Brandstifter/-in kann auch das sogenannte „sensation seeking“ sein. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 684 f.)

Stalker leiden an unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und auch die Beweggründe z.B. Hass, Rache, Liebe etc. für diese Straftat sind verschieden. Unter

Stalking wird im Allgemeinen eine wiederholte und aufdringlich, böswillige Belästigung, Bedrohung oder Verfolgung eines Opfers verstanden. Hierbei wird der Täter durch den bloßen Gedanken an sein Opfer bestimmt. Auch hier ist der größere Anteil der Straftäter männlich. Ein Teil von ihnen hat eine persönliche Beziehung zum Opfer, bspw. eine ehemalige Freundin. In anderen Fällen richtet sich das Stalking gegen Personen der Öffentlichkeit, wie etwa Prominente oder Repräsentanten der Gesellschaft, z.B. Richter oder Ärzte. Die Gemeinsamkeit aller Stalker ist, dass sie ein hohes Maß an Kränkungen und Kränkbarkeit haben. Zudem haben sie das Gefühl, eine Berechtigung für das eigene Handeln zu haben. Stalking kann viele Facetten haben, wobei aber das Verfolgen, wie bspw. das Aufsuchen der Wohnung oder des Arbeitsplatzes, und das Belästigen (z.B. Telefonterror) einer Person am häufigsten vorkommen. Aber es kann auch zu Aggressionshandlungen, wie Sachbeschädigung oder Körperverletzung und in Einzelfällen sogar zu Tötungsdelikten kommen. (Rahn/Mahnkopf 2005, S. 685)

Die Straftaten, die zu einer Einweisung in eine forensische Psychiatrie führten, werden immer gravierender. So nahmen die Einweisungen auf Grund von Tötungsdelikten und Brandstiftungen zu. Der Anteil von Patienten mit gewaltbegleitenden Sexualdelikten ist mit ca. 24 % relativ hoch. Psychisch kranke Rechtsbrecher sind mehr als andere psychiatrische Patienten durch Komorbidität² oder Doppeldiagnosen³ und ungünstige Sozialisationsbedingungen beeinträchtigt. Dies erschwert den therapeutischen Zugang zu diesen Patienten und auch die soziale Reintegration. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 688)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es keine klare Zuordnung von bestimmten psychischen Erkrankungen zu Delikttypen gibt. Eine psychische Erkrankung allein begründet ein Delikt nicht. Aus diesem Grund muss auch die Vorgeschichte und die aktuelle Lebenssituation eines Menschen berücksichtigt werden. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 686)

² Bezeichnet das Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall (vgl. Moggi/Donati 2004, S. 3)

³ Unter DD wird im Allgemeinen ein "Spezialfall" der Komorbidität verstanden; der Begriff DD beschreibt das gleichzeitige Vorkommen einer Substanzstörung, bedingt bspw. durch Alkohol oder Drogen und eine psychischen Störung (vgl. Moggi/Donati 2004, S. 3)

6.3. Die Würde der Patienten im juristischen Kontext

In Artikel 1 des Grundgesetzes sind die Menschenwürde und Menschenrechte verankert. Es heißt in Art. 1 Abs. 1 S. 1: „(1) ¹Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ (Stascheit 2007, S. 18)

In der Gesetzgebung bzw. in verschiedenen Urteilen finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass die Würde des Menschen und sein personelles Selbstbestimmungsrecht auch im freiheitsentziehenden Maßregelvollzug zu achten und zu wahren ist. Deshalb respektieren die einzelnen Ländergesetze das Recht der Patienten, persönliche Gegenstände (z.B. Bücher, CDs usw.) zu besitzen und zu benutzen, Kontakte zu Personen außerhalb der Institution zu knüpfen, Radio- und Fernsehgeräte zu nutzen sowie Post zu empfangen und zu telefonieren.

Gleichzeitig gibt es aber in allen genannten Bereichen die Möglichkeiten der Kontrolle, der Einschränkung und des Verbotes. Zudem können Sicherheitsbelange geltend gemacht werden, wobei eine hinreichende Begründung unerlässlich ist.

(vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 34)

7. Forensische Psychiatrie in der Öffentlichkeit

Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim formulierten in ihrem Buch „Professionelle forensische Psychiatrie“ zum Thema Respektierung der Würde – Eine Frage der Ethik, meiner Meinung nach sehr treffend, folgendes: „Der abweichende Mensch ist ein Mensch wie du und ich. In der psychoanalytischen Lesart bedeutet dieser Satz, dass der Asoziale ein Mensch ist, wie wir alle mehr oder weniger asozial sind. Jeder von uns könnte demnach unter bestimmten Bedingungen zu einem Dieb, Mörder, Frauenschänder oder politischen Verbrecher werden, so wie jeder von uns eine Grippe bekommen kann. Das Menschenmögliche ist uns allen möglich. Dazu gehört auch die Krankheit. Der Kranke ist immer noch einer von uns. Und so lautet der Grundsatz der therapeutischen Kriminologie, dass der Asoziale kein geborener Verbrecher ist.“ (Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 33)

Dennoch ist die Arbeit im Maßregelvollzug dominiert von negativen Schlagzeilen. Zwischen 1971 und 1996 ist die Presseberichterstattung zum Thema Kindesmissbrauch etwa um das 10fache gestiegen, allerdings ging die Zahl der Sexualmorde im gleichen Zeitraum auf etwa ein Drittel zurück. Die Medien widmen sich in verkürzter und auf Sensation ausgerichteter Weise dieser Thematik. Eine sachbezogene Berichterstattung scheint nur noch schwer möglich. Derzeit ist der Maßregelvollzug die Zielscheibe öffentlicher Diskussionen. In der Öffentlichkeit wird eher über den Maßregelvollzug diskutiert, keinesfalls aber mit ihm. Das Thema wird eher zerredet, als das man mit den Menschen im Maßregelvollzug redet. Bisweilen wird er von der Gesellschaft verflucht und an den Pranger gestellt. Die weit verbreitete öffentliche Meinung in unserer Gesellschaft ist, dass Patienten einer Forensischen Klinik so lange sicher verwahrt werden sollen, bis absolut gewährleistet ist, dass sie keine bzw. keine schwerwiegenden Delikte mehr begehen. Im Alltag gibt es immer wieder die Schwierigkeit, diese Menschen wirklich als krank anzusehen.

So ist der Maßregelvollzug häufig Zielscheibe von Anfeindungen, Unterstellungen und Verfälschungen. In der Öffentlichkeit will doch niemand wirklich wissen, was hinter den Mauern geschieht. „Der Medienzustand in der Bundesrepublik ist eine Katastrophe, und ist vor allem für diejenigen, die im Maßregelvollzug tätig sind, eine Situation, wie sie schlimmer nicht sein könnte“, so der langjährige „Spiegel“-

Mitarbeiter Mauz. Das führt dazu, dass Mitarbeiter/-innen in Forensischen Kliniken sich zunehmend ihres beruflichen Engagement schämen und selbst die Klinikleitungen sich oftmals entweder „verstecken“ oder versuchen durch Abwehr und Verharmlosung die Wogen zu glätten. Allerdings schadet diese eventuell verständliche Reaktion den Beteiligten und auch dem Maßregelvollzug an sich. Deshalb sollte Öffentlichkeitsarbeit im Maßregelvollzug lange im Voraus geplant werden und zudem vor allem offensiv und positiv ausgerichtet sein. Ein positives Beispiel für Öffentlichkeitsarbeit, was ich auch persönlich gut heiße, ist den Verantwortlichen der Forensischen Klinik Lippstadt-Eickelborn zuzuschreiben. Diese sorgten mit dem Motto „Qualität für eine sichere Zukunft“ für mehr Akzeptanz in der Bevölkerung. Sie suchten an Aktionsständen im Stadtgebiet den regelmäßigen Dialog mit den Bürgerinnen und Bürgern, denn: „Der Maßregelvollzug ist nicht das Problem, sondern der Maßregelvollzug ist die Lösung des Problems!“ (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 207 ff.)

8. Ziele des Maßregelvollzuges

Im § 1 Abs. 1 des Maßregelvollzugsgesetzes Nordrhein-Westfalens (siehe Anhang) ist das Ziel wie folgt beschrieben:

„Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt sollen die betroffenen Patientinnen und Patienten durch Behandlung und Betreuung (Therapie) befähigen, ein in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben zu führen. Die Sicherheit und der Schutz der Allgemeinheit und des Personals der Einrichtungen vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten sollen gewährleistet werden. Therapie und Unterbringung haben auch pädagogischen Erfordernissen Rechnung zu tragen und sollen unter größtmöglicher Annäherung an allgemeine Lebens- und Arbeitsverhältnisse Mitarbeit und Verantwortungsbewusstsein der Patientinnen und Patienten wecken und fördern.“

Der Auftrag des Maßregelvollzuges ist mit den beiden Zielsetzungen „Besserung und Sicherung“ gekennzeichnet. Der Freiheitsentzug dient nicht der schuldorientierten Sühne und Bestrafung wie im Strafvollzug, sondern er dient allein dem Schutz der Allgemeinheit. Die Sicherung des Patienten dient dabei dem Zweck der Therapie mit alsbaldiger Entlassung. Es gilt aber ebenso, dass der Patient nicht im Maßregelvollzug ist, weil er krank oder behandlungsbedürftig ist, sondern weil von ihm eine Gefahr für die Allgemeinheit ausgeht. Aus dem § 67 d StGB geht hervor, dass, wenn die Gefährlichkeit wegfällt, die Maßregel zur Bewährung ausgesetzt werden muss. Der Gesetzgeber fordert mit dem § 136 des StvollzG grundsätzlich eine Behandlung des Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus nach „ärztlichen Gesichtspunkten“, da es sich bei den Untergebrachten um kranke Menschen handelt. Ziel dieser Behandlung ist nicht, wie der irreführende Begriff der „Kriminaltherapie“ nahe legt, die Therapie der Delinquenz. Vielmehr zielt die Behandlung auf die Besserung oder Reduktion derjenigen psychischen Störung ab, die dem Anlassdelikt zu Grunde liegt. Diese Zielsetzung umfasst dabei das gesamte Spektrum therapeutischer Interventionen. Diese sind geeignet, neben der Verbesserung der spezifischen Psychopathologie⁴, auch zur Erhöhung psychosozialer Kompetenzen im weitesten Sinne beizutragen. Zur Zielsetzung gehören ebenfalls alle rehabilitativen Maßnahmen im Hinblick auf den „sozialen Empfangsraum“ (siehe Kapitel 9). Kennzeichnend für die forensische Behandlung ist sicher

⁴ Bedeutet: Die Lehre von den psychischen Erkrankungen. Die Psychopathologie beschäftigt sich mit den Formen eines (krankhaft) veränderten Gefühls- bzw. Seelenlebens. Hierbei geht es um die Beschreibung der Symptome bzw. Erscheinungsweisen psychischer Erkrankungen. (vgl. Internetquelle Wikipedia : Psychopathologie 2008)

die Deliktbearbeitung. Es gibt keine allgemeinen Vorgaben oder Verfahren für die „Auseinandersetzung mit der Tat“. Die Patienten besitzen dafür individuell sehr unterschiedliche Voraussetzungen, die auch abhängig vom Krankheitsbild sind. Die Tatbehandlung ist ein Fokus der gesamten Behandlung, mit wechselnder Intensität und auch mit Rückschlägen, in denen der Patient leugnet oder bagatellisiert.

Es lassen sich in den Klinikkonzepten unterschiedliche Zielformulierungen finden. Es werden, neben der Befähigung der Empathie⁵ und Verantwortungsübernahme, zunehmend Konzepte eines „No cure, but control“ vertreten. Diese werden insbesondere bei der Behandlung von Sexualdelinquenten eingesetzt. Diese Konzepte zielen vornehmlich auf die Entwicklung von Kontroll- und Vermeidungsstrategien ab. Die Vorstellung einer Heilbarkeit der psychischen Störung wird als Mythos entlarvt und stattdessen werden vielerorts so genannte Rückfallpräventionsprogramme (siehe Kapitel 8.4) entwickelt. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 55 ff.)

8.1. Behandlung und Rehabilitation

Eine verhängte Maßregel wird zwar in einem psychiatrischen Krankenhaus vollzogen, unterscheidet sich aber, aufgrund ihrer strafrechtlichen Vorbehalte, grundlegend von einer „üblichen“ Krankenhausbehandlung. Grundproblem der Maßregelvollzugsbehandlung ist, dass die Patienten in einer Maßregelvollzugseinrichtung eine „Zwangsgemeinschaft“ bilden. Die Aufnahme erfolgt gegen den Willen des Patienten. Die Einrichtung ist zu einer Aufnahme verpflichtet, auch wenn man keinerlei Behandlungsnotwendigkeit oder Erfolg versprechende Behandlungswege für den Patienten zu sehen vermag. Daraus ergibt sich ein Motivationsproblem (siehe Kapitel 8.2) auf seitens des Patienten, dessen primäres Ziel sich weniger auf eine innere Veränderung, als im Wesentlichen auf eine baldige Entlassung bezieht. Da die Entlassung aus der Forensischen Psychiatrie grundsätzlich in der Entscheidung des Gerichtes liegt, ist der Zeitpunkt der Entlassung eine zunächst unbekannte und dem Arzt und Patienten nur bedingt beeinflussbare Größe. Ent-

⁵ Bezeichnet die Fähigkeit eines Menschen, einen anderen Mensch von Außen (ohne persönliche Grenzen zu überschreiten) möglichst ganzheitlich zu erfassen, dessen Gefühle zu verstehen, nicht jedoch notwendig auch zu teilen und sich damit über dessen Verstehen und Handeln klar zu werden. Der Begriff wird im deutschen Sprachraum seit dem Ende der 1960er Jahre von Psychologen bzw. Psychotherapeuten, Pädagogen, Seelsorgern, Ärzten und Soziologen verwendet. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Empathie 2008)

lassen kann ein Patient erst dann werden, wenn die Strafvollstreckungskammer dies unter gefährlichkeitsprognostischen Aspekten für verantwortbar hält. In diese Entscheidung fließen nicht nur die Einschätzung der Therapeuten mit ein, sondern auch die Einschätzung eines externen Gutachters, die Bewertung der Richter selbst und nicht zuletzt das aktuelle rechtspolitische Gesamtklima.

Das heißt für die Therapie, die immer auch auf ein zeitliches Ziel gerichtet ist, dass große Unsicherheiten aufseiten des Therapeuten und auch des Patienten bestehen. Dies kann sich lähmend auf die Behandlungsmotivation auswirken. Aus diesem Grund hat sich ein „Stufenkonzept“ in der Maßregelvollzugsbehandlung bewährt. Zu Beginn der Behandlung wird der Patient in einem hoch gesicherten Bereich untergebracht. Fortschritte in der Behandlung führen zu entsprechenden Lockerungen (siehe Kapitel 8.4.) des Vollzuges, also einem Aufstieg in den „Lockerungsstufen“. Dadurch lassen sich für den Patienten überschaubare und kurzfristig erreichbare Zwischenziele gliedern. Dies soll die Behandlungsmotivation des Patienten fördern und den Gesamtbehandlungsplan strukturieren.

Die Patienten werden im Maßregelvollzug untergebracht, weil sie aufgrund ihrer Persönlichkeit, ihrer Störung und ihrer Straftat(en) als gefährlich eingeschätzt wurden. Dieses Gefährlichkeitspotential ist ein untrennbarer Teil sowohl bei der therapeutischen Arbeit als auch bei der Beziehung zum Patienten. Das bedeutet für den Therapeuten, dass er auch mit prognostischen Fragestellungen konfrontiert ist. (vgl. Leygraf In: Kröber et al. 2006, S. 198 f.)

Die therapeutischen Programme im Maßregelvollzug unterscheiden sich zunächst nicht von denen in der sonstigen psychiatrischen Versorgung. Pharmakologische, verhaltenstherapeutische und psychoanalytische Verfahren werden auch in der Forensischen Klinik eingesetzt. Geprägt wird diese Therapie durch die notwendigen Sicherungsmaßnahmen und durch die lange Verweildauer des Patienten. Hinzu kommen die eingeschränkten Möglichkeiten zur Belastungserprobung und Rehabilitation. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 689 f.)

Zunächst erfolgt bei der Aufnahme eines Patienten die Eingangsdiagnostik und Therapieplanung. In allen Bundesländern ist vorgesehen, dass ein Untergebrachter nach der Aufnahme in der jeweiligen Institution umgehend, das heißt innerhalb von 24 Stunden, untersucht und über die Unterbringung und Behandlung aufge-

klärt werden muss. Der Patient hat einen Anspruch auf eine angemessene Behandlung. Diese wird in einem Behandlungsplan festgelegt, der spätestens sechs Wochen nach der Aufnahme erstellt sein sollte. Je nach Bundesland muss dieser Behandlungsplan alle drei bis sechs Monate überprüft und angepasst werden. (vgl. Schaumburg 2005, S. 14)

In dieser Behandlungsplanung sind auch die konkret angestrebten Rahmenbedingungen künftiger Rehabilitationsbemühungen zu beachten. Die Planung forensisch-psychiatrischer Behandlung bezieht sich noch immer stark auf Aspekte der Persönlichkeit und ihrer Pathologie. Bei einigen Patienten ist aber aufgrund ihrer zum Teil sehr frühzeitig biografischen Beschädigung und der Art ihrer Erkrankung, wie bspw. Komorbidität mit Suchtproblemen und intellektueller Minderbegabung, schon in den ersten Wochen der Unterbringung absehbar, dass eine Entlassung in ein weitgehend selbst gestaltetes Leben in Freiheit therapeutisch nicht erreichbar sein wird. Diese Patienten bedürfen dauerhaft eines betreuenden Umfeldes und spezifischer Kontrollen, bei deren Sicherstellung nur noch sehr begrenzte Risiken von ihnen ausgehen. (vgl. Leygraf In: Kröber et al. 2006, S. 206)

Für die nicht intelligenzgeminderten Patienten stehen zur Erreichung des Behandlungszieles, das in den §§ 136, 137 StVollzG festgelegt ist, wie bereits erwähnt grundsätzlich dieselben Behandlungsmöglichkeiten wie in der Allgemeinpsychiatrie zur Verfügung, nämlich Pharmakotherapie (medikamentöse Behandlung), Psychotherapie und Soziotherapie.

Die medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka spielt bei den Patienten mit psychotischen und affektiven Erkrankungen eine große Rolle. „Schwachsinn“ und Persönlichkeitsstörungen sind hingegen einer medikamentösen Behandlung nicht zugänglich. Allerdings können bestimmte Symptome, wie Erregbarkeit oder Anspannung, medikamentös gedämpft werden, sodass der Patient eher die Chance hat sich zu kontrollieren und dadurch für weitere therapeutische Schritte zugänglich wird. Einen ähnlichen Effekt kann die Gabe von Hormonen zur Triebdämpfung bei Sexualstraftätern haben.

Die medikamentöse Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB spielt keine wesentliche Rolle. Lediglich bei den Patienten, die unter „Saufdruck“ leiden, kann ein Medikament zur Dämpfung verabreicht werden.

Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche spielen im Maßregelvollzug eine wichtige Rolle. Vor allem Einzelgespräche sind bei fast jedem Patienten sehr

beliebt. Hier bekommen sie die volle Aufmerksamkeit des Therapeuten und können die Ablauf des Gesprächs weitgehend selbst bestimmen.

Gruppengespräche hingegen fallen den Patienten aufgrund ihres Misstrauens gegen andere Menschen und der Unfähigkeit, ihnen gegenüber eigene Schwächen und Probleme einzugestehen wesentlich schwerer. Ein Teil der Patienten ist zu Beginn der Behandlung überhaupt nicht gruppenfähig. (vgl. Schaumburg 2005, S. 85 ff.)

Für Patienten mit intellektueller Begabung im unteren Normbereich (d.h. leichte Intelligenzminderung besteht bei einem Intelligenzquotienten unter 70 und geistige Behinderung bei einem Intelligenzquotienten unter 50 – vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 99) müssen die psychotherapeutischen Maßnahmen angepasst werden. Die Gespräche sind dann eher begleitend und stützend. Ziel der psychotherapeutischen Gespräche sollte jedoch die Analyse des bisherigen regelwidrigen Verhaltens und der Gründe dafür sowie die Entwicklung neuer Verhaltensstrategien sein. Das schließt auch die Sexualstraftäter mit ein. Bei diesen Patienten sollten die Gründe für das normabweichende sexuelle Verhalten erarbeitet und verstanden werden. Darüber hinaus müssen Therapeut und Patient prüfen, ob es für den Patienten befriedigende Alternativen gibt. Hierbei wird vom Therapeuten nicht selten Aufklärungsarbeit bezüglich Sexualität geleistet. Dann kann versucht werden, den Patienten durch intensive Vorstellung an diese Alternativen zu gewöhnen. Sexuelle Verhaltensalternativen wie auch andere neu erarbeitete Verhaltenssequenzen in der Praxis einzuüben, sind aus vielerlei Gründen oft nicht möglich. Bei Patienten mit nicht veränderbarer sexueller Normabweichung, z.B. Pädophilie, kann das Behandlungsziel nur sein, ohne praktizierte Sexualität ein dennoch möglichst befriedigendes Leben zu führen.

In Gruppen durchgeführte Therapiemaßnahmen, die nach einem festen Programm ablaufen, wie bspw. das Anti-Aggressions-Training oder Training sozialer Kompetenzen, bilden den Übergang von der Psycho- zur Sozialtherapie. Das trifft auch auf die kunst-, musik-, bewegungs- und sporttherapeutischen Maßnahmen zu.

Die Soziotherapie ist die wichtigste Säule der Behandlung im Maßregelvollzug. Dazu zählt unter anderem der offene und klare Umgang des Behandler Teams mit den Patienten mit vielen Rückmeldungen über Wirkung ihres Verhaltens auf andere sowie umgehende Reaktion auf Fehlverhalten. Des Weiteren hat die Strukturierung des Tages mit festgelegten Zeiten für Wecken, Mahlzeiten sowie Mittags-

und Nachruhe eine große Bedeutung. Die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie hilft mit ihren vielfältigen Aufgabengebieten und Möglichkeiten eine gewisse Normalität im Tagesablauf zu garantieren. Zur Soziotherapie gehören auch gemeinsame Freizeitaktivitäten und die Anleitung zu sinnvoller eigener Freizeitgestaltung. Das Üben lebenspraktischer Fertigkeiten, bspw. Wäsche waschen und kochen gehören ebenfalls zur Soziotherapie.

Das Ziel der Soziotherapie ist den Patienten ein Allgemeinwissen zu vermitteln, das sie in ihrem bisherigen Leben nicht oder noch nicht erwerben konnten. Gleichzeitig wird versucht den Patienten Alternativen zu ihrem bisherigen Lebensstil bekannt zu machen und einen neuen individuellen Lebensstil aufzubauen und einzuüben. Dabei sollten sich die konkreten Maßnahmen genau an den Defiziten des Patienten orientieren. (vgl. Schaumburg 2005, S. 87 ff.)

Ebenso wichtig wie die Behandlung der Patienten an sich ist die Dokumentation der Behandlung. Sie darf auf keinen Fall zeitlich hinaus geschoben werden, weil angeblich die „eigentliche“ Aufgabe der Behandlung Vorrang hat. Die Dokumentation ist eine gesetzlich festgeschriebene Pflichtaufgabe und ist außerdem notwendig, damit es möglich ist, sich über einen meist langen Unterbringungszeitraum mit Stations- und Therapeutenwechsel einen Überblick über Details der Behandlung und die Entwicklung des Patienten verschaffen zu können. Ein solcher Überblick ist u.a. für die regelmäßigen Stellungnahmen für Staatsanwaltschaft und Strafvollstreckungskammer, vor allem aber für die Entlassungsprognose und die Epikrise⁶ nötig. Die Dokumentation dient bei besonderen Vorkommnissen wie Suizid oder Entweichung und neuer Straftat als Nachweis, ob die Einrichtung ihrer Sorgfaltspflicht im ausreichenden Maße nachgekommen ist.

Sie wird zumeist in Behandlungs- und Pflegedokumentation unterteilt. Zudem führen Sozialdienste, Ergotherapeuten, Lehrer und andere Berufsgruppen Handakten über einzelne von ihnen betreute Patienten. In der Verwaltung gibt es außerdem eine Personal- und Verwaltungsakte über jeden Patienten. Alle Dokumentationen werden bei Entlassung eines Patienten in einer Krankenakte zusammengefasst

⁶ Ist ein spezieller zusammenfassender Rückblick und eine Interpretation des Krankengeschehens und der veranlassten Therapie und ist meistens an einen weiter behandelnden Arzt/Psychologen gerichtet. Eine Epikrise sollte die wichtigsten Angaben zur durchgeführten Anamnese, Diagnostik, den Diagnosen, der empfohlenen Medikation und eventuell zur Prognose enthalten. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Epikrise 2008)

und archiviert. Die Aufbewahrungszeit ist für 30 Jahre vorgeschrieben. (vgl. Schaumburg 2005, S. 95 f.)

8.2. Therapie unter Zwang

Eine weit verbreitete Ansicht ist, dass eine Behandlung, wie Psychotherapie, Freiwilligkeit voraussetzt. Dass eine „Zwangstherapie“ nicht nur ethisch bedenklich ist, sondern scheitern muss, da eine „echte“, das heißt auf einem inneren Leidensdruck basierende, Änderungsbereitschaft nicht vorliegt.

Allerdings lassen sich Aspekte von Zwang in vielen psychosozialen Interventionen oder ambulanten Behandlungen finden. Zum Beispiel die Behandlung von Abhängigkeitsstörungen findet meist unter familiärem, beruflichem oder auch strafrechtlichem Druck statt. Es heißt: „Wenn die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder bzw. vor dem Verlassenwerden des Partners als Triebfeder dient“, dann gilt: „Das hehre Ideal der Freiwilligkeit ist häufig eine Illusion, es scheint nur unterschiedliche Schattierungen von Freiwilligkeit zu geben.“ (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 56)

Patienten einer Forensischen Klinik sind keine „Kunden“ die aus eigenem Antrieb zum Therapeuten gehen und dort eine Dienstleistung nachfragen (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 56).

Die Maßregelvollzugseinrichtungen zählen zu den „Totalen Institutionen“, mit den von dem US-amerikanischen Soziologe Erving Goffman 1973 in seinem Buch „Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ beschriebenen Attributen und den entsprechenden Auswirkungen auf die in ihr lebenden Patienten. Die Handlungsräume für selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Handeln der Patienten sind tendenziell gering. Ihr Alltag ist reglementiert und es wird über sie entschieden und das über Jahre und Jahrzehnte. (vgl. Leygraf In: Kröber et al. 2006, S. 207)

Eine Therapie im Zwangskontext ist die Antwort auf das daraus resultierende Motivationsproblem forensischer Patienten. Für eine, auf einem inneren Leidensdruck basierende, Änderungsbereitschaft fehlen den Patienten die instrumentellen Voraussetzungen. Der Maßregelvollzug hat eine (fest-)haltende Funktion und spiegelt damit die existentielle Situation der Patienten wieder. Er stellt zudem einen von

den Patienten (nicht bewusst) gesuchten Rahmen dar, der ihrem Entwicklungsniveau entspricht und dessen Grenzen ihnen Sicherheit gibt.

Nur der Freiheitsentzug bietet die Voraussetzung für die Patienten überhaupt korrigierende Erfahrungen mit therapeutischen Hilfsangeboten und menschlichen Beziehungen zu machen und durchzustehen. Durchgeführte Evaluationsstudien haben belegt, dass Patienten, die bspw. unter dem Druck einer Strafandrohung eine Entwöhnungsbehandlung machen, deutlich bessere Erfolge erzielen als Freiwillige.

Rückfallstudien ehemaliger MRV-Patienten haben ergeben, dass eine signifikante Korrelation zwischen Legalbewährung und Erteilung von gerichtlichen Weisungen besteht. Aus einer Untersuchung zur Rückfälligkeit nach Entlassung aus der Unterbringung nach § 63 StGB gehen folgende Ergebnisse hervor:

Dimmek u. Dunker 1996	120 Patienten, entlassen 1984-1991 Katamnesezeitraum: 4-11 Jahre 21% erneute Straftaten 20% erneute Unterbringung 9% Gewalt- bzw. Sexualdelikte
Dessecker 1997	69 Patienten, entlassen 1981-1989 Katamnesezeitraum: 5 Jahre 41% erneute Straftaten 28% erneuter Freiheitsentzug 4% Gewalt- bzw. Sexualdelikte
Gretenkord 2001	196 Patienten, entlassen 1977-1985 mittlerer Katamnesezeitraum: 8,5 Jahre 43% erneute Straftaten 29% erneuter Freiheitsentzug 11% Gewaltdelikte
Jokusch u. Keller 2001	169 Patienten, entlassen 1997-2003 mittlerer Katamnesezeitraum: 5 Jahre 40% erneute Straftaten 26% erneuter Freiheitsentzug 10% Gewaltdelikte
Seifert 2005	255 Patienten, entlassen 1997-2003 Katamnesezeitraum: 2-6 (im Mittel) 4 Jahre 16% erneute Straftaten 10% erneuter Freiheitsentzug 7% Gewalt- bzw. Sexualdelikte 3 % Bewährungswiderruf ohne Deliktrückfall

Tabelle 2: „Untersuchungen zur Rückfälligkeit nach Entlassung aus der Unterbringung nach § 63 StGB“ (vgl. Leygraf In: Kröber et al. 2006, S. 217)

Die Motivationsarbeit steht am Beginn der Therapie eines jeden Therapieprozesses. Der Motivationsprozess ist nicht die Voraussetzung für die eigentliche Behandlung, sondern ist ein Bestandteil der Therapie und muss als therapeutisches Problem aufgefasst werden. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 58 f.)

8.3. Lockerungen

Unter einer Lockerung versteht man jenen Entwicklungsschritt von Freiheitsentzug und Sicherung, die am Anfang jeder Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt stehen, hin zu mehr Freizügigkeit und Eigenverantwortung (vgl. Schaumburg 2005, S. 98). Das bedeutet konkret die

Reduzierung von Sicherungsmaßnahmen in institutioneller, baulicher und personeller Hinsicht (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 66). Schon die Teilnahme an Spaziergängen oder sportlicher Betätigung innerhalb des Klinikgeländes bedeutet für den untergebrachten Patienten mehr Freiheit und damit eine Lockerung der Unterbringung. Eine erhebliche Lockerung stellt die Verlegung auf eine weniger gesicherte oder offene Station dar. (vgl. Schaumburg 2005, S. 98) Unter den Begriff der Lockerung fallen insbesondere Ausführungen und Ausgang, Beurlaubung oder eine Beschäftigung außerhalb der Einrichtung. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 66). An Lockerungen, bei denen ein Patient vorübergehend ohne Überwachung ist, kommen im Maßregelvollzug im Betracht:

- Ausgang ohne Begleitung zwischen einer halben oder einer Stunde bis hin zu einem ganzen Tag, gegebenenfalls in einem räumlich festgelegten Bereich, etwa der Stadt, in der die Einrichtung liegt;
- Urlaub mit einer oder mehrerer Übernachtungen bis hin zu einem Probe- oder Vorbereitungsurlaub vor der Entlassung, ebenfalls mit Festlegung des Aufenthaltsortes;
- Arbeitstätigkeit außerhalb der Einrichtung oder die Teilnahme an einer Ausbildung oder Umschulung.

