

**Martin Feißt / Ulrich Lewe / Heinz Kammeier**

**Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln  
der §§ 63 und 64 StGB**

**Organisationale, empirische und rechtspolitische Argumente  
für eine Änderung des Sanktionenrechts**

**Ein Positionspapier im Auftrag der  
Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.**

Einbeck / Bielefeld / Münster

1. März 2022

## **Gliederung**

### **Teil 1: Organisationale Kritik des Maßregelvollzugs**

- 1.1. Für welches Problem sollen die §§ 63 und 64 StGB die Lösung sein?
- 1.2. Die forensische Psychiatrie als totale Institution
- 1.3. Besserung und Sicherung als übergreifender rationaler Plan
- 1.4. Totale Kontrolle – Totale Verantwortung
- 1.5. Die problematische Verschränkung unterschiedlicher Rationalitäten
  - 1.5.1. Problem 1: Ärztlich-medizinische Überformung des Maßregelvollzugs
  - 1.5.2. Problem 2: Behandlung und Soziale Kontrolle
  - 1.5.3. Problem 3: Unbefristete Unterbringung
  - 1.5.4. Problem 4: Entlassung als *Entscheidung*
- 1.6. Fazit

### **Teil 2: Daten zum Maßregelvollzug nach § 63 StGB in Deutschland**

- 2.1. Punitivität: Vergleich Strafvollzug – Maßregelvollzug
  - 2.1.1. Die Punitivität des deutschen Strafvollzugs
  - 2.1.2. Die Punitivität des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB)
  - 2.1.3. Punitivität: Straf- und Maßregelvollzug im Vergleich
  - 2.1.4. Die Punitivität des deutschen Maßregelvollzugs im europäischen Vergleich
- 2.2. Ergebnisse der Rechtstatsachenforschung: Gleichheit vor dem Gesetz?
- 2.3. Daten zur Gefährdung und Gefährlichkeit von schwer psychisch erkrankten Menschen
  - 2.3.1. Die Gefährdung schwer psychisch erkrankter Menschen
  - 2.3.2. Gefährlichkeit im Vergleich
  - 2.3.3. Gefährdung und Gefährlichkeit: Tötungsdelikte im Täter – Opfer – Kontext
- 2.4. Die individuelle Gefährlichkeitsprognose
- 2.5. Therapie und Legalbewährung
  - 2.5.1. Maßregelvollzugs-Klinik vs. Allgemeinpsychiatrische Klinik: Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit
  - 2.5.2. Neuroleptika und Rückfalldelinquenz
  - 2.5.3. Therapieziel Legalbewährung: Straf- und Maßregelvollzug im Vergleich
  - 2.5.4. Personalentwicklung und Ergebnisqualität
- 2.6. Zwang und Gewalt im Maßregelvollzug

### **Teil 3: Der Maßregelvollzug in der rechtspolitischen Diskussion und Entwicklung**

- 3.1. Kurzer historischer Rückblick
- 3.2. Neuere Vorschläge zu einer Reform des Vollzugs der Maßregeln
- 3.3. Zeitlich parallel laufende und Einfluss gewinnende Rechtsentwicklungen: Selbstbestimmungsrecht und UN-BRK
- 3.4. Das Resümee der soziologischen, empirischen und rechtlichen Evaluation des Maßregelvollzugs

### **Teil 4: Folgerungen und Lösungsvorschläge: Transformation und Konversion des Sanktionenrechts**

- 4.1. Änderungen im Sanktionenrecht
- 4.2. Die Prüfung des Maßes an Schuld ohne juristische Krankheitsmerkmale
- 4.3. Zuständigkeiten beim künftigen strafrechtsbezogenen Freiheitsentzug (StVollz)
- 4.4. Gesundheits- und Sozialversorgung im künftigen strafrechtsbezogenen Freiheitsentzug (StVollz)
  - 4.4.1. Transformation der Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug
  - 4.4.2. Selbstbestimmung und Versorgungszuständigkeit
  - 4.4.3. Einbezug aller zu Freiheitsentzug verurteilten Personen in die Kranken- und Sozialversicherung
- 4.5. Weitere Konversionen
- 4.6. Übergangsregelungen

### **Teil 5: Zusammenfassung in Thesen**

### **Literatur**

## Vorwort

"Das Strafrecht ist immer nur Ultima Ratio. Unsere Kriminalpolitik orientiert sich an Evidenz und der Evaluation bisheriger Gesetzgebung im Austausch mit Wissenschaft und Praxis. Wir überprüfen das Strafrecht systematisch auf Handhabbarkeit, Berechtigung und Wertungswidersprüche und legen einen Fokus auf historisch überholte Straftatbestände, die Modernisierung des Strafrechts und die schnelle Entlastung der Justiz. Das Sanktionensystem einschließlich Ersatzfreiheitsstrafen, Maßregelvollzug und Bewährungsaufgaben überarbeiten wir mit dem Ziel von Prävention und Resozialisierung."

(In: Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag [2021 – 2025] zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP, S. 106]

Die Autoren dieses Dokuments und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. begrüßen diese Aussagen im Koalitionsvertrag 2021 – 2015. Wir nehmen mit Aufmerksamkeit und großem Interesse zur Kenntnis, dass die neue Bundesregierung ihre Kriminalpolitik an deren Evidenz ausrichten will. Soweit sie dabei den Dialog mit Wissenschaft und Praxis sucht, findet sie hier eine Ausarbeitung vor, in der das inzwischen über 80 Jahre alte, vorkonstitutionelle Maßregelrecht und deren Vollzüge einer soziologischen, empirischen und rechtspolitischen Analyse unterzogen werden.

Wir kritisieren in dieser Untersuchung eine in weiten Teilen nicht mehr nachvollziehbare und legitimierbare Handhabbarkeit dieses Rechtsinstituts und deren Berechtigung in einem zeitgemäßen Sanktionensystem. Dabei weisen wir auf zahlreiche Wertungswidersprüche gemessen am deutschen und am internationalen Recht hin. Wir markieren deutlich, inwiefern es sich insbesondere bei den Vollzügen der Maßregeln um ein historisch überholtes System handelt. Die heute mit Recht auch bei Freiheitsentzügen vorrangig anzustrebenden Ziele von Prävention und Rehabilitation werden seit Jahren in weiten Bereichen verfehlt.

Wir verstehen uns nicht als Museumswächter, die gelegentlich die Ausstellungen und damit nur das, was andere Menschen sehen sollen, ändern. Deshalb streben wir nicht nur eine Reform der Vollzüge von Maßregeln an. Das Sanktionenrecht insgesamt gehört auf den wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Prüfstand. Soviel ist klar: Es ist zu reformieren und auf die Höhe der Zeit zu bringen, in dem es verfassungskonform, menschenrechtsbasiert und sozial ausgewogen zukunftsfähig gemacht wird. Um ein anderes Schlagwort der neuen Bundesregierung aufzunehmen, könnte man auch hier sagen, es bedarf einer unverzüglichen "Energiewende" des Sanktionenrechts!

Dabei sollten folgende Prinzipien zur Grundlage einer Neuordnung gemacht werden:

- Bei einer Verurteilung zu einer freiheitsentziehenden Sicherung von Personen, die eine rechtswidrige Tat begangen haben, spielen (juristische) Krankheitsmerkmale künftig keine Rolle mehr. Allenfalls können sie bei den relevanten Gesichtspunkten hinsichtlich der Entscheidung über die Zumessung der Länge des Freiheitsentzugs einbezogen werden.
- Für die Sicherung der zu einem Freiheitsentzug verurteilten Personen und damit für die Sicherheit und den Schutz der Allgemeinheit ist allein der Staat mit seiner Organisationsgestalt der Justizverwaltung zuständig.
- Die gesundheitliche und soziale Versorgung aller zum Freiheitsentzug verurteilten Personen werden durch die am Ort bzw. in der Region ihres Freiheitsentzugs vorhandenen Dienste und Organisationen vorgenommen. Sie versorgen auch die eingeschlossenen Personen.

Wir laden alle an diesen Themen interessierten Personen und Organisationen ein, sich am notwendigen Diskussionsprozess zu beteiligen, der die hier angesprochenen Transformationen auf den Weg bringen kann.

*Martin Feißt*

*Ulrich Lewe*

*Heinz Kammeier*

## Teil 1

### Organisationale Kritik des Maßregelvollzugs

Die seit 1934 existierenden psychiatrischen und Entziehungs-Maßregeln beruhen auf bestimmten Grundannahmen, die sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch aus rechtlicher Sicht (u.a. UN-BRK) inzwischen grundsätzlich in Frage gestellt werden müssen. Hinzu treten eklatante Missstände in der organisationalen Umsetzung eines – wenn man es positiv betrachtet – gut *gemeinten* Systems. Die in den letzten Jahren vorgenommenen rechtsdogmatisch "korrekten" Änderungen an den §§ 63 und 64 StGB reagierten bereits ansatzweise hierauf. Es handelte sich jedoch allenfalls um kosmetische Modifikationen, denn um eine Reform, die diesen Namen verdient. Das bestehende System blieb in seinen Prämissen unangetastet und erweist sich in der Umsetzung als dysfunktional.

Genau hier setzt das vorliegende Papier an. Aufgebaut ist es in drei Teile: Im **ersten Teil** werden in gebotener Kürze die Grundzüge des Maßregelvollzugssystems rekapituliert. Es wird argumentiert, dass es sich in der Umsetzung um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Organisationen und Professionen handelt, das bereits in der konzeptionellen Grundanlage problematisch ist. Das zeigt sich dann auch in der Praxis.

Aus einer verstärkt quantitativen Perspektive wird dies im **zweiten Teil** unterstrichen und ergänzt. Die dort dargestellten Kernpunkte sind:

- eine hohe Punitivität dieses Sanktionensystems sowohl im Vergleich zum deutschen Strafvollzug als auch im europäischen Ländervergleich;
- eine deutlich unterschiedliche Rechtsanwendung bzw. Spruchpraxis sowohl zwischen Bundesland und Bundesland als auch in benachbarten Landgerichtsbezirken innerhalb eines Bundeslandes;
- eine Überschätzung des Gefährlichkeitspotentials psychisch erkrankter Menschen bei gleichzeitiger Unterschätzung ihres Gefährdungsrisikos;
- ein Gutachtenwesen, das ignoriert, dass bei den relativ niedrigen Basisraten im Straf- und Maßregelvollzug eine valide individuelle Gefährlichkeitsprognose nicht zu erstellen ist;
- die ernstzunehmende Vermutung, dass der stationäre Maßregelvollzug (§ 63 StGB) trotz verbesserter Personalausstattung keine besseren Therapieergebnisse als die stationäre Allgemeinpsychiatrie und bei den Legalbewahrungen keine besseren Quoten als der Strafvollzug erzielt;

- dass im stationären Maßregelvollzug als einer totalen und von der öffentlichen Wahrnehmung abgeschotteten Institution immer wieder Fehlentwicklungen zu beobachten sind, die deutlich gegen die Menschenrechte verstoßen.

Im **dritten Teil** wird all dies nochmal aus juristischer und rechtspolitischer Perspektive mit weiteren Ergänzungen zusammengefasst und im **vierten Teil** in Konsequenzen und Vorschläge für eine grundlegende Reform des deutschen Sanktionenrechts übersetzt.

„Zum Stellenwert der psychiatrischen Maßregelbehandlung ist generell zu sagen“, wie Stolpmann treffend formulierte, „dass sich am Umgang der Gesellschaft mit Minderheiten zeigt, wie human und sozial ihre Grundhaltung ist und wie ihr Verhalten gegenüber unbequemen Mitgliedern in kritischen Situationen sein wird.“ (2007: 33)

### 1.1. Für welches Problem sollen die §§ 63 und 64 StGB die Lösung sein?

In der Bundesrepublik Deutschland gilt das sogenannte Schuldstrafrecht. Es baut auf dem Grundsatz *nulla poena sine culpa* auf, keine Strafe ohne Schuld (Dörner 2013: 133). Die Idee, dass ein voll schuldfähiger Straftäter – der entsprechend seiner mit der Tat verwirklichten Schuld bestraft werden kann – zum Zeitpunkt der Tat über *Einsichtsfähigkeit* und *Steuerungsfähigkeit* verfügen musste, geht bis ins römische Recht zurück (vgl. Schott & Tölle 2006: 324). In der jüngsten Geschichte sind besonders die Entwicklungen seit der Weimarer Republik relevant. Hier unternahm man Anläufe, der Exkulpierung gerade psychisch kranker *Rechtsbrecher* (denn als *Straftäter* konnten sie streng genommen nicht mehr bezeichnet werden) eine definierte Form zu geben (vgl. Kammeier 2020, 134ff.). Entsprechende Regelungen sind dann allerdings erst 1933 von der Reichskanzlei beschlossen und (ohne Einfluss des Parlaments) als geltendes Recht in Kraft gesetzt worden (vgl. ebd.). Auf diese Regelungen gehen auch die heutigen §§ 20 und 21 StGB zurück, die erst unlängst mit Wirkung zum 01.01.2021 sprachlich ‚modernisiert‘ wurden:

*"Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln" (§ 20 StGB).*

Die Frage nach der Einsichtsfähigkeit („*das Unrecht der Tat einzusehen*“) und nach der Steuerungsfähigkeit („*nach dieser Einsicht zu handeln*“) wird durch die Angabe von *Gründen* („wegen“) weiter spezifiziert. (Das Schweizerische Strafgesetzbuch kommt im Vergleich hierzu ohne diese sogenannten Eingangsmerkmale für eine Unterbringung im – wie es dort heißt – Maßnahmenvollzug aus). Die Frage nach der (verminderten) Schuldfähigkeit wird damit maßgeblich mit den unterschiedlichen Formen psychischer Störungen assoziiert. Sie liegt

somit außerhalb des originären Sachverstandes eines Gerichtes (das die Frage Recht oder Unrecht entscheidet) und kann nur unter Hinzuziehung eines medizinischen, vorherrschend psychiatrischen Fachgutachtens geklärt werden (das die Frage krank oder gesund entscheidet). Was macht man nun aber mit Menschen, bei denen man aufgrund einer „seelischen Störung“, einer „Bewusstseinsstörung“ oder einer „Intelligenzminderung“ davon ausgeht, dass sie nur eingeschränkt oder gar nicht zur Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit in der Lage oder bzw. aber deshalb gefährlich sind? Für dieses Problem ist der § 63 StGB die Lösung. *Bestrafen* kann man diese Menschen nicht oder nicht in dem Maße wie einen voll schuldfähigen Täter. Man kann sie jedoch medizinisch *behandeln*. Das bedeutet, dass die betreffenden Personen zunächst von ihrer Schuld freigesprochen werden. Für den Fall jedoch, dass sie in diesem Kontext als „für die Allgemeinheit gefährlich“ eingeschätzt werden, werden sie zum Zwecke der „Besserung und Sicherung“ in ein „psychiatrisches Krankenhaus“ eingewiesen (vgl. § 63 StGB) und somit einer medizinischen Behandlung zugeführt. Im Grundsatz strukturell ähnlich erfolgt eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt nach den Vorgaben des § 64 StGB. Die Anordnung einer solchen Unterbringung hat somit explizit *präventiven* Charakter und dient ausschließlich der Verhütung *weiterer, zukünftiger* Taten (vgl. Kammeier 2020: 138 f.). Die begangene Tat spielt lediglich im Zusammenhang mit der Einschätzung der weiteren Gefährlichkeit eine Rolle. Es kann somit vorkommen, dass jemand für ein Bagatelldelikt in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen wird, wenn das Gericht befürchtet, dass es sonst zu *erheblichen* rechtswidrigen Taten kommen könnte (vgl. besonders den zweiten Teil des § 63 StGB). Zudem kann jemand bis zum Gerichtsbeschluss *einstweilig* in einer entsprechenden Klinik untergebracht werden (§ 126a StPO).

#### § 63 StGB:

*"[1] 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, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.*

*[2] Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird."*

Dreh- und Angelpunkt ist, wie hier deutlich wird, die Einschätzung der *Gefährlichkeit* einer Person – mit allen prognostischen und operativen Problemen, die hiermit einhergehen (siehe zu einer kritischen Diskussion u.a. Feißt 2018; Eher et al. 2016). Entsprechende Präzisierungen der Ausgestaltung der Unterbringung finden sich in den Gesetzen der Länder entwe-

der in eigenständigen Maßregelvollzugsgesetzen oder integriert in die Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Allen gemein ist jedoch die grundlegende Annahme der kausalen Verknüpfung einer psychischen Störung und einer davon ausgehenden, jedenfalls damit einhergehenden Gefährlichkeit, die immer wieder neu überprüft werden muss (vgl. § 463 StPO). Konsequenterweise ist die Dauer der Unterbringung in zeitlicher Hinsicht nicht festgesetzt. Eine Beendigung kann erst dann erfolgen, wenn „die Voraussetzung der Maßregel nicht mehr vorliegt“ (vgl. § 67d Abs. 6 StGB). Ein Gericht kann die Maßregel für erledigt erklären, wenn es auf Basis entsprechender Gutachten zu dem Schluss kommt, dass die betreffende Person nicht mehr für die Allgemeinheit gefährlich ist. Nach der jüngsten Novellierung des § 63 StGB ist explizit geregelt, dass eine solche Unterbringung nach sechs Jahren unverhältnismäßig ist und nach spätestens zehn Jahren für erledigt erklärt werden muss, – wenn nicht nach wie vor die Anordnungsgründe vorliegen. Diesen gesetzlich verankerten zeitlichen Richtwerten stehen durchschnittliche bundesweite Unterbringungsdauern von knapp 10 Jahren entgegen.<sup>1</sup> Schiffer & Schalast geben mit Bezug auf den Kerndatensatz (Jaschke & Oliva 2020) an, dass fast jede dritte nach § 63 StGB untergebrachte Person bereits länger als 10 Jahre im System verweilt (2019: 151). Und dass die durchschnittliche Unterbringung zwischen den Bundesländern um rund 6 Jahre differiert (von 6,5 Jahren in Hessen über 10,6 Jahren in NRW bis zu 12,4 Jahren im Saarland<sup>2</sup>), lässt darauf schließen, dass das System in der Praxis erhebliche Spielräume in der Ausgestaltung lässt und „Besserung“ – aller wissenschaftlichen Leitlinien und Standards zum Trotz – alles andere als ein standardisierter und objektiver Prozess ist. Erst recht kein anerkanntes "Ergebnis". Es ist nicht davon auszugehen, dass Menschen in unterschiedlichen Bundesländern unterschiedlich gefährlich sind. Während die einen für einen sechsjährigen Freiheitsentzug Straftaten in erheblichem Ausmaß begehen müssen, reicht bei anderen bereits aus, im ‚falschen‘ Bundesland – oder noch bemerkenswerter: im ‚falschen‘ Landgerichtsbezirk – untergebracht zu sein.

Unterschiede zeigen sich aber auch in den Zuweisungen („Aburteilungen“) in den Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. Sie unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland und bisweilen auch von Gerichtsbezirk zu Gerichtsbezirk (siehe hierzu Teil 2). Die psychiatrischen Fachgutachten, die Aussagen über den „Zustand“ der betroffenen Personen geben, beein-

---

<sup>1</sup> Der Bundesdurchschnitt liegt bei 9,6 Jahren, wenn man die Zahlen des Kerndatensatzes zugrunde legt. Die Berechnung bezieht sich auf die Unterbringungsdauer für Untergebrachte, die im Bezugsjahr aus der Maßregel ausgeschieden sind (Beendigung). Je nach Bundesland ist dies ein von Jahr zu Jahr stark schwankender Anteil (die N sind dabei teilweise sehr klein, so dass Extremwerte stark ins Gewicht fallen und die Jahresdurchschnitte prägen). Um dem entgegenzuwirken haben wir die Daten aus den Jahren 2015 – 2018 aggregiert, um Verzerrungen aus Bundesländern wie dem Saarland vorzubeugen. Ein möglicher Anstieg über diese vier Jahre mittelt sich dann (leider) ebenfalls aus (Datengrundlage: Jaschke & Oliva [2020])

<sup>2</sup> Gleiche Berechnungsweise wie in FN1 angegeben.

flussen diese Unterbringungsentscheidung zwar maßgeblich, die Anordnung der Unterbringung als einem performativen Akt bleibt aber den Gerichten vorbehalten. Die dafür notwendige Übersetzung zwischen medizinischer Logik (krank oder gesund) und rechtlicher Logik (Recht oder Unrecht) ist ebenfalls nicht unproblematisch (Müller et al. 2020). So bildet sich hier in der Praxis ein *modus operandi* aus, der sich nicht rein an inhaltlichen Kriterien orientiert (Gohde & Wolff 1992; Dallaire 2000). Und auch die von der DGPPN formulierten Standards für Gutachten antworten auf ein Qualitätsproblem (Müller & Saimeh 2017). Diese Standards – einmal formuliert – *sind* aber nicht die Praxis (genauso wenig wie ethische Leitlinien, Behandlungsstandards, etc.). Die Karte ist nicht das Gebiet (Korzybski 1994: 58). Sie alle können nie mehr bieten als eine *Orientierung*.

Dies sind lediglich Andeutungen dahin gehend, dass wir es allen wissenschaftlichen Standards, Behandlungsleitlinien und Prognosemanualen zum Trotz mit einer enormen Uneinheitlichkeit über den ganzen Verlauf hinweg zu tun haben, von der Anordnung der Maßregel über den Vollzug bis hin zur Entlassung. Aus organisationstheoretischer wie auch praktischer Perspektive ist das nicht weiter erstaunlich, sondern vielmehr zu erwarten (vgl. etwa Klatetzki 2010). Problematisch ist jedoch, dass es sich im Falle des Maßregelvollzugs um einen massiven Eingriff in die Freiheitsrechte einer Person handelt. Die Legitimationsgrundlage hierfür bildet eine Psychiatrie, deren Möglichkeiten zur objektiven und standardisierten Feststellung, Unterscheidung und Behandlung von psychischen Störungen eben nicht so ausgeprägt sind, wie das Fachgebiet es sich selbst gerne wünschen würde (vgl. jüngst Weinmann 2019, aber auch Finzen 2018).

## **1.2. Die forensische Psychiatrie als totale Institution**

Mit Blick auf die bereits angeführten Unterbringungsauern gilt somit immer noch, was zur Zeit der Psychiatrie-Enquete in den 70er Jahren galt: „[...] the whole system of forensic psychiatric care has a longterm character“ (Schiffer & Schalast 2019: 253). Die untergebrachten Personen verbringen folglich einen signifikanten Teil ihres Lebens in einer solchen Einrichtung. Der Unterschied zwischen einem ‚normalbürgerlichen‘ Leben und einem Leben im Maßregelvollzug besteht darin, dass sich dort das *gesamte* Leben ausschließlich *innerhalb einer einzigen Organisation* abspielt. Die grundlegende soziale Ordnung der modernen Gesellschaft ist nach Goffman hingegen gerade dadurch gekennzeichnet, dass „der Einzelne an *verschiedenen* Orten schläft, spielt und arbeitet“ (1973: 17, Hervorhebung durch die Vf.). Die Bereiche Wohnen, Freizeit und Arbeit sind nicht nur räumlich getrennt, sondern sie finden mit „wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan“ statt (ebd.). In diesen Punkten liegen die wesentlichen Differenzen zur „totalen Institution“ nach Goffman. Denn wenn ein ‚Normalbürger‘ sein Leben in verschiede-

nen Sozialen Kontexten verbringt (Sportverein, Arbeit, etc.), geht dies mit der Möglichkeit einher, unterschiedliche soziale Identitäten (Goffman 2012) aufrecht zu erhalten. So mag man zwar auf der Arbeit wenig erfolgreich sein, dafür in der abendlichen Skatrunde glänzen. In totalen Institutionen, so auch in Maßregelvollzugskliniken, ist genau dies nicht möglich. Über Behandlungsteams und Therapiepläne, Übergabegespräche etc. in Kombination mit den extremen räumlichen Einschränkungen wird der Aufbau verschiedener sozialer Identitäten verunmöglicht und die totale Fremdentifizierung einer untergebrachten Person befördert – in unserem Fall als krank und gefährlich. Hinzu tritt die räumliche Nähe und der Dauerkontakt mit anderen untergebrachten Personen und mit dem Personal, dem man sich kaum entziehen kann, sofern man nicht das Privileg eines Einzelzimmers genießt. Kurzum: Die Macht der Organisation – im Sinne der Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten – erstreckt sich auf *alle* Lebensbereiche der untergebrachten Person, *das* macht sie *total*. Beinahe könnte man sagen: totalitär.

### **1.3. Besserung und Sicherung als übergreifender rationaler Plan**

Zu den allgemeinen Aspekten der totalen Institution treten in Bezug auf eine Maßregelvollzugsklinik konkrete Merkmale des Gefängnisses („das politisch-moralische Modell der individuellen Isolierung und der Hierarchie“ [Foucault 1977: 318]) und die konkreten Merkmale eines „Spitals“ („das technisch-medizinische Modell von Heilung und Normalisierung“ [ebd.]) hinzu. Besonders in der Praxis der stationären Behandlung ist dann gar nicht mehr genau feststellbar, was in einer solchen Wohn- und Lebensgemeinschaft als Therapie gilt, was Pflege im Sinne der Supplementierung fehlender Einsichts- und Autonomiefähigkeit ist und was einfach nur schlicht Disziplinierung darstellt (vgl. Vogd & Feißt 2020). Therapie findet, so könnte man sagen, rund um die Uhr statt, angefangen von den therapeutischen Einzelgesprächen über die deliktbezogene Gruppentherapie hin zur Arbeits-, Ergo-, Musik- und Beschäftigungstherapie. Alles was ‚dazwischen‘ an Alltäglichem stattfindet kann zudem als Sozio-Milieu-Therapie gerahmt werden. Kann man im Falle allgemeinmedizinischer Versorgung von einer „organisierten Krankenbehandlung“ (Vogd 2011a) sprechen, dann gilt dies hier in potenziertem Maße. Das Schachspiel mit dem Pfleger, das Doppelzimmer mit dem Pädophilen, der Einkauf im Freigang, der Umgang mit dem Fernseher – all dies kann therapeutisch aufgegriffen werden. Die Verzahnung von psychiatrischer Behandlung und notwendiger Kontrolle aufgrund einer ständig präsenten „Gefährlichkeit“ der Patienten kulminiert in einer totalen Therapie, die dabei den Versuch nicht aufgibt (und sofern sie Therapie und Pflege ernst nimmt, auch nicht aufgeben darf) es mit Menschen zu tun zu haben, die nicht nur als Täter oder Patienten gesehen werden können.

Folglich haben wir es mit dem Auftrag der „Besserung und Sicherung“ als Namensgeber der Maßregel mit einem „umfassenden rationalen Plan“ (Goffman 1973: 16) *par excellence* zu tun. Alles was passiert, kann entweder als sicherheitsrelevant oder als therapeutisch notwendig gerahmt werden. Dies ist aber nicht bloß als Möglichkeit der Macht der totalen Institution zu deuten. Da die Einrichtungen sich auch mit einer kritischen Öffentlichkeit, dem geldgebenden Staat und Anwälten von untergebrachten Personen auseinandersetzen müssen (siehe zur Multireferentialität von Organisationen: Bora 2001), herrscht ebenfalls ein entsprechend starker Rechtfertigungsdruck, im Kontext schwerwiegender Straftaten nichts dem Zufall überlassen zu dürfen.

In dauerhafter Paradoxie muss eine forensisch psychiatrische Klinik sowohl helfen und therapieren als auch disziplinieren. Sie muss die in ihr untergebrachten Personen sowohl als gesund als auch als krank adressieren und entsprechend behandeln.

#### **1.4. Totale Kontrolle – Totale Verantwortung**

Nicht nur für die Patienten, auch für die Kliniken selbst gibt es eine Kehrseite dieser Form der totalen Kontrolle aller Lebensbereiche, da ihr umgekehrt die totale Verantwortung zukommt. Wenn jeder noch so kleine Bereich der Kontrolle der Einrichtung unterliegt, dann wird auch alles, was passiert, nicht nur den dort Untergebrachten angelastet, sondern die Verantwortung hierfür wird der Klinik bzw. dem Personal zugerechnet. Rufen wir uns nochmal ins Bewusstsein, dass wir es mit (mindestens) „zwei sich offensichtlich antagonistisch gegenüberstehenden Interessenlagen“ zu tun haben (Kammeier 2020: 133): einerseits die Rechte und Interessen der vulnerablen (untergebrachten) Personen, andererseits das Interesse der Bürgerinnen und Bürger an einem wirksamen Schutz vor Bedrohungen und die berechtigten Ansprüche auf ein hinreichendes Maß an Sicherheit. Mit Blick auf ein sich veränderndes „gestiegenes Sicherheitsbedürfnis“ (Seifert, Klink & Landwehr 2018: 137) der Gesellschaft (welches sich leider schlecht quantifizieren lässt), scheint hier die Waage (gerade mit Blick auf die bereits angeführten und später noch anzuführenden Zahlen) in Richtung der Interessen der Bürger auszuslagen und in einer immer restriktiveren Praxis bezüglich Lockerungen, Beurlaubungen und Entlassungen zu münden (so Schiffer und Schalast am Beispiel von Sexualstraftätern). Umso totaler die Kontrolle aller Lebensbereiche, umso weniger kann man es sich leisten, auch mal etwas dem Zufall überlassen zu können. Entsprechend formulieren auch Schott & Tölle: „Darin liegt ein Hauptproblem des psychiatrischen Maßregelvollzugs, in dem es etwa vorkommen kann, dass ein nicht aggressiver Exhibitionist Jahre und Jahrzehnte hinter Gittern verbringt, angeblich zum Schutz der Allgemeinheit“ (Schott & Tölle 2006: 506). Das eine ist also die Totalität der Institution, deren Charakteristika sich jedoch auch in anderen Einrichtungen finden lassen (JVAs, Klöster, Kaser-

nen, etc.). Das andere jedoch ist die spezifische Kombination dieser Totalität, der damit einhergehenden totalen Verantwortungszuschreibung, einer sicherheitsbedürftigen Gesellschaft *im Zusammenspiel mit der Tatsache, dass es keine vorher festgelegte Dauer des Freiheitsentzuges gibt, sondern das System sich diese Entscheidungslast selbst aufbürdet*. Das die medizinische Logik zur Primärreferenz des gesamten Systems erhoben wird, führt keineswegs aus dieser Problematik heraus – sondern verschärft das so entstehende „treatment-control system“ (Dallaire 2020: 679) nur noch weiter.

### **1.5. Die problematische Verschränkung unterschiedlicher Rationalitäten**

Wie gesehen haben wir es mit einem Zusammenspiel unterschiedlicher Rationalitäten zu tun, die nicht ineinander überführbar sind. Ein Gericht entscheidet über Recht oder Unrecht, ihm fehlt jedoch der Sachverstand über krank oder gesund zu entscheiden. *Moralische* Maßstäbe einer Bevölkerung sollen keine Rolle spielen, was umso schwerer wird, wenn diese durch die Logik der Massenmedien (Luhmann 2017) zunehmend lautstark erhoben werden. Die Dimension des Politischen wirkt sich zudem bis auf die Beurteilung von Einzelfällen aus. So mag – als Beispiel – die Langzeitbeurlaubung einer in der Forensik untergebrachten Person medizinisch unbedenklich und rechtlich überfällig sein – und dennoch um ein weiteres Jahr verzögert werden, da sie moralisch kontrovers ist und im Bundesland des Klinikstandortes Landtagswahlen unmittelbar bevorstehen. Hinzu treten ökonomische Kalküle, sowohl der Kliniken, als auch der Gesellschaft (vgl. Entorf 2007).

In unterschiedlicher Form und Schärfe haben alle Organisationen mit der Problematik zu kämpfen, die unterschiedlichen Logiken bzw. Rationalitäten zueinander in Beziehung zu setzen. Droht eine der Rationalitäten überhand zu nehmen, so spricht man gerne von Ökonomisierung (vgl. differenziert und mit Blick auf das Gesundheitswesen Bode & Vogd 2016), oder von Verrechtlichung (vgl. zum Maßregelvollzug Dimmek 2019). An dieser Stelle sollen insbesondere mehrere grundlegende Probleme des Maßregelvollzugs in dieser Hinsicht diskutiert werden. Zunächst wird auf die medizinische Überformung des Maßregelvollzugs hingewiesen (insb. § 63 StGB). Zudem wird die widersprüchliche Anforderung in den Blick genommen, sowohl helfen und heilen, als auch sanktionieren und disziplinieren zu müssen. Im Anschluss daran wird angeführt, dass eine weitere Kernproblematik des Maßregelvollzugs darin besteht, mit der Konzeption der „Gefährlichkeit“ das gesamte System auf wackelige Füße zu stellen.

#### **1.5.1. Problem 1: Ärztlich-medizinische Überformung des Maßregelvollzugs**

Nach § 136 StVollzG richtet sich die „Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus [...] nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich, soll er geheilt

oder sein Zustand so weit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist.“ Das Problem hierbei ist, dass es bereits in dieser Grundanlage zu einer ärztlichen bzw. medizinischen Überformung kommt. Bis dahin, dass die Leitung, die für die Besserung der untergebrachten Personen zuständig ist, fast ausnahmslos in ärztlicher Hand liegt (mit Ausnahme einiger Psychologen und Psychologinnen). Es soll keineswegs bestritten werden, dass psychiatrische und psychologische Expertise für die betroffenen Personen hilfreich sein kann. Wir haben es definitiv mit Menschen zu tun, die sich in höchst problematischen Lebenslagen befinden. Das bleibt unbestritten. Die Probleme dieser Menschen sind jedoch vielschichtiger. Sie sind möglicherweise auch (stark) krankheits*bedingt*, aber eben nicht auf Krankheit zu reduzieren. Bei der das Maßregelrecht beherrschenden Grundformel, wonach jemand, 'weil er krank ist, deshalb auch gefährlich ist' und ergo, 'wenn er wieder gesund ist', dann auch 'ungefährlich' ist, handelt es sich letztlich um eine dysfunktionale Trivialisierung. Die medizinische Totalität des Unterfangens wird der Realität der Probleme nicht gerecht. Menschen kommen in *Kliniken* und müssen dort *nach ärztlichen Gesichtspunkten* behandelt werden und werden erst entlassen, wenn das *ärztliche Personal* dies für verantwortbar hält. Um es nochmal deutlich zu machen: Es ist unbestritten, dass bei vielen dieser Menschen eine (enge) therapeutische Begleitung produktiv ist und diese *einen Beitrag* zur „Stabilisierung der Lebenslage“ beiträgt. Aber es kann sich eben nicht mehr als um einen mehr oder weniger großen *Beitrag* handeln. Die medizinische Logik darf nicht die Primärreferenz sein!

Man kann Ärzten und Therapeuten nicht zum Vorwurf machen, dass sie tun, was sie gelernt haben: Sie beobachten Menschen daraufhin, wie krank sie sind und wie man sie behandeln kann. Der entscheidende Punkt ist, dass viele Menschen im Maßregelvollzug dauerbehandelt werden, obwohl in der Krankheit (schon lange) nicht (mehr) das zentrale Problem liegt. Entgegen des Auftrags wird davon jedoch niemand „besser“ – im Gegenteil. Umso mehr man als Untergebrachter das Gefühl bekommt, dass die eigentlichen Probleme nicht adressiert werden und trotz aller Bemühungen kein Ende in Sicht ist, droht Resignation und Hospitalisierung (vgl. Vogd & Feißt 2022).

Wenn wir Menschen in eine Klinik einweisen, die besetzt ist mit Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften, dann darf man sich nicht wundern, dass diese Menschen – komme was oder wer wolle – eben gepflegt und behandelt werden, bis sie, mit welchen Begründungen zur Legitimation dieser Rechtsentscheidung auch immer, entlassen werden. Das Kernproblem ist, dass das Ziel der Maßregelvollzugsklinik keines ist, was durch Pflege und Therapie zu erreichen ist! Besserung im Sinne der Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist etwas, dass sich nicht nur auf die Reduktion von Symptomen beschränkt, sondern *medizinische Besserung* weit übersteigt. Umso weniger allerdings die Behandlungsversuche fruchten, um-

so mehr produziert man die Legitimation, dass die Person als eine gefährliche am richtigen Ort ist.

All dies bezieht sich lediglich auf die theoretische Grundanlage. In der Praxis treten dann weitere Probleme hinzu, die das prinzipiell mögliche Potential therapeutischer Beziehung – letztlich das ‚Pfund‘ therapeutischer Arbeit – zusätzlich hemmen. Dies betrifft insbesondere häufige Wechsel des therapeutischen Personals und die damit verbundene Diskontinuität in der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Zudem haben die Untergebrachten in aller Regel fast keine Möglichkeit zur Wahl ihrer therapeutischen Bezugsperson.

Die Berufsgruppe der Sozialarbeit vermag da noch am ehesten eine Integration medizinischer wie sozialer Problematiken zu leisten. Aber auch diese unterstehen letztlich der ärztlichen Letztverantwortung. Zudem kommt dieser Berufsgruppe in vielen Kliniken eine untergeordnete Rolle zu. Somit ist das ärztliche Personal formal für etwas verantwortlich, was sich letztlich ihrem originären Behandlungsauftrag, aber auch ihrer Sachkunde entzieht. Der Auftrag der „Besserung und Sicherung“ kann von den Kliniken nicht angemessen mit den zur Verfügung stehenden Bordmitteln gelöst werden.

### **1.5.2. Problem 2: Behandlung und Soziale Kontrolle**

Zinkler & von Peter fordern, dass im gesamten psychiatrischen Hilfesystem soziale Kontrolle und therapeutische Hilfsangebote getrennt werden müssen (2019). Für die *zwangsweise* Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gilt dies in besonderer Weise. Wie bereits beschrieben ist mit „Besserung und Sicherung“ die unauflösbare Verquickung dieser beiden Aspekte – überwiegend im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie – bereits als Auftragsbeschreibung gesetzt und führt zur bereits erwähnten Verschmelzung eines „treatment-control system“ (Dallaire 2020: 679). Dies zieht sich in der grundlegenden Widersprüchlichkeit dann auch durch alle Bereiche der Organisation, was sich unter anderem an der Doppelrolle der Pflege zeigt, die sowohl Beziehungsarbeit im pflegerischen Sinn zu leisten hat und gleichzeitig den Sicherungsauftrag erfüllen muss. Vergleichsstudien aus dem Ausland zeigen, dass eine personelle Trennung in medizinisches Personal und Sicherheitspersonal positive Effekte hat (vgl. Holmes, Perron & Michaud 2008).

Das grundlegende Problem ist, dass die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB prinzipiell unbefristet ist und somit das Phänomen der Langzeitunterbringungen (etwa Schiffer & Schalast 2019) überhaupt erst in seinem derzeitigen Ausmaß möglich macht. Die Novellierung des § 63 StGB im Jahr 2016 mag hier den Druck erhöht haben, an der grundlegenden Systematik hat sich jedoch nichts geändert – und das, obwohl

eine Sonderbehandlung von psychisch kranken Menschen aufgrund ihrer psychischen Krankheit nach den Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gar nicht zulässig ist (vgl. u.a. Zinkler & von Peter 2019).