Vollzugslockerungen sind ein wichtiger Bestandteil der Therapie im Maßregelvollzug. Ohne die Gewährung von Lockerungen ist grundsätzlich keine Therapie bzw. Rehabilitation, sondern nur eine Verwahrung, möglich. (vgl. Schaumburg 2005, S. 98)

Aus dem Maßregelvollzugsgesetz Nordrhein-Westfalens (siehe Anhang), § 18 Abs. 1 geht hervor, dass grundsätzlich gilt, dass sich „Dauer und Umfang des Freiheitsentzuges nach dem Erfolg der Therapie“ richten und daher „nach Maßgabe des Therapie- und Eingliederungsplans zu überprüfen und anzupassen“ sind. Es heißt weiter: „Vollzugslockerungen dienen grundsätzlich der Erreichung des Behandlungszwecks“. Die Notwendigkeit von Lockerungen ist damit gesetzlich normiert und an den Auftrag der Maßregelbehandlung geknüpft. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 67)

Die Lockerungen sollen dazu dienen, bisherige Kenntnisse über Ursachen für die Erkrankung und das Delikt in der Realität zu überprüfen. Die mit dem Patienten gemeinsam erarbeiteten Strategien, Verführungssituationen anders als früher und

ohne Rückfall oder Straftat zu meistern, sollen auf ihre Tauglichkeit getestet werden. Dabei entstehende Schwierigkeiten sollen aufgespürt werden. Auf diese Weise können die Erklärungsmodelle und Verhaltensalternativen im Verlauf der Therapie weiter verbessert werden. Lockerungen geben dem Patienten außerdem die Möglichkeit, seine neu aufgebauten Verhaltensweisen außerhalb des Maßregelvollzuges einzuüben sowie die eigene Stabilität zu überprüfen und nachzuweisen. Zudem sind Lockerungen auch nötig, damit der Patient allmählich lernt, nach oft langem Aufenthalt in der Forensischen Klinik wieder selbst Verantwortung für sich zu übernehmen. Für die Therapeuten schaffen Lockerungen die Möglichkeit, den Patienten kontrolliert mit zunehmenden Belastungen zu konfrontieren und sein Verhalten dabei zu beobachten. (vgl. Schaumburg 2005, S. 98 ff.) Die Lockerungen können somit als unmittelbares therapeutisches Handlungsinstrument eingesetzt werden, wenn sie bspw. als soziales Training für die Schaffung und Sicherung sozialer Kontakte konzipiert werden. Da Lockerungen als motivations- und verhaltensbestimmend wirken, können sie also im Rahmen der Entlassungsvorbereitung, Freizeitgestaltung und zur Erprobung therapeutischer Fortschritte außerhalb des primär therapeutischen Rahmens genutzt werden. Eine sorgfältige Entscheidungsfindung des multiprofessionellen Behandlungsteams schützt davor, Lockerungen als Sanktionierung (wie Belohnung oder Bestrafung) einzusetzen, denn Lockerungen sollen nicht willkürlich oder als Gratifikation für Wohlverhalten oder Anpassung des Patienten gewährt werden. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 68) Zusammenfassend lässt sich sagen: Lockerungen sind keine Belohnung, sondern dienen als Test- und Trainingsmöglichkeit für ein neues Sozialverhalten. Sie sind eine wichtige Voraussetzung, um irgendwann eine solide Entlassungsprognose stellen zu können.

Nach einem mehr oder weniger langem Behandlungszeitraum werden alle gemäß § 64 StGB untergebrachten und die meisten gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten entlassen. Würde dies ohne vorherige Überprüfung durch Lockerungen geschehen, bestünde die Gefahr, dass das gesamte damit verbundene Risiko hinaus auf die Allgemeinheit verlagert wird. (vgl. Schaumburg 2005, S. 99)

8.4. Rückfallprävention

In den letzten 15 Jahren hat sich die Gesamtzahl der im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen fast verdoppelt. Das ist auf sinkenden Entlassungszahlen und einem Anstieg der Unterbringungen zurückzuführen. Diese Entwicklung ist damit zu begründen, dass trotz rückläufiger Zahlen für schwere Gewaltdelikte das rechtspolitische Klima sich hin zu mehr Kontrolle von Risiken verändert hat, um dem wachsenden Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft zu entsprechen. (vgl. Dörner et al. 2007, S. 359 ff.)

Die Prävention weiterer Straffälligkeiten ist ein zentrales Ziel der Deliktbearbeitung. Die Methoden zur Rückfallprävention haben sich aus den Erfahrungen in der Arbeit mit Suchtkranken entwickelt. Als wichtige Grundlage der Rückfallprävention dient die Entscheidung des Betroffenen, sein Verhalten verändern oder bestimmte Verhaltensweisen ablegen zu wollen. Durch die Rückfallprävention soll diese Entscheidung ermöglicht, gefördert und stabilisiert werden. Die Vermittlung von Strategien, riskante Situationen in Zukunft zu vermeiden, ist ein wesentlicher Bestandteil der Rückfallprävention. Zusätzlich muss ein sogenannter Notfallplan entwickelt werden. Dieser beinhaltet Strategien, wie der Patient mit Hochrisikosituationen umgehen kann. Mittlerweile sind auf der Basis dieses Prinzips verschiedene Behandlungsprogramme zur Rückfallprävention entwickelt worden. Auf der Basis einer Arbeitsbeziehung und der Betonung der Eigenverantwortung erfolgen in diesen Programmen grundsätzlich folgende Schritte:

1. Kognitive Restrukturierung des Deliktes, d.h. Übernahme von Verantwortung für das Geschehene und Analyse risikosteigernder Gedanken (kognitive Dekonstruktion),
2. Herstellung von Empathie für das Opfer,
3. Verbesserung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens, d.h. Steigerung der sozialen Kompetenz und
4. Vereinbarungen zum konkreten Umgang mit Risikosituationen.

Das Ergebnis forensischer Behandlung und Rückfallprävention ist, dass die Patienten, im Vergleich zu Straftätern im „normalen“ Strafvollzug, nach einer forensischen Unterbringung deutlich seltener rückfällig werden. (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 690 f.)

8.5. Das Behandlerteam

In allen Maßregelvollzugseinrichtungen wird die therapeutische Arbeit von multi-professionellen Teams geleistet. Dieses Team besteht aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Krankenpflegern, eventuell mit psychiatrischer oder forensischer Zusatzqualifikation. Ebenfalls dazu gehören Pflegehelfer, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Lehrer, Sport-, Musik- und Kunsttherapeuten. (vgl. Schaumburg 2005, S. 28). Die genannten Berufsgruppen, außer die der Sozialarbeit (siehe Kapitel 9 und 10), stelle ich mit ihren individuellen Aufgaben und Tätigkeiten nicht detailliert vor.

Multidisziplinäre Teams sind bei der Behandlung und der Betreuung von psychisch kranken Rechtsbrechern dringend gefragt. In der Arbeit mit solch „schwer gestörten“ Patienten ist der Einsatz mehrerer Behandler sinnvoll, nicht zuletzt deshalb, weil diese Patienten einen einzelnen Therapeuten überfordern könnten. (vgl. Stiels-Glenn 2005, S. 3)

Eine stabile therapeutische Beziehung kann sich nur entwickeln, wenn der Patient bei seinem Bezugstherapeuten und Bezugspflegern auf eine emotional angenehme Einstellung trifft. Zugleich muss das Behandlerteam eine kritische Distanz zum Patienten wahren, um der Gefahr einer symbiotischen Beziehungsgestaltung entgegenzuwirken. Wichtig für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung ist ebenso, dass die Mitarbeiter gegenüber dem Patienten eine konsequente Haltung haben und das sie in ihrer Einstellung einig sind, so dass sie dem Patienten quasi wie eine Person begegnen. Die Aufgabe, einen erwachsenen Menschen eine „Nachreifung“ bzw. eine Nachsozialisation zu ermöglichen, kann nur durch die Verteilung auf viele gleichgesinnte Teammitglieder bewältigt werden.

Damit die Patienten beim Erproben ihrer Möglichkeiten und Grenzen, das auch ein wichtiger Zwischenschritt auf dem Weg zum angestrebten Behandlungsziel ist, auf Struktur und Verlässlichkeit stoßen, ist es wichtig, bereits auf kleine Regelverstöße, wie z.B. das Versäumen eines Therapietermins oder unangemessene Umgangsformen gegenüber Teammitgliedern, reagiert wird, bspw. durch ein offenes Ansprechen des Fehlverhaltens. Auch jeder Form von Drohgebärden und Übergriffen muss energisch begegnet werden. In solchen Fällen ist meistens die Wahrnehmung des Pflegepersonals verlässlicher, da diese täglich viel länger als die Therapeuten mit einem Patienten zusammen sind und ihn in unterschiedlichen Situationen erleben. Ernst gemeinte verbale und körperliche Drohungen oder die

Ausübung körperlicher Gewalt gegenüber dem Behandler-Team oder Mitpatienten müssen umgehend zu besonderen Sicherungsmaßnahmen wie Isolierung oder gegebenenfalls Fixierung führen, bei Bedarf mit Hilfe der Polizei. (vgl. Schaumburg 2005, S. 75 ff.)

Damit die Mitarbeiter im Maßregelvollzug bei Regelverstößen und Übergriffen der untergebrachten Patienten möglichst wenig gefährdet werden, sind besondere Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiter notwendig. Als technische Sicherungsmöglichkeiten haben sich Personenschutzgeräte bewährt, die wahlweise auf Knopfdruck, bei Abreißen oder bei waagerechter Lage eine Zentrale alarmieren, wobei der Alarm auch zu lokalisieren sein muss. Bei einer Alarmauslösung müssen genaue Pläne vorhanden sein, wer was in diesem Fall zu tun hat. Die gegenseitige Absicherung im Alltag spielt eine große Rolle. Jeder Mitarbeiter hat sich an die Dienstanweisungen zu halten. Wichtig ist aber vor allem Sensibilität für den psychischen Zustand der Patienten und die Kommunikation darüber im Team, bspw. in den täglichen ausführlichen Dienstübergaben, an denen alle Mitarbeiter teilnehmen. Auch sie dienen dem eigenen Schutz, weil alle im Dienst befindlichen Mitarbeiter über psychische Veränderungen bei jedem einzelnen Patienten und sich daraus möglicherweise ergebenden Risiken informiert sind.

Erfolgt ein Angriff auf Mitarbeiter, so gelten diese juristisch als Betriebsunfälle und sollten der Berufsgenossenschaft gemeldet werden. Der betroffene Mitarbeiter hat unter Berücksichtigung der Schweigepflicht (d.h. es dürfen keine Aussagen zum Krankheitsbild und Behandlungsverlauf erfolgen) die Möglichkeit Anzeige gegen den Patienten zu erstatten. (vgl. Schaumburg 2005, S. 78 f.)

Ein gutes Forum für fachliche und menschliche Abstimmung des Teams und die Auseinandersetzung über Reibungspunkte ist eine regelmäßig stattfindende Supervision⁷ durch einen externen Supervisor. Die Sitzungen sollten in möglichst ungestörter Umgebung, außerhalb der Stationen stattfinden. Zudem sollte die Supervision möglichst alle vierzehn Tage, mindestens aber einmal im Monat für anderthalb bis zwei Stunden erfolgen. Grundsätzlich kann man zwischen teambezogener und fallbezogener Supervision unterscheiden. Allerdings können jedoch

⁷ Begleitet das Team bei der Reflexion und Verbesserung ihres beruflichen Handelns. Fokus ist je nach Zielvereinbarung die Arbeitspraxis, die Rollen- und Beziehungsdynamik zwischen Mitarbeiter und Patient, die Zusammenarbeit im Team usw. Die zu reflektierende Praxis umfasst problematische Szenen, die der Mitarbeiter im Beruf erlebt hat oder auf die er sich vorbereiten will. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Supervision 2008)

einerseits keine Teamprobleme ohne Bezugnahme auf bestimmte Patienten geklärt werden und andererseits keine Fälle besprochen werden, ohne dabei auf die daraus resultierenden Teamprobleme zu kommen. Nach Möglichkeit sollte sie für alle Mitarbeiter verbindlich sein und natürlich als Arbeitszeit gelten. Die Kosten für die Supervision müssen von der Einrichtung getragen werden. (vgl. Schaumburg 2005, S. 80 f.)

Die Arbeit im Maßregelvollzug verlangt von allen Mitarbeitern viel fachliches Können, Engagement, Kreativität und persönliche Stabilität. Im Verlauf langjähriger Tätigkeit kann es vorkommen, dass einem Teammitglied vorübergehend die Lust und die Kraft zur Arbeit verlassen und sich das sogenannte Burn-out-Syndrom⁸ einstellt. Ist das der Fall, ist u.a. eine wichtige Vorbeugungs- und Gegenmaßnahme das offene Gespräch mit anderen Teammitgliedern.

Auch die Teilnahme an Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen, vor allem an solchen, bei denen man andere Mitarbeiter anderer Maßregelvollzugsanstalten trifft, ist für alle Berufsgruppen sehr wichtig. Hier bietet sich die Möglichkeit im Erfahrungsaustausch neue Anregungen zu erhalten.

Ein jeder Mitarbeiter sollte sich auch gelegentlich Gedanken über den Anspruch machen, mit dem man an seine Tätigkeit herangeht, denn wer von sich erwartet, dass er allen untergebrachten psychisch kranken oder suchtkranken Rechtsbrechern gesunde, unauffällige, leistungsfähige Mitglieder der Gesellschaft macht, wird wesentlich mehr Enttäuschungen als Erfolge erleben und ist infolgedessen prädestiniert für das Burn-out-Syndrom. (vgl. Schaumburg 2005, S. 80 f.)

⁸ Bedeutet: „ausgebrannt sein“ und bezeichnet eine besonders ausgeprägte berufliche Erschöpfung. Ständige Frustration, das Nichterreichen eines Zieles, zu hohe persönliche Erwartungen an eigene Leistungen, Überlastungen etc. können erschöpfen. Das Burn-out-Syndrom ist vielfältig und individuell in Auftreten und Ausmaß: Erschöpfung und Niedergeschlagenheit, aber auch körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Magenkrämpfe oder körperliche Dysfunktionen. Typisch sind auch Schuldgefühle oder Versagensängste. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Burn-out-Syndrom 2008)

9. Sozialarbeit im Maßregelvollzug

Die Zahl der Veröffentlichungen über forensische Psychiatrien ist in den vergangenen Jahren stark gewachsen. Die Rolle der Sozialarbeit in der forensisch-psychiatrischen Arbeit wurde aber bisher eher selten systematisch beleuchtet. Dabei hat Sozialarbeit wesentlich mehr zu bieten als die Abklärung von Kostenfragen, die Organisation von Bekleidungskauf und schwierige Suche nach Nachsorgeplätzen. (vgl. Stiels-Glen 2005, S. 4)

Es ist viel Zeit vergangen seit dem ersten ausführlichen Aufsatz zu Problemen und Perspektiven der Sozialarbeit in der forensischen Psychiatrie, der 1984 veröffentlicht wurde. Die Autoren, damals als Sozialarbeiter in der forensischen Abteilung tätig, stellten fest, dass Literatur zur Sozialarbeit in der forensischen Psychiatrie kaum vorhanden war. Bis heute hat sich daran wenig geändert. 1993 erschien ein Beitrag zur „Idee der Sozialarbeit in der Zwangsunterbringung“ und ein Jahr später eine Darstellung von Bargfrede u.a. (1994) zu den Möglichkeiten des Case-Managements⁹ im Zusammenhang der Resozialisierung psychisch kranker Straftäter. 1997 erfolgte dann vom Autor Kipp ein kurzer Abriss zu „Bestrafen, behandeln und beschützen“. Erst im Jahre 2003 erschien das erste umfangreichere Werk von Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim „Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe“ und im „Handbuch der Resozialisierung“, ebenfalls erschienen im Jahre 2003, findet sich ein Beitrag von Hahn zur „Resozialisierung psychisch kranker Straftäter“, der den sozialpädagogischen Aspekt berücksichtigt.

Diese Zurückhaltung bei Veröffentlichungen zur Sozialarbeit im Maßregelvollzug steht dabei in keinem Verhältnis zur Menge der Literatur die zu allgemeinen Fragenstellungen in der Forensischen Psychiatrie. In den letzten fünf Jahren wurden hierzu an die 30 Titel veröffentlicht. Inhalt waren dabei Fragen forensischer Psychotherapie, Organisationsformen und medizinische Behandlung, aus soziologischer Sicht Entlassungshindernisse vor dem Hintergrund von Unterbringungskarrieren, Begutachtung, Therapieansätze für spezielle Patientengruppen, ambulante Versorgungsstrukturen, Wirksamkeitsforschung und rechtliche Aspekte. Mit diesen

⁹ Bedeutet Fallmanagement und bezeichnet ein Ablaufschema organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung, in dem der Versorgungsbedarf eines Klienten sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Case-Management 2008)

Veröffentlichungen ist die Forensische Psychiatrie aus ihrem Schattendasein hervorgekommen, fordert Beachtung in der Diskussion aktueller Fragen der Psychiatrie und hat somit, wenn auch nur begrenzt, Anschluss und fachliche Heimat in der Sozialpsychiatrie gefunden.

Hahn schrieb in seinem Artikel dazu, dass der Grund für die fehlende Darstellung professioneller Sozialarbeit im Feld forensischer Psychiatrie wohl eher im fehlenden Selbstbewusstsein der Sozialarbeit in der Psychiatrie liegen dürfte. Sozialarbeiter müssen zwar von Beginn der Psychiatriereform an zu den wichtigsten Fachleuten im multiprofessionellen Team gerechnet werden, bisher kann diese Berufsgruppe aber kein klares berufsspezifisch-fachliches Profil vorweisen. Ein solches Profil und die Benennung eines fachspezifischen Gegenstands, Handlungsansätze mit ausformulierten Methoden und Verfahren könnte man ohne weiteres aus der Sozialtherapie, welche schon seit Anfang der 80er-Jahre in Theorie und Praxis sozialpädagogische Profilbildung und Professionalisierung vorangetrieben hat, und aus der Debatte um eine klinische Sozialarbeit ableiten. (Hahn 2005, S. 24)

9.1. Entwicklungslinien forensischer Sozialarbeit

Die historischen Entwicklungslinien sind für das Verständnis heutiger Praxis forensischer Sozialarbeit mit ihren Problemen und Chancen sehr bedeutsam.

Erst im letzten Jahrhundert unterzog sich die Sozialarbeit einem Wandel, und zwar von fürsorglicher Arbeit zu moderner Sozialarbeit. Um 1900 standen eher finanzielle Absicherung und die Linderung von Not und Krankheitsfolgen, kurz die Armenfürsorge im Mittelpunkt und Verständnis sozialer Arbeit. Aufgrund der „Sozialpädagogische Bewegung“ und deren Fokussierung auf pädagogische Ansätze entwickelte sich ab den 20er-Jahren die Idee einer nicht nur materiellen Förderung, sondern erste Vorstellungen von Bildungsarbeit, persönlicher Entwicklung und damit verbundener gesellschaftlicher Teilhabe. Die damit einhergehende Pädagogisierung sozialer Arbeit, bereitete den Boden für eine Entwicklung weg von der reinen Barmherzigkeit und Hilfestellung hin zu einem frühen Verständnis von

Empowerment¹⁰, formuliert als „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Die Erklärungsansätze individueller Hilfsbedürftigkeit wurden ab den 60er-Jahren mit der Frage gesellschaftlicher Entstehungsbedingungen sozialer Probleme verbunden. Neben Einzelfallhilfe und sozialer Gruppenarbeit etablierte sich als weitere Methode die Gemeinwesenarbeit. Ab den 80er-Jahren entwickelten sich neue Ansätze sozialer Arbeit, welche als „Soziale Therapie“ formuliert wurden. Damit war die Verbindung individueller Problemlösung im Kontext der institutionellen Rahmenbedingungen und deren Zusammenhang mit sozialpolitischen und gesellschaftlichen Problemen gemeint. Dadurch wurde ein eigener Behandlungsanspruch sozialer Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen erhoben, welcher ab Mitte der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts als Klinische Sozialarbeit weiter ausformuliert wurde.

Im Strafvollzug hat sich soziale Arbeit aufgrund des Engagements kirchlicher Institutionen etabliert. Zunächst standen in den früheren Strafrichtungen der Vergeltungs- und Abschreckungsgedanke im Vordergrund (beschrieben von Michel Foucault in „Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses“ 1976). Durch die Benennung eines Bildungs-, Veränderungs- und Resozialisierungsgedankens durch christliche Vereine erfuhr der Strafvollzug eine neue Dimension und ermöglichte erste Ansätze einer modernen Sozialarbeit im Strafvollzug. Die soziale Arbeit orientiert sich bis heute an der Beseitigung sozialrechtlicher Problemlagen während der Haft und Vermittlung materieller Hilfen im Sinne einer Entlassungsvorbereitung. Da im Strafvollzugsgesetz als Grundlage sozialer Arbeit lediglich Vorgaben zur Überwindung schädlicher Folgen des Freiheitsentzuges zur Verfügung stehen und keinerlei Regelungen zur Etablierung eines Behandlungsangebotes, welches die in der Person des Häftlings möglicherweise bestehenden delinquenten Strukturen und „Bedürfnisse“ bearbeiten könnte, bleibt der Resozialisierungsgedanke also weiterhin zweifelhaft, denn das Strafvollzugsgesetz beinhaltet keinen einzigen Hinweis, wie das Ziel einer „Eingliederung in Freiheit“ erreicht

¹⁰ Bildet in der Sozialen Arbeit einen Arbeitsansatz ressourcenorientierter Intervention. Mit Empowerment bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie im Leben der Menschen zu erhöhen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Belange (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Es bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Empowerment 2008)

werden soll. Sozialarbeit muss also, trotz seines hohen Engagements, innovativen Ansätzen und Reformwillens in diesem Gefüge strukturell versagen und bleibt, abgesehen von Behandlungsansätzen in den Sozialtherapeutischen Anstalten, im Regelvollzug vorerst auf die alte Rolle der materiellen Fürsorge beschränkt. (vgl. Hahn 2005, S. 24 ff.)

Die Entwicklung in der klinischen Sozialarbeit und Sozialtherapie hin zu einer Fachsozialarbeit ruft durch die erhöhten Anforderungen an die Profession eine Spezialisierung der fachlichen Kompetenz hervor. Mit diesen Innovationsanforderungen tat sich die Sozialarbeit aber bislang schwer. Lange wurde das Prinzip der Vereinheitlichung in der Entwicklung der Sozialen Arbeit verfolgt. Für den Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., Essen (DBSH) zeichnete sich Professionalität in der Berufsgruppe durch gemeinsame Methoden, wie die Einzelfallhilfe, die Gruppenarbeit und die Gemeinwesenarbeit, in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern aus. Eine möglichst einheitliche akademische Ausbildung war die Folge. Aufbauend auf die allgemeine Befähigung aus dem grundständigen Studium, entwickelt die Sozialarbeit fachliche Spezialisierungen, um bei den Entwicklungen im Sozial- und Gesundheitswesen mithalten zu können.

Wolf Rainer Wendt benennt für die Sozialarbeit Spezialisierungen als:

- Klinische Sozialarbeit (als Verbindung gesundheitswissenschaftlicher, medizinischer und psychologischer Aspekte mit sozialarbeiterischer Kompetenz),
- Sozialmanagement (als Verbindung sozialarbeiterischer Ansätze mit betriebswirtschaftlicher Kompetenz),
- Sozialinformatik (als anwendungsorientierte Verbindung von Informationstechnologien, Kommunikationswissenschaften und Sozialer Arbeit),
- Rehabilitation behinderter Menschen (als Integration sonderpädagogischer, arbeitswissenschaftlicher und sozialarbeiterischer Theorie- und Methodenansätze),
- Schuldenberatung (als Zusammenführung juristischer, finanzwissenschaftlicher und sozialpädagogischer Theorie und Praxis).

Wendt stellt fest, dass im Entwicklungsverlauf wissenschaftlicher Differenzierung das Entstehen einer Fachsozialarbeit bislang für die Bereiche der Rehabilitation, des Sozialmanagement und der Klinischen Sozialarbeit erlangt wurde. Unter an-

derem ist diese Entwicklung dadurch begründet, dass bei der Ausformung dieser Fachgebiete innerhalb der Sozialarbeitswissenschaft eine eigenständige Wissensbasis gegeben ist. Hinzu kommt, dass kein spezieller Anwendungsbezug, etwa auf eine bestimmte Klientengruppe, besteht.

Klinische Sozialarbeit wurde als gesundheitspezifische Fachsozialarbeit definiert. „Klinisch“ meint in diesem Kontext behandelnd. Der Gesundheitsbegriff bezieht sich dabei nicht ausschließlich auf körperliche Aspekte von Gesund- bzw. Kranksein, sondern bezieht außerdem auch alle biologischen, psychischen und sozialen Faktoren, welche in diesem Zusammenhang als bedeutsam erkannt werden können, in die Diagnose und Behandlung mit ein. So werden die Klienten bzw. Patienten in der klinischen Sozialarbeit in ihren aktuellen, konkreten Lebensbezügen wahrgenommen. Ansätze psycho-sozialer Beratung und sozialtherapeutischer Behandlung lassen sich in Beratungsstellen, Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, psychiatrischen Einrichtungen, Krankenhäusern, in der Suchtberatung, Rehabilitation und in Bereichen der Straffälligenarbeit (Sozialtherapeutische Anstalt, Maßregelvollzug, Bewährungshilfe und Jugendgerichtshilfe) finden. Die Gesundheitsforschung hat schon vor langer Zeit herausgefunden, dass psychosoziale Faktoren den Behandlungsprozess beeinflussen können. Diese Erkenntnisse treffen für die unterschiedlichsten psychischen bzw. psychosozialen Störungen und Abweichungen und ebenfalls für somatische Erkrankungen zu. Im Behandlungsprozess lassen sich Aspekte wie soziale Integration, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Nutzung sozialer Ressourcen als Therapeutikum nutzen. Diese Aspekte sind im Bereich der Prävention unverzichtbar. Zentrale Zielformulierungen klinischer Sozialarbeit sind demgemäß psychische Stabilität und soziale Integration. Dieser Zusammenhang wurde mit der Einführung der Soziotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen verdeutlicht. Die gegenseitige Abhängigkeit medizinischer und psycho-sozialer Hilfsleistungen wird dargestellt. Durch den Einsatz sozialtherapeutischer Maßnahmen entstehen ökonomische Vorteile, durch die Kosteneinsparung für die Krankenkassen ermöglicht werden. Demnach weist die klinische Sozialarbeit in mehrfacher Hinsicht ein Entwicklungspotential auf. Zum einen können durch innovative Ansätze im Sozial- und Gesundheitswesen die Anforderungen des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses bewältigt werden und zum anderen besteht für die Profession selbst die Möglichkeit der Ausbildung einer Fachsozialarbeit. Somit könnten die

bisherigen fachlichen und berufspolitischen Defizite ausgleichen werden und es könnte sich ein spezialisiertes Profil entwickeln. Um diesen eigenständigen Behandlungsanspruch umsetzen zu können, bedarf es eines beruflichen Profils, das als „vertieftes Wissen und Handeln“ eine „erhöhte Reflektions- und Handlungskompetenz herausbildet“. Dadurch unterscheidet sich dann die Klinische Sozialarbeit von der allgemeinen Sozialarbeit. Diese Spezialkenntnisse wurden bisher oftmals durch therapeutische Zusatzqualifikationen erworben. Seit kurzem ist es an Hochschulen möglich eine systemische Berufsausbildung im Kontext sozialpädagogischer Qualifizierung zu absolvieren. Die Bildungsebenen der klinischen Sozialarbeit sind dabei:

1. Wissenskompetenzen (Gegenstand und Theorie klinischer Sozialarbeit, gesundheitsbezogene Handlungskompetenzen, Organisationstheorie, Sozialmanagement und Betriebswirtschaft, Recht und Ethik),
2. Personenbezogene Kompetenzen (Settingbildung, Beziehungsgestaltung, Selbstreflexivität, Kenntnis, Auswahl und Anwendung geeigneter Beratungs- und Therapiestrategien, Krisenintervention, differentielle Gesprächsführung),
3. Umgebungs-(Institutions-)bezogene Kompetenzen (Aufbau von Netzwerken, Schnittstellenkompetenz, Case-Management, Ressourcenbenennung und –nutzung),
4. Evaluations- und Forschungskompetenz (Prozessdiagnostik, klinische Forschungs- und Kontrollmethoden, Qualitätsmanagement).

Klinische Sozialarbeit steht am Anfang der Entwicklung standardisierter Methoden und Verfahren. Geschichtlich gesehen verfügt sie aber über vielfältige Ansätze und Traditionen, bspw. etablierte sich vor vielen Jahren in den USA die „clinical social work“ mit weit verzweigten Behandlungsangeboten im gesamten Bereich psycho-sozialer Dienstleistungen. In Deutschland ist die Handlungswissenschaft der Sozialtherapie ein Anknüpfungspunkt. In der Fachliteratur lassen sich seit den 80er-Jahren Ansätze einer behandelnden Sozialarbeit finden. Bereits 1947 wurde die Sozialtherapie als eine Methode der modernen Psychotherapie dargestellt, in der, neben dem Patienten auch die soziale Mitwelt gezielt beeinflusst und verändert wird, um damit dem psychischen und psychosomatisch kranken Menschen zu helfen. Wenn eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten selbst nicht

möglich ist, dann wird versucht, jene Faktoren der sozialen Umwelt des Patienten zu ändern, welche das soziodynamische Gleichgewicht dieses Menschen so ungünstig beeinflusst hatten, dass es zum Krankheitsgeschehen gekommen war.