### **1.5.3. Problem 3: Unbefristete Unterbringung**

Eine der zentralen organisationalen Problematiken ist dann, dass die Entlassung nicht ‚automatisiert‘ nach einer bestimmten Zeitspanne des Freiheitsentzuges erfolgt, sondern eine normativ begründete *Entscheidung* ist, die zwar letztlich von einem Gericht getroffen, aber maßgeblich der Klinik zugerechnet wird. Dadurch werden leichte wie schwere Rückfälle einer Person nach der Entlassung nicht mehr nur der Person zugerechnet (Warum hast du das getan?), sondern der Klinik (Warum habt ihr seine Entlassung befürwortet?) – was wiederum ein Hemmschuh zügiger Entlassungen ist. Ein Rückfall nach einer Beurlaubung und Entlassung wirkt sich (bis hin zu juristischen Folgen) auf die Ärzte und externen Sachverständigen aus, die sich für die Lockerung ausgesprochen und diese fachlich zu verantworten haben. Dass schwerwiegende Rückfälle selbst Jahrzehnte später noch auf die Sicherheitsdebatte nachwirken, zeigen die Fälle aus dem Anfang der Neunziger Jahre in Eickelborn sowie der Fall Schmökel um die Jahrtausendwende in Brandenburg. Das System ist somit relativ einfach ‚aus der Fassung‘ zu bringen. Und umso restriktiver eine Klinik in der Entlassung ihrer Klientel ist, umso mehr erhöht sich der Anteil jener „falsch-positiven“ (etwa Kobbé 2016), d.h. unrichtig als gefährlich klassifizierte Personen.

### **1.5.4. Problem 4: Entlassung als *Entscheidung***

Es stellt sich dann die Frage, auf welcher Grundlage man die untergebrachten Menschen wieder entlässt. Die Legitimation für Lockerungen, Beurlaubungen und Entlassungen werden unter anderem auch in der Wissenschaft gesucht und gefunden. Wissenschaftlich verfeinerte Prognosemanuale sorgen für die Legitimation von Entscheidungen, die die Ärzte eigentlich zu treffen nicht in der Lage sind (bzw. diese Entscheidungen willkürlich erscheinen lassen würden). Das funktioniert natürlich auch nicht besser, weil die Zukunft immer ungewiss bleibt, aber zumindest kann man sich auf eine anerkannte Grundlage berufen. So wenig *wissenschaftliche* Evidenz es dahingehend gibt, dass eine Freiheitsstrafe von zwei Jahren für ein bestimmtes Delikt angemessen ist, so wenig Evidenz gibt es dafür, dass jemand zukünftig kein Delikt mehr begehen wird. Deswegen ist das Rechtssystem nicht deckungsgleich mit dem Wissenschaftssystem. Es geht nicht um wahr oder falsch sondern um Recht oder Unrecht. Es wird Recht *gesprochen*. Es gibt einen Richter, der im Anschluss an ein festgelegtes Verfahren Recht *spricht*, in einem performativen Akt. Das lässt sich nicht wissenschaftlich beweisen, das wird *entschieden*. Diese (wissenschaftlich mehr oder weniger gestützte) Entscheidungs*praxis* variiert dann von Bundesland zu Bundesland und von Gerichtsbezirk zu

Gerichtsbezirk (vgl. Teil 2). Es herrscht – mit einem übergeordneten Blick betrachtet – eine gewisse Willkür. Bei der Entlassung haben wir es mit dem umgekehrten Prozess zu tun. Auch hier gibt es keine objektiven Kriterien, wann jemand entlassen werden kann. Es muss *entschieden* werden. Hier können wissenschaftliche Instrumente möglicherweise helfen – mehr aber auch nicht.

Vor dem Hintergrund des gestiegenen Sicherheitsbedürfnisses der Gesellschaft verbleibt die Frage, ob einer Klinik die Verantwortung für die Entscheidung zugemutet werden kann, jemanden zu entlassen, wenn die Erwartungshaltung die ist, dass dieser Mensch keine Delikte mehr begehen wird. Verschärft wird dies durch einen regional unterschiedlichen Mangel an passenden Anschlusseinrichtungen. Wenn auf einen Wohnheimplatz viele Bewerber kommen, dann werden Rechtsbrecher mit pädophilen Straftaten oder Brandstiftungen nicht die erste Wahl darstellen. Der Maßregelvollzug schießt sich aufgrund der Anlage des System – so besehen – ein Eigentor, weil er sich selbst eine Entscheidungs- und Verantwortungslast aufbürdet, die er in zweifacher Hinsicht nur sehr eingeschränkt tragen kann: einerseits hinsichtlich der unmöglichen Zukunftsprognose, dass es zu keinen weiteren Vorfällen kommt. Andererseits indem er sich in eine Pfadabhängigkeit von Hochsicherheitskliniken begeben hat – mit der damit einhergehenden Problematik, die eigene Klientel wieder in die Freiheit zu entlassen.

Zu guter Letzt muss hinterfragt werden, woran die in der jüngsten Reformierung des § 63 StGB bzw. § 463 StPO festgesetzten kritischen Schwellen von 6 und 10 Jahre definiert werden. Den Autoren ist keine Studie bekannt, in denen sich genau diese Zeiträume als besonders fruchtbar in Hinblick auf Besserung und Sicherheitsgewinn herausgestellt hätten.

## **1.6. Fazit**

Zusammengefasst soll somit weder bestritten werden, dass es Menschen in prekären Lebenslagen gibt, die von therapeutischer Hilfe profitieren. Zudem soll auch nicht bestritten werden, dass es Menschen gibt, die im Rahmen der ‚freien Gesellschaft‘ nicht tragbar sind und in hierfür vorgesehene Einrichtungen untergebracht werden müssen. Wofür argumentiert werden soll, ist, dass die derzeitige Ausgestaltung des Maßregelvollzugs nach den §§ 63, 64 StGB dysfunktional ist.

Von ärztlichem Personal wird erwartet, dass es Aussagen über die Zukunft treffen kann. Die gesellschaftliche Erwartungshaltung ist: Es darf nichts passieren. Die einzige Möglichkeit, dies sicher zu stellen, ist, die untergebrachten Personen nicht zu entlassen. Es gibt zwar wissenschaftliche *Anhaltspunkte*, aber keine harten Kriterien (hierzu ebenfalls Kobbé 2019).

Auch die neurobiologische Forschung kann diese – entgegen den großen Hoffnungen – nicht liefern. Im Gegenteil ist vielmehr von der mangelnden Relevanz der neurobiologischen Forschung für die Praxis die Rede (Siehe Zedlick & Thoma 2017; Kösters & Weinmann 2017; Weinmann 2019). Die Probleme sind in viel stärkerem Ausmaß ‚sozialer Natur‘, als das System es berücksichtigen kann. Ob ein Mensch, der im Maßregelvollzug halbwegs ‚gut läuft‘ auch weiterhin draußen ‚gut läuft‘ – wer vermag das *mit Sicherheit* zu sagen? Das scheint dann weniger von erfolgreichen „Reparaturen“ in der Person abzuhängen, als letztlich von den vielen sozialen Zusammenhängen und Bezügen, in denen diese Person in Freiheit steht. Diese sind trotz ihrer Komplexität zwar beeinflussbar – aber nicht kontrollierbar. Höchstens innerhalb der totalen Institution. Das Problem, die betroffenen Menschen dann trotzdem irgendwann entlassen zu müssen, wird in der Praxis – je nach Zusammenspiel aus therapeutischem Personal, Staatsanwaltschaft, Strukturen der Nachsorge, etc. – mal besser und mal schlechter gelöst. Wir sagen nicht, dass das nie funktioniert. Aber: Darauf kann man kein an Recht und Gerechtigkeit orientiertes System aufbauen!

In der Praxis bedeutet dies, dass die Lockerung oder Entlassung einer untergebrachten Person weniger eine Frage seiner individuellen „Gefährlichkeit“ ist, als vielmehr vom jeweiligen und situativen Zusammenspiel aller am Vollzug der Maßregel beteiligten Organisationen abhängig: neben den geschlossenen Kliniken somit auch von den Gerichten, den Klinikträgern, der Einbettung in eine Lokal- und Landespolitik sowie den Nachsorgeeinrichtungen (forensischen Ambulanzen, Wohngruppen, Wohnheimen, etc.). Damit ist die Unterbringungsdauer und damit der Freiheitsentzug (!) einer Person eine Frage der Willkür und Kontingenz praktischer Gegebenheiten.

Indem den zuständigen Kliniken qua System die Entscheidungslast der Entlassung aufgebürdet wird, können diese eigentlich nur verlieren. Gehen sie das Risiko ein, Menschen zu entlassen, die wieder rückfällig werden, wird ihnen das als Scheitern der Besserung ausgelegt werden. Ein Blick auf die Unterbringungszahlen verrät, dass diese Strategie nicht verfolgt wird. Behalten sie aber umgekehrt die Menschen ein, laufen sie Gefahr, einen enormen Anteil an ‚falsch Positiven‘ zu erzeugen. Das Problem ist dann, dass die vorhandenen Ressourcen auch auf Menschen verwendet (beinahe könnte man sagen: verschwendet) werden, die schon lange nicht mehr dort sein müssten und gerade deshalb eher kränker als gesünder werden. Diese Ressourcen stehen dann denjenigen Personen nicht mehr zur Verfügung, die sie *wirklich* brauchen – und möglicherweise wollen.

Weitergehend halten wir fest, dass Besserung und Sicherung nicht allein mit medizinischen Mitteln zu erreichen ist, sondern bestenfalls hierdurch unterstützt werden kann. Vielmehr

muss davon ausgegangen werden, dass Resozialisierung umso weniger funktioniert, umso mehr man auf Sicherheit, Kontrolle und objektive Heilung setzt (vgl. Vogd & Feißt 2022). Zusammen mit der politischen Strategie hochgesicherter Maßregelvollzugskliniken und deren Merkmalen der totalen Institution besteht die Gefahr, dass eine solche Unterbringung mit Ihren Zumutungen jene „gefährlichen“ Menschen überhaupt erst hervorbringt, die sie dann nicht mehr guten Gewissens entlassen darf.

Ziel muss es somit sein, das Sanktionensystem so auszugestalten, dass die Kliniken nicht mehr die Alleinverantwortung für die Entlassung tragen. Dennoch muss gewährleistet sein, dass die Klientel zu Recht weiter „gesichert“ werden kann, für die es weiterhin absolut notwendig erscheint. Eine tatsächliche Trennung von Sanktionierung und Behandlung im Sinne der UN-BRK ist deshalb in Deutschland mit Nachdruck anzustreben.

## Teil 2

### Daten zum Maßregelvollzug nach § 63 StGB in Deutschland

#### 2.1. Punitivität: Vergleich Strafvollzug – Maßregelvollzug

Das deutsche Strafrecht hält für Rechtsverstöße gegen geltende Normen zwei Sanktionssysteme bereit, a) die Strafen und b) die Maßregeln. Es liegt nahe, die Punitivität dieser Sanktionssysteme zu vergleichen, um herauszufinden, ob strafmündige und -unmündige Rechtsbrecher von der Justiz gleich behandelt werden.

Punitivität, zu Deutsch etwa „Straflust“, bezeichnet in der kriminologischen Fachsprache den „Grad, in dem eine Gesellschaft geneigt ist, auf Normabweichungen mithilfe von Strafen zu reagieren“ (Dübgen 2016). Der Begriff hat zwei Dimensionen: Er bezieht sich einmal auf einen gesellschaftlichen Diskurs, der mehr oder weniger punitiv sein kann, wie z.B. das bekannte „Wegsperrn für immer“ von Altkanzler Schröder. Zum anderen umfasst er eine konkretere juristische Ebene, indem z.B. neue Straftatbestände geschaffen und/oder alte verschärft werden, in dem mehr, länger und härter bestraft wird oder die Strafvollstreckung verschärft wird (Heinz 2014).

##### 2.1.1. Die Punitivität des deutschen Strafvollzugs

Gemessen an der Anzahl der Inhaftierten pro 100.000 Einwohner ist der Strafvollzug in Deutschland relativ wenig punitiv.

Im Jahr 2004 waren in Deutschland 79.452 Menschen inhaftiert. Das entspricht einer Inhaftiertenquote von 93 Inhaftierten auf 100.000 Einwohner. Diese Zahlen sanken bis 2021 kontinuierlich. Aktuell sind 59.056 Menschen inhaftiert, was einer Quote von 71 pro 100.000 Einwohner entspricht ([www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org)).

Möglich wäre, dass die Anzahl der Sanktionierten zwar insgesamt sinkt, der Rest aber stärker sanktioniert wird, sprich wesentlich längere Inhaftierungszeiten aufweist. Dazu der Sanktionsforscher Heinz: „Zwischen 1990 und 2008 ist lediglich bei den unbedingt verhängten Freiheits- oder Jugendstrafen von mehr als zwei Jahren eine Zunahme von 0,11% festzustellen. Der Anteil der langfristig Inhaftierten (5 J +) ist seit 2000 mit 13% faktisch gleich geblieben“ (Heinz 2014).

Dabei kann die Punitivität des Strafvollzugs in Deutschland von Bundesland zu Bundesland durchaus unterschiedlich sein. So befanden sich 2016 z.B. in Berlin 31,1% der Gefangenen im offenen Vollzug, in Bayern aber nur 6,5% (Galli 2020).

Auch im Vergleich zu seinen Nachbarländern zeigt sich die relativ geringe Punitivität des deutschen Strafvollzugs. 2021 saßen in Polen 189 pro 100.000 und in Tschechien 176 pro 100.000 Einwohner ein, während am anderen Ende der Skala nur die Niederlande mit 60 pro 100.000 eine geringere Quote hatten als Deutschland mit 71 pro 100.000 Einwohnern ([www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org)).

### **2.1.2. Die Punitivität des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB)**

Im Zeitraum von 1994 bis 2018 stieg die Anzahl der im Maßregelvollzug untergebrachten Personen nach § 63 StGB von N = 2.500 auf N = 6.993. Der Anteil von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung stieg stärker an als die anderen Diagnosegruppen. Ihr Anteil betrug 2018 = 53,7% (AG Psychiatrie der AOLG 2012; Kutscher et.al. 2009; Jaschke & Oliva 2020; Bayerischer Bezirkstag 2020 Az.:541/3-4-1; Landtag Baden-Württemberg 2019, LT-Drs. 16/6183).

Bezüglich der Unterbringungszahlen gab es eine Zäsur im Jahr 2004. Bis dato stieg die Anzahl der Unterbringungsanordnungen pro Jahr stetig an und erreichte den jährlichen Wert von 1,6 pro 100.000 Einwohnern. Ab 2005 sank er kontinuierlich ab und erreichte 2014 den Wert von 0,97 pro 100.000 Einwohnern (Seifert & Leygraf 2016).

Das bedeutet: Die Strafjustiz sprach seit 2005 weniger Unterbringungsanordnungen pro Jahr aus, was in Analogie zum Strafvollzug zu einer geringeren Punitivität des psychiatrischen Maßregelvollzug hätte führen können. Doch da der § 63 StGB (ehemals § 42b RStGB von 1934), die Möglichkeit eröffnet, Menschen unbegrenzt fest zu setzen, wurden die Unterbringungszeiten verlängert, mit dem Ergebnis, dass im gleichen Zeitraum die Rate der Untergebrachten pro 100.000 Einwohner von 1,6 auf 2,1 Anstieg (Seifert & Leygraf 2016).

In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet das:

Bundesweit (ohne Bayern und Baden Württemberg) stieg die durchschnittliche Unterbringung bei Beendigung der Maßregel nach § 63 StGB von 2.700 Tagen (2010) auf 3.681 Tage (2018). Dabei erreichte die Spannweite der Unterbringungsdauer zwischen den einzelnen Bundesländern von 2.544 Tagen in Hamburg bis 4.652 Tagen im Saarland eine erhebliche Größe (Jaschke & Oliva 2020).

Aber nicht nur die mittlere Unterbringungsdauer stieg im psychiatrischen Maßregelvollzug an, sondern vor allem der Anteil der langfristig Untergebrachten (10 J +).

**Tab. 1 Anteil unterschiedlicher Vollzugsdauern in %**

Jahre	2006			2010			2013/ 2015*		
	0 - 4	4 - 10	10 - ~	0 - 4	4 - 10	10 - ~	0 - 4	4 - 10	10 - ~
HH	-	-	-	44,6	40,7	14,7	44,6	38,5	16,9
LWL	47,1	36,6	20,3	39,2	37,1	23,7	36,6	37,3	26,1
Bund	-	-	-	36,4	37,4	26,2	32,3	35,4	32,3

\*: HH: Hansestadt Hamburg, Bund ; LWL: Landschaftsverband Westfalen – Lippe  
(Quellen: Celik 2017; Schiffer 2013; Jaschke & Jaschke 2017)

Der Anteil der Untergebrachten mit einer angemessenen Vollzugsdauer (0 – 4 J) nimmt ab, die lange Unterbringungsdauer (4 – 10 J) bleibt in etwa gleich und die extreme Unterbringungsdauer (10 J – ~) steigt an. Für die Bundesländer insgesamt (ohne Bayern und Baden-Württemberg) ermittelte eine Untersuchung, „dass der Patientenanteil mit (sehr) hoher Unterbringungsdauer (> = 10 Jahre)“ in den Jahren 2010 – 2015 „insgesamt von 26,2% (2010) auf 32,3% (2015) gestiegen ist“. „[...] diese Patientengruppe“ machte „im Jahr 2015 in nahezu allen Ländern (außer Hamburg und Hessen) den größten Anteil an den Stichtagspatienten“ aus (Jaschke & Jaschke 2017).

### 2.1.3. Punitivität: Straf- und Maßregelvollzug im Vergleich

Nach Heinz wies „die weitaus überwiegende Zahl der Gefangenen eine relativ kurze Vollzugsdauer auf.“ Sie betrug lediglich bei 13,2% (N = 5.823) mehr als 5 Jahre bis lebenslang. Das ist deutlich weniger als im Maßregelvollzug, wo dieser Anteil bei ungefähr 60% liegt (s. Tab. 2). Und im Gegensatz zum Maßregelvollzug ist diese Quote im Strafvollzug seit 2005 nicht angewachsen, sondern gleich geblieben (Heinz 2010).

Diese gegenläufige Entwicklung von Straf- und Maßregelvollzug hat zur Folge, dass der Anteil von Menschen, die durch freiheitsentziehende Maßregeln (§§ 63, 64, 66 StGB) untergebracht sind, von 1984 = 7% auf 2000 = 10,7% und damit auf 18% aller Inhaftierten im Jahr 2013 anstieg (Heinz 2015).

Wie sich die Unterbringungsanordnungen (UAO) der einzelnen Maßregeln (§§ 64, 64, 66 StGB) im Verhältnis zur Anzahl der Verurteilten entwickelt hat, zeigt die folgende Tabelle:

**Tab. 2 Vergleich Unterbringungsanordnungen nach §§ 63, 64, 66 StGB) und Verurteilte**

Jahr	Verurteilte (ohne Delikte im Straßenverkehr)	N UAO Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 63, 64, 66 StGB)			N UAO gesamt	Anteil UAO in % der Verurteilten			
		§ 63	§ 64	§ 66		§ 63	§ 64	§ 66	Gesamt
2007	685785	1023	1812	79	2914	0,15	0,26	0,01	0,42
2010	638708	948	2323	101	3372	0,15	0,36	0,01	0,46
2017	557066	804	2829	57	3690	0,14	0,51	0,01	0,66
+/- %	<b>-18,80%</b>				<b>+26,60%</b>				

(Feltus 2012; Statistisches Bundesamt: Rechtspflege Strafverfolgung Fachserie 10 Reihe 3; 2017, 2010, 2007)

Die Anzahl der insgesamt Verurteilten (ohne Delikte im Straßenverkehr) sank im Zeitraum von 2007 bis 2017 um 18,8%. Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der nach einer Maßregel der Besserung und Sicherung (§§ 61 ff. StGB) Untergebrachten um 26,6%, was überwiegend dem Anstieg der nach § 64 StGB Untergebrachten geschuldet ist.