Im Zuge der Gesellschaftskritik in den 60er- und 70er-Jahren, in der wohl wichtigsten Phase sozialtherapeutischer Theoriebildung, wurden folgende zentrale Aspekte Sozialer Therapie benannt: Ein spezifisches Fallverstehen, die Benennung eines sozialtherapeutischen Arbeitsgegenstandes (die soziale Bedingtheit individuellen Leids, der soziale Kontext und dessen Bearbeitung, die dabei zugrunde liegenden und neu entstehenden Interaktionen und Beziehungen – kurz: „das Soziale“) sowie die Erkenntnis, dass der Ort sozialer Therapie eher eine Institution und nicht die freie Praxis sein werden. Das waren wichtige Eckpunkte dieser Diskussion. Die Notwendigkeit einer ständigen Reflexion beruflicher Praxis und persönlicher Anteile wurden ebenfalls erkannt und gefordert. In den wissenschaftlichen Methoden erfolgte eine Bezugnahme auf Verfahren und Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, der qualitativen Sozialforschung, die Professionalisierungsdiskussion und Theorien zur Identitätsbildung in der Soziologie, Institutionskritik, Analyse der individuellen, psychischen Faktoren psychosozialen Leidens in Psychologie und Psychoanalyse.

Ziel der Sozialen Therapie sollte es sein, die Problemfelder im gesamten Bereich der sozialpsychiatrischen Aufgaben und auch im Bereich der Straffälligenhilfe systemisch zu analysieren und die dort möglichen Handlungsverfahren auf Mechanismen und Bedingungen hin zu untersuchen und auszugestalten. Die Ausbildung einer sozialtherapeutischen Wissenschaft, die durch Forschungsarbeit und darauf aufbauende Theorieentwicklung erfolgte, orientierte sich an folgenden Aspekten:

- die Dynamik der Fallentfaltung sowie die Verfahren ihrer Analyse und Bearbeitung,
- die Grenzen professioneller Handlungsmöglichkeiten,
- die vom Professionellen selbst erzeugte sekundäre Problemnatur,
- Probleme und Störungen in der kommunikativen Interaktion zwischen Professionellen und Klienten,
- Probleme und Hindernisse der Interpretation im Diagnose-, Bearbeitungs- und Präsentationsprozess und
- die unaufhebbaren Paradoxien und systematischen Fehlertendenzen professioneller Arbeit.

Kennzeichnend für das praktische berufliche Handeln sozialer Therapie ist durch die Entwicklung sozialtherapeutischer Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte, die Erstellung sozialtherapeutischer Diagnosen, die Auswahl und Koordination therapeutischer Angebote im institutionellen Kontext, sozialtherapeutische Gruppen- und Einzelarbeit und die Erhebung der Erfolgskontrolle therapeutischer Maßnahmen. Im Zentrum sozialer Therapie steht die soziale Bedingtheit des Leidens von Individuen und Gruppen. Gegenstand der sozialtherapeutischen Intervention ist also das Soziale. Die daraus entstehende Perspektive lässt eine spezifische Situationsdefinition entstehen, was für die soziale Therapie bedeutet, dass der Klient nicht ausschließlich als Individuum gesehen werden kann, sondern es immer um ein Verständnis des Klienten im Kontext, vor allem in seiner sozialen Umgebung gehen muss. Diese Dimension des Sozialen meint grundlegend die Ebene, in der sich die Menschen als soziale, gesellschaftliche Wesen herstellen, die Verfahren, die sie dabei zur Anwendung bringen, die Sozialität im Allgemeinen und deren je konkrete Formen und Ausprägungen. Die soziale Dimension der sozialen Therapie umfasst damit:

- das Verständnis der sozialen Bedingtheit der Entstehung individuellen psychischen Leidens,
- das Wissen um die Wechselwirkung in der Bearbeitung dieses Leidens durch soziale Ausgrenzungsprozesse,
- das Wissen um spezifische Kommunikationshandlungen (das Soziale, das sich in der Kommunikation ausdrückt) und deren Störanfälligkeit im Hilfeprozess,
- das Verständnis der Theorien sozialer Konstruktion von Wirklichkeit und der Theorien des Aufbaus sozialer Lebenswelten.

Soziale Therapie verfügt, aufbauend auf die Grundlage dieser handlungswissenschaftlichen Theorie, über einen eigenständigen Krankheits- und Therapiebegriff. Das sozialtherapeutische Krankheitsverstehen umfasst dabei nicht nur die Erkrankung (als Symptom einer Ursache) selbst, sondern auch die sich daraus ergebenden Folgen im körperlichen und sozialen Kontext, die Einschränkungen im Leistungsbereich, die Ausgestaltung der notwendigen Behandlungsschritte und deren Resonanz auf die Betroffenen und das Krankheitsgeschehen. Zudem liegt für die soziale Therapie und die klinische Sozialarbeit ein geeignetes Modell, das

Salutogenesemodell¹¹ entwickelt von Aron Antonovsky, zur Beschreibung von Krankheit und Gesundheit vor. Mit diesem Modell ist es ebenfalls eine deutlichere Ressourcenorientierung möglich, womit die bloße Bearbeitung von Symptomen, das Reagieren auf Krankheit zugunsten einer umfassenden Vorsorge ermöglicht wird.

Im Maßregelvollzug sind die psychosozialen Problemlagen der Patienten der Gegenstand Sozialer Arbeit. Die Soziale Arbeit in der Forensischen Psychiatrie bezieht sich dabei prinzipiell auf die Folgen der Unterbringung und auf die Behandlung der dafür zugrunde liegenden psychischen, sozialen, ökonomischen und biologischen Merkmale, welche zu Krankheit und Delinquenz geführt haben. Vier Ressourcenbereiche sind dabei relevant:

- Ausstattung des einzelnen Patienten (biologische, sozioökonomische, sozioökologische Merkmale, im biographischen Kontext erworbene Erkenntnisse, Kompetenzen, Beziehungen, Einkommen, Wohnung, Bildung, Teilhabe, protektive Faktoren und Belastungsmerkmale, etc. und deren Wechselwirkung),
- Austausch zwischen Menschen (Art, Charakter und Qualität von Beziehungen, ebenso Abhängigkeitsfaktoren und Symmetriemerkmale),
- Machtteilhabe des Individuums (Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, Einflussnahme auf eigene und fremde Lebenszusammenhänge, Faktoren der Ein- und Unterordnung, Alltagsstruktur in der Gesellschaft, politische Strukturen) und
- gesellschaftliche Werte und Kriterien (Wert- und Normensystem der Gesellschaft, Konfliktlinien, die sich daraus ergeben).

Der Maßregelvollzug gerät aus sozialtherapeutischer Perspektive in den Fokus Sozialer Arbeit. Hahn beschreibt den Zusammenhang individueller Krisen von untergebrachten Sexualstraftätern in der Forensischen Klinik, institutionelle Rahmenbedingungen und deren Bearbeitung im institutionellen Kontext. Krisenauslö-

¹¹ Die Salutogenese bedeutet soviel wie „Gesundheitsentstehung“ oder „Ursprung von Gesundheit“ und wurde von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923–1994) in den 1970er Jahren als Gegenbegriff zur Pathogenese (beschreibt Entstehung und Entwicklung einer Krankheit mit allen daran beteiligten Faktoren) entwickelt. Nach dem Salutogenesemodell ist Gesundheit kein Zustand, sondern muss als Prozess verstanden werden. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Salutogenese und Pathogenese 2008)

sende Momente werden dabei nicht nur auf die Person des Patienten beschränkt wahrgenommen, sondern auf die Lebenswelt, die aktuelle Situation, die daran beteiligten Personen und Institutionen ausgeweitet und in die Interventionen mit einbezogen. Es werden also auch, neben den Problemen der Patienten, die Institutionen im Sinn einer Mitarbeit an der Veränderung des Arbeitsfeldes zum Arbeitsgegenstand sozialer Arbeit. Aus der Tatsache heraus, dass die Einrichtungen als „totale Institution“, wie der Soziologe Erving Goffman sie 1973 beschrieb, die Lebenswelt der Untergebrachten bilden, somit den Rahmen für Wohnen und Arbeit, Freizeit und Therapie bilden, ergibt sich die Notwendigkeit, die Institution Maßregelvollzug in den Fokus sozialpädagogischer Behandlung mit einzubeziehen. Die Institution Maßregelvollzug weist bis heute einen enormen Entwicklungsbedarf auf, etwa in Fragen störungsbildbezogener Behandlung in Stationsgruppen, offene (teil)stationäre Behandlungsformen, Ausbildungsstand des Personals, unbearbeitete Konflikte aus dem Grundwiderspruch von Kontrolle und Hilfe usw. Die Sozialarbeit als kritische Handlungswissenschaft muss hier an der Entwicklung des Maßregelvollzugs mitwirken. Somit könnte eine späte Umsetzung einer Sozialtherapie als Kritik der institutionellen Therapieformen doch noch erfolgen.

Die Auswahl an Methoden und Verfahren und das konkrete sozialpädagogische Angebot im Maßregelvollzug wird sich an den Merkmalen der Patienten, an deren Defiziten und Ressourcen orientieren. Solche Konzeptentwicklungen stehen für die Sozialarbeit in der Forensischen Psychiatrie aber noch weitgehend aus. Aus einer datenbasierten Untersuchung, in der die biographischen Merkmale wie soziale Randständigkeit, niedriges Bildungsniveau, soziale Bindungsprobleme und strafrechtliche Erfahrungen definiert wurden, geht der daraus entstehende Beratungs- und Behandlungsbedarf, insbesondere für den Bereich der Nachsorge, hervor. Auch der methodische Hintergrund des Case-Managements wurde in der Literatur als Grundlage einer handlungswissenschaftlichen Theoriebildung sozialer Arbeit im Maßregelvollzug genutzt. Auch sozialpädagogische Arbeitsansätze wurden vor dem Hintergrund psychodynamischer und sozialer Faktoren bei Sexualdelinquenten formuliert. Solche Konzeptionen in der Praxis stärker umzusetzen, sie z.B. zuerst durch Veröffentlichung allgemein bekannt zu machen, zu evaluieren und weiter auszuformulieren wird in den nächsten Jahren eine der Entwicklungsaufgaben von Sozialarbeit sein.

Kooperation und Vernetzung im Rahmen der Überleitung der Patienten aus der Unterbringung in den psychiatrischen Nachsorgebereich als auch die forensische Nachsorge selbst stellen neben den bisher genannten Arbeitsebenen (sozialadministrative Aufgaben, sozialtherapeutische Behandlung und institutionelle Entwicklung) einen weiteren Arbeitsschwerpunkt sozialer Arbeit im Maßregelvollzug dar. Im Januar 1998 wurde mit dem „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ das Schutzbedürfnis der Öffentlichkeit vor gefährlichen Straftätern aufgegriffen. Das stellt die Maßregelvollzugseinrichtungen zusammen mit den im Strafgesetzbuch vorher schon verschärften Änderungen (StGB § 67d) vor die Aufgabe, Entlassungen nur noch dann vorzunehmen, „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“ Hahn kritisiert diese Erwartungshaltung an die Behandlungseinrichtungen mit den Worten „unwissenschaftlich und lebensfremd“.

Diese Vorgabe ermöglicht aber gleichzeitig die Integration wichtiger Resozialisierungsschritte in die Phase stationärer Behandlung. Die Soziale Arbeit konstruiert an dieser Schnittstelle den Rahmen der Behandlung in Form von Auswahl, Vermittlung und Finanzierung der Nachsorgemaßnahmen, deren (unter forensischen Aspekten) fachliche Beratung und Begleitung sowie die Vernetzung der im Einzelfall umfangreichen extramuralen Hilfsangebote und Begleitung der Patienten selbst. Die in den vergangenen Jahren durchgeführten und zum Teil wissenschaftlich evaluierten Projekte neuer forensischer Entlassungsmodelle und Nachsorge erfolgten zu einem großen Teil in der Zuständigkeit von Sozialpädagogen. Dabei hat sich als Problem ergeben, dass die Entlassung psychisch kranker Rechtsbrecher und deren Resozialisierung häufig gegen den erheblichen Widerstand der Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit erfolgen müssen.

Das Vorliegen multipler negativer Zuschreibungen (krank und kriminell), Multimorbidität, Chronizität der Störungen und vielschichtige Problemlagen, macht diese Patientengruppe in der Gesellschaft zum „ungeliebten Stiefkind“.

Ebenso schwierig ist für die Zusammenarbeit, dass das professionelle Selbstverständnis ambulanter und (teil)stationärer Nachsorgeeinrichtungen oft konträr zur notwendigen Kontrollfunktionen entwickelt ist und die in diesen Institutionen erforderliche Freiwilligkeit der Inanspruchnahme eines Hilfsangebots sich mit den in den Entlassungsbeschlüssen der Strafvollstreckungskammern auferlegten Wei-

sungen und Auflagen überschneiden. Um die scheinbar unüberbrückbaren Widersprüche zwischen Forensischer Psychiatrie und Sozialpsychiatrie zu überwinden, wird die Sozialarbeit diese Thematik aufgreifen müssen. Neben der direkten Praxis, wie bspw. durch die Beurlaubung forensischer Patienten in Einrichtungen der Sozialpsychiatrie, wird dies durch gezielte Fortbildungen geschehen müssen. Das Fortbildungsprojekt „Komplementäre Nachsorge für psychisch kranke Straftäter“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) versucht in einer gezielten Fortbildung für Mitarbeiter aus dem Maßregelvollzug, der Sozialpsychiatrie und der Bewährungshilfe eine „gemeinsame Behandlungskultur“ für forensische Patienten entstehen zu lassen. In der Bewährungshilfe besteht zudem das Problem einer fachlichen Überforderung, welche sich aus der notwendigen Integration sozialpsychiatrischer Komponenten in die Betreuungsarbeit ergibt, die als fachliche Kompetenz oft nicht zur Verfügung steht. Die Aufgabe der Sozialarbeit im Maßregelvollzug ist hier informierend, beratend und aufklärend zu arbeiten. Mit den beschriebenen Maßnahmen gemeinsamer Fallarbeit ergibt sich hier eine weitere Entwicklungsarbeit sozialer Arbeit in der forensischen Psychiatrie.

Die Erkenntnis der Allgemeinpsychiatrie, dass stationäre Behandlungserfolge durch Nachsorge gesichert und ausgebaut werden können, wird in Deutschland erst seit Anfang der 1990er Jahre wahrgenommen und zuerst zögerlich, dabei von Region zu Region sehr uneinheitlich, umgesetzt. Dabei bietet die Integration der sozialen Dimension in die bestehende Rückfallpräventionsarbeit die Möglichkeit, Belastungsfaktoren aus dem Lebensumfeld entlassener Patienten einzubeziehen. Es können Ressourcen erkannt und genutzt werden und somit der Resozialisierungsprozess sicher gestaltet werden.

Die stationäre soziale Arbeit im Maßregelvollzug orientiert sich grundsätzlich an der 1990 eingeführten Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV). In dieser wird als Kernaufgabe Sozialer Arbeit die Einflussnahme auf die Wechselwirkung zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden. Die Sozialarbeit nutzt dabei ihre Kompetenz. Sie sieht die multifaktoriellen Ursachen, Umstände und Folgen sozialer und psychischer Probleme und bearbeitet diese unterschiedlichen Ebenen. Der Erhalt und (Wieder-)Erwerb sozialer Kompetenzen ist dabei von zentraler Bedeutung.

Im Maßregelvollzug findet man demzufolge die Soziale Arbeit in allen Behandlungsbereichen einer Unterbringung. Im Einzelnen in der

1. Aufnahmephase,
2. Behandlungsphase,
3. Erprobungs-/Resozialisierungsphase und
4. Nachsorge.

In der Aufnahmephase, also der ersten Unterbringungsphase, ist die Erhebung der Sozialanamnese eines jeweiligen Patienten der Arbeitsgegenstand der Sozialarbeit. Hierzu gehört die Klärung des sozialen Umfeldes und die aktuelle Lebenssituation vor der Unterbringung, die Klärung sozialrechtlicher Ansprüche, Schuldenklärung, die Kontaktaufnahme zu gesetzlichen Betreuern und Angehörigen, Klärung der externen Wohnungsfrage, Kontaktaufnahme zum ehemaligen Arbeitgeber und Motivationsarbeit. Im Rahmen sozialer Gruppenarbeit erfolgen Informationsangebote bspw. zur Klinikstruktur, Behandlungsangebot, Zusammenhang von Therapie und Lockerung, Vertiefung der Motivationsarbeit und Therapie vorbereitende Angebote (z.B. Suchtinformation).

In der Behandlungsphase ist die Beteiligung der Sozialpädagogischen Dienste in zwei Bereiche gegliedert:

- Sozialadministrative Tätigkeiten: Beratung bei Verhandlungen mit Gläubigern, familienrechtliche Fragestellungen (Unterhalt, Sorgerecht), Behördenkontakte, ausländerrechtliche Fragestellungen;
- Behandlung: Leitung psychoedukativer¹² Gruppen (z. B. „PEGASUS – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen;
- SKILLS-Training¹³ in der Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten, stationäre Suchttherapie, Gruppentherapie für Sexualstraftäter, sozialtherapeutische Einzelarbeit.

¹² Als Psychoedukation wird die Schulung von Menschen bezeichnet, die an einer psychischen Störung leiden. Ziel ist, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können, bspw. indem persönliche Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung mit dem gegenwärtigen Wissen über die Erkrankung verbunden werden. Auch sollen eigene Ressourcen und Möglichkeiten kennen gelernt werden, um mögliche Rückfälle zu vermeiden und selbst langfristig zur eigenen Gesundheit beizutragen. Die Aufklärung des Patienten über die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Störung bildet in der Verhaltenstherapie oftmals die Grundlage für sich anschließende Behandlungsschritte. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Psychoedukation 2008)

In der Erprobungs- und Resozialisierungsphase werden zentrale Aspekte der Wiedereingliederung von Maßregelpatienten im Rahmen der stationären Behandlung durchgeführt. In Form von psychiatrischer Nachsorge, beruflicher Rehabilitation und Beratung des sozialen Umfelds des Patienten übernimmt die Sozialarbeit dabei die wesentliche Brückenfunktion zwischen geschlossener Klinik und dem gesellschaftlichen Rahmen „draußen“. Die Sozialarbeiter übernehmen die Auswahl und Organisation der psychiatrischen Nachsorge, die Vermittlung in die konkreten Hilfsangebote inklusive deren Kostensicherung, die Beantragung der entsprechenden Beurlaubungen aus der Unterbringung bei den gerichtlichen Stellen, die Beratung und Begleitung des Patienten in der Nutzungsphase des Komplementärangebots mit Krisenintervention. Hinzu kommt die Beratung und Begleitung der Nachsorgeinstitutionen, in Form von Fallkonferenzen, Verlaufsauswertung, Krisenintervention und die Kooperation und Beratung der Bewährungshilfe. Im Rahmen der Gruppenarbeit, die neben den einzelfallbezogenen Angeboten bestehen, werden Informations- und Bildungsangebote, wie etwa Entlassvorbereitung, das Soziale Sicherungssystem der BRD, gerichtliche und psychiatrische Nachsorgeangebote, Möglichkeiten beruflicher Bildung und die Freizeitgestaltung durchgeführt und Bildungsarbeit für den außerklinischen Nachsorgebereich angeboten. Besondere Bedeutung in der Erprobungs- und Resozialisierungsphase hat die Rückfallprävention. Ausgangspunkt hierbei ist, dass Rückfälle nicht plötzlich geschehen, sondern sich im Verlauf einer Resozialisierungsphase allmählich entwickeln. Der Grund für die Dynamik derartiger Prozesse liegt unter anderem darin, dass sie für den Betroffenen und seine soziale Umwelt meist nicht erkennbar sind. Kriminellem Verhalten geht oftmals eine Verhaltenskette voraus, welche zu krisenhafter Zuspitzung und zu dem gelernten Verhalten „Konfliktlösung durch Delinquenz“ führt. Auslöser für derartige Entwicklungen können bspw. Streit mit dem Partner, das Gefühl der Ablehnung, Ärger, Konsum von Alkohol sein. Die einzelnen Stadien einer solchen Verhaltenskette werden in der Erarbeitung von Rückfall-Vermeidungs-Programmen benannt. Die Chance, diese Verhaltensketten verlässlich zu identifizieren und beherrschen zu können, liegt zum einen in der Analy-

¹³ Das Skills-Training vermittelt Fertigkeiten im Umgang mit Emotionen. Den theoretischen Hintergrund bilden die Dialektisch-Behaviorale Therapie von Marsha Linehan und andere verhaltenstherapeutische Quellen. Der Zusammenhang zwischen dem Umgang mit Gefühlen und psychischer Erkrankung soll bewusst gemacht werden. Es sollen Fähigkeiten erlernt und verbessert werden, mit deren Hilfe die Patienten Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster verändern können, die zu Schwierigkeiten und seelischen Belastungen in ihrem Leben führen. (vgl. Internetquelle: http://www2.i-med.ac.at/medpsy/g_skills.pdf 2008)

se biographischer Fakten und zum zweiten in der Installation dieser Rückfall-Vermeidungs-Programme im sozialen Umfeld des Straftäters. Da die Sozialarbeiter in der Forensischen Psychiatrie einen spezifischen Zugang zum „sozialen Empfangsraum“ haben, besteht die Möglichkeit, die Angehörigen, Partner und das weitere soziale Umfeld in die Rückfallvermeidungsarbeit mit einzubeziehen. Dieses soziale Feld könnte dann bspw., neben den Selbstmanagementanteilen der Täter, in der Rückfallvermeidung genutzt werden.

Voraussetzung ist, dass der Patient den Rückfall-Vermeidungs-Plan in der Lebenswelt umsetzt. Dazu müssen die Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen wie z.B. der Bewährungshelfer, externe Therapeuten und Mitarbeiter von extramuralen Nachsorgeeinrichtungen über den Vermeidungsplan in Kenntnis gesetzt und aufgeklärt werden. In diesem Zusammenhang haben sich als sozialpädagogische Interventionstechnik gemeinsame Fallkonferenzen bewährt, in denen der aktuelle soziale Status, dessen Bedeutung für mögliche eine Straftat auslösende Aspekte und das Greifen des Rückfallplans gemeinsam mit dem Patienten besprochen werden. Die in den Konzepten des Case-Managements und der Soziotherapie geforderte Vernetzung der unterschiedlichen Hilfsangebote und die Abstimmung der Intensität der einzelnen Maßnahmen erfolgen bei dieser Arbeitsform beiläufig. Daraus geht hervor, dass sich ein derartiger Ansatz auch zur Validierung von Prognoseaussagen nutzen lässt. Der interdisziplinäre Austausch über mögliche Belastungsfaktoren gibt den forensischen Prognosen die geforderte inhaltliche Tiefe. Anders als bei der medizinisch-psychiatrischen Betrachtungsweise, wo Risikofaktoren im Mittelpunkt stehen, werden in die sozialpädagogische Prognosestellung auch protektive Faktoren einbezogen. Das sind jene Faktoren die in der Person des Patienten selbst oder im sozialen Kontext bestehen können. Die Benennung psychologischer Faktoren, sexuell devianter Anteile, situativer Faktoren, sozialer Aspekte und Umsetzbarkeit von Selbstkontrollfähigkeiten in der Situations- und Sozialanalyse haben sich für die sozialtherapeutische Einzelarbeit ebenfalls bewährt.

Im Vordergrund der sozialpädagogischen Nachsorge steht die Sicherung des Stationären Behandlungserfolges, die Begleitung und Beratung der ambulanten Patienten, Krisenintervention, die Arbeit am Rückfallvermeidungsprogramm und des-

sen Fortschreibung. Hinzu kommen die Koordination der unterschiedlichen sozialen Hilfsleistungen, wie etwa Bewährungshilfe, gesetzlicher Betreuer, Nachsorgeeinrichtung, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen usw. Auch die Überprüfung der Wirksamkeit sozialer Hilfen im aktuellen Umfeld, die Beratung von Angehörigen, die Fortführung sozialtherapeutischer Einzelarbeit, ambulante Gruppentherapie, die Durchführung von Leistungen nach § 37 a SGB V (Soziotherapie) sowie die Begleitung von Rückfall-Vermeidungs-Programmen sind Aufgabe der sozialpädagogischen Nachsorge. (vgl. Hahn 2005, S. 25 ff.)

9.2. Das sozialarbeiterische Tätigkeitsfeld im Maßregelvollzug

Clausen et al. definierten in ihrem Buch „Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie“ die Berufsgruppe wie folgt: „Wer sich als Sozialarbeiter oder Sozialpädagoge der Forensischen Psychiatrie als möglichem Arbeitsfeld zuwendet, der sollte nicht nur Kenntnisse der Diagnostik der Krankheitsbilder und der Psychodynamiken besitzen, sich mit der rechtlichen Situation psychisch kranker Straftäter auseinandersetzen und Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Kriminalität herstellen können, sondern – bezogen auf die Erfahrungen, Gefühle und Einstellungen, die durch Begegnungen mit suchtgefährdeten oder z.T. gewalttätigen psychisch Kranken ausgelöst werden – auch über eine differenzierte Selbstwahrnehmung verfügen.“ (Clausen et al. 1997, S. 210 f.)

Die fachlichen Anforderungen der Sozialen Arbeit in einer forensischen Psychiatrie bestehen vor allem aus Einzel- und Gruppenarbeit mit der Zielsetzung die psychisch kranken Straftäter in ihrer Beziehungsfähigkeit und in ihrer Handlungskompetenz zu unterstützen. Die Patienten sollen in einem therapeutischen Milieu an Aktivitäten und Gespräche herangeführt werden. Hierbei sollen sie lernen sich selbst in Beziehung zu setzen, sich zu solidarisieren, sich abzugrenzen, sich zu streiten und zu versöhnen. Ziel dessen soll es sein zu leben, ohne auf Verhaltensweisen zurückgreifen zu müssen, die zur Delinquenz geführt haben. (vgl. Clausen et al. 1997, S. 210)

Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim beschreiben in ihrem Buch „Professionelle forensische Psychiatrie“ die Sozialarbeit im Maßregelvollzug einerseits als

Schnittstelle nach „Draußen“ und andererseits als Schnittstelle der Sozio- und Milieuthherapie.

Ein Patient verliert durch die Unterbringung in einer Forensischen Psychiatrie seine bisher gültigen sozialen Bezüge und Rollen, wie bspw. als Mieter oder Arbeitnehmer. Aufgabe des Sozialarbeiters ist es die Verbindung zur bisherigen Lebenswelt dieses Patienten wieder herzustellen, indem er Kontakt zu Angehörigen und Freunden, zu Arbeitsstellen, Vermietern oder zu Sozialversicherungsträgern aufnimmt. Neben den praktischen Notwendigkeiten, wie etwa das Auflösen der Wohnung oder Klärung der Finanz- und Versicherungsfragen, ergeben sich wichtige diagnostische Hinweise. In einer sogenannten Sozialanamnese fasst der Sozialarbeiter Informationen aus Gesprächen, Hausbesuchen und die aus den Akten gewonnenen Erkenntnisse über psychosoziale Entwicklungen und Fähigkeiten des Patienten zusammen. Diese Sozialanamnese enthält für die Begutachtung und die Erstellung eines Behandlungsplans wichtige Inhalte. Ist der Patient in der Phase der zunehmenden Außenorientierung gilt es für den Sozialarbeiter an geeigneten Kontakte und Erprobungsfelder, z.B. Werkstätten oder Freizeitgestaltung, mitzuwirken. Die gewonnenen Kenntnisse der sozialen Kontakte und Kompetenzen des Patienten machen den Sozialarbeiter zu einem wichtigen Ansprechpartner für die Institutsambulanz bei der Überleitung in einen geeigneten sozialen Empfangsraum. Die sozialarbeiterische Tätigkeit mit ausländischen Patienten erfordert für die Perspektivplanung Spezialwissen. In solchen Fällen ist eine gute Kenntnis des Ausländerrechts und gegebenenfalls auch des Asylverfahrensgesetzes von Vorteil. Der Sozialarbeiter hält nicht nur den Kontakt zur kommunalen Ausländerbehörde, sondern hat auch eine wichtige beratende Funktion für die Behandler und den Patienten, da diese sich oftmals weder mit den juristischen Bestimmungen des Aufenthaltsstatus noch mit den Regelungen und Konsequenzen von Ausweisung, Abschiebung oder vom Patienten selbst gewünschte Rückführung in sein Heimatland auskennen.

Des Weiteren zielt der sozialarbeiterische Blick und Handlungsansatz vornehmlich auf die Gestaltung der Beziehungen eines Patienten zu seinem sozialen Umfeld ab. Die Sozialarbeit bildet daher die Schnittstelle, die die Informationen aus verschiedenen therapeutischen Maßnahmen bzw. Kontexten verbindet, in denen ein Patient seinen Behandlungsalltag verbringt. Die Beobachtung der Verhaltensweisen im sozialen Leben in der Wohngruppe, bei der Ergotherapie, Schule, dem

Freizeitverhalten usw. geben dem Sozialarbeiter wichtige Hinweise darauf, wie sich ein Patient im Realraum der Forensischen Klinik tatsächlich entwickelt. Ebenso ist es Aufgabe des Sozialarbeiters den Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen außerhalb des Maßregelvollzuges, wie bspw. zu einem gesetzlichen Betreuer aktiv zu halten. Außerdem gehören zu den Tätigkeiten eines Sozialarbeiters ebenfalls sozialadministrative Aufgaben wie Schuldenregulierung, begleitende Unterstützung im Umgang mit Behörden und der Klinikverwaltung. In Einzelfällen kann es auch zu einem weiter führenden Kompetenztraining kommen, in dem z.B. unter anderem der Umgang mit Geld geübt wird. Diese Maßnahmen werden gern als Gruppenaktivität praktiziert und werden in Form von „Soziogruppen“ oder dem sogenannten „Sozialen Training“ durchgeführt. Hierbei werden innerhalb eines festgelegten Programms relevante Alltagsprobleme und rechtliche Fragen in verschiedenen sozialen Kontexten der Patienten bearbeitet. (vgl. Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, S. 91 f.)

Michaela Gorynia, die als Sozialarbeiterin in einer Forensischen Psychiatrie tätig ist, verfasste 2005 einen Artikel in der Zeitschrift „Forensische Psychiatrie und Psychotherapie“ über Sozialarbeit in der Forensik. Sie schrieb, dass das gesamte Spektrum sozialarbeiterischer Tätigkeiten im Maßregelvollzug schwierig darzustellen ist. Das berufliche Handeln eines Sozialarbeiters hat sich erfolgreich in den klinischen Arbeitsablauf etabliert, obwohl diese Tätigkeit selten einer sozialpädagogischen Methode oder Theorie folgt, sondern eher intuitiv und praxisbezogen geschieht. Sozialarbeit in einer Forensischen Psychiatrie ist in ein hierarchisches System eingeordnet, in dem sich traditionell der Berufsstand der Mediziner an oberer Stelle etabliert hat. Es ist aber möglich, dass in einzelnen forensischen Abteilungen Stationen von Psychologen oder Sozialpädagogen geleitet werden. Es ist also so, dass sich die Sozialarbeiter in dieser Hierarchie an unterer Stelle befinden, aber noch über den Mitarbeitern der Pflege. In dieser Hierarchie kommt in den einzelnen Berufsgruppen, so auch bei den Sozialarbeitern oftmals zu Minderwertigkeits- und Überlegenheitsgefühlen. Tatsache ist, dass in der Praxis die Sozialarbeiter viel Energie für permanente Bemühungen der Selbstvergewisserung aufwenden.

Die Berufsgruppe der Sozialpädagogen steht im Klinikbetrieb wegen ihrer besonderen Betätigungsfelder hauptsächlich zwischen den verschiedenen Berufsgrup-

pen. Normalerweise werden die Behandlungsformen und -angebote von der ärztlichen Leitung der Klinik bestimmt. Sie bestimmt auch in welchem Rahmen eine Behandlung stattfindet.

Von diesem Handlungsspielraum und den unterschiedlichen Einstellungen der Mitarbeiter des Behandlungsteams ist abhängig, welche „Bewegungsfreiheiten“ ein Sozialarbeiter hat. Wenn es der Sozialarbeit gelingt diese Bewegungsfreiheiten für sich und ihre Tätigkeit zu nutzen, so kann sie sich ein eigenes Profil erarbeiten und es könnte ihr gelingen, mit eigenem Können auf sich aufmerksam zu machen. Hierbei sind eigene Persönlichkeits- und Handlungskompetenzen wichtig, da von ihnen abhängt, inwieweit es gelingen kann sich als Persönlichkeit mit eigenem fachspezifischem Know-how einzubringen.

Die sozialarbeiterische Tätigkeit ist in das Behandlerteam eingebettet. Zum Behandlerteam gehören neben der ärztlichen Leitung die Mitarbeiter der Pflege, Arbeits- und Ergotherapeut, Lehrer, Psychologen und Stationsärzte. Der Arbeitsalltag ist an den täglichen Stationsablauf gekoppelt. Neben den eigentlichen Aufgaben der Sozialarbeit in einer forensischen Psychiatrie kommen zusätzlich noch berufsgruppenübergreifende Übergaben, Teamsitzungen, Gruppentherapien, Leitungsbesprechungen, Fallkonferenzen, Visiten, Lockerungskonferenzen und gerichtliche Anhörungen.

Für die Wahrnehmung zeitintensiver sozialarbeiterischer Tätigkeiten, wie bspw. Patientenvorstellungen in Betreuungseinrichtungen oder Besichtigung verschiedener Einrichtungen in anderen Städten setzt eine selbstständige zeitliche Organisation und Koordinierung voraus. Es ist deshalb manchmal notwendig sich als Sozialarbeiter vom Stationsablauf etwas abzukoppeln.

Die Mitarbeiter der Pflege übernehmen einen Teil der strukturellen Arbeit am Patienten, somit erfolgt eine Ergänzung pflegerisch-psychiatrischer Tätigkeiten mit sozialarbeiterischen Aufgaben was zu einer Entlastung der Sozialarbeiter führt. Ein Nebeneffekt für die Mitarbeitergruppe der Pflege ist, dass das Image des „Schließers“ somit beseitigt werden kann.

Der Kontakt der Sozialarbeiter zu den Stationen und somit zu den Patienten, im Sinne eines Teambehandlungsansatzes, darf nicht verloren gehen. Die Kunst der Sozialarbeit besteht darin, so effektiv wie möglich verwertbare Informationen vom Patienten zu erhalten und dabei eigene Erfahrungen und Sichtweisen mit einzubringen.

Es gehört ebenfalls zu den Aufgaben eines Sozialarbeiters im Maßregelvollzug Betreuungsnetze zu entwickeln und zu pflegen. Es gilt Aufklärungsarbeit in den einzelnen Einrichtungen zu betreiben, da oftmals Ablehnung gegenüber Forensischen Psychiatrien und deren Patienten besteht. Ziel der Aufklärungsarbeit soll es sein, eine tragfähige Kooperation aufzubauen. In vielen Fällen kann so die Voreingenommenheiten abgebaut und die eine oder andere tragfähige Kooperationsbeziehung aufgebaut werden.

Sozialarbeiter kennen die Patienten in der Regel meist vom Behandlungsbeginn an und erleben Entwicklungsschritte und auch deren Verhalten in Krisen. Sie erleben Patienten nicht nur in Visiten, sondern auch bei Kaffee und Zigarette. Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen sind Sozialarbeiter immer anwesend, da sie sind nicht in das Schichtsystem einbezogen werden und sich nicht tagelang bei Gericht aufhalten. Sie sitzen in verschiedenen Gremien, in denen Informationen gebündelt werden, sie kennen die Sichtweisen von Patienten, von Bezugspflegern, von Therapeuten, von Arbeitspädagogen, des Oberarztes, der Gesellschaft usw. Ein Sozialarbeiter hat die Fähigkeit, diese Sichtweisen zu bündeln und lösungsorientiert umzusetzen.

Entlassungen oder Verlegungen eines Patienten in das sozialpsychiatrische Versorgungssystem gehören zu den komplexen und zeitaufwendigen Tätigkeitsbereichen eines Sozialarbeiters. Es müssen unter beachtlichem Zeitaufwand Kontakte zu anderen Einrichtungen aufgebaut werden. In größeren Einrichtungsverbänden ist der Kontakt auf einzelne Mitarbeitergruppen zu fokussieren. Die Mitarbeiter der anderen Institutionen müssen beraten und umfassend informiert werden. Hierzu gehören die Erarbeitung von Kooperationsabsprachen, Fallvorstellungen und Gegeneinladungen in die Maßregelvollzugseinrichtung, um deren Arbeitsweisen zu erläutern. Die Forensische Klinik muss unter Beweis stellen, dass Kooperationsabsprachen verbindlich und zuverlässig sind und das Angebot einer Krisenintervention muss garantiert sein. Wenn es also gelungen ist ein solches System aufzubauen dann muss es „nur“ noch gepflegt und ausgebaut werden. Aufgrund der Kenntnisse über die einzelnen Institutionen, durch die vielen Besuche vor Ort und mit Hilfe der Kontakte zu den betreuenden Kollegen gelingt es dem Sozialarbeiter oftmals ein umfassendes Bild über eine Einrichtung zu haben. Somit kann er einschätzen, was einen Patienten dort erwartet und ob es der richtige Platz für ihn ist. Je größer die Kongruenz zwischen den Wünschen und Bedürfnissen des Patien-

ten, den Betreuungsnotwendigkeiten und den Möglichkeiten, diese in einer Einrichtung umzusetzen, desto eher besteht die Möglichkeit dass sich der Patient dort einlebt, seinen Lebensmittelpunkt findet und nicht rückfällig wird.

Festzustellen ist, dass die Suche nach einem geeigneten Platz in einer anderen Einrichtung, konkrete Entlassungsvorbereitung von der Kostenklärung bis hin zur Koordination aller an der Entlassung beteiligten Personen und Gremien, einschließlich des Patienten auf einen gemeinsam vereinbarten Termin, von einem Sozialarbeiter in der Forensischen Psychiatrie Managementfähigkeiten, Verhandlungsgeschick, Zähigkeit, Intuition und diplomatisches Vorgehen verlangt.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen bieten im Umgang mit forensischen Patienten nur wenig Verhandlungsspielraum. Während der Unterbringungszeit kann oftmals nur die „Not“ eines Patienten begrenzt gelindert werden, indem der Sozialarbeiter ihm z.B. Mut für die Aufenthaltszeit zuspricht oder ihm bei psycho-sozialen Problemen berät und den Kontakt aufrecht erhält. Für die Zeit der Entlassung dann die Tätigkeit hinsichtlich der Organisation und der Durchführung von Entlassungshilfen erweitert. Die Arbeit geht oft über Case-Work¹⁴ hinaus, zutreffend wäre eher die Methode des Case-Managements.

Die derzeitige Kostenexplosion in der Forensischen Psychiatrie führt zu verstärkten Anstrengungen Patienten zu entlassen und nachsorgend zu betreuen, deshalb kommt dem Case-Management in der Zukunft eine größere Bedeutung für die Sozialarbeit zu. Das kann man auch daran erkennen, dass in den Sozialgesetzen die Erweiterung der ambulanten Rehabilitation, Soziotherapie als Kassenleistung, die Einrichtung von Servicestellen zur Unterstützung von behinderten Menschen (SGB IX), die Festschreibung der integrativen Versorgung (SGB V) und die Neuorganisation der Eingliederungshilfe festgeschrieben wurden.

Die Sozialarbeit kann sich diesen strukturellen Wandel gut zunutze machen, da qualifizierte Sozialarbeit in der Lage ist, die Begleitung von Menschen mit schweren gesundheitlichen Einschränkungen, verbunden mit hohem Krankheitsrisiko und schwierigen Versorgungslagen, sicherzustellen. Eine Voraussetzung hierfür ist das strukturelle Arbeiten. Unzusammenhängende und nicht miteinander abgestimmte Mehrfachbetreuungen sollen verhindert werden, ebenso Projektionsflächen für Spaltungen, Missverständnisse bei der Weiterleitung von Informationen

¹⁴ Bedeutet Einzelfallhilfe und ist eine Methode der Sozialen Arbeit. Sie ist eine grundlegende sozialpädagogische Interventionsform zur Lösung psychischer, materieller, gesundheitlicher oder sozialer Probleme. (vgl. Internetquelle Wikipedia: Case-Work 2008)

und nicht zuletzt eine Verschwendung von Ressourcen. Die Stärken der Sozialen Arbeit liegen im vernetzten und disziplinübergreifenden Denken und Handeln. (vgl. Gorynia 2005, S. 10 ff.)

9.3. Ein Praxisbeispiel

In unserem Bundesland, Mecklenburg-Vorpommern, gibt es drei Forensische Psychiatrien, mit den Standorten Rostock (§ 64 StGB), Ückermünde (§ 63 StGB) und Stralsund (§ 63 StGB). Die Zuständigkeit für den Maßregelvollzug wurde zwischen Sozial- und Justizministerium aufgeteilt, die einen sind für die Therapie und die anderen für die Sicherheit zuständig (vgl. von der Haar 2002, S. 11 f.). Anhand des Standortes Stralsund werde ich die Praxis der Sozialen Arbeit demonstrieren. Ich werde auf den Verlauf und die Entwicklung der Sozialen Arbeit in der Forensischen Psychiatrie am Hanse-Klinikum Stralsund eingehen. Zudem werden das Aufgabengebiet und die Arbeitsweise des Sozialdienstes ausführlich erörtert.

Vor ca. 20 Jahren begann eine Sozialarbeiterin in dieser Einrichtung zu arbeiten und war für alle sozialarbeiterischen Tätigkeiten zuständig. So war sie bemüht, die sozialarbeiterische und sozialpädagogische Betreuung der Patienten sicher zu stellen. Hierbei galt die Maßgabe, die individuellen sozialen und persönlichen Probleme der Patienten zu erkennen und unter Berücksichtigung der sozialen Situation und der Maßregeln der Besserung und Sicherung planvoll sozialarbeiterisch und sozialpädagogisch zu handeln. Zu ihren Aufgaben gehörten ebenfalls die Vorbereitung und die Hilfe bei der sozialen Integration der Patienten und deren Aufnahme in die ursprüngliche Umgebung bzw. in eine geeignete Nachfolgeeinrichtung. Zudem kam die Mitarbeit an der Weiterentwicklung des sozialtherapeutischen Konzeptes.

Im Laufe der Jahre, in der sich auch die Bettenzahl der Klinik erhöhte, bekam die Sozialarbeiterin entscheidende Hilfe durch vier Neueinstellungen. Somit wurde sie entlastet und es kann heute eine intensivere Betreuung und Begleitung der einzelnen Patienten gewährleistet werden. Drei der Sozialarbeiter betreuen die Stationen, zwei die Nachsorge. Zu den Aufgaben eines Sozialarbeiters einer Station gehören:

- Sicherung einer an den physischen, psychischen und psychosozialen Bedürfnissen orientierten sozialtherapeutischen Betreuung der Patienten,

-
- Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse in die Patientenbetreuung,
 - Erstellen von individuellen Betreuungsplänen auf der Grundlage des Behandlungs- und Vollzugsplanes (BVP),
 - Beratung bei der Planung, Gestaltung und Durchführung des sozialen Trainings der einzelnen Patienten,
 - Realisierung des sozialtherapeutischen Konzeptes,
 - Ordnungsgemäße Führung der patientenbezogenen Dokumentation, sowie Beachtung aller sicherheitsrelevanten Bestimmungen,
 - Ansprechpartner für Patienten und Angehörige sein,
 - Beachtung und gegebenenfalls Entwicklung einer patientengerechten Aufgabenkoordination,
 - Hilfe und Unterstützung bei psychosozialer Konflikt- und Krisenbewältigung,
 - Hilfe und Unterstützung bei der Durchsetzung finanzieller Ansprüche,
 - Anregen und Einleiten von Umschulungsmaßnahmen,
 - Vermittlung und Organisation der ersten Berufsausbildung,
 - Anregen von Betreuung nach dem Betreuungsgesetz,
 - Hilfe und Unterstützung bei der Erledigung der Formalitäten im Umgang mit den Ämtern durch stetiges Training,
 - Informationen über psychosoziale Beratungsdienste, anregen und fördern der aktiven Inanspruchnahme,
 - Aktive Anleitung einer Gruppe in der Gruppentherapie,
 - Organisation der Taschengeldausgabe an die Patienten,
 - Organisation und Sicherung des Bekleidungsinkaufes der Patienten und die Verwaltung ihrer finanziellen Mittel.

Bei all diesen Aufgaben ist es wichtig, im Umgang mit den Patienten ausgewogen zu balancieren. Für die einzelnen Sozialerbeiter ist es nicht immer einfach, die Interessen und Anforderungen des Ministeriums, der Klinik, der Station, des Therapeuten und auch des Patienten angemessen zu berücksichtigen. Man muss als Sozialarbeiter sowohl die „Hand reichen“, um zu helfen als auch Zurückweisung anzuzeigen. Das erfordert viel Verständnis, Überlegung, Wissen um Formulare, Gesetze, Hilfsmöglichkeiten, aber auch um den einzelnen Patienten. (vgl. HANSE-Klinikum Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund 2007, S. 22 f.)

Die Aufgaben eines Sozialarbeiters der forensischen Nachsorge sind sowohl die langfristige Entlassungsvorbereitung als auch die ambulante Betreuung nach der Entlassung. Die Patienten sind meist mehrere Jahre andauernd in geschlossener Unterbringung, würde man sie unvorbereitet mit den Problemen der Gesellschaft konfrontieren, wäre ein großer Teil von ihnen überfordert und den Belastungen nicht gewachsen. Das Risiko erneuter Straftaten ist erhöht. Aus diesem Grund muss der soziale Empfangsraum gründlich vorbereitet werden, denn das Bestreben der Klinik ist es keinen Patienten von heute auf morgen „auf die Straße“ zu entlassen. An dieser langfristigen Vorbereitung sind nicht nur die Sozialarbeiter, sondern das multiprofessionelle Team beteiligt. Vor der bedingten Entlassung auf Bewährung sollte ein Patient eine Probezeit unter realen Bedingungen, das sogenannte „Probewohnen“, absolvieren. Wenn familiäre Bindungen oder Strukturen vorhanden sind, wird prinzipiell eine Entlassung in die Heimatregion bzw. das vertraute Umfeld angestrebt. Manchmal ist dies aber nicht möglich oder wenig sinnvoll. Deshalb muss der Patient sich in Zusammenarbeit mit seinem Bezugspfleger und dem Bezugstherapeuten rechtzeitig Gedanken darüber machen. Das „Probewohnen“ und damit die Entlassung können in stationäre Einrichtungen, betreute Wohnformen, aber auch in die eigene Familie bzw. in die eigene Häuslichkeit erfolgen. Zur unmittelbaren Entlassungsvorbereitung gehört ebenfalls das „Knüpfen eines sozialen Netzes“ zur Betreuung nach der Entlassung. Da die Patienten meist auf Bewährung entlassen werden und zusätzlich Führungsaufsicht erhalten, bedeutet dies für die Forensische Nachsorge Hilfe und Kontrolle. (vgl. Leeder 2007, S. 24 f.)

Das nachfolgende Organigramm soll verdeutlichen, wo sich der Sozialdienst und die Nachsorge in der Organisationsstruktur und dem Hierarchiegefüge der Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund einfügen.

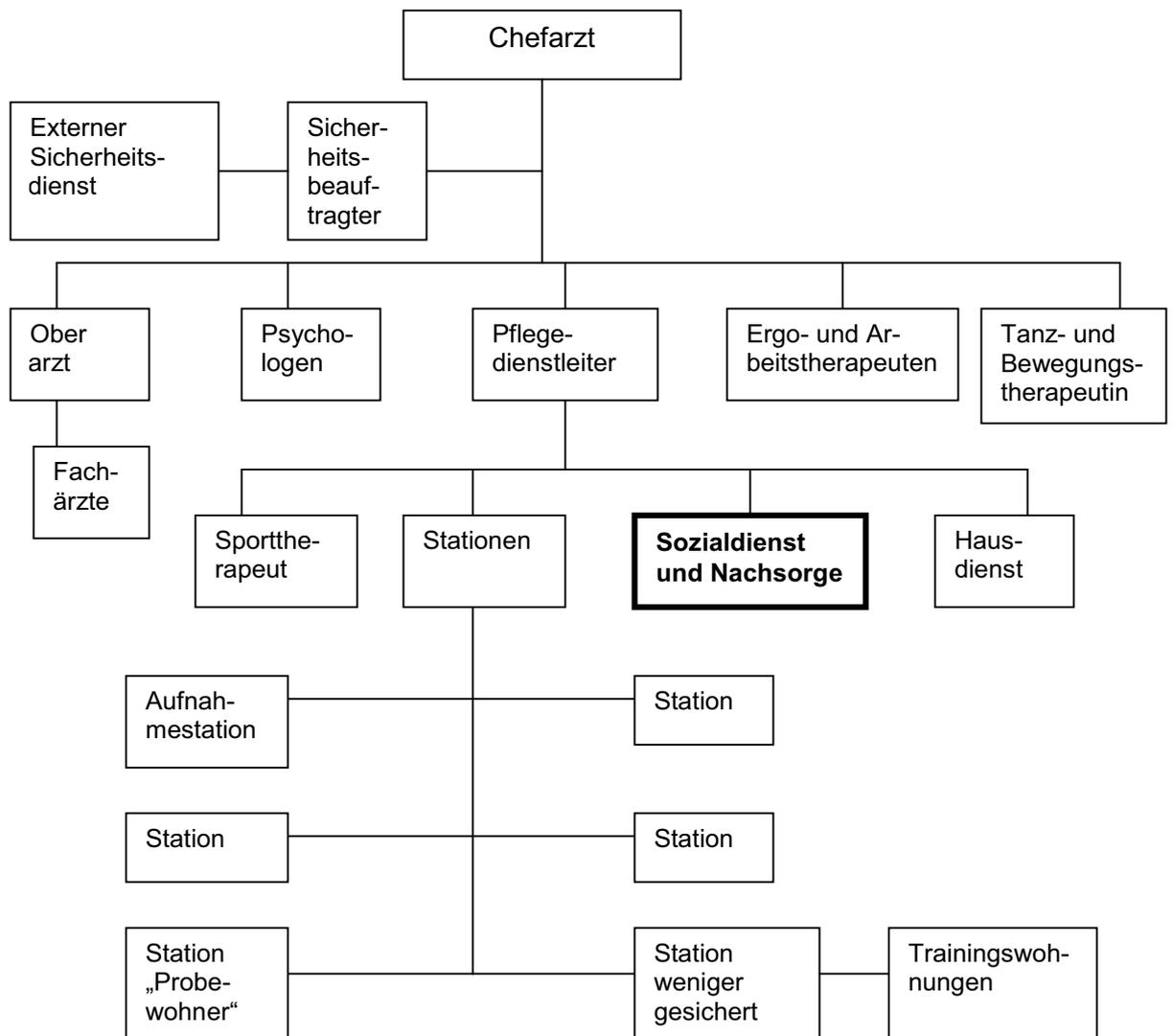


Abbildung 1: „Die Organisationsstruktur der Klinik für Forensische Psychiatrie“ (vgl. HANSE-Klinikum Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund 2007, S. 7)

9.4. Ethische Grundsätze in Bezug auf Soziale Arbeit

Das Strafgesetzbuch sieht mit den Maßregeln zur Besserung und Sicherung unter anderem die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt vor. Das bedeutet für die gesamte Behandlungs- und Unterbringungssituation einen gesetzlich vorgegebenen doppelten Auftrag, ein doppeltes Mandat, wie es für die Sozialarbeit, die in diesem Bereich tätig werden sollen, allgemein konstituierend ist. Auch die Sozialarbeit im Maßregelvollzug muss sich den Konflikten stellen, die diesem widersprüchlichen Auftrag entwachsen. Dieser

Konflikt ist– wie kaum sonst in der sozialen Arbeit – genau ausformuliert, nämlich mit den Worten „Besserung und Sicherung“ und liegt durch die Problemsymptomatik „Delinquenz“ im besonderen Interesse der Öffentlichkeit. Fraglich ist, ob in diesem Klima überhaupt Grundaspekte einer helfenden Beziehung herzustellen sind. Ist es möglich, das nötige Vertrauen aufzubauen, das zu einer Selbstöffnung und Konfliktbearbeitung notwendig ist? Was bedeutet Schweigepflicht im Kontext von Therapie und Lockerungsentscheidung? Auf welcher Seite stehen die professionellen Helfer? Wie schnell stößt Sozialarbeit an Grenzen, wenn sie sich als „Sprachrohr der Interessen der Klientel“, im Zwangskontext von Justiz und Behandlung definiert? Bossard et al. schreiben in ihrem Buch „Sozialarbeit in der Psychiatrie“, dass die Sozialarbeit hier einen wesentlichen Beitrag zur „sozialen Funktionsfähigkeit unserer Gesellschaft“ leistet. Der Ausgangspunkt sozialer Arbeit ist zwar vordergründig das Individuum, aber Ziel ist die Einzelperson als Mitglied und Teilsystem der Gesellschaft. Wenn man diesen Grundwiderspruch konstruktiv auffasst, ermöglicht Sozialarbeit gleichzeitig eine verbesserte Teilhabe von Individuen an den Ressourcen unserer Gesellschaft und eine verlässliche Umsetzung gesellschaftlicher Bedingungen, Bedürfnisse und Anforderungen. (vgl. Hahn 2005, S. 27 f.)

Hahn definiert die ethischen Grundsätze in Bezug auf forensische Sozialarbeit wie folgt: „Grundsätzlich muss Sozialarbeit im Maßregelvollzug an den gültigen Standards berufsethischer Prinzipien wie Anerkennung der Würde und Selbstbestimmung des Individuums, Verpflichtung zu einer professionellen Berufsausübung und Ermöglichung gleicher Lebenschancen, unabhängig von Nationalität, Religion, Geschlecht oder ethischer Zugehörigkeit orientiert sein. Dabei muss in allen Interventionen berücksichtigt werden, dass die Patienten des Maßregelvollzugs in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zur Institution und damit auch zur Sozialarbeit stehen und die ihnen zugeschriebenen unbewussten, gesellschaftlichen Stigmata („Krank und Verrückt“) stärker als in anderen Arbeitskontexten des Gesundheits- und Justizwesens auf die Beziehung zwischen Therapeut und Patient einwirken.“ (Hahn 2005, S. 28)

9.5. Die Psychiatrie-Personalverordnung

Seit Mitte der neunziger Jahre ist die Berufsgruppe Sozialarbeiter gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) fest im Maßregelvollzug etabliert (vgl. Gorynia 2005, S. 10). Diese Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie bildet eine bundesweit gültige Rechtsgrundlage für die angemessene Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken. Es werden sechs Behandlungsbereiche, darunter bspw. rehabilitative Behandlung, Regelbehandlung usw. unterschieden, für die jeweils von „Regelaufgaben“ einzelnen Berufsgruppen bestimmte Zeitwerte, d.h. Minuten je Patient und Woche, zugeordnet werden. Bei Festlegung dieser Werte wird von einem mehrdimensionalen Krankheitsmodell ausgegangen, wonach sich Diagnostik und Therapie medizinisch-psychiatrischer Ausrichtung mit Psychotherapie, Milieuthherapie und Soziotherapie verbinden. (vgl. Brill/ Marschner 2005, S. 74 oder Kunze et al. Psychiatriepersonalverordnung 2005, S. 37 ff.)

10. Ausblick – Was könnte Sozialarbeit in Zukunft im Maßregelvollzug leisten?

10.1. Sozialarbeiter als Co-Therapeuten

Sozialarbeit in der Forensik umfasst ein breit gefächertes Tätigkeitsspektrum und verlangt nicht nach einer, sondern nach verschiedenen Methoden und Kenntnissen. Die Methoden des Case-Workings und des Empowerments werden umgesetzt. Durch die Tätigkeit als Co-Therapeut/-in in verschiedenen Gruppen erfolgen differenzierte Einblicke in psychiatrische Krankheitsbilder, deren psychodynamische Hintergründe und daraus abgeleitete Erfahrungen zur Einschätzung von Patienten hinsichtlich ihrer Steuerungs- und Schuldfähigkeit.

Eine Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern im Maßregelvollzug ist ein besonderes und sensibles Gebiet. Deshalb erfolgt die Behandlung von Straftätern aus juristischen Gründen ausschließlich durch Ärzte und Psychologen. Der Sozialarbeit kommt eher eine komplementäre Rolle zu. Die Übernahme von therapeutischer Verantwortung durch Sozialarbeiter ist in Suchtkliniken Standard. Auch in den Bereichen der Allgemeinpsychiatrie ist eine vermehrte behandlungsorientierte Zuwendung an Patienten durch Sozialarbeiter zu beobachten.

Die therapeutischen Behandlungen sollten zeitgemäßen Qualitätskriterien unterliegen, damit die Patienten differenzierte Einzel- und Gruppenangebote erhalten können, die allerdings personalintensiv sind. Das ermöglicht der Sozialarbeit in der Forensischen Psychiatrie die Entwicklungsperspektive, den therapeutischen Prozess aktiv mitzugestalten. Qualifizierte therapeutische Methodenkenntnisse würden also eine therapeutische Mitarbeit nicht ausschließen.

Hier können Sozialarbeiter auf ihre Fähigkeiten aufmerksam machen. Es könnte jedoch das Dilemma entstehen, anfallende sozialarbeiterische Aufgaben und die zeitintensiven co-therapeutischen Tätigkeiten in einen Achtsturentag zu integrieren. (vgl. Gorynia 2005, S. 15 f.)

10.2. Forensische Nachsorge als sozialarbeiterisches Arbeitsfeld

Einige Maßregelvollzugseinrichtungen verfügen über eine forensische Nachsorge, die ansteigende Betreuungszahlen verzeichnet. Die Forensische Nachsorge ist deshalb sinnvoll, da gerade dem Sozialarbeiter die meisten der in der Nachsorge betreuten Menschen durch den Aufenthalt in der Forensischen Klinik bekannt sind.

Geplante Beurlaubungen und Entlassungen aus dem Maßregelvollzug sind erfahrungsgemäß eine kritische Behandlungsphase. Forensische Patienten benötigen hierbei engmaschige lebensbegleitende Netzwerke, die die Bereiche Wohnen, Arbeit und Beschäftigung einbeziehen. Hierbei geht es um Kooperation und Vernetzung der Hilfen und um die Verpflichtung dem Einzelnen gegenüber und auch der Gesellschaft. Neben den in der Nachsorge tätigen Medizinerinnen und Psychologinnen sind auch die Kooperationsbeziehungen zu den weiter betreuenden Mitarbeitern in den psychiatrischen Versorgungssystemen sehr wichtig. Diese Mitarbeiter sollten eine fachspezifische Beratung erhalten, gut informiert werden und die Informationswege sollten kurz und prägnant gehalten werden. Alle beteiligten Helfer werden regelmäßig zusammengeführt, so dass ein Austausch verschiedener Sichtweisen erfolgen kann und ein gemeinsames Vorgehen und Betreuungsziele festgelegt werden können. Der Umgang mit Regelverstößen wird offen gelegt und übergreifend bearbeitet, somit besteht jederzeit die Möglichkeit einer zeitnahen Korrektur oder sogar Rücknahme einzelner Schritte. (vgl. Gorynia 2005, S. 17 f.)

Durch eine gezielte Nachbetreuung ist die Rückfallquote stark gesunken, das beweisen Modellprojekte in Nordrhein-Westfalen, Hessen und Baden-Württemberg (vgl. Dörr 2005, S. 76)

10.3. Netzwerkspezialisten und Nachsorgekoordinatoren

Die Aufgaben der Sozialarbeit in Maßregelvollzug bewegen sich momentan zwischen der Auflösung von Patientenwohnungen, der Abklärung von Leistungen und Kostenträgern einerseits und dem Wunsch nach der Übernahme einer therapeutischen Rolle andererseits. Es zeigen sich aber durchaus neue Entwicklungen der Sozialarbeit in der Forensik. Die Soziale Arbeit beginnt bereits gezielt als Netzwerkspezialist und Nachsorgekoordinator tätig zu werden. Zur Kernkompetenz der Sozialarbeit innerhalb der Forensischen Kliniken könnten die Rolle von Netzwerkspezialisten, die Organisation von Lockerungen und Nachsorge, die Akquisition von Institutionen, die zur stationären Nachsorge bereit sind, und die Anleitung und die Begleitung von deliktspezifischen Behandlungsprogrammen werden. Die spezifische Stellung der Sozialarbeit innerhalb des forensischen Feldes als Schnittstelle zwischen Justiz, Psychiatrie, Kriminologie und Rehabilitation soll geprüft werden. Soziale Arbeit im Maßregelvollzug sollte sich dabei auf die eigenen

spezifischen Kompetenzen besinnen und nicht in erster Linie den Platz von Therapeuten anstreben.

Die Sozialarbeiter sehen als Netzwerksspezialisten ihre Patienten nicht nur als Individuen, sondern eher als soziale Wesen, eingebunden in mehr oder weniger dichte und intakte, soziale Netze. Netzwerkdiagnose, Netzwerkinderventionen und Netzwerkpflege bedeuten die gezielte Arbeit an den Ressourcen des Patienten, da ohne einen geeigneten sozialen Empfangsraum das Rückfallrisiko steigt.