Mit den hier vorliegenden Zahlen kann man einen Punitivitätsquotienten entwickeln, der anzeigt, ob der Maßregelvollzug punitiver als der Strafvollzug ist: Bis 2013 betrug im Bund die durchschnittliche Unterbringungsdauer nach § 63 StGB rund 8 Jahre, und es waren im psychiatrischen Maßregelvollzug erstmals mehr Menschen mit einer Vollzugsdauer von 5 Jahren bis lebenslang untergebracht (N = 6.750) als im Strafvollzug (N = 5.823) (Heinz 2014; Seifert & Leygraf 2016).

Mit Hilfe dieser Zahlen, von Prävalenzschätzungen und bevölkerungsstatistischen Daten, kann man die Frage beantworten, ob das Risiko einer Langzeitunterbringung (5 J +) für schwer psychisch erkrankte Erwachsene größer oder kleiner ist als für die nicht-erkrankte Bevölkerung.

Man kann von folgenden Zahlen ausgehen:

N schwer psychisch Erkrankte Erwachsene: (1%) von 50.780.000 = 507.800

Langzeituntergebrachte (5 J +) im Maßregelvollzug: 6.750

N nicht-erkrankte Erwachsene: 50.780.000 - 507.800 = 50.272.200

Langzeituntergebrachte (5 J +) im Strafvollzug: 5.823

(Gühne et al. 2015; statista.com; Heinz 2014; Seifert & Leygraf 2016)

Man erhält so folgende **odds ratio** = 50.272.200 : 5.823 zu 507.800 : 6.750 = **114,77**. Das Risiko einer Langzeitunterbringung (5 J +) ist für die Gruppe der schwer psychisch Erkrankten somit 114x höher als für die nicht erkrankte erwachsene Bevölkerung.

#### **2.1.4. Die Punitivität des deutschen Maßregelvollzugs im europäischen Vergleich**

Der bundesdeutsche Strafvollzug ist im europäischen Nachbarschaftsvergleich wenig punitiv. Das könnte im Maßregelvollzug auch der Fall sein, falls unsere europäischen Nachbarn psychisch kranke Rechtsbrecher zahlreicher und langfristiger festsetzen als in Deutschland.

Vorbemerkung: Das Sanktionssystem Maßregelvollzug, bei dem im Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Straftat eine Schuldunfähigkeit attestiert werden muss, gibt es nur in der Hälfte der EU-Mitgliedsstaaten. In der DDR hatte man den psychiatrischen Maßregelvollzug 1969 abgeschafft. Italien hat 2017 alle seine psychiatrischen Justizkrankenhäuser geschlossen und – ebenso wie Spanien, Portugal und Kroatien – die Dauer einer forensischen Behandlung in Übereinstimmung mit der UN-BRK auf die Zeit der schuldangemessenen Strafe beschränkt. In Frankreich werden die meisten psychisch kranken Rechtsbrecher in der Allgemeinpsychiatrie behandelt und in den Niederlanden ist er für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen reserviert. In den Ländern mit angelsächsischem Rechtssystem spielt das Konstrukt der Schuldunfähigkeit keine wesentliche Rolle. Die EU bietet also eine bunte Mischung von Möglichkeiten im Umgang mit psychisch kranken Rechtsbrechern (di Lorito et al. 2017; Seifert & Leygraf 2016; Salize & Dressing 2007; Kocaric & Kovacic et al. 2019; Trips-Hebert 2010; Smeekens & Braun 2019).

Bei den aufgestellten forensischen Betten war Deutschland 2006 mit 10,5 pro 100.000 Einwohnern Vizeeuropameister. Hier waren die Niederländer vorne, die 13,7 pro 100.000 Betten aufgestellt hatten. Mittlerweile ist die forensische Bettenzahl in Deutschland weiter gestiegen, während in den Niederlanden die stationären forensischen Plätze von 2.156 auf 1.374 Betten stark reduziert wurden. Italien stand mit 1,9 Betten schon damals auf einem Abstiegsplatz. Ganz weit abgeschlagen mit 0,8 Betten ist Frankreich, wo die meisten forensischen Patienten in der Allgemeinpsychiatrie „mit dem selben Status und unter gleichen Bedingungen wie zivilrechtlich untergebrachte Patienten behandelt werden“ (Salize & Dressing 2007; Priebe 2008; Smeekens & Braun 2019).

Bei der Unterbringungs-Prävalenz (Anzahl der Untergebrachten pro 100.000 Einwohner) belegt Deutschland mit 7,7 pro 100.000 den zweiten Platz nach Schweden mit 10,4 pro 100.000.

Ein stichprobenartiger Ländervergleich zeigt, wie unterschiedlich sich Anzahl und Internierungsdauer forensischer Patienten in europäischen Ländern entwickeln. In Italien sank die Zahl der forensisch Internierten um mehr als die Hälfte, ihre Internierungsdauer ist inzwischen auf die gesetzliche Höhe der Haftdauer begrenzt, und die durchschnittliche Unterbringungsdauer beträgt 2 Jahre. In Österreich stieg die Anzahl der Angehaltenen um ein Drittel an, ihre Unterbringungsdauer blieb in etwa gleich. Deutschland expandiert in beiden Bereichen: Ein Zuwachs von mehr als 150% bei den Untergebrachten und von 50% bei der Unterbringungsdauer stützt die Annahme, dass der deutsche Maßregelvollzug in Europa zu den punitivsten gehört (Seifert & Leygraf 2016; Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug 2015; di Lorito et al. 2017; Schmidt-Quernheim 2018; Castelletti & Scarpa 2021).

## **2.2. Ergebnisse der Rechtstatsachenforschung: Gleichheit vor dem Gesetz?**

Der psychisch kranke Rechtsbrecher darf erwarten, dass die Rechtsprechung und der Maßregelvollzug in Deutschland ihn nach einigermaßen transparenten und nachvollziehbaren Kriterien im Vergleich mit allen anderen Tätern gleich behandelt. Die Rechtstatsachenforschung zeigt, ob diese Erwartung berechtigt ist.

Angelehnt an diese Forschung stellen wir die folgenden Fragen in der Reihenfolge des zeitlichen Verlaufs des Unterbringungsverfahrens:

1. Nach welchen Kriterien entscheidet ein Untersuchungsrichter, ob für einen Verdächtigen die einstweilige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 126a StPO) angeordnet wird?

Antwort: Nach vagen und teils sachfremden ...

Zunächst einmal müssen dringende Gründe für die Annahme vorhanden sein, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) begangen hat, und die öffentliche Sicherheit muss die einstweilige Unterbringung erfordern (§ 126a StPO).

Aber was „dringende Gründe“ konkret sind und welche Handlungen die „öffentliche Sicherheit“ gefährden, ist unbestimmt und lässt weiten Raum für Auslegungsmöglichkeiten. Das belegen ein Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 22.08.2017 (2 BvR 2039/16 = BtPrax 2017, 238) und ein Urteil des Bundesgerichtshof vom 12.03.1998 (4 StR 633/97 = NJW 1998, 3654) in forensischen Angelegenheiten. Im Verfahren, dass vom BVerfG verhandelt wurde, bekam die Beschwerdeführerin im Verlauf ihres Verfahrens durch alle Instanzen in 20 Monaten vier unterschiedliche Diagnosen und die Prognose, dass sie in Zukunft ge-

fährlich sein werde, obwohl ihre letzte Straftat 8 Monate vor Beginn des Verfahrens lag und sie während ihrer Zwangsunterbringung kein aggressives Verhalten zeigte.

Und wenn sich dann innerhalb eines Verfahrens auch noch Gutachten widersprechen, kommen selbst Richter der höchsten Instanz an ihre Grenzen. „Hinzu kommt, dass es auch an jeglichem Maßstab fehlt, anhand dessen der Senat prüfen könnte, welcher der divergierenden Ansichten der Vorzug zu geben ist“ (o.g. Urteil des BGH NJW 1998, 3654, 3655).

Und forensisch untergebrachte Rechtsbrecher und strafmündige Täter müssten sich hinsichtlich relevanter psychiatrisch-psychopathologischer Befunde deutlich unterscheiden, denn diese sind die Eingangsvoraussetzungen für eine Unterbringung im Maßregelvollzug.

Das „Hallenser Angeklagtenprojekt“ hat diese Frage untersucht (Marneros et al. 1998). In zwei Landgerichtsbezirken, einer mit einer medizinischen Fakultät in ihrem Bereich (Halle) und einer ohne eine solche (Dessau) wurden angeklagte psychiatrisch begutachtete und nicht-begutachtete Straftäter hinsichtlich relevanter psychologischer, psychopathologischer und kriminologischer Variablen untereinander und mit einer Stichprobe aus der Bevölkerung verglichen. Die Angeklagtengruppe insgesamt unterschied sich deutlich in wesentlichen psychopathologisch-kriminologischen Variablen von einer Vergleichsstichprobe aus der Normalbevölkerung. Unterschiede zwischen den forensisch begutachteten und nicht-begutachteten Tätergruppen gab es nicht, mit Ausnahme der Schwere des Deliktes bei den Begutachteten. Das Projekt ging auch der Frage nach, wonach Richter entscheiden, ob sie eine Begutachtung für erforderlich halten, und fand zwei Faktoren heraus: Zum einen spielte die Schwere des Delikts eine Rolle. Zum anderen zeigte sich, dass das Landgericht in der Stadt mit einer medizinischen Fakultät wesentlich mehr Begutachtungen anforderte als das Gericht in der Stadt ohne Universität (Marneros et al. 1998). D.h., die leichtere Verfügbarkeit von Psychiatern und eine enge Zusammenarbeit zwischen Justiz und Universität erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines richterlichen Begutachtungsauftrages.

2. Der Vollzug der Maßregeln ist bekanntlich Ländersache. Kann man davon ausgehen, dass die Anzahl der Unterbringungsanordnungen (§ 63 StGB) im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße in den verschiedenen Bundesländern einigermaßen gleich verteilt ist?

Antwort: Nein.

Die Anzahl der Unterbringungsanordnungen pro 100.000 strafmündige Erwachsene unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland erheblich.

**Tab. 3 Unterbringungsanordnungen pro Jahr pro 100.000 strafmündige Erwachsene**

Deutschland	1,36
Brandenburg	0,70
Hansestadt Bremen	2,46

(Heinz 2014)

Das heißt, der Bremer Bürger hat ein fast doppelt so hohes Risiko, in der psychiatrischen Maßregel untergebracht zu werden wie der bundesdeutsche Durchschnittsbürger und ein mehr als dreifaches im Vergleich zum Brandenburger.

3. Unterbringungen werden in der Tatsacheninstanz von Landgerichten angeordnet. Sind sie wenigstens in einem Bundesland einigermaßen gleich verteilt?

Antwort: Eher nicht.

In Baden-Württemberg wurden die Inzidenzraten (Unterbringungsanordnungen [UAO] pro Jahr pro 100.000 der Wohnbevölkerung) der dort vorhandenen 17 Landgerichtsbezirke verglichen.

**Tab. 4 Inzidenzraten UAO verschiedener Landgerichtsbezirke in Baden-Württemberg**

Zwei Landgerichtsbezirke	2,38; 2,47
Durchschnitt andere 15 Landgerichtsbezirke	0,94
Minimum – Maximum andere 15 LG Bezirke	0,55 – 1,38

(Traub & Weithmann 2011)

Da sich die Landgerichtsbezirke in wesentlichen demografischen und/oder kriminologischen Kennziffern nicht unterscheiden, diskutieren die Autoren dieser Studie „als mögliche Ursache [...] regionale Unterbringungsstile der Justiz und die Vernetzung mit der Allgemeinpsychiatrie [...]“ (Traub & Weithmann 2011). Also: Dort in Baden-Württemberg, wo die Justiz nicht so unterbringungsfreudig ist und die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinpsychiatrie, Justiz und forensischer Psychiatrie gut funktioniert, ist das Risiko, forensisch untergebracht zu werden, deutlich geringer. Es gilt aber auch: Das Unterbringungsrisiko in einem Bundesland ist extrem unterschiedlich und von der Zufälligkeit des Tatortes in dem einen oder anderen Landgerichtsbezirk abhängig.

4. Ist die Dauer der Unterbringung in Deutschland einigermaßen gleich verteilt?

Antwort: Nein.

2018 betrug die durchschnittliche Unterbringungsdauer entlassener Maßregelvollzugs-Internierter 3.681 Tage (ohne Bayern und Baden-Württemberg) – mit einer Spannweite von 2.544 in Hamburg bis 4.652 Tagen im Saarland (Jaschke & Oliva 2020)

5. Vor der Entlassung in die (bedingte) Freiheit erfolgen während der Unterbringung Entscheidungen der jeweiligen Klinik zur sukzessiven Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen. Kann man davon ausgehen, dass in verschiedenen Kliniken den untergebrachten Personen gleiche Startbedingungen gewährt werden?

Antwort: Nein.

In einer Studie wurde der Einfluss von Patientenmerkmalen und Klinikzugehörigkeit der Mitarbeiter auf die Entscheidungen zur Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen ("Lockerungen") überprüft. Dabei zeigte sich als wichtigstes Ergebnis, „dass die Auswahl der Klinik einen größeren Einfluss darauf besitzt, in welchem Umfang Lockerungen genehmigt werden, als die Patientenmerkmale. Diese Feststellung unterstützt die subjektiven Eindrücke von Patienten, die sich in einer Vielzahl von Beschwerden ausdrückt, dass keine Gleichbehandlung stattfindet, und stellt ein erhebliches ethisches Problem dar“ (Köpke 2010).

Neuere Zahlen, die einen Ländervergleich (ohne Bayern und Baden-Württemberg) erlauben, finden sich im „Kerndatensatz für den Maßregelvollzug“. Hier ist die Anzahl der Rücknahmen von Freiheitsbeschränkungen ("Lockerungen") bezogen auf 100 Fälle festgehalten. Ausgänge *in Begleitung* hatten 2018 durchschnittlich 34,6 von 100 der Insassen. Mit einer Spannweite von 19,9 in Berlin bis 60,0 im Saarland. Ausgang *ohne Begleitung* hatten im Schnitt 34,8 von 100, mit einer Bandbreite von 23,0 in Schleswig-Holstein bis 50,1 in Bremen. Das bedeutet, dass sich die im Klinikvergleich konstatierte Ungleichbehandlung auch auf Länderebene fortsetzt (Jaschke & Oliva 2020).

6. Vor einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug steht die Beurlaubung bzw. eine externe Unterbringung außerhalb des gesicherten Bereiches. Wie sieht hier der Ländervergleich aus?

Im Jahr 2018 gab es im Bundesdurchschnitt 15,3 Beurlaubte je 100 Belegungsfälle gemäß § 63 StGB mit einer Spannweite von 6,7 in Sachsen Anhalt bis 31,3 in Bremen. Bei Kurz-Beurlaubten (bis zu 3 Monaten) reichen die Zahlen von 0,0 in Sachsen Anhalt bis 12,5 in Bremen, bei einem Durchschnitt von 4,3. Bei Langzeit-Beurlaubten (12 Monate und länger)

zwischen 0,0 in Schleswig-Holstein und 11,2 in Thüringen, bei einem Bundesdurchschnitt von 4,7 Fällen pro 100 Belegungsfälle. Auch bei diesem Kriterium kann von Gleichbehandlung keine Rede sein (Jaschke & Oliva 2020).

7. Mit der Änderung des § 67d Abs. 6 StGB zum 01.08.2016 sollte eine Stärkung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes erreicht werden. Kann man davon ausgehen, dass die zuständigen Strafvollstreckungskammern der Landgerichte diesen Grundsatz in gleicher Weise in ihrer Spruchpraxis berücksichtigt haben?

Antwort: Wahrscheinlich nicht.

Eine erste Untersuchung in Nordrhein-Westfalen (150 Anordnungen im Zeitraum vom 01.01.2013 bis 20.03.2018) zeigte eine sehr uneinheitliche Anordnungspraxis. Die Oberlandesgerichte (OLG) für die Landesteile Westfalen (21 und Rheinland mit 20 Entlassungen aus Gründen der Verhältnismäßigkeit lagen nahe beieinander. Auf der Ebene der Landgerichte (LG) bzw. bei deren Strafvollstreckungskammern (StVK) läßt sich erkennen, dass die veränderte Gesetzeslage bei manchen Spruchkörpern überhaupt keinen Einfluss auf die Entscheidungspraxis hatte, bei manchen aber sehr wohl.

So gab es z.B. beim Landgericht Kleve, in dessen Zuständigkeitsbereich die forensische Klinik Bedburg-Hau bei einer Belegung mit etwa 395 stationär Untergebrachten liegt, im Zeitraum von Januar 2013 bis August 2016 eine und im Zeitraum von September 2016 bis März 2018 ebenfalls nur eine Entlassungsanordnung aus Gründen der Verhältnismäßigkeit. Beim Landgericht Paderborn, in dessen Zuständigkeitsbereich die forensische Klinik Eickelborn mit etwa 335 stationär Untergebrachten liegt, gab es im gleichen Zeitraum 8 Entlassungsanordnungen aus Gründen der Verhältnismäßigkeit vor und 47 solcher Anordnungen nach der Gesetzesnovellierung (Schmidt-Quernheim 2019).

8. Führte die Novellierung des § 67d StGB zu einem Bettenabbau in den forensischen Kliniken? Antwort: Eher nicht.

Die Novellierung hat im Bundesland NRW zu einem leichten Rückgang der Belegungszahlen nach § 63 StGB von 2016 bis 2018 von N = 1.986 auf N = 1.852 (minus 7%) geführt. Im gleichen Zeitraum stieg aber die Zahl der nach § 64 StGB Untergebrachten um N = 85 (plus 9%) und die der nach § 126a StPO einstweilig in einem Krankenhaus des Maßregelvollzugs Untergebrachten von 148 auf 169, also um plus 14% an (Schmidt-Quernheim 2019).

Deutschlandweit lässt sich eine ähnliche Tendenz feststellen: Die Zahl der nach § 63 StGB Untergebrachten sank von 2016 bis 2018 leicht um 132 Personen von 7.125 auf 6.993. Dafür stieg die Anzahl der nach § 64 StGB Untergebrachten von 4.484 auf 4.962, ein Plus von 478 Personen. Die Zahl der nach § 126 StPO und anderer Vorschriften vorläufig Untergebrachten stieg von 547 auf 696 an (ohne Bayern). Das macht insgesamt ein Plus von mehr als 495 (vorläufig) Untergebrachten in nur 2 Jahren. Und, da es im Maßregelvollzug nach § 63 StGB keine Höchstfrist für die Unterbringungsdauer gibt, konnten die Vollzugsleitungen der Kliniken im Einvernehmen mit den Strafvollstreckungskammern die Anzahl der Beurlaubungen von 2016 bis 2018 von 1.004 auf 721 (= minus 23,21%) und die der bedingten Entlassungen im gleichen Zeitraum von 446 auf 377 (= minus 15,47%) senken (Jaschke & Oliva 2020; Bayerischer Bezirkstag 2020, Az.: 541/3-4-1; Landtag Baden-Württemberg 2019 LT-Drs. 16/6183).

9. Frage: Können eigentlich gesetzliche Regelungen durch politische Vereinbarungen außer Kraft gesetzt werden?

Antwort: "Im Prinzip Nein, aber..."

Beispiel: Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Träger der forensischen Kliniken in diesem Landstrich schloss zwei rechtswidrige Vereinbarungen ab, die beide die Lockerungs- und damit auch die Therapiemöglichkeiten der Insassen erheblich einschränkten. Einmal mit der Stadt Rheine, um dort die Einrichtung einer Art „forensischen Abschiebeeinrichtung“ umsetzen zu können und einmal am forensischen Standort Eickelborn mit einer Bürgerinitiative, die sich als eingetragener Verein organisiert hatte. Diese Vereinbarungen wurden jahrelang praktiziert, bis die Klage jeweils einer untergebrachten Person diesem Spuk ein Ende setzte (vgl. hierzu zu Rheine: BVerfG R&P 2008, 223, darauf folgend: OLG Hamm R&P 2009, 114; zu Eickelborn: OLG Hamm R&P 2018, 119, m. Anm. Kammeier; zu Straubing: LG Regensburg R&P 2019, 125, m. Anm. Ahmed).