Die Soziale Arbeit innerhalb der Forensischen Psychiatrie muss sich ebenfalls der interdisziplinären Kooperation widmen. Das ist manchmal nicht so einfach, da es immer wieder Konflikte und Kompetenzstreitigkeiten zwischen den einzelnen Berufsgruppen, z. B. zwischen Ärzten und Psychologen um die Themen Medikation, Befugnisse für Gutachten und Ansehen innerhalb des Systems gibt.

Auch der Pflegedienst, der ebenfalls mit dem Gefühl mangelnder Anerkennung zu kämpfen hat, gerät oft mit „Akademikern“ in Streit. Auch hier könnten die Sozialarbeiter ihre Kenntnisse und Fähigkeiten in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen nutzen, um Kommunikationshindernisse zu beseitigen.

Häufig haben Sozialarbeiter enorme Mengen an Informationen, die andere Berufsgruppen nicht haben. Diese Informationen würden die Arbeit mit einem Patienten erheblich vereinfachen und eventuell auch beschleunigen. Es ist deshalb für die Behandlung von Belang ihr Wissen zur Verfügung zu stellen.

Forensische Sozialarbeit muss ihr Fachwissen auch bei der arbeitsfeldübergreifenden Zusammenarbeit zeigen, da abgebende und aufnehmende Institutionen immer noch eher selten zusammenarbeiten. Oftmals gibt es gegenseitige Vorurteile und Vorbehalte, durch die Informationen verloren gehen, meist zum Nachteil der Patienten. Unter den aktuellen politischen Rahmenbedingungen werden Lockerungen und bedingte Entlassungen nur möglich, wenn Institutionen und Personen in die Nachsorge einbezogen werden können. Die Werbung, Betreuung, Information, ggf. Schulung und patientenbezogene Begleitung sind ursprüngliche Aufgabenfelder für die Sozialarbeit, die mit ihrem umfassenden Systemwissen überschaut, an welchen Stellen mit welchen Einrichtungen ein Patient gut versorgt ist, welche Hilfssysteme eingeschaltet und vernetzt werden müssen und wie die Rückfallprävention möglichst effektiv gestaltet werden kann. Helferkonferenzen gehören deshalb bereits zum festen Programm von Institutionen des Maßregelvollzugs.

Hier fände die Soziale Arbeit ein dankbares und wichtiges Betätigungsfeld, aber dafür müssen sie mancherorts noch kämpfen.

Sich kämpferisch für Klientengruppen und ihre Belange einzusetzen galt viele Jahrzehnte lang als Markenzeichen für Sozialarbeit, allerdings scheint ein tragischer Paradigmenwechsel erfolgt zu sein. Forensische Sozialarbeit meldet sich in den aktuellen fachpolitischen Debatten nicht mehr öffentlich zu Wort. Auch hier gälte es Positionen wieder zu besetzen, die in den Zeiten immer häufiger geführter Sicherheitsdebatten die Belange psychisch gestörter Rechtsbrecher in die Debatte einbringen. (vgl. Stiels-Glenn 2005, S. 4 ff.)

„Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen wissen viel - aber sie wissen oft nicht, was sie wissen, weil sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten nur selten systematisiert haben. Sie verschriftlichen ihre Erfahrungen auch nur selten und das Fehlen von Fachartikeln von der Basis wird oft ein Hindernis zur Weiterentwicklung der Profession (Stiels-Glenn 2005, S. 7).“

11. Resümee

Anhand der Darstellung des historischen Hintergrundes des Maßregelvollzuges und der Entwicklung der dementsprechenden Gesetzmäßigkeiten konnte ich feststellen, der Maßregelvollzug für psychisch gestörte und süchtige Rechtsbrecher stets ein besonders ungeliebtes Kind der Psychiatrie war. Erst seit Mitte der 80er-Jahre hat sich jedoch nicht nur eine vermehrte wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Maßregelvollzug ergeben. Vielmehr haben sich die Einrichtungen selbst ein anderes, aktiv-therapeutisches Selbstverständnis und die Mitarbeiter eine eigene forensische Identität aufgebaut.

Allerdings stehen die in der Forensik Tätigen an einer Schnittstelle. Einerseits wird ihnen angesichts ihrer Arbeit mit der schwierigen Klientel Respekt entgegengebracht, andererseits sehen sie sich persönlich massiver Kritik ausgesetzt, wenn es zu, in der Öffentlichkeit stark beachteten, Zwischenfällen kommt. Aufgrund dieser Erkenntnis war es mein Anliegen über das Thema Maßregelvollzug ausreichend Informationen zu besseren Verständnis dieses Fachgebietes zu liefern und die juristischen, prognostischen, ethischen und öffentlichen Aspekte darzustellen und zu erörtern sowie die Behandlungspraxis und -konzepte und die im Maßregelvollzug beschäftigten Berufsgruppen vorzustellen.

Auseinandergesetzt habe ich mich ebenfalls mit der Institution Maßregelvollzug und den darin befindlichen Patienten und dem öffentlichen Interesse daran.

Bei der Betrachtung des allgemeinen öffentlichen Interesses und der Sicht der Gesellschaft, die ich in Kapitel 7 dargestellt habe, stellte sich heraus, das meines Erachtens nach viel zu wenig Öffentlichkeitsarbeit seitens der Institutionen erfolgt. Der Maßregelvollzug ist ein Politikum – anders als die „normale“ Psychiatrie und auch anders als der Strafvollzug. Es scheint so als würde der Maßregelvollzug außerhalb von Negativschlagzeilen für die Öffentlichkeit gar nicht existieren. Selbst für Fachleute aus Justiz und Psychiatrie bleibt der Maßregelvollzug meist „ein Buch mit sieben Siegeln“.

Darum ist es meiner Meinung nach eine wesentliche und wichtige Aufgabe der Institutionen, durch lang geplante und durchdachte Öffentlichkeitsarbeit mehr Akzeptanz in der Gesellschaft zu erlangen.

Bei der Vorstellung der einzelnen Berufsgruppen habe ich ein besonderes Augenmerk auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/-pädagogen gelegt. Das Ziel dieser Diplomarbeit war es einerseits auf die bislang wenig genutzten Chancen und Möglichkeiten der Profession Soziale Arbeit/Sozialpädagogik auf diesem Fachgebiet aufmerksam zu machen und andererseits Ansätze für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld Forensische Psychiatrie zu geben. Um zu einem Ergebnis zu gelangen, habe ich mich intensiv mit dem Berufsstand der Sozialen Arbeit im Maßregelvollzug auseinandergesetzt, die Entwicklungslinien forensischer Sozialarbeit beleuchtet und eine Analyse der derzeitigen Situation des Tätigkeitsfeldes der Sozialen Arbeit in der Forensischen Psychiatrie durchführt und diese anhand eines praktischen Beispiels verdeutlicht. Des Weiteren habe ich die Zukunftschancen und -möglichkeiten, die sich in der Sozialen Arbeit auf diesem Fachgebiet ergeben und eventuell ergeben könnten, untersucht.

Aus dieser Untersuchung ist hervorgegangen, dass sich die Sozialarbeit in den vergangenen Jahren einen eigenständigen Ansatz in der Behandlung und somit einen wichtigen Stellenwert in der Arbeit mit psychisch kranken Rechtsbrechern erarbeiten konnte. Dabei wurde einerseits auf die lange Tradition der Gefängnis- und Krankenhaussozialarbeit zurückgegriffen, andererseits erfuhr die Profession mit Etablierung des Case-Managements, der Sozialtherapie und in den letzten Jahren mit der Entstehung einer Klinischen Sozialarbeit eine innovative Weiterentwicklung. Nicht nur im Gesundheits- und Sozialwesen, sondern auch speziell in der forensischen Psychiatrie geht es für die dort tätigen Sozialarbeiter nun um eine bessere Behauptung des Beitrags sozialer Arbeit. Ist der psychisch kranke Rechtsbrecher in seinem Lebenskontext hilfebedürftig, dann gehört die klinisch qualifizierte Sozialarbeit in die Reihe der beratenden und behandelnden Disziplinen.

Es stellte sich heraus, dass Sozialarbeit in einer Forensischen Psychiatrie Besonderheiten mit sich bringt. Da verschiedene Berufsgruppen an einem gemeinsamen Ziel arbeiten ist die berufsbezogene Abgrenzung oft schwierig. Die Folge daraus ist ein berufsgruppenübergreifendes Arbeitsfeld. Daher ist es für Sozialarbeiter/-pädagogen erforderlich, sich Kenntnisse aus den anderen Berufsgruppen anzueignen, wie bspw. psychiatrisches Fachwissen zur Diagnostik, Grundkenntnisse

der medikamentösen Therapie, Erkenntnisse aus psychologischen Testverfahren sowie Methoden verschiedener Therapieformen. Zudem sollten juristische Kenntnisse vorhanden sein, da diese im Maßregelvollzug von besonderer Bedeutung sind. Da dieses Arbeitsfeld und das damit verbundene spezielle Wissen während des Studiums nicht in dem Maße vermittelt werden, ist es ein Mehraufwand sich diese Kenntnisse anzueignen.

Die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/-pädagogen erhält in einer forensischen Klinik durch die Breite ihrer Tätigkeit eine derart komplexe Menge an Informationen, die es ihnen ermöglicht sich ein besonders umfassendes Bild eines Patienten zu erarbeiten. Mit diesen Voraussetzungen, Engagement und Einsatzbereitschaft ist der im Maßregelvollzug tätige Sozialarbeiter/-pädagoge zu einer allparteilichen Haltung in der Lage, die sich auf sein systematisches Wissen aus den Bereichen der Medizin, der Psychologie und des Rechts beziehen. Zudem kann er durch seine methodischen Fähigkeiten in diagnostischer, organisatorischer, beratender und therapeutischer Hinsicht eine Verbindung herstellen. Mit der Kombination aus sozialadministrativem und juristischem Wissen, mit Kenntnissen über psychologische Zusammenhänge und Dynamiken können Sozialarbeiter/-pädagogen in der nicht-medizinischen Psychotherapie und im therapeutisch-psychiatrisch arbeitenden Team tätig werden. Sozialarbeit eignet sich auf Grund ihrer multidisziplinären Ausrichtung für eine Koordination, Planung und interdisziplinäre Gesamtbehandlung. Hierbei kann sich die Sozialarbeit profilieren und in der eigenen Wertigkeitshierarchie steigen, indem sie ihre erforderliche multidisziplinäre Fachkompetenz in das Behandlerteam einfließen lässt.

Zusammenfassend betrachtet zeichnet sich die Tendenz ab, dass sich in der Sozialarbeit im Maßregelvollzug folgende Entwicklungsperspektiven zeigen: Zum einen die Ausgestaltung des Behandlungsprozesses von der stationären Milieugestaltung bis zur co-therapeutischen Unterstützung des Therapieprozesses von Patienten, zum anderen das Case-Management der Entlassung von Patienten aus dem Maßregelvollzug in das psychiatrische Betreuungssystem, das den Aufbau von Netzwerken beinhaltet und das Arbeitsfeld der forensischen Nachsorge.

Es kristallisierte sich heraus, dass die Soziale Arbeit bereits beginnt gezielt als Netzwerkspezialist und Nachsorgekoordinator tätig zu werden. Dies ist für die nachsorgeengagierten Berufe, wie Bewährungshelfer, Mitarbeiter von Wohnhei-

men und sozialpsychiatrischen Diensten, gesetzliche Betreuer, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten in Werkstätten etc. von Vorteil, denn diese betonen derzeit immer wieder, wie sehr ihnen ein zusammenfassender Einstieg die Welt des Maßregelvollzuges fehlt und ihr Informationsbedarf keineswegs gedeckt ist.

Resultierend aus der Anfertigung meiner Diplomarbeit und den Erfahrungen die ich in diesem Fachgebiet in einem fünfmonatigem Praktikum sammeln durfte, möchte ich abschließend hinzufügen, dass ich es wünschenswert finde in Zukunft, auch in der theoretischen Ausbildung bzw. dem Studium der Sozialen Arbeit/ Sozialpädagogik (mehr) Kenntnisse über dieses vielfältige und mit Herausforderungen verbundene Tätigkeitsfeld vermittelt werden bzw. werden können.

Anhang

- Maßregelvollzugsgesetz Nordrhein-Westfalen
- Psychischkrankengesetz (PsychKG M-V)
- Maßregelvollzugsstatistik
- Abbildungs- und Tabellenverzeichnis
- Literaturverzeichnis, Internetquellen
- Eidesstattliche Erklärung

Maßregelvollzugsgesetz (MRVG-NW)

vom 15. 6. 1999 (GV. 402), in der Fassung des Gesetzes vom 11. 6. 2002 (GV. 237)

(Quelle: Volckart/Grünebaum 2003, S. 440 ff.)

I. Abschnitt. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Ziele

(1) Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt sollen die betroffenen Patientinnen und Patienten durch Behandlung und Betreuung (Therapie) befähigen, ein in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben zu führen. Die Sicherheit und der Schutz der Allgemeinheit und des Personals der Einrichtungen vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten sollen gewährleistet werden. Therapie und Unterbringung haben auch pädagogischen Erfordernissen Rechnung zu tragen und sollen unter größtmöglicher Annäherung an allgemeine Lebens- und Arbeitsverhältnisse Mitarbeit und Verantwortungsbewusstsein der Patientinnen und Patienten wecken und fördern.

(2) Zur Förderung von Therapie und Eingliederung sollen die Einrichtungen mit geeigneten Personen, Organisationen, Behörden und Einrichtungen der Wissenschaft und Forschung zusammenarbeiten.

(3) Therapie und Beratung sind mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten auch nach der Entlassung im Benehmen insbesondere mit der Führungsaufsicht, gesetzlichen Betreuungen, der Bewährungshilfe, der freien Wohlfahrtspflege, den Sozialbehörden, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der unteren Gesundheitsbehörde, den ärztlichen und nichtärztlichen Therapeuten sowie den Kostenträgern fortzusetzen. Die Einrichtungen sind verpflichtet, unter den Voraussetzungen des S. 1 Nachsorgemaßnahmen zu vermitteln, die Überleitung der Patientinnen und Patienten an geeignete ambulante, teilstationäre oder stationäre Angebote sicherzustellen und Patientinnen und Patienten insbesondere auf deren Wunsch im Krisenfall kurzfristig aufzunehmen, soweit keine anderen geeigneten Angebote zur Verfügung stehen.

§ 2 Einrichtungen

(1) Die Einrichtungen sind so zu gestalten, daß eine sachgerechte Therapie der Patientinnen und Patienten gewährleistet ist. Räume für die Behandlung, den Aufenthalt während der Ruhe- und Freizeit, für beschäftigungs-, arbeitstherapeutische und schulische Maßnahmen und andere angemessene Beschäftigungen sowie Gemeinschafts- und Besuchsräume sind zweckentsprechend auszugestalten.

(2) Die Räume müssen für eine gesunde Lebensführung geeignet und ausreichend mit Heizung und Lüftung, Boden- und Fensterfläche ausgestattet sein.

§ 3 Qualitätssicherung, Sicherheitsstandard

(1) Die Qualität insbesondere der Behandlung, der Behandlungsergebnisse und der Versorgungsabläufe ist zu gewährleisten. Die Träger der Einrichtungen führen regelmäßig qualitätssichernde Maßnahmen durch.

(2) Abs. 1 S. 2 gilt für Sicherheitsmaßnahmen entsprechend.

(3) Zur qualitativen Weiterentwicklung des Maßregelvollzugs, insbesondere hinsichtlich der Personalausstattung, können Vereinbarungen zwischen dem Land und den Trägern von Einrichtungen nach § 29 Abs. 2 bis 4 getroffen werden.

§ 4 Beiräte

(1) Die Träger der Maßregelvollzugseinrichtungen berufen für jeden Standort einen Beirat.

(2) Aufgaben des Beirates sind die Beratung der Einrichtung in konzeptionellen und organisatorischen Fragen des Maßregelvollzugs, die Unterstützung der Leitung der Einrichtung, die Hilfe bei der Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten und die Förderung des Verständnisses und der Akzeptanz für die Aufgaben des Maßregelvollzugs in der Öffentlichkeit. Die Mitglieder der Beiräte nehmen ihre Aufgaben ehrenamtlich wahr.

(3) Den Beiräten sollen Personen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen angehören. Sie sollen überwiegend Einwohner der Gemeinde sein, in der die Einrichtung liegt. Höchstens die Hälfte der Mitglieder des Beirates kann vom Rat der Gemeinde nach S. 2 bestimmt werden.

(4) Die Mitglieder des Beirates können sich über inhaltliche und organisatorische Fragen der Durchführung des Maßregelvollzugs unterrichten lassen sowie die Einrichtung besichtigen. Ein Recht auf Akteneinsicht besteht nicht. An Entscheidungen über einzelne Patientinnen und Patienten sind die Beiräte nicht beteiligt.

(5) Das Nähere regeln die Träger der Einrichtungen in einer Geschäftsordnung.

(6) Soweit Einrichtungen des Maßregelvollzugs von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Organisationen betrieben werden, treffen diese Regelungen in eigener Zuständigkeit, die den Zielen dieses Paragraphen entsprechen.

II. Abschnitt. Rechte der Patientinnen und Patienten

§ 5 Einschränkungen

Die Patientinnen und Patienten unterliegen den in diesem Gesetz und auf Grund dieses Gesetzes vorgesehenen Einschränkungen ihrer Freiheit. Soweit das Gesetz eine besondere Regelung nicht enthält, dürfen den Patientinnen und Patienten nur Einschränkungen auferlegt werden, die zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung des geordneten Zusammenlebens oder für die Sicherheit unerlässlich sind.

§ 6 Aufnahme

(1) Bei der Aufnahme werden die Patientinnen und Patienten über ihre Rechte und Pflichten mündlich und schriftlich unterrichtet. Eine Person ihres Vertrauens ist unverzüglich über die Aufnahme zu benachrichtigen. S. 1 gilt für die Vertrauensperson entsprechend.

(2) Die Patientinnen und Patienten sind unverzüglich zu untersuchen. Sie sind spätestens am nächsten Werktag der ärztlichen oder psychotherapeutischen Leitung der Einrichtung, bei selbständigen Abteilungen der fachlich unabhängigen ärztlichen oder psychotherapeutischen Leitung der Abteilung (therapeutische Leitung) vorzustellen.

(3) Die Patientinnen und Patienten sind unverzüglich darin zu unterstützen, notwendige Maßnahmen für ihre Familien und hilfsbedürftigen Angehörigen sowie ihre Vermögensangelegenheiten zu veranlassen. Sind Patientinnen und Patienten nicht in der Lage, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln, ist die Einrichtung einer Betreuung (gesetzliche Vertretung) beim Vormundschaftsgericht anzuregen.

§ 7 Persönlicher Gewahrsam, Durchsuchung

(1) Gegenstände der Patientinnen und Patienten, insbesondere Erinnerungsstücke von persönlichem Wert und Gegenstände für Fortbildung oder Freizeit, werden ihnen belassen, soweit der Zweck der Unterbringung und das geordnete Zusammenleben und die Sicherheit nicht gefährdet werden. Eine kennzeichnende Anstaltskleidung ist unzulässig.

(2) Andere mitgebrachte Gegenstände werden auf Kosten der Patientinnen und Patienten an von ihnen benannte Personen versandt oder aufbewahrt. Soweit dies nicht möglich oder zweckmäßig ist, kann die Einrichtung die Sachen für sie veräußern. Geringwertige oder gefährliche Gegenstände können auch vernichtet werden, soweit eine andere Verwertung ausscheidet.

(3) Die Patientinnen und Patienten können während ihres Aufenthalts Gegenstände erwerben und einbringen. Soweit die Therapie, das geordnete Zusammenleben oder die Sicherheit es erfordern, können die Einbringung oder Benutzung von Gegenständen ausgeschlossen oder untersagt werden.

(4) Gegenstände, die in der Hand der Patientinnen und Patienten Sicherheitsbelange beeinträchtigen können, dürfen weggenommen oder unbrauchbar gemacht werden.

(5) Aus zwingenden Gründen der Therapie, des geordneten Zusammenlebens und der Sicherheit dürfen Räume, die Patientinnen und Patienten sowie ihre Sachen durchsucht werden. Die Patientinnen und Patienten dürfen nur in Gegenwart eines Dritten, ihre Sachen nur in ihrer oder in Gegenwart eines Dritten durchsucht werden. Für eine mit Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung gelten §§ 84 Abs. 1 S. 2 und 3, Abs. 2 S. 2 und 3 StVollzG entsprechend.

§ 8 Schriftwechsel, Pakete, Zeitungen

(1) Die Patientinnen und Patienten haben das Recht, Schreiben abzusenden und zu empfangen.

(2) Aus zwingenden Gründen der Therapie, des geordneten Zusammenlebens und der Sicherheit können der Schriftwechsel überwacht und Schreiben angehalten oder verwahrt werden. Absenderinnen und Absender sowie die Patientinnen und Patienten sind unverzüglich zu unterrichten. Schreiben können insbesondere angehalten werden, wenn

1. ihre Weitergabe in Kenntnis ihres Inhalts einen Straf- oder Bußgeldtatbestand verwirklichen würde,
2. ihre Weitergabe die Eingliederung anderer Patientinnen und Patienten nach deren Entlassung gefährden würde,
3. sie in Geheimschrift oder ohne zwingenden Grund in einer fremden Sprache abgefaßt sind oder
4. durch ihre Weitergabe erhebliche Nachteile für die Patientinnen und Patienten oder Dritte zu befürchten sind.

(3) Der Schriftwechsel mit den gesetzlichen Vertretungen, den Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, der Verteidigung, Notarinnen und Notaren, mit Volksvertre-

tungen des Bundes und des für den Wohnsitz oder die Einrichtung zuständigen Landes, ihren Mitgliedern, den Trägern der Einrichtungen sowie ihrer Beschwerdestelle, den zuständigen Behörden, den Gerichten oder Staatsanwaltschaften in der Bundesrepublik Deutschland, den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder sowie der Europäischen Kommission für Menschenrechte in Straßburg darf nicht unterbunden werden. Schreiben der Patientinnen und Patienten an die in S. 1 genannten Personen und Einrichtungen sowie der Schriftwechsel mit der Verteidigung werden nicht überwacht.

(4) Die vorstehenden Bestimmungen werden auch auf Telegramme, Pakete, Päckchen, einzelne Zeitungen und Zeitschriften angewendet. Pakete und Päckchen sind in Gegenwart der Patientinnen und Patienten zu öffnen, es sein denn, zwingende Gründe sprechen dagegen. § 7 gilt entsprechend.

§ 9 Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation

(1) Die Patientinnen und Patienten dürfen regelmäßig Besuche empfangen. Zeitpunkt und Dauer werden nach einheitlichen Grundsätzen durch Hausordnung geregelt.

(2) Aus zwingenden Gründen der Therapie, des geordneten Zusammenlebens und der Sicherheit dürfen Besuche überwacht, abgebrochen, eingeschränkt, untersagt oder von einer Durchsichtung der Besucherinnen und Besucher abhängig gemacht werden. Die Unterhaltung darf nur überwacht werden, wenn dies im Einzelfall aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder der Ordnung in der Einrichtung unerlässlich ist. Besuche der Verteidigung dürfen weder überwacht noch untersagt werden.

(3) Besuche der gesetzlichen Vertretungen oder der in einer Angelegenheit der Patientinnen und Patienten tätigen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Notarinnen und Notare dürfen nicht untersagt werden. Schriftstücke und sonstige Unterlagen, die diese Personen sowie die Verteidigungen mit sich führen, werden inhaltlich nicht überprüft. Die Übergabe anderer Gegenstände bedarf der Prüfung und der Erlaubnis der Einrichtung.

(4) Patientinnen und Patienten dürfen auf ihre Kosten unter entsprechender Anwendung der Abs. 1 und 2 Telefongespräche führen. Die Einrichtung kann unter den Voraussetzungen des S. 1 andere Telekommunikationsmittel zulassen. § 8 Abs. 2 S. 2 gilt entsprechend.

§ 10 Freizeitgestaltung

(1) Den Patientinnen und Patienten soll bei der Gestaltung ihrer Freizeit durch Angebote zur Fortbildung, sportlicher und gesellschaftlicher Betätigung geholfen werden.

(2) Einschränkungen der Freizeitgestaltung sind aus zwingenden Gründen der Therapie, des geordneten Zusammenlebens und der Sicherheit zulässig.

§ 11 Unterricht, berufliche Eingliederung

(1) Unter Berücksichtigung der Organisation der Unterbringungseinrichtung und der besonderen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten sind ihnen insbesondere die Erlangung eines Schulabschlusses, berufsfördernde Maßnahmen, eine Berufsausbildung, Umschulung oder Berufsausübung zu ermöglichen.

(2) Zeugnis oder Teilnahmebescheinigung enthalten keine Hinweise auf die Unterbringung.

(3) Zur Eingliederung kann ein freies Beschäftigungsverhältnis außerhalb der Einrichtung nach Maßgabe des § 18 gestattet werden.

§ 12 Ergänzende Gesundheitshilfen

(1) Die Patientinnen und Patienten, die nicht oder nicht in entsprechendem Umfang krankenversichert sind, haben gegenüber dem Träger der Einrichtung Anspruch auf Krankenbehandlung, Vorsorgeleistungen und sonstige Maßnahmen in entsprechender Anwendung des SGB-V mit Ausnahme der §§ 23, 24, 40, 41 und 76 SGB-V. Bei der Krankenbehandlung nach § 39 SGB-V bestimmt der Träger der Einrichtung das auch unter Sicherheitserfordernissen geeignete Krankenhaus.

(2) Während einer Beurlaubung haben die Patientinnen und Patienten mit Ausnahme einer Notfallbehandlung nur Anspruch auf ärztliche Behandlung und Pflege in der Einrichtung, die die Beurlaubung ausgesprochen hat, und auf Übernahme der Heilbehandlungskosten, die infolge einer Weisung im Rahmen der Lockerung der Unterbringung oder des Urlaubs entstehen, soweit nicht Ansprüche gegen einen Versicherungsträger vorgehen.

§ 13 Religionsausübung

(1) Den Patientinnen und Patienten darf seelsorgerische Betreuung, Teilnahme an Veranstaltungen in der Einrichtung und in angemessenem Umfang Besitz an grundlegenden Schriften und anderen kultischen Gegenständen im Rahmen ihrer Religionsgemeinschaft oder ihres weltanschaulichen Bekenntnisses nicht versagt werden.

(2) Zu religiösen Veranstaltungen einer anderen Religionsgemeinschaft oder eines anderen weltanschaulichen Bekenntnisses, die in der Einrichtung stattfinden, können die Patientinnen und Patienten zugelassen werden, wenn deren Seelsorgerin oder Seelsorger zustimmen.

(3) Aus zwingenden Gründen ihrer Therapie, des geordneten Zusammenlebens und der Sicherheit dürfen die Patientinnen und Patienten von Veranstaltungen in der Einrichtung ausgeschlossen werden. Hiervon ist die Seelsorgerin oder der Seelsorger vorher in Kenntnis zu setzen. Der Besitz an kultischen Gegenständen und Schriften kann aus den in S. 1 genannten Gründen eingeschränkt werden.

§ 14 Arbeit, Einkommen

(1) Die Patientinnen und Patienten sind entsprechend dem Fortschritt ihrer Behandlung und ihren Fähigkeiten zur Mitarbeit, zur eigenen Versorgung und zur Reinigung ihrer Unterkunfts- und Therapieräume anzuhalten. Für eine Tätigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie erhalten die Patientinnen und Patienten eine Arbeitsbelohnung; sie ist vom Träger der Einrichtung unter Berücksichtigung des Arbeitsergebnisses und der Verwertbarkeit festzusetzen. Für eine Arbeit erhalten die Patientinnen und Patienten angemessenes Arbeitsentgelt. Die Höhe der Beträge ist ihnen schriftlich bekanntzugeben.

(2) Die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach Maßgabe des § 10 der Justizverwaltungskostenordnung.

(3) Das Überbrückungsgeld soll nur bis zur Höhe des Betrages gebildet werden, der nach den Vorschriften des BSHG über den Einsatz des Vermögens bei der

Hilfe in besonderen Lebenslagen vom Einsatz oder der Verwertung ausgenommen ist. Das Überbrückungsgeld soll den notwendigen Lebensunterhalt der Patientinnen und Patienten und ihrer Unterhaltsberechtigten für die ersten vier Wochen nach ihrer Entlassung sichern.

(4) Der Barbetrag zur persönlichen Verfügung (Taschengeld) wird wie für psychisch Kranke und seelisch oder geistig Behinderte gezahlt.

(5) Die Einrichtung hat das Überbrückungsgeld zu verzinsen. Die Höhe der Zinsen richtet sich mindestens nach dem Zinssatz für Sparguthaben mit gesetzlicher Kündigungsfrist.

§ 15 Vollstreckungsplan, Einrichtungen

(1) Das für den Maßregelvollzug zuständige Ministerium stellt im Einvernehmen mit dem für die Rechtspflege zuständigen Ministerium nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses und der Träger der Einrichtungen durch Rechtsverordnung einen Vollstreckungsplan für den Maßregelvollzug auf. Darin wird die Zuständigkeit der Einrichtungen geregelt. Es sollen getrennte Gruppen gebildet werden insbesondere für Patientinnen und Patienten, die einer allgemein-psychiatrischen Behandlung bedürfen, die schwere Persönlichkeitsstörungen aufweisen, die einen Hang haben, übermäßig Alkohol oder andere berauschende Mittel zu sich zu nehmen, geistig Behinderte und Patientinnen und Patienten bis zum 24. Lebensjahr.

(2) In eine andere als die im Vollstreckungsplan vorgesehene Einrichtung können Patientinnen und Patienten auch auf ihren Antrag eingewiesen oder durch den Träger der Einrichtung verlegt werden, wenn dies ihrer Therapie, der Eingliederung, der Sicherheit dient oder aus wichtigen Gründen des Zusammenlebens erforderlich ist. Über die Einweisung entscheidet die Vollstreckungsbehörde. Vor einer Verlegung in eine Einrichtung eines anderen Trägers ist die Vollstreckungsbehörde zu hören, im Übrigen ist sie zu unterrichten.

III. Abschnitt. Planung und Gestaltung der Unterbringung

§ 16 Therapie- und Eingliederungsplan

(1) Unverzüglich nach der Aufnahme ist für die Patientinnen und Patienten ein individueller vorläufiger Therapieplan zu erstellen. Spätestens sechs Wochen nach der Aufnahme muss ein individueller Therapie- und Eingliederungsplan vorliegen, der die Persönlichkeit, das Alter, den Entwicklungsstand und die Lebensverhältnisse berücksichtigt. Der Plan ist mit der Patientin oder dem Patienten und der gesetzlichen Vertretung zu erörtern.

(2) Die Therapie- und Eingliederungspläne erstrecken sich vornehmlich auf die Form der Unterbringung, die Zuweisung zu Behandlungsgruppen, medizinische, psychotherapeutische und heilpädagogische Behandlung, Pflege, Unterricht, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Arbeit, Lockerung und die Eingliederung. Die Pläne sind mindestens alle sechs Monate zu überprüfen und dem therapeutischen Fortschritt der Patientinnen und Patienten anzupassen. Insbesondere ist nach einer längeren beanstandungsfreien offenen Unterbringung oder Beurlaubung der Patientinnen und Patienten zu prüfen, ob die Therapie ohne Beeinträchtigung der Sicherheitsbelange in Einrichtungen außerhalb des Maßregelvollzugs oder bei Gewährleistung der notwendigen Nachsorge nach einer Aussetzung der Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung in Verbindung mit Auflagen und Weisun-

gen fortgesetzt werden kann. In geeigneten Fällen soll die Leitung der Einrichtung unverzüglich die Aussetzung der Vollstreckung der Maßregel oder die Umkehrung der Vollstreckungsreihenfolge bei den Vollstreckungsbehörden anregen. Bei der Vollstreckung von Maßregeln nach § 64 StGB hat die Leitung der Einrichtung die Vollstreckungsbehörde unverzüglich zu unterrichten, wenn für einzelne Patientinnen und Patienten eine hinreichende Aussicht auf einen Behandlungserfolg nicht oder nicht mehr besteht.

(3) Spätestens nach Ablauf von jeweils drei Jahren ist zu überprüfen, ob eine Entlassung der Patientinnen und Patienten angeregt werden kann. Die Patientinnen und Patienten sind durch ärztliche oder nichtärztliche Sachverständige zu begutachten. Diese dürfen nicht für die Einrichtung arbeiten. Sie erhalten eine Vergütung unter entsprechender Anwendung des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen. Bei ärztlichen Erstgutachten sollen Zweitgutachten von nichtärztlichen Sachverständigen erstellt werden und umgekehrt. Die Einrichtung teilt das Ergebnis der Begutachtung ihrem Träger und der Vollstreckungsbehörde unverzüglich mit.

(4) Die zuständigen Heilberufskammern führen Listen über Sachverständige, die für die Aufgaben nach Abs. 3 geeignet sind. Sie legen nach Abstimmung mit den Trägern der Einrichtungen und der zuständigen Behörde Qualitätskriterien fest.

§ 17 Behandlung, Hygiene

(1) Die Patientinnen und Patienten erhalten die erforderliche ärztliche, sozial- und psychotherapeutische Behandlung. Die Behandlung ist ihnen zu erläutern. Sie haben die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene zu unterstützen.

(2) Die Behandlung bedarf vorbehaltlich der Regelungen in den Abs. 3 bis 5 der Einwilligung der Patientinnen und Patienten. Können diese bei einer erforderlichen Einwilligung Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten, ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung erforderlich.

(3) Die Behandlung der Patientinnen und Patienten ist ohne ihre ausdrückliche Einwilligung oder die ihrer gesetzlichen Vertretung bei Lebensgefahr, bei schwerwiegender Gefahr für ihre Gesundheit oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen zulässig. Aus zwingenden Behandlungsgründen darf eine Fesselung ärztlich angeordnet werden. Eine Fesselung, die länger als 72 Stunden dauert, bedarf jeweils der Erlaubnis des Trägers der Einrichtung.

(4) Zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene ist die zwangsweise körperliche Untersuchung außer in den Fällen der S. 2 und 3 nur zulässig, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist. Eine zwangsweise Ernährung ist zulässig, wenn dies zur Abwehr einer Gefahr für das Leben oder einer schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten erforderlich ist. Zur Durchführung einer zwangsweisen Ernährung ist das psychiatrische Krankenhaus oder die Entziehungsanstalt nicht verpflichtet, solange von einer freien Willensbestimmung der Patientinnen und Patienten ausgegangen werden kann.

(5) Maßnahmen nach den Abs. 3 und 4, die ohne Einwilligung der Patientinnen und Patienten oder ihrer gesetzlichen Vertretung durchgeführt werden, dürfen nur durch die therapeutische Leitung, bei ihrer Verhinderung durch ihre Vertretung angeordnet und nur durch Ärztinnen oder Ärzte vorgenommen werden. Die Leistung Erster Hilfe ist auch ohne die Voraussetzungen des S. 1 zulässig, wenn eine

Ärztin oder ein Arzt nicht rechtzeitig erreichbar und mit einem Aufschub Lebensgefahr verbunden ist.

§ 18 Maß des Freiheitsentzugs

(1) Dauer und Umfang des Freiheitsentzuges richten sich nach dem Erfolg der Therapie. Sie sind nach Maßgabe des Therapie- und Eingliederungsplans zu überprüfen und anzupassen. Gefährdungen, die von den Patientinnen und Patienten ausgehen können, sind zu berücksichtigen. Vollzugslockerungen dienen grundsätzlich der Erreichung des Behandlungszweckes. Über Vollzugslockerungen und deren Aufhebung entscheidet, soweit nachfolgend nichts anderes geregelt ist, die therapeutische Leitung.

(2) Lockerungen des Vollzugs umfassen insbesondere

1. Ausführung oder Ausgang innerhalb eines Tages,
2. die Beurlaubung,
3. eine regelmäßige Beschäftigung außerhalb der Einrichtung mit und ohne Aufsicht und
4. den offenen Vollzug.

(3) Ausführung und Ausgang können auch aus wichtigem Grund bewilligt werden. Wichtige Gründe können insbesondere die Erledigung familiärer und geschäftlicher Angelegenheiten sowie die Teilnahme an Gerichtsterminen sein.

(4) Lockerungsmaßnahmen können mit Auflagen und Weisungen verbunden werden, insbesondere

1. sich der Aufsicht einer bestimmten Person zu unterstellen,
2. Anordnungen zum Aufenthaltsort und zu Verhaltensweisen außerhalb der Einrichtung zu befolgen und
3. sich an festgelegten Orten und zu festgelegten Zeiten persönlich zu melden.

(5) Vor der Bewilligung von Vollzugslockerungen nach Abs. 2 Nr. 1 bis 4 ist die Vollstreckungsbehörde zu hören, soweit sie es im Aufnahmeersuchen angeordnet hat. Bei Patientinnen und Patienten, die hinsichtlich ihrer Anlaßtat, insbesondere bei Tötungs-, schweren Gewalt- und Sexualdelikten, ihrer Störung und ihres Behandlungsverlaufs besondere Schwierigkeiten bei der Beurteilung ihrer Gefährlichkeit bieten, ist vor ersten Vollzugslockerungen, bei denen eine Aufsicht durch Bedienstete der Einrichtung nicht gewährleistet ist, das Benehmen mit der Vollstreckungsbehörde herzustellen. Soweit erforderlich ist ein kurzes Sachverständigen-gutachten nach Maßgabe des § 16 Abs. 3 einzuholen. Näheres zur Beteiligung der Vollstreckungsbehörde an Lockerungsentscheidungen kann das für den Maßregelvollzug zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für die Rechtspflege zuständigen Ministerium regeln.

(6) Vollzugslockerungen können aufgehoben werden, wenn

1. Umstände eintreten oder nachträglich bekannt werden, die eine Versagung gerechtfertigt hätten,
2. die Patientinnen und Patienten die Lockerung mißbrauchen oder
3. Auflagen und Weisungen nicht nachkommen.

(7) Die Beurlaubung aus Behandlungsgründen unterbricht die Vollstreckung nur, wenn Patientinnen und Patienten sie zu rechtswidrigen Taten mißbrauchen oder sich dem Vollzug entziehen. Bei einer Beurlaubung von insgesamt mehr als 21 Tagen im Kalenderjahr sind der Träger der Einrichtung und die Vollstreckungsbehörde zu unterrichten.

§ 19 Hausordnung

Der Träger der Einrichtung erläßt eine Hausordnung. Er kann diese Aufgabe ganz oder teilweise mit der Maßgabe auf die Einrichtung übertragen, dass diese die Hausordnung mit seiner Zustimmung erläßt. Die Hausordnung soll in leicht verständlicher Sprache nähere Bestimmungen über die persönliche Wahrnehmung der Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten nach diesem Gesetz unter Berücksichtigung der tatsächlichen Verhältnisse der Einrichtung enthalten. Sie ist den Patientinnen und Patienten und ihren Vertrauenspersonen alsbald nach der Aufnahme auszuhändigen und bei Bedarf zu erläutern. Hausordnungen sind der zuständigen Behörde zur Kenntnis zu geben.

§ 20 Allgemeine Sicherungsmaßnahmen, Festnahme

(1) Eingriffe in die Rechte von Patientinnen und Patienten sind schriftlich festzuhalten und zu begründen. Diese Unterlagen können Patientinnen und Patienten, ihre gesetzlichen Vertretungen sowie ihre Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte einsehen. Mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten kann ihre Verteidigung alle Akten einsehen, die in der Einrichtung über sie geführt werden. Stellungnahmen der Verteidigung zum Akteninhalt sind den Akten beizufügen.

(2) Erkennungsdienstliche Maßnahmen sind auf der Grundlage polizei- oder strafprozessrechtlicher Vorschriften zu treffen. Dazugehörige Unterlagen sind getrennt von Personal- und Krankenakten aufzubewahren und werden bei der Entlassung vernichtet.

(3) Halten sich Patientinnen und Patienten ohne Erlaubnis außerhalb der Einrichtung auf, kann diese sie zurückbringen oder festnehmen lassen.

(4) Die Einrichtung berichtet der zuständigen Behörde über Entweichungen, deren Begleitumstände und die veranlassten Maßnahmen zur Wiederergreifung. Eine Entweichung liegt vor, wenn sich Patientinnen und Patienten ohne Erlaubnis aus der Einrichtung entfernt haben oder länger als erlaubt außerhalb der Einrichtung aufhalten.

§ 21 Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Bei einer erheblichen Gefahr für das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung, insbesondere bei Selbstgefährdung oder bei Fluchtgefahr, können Absonderung, Beobachtung bei Nacht, Entzug oder Vorenthaltung von Gegenständen, Entzug oder Beschränkung des Aufenthalts im Freien angeordnet werden, soweit und solange es erforderlich ist.

(2) Die in Abs. 1 genannten besonderen Sicherungsmaßnahmen bedürfen der ärztlichen Mitwirkung und der Überwachung. Jede Absonderung, die länger als eine Woche dauert, bedarf außerdem der Erlaubnis des Trägers.

(3) Maßnahmen nach Abs. 1 sind der Verteidigung, der Rechtsanwältin oder dem Rechtsanwalt oder der gesetzlichen Vertretung der Betroffenen unverzüglich mitzuteilen.

(4) Aus den in Abs. 1 genannten Gründen können auch zwingend erforderliche medizinische und psychotherapeutische Eingriffe vorgenommen werden. § 17 Abs. 5 gilt entsprechend.

§ 22 Unmittelbarer Zwang

(1) Das ärztliche, therapeutische, pflegerische und sonstige mit der Aufsicht betraute Personal der Einrichtung darf unmittelbaren Zwang anwenden, wenn dieser erforderlich ist, um die öffentliche Sicherheit oder Ordnung oder die Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung bei einer erheblichen Gefährdung aufrechtzuerhalten.

(2) Gegen andere Personen als Patientinnen und Patienten darf unmittelbarer Zwang angewendet werden, wenn sie es unternehmen, Patientinnen und Patienten zu befreien oder in den Bereich der Einrichtung widerrechtlich einzudringen oder wenn sie sich trotz Aufforderung zum Verlassen darin weiterhin unbefugt aufhalten.

(3) Unmittelbarer Zwang ist anzudrohen. Die Androhung darf nur dann unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere unmittelbarer Zwang sofort angewendet werden muß, um eine gegenwärtige Gefahr abzuwenden.

(4) Unter mehreren möglichen und geeigneten Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs ist diejenige zu wählen, die den Einzelnen und die Allgemeinheit voraussichtlich am wenigsten beeinträchtigt. Unmittelbarer Zwang hat zu unterbleiben, wenn ein durch ihn zu erwartender Schaden außer Verhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht.

§ 23 Sicherheitsfachkraft

Zur Unterstützung der besonderen Belange der Sicherheit der Einrichtungen bestimmt das für den Maßregelvollzug zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des zuständigen Landtagsausschusses das Nähere insbesondere zur Qualifikation der Sicherheitsfachkräfte, ihrem Aufgaben- und Einsatzbereich sowie den Vorgaben zur Durchführung von Modellvorhaben.

§ 24 Anordnungen

(1) Eine Anordnung darf nicht erteilt oder befolgt werden, wenn dadurch Rechte der Patientinnen und Patienten verletzt oder Straftaten begangen würden. Erteilen oder befolgen Beschäftigte sie dennoch, sind sie hierfür verantwortlich, wenn sie die Rechtsverletzung erkennen oder aus den Umständen hätten folgern müssen.

(2) Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit von Anordnungen sind den Anordnenden oder Vorgesetzten vorzutragen, soweit es nach den Umständen möglich ist.

§ 25 Aufwendungen

(1) Aufwendungen der Einrichtung, die die Patientinnen und Patienten durch unerlaubtes Entfernen, Selbstverletzung, Verletzung anderer Patientinnen und Patienten oder Beschäftigter oder durch Sachbeschädigung verursachen, haben sie zu ersetzen, soweit sie dies zu vertreten haben.

(2) Forderungen dürfen nur so durchgesetzt werden, dass Therapie und Eingliederung der Patientinnen und Patienten nicht behindert werden.

§ 26 Verarbeitung von Daten

Daten von Patientinnen und Patienten dürfen nur erhoben, gespeichert oder ge-

nutzt werden, soweit

1. dies zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlich ist,
2. eine andere Rechtsvorschrift dies erlaubt oder
3. die Patientinnen und Patienten eingewilligt haben.

§ 27 Umgang mit Akten von Patientinnen und Patienten

§ 2 Abs. 1 S. 2, §§ 3, 4 und 6 bis 8 sowie 11 Abs. 2 des Gesetzes zum Schutz personenbezogener Daten im Gesundheitswesen vom 22. 2. 1994 (GV. 84) gelten entsprechend.

§ 28 Übermittlung von Daten

(1) Die Übermittlung von Daten der Patientinnen und Patienten ist zulässig, soweit dies erforderlich ist

1. zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz,
2. zur Erfüllung einer anderen gesetzlichen Pflicht,
3. zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl oder einer sonst unmittelbar drohenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr für Leben, körperliche Unversehrtheit oder persönliche Freiheit der Patientinnen und Patienten oder Dritter,
4. zur Verhütung oder Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten,
5. zur Abrechnung und Durchsetzung von Ansprüchen aufgrund von Maßnahmen nach diesem Gesetz.

Die Übermittlung ist ferner zulässig, wenn eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder soweit die Patientinnen und Patienten im Einzelfall eingewilligt haben.

(2) Als Übermittlung gilt auch die Weitergabe von Daten der Patientinnen und Patienten an Personen in anderen Organisationseinheiten der Einrichtungen oder öffentlichen Stellen, die nicht unmittelbar mit dem Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung befasst sind.

(3) Personen oder Stellen, denen Daten der Patientinnen und Patienten übermittelt werden, dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie ihnen zulässigerweise übermittelt worden sind. Im Übrigen haben sie die Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzvorschriften in demselben Umfang geheimzuhalten wie die übermittelnde Einrichtung oder öffentliche Stelle selbst.

IV. Abschnitt. Zuständigkeiten, Kosten, Aufsicht

§ 29 Zuständigkeiten

(1) Für Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt ist das Land zuständig.

(2) Die Durchführung dieser Aufgabe mit Ausnahme der Errichtung, Änderung und Nutzungsänderung baulicher Anlagen für den Maßregelvollzug kann auf Dritte, auf Private nur teilweise übertragen werden. Soweit das Land von der Übertragungsmöglichkeit keinen Gebrauch macht und keine andere Behörde durch Rechtsverordnung nach § 33 bestimmt, ist der Direktor des Landschaftsverbandes als staatliche Verwaltungsbehörde zuständig. Im Falle des S. 2 haben die Landschaftsverbände die erforderlichen Dienstkräfte und bestehende Einrichtungen zur Verfü-

gung zu stellen; die Kosten hierfür werden nach Maßgabe des § 30 und der darauf beruhenden Rechtsverordnung erstattet.

(3) Eine Übertragung nach Abs. 2 auf juristische Personen des öffentlichen Rechts erfolgt nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses durch Rechtsverordnung der Landesregierung, die Art und Umfang der Behandlung nach § 17 Abs. 1 S. 1 und Unterbringung regelt. Das für den Maßregelvollzug zuständige Ministerium ist berechtigt, Näheres durch öffentlich-rechtlichen Vertrag mit den Übernehmenden zu vereinbaren.

(4) Privaten Trägern können die zur Durchführung bestimmter Aufgaben im Einzelfall erforderlichen hoheitlichen Befugnisse verliehen werden.

(5) Die therapeutische Leitung trifft die Maßnahmen zum Vollzug der Maßregel, soweit in diesem Gesetz oder auf Grund dieses Gesetzes nichts anderes bestimmt ist.

(6) Soweit im Falle des Abs. 2 S. 2 bei der Errichtung, Änderung und Nutzungsänderung baulicher Anlagen von Einrichtungen oder Abteilungen des Maßregelvollzugs Selbstverwaltungsangelegenheiten der Landschaftsverbände berührt sind, sind die nach der Landschaftsverbandsordnung zuständigen Gremien anzuhören.

§ 30 Kosten

(1) Die notwendigen Kosten des Maßregelvollzugs nach diesem Gesetz trägt das Land, soweit nicht Sozialleistungsträger oder die Patientinnen und Patienten zur Erstattung der Kosten beizutragen haben.

(2) Für die Durchführung der Aufgaben nach § 29 Abs. 2 bis 4 erhalten die Träger der Einrichtungen ein jährliches Budget für Personal- und Sachkosten für jede von ihnen betriebene Einrichtung oder Abteilung. Soweit sich Patientinnen und Patienten entsprechend ihrem Therapiefortschritt in Einrichtungen befinden, die weder vollständig noch mit Abteilungen für den Maßregelvollzug zur Verfügung stehen, wird ein pauschaler Aufwendungsersatz pro Unterbringung geleistet.

(3) Das für den Maßregelvollzug zuständige Ministerium wird ermächtigt, nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses im Einvernehmen mit dem für die Rechtspflege zuständigen Ministerium und dem Finanzministerium eine Rechtsverordnung* zu erlassen über

1. die Ermittlung der Pflegesätze der psychiatrischen Krankenhäuser und Entziehungsanstalten des Maßregelvollzugs,
2. die Maßstäbe und Grundsätze des Personalbedarfs,
3. die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Einrichtungen nach Abs. 2 S. 1,
4. die Bemessungsgrundlage für den pauschalen Aufwendungsersatz nach Abs. 2 S. 2 und
5. die Bemessung und Erhebung anteiliger Erstattungsleistungen für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten aus anderen Ländern.

Die Verwaltungsvorschriften zur Durchführung der Abs. 1 bis 3 erlässt das für den Maßregelvollzug zuständige Ministerium im Einvernehmen mit den in S. 1 genannten Ministerien.

(4) Der Landesrechnungshof ist berechtigt, die Verwendung der Landesmittel bei den Trägern der Einrichtungen nach § 91 Landeshaushaltsordnung zu prüfen

* *Finanzierungsverordnung MRV vom 27. 11. 2002 (GV. 608)*

§ 31 Aufsicht und Verantwortung

(1) Die Aufsicht über den Maßregelvollzug führt die oder der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug. Oberste Aufsichtsbehörde ist das für den Maßregelvollzug zuständige Ministerium. Es führt die Dienst- und Fachaufsicht über die oder den Landesbeauftragten und das zugeordnete Personal. Das zuständige Ministerium kann seine Befugnisse allgemein auf die oder den Landesbeauftragten übertragen, es sei denn, eine Übertragung ist nach diesem Gesetz ausgeschlossen.

(2) Soweit der Direktor des Landschaftsverbandes nach § 29 Abs. 2 S. 2 die Aufgabendurchführung als staatliche Verwaltungsbehörde wahrnimmt, untersteht er der Dienst- und Fachaufsicht der oder des Landesbeauftragten. Er hat die Vorgaben der Landesregierung zu beachten und ihr über alle Vorgänge zu berichten, die für sie von Bedeutung sind.

§ 32 Besuchskommissionen

(1) Die Besuchskommissionen nach dem PsychKG vom 2. 12. 1969 (GV. 872) in der jeweils geltenden Fassung sind auch für die Einrichtungen des Maßregelvollzugs zuständig.

(2) Besuche der Besuchskommission und des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe sind von den Trägern der Einrichtungen zu ermöglichen.

§ 33 Durchführungsbestimmungen

Das für den Maßregelvollzug zuständige Ministerium wird ermächtigt, nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses und im Einvernehmen mit dem für Rechtspflege zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung

- die Anforderungen an die Ausstattung der Einrichtung nach § 2,
- die Unterrichtung der Patientinnen und Patienten nach § 6 Abs. 1,
- das Überwachen, Anhalten, Verwahren oder Untersagen von Schreiben, Telegrammen, Paketen, Päckchen, Zeitungen und Zeitschriften nach § 8 Abs. 2 bis 4,
- die Bestellung von Datenschutzbeauftragten insoweit im Benehmen mit dem für den Datenschutz zuständigen Ministerium,
- die Besuchsregelung, Telefongespräche und Telekommunikation nach § 9,
- den Ausschluss von religiösen Veranstaltungen nach § 13 Abs. 3,
- die Verwendung des Überbrückungsgeldes nach § 14 Abs. 3,
- Art und Umfang der Meldungen nach § 20 Abs. 4 und
- die besonderen Sicherungsmaßnahmen nach § 21

zu regeln und die zuständigen Behörden zu bestimmen.* Es erläßt die zu Ausführung dieses Gesetzes notwendigen Verwaltungsvorschriften. § 30 Abs. 3 S. 2 bleibt unberührt.

* *Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten nach dem MRVG vom 23. 12. 2001 (GV.2002, 22)*

§ 34 Grundrechte

Durch dieses Gesetz werden die Grundrechte aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 und 2 (körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person), aus Art. 10 Abs. 1 (Brief, Post- und Fernmeldegeheimnis) und aus Art. 14 Abs. 1 S. 1 (Eigentum) des Grundgesetzes

eingeschränkt. Diese Grundrechte können auch auf Grund dieses Gesetzes eingeschränkt werden.

V. Abschnitt. Aufgaben außerhalb des Maßregelvollzugs, Übergangsvorschrift

§ 35 Unterbringung nach der StPO und dem JGG

Unterbringungen nach §§ 81, 126 a und 453 c in Verbindung mit § 463 Abs. 1 StPO sowie nach §§ 7, 73 JGG erfolgen in geeigneten Einrichtungen. §§ 15, 29 und 30 gelten entsprechend.

§ 36 Übergangsvorschrift

Die Kostenregelungen nach § 22 a sowie der Organisationsplan nach §§ 13 und 24 Nr. 2 MRVG vom 18. 12. 1984 (GV. 14), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. 2. 1994 (GV. 84) gelten für die Landschaftsverbände bis zum Erlass der Rechtsverordnungen nach §§ 15 Abs. 1 und 30 Abs. 3 weiter; sie treten beim Inkrafttreten der entsprechenden Rechtsverordnungen außer Kraft.

VI. Abschnitt. Inkrafttreten

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (Psychischkrankengesetz – PsychKG M-V)

Bekanntmachung der Neufassung des Psychischkrankengesetzes vom 13. 4. 2000 (GVOBl. M-V S. 182), geändert durch Gesetz vom 21. 3. 2001 (GVOBl. M-V. S. 59)

(Quelle: Volckart/Grünebaum 2003, S. 405 ff.)

Präambel

Psychisch Kranke sind vollwertige Bürger unserer Gesellschaft. Akut oder chronisch psychisch Erkrankte haben ein Recht auf Hilfe und Schutz. Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat in der Absicht,

- die Situation der psychisch Kranken zu verbessern,
- ihnen insbesondere diejenigen Hilfen zu gewähren, die sie zur Überwindung ihrer Krankheit und zur Sicherung eines geachteten Platzes in unserer Gesellschaft benötigen, und
- bei einer gegebenenfalls nicht vermeidbaren Unterbringung

in einer geeigneten Einrichtung zu gewährleisten, dass ihre Gesundheit gefördert wird und ihre Rechte weitestgehend erhalten bleiben, das folgende Gesetz beschlossen:

Abschnitt I. Allgemeines

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz regelt

1. Hilfen für psychisch Kranke,
2. Maßnahmen gegenüber psychisch Kranken,
3. die Unterbringung

a) von psychisch Kranken nach diesem Gesetz, soweit das Verfahren nicht in dem Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit geregelt ist,

b) von psychisch Kranken, die nach § 63 Abs. 1, § 64 des Strafgesetzbuches sowie § 7 des Jugendgerichtsgesetzes untergebracht sind.

(2) Psychisch Kranke im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die an einer Psychose, einer psychischen Störung, die in ihren Auswirkungen einer Psychose gleichkommt, oder einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden.

(3) Dieses Gesetz findet auch Anwendung auf geistig behinderte Personen, bei denen ohne Behandlung keine Aussicht auf Besserung besteht.

(4) Die in diesem Gesetz geregelten Hilfen werden auch Personen gewährt, bei denen Anzeichen einer der in Absatz 2 genannten psychischen Erkrankungen bestehen.

§ 2 Fürsorgegrundsatz

Bei allen Maßnahmen aufgrund dieses Gesetzes ist auf das Befinden der psychisch Kranken besonders Rücksicht zu nehmen und ihr Persönlichkeitsrecht zu wahren.

Abschnitt II. Hilfen für psychisch Kranke

§ 3 Ziel der Hilfen

(1) Ziel der Hilfen ist es, durch rechtzeitige und umfassende medizinische und psychosoziale Beratung und persönliche Betreuung sowie durch Vermittlung oder Durchführung geeigneter Maßnahmen, insbesondere von Behandlung, einer Unterbringung der psychisch Kranken entbehrlich zu machen (vorsorgende Hilfen) oder ihnen nach der Unterbringung die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern und eine erneute Unterbringung zu verhindern (nachgehende Hilfen). Die Hilfen werden nach Möglichkeit so erbracht, dass die psychisch Kranken sie in Anspruch nehmen können, ohne ihren gewohnten Lebensbereich aufzugeben.

(2) Die Hilfen sollen ferner bei Personen, die mit psychisch Kranken in Beziehung stehen, Verständnis für die besondere Lage der psychisch Kranken wecken und insbesondere die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung von Schwierigkeiten der psychisch Kranken erhalten und fördern.

(3) Hilfen nach diesem Gesetz werden nur geleistet, wenn sie von den Betroffenen freiwillig angenommen werden.

§ 4 Anspruch auf Hilfen und deren Umfang

(1) Auf die Hilfen nach diesem Gesetz besteht ein Rechtsanspruch. Art, Ausmaß und Dauer der Hilfen richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalls.

(2) Die Hilfen sind von dem Träger dieser Hilfen zu gewähren, sobald bekannt wird, dass eine Person psychisch erkrankt ist oder Anzeichen einer psychischen Erkrankung bestehen.

§ 5 Träger der Hilfen

(1) Die Aufgaben nach den §§ 3 und 4 erfüllen die kreisfreien Städte und Landkreise als Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises. Die Durchführung des Gesetzes obliegt insoweit dem für den Wohnsitz der psychisch kranken Person zuständigen Oberbürgermeister (Bürgermeister) oder Landrat. Das Sozialministerium übt die Fachaufsicht aus.

(2) Die Durchführung von Hilfen kann anderen Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger oder privatrechtlicher Trägerschaft übertragen werden.

§ 6 Sozialpsychiatrischer Dienst

(1) Zur Durchführung der Hilfen ist bei dem Gesundheitsamt ein Sozialpsychiatrischer Dienst einzurichten. Die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes soll einem Arzt für Psychiatrie übertragen werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist mit dem für die Aufgabenstellung angemessenen und bedarfsgerechten psychiatrischen und psychosozialen Fachpersonal auszustatten.

(2) Der Sozialpsychiatrische Dienst und die Einrichtungen, denen die Durchführung der Hilfen übertragen ist, sollen mit den psychiatrischen Krankenhäusern und sonstigen psychiatrischen Einrichtungen, den niedergelassenen Ärzten, den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege,

Selbsthilfegruppen und anderen in Betracht kommenden Organisationen, Einrichtungen und Behörden zur Unterstützung und Ergänzung der eigenen Maßnahmen zusammenarbeiten.

(3) Für den Versorgungsbereich eines psychiatrischen Krankenhauses oder einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses werden Beauftragte (Psychiatriekoordinatoren) bestellt, die in Zusammenarbeit mit den in Absatz 2 aufgeführten Stellen die Betreuung der psychisch Kranken im Versorgungsbereich des Krankenhauses koordinieren. Die Kosten werden von den Landkreisen und kreisfreien Städten des jeweiligen Versorgungsbereichs anteilig entsprechend ihrer Einwohnerzahl getragen. Die Versorgungsbereiche werden durch den Sozialminister im Benehmen mit den kommunalen Landesverbänden im Rahmen eines Psychiatrieplans festgelegt.

§ 7 Durchführung der vorgesehenen Hilfe

(1) Zur Durchführung der vorsorgenden Hilfe sind bei dem Sozialpsychiatrischen Dienst regelmäßig Sprechstunden unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin für Psychiatrie oder mit ausreichender Erfahrung in der Psychiatrie und von Fachpersonal für psychiatrische und psychosoziale Aufgaben abzuhalten. Sie dienen dazu, im Einzelfall festzustellen, ob und in welcher Weise geholfen werden kann und ob eine Beratung Erfolg gehabt hat.

(2) Die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes sollen Hausbesuche vornehmen, wenn dies zur Durchführung der vorsorgenden Hilfe angezeigt ist.

§ 8 Maßnahmen des Gesundheitsamtes

(1) Sind gewichtige Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass eine psychisch kranke Person sich selbst schwerwiegenden persönlichen Schaden zuzufügen oder die öffentliche Sicherheit zu gefährden droht, soll die Person vom Gesundheitsamt aufgefordert werden, dort zu einer Beratung oder ärztlichen Untersuchung zu erscheinen. Die Aufforderung kann wiederholt werden. Folgt die Person der Aufforderung nicht, sollen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes einen Hausbesuch durchführen. Erscheint eine Untersuchung notwendig, so ist diese von einem Arzt im Sinne des § 7 Abs. 1 vorzunehmen. Ist ein Hausbesuch undurchführbar oder nicht angezeigt oder kann während des Hausbesuchs die erforderliche Untersuchung nicht vorgenommen werden, ist die Person erneut aufzufordern, zu einer Beratung oder ärztlichen Untersuchung zu erscheinen.