„Die Beharrlichkeit des Landschaftsverbandes und die Uneinsichtigkeit der Strafvollstreckungskammer verdeutlichen aber zugleich, dass ein rechtswidriger Freiheitsentzug unverändert toleriert wird“ (Lesting 2018; vgl. auch Kammeier 2020). Mittlerweile sind beide Vereinbarungen durch Beschlüsse des OLG Hamm ‚kassiert‘ worden.

10. Fazit:

- Die Kriterien der einstweiligen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 126a StPO sind vage und unbestimmt, und die Anordnungen nach § 126a StPO sind von sachfremden Bedingungen abhängig.

- Anzahl und Dauer der Unterbringungen unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland, von Landgerichtsbezirk zum benachbarten Landgerichtsbezirk zum Teil erheblich.
- Rücknahmen von Freiheitsbeschränkungen (Lockerungen) variieren erheblich von Klinik zu Klinik und von Bundesland zu Bundesland und sind eher unabhängig von persönlichen Merkmalen der untergebrachten Personen.
- Gleiches gilt für Beurlaubungen und externe Unterbringungen von Maßregelvollzugs-Internierten nach § 63 StGB.
- Die Novellierung des § 67d Abs. 6 StGB hat noch nicht zu einer wesentlichen Stärkung des Verhältnismäßigkeitsprinzips geführt. Auch hier ist eine uneinheitliche Spruchpraxis der Landgerichte festzustellen.
- Vollzugsverwaltungen können geneigt sein, Grundrechte der Untergebrachten durch außerjuristische Vereinbarungen auszuhebeln.

Diese strukturelle Ungleichbehandlung ist seit Jahrzehnten bekannt und veranlasste Leygraf schon 1988 zu der Bemerkung: „Da jedoch nicht zu vermuten ist, dass sich die Gefährlichkeit psychisch kranker Straftäter an föderalistischen Staatsformen (oder an Landgerichtsbezirksgrenzen – [d. Vf.]) orientiert, stellt sich hier sicher die Frage nach der Gleichheit vor dem Gesetz“ (Leygraf 1988).

### **2.3. Daten zur Gefährdung und Gefährlichkeit von schwer psychisch erkrankten Menschen**

Methodische Vorbemerkung:

Wenn man Gefährdungs- und Delinquenzrisiken realistisch, angemessen und nicht-stigmatisierend beschreiben will, empfiehlt es sich, diese

- als absolutes Risiko und
- als relatives Risiko zu beschreiben,
- attributable risks/confounders als von einer Erkrankung unabhängige Variablen möglichst sorgfältig in Anschlag zu bringen,
- bei Vergleichsuntersuchungen die unterschiedliche Größe der Herkunftspopulationen zu berücksichtigen,
- zu berücksichtigen, dass sich das individuelle Gewicht von Risikofaktoren im zeitlichen Verlauf ändert,
- unterschiedliche Risikoausprägungen bei Männern und Frauen zu beachten (gender bias),
- das Inzidenzalter von Erkrankung und Delikt (in welcher Altersstufe tritt die Erkrankung/das Delikt gehäuft auf?) bei Vergleichen zu berücksichtigen,

- die Risiken von Gefährdung und Gefährlichkeit einer bestimmten Gruppe von Menschen ins Verhältnis zu setzen
- und die Angemessenheit und Reichweite bzw. Begrenztheit der Forschungsmethodik zu reflektieren.

### **2.3.1. Die Gefährdung schwer psychisch erkrankter Menschen**

„Schwer psychisch Kranke unterliegen nach wie vor einer massiven sozialen Exklusion, die jedoch im Gegensatz zu früher subtiler, politisch und formal korrekter stattfindet“ (Schanda 2018). Dabei sind Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung eine hoch gefährdete Gruppe, die sehr viel häufiger Opfer von Gewaltdelikten wird als ihre nicht-erkrankten Zeitgenossen (Chloe et al. 2008; Varshney et al. 2016).

Die nachfolgend genannten Gefährdungsrisiken sind bei ihnen wesentlich stärker ausgeprägt als in der Durchschnittsbevölkerung:

- Körperverletzung: Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung sind 2,8x häufiger Opfer als Täter von Körperverletzungsdelikten – Frauen 6,3x, Männer 2,5x häufiger (Kalifeh et al. 2015; Choe et al. 2008; Latalova et al. 2014; Walsh et al. 2004; Honkonen et al. 2004; Dean & Moran et al. 2007).
- Tödliche Unfälle: Das Risiko, in tödliche Unfälle verwickelt zu werden, ist für schwer psychisch erkrankte Menschen 2,13x – 2,8x höher (Hiroeh et al. 2001).
- Ihre Suizidrate ist 10x – 16x höher (Böker & Häfner 1973; Wiersma et al. 1998; Hiroeh et al. 2001; Gäbel & Wölwer 2010).
- Das Risiko, einem Tötungsdelikt zum Opfer zu fallen, ist für Frauen mit einer schweren psychischen Erkrankung 6,32x und für Männer 6,09x höher (Hiroeh et al. 2001; Rodway et al. 2014).

Hinzu kommen gesundheitliche Gefährdungen, die bei schwer psychisch erkrankten Menschen ausgeprägter sind als bei anderen Bevölkerungsgruppen:

- Substanzmissbrauch: Der Nikotinmissbrauch ist bei schizophren erkrankten Menschen 3,0x stärker ausgeprägt, Alkoholmissbrauch 2,5x und Gebrauch illegaler Drogen 5,5x (Rice & Harris 1995; Schanda 2018).
- Erhöhte Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Schizophrenie:
  - Fettleibigkeit
  - Störungen des Fettstoffwechsels
  - Diabetes
  - Metabolisches Syndrom
  - körperliche Inaktivität

(Dolder 2008; Aderholt 2010; Schanda 2018).

- Erhöhte Mortalität durch Neuroleptika. In einer prospektiven Studie wurde ein Anstieg der Mortalität um das relative Risiko von 2,5 mit jedem verordneten Neuroleptikum festgestellt (Joukamaa et al. 2006). Kardiovaskuläre Erkrankung und metabolisches Syndrom sind häufige Nebenwirkungen polypharmazeutischer Neuroleptikaeinnahmen. „Angesichts der durch Atypika nur verlagerten Nebenwirkungen, des nicht nachgewiesenen besseren Krankheitsverlaufs durch Neuroleptika und einer durch sie deutlich erhöhten Mortalität kann nur eine maximale Zurückhaltung bei der Anwendung von Neuroleptika die Antwort sein“ (Aderholt 2007; Laursen et al. 2014; Latalova et al. 2014; Suzuki 2019).
- Für schizophren erkrankte Menschen ist im Vergleich zur nicht-erkrankten Bevölkerung die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken 11,0x und an Demenz zu versterben 5,2x höher (Jonas et al. 2021).
- Das Risiko, an Covid 19 zu versterben, ist für schizophren etikettierte Menschen 2,67x höher als für die Allgemeinbevölkerung (Nemani et al. 2021).

Die aufgeführten Risikofaktoren haben zur Folge, dass Menschen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung, eine stark verkürzte Lebenserwartung haben. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie eher sterben als der Durchschnitt der Bevölkerung, ist mehr als verdoppelt (2,2x), ihre Lebenserwartung ist bei einer schizophrenen Erkrankung um 14,5 Jahre verringert (Mauer 2006; Walker et al. 2015; Hjorthoy et al. 2017; Liu et al. 2017). Sie sterben überzufällig häufig eines unnatürlichen Todes (17,5%), ihr Anteil an Todesfällen weltweit ist mit 14,3% (= 8 Millionen vorzeitigen Todesfällen p.a.) ebenfalls überproportional (Walker et al. 2015). In den vergangenen Jahren hat sich die Schere des Mortalitätsrisikos weiter zu ihren Ungunsten geöffnet (Saha et al. 2007; Hayes et al. 2017; Hjorthoy et al. 2017; Das-Munchi et al. 2019; Chesney et al. 2014; Plana-Ripoli et al. 2019).

Auf der Basis von Prävalenzschätzungen und der Berechnung der durch die Erkrankung verlorenen Lebensjahre (Englisch: Years of Potential Life Lost: YPLL) kann man abschätzen, wie viele Lebensjahre den von einer schizophrenen Erkrankung Betroffenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verloren gehen, man kann auch sagen, wie viel Lebensjahre sie "opfern".

Die Jahresprävalenz dieser Erkrankung beträgt 0,85%, d.h., etwa 698.530 Menschen sind in Deutschland erkrankt gewesen. Der folgenden Modellrechnung liegt die Annahme zugrunde, dass nur die 232.843 Menschen mit einem schwereren chronischen Verlauf das Lebenszeitopfer von 14,5 Jahren bringen. Das wären dann  $232.843 \times 14,5 \text{ J} = 3.376.223,5 \text{ YPLL}$ . Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 80,9 Jahren sind das 41.733,29 Lebensjahre

p.a. in Deutschland und umgerechnet auf ein durchschnittlich langes Leben (41.895,85 zu 80,9) etwa 516,66 Menschenleben, die die schizophren erkrankten Menschen in Deutschland pro Jahr opfern müssen.

Der Beitrag anderer schwerer psychischer Erkrankungen lässt sich so abschätzen: Years of Potential Life Lost für schwere psychische Erkrankungen (SPE): 10 Jahre. Prävalenz für SPE ohne schizophrene Erkrankung:  $1,5\% - 0,85\% = 0,65\% = 536.250 \text{ Menschen} \times 10 = 5.362.500 \text{ YPLL}$  gesamt, geteilt durch 80,9 = 66.285,53 YPLL pro Jahr geteilt durch 80,9 = 819,35 Menschenleben, die diese Patientengruppe jährlich zu opfern hat.

Insgesamt erbringen Menschen mit einer SPE in Deutschland also ein Opfer an Lebenszeit, dass pro Jahr etwa 1.337 Menschenleben entspricht (Statista.com; Gühne et al. 2015; Walker et al. 2015). 2016 schlussfolgern Varsneyh et al.: „[...] trotz der Tatsache, dass gewalttätige Übergriffe auf Patienten sehr viel häufiger vorkommen als Gewalttaten von Patienten“ ist „dieser Angelegenheit sehr viel weniger Aufmerksamkeit gewidmet worden“. Und „paradoxaerweise trägt die Ausrichtung des Forschungsinteresses auf gewalttätige Patienten zur Ausbildung von negativen Stereotypen bei“ (Chloe et al. 2008).

### **2.3.2. Gefährlichkeit im Vergleich**

Weitgehend unwidersprochen geht man in der forensischen Psychiatrie von folgender Hypothese aus: „Männer und Frauen, die an einer Schizophrenie leiden, haben im Vergleich zur Restbevölkerung ein erhöhtes Verurteilungsrisiko. Dieses Risiko steigt von gewaltfreier Delinquenz über Gewaltdelinquenz hin zu Tötungsdelikten an“ (Hodgins & Müller-Isberner 2014; s.a. Müller & Saimeh et al. 2017).

Wir untersuchen, was die deutsche Strafverfolgungsstatistik dazu sagt.

- Dabei differenzieren wir die Kategorie „Gefährlichkeit“ nach der Systematik der entsprechenden Paragraphen im StGB.
- Die Untersuchungsgruppe: Männer und Frauen mit einer schizophrenen Erkrankung und ihre Teilgruppe, bei denen 2016 wegen unterschiedlicher Delikte eine Unterbringung nach §§ 20, 63 StGB angeordnet wurde.
- Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe: Männer und Frauen, die im Jahr 2016 strafmündig waren (in Deutschland ab 14 Jahren) und ihre Teilgruppe, die 2016 wegen unterschiedlicher Delikte verurteilt wurden – abzüglich der Untersuchungsgruppe schizophren Etikettierter.
- Kennzahlen: Odds Ratio (die relative Ausprägung einer Variable im Vergleich unterschiedlich großer Gruppen) und  $\chi^2$  (statistische Signifikanz der erhobenen Vergleichswerte) (Field 2009).

- Datenquellen bzw. -schätzungen: Werden an entsprechender Stelle im Text benannt.

Zunächst präzisieren wir unsere Fragestellung bzw. unsere Hypothesen:

1. Allgemeine Delinquenz: Die Gruppe der als schizophren etikettierten Menschen hat eine höhere allgemeine Delinquenzbelastung als der Rest der strafmündigen Bevölkerung.
2. Gewaltdelinquenz allgemein: Straftaten gegen das Leben §§ 211, 212 StGB; Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung §§ 174 – 184g StGB; Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (Körperverletzung) §§ 223 – 224; Raub und Erpressung, räuberischer Angriff auf Kraftfahrer §§ 249 – 255, 319a StGB.

Schizophren Etikettierte werden wegen dieser zusammengefassten Deliktgruppen häufiger verurteilt als die strafmündige Bevölkerung.

3. Gewaltdelinquenz speziell: Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (Körperverletzung): Schizophren etikettierte Menschen werden wegen dieses Delikts häufiger verurteilt als die strafmündige Allgemeinbevölkerung.
4. Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (Sexualdelikte): Schizophren etikettierte Menschen werden wegen dieses Delikts häufiger verurteilt als die strafmündige Bevölkerung.
5. Raub und Erpressung; räuberischer Angriff auf Kraftfahrer: Schizophren etikettierte Menschen werden wegen dieses Delikts häufiger verurteilt als die strafmündige Allgemeinbevölkerung.
6. Straftaten gegen das Leben (Tötungsdelikte): Schizophren Etikettierte haben eine höhere Verurteilungsrate als der Rest der strafmündigen Bevölkerung.

Die Hypothesen beziehen sich auf die Gesamtgruppe der schizophren Etikettierten und werden zur Überprüfung des gender bias für Männer und Frauen getrennt ausgewertet, so dass wir  $6 \times 3 = 18$  Hypothesen untersuchen.

Für die Vergleichseinschätzung ziehen wir folgende Zahlen heran:

1. Gesamteinwohnerzahl von Deutschland 2016: 82.180.000
2. Menschen mit schizophrener Etikettierung (Jahresprävalenz): 0,85% : 698.530. – Verhältnis Männer : Frauen = 1,15 : 1,0 ergibt: Männer 373.632 und Frauen: 324.898.
3. Strafmündige Bevölkerung ab 14 Jahren: 64.430.605 – Verhältnis Männer : Frauen = 31.200.109 : 33.230.496
4. Strafmündige minus schizophren Erkrankte: 63.732.075
5. Verhältnis Männer : Frauen (ohne schiz. Erkrankung) = 30.729.633 : 32.939.442
6. Anzahl der Unterbringungsanordnungen für schizophren Erkrankte: Da die Strafverfolgungsstatistik zwar nach Deliktart, aber nicht nach Diagnosen differenziert, sind wir auf eine Schätzung angewiesen. Wir gehen davon aus, dass die nach §§ 20, 63 StGB

schuldunfähig Untergebrachten in der Regel schizopren Etikettierte (ICD 10 F20 – 25) sind (Gäbel & Wölwer 2010; van der Werf et al. 2012; Kutscher et al. 2009; statista.com).

Mit Hilfe der Strafverfolgungsstatistik können wir nun getrennt nach Strafgefangenen, Untergebrachten und Geschlechtern feststellen, wie hoch die Deliktbelastung in unterschiedlichen Kategorien der Gewaltdelinquenz ist.

**Tab. 5 Deliktbelastung 2016: Vergleich strafmündige Bevölkerung/ schizopren Etikettierte**

Hyp Nr.		N schiz. Etikettierte	N Unterbringungsanordnungen schiz. Etk. (§§20 /63 StGB)	N Strafmündige Bevölkerung ohne schizopren Etikettierte	N Verurteilungen strafmündige Bevölkerung
<b>1.0</b>	<b>Allgemeine Delinquenz</b>				
1.1	Fr	324.898	68	32.939.442	176.483
1.2	Mä	373.632	544	30.729.633	724132
1.3	Insg.	698.530	612	63.732.075	900.615
<b>2.0</b>	<b>Gewaltdelinquenz allgemein (3.0 – 6.0)</b>				
2.1	Fr	324.898	46	32.939.442	6374
2.2	Mä	373.632	440	30.729.633	56238
2.3	Insg.	698.530	486	63.732.075	7052
<b>3.0</b>	<b>Körperverletzung (§§ 223 – 231 StGB)</b>				
3.1	Fr	324.898	30	32.939.442	5703
3.2	Mä	373.632	262	30.729.633	51.567
3.3	Insg.	698.530	292	63.732.075	57.270
<b>4.0</b>	<b>Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174 –184 StGB)</b>				
4.1	Fr.	324.898	0	32.939.442	286
4.2	Mä	373.632	32	30.729.633	7848
4.3	Insg.	698.530	32	63.732.075	8134
<b>5.</b>	<b>Raub und Erpressung; räuberischer Angriff auf Kraftfahrer (§§ 249 – 255; 316a StGB)</b>				
5.1	Fr	324.898	3	32.939.442	367
5.2	Mä	373.632	51	30.729.633	4104
5.3	Insg.	698.530	54	63.732.075	4471
<b>6.0</b>	<b>Straftaten gegen das Leben (§§ 211 – 222 StGB)</b>				
6.1	Fr	324.898	13	32.939.442	181
6.2	Mä	373.632	95	30.729.633	1058

6.3	<b>Insg.</b>	698.530	108	63.732.075	1239
-----	--------------	---------	-----	------------	------

(Destatis 2017 Fachserie 10 Reihe 3)

Aus den Zahlen der Tabelle 6 kann man berechenbare Hypothesen zum Vergleich der Deliktbelastung durch schizophren etikettierte Untergebrachte nach §§ 20, 63 StGB mit der strafmündigen Bevölkerung ableiten.

**Tab. 6 Deliktbelastungsrate 2016: Vergleich Strafmündige Bevölkerung / schizophren Etikettierte**

Hyp. Nr.	Odds Ratio	Konfidenzintervall (KI) bei p = 0,05	Chi²	Signifikanzlevel p
<b>1.0</b>	<b>Allgemeine Delinquenz</b>			
1.1 Fr	<b>25,73</b>	20,28 – 32,63	0,0001	h.s.
1.2 Mä	<b>15,51</b>	14,26 – 16,87	0,0001	h.s.
1.3 Insges.	<b>16,34</b>	15,10 – 17,69	0,0001	h.s.
<b>2.0</b>	<b>Gewaltdelinquenz insgesamt</b>			
2.1 Fr	<b>1,36</b>	1,02 – 1,82	0,0347	s.
2.2 Mä	<b>1,55</b>	1,41 – 1,70	0,0001	h.s.
2.3 Insges.	<b>1,59</b>	1,45 – 1,73	0,0001	h.s.
<b>3.0</b>	<b>Körperverletzung (§§ 223 – 231 StGB)</b>			
3.1 Fr	<b>1,87</b>	1,31 – 2,68	0,0006	h.s.
3.2 Mä	<b>2,39</b>	2,12 – 2,70	0,0001	h.s.
3.3 Insges.	<b>2,15</b>	1,91 – 2,41	0,0001	h.s.
<b>4.0</b>	<b>Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174 – 184 StGB)</b>			
4.1 Fr	<b>n.b.</b>		n.b.	
4.2 Mä	<b>2,98</b>	2,10 – 4,22	0,0001	h.s.
4.3 Insges.	<b>2,78</b>	1,96 – 3,94	0,0001	h.s.
<b>5.0</b>	<b>Raub und Erpressung; räuberischer Angriff auf Kraftfahrer (§§ 249 – 255; 316a StGB)</b>			
5.1 Fr	<b>1,20</b>	0,38 – 3,75	0,324	s.
5.2 Mä	<b>0,97</b>	0,74 – 1,28	0,87	n.s.
5.3 Insges.	<b>0,90</b>	0,69 – 1,18	0,47	s.
<b>6.0</b>	<b>Straftaten gegen das Leben (§§ 211 – 222 StGB)</b>			
6.1 Fr	<b>0,13</b>	0,07 – 0,24	0,0001	h.s.
	<b>(7,28)</b>	(4,14 – 12,78)	(0,0001	h.s.)
6.2 Mä	<b>0,13</b>	0,10 – 0,16	0,0001	h.s.
	<b>(7,38)</b>	(5,98 – 9,11)	(0,0001	h.s.)
6.3 Insges.	<b>0,12</b>	0,10 – 0,15	0,0001	h.s.
	<b>(7,95)</b>	(6,53 – 9,68)	(0,0001	h.s.)