(2) Die Beauftragten des Gesundheitsamtes gemäß Absatz 1 haben das Recht, zur Verhütung von gegenwärtigen Gefahren für Leben oder Gesundheit der psychisch kranken Person oder für die öffentliche Sicherheit die Wohnung, in der die betreffende Person lebt, zu betreten.

(3) Mit den Aufforderungen nach Absatz 1 und beim Hausbesuch ist der psychisch kranken Person anheim zu stellen, sich wegen der psychischen Erkrankung innerhalb einer zu bestimmenden Frist in die Behandlung eines Arztes nach eigener Wahl zu begeben, den entsprechenden Namen unverzüglich mitzuteilen und diesen Arzt zu ermächtigen, das Gesundheitsamt von der Übernahme der Behandlung zu unterrichten.

(4) Das Gesundheitsamt teilt das Ergebnis der Untersuchung nach Absatz 1 der psychisch kranken Person in geeigneter Weise mit, es sei denn, die Mitteilung wäre mit erheblichen Nachteilen für den Gesundheitszustand der betroffenen Person verbunden. Begibt sich die betroffene Person nach der Untersuchung wegen der

psychischen Erkrankung in ärztliche Behandlung, so teilt das Gesundheitsamt das Untersuchungsergebnis dem Arzt mit. Dem Gesundheitsamt und den beteiligten Behörden wird die Übermittlung der für die Durchführung der notwendigen Maßnahmen erforderlichen personenbezogenen Daten der betroffenen Person im Rahmen der für die jeweilige Behörde anzuwendenden Datenschutzvorschriften auch ohne Einwilligung der betroffenen Person gestattet.

Abschnitt III. Unterbringung

§ 9 Möglichkeiten der Unterbringung

Eine Unterbringung nach diesem Gesetz kommt nur in Betracht, wenn vorsorgende Hilfen und Maßnahmen des Gesundheitsamtes nach § 8 erfolglos waren, nicht durchgeführt werden konnten oder nicht möglich sind und die Voraussetzungen des § 2 vorliegen.

§ 10 Begriff der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung im Sinne von § 1 Abs. 1 Nr. 3 a liegt vor, wenn eine psychisch kranke Person gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein psychiatrisches Krankenhaus, die psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder eine andere geeignete Einrichtung eingewiesen wird und dort verbleibt.

(2) Steht der Betroffene unter elterlicher Sorge oder unter Vormundschaft, so ist der Wille der Personen maßgebend, denen die gesetzliche Vertretung in den persönlichen Angelegenheiten zusteht. Ist für eine psychisch kranke Person ein Betreuer bestellt, so ist dessen Wille maßgebend, wenn sein Aufgabenkreis die Aufenthaltsbestimmung und die Gesundheitsfürsorge umfassen.

§ 11 Voraussetzungen der Unterbringung

(1) Die Unterbringung von psychisch Kranken nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 a ist nur zulässig, wenn und solange durch ihr krankhaftes Verhalten gegen sich oder andere eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für eine Selbstschädigung oder für die öffentliche Sicherheit besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich einer notwendigen ärztlichen Behandlung zu unterziehen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung.

(2) Eine gegenwärtige Gefahr im Sinne von Absatz 1 besteht dann, wenn infolge der Krankheit ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.

§ 12 Ziel der Unterbringung

(1) Ziel der Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 a ist es, die in § 2 genannte Gefahr abzuwenden und die untergebrachte Person nach Maßgabe dieses Gesetzes zu behandeln.

(2) Ziel der Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 b ist die Heilung oder Besserung des Zustandes im Sinne der §§ 136, 137 des Strafvollzugsgesetzes insbesondere durch ärztliche, psychotherapeutische, sozialtherapeutische oder heilpädagogische Maßnahmen sowie die soziale und berufliche Eingliederung.

§ 13 Einrichtungen

(1) Die Unterbringung erfolgt in psychiatrischen Krankenhäusern, psychiatrischen Abteilungen in einem Krankenhaus, für psychisch Kranke geeigneten Heimen oder Teilen solcher Heime (Einrichtungen). Sie wird in Einrichtungen durchgeführt, die durch geeignete Maßnahmen gegen Entweichen der Betroffenen gesichert sind. Eine geeignete Maßnahme kann auch darin bestehen, dem oder der Betroffenen zu untersagen, die Einrichtung zu verlassen.

(2) Das Sozialministerium bestimmt die an der Unterbringung beteiligten Einrichtungen. Sie unterliegt der Fachaufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes. Soweit die Einrichtungen dem Hochschulrecht unterliegen, bleiben die entsprechenden Zuständigkeiten unberührt.

(3) Die an der Unterbringung beteiligten Einrichtungen müssen so gegliedert und ausgestattet sein, dass eine auf die unterschiedlichen Anforderungen abgestimmte Behandlung ermöglicht und die Wiedereingliederung der Betroffenen gefördert wird. Insbesondere müssen die Voraussetzungen für eine offene und geschlossene Unterbringung sowie gegebenenfalls für die gesonderte Behandlung Jugendlicher und Heranwachsender gegeben sein.

(4) Soweit nach diesem Gesetz die Mitwirkung oder die Entscheidung der Einrichtung vorgesehen ist, ist für diese der leitende Arzt verantwortlich.

§ 14 Antragstellung

Die Anordnung einer freiheitsentziehenden Unterbringung durch das Amtsgericht kann nur auf Antrag des örtlich zuständigen Landrats oder Oberbürgermeisters (Bürgermeisters) als Ordnungsbehörde erfolgen. Dem Antrag ist das Zeugnis eines Arztes mit Erfahrung in der Psychiatrie beizufügen. Das Zeugnis muss auf einer persönlichen Untersuchung beruhen, die bei Antragstellung höchstens zwei Wochen zurückliegt.

§ 15 Sofortige Unterbringung

(1) Ergibt sich aus einem ärztlichen Zeugnis, dass auf einer frühestens am Vortage durchgeführten eigenen Untersuchung beruht, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen und kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, so kann der Landrat oder Oberbürgermeister (Bürgermeister) eine sofortige Unterbringung längstens bis zum Ablauf des auf die Unterbringung folgenden Tages anordnen.

(2) Der aufnehmende Arzt in der Einrichtung hat bei der Aufnahme unverzüglich zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Unterbringung vorliegen. Liegen diese nicht vor, so ist der Betroffene unverzüglich zu entlassen und die anordnende Stelle zu informieren.

(3) Die Behörde, die die vorläufige Unterbringung veranlasst hat, hat unverzüglich beim Gericht einen Antrag auf Anordnung der Unterbringung zu stellen. Der Betroffene ist in geeigneter Weise zu unterrichten. Ihm ist Gelegenheit zu geben, Angehörige oder eine sonstige Vertrauensperson zu benachrichtigen. Bei Minderjährigen oder Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, sind die gesetzlichen Vertreter, der Betreuer oder Pfleger zu unterrichten.

(4) Wird eine Unterbringung oder vorläufige Unterbringung nicht bis zum Ablauf des auf den Beginn der sofortigen Unterbringung folgenden Tages durch das Ge-

richt angeordnet, ist der Betroffene unverzüglich zu entlassen, es sei denn, er verbleibt aufgrund einer rechtswirksamen Einwilligung in der Einrichtung. Von der Entlassung sind das Gericht, die in § 16 dieses Gesetzes und in § 70 d des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Personen und Stellen, die einweisende Behörde sowie der Arzt, der oder die psychische Erkrankung vor der Unterbringung behandelt hat, zu benachrichtigen.

(5) Personenbezogene Daten der Betroffenen oder Dritter, die den in Absatz 1 genannten Behörden bei der sofortigen Unterbringung bekannt werden, dürfen nur zum Vollzug dieses Gesetzes und des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit sowie zur Aufklärung von Straftaten verwendet, insbesondere übermittelt oder offenbart werden.

(6) Stellt der behandelnde Arzt während der Unterbringung Tatsachen fest, die über die Zeit der Unterbringung hinaus die Fahrtauglichkeit des Betroffenen so beeinträchtigen könnten, dass dieser selbst oder andere Personen gefährdet werden könnten, hat er der zuständigen Behörde davon Kenntnis zu geben, soweit die Gefahr des Führen eines Kraftfahrzeuges gegenwärtig ist.

§ 16 Anhörung sonstiger Personen

Vor einer Unterbringungsmaßnahme gibt das Gericht neben den in § 70 d des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Personen und Stellen

1. dem Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes und
2. dem behandelnden Arzt der psychiatrischen Klinik oder der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, sofern eine sofortige Unterbringung vorgenommen oder eine vorläufige Unterbringungsmaßnahme angeordnet worden ist, Gelegenheit zur Äußerung.

§ 17 Vollziehung der Unterbringungsanordnung

Die Zuführung zu der Einrichtung wird von dem Landrat oder Oberbürgermeister (Bürgermeister) vollzogen. Verfahrenspfleger und Sozialpsychiatrischer Dienst sollen hinzugezogen werden. Hat der Betroffene eine anwaltliche Vertretung, ist auch diese hinzuzuziehen.

Abschnitt IV. Durchführung der Unterbringung

§ 18 Eingangsuntersuchung

(1) Der ärztliche Leiter der Einrichtung veranlasst, dass der Betroffene sofort nach der Einweisung ärztlich untersucht wird. Hierbei soll die Art der vorzunehmenden Heilbehandlung festgelegt werden.

(2) Ergibt die ärztliche Untersuchung, dass die Voraussetzungen der Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 a nicht mehr vorliegen, hat der ärztliche Leiter der Einrichtung

1. die Behörde, die die Unterbringung veranlasst hat,
2. den vorbehandelnden Arzt,
3. die in § 16 dieses Gesetzes und in § 70 d des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Personen und Stellen und
4. das Gericht unverzüglich zu unterrichten sowie den Betroffenen nach Anhörung der Behörde nach Nummer 1 sofort zu entlassen.

§ 19 Gestaltung der Unterbringung

(1) Die Unterbringung wird unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angeglichen. Dabei sind erforderlichenfalls Sicherheitsinteressen in angemessener Weise zu berücksichtigen. Ein regelmäßiger Aufenthalt im Freien ist zu gewährleisten. Die Bereitschaft des Betroffenen, an der Erreichung des Unterbringungsziels mitzuwirken, soll geweckt und das Verantwortungsbewusstsein für ein geordnetes Zusammenleben gefördert werden.

(2) Während der Unterbringung fördert die Einrichtung die Aufrechterhaltung bestehender und die Anbahnung neuer sozialer Kontakte des oder der Betroffenen, soweit sie der Wiedereingliederung dienen.

§ 20 Finanzielle Regelungen

(1) Während der Unterbringung erhalten die Betroffenen einen Barbetrag zur persönlichen Verfügung, auch soweit sie Leistungen nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes erhalten. Die Verfügung über sonstige Geldbeträge kann eingeschränkt werden, falls dadurch der Zweck der Unterbringung gefährdet wird oder das Zusammenleben in der Einrichtung beeinträchtigt wird.

(2) Geldbeträge, die von den Betroffenen in die Einrichtung eingebracht werden und für das tägliche Leben in der Einrichtung nicht benötigt werden, sind, soweit sie nicht von den gesetzlichen Vertretern oder Betreuern verwaltet werden, von der Einrichtung zu verwahren.

(3) Für Arbeitsleistungen erhalten die Betroffenen ein Arbeitsentgelt. Übt ein Betroffener aus therapeutischen Gründen eine sonstige Beschäftigung aus oder nimmt er an einer heilpädagogischen Förderung, am Unterricht oder an Maßnahmen der Berufsausbildung, der beruflichen Fortbildung oder Umschulung teil, so kann eine Zuwendung gewährt werden.

§ 21 Rechtliche Stellung

Die Betroffenen unterliegen nur den in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen. Ihnen dürfen nur solche Beschränkungen auferlegt werden, die im Hinblick auf den Zweck der Unterbringung oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit der Einrichtung und zum Schutz anderer Betroffener unerlässlich sind.

§ 22 Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur zulässig, wenn die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, dass der Betroffene sich selbst tötet oder ernsthaft verletzt oder gewalttätig wird oder die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen wird und wenn dieser Gefahr nicht anders begegnet werden kann.

(2) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
2. die Wegnahme von Gegenständen,
3. die Absonderung in einen besonderen Raum,
4. die Fixierung.

(3) Jede besondere Sicherungsmaßnahme ist durch die ärztliche Leitung befristet anzuordnen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Vor-

aussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Anordnung und Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Von jeder Anordnung ist der Rechtsanwalt des Betroffenen unverzüglich zu benachrichtigen.

§ 23 Behandlung

(1) Die Betroffenen haben Anspruch auf die notwendige Behandlung und psychosoziale Beratung. Die Behandlung schließt die dazu erforderlichen Untersuchungen sowie Beschäftigungs- und arbeitstherapeutische, heilpädagogische und psychotherapeutische Maßnahmen mit ein. Die Behandlung soll außerhalb der Einrichtung durchgeführt werden, wenn dadurch ihre Erfolgsaussichten verbessert werden. Die Behandlung wegen der Erkrankung, die zu der Unterbringung geführt hat, erfolgt nach einem Behandlungsplan. Der Behandlungsplan soll mit dem Betroffenen und auf seinen Wunsch mit den gesetzlichen Vertretern oder Betreuern erörtert werden.

(2) Behandlungsmaßnahmen bedürfen der Einwilligung des Betroffenen oder der gesetzlichen Vertreter. Ohne Einwilligung darf eine Behandlung nur durchgeführt werden, wenn der Betroffene aufgrund der Krankheit einsichts- oder steuerungsunfähig ist und die Behandlung nicht mit erheblichen Gefahren für Leben oder Gesundheit verbunden ist oder er sich in einem Zustand befindet, in dem ohne sofortige Behandlung eine erhebliche und unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit der kranken Person oder Dritter besteht. Der Rechtsanwalt des Betroffenen ist unverzüglich zu informieren.

(3) Eine Behandlung, die die Persönlichkeit des Betroffenen dauerhaft in ihrem Kernbereich ändern würde, insbesondere ein psychochirurgischer Eingriff, ist unzulässig.

§ 24 Persönliche Habe

(1) Die Betroffenen haben das Recht, ihre persönliche Kleidung zu tragen.

(2) Die Betroffenen haben das Recht, persönliche Gegenstände in ihrem Zimmer aufzubewahren. Dieses Recht kann eingeschränkt werden, wenn gesundheitliche Nachteile zu befürchten sind oder die Sicherheit der Einrichtung oder das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung erheblich gefährdet wird.

§ 25 Religionsausübung

Die Betroffenen sind berechtigt, innerhalb der Einrichtung an Gottesdiensten und sonstigen religiösen Veranstaltungen ihrer Religionsgemeinschaft teilzunehmen, soweit diese angeboten werden. An Veranstaltungen anderer Religionsgemeinschaften können sie teilnehmen, wenn deren Seelsorger oder Seelsorgerin zustimmt.

§ 26 Besuchsrecht und Telefongespräche

(1) Das Recht der Betroffenen, Besuch zu empfangen, darf nur eingeschränkt werden, wenn ihre Gesundheit oder die Sicherheit der Einrichtung durch den Besuch erheblich gefährdet ist.

(2) Ein Besuch darf durch den zuständigen Arzt der Einrichtung abgebrochen werden, wenn durch die Fortsetzung die Sicherheit der Einrichtung gefährdet wird oder gesundheitliche Nachteile für den Betroffenen zu befürchten sind.

(3) Absätze 1 und 2 gelten für das Führen von Telefongesprächen entsprechend.

§ 27 Recht auf Schriftwechsel

(1) Der Schriftwechsel der Betroffenen mit Gerichten, ihrer anwaltlichen Vertretung und der Besuchskommission nach § 31 unterliegt keiner Einschränkung. Dies gilt auch für Schreiben an Volksvertretungen des Bundes und der Länder, an kommunale Vertretungen sowie an deren Mitglieder, an die Aufsichtsorgane der Einrichtung, an den Landesbeauftragten für den Datenschutz, an die Europäische Kommission für Menschenrechte sowie bei ausländischen Staatsangehörigen für Schreiben an die konsularische oder diplomatische Vertretung des Heimatlandes.

(2) Der übrige Schriftverkehr darf durch den behandelnden Arzt eingesehen werden, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Weiterleitung dem Betroffenen gesundheitliche Schäden oder sonstige erhebliche Nachteile zufügen, den Zweck der Unterbringung gefährden oder die Sicherheit der Einrichtung oder anderer Patienten beeinträchtigen könnte.

(3) Schreiben dürfen wegen ihres Inhalts nur angehalten werden, wenn ihre Weiterleitung dem Betroffenen gesundheitliche Schäden oder sonstige erhebliche Nachteile zufügen oder die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung oder die Eingliederung des Betroffenen oder anderer Betroffener nach der Entlassung gefährden würde.

(4) Nach Absatz 3 angehaltene Schreiben sind den gesetzlichen Vertretern des Betroffenen zu übergeben. Ist für den Aufgabenkreis des § 1896 Abs. 4 des Bürgerlichen Gesetzbuches ein Betreuer bestellt, sind sie diesem zu übergeben. Anderenfalls sind die Schreiben an den Absender zurückzugeben oder, wenn dies nicht möglich oder wegen einer zu erwartenden Besserung des Gesundheitszustandes des Betroffenen nicht zweckmäßig ist, für den Betroffenen zu verwahren. Die Verwahrung ist dem Absender und dem Betroffenen mitzuteilen.

(5) Die Absätze 1 bis 5 gelten für Telegramme, Päckchen, Pakete, bildliche Darstellungen und andere Arten der Nachrichtenübermittlung entsprechend.

§ 28 Urlaub

(1) Betroffene können durch die ärztliche Leitung der Einrichtung bis zu zwei Wochen beurlaubt werden, wenn es ihr Gesundheitszustand und die persönlichen Verhältnisse rechtfertigen und ein Missbrauch des Urlaubsrechts nicht zu befürchten ist. Die Beurlaubung kann mit Auflagen, insbesondere der Verpflichtung zur Weiterführung der ärztlichen Behandlung, verbunden werden.

(2) Eine Beurlaubung von mehr als zwei Wochen bedarf

a) bei einer Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 a der vorherigen Anhörung des Landrats oder Oberbürgermeisters (Bürgermeisters),

b) bei einer Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 b der vorherigen Anhörung der Vollstreckungsbehörde. Im Fall des Buchstaben a ist die Beurlaubung dem Gericht mitzuteilen.

(3) Die Beurlaubung soll widerrufen werden, wenn der Betroffene eine Auflage nicht oder nicht vollständig erfüllt hat oder der Gesundheitszustand sich wesentlich verschlechtert hat oder ein Missbrauch des Urlaubsrechts zu befürchten ist.

(4) Von der bevorstehenden Beurlaubung und dem Widerruf der Beurlaubung sind dem Landrat oder Oberbürgermeister (Bürgermeister) und die gesetzlichen Vertreter oder Betreuer oder die Vollstreckungsbehörde rechtzeitig zu unterrichten.

(5) Absatz 1 Satz 1 findet auf stundenweise Beurlaubung (Ausgang) entsprechende Anwendung.

(6) Die Betroffenen können mit Zustimmung der ärztlichen Leistung unter Aufsicht eines Mitarbeiters der Einrichtung das Gelände des Krankenhauses verlassen (Ausführung).

§ 29 Hausordnung

(1) Die Einrichtung erlässt mit Zustimmung des Sozialministeriums eine Hausordnung. Die Hausordnung kann insbesondere Regelungen enthalten über die Einteilung des Tages in Beschäftigungs- und Behandlungszeiten, Freizeit und Ruhezeit, die Ausstattung der Räume mit persönlichen Gegenständen, den Umgang mit den Sachen der Einrichtung, Besuchsregelungen, das Verfahren bei Absendung und Empfang von Schreiben und Paketen, die Telefonbenutzung, die Freizeitgestaltung, ein Rauch-, Alkohol- und Drogenverbot sowie die Verfügung über Geld. Dem Personal der Einrichtung und den Betroffenen ist Gelegenheit zur Mitwirkung zu geben.

(2) Durch die Hausordnung dürfen die Rechte der Betroffenen nicht weiter eingeschränkt werden als nach diesem Gesetz zulässig.

§ 30 Offene Unterbringung

(1) Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, soll die Unterbringung nach Möglichkeit aufgelockert und weitgehend in freien Formen durchgeführt werden, sobald der Zweck der Unterbringung es zulässt.

(2) Die Betroffenen sollen offen untergebracht werden, wenn dies ihrer Behandlung dient, sie den damit verbundenen Anforderungen genügen und nicht zu befürchten ist, dass sie die Möglichkeit der offenen Unterbringung missbrauchen. § 28 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.

Abschnitt V. Besuchskommission

§ 31 Besuchskommission

(1) Für das Land Mecklenburg-Vorpommern werden eine oder mehrere Besuchskommissionen gebildet, die in der Regel ohne Anmeldung mindestens einmal jährlich die Einrichtungen, in denen Personen nach diesem Gesetz untergebracht sind, besuchen und überprüfen, ob die mit der Unterbringung von psychisch Kranken verbundenen Aufgaben erfüllt und die Rechte der Betroffenen gewahrt werden. Dabei ist den Betroffenen Gelegenheit zu geben, Wünsche oder Beschwerden vorzutragen.

(2) Innerhalb von zwei Monaten nach jedem Besuch einer Einrichtung fertigt die Besuchskommission einen Bericht an, der auch die Wünsche und Beschwerden der Betroffenen enthält und zu ihnen Stellung nimmt. Eine Zusammenfassung dieser Berichte übersendet das Sozialministeriums dem Landtag, erstmals zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, sodann mindestens alle zwei Jahre.

(3) Der Besuchskommission gehören an:

1. ein sachkundiger Mitarbeiter des Sozialministeriums,

-
2. ein Arzt für Psychiatrie,
 3. ein Richter,
 4. ein Sozialarbeiter des für den Bereich, in dem die besuchte Einrichtung liegt, zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienstes,
 5. ein Bürger ohne Fachkunde, der von dem für Gesundheit zu ständigen Ausschuss des Landtages bestimmt wird,
 6. ein Vertreter eines Interessenverbandes der Freunde oder Angehörigen psychisch Kranker, der von dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt benannt wird, in deren Zuständigkeit die besuchte Einrichtung liegt. Dem zuständigen Amtsarzt ist Gelegenheit zur Teilnahme an den Besuchen zu geben.
- (4) Der Sozialminister beruft die Mitglieder der Besuchskommission und richtet eine Geschäftsstelle zu deren Aufgabenerfüllung ein auf Vorschlag der kommunalen Landesverbände. Für jedes Mitglied ist mindestens ein Stellvertreter zu berufen.
- (5) Die Mitglieder und ihre Stellvertreter werden für zwei Jahre berufen. Eine erneute Berufung ist zulässig.
- (6) Die Mitglieder der Besuchskommission sind nicht an Weisungen gebunden. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ihre Entschädigung richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften über die Entschädigung der ehrenamtlichen Richter.
- (7) Die Aufsichtspflichten und -rechte der zuständigen Behörden sowie das Recht der Betroffenen, andere Überprüfungs- oder Beschwerdeinstanzen anzurufen, bleiben unberührt.

Abschnitt VI. Beendigung der Unterbringung, Nachgehende Hilfen

§ 32 Beendigung der Unterbringung

Betroffene sind bei Aufhebung der Unterbringungsmaßnahme durch das Gericht und in den Fällen des § 15 Abs. 2 oder Absatz 4 zu entlassen, es sei denn, sie wollen freiwillig in der stationären Behandlung verbleiben.

§ 33 Aussetzung der Unterbringung

(1) Die Aussetzung der Vollziehung einer Unterbringungsmaßnahme nach § 70 k des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit soll mit der Verpflichtung, den Sozialpsychiatrischen Dienst im Rahmen der nachgehenden Hilfe (§ 35) in Anspruch zu nehmen sowie sich in ärztliche Behandlung zu begeben und die ärztlichen Anordnungen zu befolgen, verbunden werden.

(2) Der ärztliche Leiter der Einrichtung hat, nach Abstimmung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, Angaben darüber zu machen, welche nachgehenden Hilfen notwendig sind und ob eine ärztliche Weiterbehandlung erforderlich ist.

§ 34 Vorbereitung der Entlassung

Die Einrichtung benachrichtigt den Sozialpsychiatrischen Dienst, den Stadtrat oder Oberbürgermeister (Bürgermeister) und die gesetzlichen Vertreter rechtzeitig von der bevorstehenden Entlassung. Die Einrichtung teilt dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Einvernehmen mit dem Betroffenen die bereits eingeleiteten Maßnahmen mit und ersucht diesen, unverzüglich für die ambulante Betreuung zu sorgen und nachgehende Hilfen in die Wege zu leiten.

§ 35 Nachgehende Hilfen

(1) Die nachgehende Hilfe hat die Aufgabe, den Personen, die aus der Unterbringung oder einer sonstigen stationären psychiatrischen Behandlung entlassen werden, durch individuelle medizinische und psychosoziale Beratung und Betreuung den Übergang in das Leben außerhalb der Einrichtung und in der Gesellschaft zu erleichtern. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Trägern sozialer Hilfen und den Behörden, um den Betroffenen bei der Beschaffung einer Unterkunft und einer Arbeitsstelle zu helfen.

(2) Ist die Aussetzung der Vollziehung einer Unterbringung nach § 70 k des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit mit Auflagen über eine ärztliche Behandlung und psychosoziale Beratung verbunden, gehört es zur Aufgabe der nachgehenden Hilfe, auf die Einhaltung dieser Auflagen hinzuwirken und insbesondere die Betroffenen über die Folgen einer Unterbrechung der notwendigen ärztlichen Behandlung zu beraten.

§ 36 Mitwirkung bei der Aussetzung der Unterbringung

(1) Ist die Aussetzung der Vollziehung durch das Gericht nach § 70 k des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung abhängig gemacht worden, haben der Betroffene oder die gesetzlichen Vertreter der Einrichtung unverzüglich Namen und Anschrift des behandelnden Arztes mitzuteilen.

(2) Der ärztliche Leiter übersendet dem behandelnden Arzt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst umgehend einen ärztlichen Entlassungsbericht.

Abschnitt VII. Besondere Regelungen für den Maßregelvollzug

§ 37 Unterbringung aufgrund strafrechtlicher Entscheidung

(1) Für die Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b gelten die Vorschriften der Abschnitte IV und V sowie § 35 und die Vorschriften dieses und der folgenden Abschnitte.

(2) Die Maßregeln werden in psychiatrischen Krankenhäusern, psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern, Suchtfachabteilungen oder Suchtfachkliniken (Einrichtungen des Maßregelvollzugs) öffentlich-rechtlicher Träger, die vom Sozialministerium im Einvernehmen mit dem Justizministerium bestimmt werden, nach Maßgabe des § 12 Abs. 2 vollzogen; § 100 Abs. 2 Satz 3 des Landeshochschulgesetzes vom 9. Februar 1994 (GVOBl. M-V S. 293) bleibt unberührt. Geeigneten Einrichtungen in nicht öffentlich-rechtlicher Trägerschaft kann diese Aufgabe vom Sozialministerium im Einvernehmen mit dem Justizministerium durch Beleihung mit hoheitlicher Befugnis widerruflich übertragen werden.

(3) Einrichtungen des Maßregelvollzugs sind durch geeignete Maßnahmen gegen ein Entweichen der Betroffenen zu sichern. Sie müssen so gegliedert oder ausgestaltet sein, dass eine auf eine auf die unterschiedlichen Anforderungen abgestimmte Behandlung ermöglicht wird und das Ziel der Unterbringung im Sinne des § 12 Abs. 2 erreicht wird. Im Übrigen gilt § 13 Abs. 4.

(4) Das Justizministerium überwacht die Einrichtungen des Maßregelvollzugs daraufhin, dass die Anforderungen des Absatzes 3 Satz 1 eingehalten werden und erlässt im Benehmen mit dem Sozialministerium allgemeine Sicherheitsbestim-

mungen. Im Übrigen werden die Einrichtungen des Maßregelvollzugs vom Sozialministerium überwacht. Für die Aufsicht nach den Sätzen 1 und 2 gelten die Regelungen über die Fachaufsicht in den §§ 113, 114 des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 1998 (GVOBl. M-V S. 743) entsprechend.

(5) Abweichend von § 29 wird die Zustimmung zur Hausordnung vom Sozialministerium im Einvernehmen mit dem Justizministerium erteilt.

§ 38 Erkennungsdienstliche Maßnahmen

(1) Zur Sicherung des Vollzugs der Maßregel dürfen Erkennungsdienstliche Maßnahmen angeordnet werden. Zu diesem Zweck können Lichtbilder aufgenommen, äußerliche körperliche Merkmale festgestellt und Messungen an den Betroffenen vorgenommen werden.

(2) Die erkennungsdienstlichen Unterlagen sind, soweit sie nicht zugleich für die Behandlung erforderlich sind, getrennt von den Krankenakten aufzubewahren und bei Entlassung der jeweiligen Betroffenen zu vernichten.

§ 39 Durchsuchungen

(1) Betroffene, ihre Sachen und ihr Wohn- und Schlafbereich dürfen auf Anordnung des zuständigen Arztes auf das Vorhandensein von Gegenständen durchsucht werden, die den Zweck der Unterbringung oder das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung gefährden können. Durchsuchungen dürfen nicht von einem Mitarbeiter allein durchgeführt werden und nur in Gegenwart einer Person, die nicht zu den diesen Betroffenen regelmäßig betreuenden Mitarbeitern gehört. Für die inhaltliche Überprüfung von Schriftstücken gelten die Beschränkungen des § 27 Abs. 1 entsprechend.

(2) Besteht der begründete Verdacht, dass der Betroffene solche Gegenstände im oder am Körper versteckt hat, kann er außerdem durch einen Arzt untersucht werden.

(3) Die ärztliche Leitung kann anordnen, dass Betroffene bei der Aufnahme, bei jeder Rückkehr in die Einrichtung und nach jedem Besuch zu durchsuchen oder zu untersuchen sind.