Signifikanzlevel: p <= 0,05 signifikant s.; p <= 0,01 hoch signifikant h.s.

n.b.: nicht berechenbar, da 2016 schizophren etikettierte Frauen keine Straftat in dieser Deliktkategorie begingen.

Zusammenfassung:

1. Gender bias: Frauen beider Vergleichsgruppen sind in allen Deliktgruppen stark unterrepräsentiert. Das gilt auch im Verhältnis schizophren etikettierter Frauen zu schizophren etikettierten Männern. Allein dieses schon lange bekannte Faktum stellt die These, dass eine schizophrene Erkrankung eine wesentliche Ursache für Gewaltdelinquenz sein soll, erheblich in Frage. „Wenn psychische Krankheit ein entscheidender Faktor bei der Entstehung von Kriminalität wäre, müssten Männer und Frauen zumindest unter den psychisch kranken Rechtsbrechern zu gleichen Teilen vertreten sein“ (Rasch 1986, zit. nach Leygraf 1988). Gut dokumentiert ist auch, dass die soziale Zusammensetzung der nach § 63 StGB Unterbrachten der der Gefängnisinsassen ähnlich ist. Bei beiden Gruppen sind Menschen aus ärmeren Schichten deutlich überrepräsentiert, – ebenfalls ein Indiz gegen die Theorie von der besonderen kriminogenen Potenz psychischer Erkrankungen (Leygraf 1988; Seifert 2007).
2. In den Deliktkategorien 1.0 – 4.0 haben sowohl schizophren etikettierte Frauen als auch Männer ein zum Teil deutlich geringeres Verurteilungsrisiko als der Rest der strafmündigen Bevölkerung.
3. In der Deliktkategorie 5. ist das Verurteilungsrisiko in etwa gleich.
4. In der Deliktkategorie 6. ist das Verurteilungsrisiko (bei Unterrepräsentanz von Frauen) deutlich höher.
5. Mit Ausnahme der Tötungsdelikte gibt es auch keinen Beleg dafür, dass das Deliktrisiko mit der Deliktschwere ansteigt.

Die Deliktart „Straftaten gegen das Leben“ unterziehen wir einer differenzierten Betrachtung und versuchen eine nicht-stigmatisierende Beschreibung und Einordnung dieses Deliktes. Wir halten uns dabei an die beschriebenen Empfehlungen und fügen noch eine eigene Berechnung hinzu.

In der Hypothesentabelle haben wir bezüglich der Tötungsdelikte nicht nur die relativen Verhältnisse in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung dokumentiert (Odds Ratio 7,95), sondern auch die absoluten Zahlen für Tötungsdelikte im Jahr 2016 mit 108 resp. 1.239, und auch bei dieser Deliktkategorie festgestellt, dass Frauen in beiden Gruppen erheblich unterrepräsentiert sind. Dies ist nur eine Momentaufnahme und deshalb fragen wir zunächst, wie sich diese Deliktkategorie über einen längeren Zeitraum entwickelt hat.

Wir untersuchen dies für den Zeitraum von 2007 – 2016, da seit 2007 auch die neuen Bundesländer in der deutschen Strafverfolgungsstatistik erfasst sind.

**Tabelle 7 Straftaten gegen das Leben (§§ 211 – 222 StGB)**

<b>Jahr</b>	<b>Allg. Bevölkerung N Verurteilte §§ 211-222 StGB</b>	<b>schiz. Etikettierte N UAO §§ 20/63 §§ 211-222 StGB</b>	<b>N UAO §§ 20/63 alle Delikte</b>
<b>2007</b>	1918	111	694
<b>2008</b>	1916	127	772
<b>2009</b>	1763	108	714
<b>2010</b>	1672	103	670
<b>2011</b>	1507	91	620
<b>2012</b>	1505	90	581
<b>2013</b>	1459	108	582
<b>2014</b>	1417	113	583
<b>2015</b>	1314	125	635
<b>2016</b>	1239	108	612
<b>gesamt</b>	<b><u>14205</u></b>	<b><u>1084</u></b>	<b><u>6463</u></b>
<b>Spannweite</b>	<b>1239 - 1918</b>	<b>90 - 127</b>	<b>581 - 772</b>
<b>Mittelwert</b>	<b><u>1420,5</u></b>	<b><u>108,4</u></b>	<b><u>646,3</u></b>
<b>2016 OR: schiz.Etik./Allg.Bevo §§ 211-222 StGB</b>	<b><u>7,95</u> (KI: 6,53 – 9,68 p: 0, 0001)</b>		

(Destatis Strafverfolgung 2007 – 2016 Fachserie 10 Reihe 3)

1. Die absolute Verurteilungsrate der strafmündigen Allgemeinbevölkerung für Straftaten gegen das Leben sinkt von 2007 bis 2016 von 1.918 auf 1.239 Verurteilungen, somit um 35,4% ab. Auch die Unterbringungsanordnungen nach §§ 20, 63 StGB für alle Delikte sinken insgesamt um 20,3%. Die Rate der Unterbringungsanordnungen für Tötungsdelikte nach §§ 20, 63 StGB bleibt mit durchschnittlich 108,4 über die Jahre gleich.

2. Gender-Bias Tötungsdelikte: Die weiblichen (46,51%) als schizophrene Etikettierten sind auch bei dieser Deliktkategorie stark unterrepräsentiert. Vergleicht man die OR in Bezug auf Tötungsdelikte schizophrene etikettierter Frauen und Männer mit der strafmündigen Bevölkerung erhält man für 2016 einen Wert von 2,06 für Frauen und 13,08 für Männer. D.h. schizophrene etikettierte Frauen sind im Vergleich zu ihren männlichen Pendanten wesentlich weniger an dieser Deliktart beteiligt.

3. Alters-Bias Tötungsdelikte: Tötungsdelikte schizophrene etikettierter Menschen finden überwiegend in der Altersgruppe von 20 – 35 Jahren statt. Die Tötungsrate in dieser Altersgruppe ist aber auch ohne schizophrene Etikettierte im Vergleich zur strafmündigen Bevölkerung um den Faktor 2 erhöht. D.h., dass die als schizophrene etikettierten Frauen sich in Bezug auf Tötungsdelikte nicht anders verhalten als ihre nicht-erkrankten Altersgenossinnen

und sich die Risikoausprägung bei den Männern altersbereinigt auf einen Wert von etwa 6,5 halbieren würde.

4. Risikoerhöhende soziale bzw. individuelle Confounders: Bei Gewaltstraftaten im Zusammenhang mit Armut, Alleinsein, legaler und illegaler Drogengebrauch, Habgier, Rache, Verdeckung anderer Straftaten sind dies nachgewiesene risikoe erhöhende Bedingungsfaktoren, denen auch schizophren etikettierte Menschen ausgesetzt sind. Ihr Einfluss kann allerdings aus den Strafverfolgungsstatistiken nicht eruiert und quantifiziert werden, spielt aber bei der Entwicklung von Gewaltdelinquenz psychisch erkrankter Menschen eine nicht unerhebliche Rolle (Leygraf 1988; Fazel et al. 2009; Matejkowski 2008).

### **2.3.3. Gefährdung und Gefährlichkeit: Tötungsdelikte im Täter – Opfer – Kontext**

Für den weiteren Gang der Argumentation wird hier der aus der Public Health Forschung geläufige Begriff „Years of Potential Life Lost“ (YPLL) = potentieller Verlust an Lebensjahren eingeführt. Mit seiner Hilfe kann man die Fragen beantworten, a) welchen Verlust an Lebensjahren schizophren Etikettierte der Allgemeinbevölkerung zufügen und b) welcher Verlust ihnen zugefügt wird.

Zu a): Welchen Verlust an Lebensjahren fügten schizophren Etikettierte im Jahr 2016 anderen Bevölkerungsgruppen zu?

Da in der Strafverfolgungsstatistik das Tatalter bei dem zur Unterbringung führenden Delikt nur sehr grob (Jugendliche, Heranwachsende, Erwachsene) und das Alter der Opfer gar nicht angegeben wird, sind wir auf eine Schätzung angewiesen.

Sie beruht auf folgenden Zahlen:

- durchschnittliches Lebensalter in Deutschland: 80,9 Jahre
- Tötungsdelikte schizophren Etikettierter 2016: 108
- durchschnittliches Alter bei Tatbegehung: 30 Jahre (Leygraf 1988; Haneke 2005)
- Alter der Opfer: statistisch nicht erfasst. Aber aus der Struktur der Opferwahl kann man schließen, dass etwa die Hälfte der Opfer (Eltern, Richter, Ärzte) älter sind (etwa 55 J) und die andere Hälfte (Nahe Bekannte, Freunde) etwa gleichaltrig (Böker & Häfner 1973; Estroff et al. 1998; Schanda 2018), d.h. 54 Opfer mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren müssen bei einer durchschnittlichen Lebensdauer von 80,9 Jahren  $25,9 \times 54$  Lebensjahre = 1.398,6 Lebensjahre opfern und 54 Opfer mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren =  $50,9 \times 54 = 2.748,6$  Lebensjahre.

Insgesamt fügen damit die schizophren Etikettierten der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2016 einen Verlust von 4.147,2 Lebensjahren zu.

Zu b): Welcher Verlust an Lebensjahren wird andererseits den schizophren Etikettierten zugefügt?

Wir gehen davon aus, dass etwa 1/3 von ihnen eine schwerere chronische Erkrankung haben (N = 232.843 Menschen) und nehmen nur diese in unsere Berechnung auf. Wir wissen, dass sie gegenüber der Allgemeinbevölkerung eine um 14,5 Jahre verkürzte Lebenserwartung haben (zu den Ursachen s. S. 32 f.) d.h. sie haben pro Jahr  $(232.843 \times 14,5 : 80,9) = 41.733,29$  Lebensjahre zu opfern. Dazu kommt noch das sechsfach erhöhte Tötungsrisiko (15 Tötungsdelikte p.a.), die wir grob geschätzt mit  $15 \times 42,5$  (s.o) = 637,5 Lebensjahren ansetzen. Macht insgesamt ein Lebenszeitopfer von 42.370,79 Lebensjahren.

In Odds Ratios ausgedrückt bedeutet das:

1. OR Verlust an potentiellen Lebensjahren durch erlittene Tötungsdelikte und vorzeitigen Tod bei schwer schizophren Erkrankten insgesamt im Vergleich zum Verlust an Lebensjahren durch Tötungsdelikte von schizophren Etikettierten an der strafmündigen Allgemeinbevölkerung  $(232.843 / 42.370,79 \text{ zu } 63.732.075 / 4.147,2)$ : OR = 2.799,18.
2. OR schwer schizophren Erkrankte/Allgemeinbevölkerung: Verlust an Lebensjahren nur durch Tötungsdelikte: 637,5 erlittenen Verlusten an Lebensjahren stehen 4.147,2 durch schizophren Etikettierte verursachte Verluste an Lebensjahren in der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2016 gegenüber: OR: 17,71.
3. OR Belastung durch Tötungsdelikte Allgemeinbevölkerung/schwer schizophren Erkrankte: 2016 wurden 827 Verurteilungen bzw. Unterbringungsanordnungen wegen Tötungsdelikten ausgesprochen. Davon entfielen (geschätzt s.o.) 15 auf die Gruppe der schwer schizophren Erkrankten und 812 auf die Allgemeinbevölkerung: OR: 6,39.

Diese auf Schätzungen beruhenden Zahlen werden validiert durch eine wissenschaftliche Untersuchung auf der Basis eines landesweiten Erkrankungsregisters und einer landesweiten Kriminalitätsstatistik. Sie kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass das Mortalitätsrisiko durch Mord für psychisch Erkrankte 6x höher ist als für die Allgemeinbevölkerung (Hiroeh et al. 2001).

Zusammenfassung:

Auf der Opferseite wird den (schwer) schizophren erkrankten Menschen durch ihre stark verkürzte Lebenszeit und durch erlittene Tötungsdelikte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

ein zum Teil extrem stärkeres Opfer von Lebenszeit zugemutet. Das gilt auch für den Bereich des Verlustes an Lebenszeit nur durch Tötungsdelikte. Ausgedrückt in Years of Potential Life Lost sind sie wesentlich größeren Risiken ausgesetzt als die Allgemeinbevölkerung. Die Eingangshypothese bestätigt sich also nicht und festzuhalten bleibt, dass „[...] trotz der Tatsache, dass gewalttätige Übergriffe auf Patienten sehr viel häufiger vorkommen als Gewalttaten von Patienten, dieser Angelegenheit sehr viel weniger Aufmerksamkeit gewidmet worden ist“ (Varsneyh et al. 2016).

#### **2.4. Die individuelle Gefährlichkeitsprognose**

Die individuelle Gefährlichkeitsprognose des psychisch erkrankten Delinquenten entscheidet wesentlich darüber, ob er in den geschlossenen psychiatrischen Maßregelvollzug überführt wird und wie lange er dort verbleibt.

Die forensische Psychiatrie geht davon aus, dass sie die Frage zukünftiger individueller Gefährlichkeit mit hinreichender Wahrscheinlichkeit beantworten kann und bedient sich dazu zweier Instrumente:

1. Instrumente zum sogenannten Risk Assessment (z B. HCR-20; LSI; SVR 20; Fotres 2.0). Das sind papierene oder webbasierte Fragebögen, die Risikofaktoren zum Komplex Gewaltdelinquenz erheben und in statistische Wahrscheinlichkeitswerte umrechnen.
2. Psychiatrische bzw. psychologische Fachgutachten zur Gefährlichkeitsprognose, die meist in Kombination mit 1. umfangreichere Daten zur Biografie und zur Krankheits- und Kriminalitätsentwicklung des Delinquenten erheben und bewerten.

Was sagen wissenschaftliche Untersuchungen zur Frage der Tauglichkeit dieser Prognoseinstrumente für die forensische Praxis aus?

Zu 1.: Die individuelle Vorhersagegüte dieser Instrumente hängt von der Höhe der Basisrate des in Frage kommenden Verhaltens in der jeweiligen Untersuchungsgruppe ab. So wurden z.B. laut Strafverfolgungsstatistik für das Jahr 2016 für die Gruppe der 700.000 schizophren Etikettierten ca. 500 Unterbringungsanordnungen für Gewaltdelikte ausgesprochen, was einer Basisrate von 0,072% entspricht. Die strafmündige Bevölkerung (60.000.000) wurde für die gleiche Deliktkategorie 70.000 mal verurteilt, was einer Basisrate von 0,11% entspricht (s. Tab. 6). Zur Frage der Höhe der Dunkelziffer für diese Deliktkategorie gibt es zur Zeit keine zuverlässigen Schätzungen. Was bedeutet nun die Abhängigkeit der prädiktiven Validität von der Basisrate in der forensischen Praxis?

#### **Tab. 8 Abhängigkeit der Prognosegüte von der Basisrate bei einer Sensitivität und Spezifität eines Instrumentes von 0,7**

Basisrate	Vorhersagegüte des Instrumentes	
	falsch positiv	richtig positiv
20%	6	4
6%	9	1
1%	97	100

(Szmukler 2001)

Das bedeutet, dass bei einer Basisrate von 6% und bei einer „wahr positiven“ Rate (Sensitivität) und einer „wahr negativen“ Rate (Spezifität) eines Instrumentes von 0,7 neun von zehn Beurteilungen falsch wären – konkret: Man würde 9 von 10 Menschen fälschlicherweise als gefährlich einstufen.

Aus diesem Dilemma helfen auch nicht die sogenannten ROC - (Receiver operating characteristics) und AUC - (Area under curve) Werte, die häufig zum Vergleich der prädiktiven Validität unterschiedlicher Instrumente herangezogen werden. Sie sagen nichts über die individuelle Vorhersagewahrscheinlichkeit aus, auf die es in der Praxis der forensischen Begutachtung jedoch entscheidend ankommt (Szmukler 2001; König 2010). Aus diesen Gründen kommt ein Grundlegendokument der American Psychiatric Association (APA) zu folgendem Schluss: „[...] der überragende Einfluss der Basisrate bedeutet, dass bei den in klinischen Settings zu beobachtenden Basisraten für gewalttätiges Verhalten für die vorhersehbare Zukunft keine Technik in Sicht ist, die zuverlässig gewalttätige von nicht-gewalttätigen Menschen differenzieren kann (Buchanan et al. 2012).

Zu 2.: Die prognostische Validität von Fachgutachten zur Gefährlichkeitsprognose. Um die Frage der prognostischen Validität von Fachgutachten wissenschaftlich zu beantworten, bräuchte man im Prinzip folgendes Untersuchungsdesign: Man vergleicht die Legalbewährung a) einer Gruppe von entlassenen Patienten, die eine positive Prognose erhalten haben mit b) einer Gruppe von Patienten, die eine negative Legalprognose erhalten haben und trotzdem entlassen werden. Nach 4 bis 5 Jahren schaut man, ob die beiden Gruppen sich hinsichtlich ihrer Legalbewährung unterscheiden und wie gut die Gefährlichkeitsgutachten das Ergebnis vorhergesagt haben.

Das Problem: Aus rechtlichen, ethischen oder politischen Gründen wird keine Strafvollstreckungskammer und kein Justizministerium und erst recht keine Ethikkommission die Erlaubnis für eine solche Studie erteilen, weil man die Menschen mit einer negativen Legalprognose nicht ohne besondere Gründe entlassen wird.

Es gibt aber im forensischen Bereich drei und im Straftatbereich zwei Untersuchungen, die die Legalbewährung von untergebrachten Personen bzw. von Häftlingen untersucht haben, die entgegen der attestierten erheblichen Rückfallgefährdung aus unterschiedlichen Gründen entlassen werden mussten (sog. forcierte Entlassung). Deren Ergebnisse lassen sich vergleichen mit Untersuchungen zur Legalbewährung von normal entlassenen Untergebrachten und Häftlingen. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 10 und 11 zusammengefasst.

**Tab. 9 Studien zur Legalbewährung (forciert) entlassener forensischer Patienten**

Studie	Probanden N	Davon mit Schizophrenie %	time at risk Jahre	Rückfalldelinquenz in %			
				Alle Diagnosen		Schizophrenie	
				Allgemein	Gewalt	Allgemein	Gewalt
<b>Steadmann/ Cocozza, 1974*</b>	920	77,0					
Bei Aufenthalt in einem allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus	199 (sample aus 920)		4,0	21,6	15,0		
während ambulanter Behandlung	98		4,5	20,4	2,0		
<b>Thornberry/ Jacoby, 1979*</b>	586	64,5					
Bei Aufenthalt in einem allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus	540		4,0	k.A.	18,3		
während ambulanter Behandlung	406		4,0	23,7	11,7		
<b>Rice &amp; Harris, 1995</b>	622	25,0	8,1	k.A.	35,0		16,0
<b>Rusche, 2004*</b>	32	28,1	4,7	24,2	16,5		
<b>Kudlung, 2007</b>	179	19,0	5,0	51,4	13,4		
<b>Bezzel, 2008</b>	39	33,8	1,0	15,4	0,0	5,1	0,0
<b>Seifert, 2010</b>	321	44,6	7,5	31,5	10,3	20,3	7,7
<b>Nilsson et al., 2011</b>	46	32,6	3,6	15,0	11,0		
<b>Butz et al., 2013</b>	105	59,0	3,7	2,0	0,0		
<b>Schmidt-Quernheim/ Seifert, 2014</b>	115	56,6	5,6	20,0	1,7	17,0	-

<b>Lewe, 2016</b>	143	100,0	7,5			20,3	7,7
<b>Seifert et al. 2018</b>	321	143	16,5	35,2	12,8	23,1	7,0

\*: forcierte Entlassungen aus forensische Internierung, k.A. = keine Angaben

Anmerkungen zu Tabelle 9:

- Nach einer forcierten Entlassung zu Zeiten der Verwahrspsychiatrie ist die mit Gewalt verbundene Rückfalldelinquenz im ambulanten Setting geringer als im stationären (Steadman & Cocozza 1974; Thornberry & Jacoby 1979).
- Die Rückfalldelinquenz forciert entlassener stationär behandelte untergebrachte Personen (Rusche 2004) unterscheidet sich nicht von der Rückfalldelinquenz stationär unbehandelte forciert entlassener untergebrachte Personen (Steadman & Cocozza 1974; Thornberry & Jacoby 1979).
- Die Rückfalldelinquenz der forciert entlassenen untergebrachten Personen insgesamt unterscheidet sich nicht wesentlich von der Rückfalldelinquenz regulär entlassener untergebrachte Personen. Das wirft Fragen zu Sinn und Qualität der stationären Behandlung auf.
- Da nur 6,5% – 18% der forciert Entlassenen mit einem Gewaltdelikt rückfällig wurden, kann man schließen, dass 82% der als hochgefährlich begutachteten untergebrachten Personen zu Unrecht in forensischen Einrichtungen festgehalten werden (die sogenannten falsch positiven).
- Schizophren Etikettierte weisen eine geringere Rückfalldelinquenz auf als untergebrachte Personen mit anderen psychiatrischen Diagnosen.
- Neuere Untersuchungen zeigen, dass ein angemessener sozialer Empfangsraum die Rückfalldelinquenz forensischer Untergebrachte minimiert (Hartl 2012; Butz et al. 2013; Schmidt-Quernheim & Seifert 2014; Lewe 2016; Seifert et al. 2018).

**Tab. 10 Studien zur Legalbewährung forciert entlassener Strafgefangene**

Studie	N Probanden	Time at Risk in J	Rückfalldelinquenz in %	
			allgemein	Gewalt
Kozol et al. 1972	592	10		8,1
Entlassung nach Haft, als nicht gefährlich diagnostiziert	304			8,6
Per Urteil in Therapieeinrichtung, da als gefährlich diagnostiziert	226			9,7
Daraus entlassen mit positiver Prognose der Behandler	82			6,1

Daraus entlassen gegen der Empfehlung der Behandler	49			34,7
Alex 2013	77		35,0	
		Davon:	erneute Haft	16,0
		Davon:	Raub/ Sexualdel.	5,0

Anmerkungen zu Tabelle 10:

- Die Arbeit von Alex untersuchte bundesweit Haftentlassene, bei denen Staatsanwaltschaft und Vollzugsbehörde wegen weiterbestehender Gefährlichkeit eine nachträgliche Sicherungsverwahrung beantragten, diese aber vom Gericht abgelehnt wurde. Als Ergebnis seiner Arbeit hält Alex fest, dass „Die Identifizierung gefährlicher Wiederholungstäter [...] nach wie vor nur auf Kosten einer großen Zahl von ungefährlichen Menschen, die fälschlicherweise für gefährlich gehalten werden“ gelingt (s.a. Feltes & Alex 2018).
- Das Untersuchungsdesign der Arbeit von Kozol et al. beruht auf einer Abmachung mit der Justiz. Die im Verlauf des Gerichtsverfahrens von den Untersuchern als nicht-gefährlich Diagnostizierten erhielten ihre tatangemessene zeitige Strafe und wurden nach ihrer Entlassung aus dem Gefängnis nachuntersucht. Die als gefährlich diagnostizierten erhielten eine unbestimmte Zeitstrafe, wurden in eine therapeutische Einrichtung zwecks Behandlung ihrer Gefährlichkeit eingewiesen und nach ihrer therapeutisch empfohlenen bzw. nicht empfohlenen Entlassung nachuntersucht. In einer kritischen Würdigung der Ergebnisse dieser Studie kommt Monahan zu dem Schluss, dass „das Vertrauen in die Fähigkeit psychiatrischer Gutachter, gefährliches Verhalten vorherzusagen und zu therapieren, weitgehend unbegründet ist“ (Monahan 1973).

Die Entwicklung des Gutachtenwesens charakterisieren Seifert & Leygraf so: Sie habe „in den letzten zwei Jahrzehnten [...] u.a zu einer Art Arbeitsbeschaffungsprogramm für Prognosegutachter geführt“ (Seifert & Leygraf 2016). Und das mit durchaus messbaren negativen Auswirkungen für die Untergebrachten. In einer Untersuchung wird nachgewiesen, dass die routinemäßige Durchführung von Gefährlichkeitsgutachten mit dafür verantwortlich ist, dass die Unterbringungsdauer sinnlos verlängert wird, ohne einen Zugewinn an Sicherheit für die Bevölkerung zu schaffen (Pfäfflin 2014). Bestätigt wird diese Schlussfolgerung durch eine neuere Arbeit, die feststellte, dass untergebrachte Personen, bei denen trotz klinikinterner positiver Prognose eine Entlassung über einen längeren Zeitraum nicht erfolgte, sich nur in einem Kriterium von den in angemessenem Zeitraum entlassenen Patienten un-

terschieden: Bei ihnen lagen mehr maßregelvollzugsexterne Begutachtungen vor (Klinger et al. 2021).

Fazit: Die Studien zur Legalbewährung und Gefährlichkeit forciert entlassener Strahfänglinge oder forensisch Internierter zeigen die eindeutige Tendenz, dass individuelle Gefährlichkeitsprognosen mittels psychiatrischer bzw. psychologischer Fachgutachten in hohem Maße insuffizient sind.

## **2.5. Therapie und Legalbewährung**

Trotz hoher Fallkosten (durchschnittlicher Tagespflegesatz 306 Euro) gibt es aktuell kaum evidenzbasierte Nachweise, dass der stationäre Maßregelvollzug eine besondere therapeutische oder legalprognostische Wirksamkeit entfaltet. Sie scheint auch niemanden so recht zu interessieren, wie beispielhaft eine Anfrage der „Linken“ im Hamburger Senat belegt. Die Senatsverwaltung antwortete schlicht und ergreifend: „Katamnestische Untersuchungen zu den aus der Hamburger Maßregelvollzugseinrichtung entlassenen Patientinnen und Patienten liegen nicht vor“ (Celik 2017). Das heißt: Den Stadtstaat Hamburg, der das steuerfinanzierte Geschäft mit der Forensik einer privaten Aktiengesellschaft übertragen hat, deren Umsatz auf diesem Geschäftsgebiet sich in den letzten 16 Jahren mehr als vervierfacht hat, interessiert das „Geschäftsergebnis“ nicht.

Auch die „Standards für den Maßregelvollzug“ halten sich in dieser Frage sehr bedeckt. Sie geben nur an, dass 4 Jahre nach der Entlassung etwa jeder 6. Patient wieder delinquent, also irgendwie juristisch auffällig wird. Ob er das mit Beförderungserschleichung oder mit Gewaltdelikten wird und ob das im Vergleich mit den Rückfalldaten des Strafvollzuges viel oder wenig ist, bleibt im Dunkeln. Aber – zumindest das wird festgestellt – es wäre schon sinnvoll, bei Gelegenheit einmal die Ergebnisqualität der Anstalten anhand bekannter Kriterien zu untersuchen. Das war es dann zu diesem Thema (Müller & Saimeh et al. 2017).

Eigene Recherchen haben dennoch einige Ergebnisse zu Tage gefördert.

### **2.5.1. Maßregelvollzugs-Klinik vs. Allgemeinpsychiatrische Klinik: Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit**

Die „Regensburger Katamnesestudie“ untersuchte die therapeutische Wirksamkeit einer stationären forensischen Behandlung. Nach durchschnittlich 4-jähriger Behandlungszeit wurde die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes von nach § 63 StGB untergebrachten Personen durch das behandelnde Team eingeschätzt. Demnach gab es bei 20,0% der untersuchten Personen keine, bei 33,8% eine mäßige und bei 46,2% eine deutliche Besse-

rung des psychiatrischen Krankheitsbildes (Bezzel 2008). In einer weiteren Untersuchung wurde der GAF-Wert (global assessment of functioning) dieser Katamnesegruppe im Übergang von der stationären zur ambulanten Weiterbehandlung ermittelt, er betrug 58,5 Punkte. Im Durchschnitt hatte diese Personengruppe also noch mäßig ausgeprägte Krankheitssymptome oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich ihrer sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (Butz et al. 2013). Darüber hinaus wurden die untergebrachten Personen auch befragt, wie sie die einzelnen Therapieangebote bewerten, welche Kritik und welche Verbesserungsvorschläge sie zum Behandlungssetting haben. Etwa die Hälfte der Befragten beschrieb das therapeutische Angebot als gut bis sehr gut, etwa 40% als befriedigend und 10% als ausreichend bis mangelhaft (Bezzel 2008). Um diese Ergebnisse einordnen zu können, bietet es sich an, sie mit denen einer allgemeinspsychiatrischen Klinik zu vergleichen. Im Rahmen ihres Qualitätsmanagements ermittelte eine allgemeinspsychiatrische Klinik mit Pflichtversorgung mittels des CGI (Clinical Global Impression – ein ähnliches Beurteilungsinstrument wie das GAF) den Erfolg der stationären Behandlung. Da der Autor früher in dieser Klinik „Qualitätsassessor“ war, weiß er noch, dass im Jahr 2011 rund 49% der Patienten die Klinik in einem viel bis sehr viel besserem Zustand verließen, 27% wenig gebessert waren und bei 10% keine wesentliche Verbesserung erzielt werden konnte, zum Rest der Patienten waren keine Angaben erhältlich. Eine schriftliche Nachbefragung der Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Variablen der Behandlung ergab, dass 80% zufrieden waren und bei erneuter Erkrankung sich wieder hier behandeln lassen möchten.

Fazit: Man erkennt eine relativ hohe Übereinstimmung bei den Ergebnisvariablen Therapieerfolg und Patientenzufriedenheit. Der herausragend relevante Unterschied besteht im Zeitfaktor. Die stationäre Maßregel erzielt ihre Ergebnisse nach durchschnittlich 4-jähriger Behandlungsdauer, die Allgemeinspsychiatrie nach 24 Tagen. Wenn wir die Grundannahme des Maßregelvollzugs heranziehen und davon ausgehen, dass die betroffenen Menschen gefährlich sind, weil sie *krank* sind und umgekehrt ungefährlich sind, wenn sie wieder *gesund* sind, dann müsste mit Blick auf die eben angeführten Daten folgende weitergehende Rechnung gelten: Entweder braucht die stationäre forensische Psychiatrie 60,83x (1.460 Tage : 24) länger für den gleichen Behandlungserfolg oder die Patienten sind 60,83x stärker an Schizophrenie erkrankt oder von den 1.460 Tagen sind 24 Tage Behandlungszeit und 1.436 Tage sinnlose Verschlusszeit. Die Theorie, dass mit der Besserung der Erkrankung auch die vermutete Gefährlichkeit der Untergebrachten erledigt ist, erscheint somit absurd. Es wird erneut deutlich, was bereits im ersten Teil angeführt wurde: dass Besserung und Sicherung eben nicht allein „nach ärztlichen Gesichtspunkten“ (vgl. § 136 StVollzG) erfolgen kann.

### **2.5.2. Neuroleptika und Rückfalldelinquenz**

Bei der Behandlung schizophrener Etikettierter in der forensischen Psychiatrie wird von einem ehernen "Grundsatz" ausgegangen: Bei regelmäßiger antipsychotischer Medikation verschwindet auch die mit der Erkrankung einhergehende Gefährlichkeit des Kandidaten. Deshalb sei aber im Umkehrschluss ohne Neuroleptikaeinnahme eine Entlassung nicht möglich (Müller & Saimeh et al. 2017).

Zwei Untersuchungen zum Thema „Neuroleptika und Gewaltdelinquenz“ zeigen, ob dieser Grundsatz empirische Evidenz besitzt.

**Tab. 11 Untersuchungen zum Thema Neuroleptika und Gewaltdelinquenz bei schizophren etikettierten Menschen**

1) N = 96 (Lewe, 2016)	Gewaltdelikt		Kein Gewaltdelikt	
	N	%	N	%
Gewaltdelikte bei Unterbringung	89	92,7	7	7,3
Rückfall mit Gewaltdelikt im Untersuchungszeitraum (7,5 Jahre)	11	11,5	85	88,5
<u>Davon:</u>				
Regelmäßige Neuroleptikamedikation N = 81				
Rückfall Gewaltdelikt	5	6,2	76	93,8
Keine regelmäßige Medikation N = 15				
Rückfall Gewaltdelikt	6	40,0	9	60,0
2) N = 1445 (Swanson & Swartz et al., 2008)				
Rate Gewaltdelikte zu Beginn der Erfassung	276	19,1	1169	80,9
Rückfall mit Gewaltdelikt im Untersuchungszeitraum (6 Monate)	202	14,0	1243	86
<u>Davon:</u>				
regelmäßige Neuroleptikaeinnahme N = 653				
Rate Gewaltdelikte zu Beginn der Erfassung	106	16,2	547	83,8
Rückfall mit Gewaltdelikt im Untersuchungszeitraum	61	9,3	592	90,7
keine regelmäßige Medikation N = 792				
Rate Gewaltdelikte zu Beginn der Erfassung	170	21,5	622	78,5
Rückfall mit Gewaltdelikt im Untersuchungszeitraum	141	17,8	651	82,2

Die erste Untersuchung erfaßt im Rahmen einer prospektiven Studie die Rückfallquote mit Gewaltdelinquenz bei Menschen einer repräsentativen Stichprobe, die nach § 63 StGB untergebracht waren und bei denen eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert wurde. Nach der bedingten Entlassung und in einem Untersuchungszeitraum von 7,5 Jahren waren 15 von 93 der Untersuchten nicht von einer regelmäßigen Neuroleptikamedikation zu überzeugen. 6 von ihnen hatten einen gewalttätigen Rückfall und 9 blieben ohne Gewaltdelinquenz. D.h., eine deutliche Mehrheit der nicht medizierten in der Forensik beging kein Gewaltdelikt. Es gibt also keinen engen Zusammenhang zwischen Neuroleptikaablehnung und Gewaltdelinquenz. Und zweitens wären diese 15 Personen noch in der Forensik untergebracht, würde diese billigend in Kauf nehmen, 9 von ihnen ohne Grund interniert zu haben. Drittens maßt sich die forensische Psychiatrie an, Menschen, die nicht auf Neuroleptika ansprechen (ca. 30% – 50% der schizophren Etikettierten) allein aus diesem Grunde jahrzehntelang zu internieren.

Die zweite Untersuchung stammt aus den USA. Sie erhob bei einer Stichprobe von 1.445 allgemeinspsychiatrischen Patienten deren Rate von Gewaltdelinquenz bei Beginn einer stationären Behandlung und nach einer Zeit von durchschnittlich 6 Monaten nach dem Ende der Behandlung. Beim Vergleich ist zu beachten, dass dort die Basisrate für Gewaltdelinquenz etwa 10x höher liegt als in Deutschland.

In einem Untersuchungszeitraum von 6 Monaten sank die Rate der Gewaltdelinquenz sowohl bei den Neuroleptikakonsumenten als auch bei den über 54,8% Ablehnern. Bei letzteren ist die Reduktion der beobachteten Gewaltdelinquenz mit einer Differenz von 8,5% etwas schwächer ausgeprägt.

### 2.5.3. Therapieziel Legalbewährung: Straf- und Maßregelvollzug im Vergleich

Zur Legalbewährung von Entlassenen beider Sanktionssysteme gibt es einige wissenschaftliche Untersuchungen. Die kriminologische Zentralstelle Wiesbaden untersuchte aus sanktionsrechtlicher und kriminologischer Sicht die Legalbewährung dreier Tätergruppen nach einer langen Nachbeobachtungszeit anhand des Kriteriums „erneuter Freiheitsentzug nach Entlassung“. Die Ergebnisse sind in Tabelle 12 dargestellt:

**Tab.12 Legalbewährung unterschiedlicher Tätergruppen**

Tätergruppe	Time at risk	% Freiheitsentziehungen
Sicherungsverwahrte § 66 StGB (SV)	8,7 Jahre	31%
Kontrollgruppe (gleiche Deliktvorbelastung,	8,7 Jahre	59%

aber ohne SV)		
Bedingt entlassene forensische Patienten § 63 StGB (Dessecker 2012)	7,5 Jahre	17%

Sie schließt aus diesen Ergebnissen, dass die Gefährlichkeit bedingt entlassener forensischer Patienten (§ 63 StGB) und Sicherungsverwahrter (§ 66 StGB) häufig überschätzt wird (Dessecker 2012).

Aus dem Kriterium „erneuter Freiheitsentzug“ läßt sich aber nicht erschließen, welchen Einfluss die Unterbringung bzw. Behandlung auf die Legalbewährung unterschiedlicher Deliktgruppen und Diagnosen hatte. Um diese Frage zu beantworten, wäre die *einschlägige* Rückfalldelinquenz unterschiedlicher Täter- und Diagnosegruppen zu vergleichen. Einschlägig bedeutet, ob z.B. ein Eierdieb wieder mit Eierdiebstahl oder ein Gewalttäter wieder mit einem Gewaltdelikt rückfällig wird.

Im psychiatrischen Maßregelvollzug sind Gewaltdelikte mit einem Anteil von 80% die häufigsten Anlässe für eine Unterbringungsanordnung (Seifert 2007; Jaschke & Oliva 2020). Man könnte also für diese Deliktarten die *einschlägige* Rückfalldelinquenz forensisch untergebrachter Personen mit der *einschlägigen* Rückfalldelinquenz von Strafgefangenen vergleichen und bekäme so einen Eindruck von der legalprognostischen Wirksamkeit der unterschiedlichen Sanktionssysteme.

Für den Strafvollzug liegt eine entsprechende Untersuchung vor. Sie ermittelt nach einer time at risk (Zeit in Freiheit) von 9 Jahren die einschlägige Rückfalldelinquenz für verschiedene Deliktgruppen (Jehle et al. 2016). Aus der repräsentativen Stichprobe der Essener prospektiven Prognoseuntersuchung (Seifert 2007) lassen sich die entsprechenden Daten für schizophren erkrankte forensische Patienten nach einer time at risk von 7,5 Jahren extrahieren (Lewe 2016). Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 dargestellt.

**Tab. 13 Vergleich einschlägige Rückfalldelinquenz Gewaltdelikte  
UAO § 63 StGB / Strafvollzug**

	UAO § 63 StGB schizophren Etikettierte Unterbringungs- delikt	einschlägiges Rückfalldelikt tar 7,5 Jahre		Strafverfahren Bezugsent- scheidung	Rückfalldelikt schwere Gewaltdelikte Strafgefangene tar 9 Jahre	
Deliktgruppe	N	N	%	N	N	%

Körperverletzung	41	8	19,5	101019	16422	16,3
Tötungsdelikt	52	1	1,9	893	1	0,1
Summe	93	9	9,7	101912	16423	16,1

Damit lassen sich folgende Hypothesen überprüfen:

a) Die einschlägige Rückfalldelinquenz schizophrener Erkrankter nach § 63 StGB untergebrachter Menschen für Körperverletzungsdelikte unterscheidet sich in statistisch bedeutsamer Weise von der einschlägigen Rückfalldelinquenz von Strafhäftlingen.

Ergebnis:  $\chi^2 = 0,18$   $df = 1$ . Somit ist diese Hypothese zu verwerfen.

b) Dito nur für Tötungsdelikte: Berechnung nicht möglich, da zwei Zellenwerte kleiner als 5.

c) Dito für Körperverletzungs- und Tötungsdelikte zusammengefasst:

Ergebnis:  $\chi^2 = 2,18$   $df = 1$ . Auch diese Hypothese ist zu verwerfen.