§ 40 Weitere Einschränkungen

(1) Abweichend von § 22 Abs. 1 sind besondere Sicherungsmaßnahmen zulässig, sobald die Gefahr besteht, dass der Betroffene sich selbst tötet oder ernsthaft verletzt oder gewalttätig wird oder die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen wird, und dieser Gefahr nicht anders begegnet werden kann. Besondere Sicherungsmaßnahmen dürfen nur durch den zuständigen Arzt der Einrichtung angeordnet werden. § 22 Abs. 3 ist nicht anzuwenden.

(2) Abweichend von § 26 kann ein Besuch davon abhängig gemacht werden, dass sich der Besucher durchsuchen lässt und Gegenstände, die den Zweck der Unterbringung oder das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung gefährden können, für die Dauer des Besuchs abgibt. Besuche und Telefongespräche dürfen zu dem Zweck überwacht werden, dass durch sie der Zweck der Unterbringung oder das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung nicht gefährdet werden. Wird eine solche Gefährdung erkennbar, so können Besuche und Telefongespräche untersagt oder abgebrochen werden. Die beabsichtigte Überwachung eines Tele-

fongesprächs ist den Gesprächspartnern vor dem Gespräch mitzuteilen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Besuche von Rechtsanwälten und Notaren in einer Rechtssache und für Telefongespräche mit diesen Personen.

(3) Abweichend von § 27 dürfen Briefe, Päckchen und Pakete in Anwesenheit des Betroffenen stets daraufhin kontrolliert werden, ob sie Gegenstände enthalten, die den Zweck der Unterbringung oder das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung gefährden können.

(4) Gegenstände, die den Zweck der Unterbringung oder das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung gefährden können, dürfen dem Betroffenen für die Dauer der Unterbringung weggenommen werden.

(5) Soweit das Gesetz keine besondere Regelung enthält, dürfen den Betroffenen und Besuchern zusätzlich Einschränkungen auferlegt werden, die für die Sicherheit der Einrichtung oder zur Abwendung einer schwerwiegenden Gefährdung des geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung unerlässlich sind. Über nach Satz 1 getroffene Maßnahmen ist dem Justizministerium und dem Sozialministerium innerhalb von drei Tagen zu berichten.

§ 41 Verwertung von Erkenntnissen

Erkenntnisse aus einer Überwachung der Besuche, des Schriftverkehrs, der Telefongespräche, der Pakete oder der sonstigen Nachrichtenübermittlung dürfen außer für den mit der Überwachung verfolgten Zweck nur für die Behandlung des Betroffenen und zur Abwehr von Gefahren für die Sicherheit und das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung verwendet werden. Die Erkenntnisse dürfen außerdem Polizeidienststellen mitgeteilt werden, soweit konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine der in § 138 Abs. 1 des Strafgesetzbuches aufgeführten Straftaten oder eine gefährliche oder schwere Körperverletzung, eine Kindesentziehung, eine Freiheitsberaubung, ein besonders schwerer Fall des Diebstahls, eine Erpressung, eine gemeinschädliche Sachbeschädigung oder eine Straftat nach dem Betäubungsmittelgesetz begangen werden soll.

Abschnitt VIII. Unmittelbarer Zwang

§ 42 Unmittelbarer Zwang

(1) Soweit es die Durchführung der Maßnahmen nach diesem Gesetz gebietet, sind Ärzte der Einrichtungen befugt, unmittelbaren Zwang anzuwenden. Soweit es erforderlich ist, können sie diese Befugnis im Einzelfall auf andere Bedienstete der Einrichtung übertragen.

(2) Gegenüber anderen Personen als den Betroffenen darf unmittelbarer Zwang angewendet werden, wenn sie es unternehmen, Betroffene zu befreien, oder wenn sie unbefugt in den Bereich der Einrichtung eindringen oder sich unbefugt dort aufhalten.

(3) Das Recht zur Anwendung unmittelbaren Zwanges aufgrund anderer Vorschriften bleibt unberührt.

Abschnitt XI. Datenschutz, Akteneinsicht

§ 43 Personenbezogene Daten

(1) Für die Verarbeitung personenbezogener Daten der Betroffenen oder Dritter gelten die Vorschriften des Landesdatenschutzgesetzes und des Landeskrankenhausesgesetzes, soweit nicht in den folgenden Absätzen abweichende oder ergänzende Regelungen getroffen werden.

(2) Personenbezogene Daten der Betroffenen und Dritter, insbesondere Angehöriger und gesetzlicher Vertreter, dürfen durch die einweisende Behörde, den Sozialpsychiatrischen Dienst, das Gesundheitsamt und die Einrichtung verarbeitet werden, soweit es für die Gewährung von Hilfen, für die ordnungsgemäße Unterbringung und Behandlung einschließlich der Abwehr von Gefahren für die Sicherheit und das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung und für die Wiedereingliederung der Betroffenen nach der Entlassung erforderlich ist. Bei Unterbringungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b gilt dies auch für das Justizministerium.

(3) Im Rahmen der Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 b sind Ärzte, Psychologen, Gerichte und Behörden befugt, der Einrichtung Strafurteile, staatsanwaltliche Ermittlungssachverhalte, psychiatrische und psychologische Gutachten aus gerichtlichen oder staatsanwaltlichen Verfahren, den Lebenslauf und Angaben über die bisherige Entwicklung sowie Angaben über Krankheiten, Körperschäden und Verhaltensauffälligkeiten des Betroffenen zu übermitteln, es sei denn, dass Rechtsvorschriften außerhalb der allgemeinen Regelung über die Berufs- und Amtsverschwiegenheit dies untersagen.

(4) Im Rahmen der Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 b darf die Einrichtung listenmäßig erfassen und speichern, welche Personen zu welchem Zeitpunkt und zu welchem Zweck die Einrichtung betreten oder verlassen haben.

(5) Die beteiligten Stellen dürfen die gemäß Absatz 2 erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten für die Einleitung oder Durchführung eines Verfahrens nach dem Betreuungsgesetz an die zuständigen Behörden und Gerichte übermitteln soweit es für das Verfahren erforderlich ist. Insoweit dürfen diese Daten auch für die Erstellung eines psychiatrischen oder psychologischen Gutachtens verwendet werden.

(6) Soweit die nach Absatz 2 gespeicherten Daten nicht in Krankenakten aufgenommen worden sind, sind sie spätestens zwei Jahre nach Beendigung der Unterbringung zu löschen. Nach Absatz 4 gespeicherte Daten sind unmittelbar nach der Entlassung der Betroffenen, auf die sie sich beziehen, zu löschen. Soweit ein solcher Bezug nicht besteht, sind diese Daten spätestens ein Jahr nach der Speicherung zu löschen.

§ 44 Bekanntgabe und Begründung von Anordnungen, Akteneinsicht

(1) Entscheidungen und Anordnungen im Rahmen der Unterbringung sind den Betroffenen unverzüglich bekannt zu geben und, soweit es der gesundheitliche Zustand des Betroffenen zulässt, zu erläutern. Sie sind in den jeweiligen Krankenakten zu vermerken und zu begründen. Soweit Entscheidungen oder Anordnungen schriftlich ergehen, erhalten die jeweiligen gesetzlichen Vertreter eine Abschrift.

(2) Die Betroffenen und ihre gesetzlichen Vertreter erhalten auf Verlangen unentgeltlich Auskunft über die zur Person der Betroffenen gespeicherten Daten sowie

Einsicht in die über sie geführten Akten. Den Betroffenen können Auskunft und Einsicht verweigert werden, wenn eine Verständigung mit ihnen wegen ihres Gesundheitszustandes nicht möglich ist. Ist bei einer vollständigen Auskunft oder Einsichtnahme mit schwerwiegenden gesundheitlichen Nachteilen bei den Betroffenen zu rechnen, so soll der behandelnde Arzt die entsprechenden Inhalte unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes an den Betroffenen vermitteln. Die Verweigerung von Auskunft oder Einsicht ist mit einer Begründung in den Akten zu vermerken.

Abschnitt X. Kosten, Schlussvorschriften

§ 45 Kosten

(1) Die Kosten der Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 a und der nach diesem Gesetz erforderlichen Untersuchungen tragen die Betroffenen, soweit nicht ein Träger von Sozialleistungen oder sonstige Dritte, insbesondere Unterhaltspflichtige, zur Kostentragung verpflichtet sind.

(2) Die Kosten einer sofortigen Unterbringung nach § 15 sind vom Land zu tragen, wenn der Antrag auf Anordnung einer Unterbringungsmaßnahme abgelehnt oder zurückgenommen wird oder aus anderen Gründen seine Erledigung findet und die Voraussetzungen für eine Unterbringungsmaßnahme von Anfang an nicht vorgelegen haben.

(3) Die Kosten einer Unterbringung nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b trägt das Land, soweit nicht ein Träger von Sozialleistungen zur Gewährung von gleichartigen Leistungen verpflichtet ist oder der Betroffene zu den Kosten beizutragen hat.

§ 46 Einschränkung von Grundrechten

Durch dieses Gesetz werden die Grundrechte auf Freiheit der Person und auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes), auf Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) und auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

§ 47 Verwaltungsvorschriften

Die Verwaltungsvorschriften zur Ausführung dieses Gesetzes erlässt das Sozialministerium. § 37 Abs. 4 Satz 1 bleibt unberührt.

§ 48 Inkrafttreten, Außerkrafttreten von Vorschriften

(1) Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt das Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke vom 2. Juni 1968 (GB1. DDR I S. 273) außer Kraft.

Anmerkung: § 48 bezieht sich auf das Inkrafttreten des Gesetzes in seiner ursprünglichen Fassung, das am 17. 6. 1993 in Kraft trat.

Strafvollzugsstatistik

Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt
aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte
(Maßregelvollzug)



Stand: 19.12.2007

Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen am 19.12.2007

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung können Sie direkt beim Statistischen Bundesamt erfragen:
Gruppe VI B, Telefon: +49 (0) 611/ 75-4114; Fax: +49 (0) 611/ 75-3977 oder E-Mail:
rechtspflegestatistik@destatis.de

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt

Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt
aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte
(Maßregelvollzug)

1 Geschäftsentwicklung

(Bestand am 1.1. und 31.12. des Berichtsjahres sowie Zu- und Abgänge im Berichtsjahr)

1.1 Geschäftsentwicklung seit 1987

1.2 Geschäftsentwicklung 2006 nach Ländern

2 Aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte, jeweils zum 31. März

- 1970 bis 2007, jeweils zum Stichtag 31. März

- Stichtag 31. März 2007 nach Ländern, Alter und Geschlecht

Begriffe

Die Maßregelvollzugsstatistik erstreckt sich auf die Personen, gegen die aufgrund einer Straftat strafrichterlich als Maßregel der Besserung und Sicherung Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (gemäß § 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (gemäß § 64 StGB) angeordnet wurde. In die Erhebung sind auch Unterbringungen nach Bestimmungen wie etwa § 93a JGG, die auf die entsprechenden Vorschriften des StGB verweisen, mit einbezogen.

Die Unterbringung erfolgt in Anstalten außerhalb des Justizvollzugs; in der Regel sind sie der Sozial- oder Gesundheitsverwaltung der Länder zugeordnet. Berichtspflichtig für die Statistik sind die Leiter der jeweiligen Einrichtungen.

Die Erhebung erfolgt gemäß den Vordrucken St 1 A und St 1 B der Vollzugsgeschäftsordnung (VGO). Der Bestand und die Bestandsveränderung eines Jahres sind mit Vordruck **St 1 A** zu erheben. Die entsprechenden Ergebnisse werden in dieser Veröffentlichung in Tabelle 1 präsentiert.

Zum Bestand sollen alle Personen erfasst werden, die sich im Vollzuge einer Maßregel der Besserung und Sicherung befinden, auch wenn sie die Anstalt für eine kurze Zeit - z. B. Urlaub - verlassen haben. In den psychiatrischen Krankenhäusern werden dabei - im Gegensatz zu der Stichtagserhebung nach Berichtsvordruck B - auch die nach § 126a StPO einstweilig Untergebrachten zu zählen.

Als Zugang ist zu zählen, wer in die Anstalt zum Vollzuge einer Maßregel der Besserung und Sicherung - z.B. bei Verlegung oder in Widerrufsfällen auch zum weiteren Vollzuge - eintritt. Als Abgang ist zu zählen, wer aus der Anstalt infolge Beendigung der Unterbringung (z.B. Ablauf der Unterbringungsfrist, Aufhebung der Maßregel) bedingt, wegen Verlegung oder durch Tod ausscheidet. Unter bedingter Entlassung ist hier neben Entlassung aus der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus nur eine Entlassung zu verstehen, die vor Ablauf der zulässigen Höchstdauer der Unterbringung erfolgt. Bei den Zahlen dieser Zelle handelt es sich um "Darunter"-Zahlen.

Mit Vordruck **St 1 B** wird jährlich zum Stichtag 31.3. die demographische Struktur der strafrichterlich Untergebrachten nach Alter, Geschlecht und Familienstand beschrieben. Hierbei sind die einstweilig Untergebrachten nach § 126a StPO nicht mit einbezogen. Die Ergebnisse der Statistik nach St 1 B werden in Tabelle 2 dieser Veröffentlichung dargestellt.

Gebietsstand

Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die Ergebnisse auf das frühere Bundesgebiet einschließlich Berlin-West, seit 1995 einschl. Gesamt-Berlin. Flächendeckende Angaben für die neuen Länder liegen nicht vor.

**Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt
aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte 2006**

Art der strafrechtlich angeordneten Unterbringung	Bestand am 1.1.		Zugang 1)		Abgang 2)				Bestand am 31.12.	
	insgesamt	dar. weiblich	insgesamt	dar. weiblich	zusammen	dar. weiblich	dar. bedingte Entlassungen		insgesamt	dar. weiblich
							insgesamt	dar. weiblich		
Baden-Württemberg										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	574	43	92	9	119	11	58	6	547	41
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	248	18	159	13	170	12	27	2	237	19
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	120	8	81	3	84	6	19	2	117	5
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	69	12	113	15	93	14	5	1	89	13
Untergebrachte insgesamt	891	73	364	37	382	37	90	9	873	73
Bayern										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	1 030	48	178	10	223	16	71	1	985	42
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	814	79	701	51	701	51	165	9	814	79
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	559	55	439	27	454	32	117	7	544	50
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	227	47	284	24	182	15	13	1	329	56
Untergebrachte insgesamt	2 071	174	1 163	85	1 106	82	249	11	2 128	177
Berlin										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	442	42	73	10	55	4	37	3	460	48
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	75	3	50	2	47	1	14	-	78	4
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	36	-	28	1	27	-	10	-	37	1
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	56	7	95	15	107	17	83	11	44	5
Untergebrachte insgesamt	573	52	218	27	209	22	134	14	582	57
Bremen										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	81	1	14	2	13	-	6	-	82	3
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	19	-	20	1	18	-	17	-	21	1
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	8	-	9	-	7	-	7	-	10	-
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	16	4	25	3	20	4	6	2	21	3
Untergebrachte insgesamt	116	5	59	6	51	4	29	2	124	7

1) Nicht nur Erstaufnahmen.

2) Nicht nur Entlassungen in die Freiheit.

3) Ohne einstweilige Unterbringung.

Quelle: Maßregelvollzugsstatistik (Tabelle St 1 A)

noch: Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt
aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte 2006

Art der strafrechtlich angeordneten Unterbringung	Bestand am 1.1.		Zugang 1)		Abgang 2)				Bestand am 31.12.	
	insgesamt	dar. weiblich	insgesamt	dar. weiblich	zusammen	dar. weiblich	dar. bedingte Entlassungen		insgesamt	dar. weiblich
							insgesamt	dar. weiblich		
Hamburg										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	154	13	27	6	10	1	10	1	171	18
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	39	3	22	2	18	1	10	-	43	4
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	27	2	9	1	13	-	7	-	23	3
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	16	1	24	3	33	4	5	-	7	-
Untergebrachte insgesamt	209	17	73	11	61	6	25	1	221	22
Hessen										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	400	33	58	4	26	1	-	-	432	36
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	220	16	126	13	124	15	-	-	222	14
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	190	10	85	11	79	12	-	-	196	9
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	66	6	98	9	101	8	-	-	63	7
Untergebrachte insgesamt	686	55	282	26	251	24	-	-	717	57
Niedersachsen										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	831	47	129	5	128	5	5	-	832	47
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	282	7	226	11	199	6	23	-	309	12
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	127	3	91	7	68	3	-	-	150	7
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	80	10	114	13	110	15	-	-	84	8
Untergebrachte insgesamt	1 193	64	469	29	437	26	28	-	1 225	67
Nordrhein-Westfalen										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	1 589	90	362	23	304	18	1	-	1 647	95
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	512	9	374	28	345	20	5	-	541	17
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	304	9	224	17	226	15	-	-	302	11
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	97	9	200	26	205	25	-	-	92	10
Untergebrachte insgesamt	2 198	108	936	77	854	63	6	-	2 280	122

1) Nicht nur Erstaufnahmen.

2) Nicht nur Entlassungen in die Freiheit.

3) Ohne einstweilige Unterbringung.

Quelle: Maßregelvollzugsstatistik (Tabelle St 1 A)

noch: Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt
aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte 2006

Art der strafrechtlich angeordneten Unterbringung	Bestand am 1.1.		Zugang 1)		Abgang 2)				Bestand am 31.12.	
	insgesamt	dar. weiblich	insgesamt	dar. weiblich	zusammen	dar. weiblich	dar. bedingte Entlassungen		insgesamt	dar. weiblich
							insgesamt	dar. weiblich		
Rheinland-Pfalz										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	351	17	24	2	39	1	5	-	336	18
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	195	2	97	2	59	-	6	-	233	4
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	126	-	62	2	38	-	2	-	150	2
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	69	7	42	-	20	1	4	-	91	6
Untergebrachte insgesamt	615	26	163	4	118	2	15	-	660	28
Saarland										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	147	9	10	3	23	2	-	-	134	10
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	21	1	12	-	4	-	-	-	29	1
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	7	2	14	1	10	2	-	-	11	1
Untergebrachte insgesamt	175	12	36	4	37	4	-	-	174	12
Schleswig-Holstein										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	244	14	17	-	21	1	18	-	240	13
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	39	3	38	2	26	4	9	3	51	1
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	14	1	23	1	13	1	-	-	24	1
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	11	-	26	6	18	2	-	-	19	4
Untergebrachte insgesamt	294	17	81	8	65	7	27	3	310	18
Früheres Bundesgebiet einschl. Berlin										
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	5 843	357	984	74	961	60	211	11	5 866	371
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	2 464	141	1 825	125	1 711	110	276	14	2 578	156
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht.....	1 511	88	1 051	70	1 009	69	162	9	1 553	89
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	714	105	1 035	115	899	107	116	15	850	113
Untergebrachte insgesamt	9 021	603	3 844	314	3 571	277	603	40	9 294	640

1) Nicht nur Erstaufnahmen.

2) Nicht nur Entlassungen in die Freiheit.

3) Ohne einstweilige Unterbringung.

Quelle: Maßregelvollzugsstatistik (Tabelle St 1 A)

noch: Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt
aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte 2006

Art der strafrechtlich angeordneten Unterbringung	Bestand am 1.1.		Zugang 1)		Abgang 2)				Bestand am 31.12.	
	insgesamt	dar. weiblich	insgesamt	dar. weiblich	zusammen	dar. weiblich	dar. bedingte Entlassungen		insgesamt	dar. weiblich
							insgesamt	dar. weiblich		
nachrichtlich:	Mecklenburg-Vorpommern									
Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) 3)	146	4	29	-	24	2	5	1	151	2
Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)	72	5	43	-	43	2	17	-	72	3
dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht	27	2	19	-	17	1	5	-	29	1
Einstweilige Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus bzw. Entziehungsanstalt (§ 126a StPO)	12	-	30	2	28	-	-	-	14	2
Untergebrachte insgesamt	230	9	102	2	95	4	22	1	237	7

1) Nicht nur Erstaufnahmen.

2) Nicht nur Entlassungen in die Freiheit.

3) Ohne einstweilige Unterbringung.

Quelle: Maßregelvollzugsstatistik (Tabelle St 1 A)

**Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt
aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte am 31.3. nach Alter und Familienstand *)**

Früheres Bundesgebiet ¹⁾

Jahr Land Alter Familienstand	Psychiatrisches Krankenhaus und Entziehungsanstalt zusammen			Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB) ²⁾		Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) ³⁾ dar. Entziehungsfälle ohne Trunksucht			
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	weiblich	zu- sammen		zusammen	
						zusammen	weiblich	zusammen	weiblich
1970	4 401	4 156	245	4 222	240	179	5	18	2
1975	3 677	3 508	169	3 494	164	183	5	30	2
1980	3 237	3 074	163	2 593	102	644	61	184	29
1985	3 462	3 294	168	2 472	104	990	64	302	41
1990	3 649	3 496	153	2 489	95	1 160	58	315	27
1995	4 275	4 107	168	2 902	111	1 373	57	537	35
1996	4 233	4 078	155	2 956	119	1 277	36	491	17
1997	4 579	4 370	209	3 216	145	1 363	64	535	33
1998	5 068	4 837	231	3 539	166	1 529	65	619	38
1999	5 495	5 227	268	3 838	195	1 657	73	758	43
2000 4)	5 872	5 554	318	4 098	223	1 774	95	789	46
2001 4)	6 219	5 886	333	4 297	257	1 922	76	985	35
2002	6 550	6 166	384	4 462	263	2 088	121	960	64
2003	7 399	6 944	455	5 118	322	2 281	133	1 189	94
2004	7 802	7 353	449	5 390	334	2 412	115	1 379	68
2005	8 113	7 636	477	5 640	356	2 473	121	1 409	60
2006	8 536	7 993	543	5 917	393	2 619	150	1 582	90
2007	8 664	8 089	575	6 061	413	2 603	162	1 486	92
darunter 2007:									
Wiederholungsfälle	453	430	23	346	20	107	3	50	2
Widerrufsfälle	279	261	18	227	17	52	1	24	1
2007 nach Ländern									
Baden-Württemberg	827	753	74	575	48	252	26	106	5
Bayern	1 942	1 788	154	1 121	79	821	75	523	48
Berlin	531	484	47	450	43	81	4	36	1
Bremen	101	97	4	79	3	22	1	10	-
Hamburg	217	196	21	174	17	43	4	19	2
Hessen	652	596	56	438	39	214	17	164	15
Niedersachsen	1 169	1 103	66	853	53	316	13	139	9
Nordrhein-Westfalen	2 179	2 071	108	1 657	93	522	15	300	9
Rheinland-Pfalz	596	576	20	338	16	258	4	165	2
Saarland	160	149	11	133	9	27	2	-	-
Schleswig-Holstein	290	276	14	243	13	47	1	24	1
nachrichtlich:									
Mecklenburg-Vorpommern	222	212	10	153	7	69	3	34	2
2007 nach Alter (von ... bis unter ... Jahren)									
unter 25	830	768	62	505	39	325	23	205	14
25 - 30	1 411	1 328	83	789	48	622	35	431	25
30 - 40	2 697	2 540	157	1 814	111	883	46	555	32
40 - 50	2 438	2 258	180	1 861	141	577	39	245	17
50 - 60	915	848	67	747	50	168	17	42	4
60 - 70	291	270	21	265	19	26	2	7	-
70 und mehr	82	77	5	80	5	2	-	1	-
2007 nach Familienstand									
ledig	5 959	5 653	306	4 347	237	1 612	69	986	41
verheiratet	772	689	83	452	52	320	31	175	20
verwitwet	130	106	24	105	18	25	6	6	1
geschieden	901	817	84	565	52	336	32	135	15
ohne Angabe	902	824	78	592	54	310	24	184	15

*) Ohne einstweilige Unterbringung.

1) Einschl. Berlin-West, seit 1996 einschl. Gesamt-Berlin.

2) Für 1970 Anordnungen aufgrund § 42b StGB.

3) Für 1970 Anordnungen aufgrund § 42c StGB.

4) Für Rheinland-Pfalz Ergebnisse aus 1999.

Quelle: Maßregelvollzugsstatistik St 1 B.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: „Zuordnung der psychiatrisch-psychologischen Diagnosen zu den juristischen Kategorien §§ 20,21 StGB“	20
Tabelle 2: „Untersuchungen zur Rückfälligkeit nach Entlassung aus einer Unterbringung nach § 63“	52
Abbildung 1: „Die Organisationsstruktur der Klinik für Forensische Psychiatrie“	83

Literaturverzeichnis

- Bargfrede, Hartmut: Enthospitalisierung forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten. Bonn 1999.
- Bosshard, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bonn 2007.
- Böhnisch, Lothar: Abweichendes Verhalten. Eine pädagogisch- soziologische Einführung. Weinheim 1999.
- Brill, Karl-Ernst/ Marschner, Rolf: Psychisch Kranke im Recht. Ein Wegweiser. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bonn 2005.
- Clausen, Jens/ Dresler, Klaus-D./ Eichenbrenner, Ilse: Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. 2., aktualisierte Auflage. Freiburg im Breisgau 1997.
- Dörner, Klaus u.a.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 3. korrigierte Auflage, Bonn 2007.
- Dörr, Margret: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München 2005.
- Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt/Main. 1976.
- Goffmann, Erving: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/Main.1972.
- Gorynia, Michaela: Sozialarbeit in der Forensik: Was ist sie, was kann sie und was kann sie sein? In: Duncker, Dimmek, Klutting, Kobbe: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattsschriften. Lengerich u.a. 2005.

-
- Hahn, Gernot: Sozialarbeit im Maßregelvollzug: Auf dem Weg zur Forensischen Sozialarbeit? In: Duncker, Dimmek, Klutting, Kobbe: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattsschriften. Lengerich u.a. 2005.
- HANSE-Klinikum Stralsund. Klinik für Forensische Psychiatrie: Sozialdienst. In: "...es ist eine lange Zeit!" Dokumentation – 20 Jahre Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund. Stralsund. 2007.
- Hax-Schoppenhorst, Thomas/ Schmidt-Quernheim, Friedhelm: Professionelle forensische Psychiatrie. Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe. Bern 2003.
- Kinzig, Jörg: Maßregeln der Besserung und Sicherung. In: Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.). 6. Auflage. Baden-Baden 2007.
- Krüger, Hans-Ludwig et al.: Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. 5 Bde., Darmstadt 2006.
- Kunze, Heinrich/ Kaltenbach, Ludwig (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung. 5. Auflage. Stuttgart 2005.
- Leeder, Frank: Forensische Nachsorge. In: "...es ist eine lange Zeit!" Dokumentation – 20 Jahre Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund. Stralsund, 2007.
- Moggi, Franz/ Donati, Ruth: Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen u.a. 2004.
- Nedopil, Norbert: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart 2007.

Otto, Hans-Uwe et al.: Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3.Auflage.
München 2005.

Rahn, Ewald/ Mahnkopf, Angela: Lehrbuch Psychiatrie für Beruf und Studium.
3., neu bearbeitete Auflage. Bonn 2005.

Rasch, Wilfried/ Konrad, Norbert: Forensische Psychiatrie. 3., überarbeitete und
erweiterte Auflage. Stuttgart 2004.

Saß, Henning et al.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer
Störungen. DSM-IV-TR. Göttingen u.a. 2003.

Schaumburg, Cornelia: Basiswissen: Maßregelvollzug. Bonn 2005.

Stascheit, Ulrich: Gesetze für Sozialberufe. 15. Auflage. Baden-Baden 2007.

Stiels-Glenn, Michael: Editorial Forensische Sozialarbeit. In: Duncker, Dimmek,
Klutting, Kobbe: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstatt-
schriften. Lengerich u.a. 2005.

Strafvollzugsgesetz. 18. Auflage 2007.

Strafgesetzbuch. 45. Auflage 2008.

Strafprozessordnung. 44. Auflage 2008.

Volckart, Bernd/ Grünebaum, Rolf: Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzuges der
Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus
und in einer Entziehungsanstalt. 6. Auflage. München, Neuwied 2003.

Vollmoeller, Wolfgang: Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in
Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik. Stuttgart 1998.

von der Haar, Michael: Quo vadis Forensische Psychiatrie? In: Duncker, Dimmek, Klutting, Kobbe: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstatt-schriften. Lengerich u.a. 2002.

Weltgesundheitsorganisation: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern 2006.

Wendt, Wolf Rainer: Fachsozialarbeit als plurales Konzept. Professionelle Sozialarbeit auf dem Weg in die Spezialisierung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 149. Jg. (2002) H. 4, S. 151-152.

Wienand, Manfred/ Wienand, Monika: Maßregelvollzug. In: Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.). 6. Auflage. Baden-Baden 2007.

Internetquellen

Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik 1968:

<http://www.verfassungen.de/de/ddr/strafgesetzbuch68.htm> (Stand: 12. 03. 2008)

Gesetzlicher Rahmen - §§ 20,21 und §§ 63,64 StGB:

<http://www.klinik-nette-gut.de/therapie-sicherheit/index.php> (Stand: 17. 03. 2008)

Maßregel-Recht:

http://www.forensik.de/recht/gesetze/6_10.html (Stand: 20. 03. 2008)

SKILLS-Training:

http://www2.i-med.ac.at/medpsy/g_skills.pdf (Stand: 13. 05. 2008)

Statistisches Bundesamt: Maßregelvollzugsstatistik:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Rechtspflege/KrankenhausMassregelvollzug,property=file.pdf> (Stand: 21. 04. 2008)

Stuckman, Werner: Was erwartet die Pflege in nächster Zukunft?

<http://www.forensik.de/pflege/artikel/irsee.html> (Stand 29. 05. 2008)

Wikipedia – Die freie Enzyklopädie - <http://www.wikipedia.de/>

Burn-out-Syndrom:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Burnout-Syndrom> (Stand: 04. 06. 2008)

Case-Work:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Fallmanagement> (Stand: 07. 05. 2008)

Case-Management:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Fallmanagement> (Stand: 07. 05. 2008)

Delinquent:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Delinquent> (Stand: 22. 05. 2008)

Devianz:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Devianz> (Stand: 22. 05. 2008)

Empathie:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Empathie> (Stand 29. 05. 2008)

Empowerment:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Empowerment> (Stand: 07. 05. 2008)

Epikrise:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Epikrise> (Stand: 04. 06. 2008)

Maßregelvollzug:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Maßregelvollzug> (Stand: 23. 05. 2008)

Pathogenese:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Pathogenese> (Stand: 13. 05. 2008)

Psychiatrie-Enquête:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie-Enquête> (Stand: 29. 05. 2008)

Psychoedukation:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Psychoedukation> (Stand: 13. 05. 2008)

Psychopathologie:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Psychopathologie> (Stand: 16. 05. 2008)

Salutogenese:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese> (Stand: 13. 05. 2008)

Supervision:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Supervision> (Stand: 08. 06. 2008)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Alle Stellen, die ich wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften übernommen habe, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Greifswald, 16.06.2008

Martina Heuer