Fazit: Im Vergleich zu seinen „Halbgeschwistern“ Allgemeinpsychiatrie und Strafvollzug zeichnet sich der stationäre psychiatrische Maßregelvollzug also nicht durch eine besondere legalprognostische oder therapeutische Ergebnisqualität aus.

#### 2.5.4. Personalentwicklung und Ergebnisqualität

Theoretisch möglich wäre noch, dass der stationäre Maßregelvollzug sich quasi hausintern in eine positive Richtung entwickelt und seine „Verwandtschaft“ irgendwann einholen oder übertreffen wird. Dieser Frage kann man mit Hilfe von Daten nachgehen, die im „Kerndatensatz im Maßregelvollzug“ erhoben sind (Jaschke & Oliva 2020).

Als erstes interessiert uns die Frage, ob die Anzahl der pro untergebrachter Person zur Verfügung stehenden therapeutisch-pflegerischen Fachkräfte (Pflege, Psychologie, Ergo- und andere Therapien, Medizin) einen Einfluss auf bestimmte Ergebnisvariablen (Unterbringungsdauer, Entlassungen, Beurlaubungen, Lockerungen) hat. Dahinter steht die Hypothese, dass mehr Fachpersonal auch bessere Ergebnisse zeitigen sollte.

Die Daten zu diesen Variablen sind für die genannten Bundesländer für das Jahr 2018 in Tabelle 14 festgehalten. (Die Länder Bayern und Baden-Württemberg fehlen, da sie an der Erhebung zum Kerndatensatz nicht teilnehmen).

**Tab. 14 Ländervergleich 2018: Effekt Therapeutischer Vollkräfte pro Belegungsfall auf die Ergebnisvariablen Unterbringungsdauer, Beurlaubung, bedingte Entlassung und Lockerung im Jahr 2018**

	Therap- Pfleger.-	Unterbrin- gungsdau	Unterbrin- gungsdau	Beurlau- -bung /	Bedingte Entlas-	Locke- rung mit	Locke- rung oh-
--	----------------------	------------------------	------------------------	---------------------	---------------------	--------------------	--------------------

	Vollkraft /Fall	er am Stich- tag in Tagen	er bei Beendi- gung	100 Fäl- le	sung /100 Fäl- le	Beglei- tung	ne Be- gleitung
<b><u>Bundes- land</u></b>							
<b>Berlin</b>	0,70	2500	2915	37,4*	29,2*	19,9	34,2
<b>Saarland</b>	0,84	2869	4652	18,9	37,8*	60,0	38,3
<b>Thüringen</b>	0,88	2425	4007	25,0	58,0	24,4	32,3
<b>NRW</b>	0,95	3291	3222	17,1	38,6	29,0	33,0
<b>Hamburg</b>	1,13	2418	2544	12,7	56,6	23,6	36,8
<b>Nieder- sachsen</b>	1,17	2712	3965	15,8	34,1	52,9	41,3
<b>Schlesw.- Holstein</b>	1,17	2881	3944	7,4	38,7	51,8	23,0
<b>Sa.-Anhalt</b>	1,20	2652	3642	6,7	36,6	37,6	27,5
<b>Hessen</b>	1,22	2221	2666	8,4	61,1	38,3	36,3
<b>Rhld.-Pfalz</b>	1,23	2905	4067	13,4	25,5	27,7	40,1
<b>Sachsen</b>	1,30	2529	3066	18,6	58,4	51,6	31,1
<b>Bremen</b>	1,38	2633	2615	31,3	57,9	27,2	51,1
<b>Branden- burg</b>	1,50	3520	3622	19,0	44,2	29,4	27,3
<b>Meckl.- Vor.</b>	1,61	3296	3738	19,2	64	39,4	40,6
<b><u>Ergebnis- se:</u></b>							
<b>Mittelwert</b>	1,08	2849	3681	15,3	37,8	34,4	34,8
<b>Streuung</b>	0,70- 1,61	2221-3520	2544-4067	76,7- 37,4	25,5-64,0	19,9 – 60,0	23,0-51,1
<b>S-Faktor</b>	2,34	1,58	1,59	5,58	2,51	3,02	2,22
<b>Korrelati- on (Kendalls τ)</b>		0,2209	-0,1325	-0,0220	0,3093	0,1104	0,0883
<b>Effekt:</b>		<b>schwach</b>	<b>schwach</b>	<b>keiner</b>	<b>mittel</b>	<b>schwach</b>	<b>keiner</b>
* Zahlen aus 2017							

Für das Jahr 2018 gilt:

- Zwischen den Bundesländern zeigt sich bei allen Variablen eine große Varianz. So ist z.B. die Unterbringungsdauer am Stichtag in den forensischen Kliniken Brandenburgs 1,41x länger als in Berlin, obwohl sie doppelt so viel Personal haben wie die Berliner. Diese wiederum beurlauben ihre Patienten 5,5x häufiger als die Sachsen, die auch fast doppelt so viel Fachpersonal haben.
- Diese starke Varianz bedeutet, dass die Unterbringungsdauer im stationären Maßregelvollzug stark von der Zufälligkeit der strukturellen Ausstattung in den Ländern abhängt.
- Die schwach positive Korrelation (0,2209) zwischen Personal und Unterbringungsdauer am Stichtag weist darauf hin, dass mehr Fachpersonal die Unterbringungsdauer insgesamt eher verlängert.
- Die schwach negative Korrelation (-0,1325) ist ein Hinweis darauf, dass bei besserer Personalausstattung die Unterbringungsdauer bei Beendigung der Maßregel eher etwas kürzer ist.
- Zwischen Anzahl der Beurlaubungen und Personalausstattung gibt es keinen Zusammenhang (-0,0220).
- Zwischen Personalausstattung und Anzahl der bedingten Entlassungen gibt es einen moderat positiven Zusammenhang (0,3093).
- Zwischen Personalausstattung und der Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen (Lockerungen) lässt sich allenfalls ein schwacher bzw. kein Zusammenhang erkennen (0,1104; 0,0883).

Dass eine bessere Ausstattung mit Fachpersonal deutlich bessere Ergebnisse bei den abhängigen Ergebnisvariablen zeitigt, lässt sich mit diesen Daten nicht bestätigen.

Da die o.g. Daten im Jahr 2010 erhoben wurden, ist auch eine Längsschnittuntersuchung der Variablen möglich. Wir vergleichen jetzt nicht mehr die einzelnen Bundesländer im Querschnitt eines Jahres, sondern die bundesweiten (ohne Bayern und Baden-Württemberg) Gesamtergebnisse pro Jahr von 2010 bis 2018.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 dargestellt.

**Tab. 15 Zeitreihe 2010 – 2018 Effekt therapeutisch-pflegerische Vollkräfte/Belegungsfall auf die Ergebnisvariablen Unterbringungsdauer, Beurlaubung, bedingte Entlassung und Lockerung**

	<b>Therap.-Pfleger. Vollkraft /Fall</b>	<b>Unterbringungsdauer am Stichtag</b>	<b>Unterbringungsdauer bei Beendigung</b>	<b>Beurlaubungen</b>	<b>Bedingte Entlassung</b>	<b>Lockerung mit Begleitung.</b>	<b>Lockerung ohne Begleitung</b>

		in Tagen					
<b><u>Jahr</u></b>							
<b>2010</b>	0,92	2473	2700	926	389	1963	1910
<b>2011</b>	0,92	2699	2847	1403	415	1982	2056
<b>2012</b>	0,87	2738	3110	1114	478	1841	2121
<b>2013</b>	0,89	2807	3353*	1066*	492*	1903	2212
<b>2014</b>	0,89	2902	3353*	1066*	505	1894*	2186*
<b>2015</b>	0,92	2960	3596	1018	510	1884	2160
<b>2016</b>	0,92	2934	3341	1004	446	1797	2250
<b>2017</b>	0,92	2925	3449	1041	471	1817	2049
<b>2018</b>	0,97	2849	3681	761	377	1831	1843
<b><u>Ergebnis-</u> <u>se:</u></b>							
<b>Mittelwert</b>		2810	3270	1039	454	1885	208V
<b>Streuung</b>	0,87 - 0,97	2473 - 2960	2700 - 3681	761 - 1403	377 - 510	1797- 1963	1843 - 2250
<b>S-Faktor</b>	1,11	1,20	1,36	1,84	1,35	1,09	1,22
<b>Korrelati- on</b> (Kendalls τ)		0,1666	0,3002	-0,6423	-0,5000	0,1000	0,4333
<b>Effekt:</b>		<b>klein</b>	<b>mittel</b>	<b>groß</b>	<b>mittel</b>	<b>keiner</b>	<b>mittel</b>
* Schätz- wert							

- Im zeitlichen Längsschnitt der Jahre 2010 – 2018 ist die Varianz der Untersuchungsvariablen nicht so stark ausgeprägt wie im Querschnitt des Ländervergleichs.
- Deutlicher wird, dass mehr Fachpersonal die Aufenthaltsdauer der Angehaltenen eher verlängert. Beurlaubungen und bedingte Entlassungen reduzieren sich bei mehr Fachpersonal deutlich.
- Bei Lockerungen lässt sich kein einheitlicher Trend feststellen.

Ein paar Anmerkungen zur Interpretation:

- Korrelationen bilden einen Zusammenhang ab. Ob er zeitlich oder kausal ist, lässt sich aus dem Wert selbst nicht schließen.
- Auf den Zusammenhang zwischen verlängerter Unterbringungsdauer und Personalstärke bezogen, bedeutet dies, dass eine andere Kausalität für dieses Ergebnis möglich sein kann. Einen Hinweis hierzu finden wir im Kerndatensatz. 2018 fällt die Anzahl der Beur-

laubungen und bedingten Entlassungen unvermittelt auf den niedrigsten Wert der Zeitreihe (Jaschke & Oliva 2020). Dies ist wahrscheinlich eine Reaktion der Vollzugsleitungen auf die Verschärfung der Verhältnismäßigkeitskriterien, die 2016 im § 67d Abs. 6 StGB eingeführt wurde. Der erwünschte Effekt einer Verkürzung der Unterbringungsdauern wird dadurch konterkariert, dass weniger Patienten bedingt entlassen oder beurlaubt werden.

- Das bedeutet für Mitarbeitende eine Entwertung ihrer Arbeit und für Insassen eine Missachtung ihrer Person. Beide sind – in unterschiedlichem Ausmaß – Gefangene einer totalen Institution, deren Macht auf Willkür und Beliebigkeit von Entlasskriterien gegründet ist.

Fazit: Unter dem Regime des § 63 StGB wurden in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend mehr Menschen mit einer psychischen Erkrankung einer juristisch zweifelhaften, legalprognostisch und therapeutisch unwirksamen und teuren Internierung unterworfen.

## **2.6. Zwang und Gewalt im Maßregelvollzug**

„Forensische Einrichtungen und ihre Insassen sind klassischerweise aus dem Blickfeld verschwunden. Wir haben festgestellt, dass Menschenrechtsverletzungen in solchen Einrichtungen kaum wahrgenommen werden und die meisten Beteiligten [...] scheinen sich mit dem Status quo passiv zufrieden zu geben. Aber dieser Zustand verstößt sowohl gegen die internationalen Menschenrechtsnormen als auch gegen die Grundsätze einer menschengerechten Rechtsprechung. Wir können diesen Zustand nicht länger ‚hinter Mauern‘ verstecken.“ (Perlin & Schriver 2013; Übersetzung: U. Lewe).

Über Art, Anzahl und Dauer und die Folgen von Zwangs- und Gewaltmaßnahmen in der stationären forensischen Psychiatrie Deutschlands weiß man wenig. Es gibt keine einheitlichen Erfassungsstandards, keine Pflicht zur Veröffentlichung. Der „Kerndatensatz im Maßregelvollzug“ erfasst keine Daten zu diesem Kernthema.

Dennoch erlauben einige Untersuchungen einen, wenn auch kursorischen, Überblick:

1. „Der Nachteinschluss – Eine Methode des modernen Maßregelvollzuges?“ (Bulla & Hoffman 2012): Nachteinschluss bedeutet, dass die Patienten während der Nachtschichten des Personals im Zeitraum von ca. 20:30 – 06:30 h in ihren Zellen eingeschlossen werden. Diese Einschlusspraxis wird in etwa der Hälfte der deutschen Maßregelvollzugskliniken praktiziert, im größten Bundesland Nordrhein-Westfalen flächendeckend. Nach Einschätzung der Autoren „reduziert diese Maßnahme in der forensischen Psychiatrie die Behandlungsmöglichkei-

ten und widerspricht dem Selbstbild des therapeutischen Personals“. Zusätzlich machen sie „ethische und juristische Bedenken geltend“.

2. „Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie“ (Jakovljevic & Wiesemann 2016). Eine Befragung von Chefärzten forensischer Kliniken im Jahr 2013 ergab: „Von allen im Jahr 2012 in Maßregelvollzugseinrichtungen behandelten Patienten waren durchschnittlich 13% mindestens einmal von einer Isolierung, etwa 3% mindestens einmal von einer Fixierung und 2,2% mindestens einmal von einer medikamentösen Zwangsbehandlung betroffen.“

3. „Die Zwangsbehandlung nach der Reform des Maßregelvollzugsrechts in Baden-Württemberg am Beispiel der Betroffenen zweier forensischer Zentren“ (Horvath 2018): An zwei forensischer Kliniken wurde bei einer Stichprobe von N = 56 Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Spektrum (ICD 10 F. 20-29) die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen erhoben. Ergebnis: „In den ersten vier Wochen der Unterbringung in der forensischen Klinik waren bei 25 Befragten (45%) Zwangsmaßnahmen angewendet worden, in den letzten vier Wochen vor der Befragung bei 2 (4%). Während des gesamten Zeitraums der forensischen Unterbringung waren bei 39 (70%) Zwangsmaßnahmen angewendet worden.“

Eine detaillierte Auflistung nach Art der Zwangsmaßnahme und des Zeitraums, in dem sie stattgefunden hat, zeigt die folgende Tabelle aus der o.g. Arbeit.

**Tab. 16 Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried in den ersten vier Wochen nach ihrer Klinikaufnahme sowie den letzten vier Wochen vor ihrer Befragung im Jahr 2014.**

Zwangsmaßnahme	Erste vier Wochen nach Aufnahme		Letzte vier Wochen vor Befragung	
	N	% aller Probanden	N	% aller Probanden
Isolierung	21	37,5	1	1,9
Fixierung	6	10,7	-	-
1:1-Überwachung	3	5,3	-	-
Zwangsmedikation gemäß § 8 UBG	1	1,8	1	1,9
Medikation unter physischem Zwang	1	1,8	-	-
Notfallmedikationgemäß § 34	-	-	-	-

StGB				
Einschluss	-	-	-	-
Gesamt	32(1)	-	2	-

N = Fallzahl, StGB = Strafgesetzbuch, UBG = Unterbringungsgesetz. (1): höher als die Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Probanden (N = 25), da verschiedene Maßnahmen pro Patient möglich (Horvath 2018).

4. Stichtagserhebung in den forensischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe: Der Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) ist (mit einer Ausnahme) der Träger forensischer Kliniken (§ 126a StPO; §§ 63, 64 StGB) in diesem Landesteil von Nordrhein-Westfalen mit einem Einzugsgebiet von rund 8 Millionen Einwohnern.

In der Antwort auf eine Anfrage der SPD-Fraktion in der Landschaftsversammlung zu Absonderungen in seinen forensischen Kliniken teilte die LWL-Maßregelvollzugsabteilung die Ergebnisse einer Stichtagserhebung mit: Am Stichtag 01.07.2019 waren 75 Internierte länger als 7 Tage in einer Isolierzelle abgesondert, mehr als die Hälfte davon (N = 41) länger als drei Monate und 28 länger als ein Jahr (Hollweg 2019). Unter der Annahme, dass diese Zahlen einigermaßen repräsentativ für den Maßregelvollzug in Deutschland (82 Millionen Einwohner) sind, saßen an diesem Tag etwa 750 Menschen für 7 Tage und länger in einer Isolierzelle, 410 von ihnen länger als drei Monate und 280 länger als ein Jahr. Das wären dann 6,2% der N = 12.119 im Jahr 2018 nach den §§ 126a StPO, 63, 64 StGB im Maßregelvollzug Untergebrachten. Dies bedeutete eine soziale und sensorische Deprivation als Regeltraktierung in der Größenordnung eines Großgefängnisses nur mit Isolationsgefangenen.

Festzuhalten bleibt: Es gibt im deutschen Maßregelvollzug keine systematische Erfassung von Gewalt- und Zwangsmaßnahmen. Todesfälle im Zusammenhang von Zwangsmaßnahmen werden ebenfalls nicht systematisch dokumentiert. Die bekannten Untersuchungen zu diesem Thema sind cursorisch und stichprobenhaft. Sie lassen aber den Schluss zu, dass Maßnahmen, die aus menschenrechtlicher Sicht abzulehnen sind, relativ häufig praktiziert werden.

## Teil 3

### Der Maßregelvollzug in der rechtspolitischen Diskussion und Entwicklung

Die Autoren dieses Beitrags und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. nehmen die im Vorwort zitierte Vereinbarung der gegenwärtigen Koalitionspartner auf und legen der Bundesregierung und der Öffentlichkeit Fakten und Empfehlungen für eine strukturelle Veränderung des aus der Frühzeit des vorigen Jahrhunderts stammenden Sanktionenrechts (Kammeier 1996; Kammeier 2020), insbesondere der Maßregeln nach §§ 63 und 64 StGB vor.

Wie in den Teilen 1 und 2 ausführlich dargestellt, sind die Maßregeln, vor allem die psychiatrische Maßregel des § 63 StGB, inzwischen moralisch und rechtlich nicht mehr zu akzeptieren. Dies wurde in den vorangehenden Teilen schwerpunktmäßig entlang der psychiatrischen Maßregel dargestellt. Ein solches Vorgehen schien uns deshalb sinnvoll, weil gerade die psychiatrische Maßregel infolge ihrer normativ und faktisch unbestimmten Dauer und wegen der größeren Anzahl von Personen, die eine Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus hinnehmen müssen, die rechtspolitisch gewichtigere Maßregel ist, an der sich die beschriebenen Probleme am Klarsten exemplarisch darstellen lassen. Cum grano salis zeigen sich eine Reihe dieser Probleme aber auch in der Entziehungsmaßregel des § 64 StGB, ergänzt um weitere Unstimmigkeiten.

#### 3.1. Kurzer historischer Rückblick

Eine Kritik an den bundesdeutschen Maßregeln ist keineswegs neu. Bereits im Jahr 1990 stellte Kaiser im Titel einer Broschüre die Frage: "Befinden sich die kriminalrechtlichen Maßregeln in der Krise?". Und er gab auch gleich selbst die Antwort hierauf: "[...] die *Einwände* gegenüber kriminalrechtlichen Maßregeln sind so beachtlich, daß sie nicht nur auf einen erhöhten Legitimationsbedarf hinweisen, sondern auch eine *kritische Überprüfung* rechtfertigen." (Kaiser 1990: 3; Hervorhebungen im Original). Im selben Jahr erschien auch ein Aufsatz von Frisch (1990), in dem er von der "Krise der Zweispurigkeit" sprach, die "zugleich eine Krise der Individualprävention sei" und dabei der Frage nachging, ob es rechtsethisch haltbar sei, "Personen im Interesse anderer die Freiheit zu nehmen" (Frisch 1990: 354).

In den Folgejahren konzentrierte sich die Diskussion um die Maßregeln vor allem auf den *Vollzug* der psychiatrischen Maßregel nach § 63 und die Legitimation der Maßregel der Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB. Anlass und Hintergrund hierzu bildeten zahlreiche sexuell motivierte Kindestötungen und Tötungen erwachsener Personen durch entwichene

oder entlassene Straftäter oder untergebrachter Personen. Diese Vorfälle lösten einen Sicherheitsdiskurs aus, der vor allem medial geführt wurde. Die Politik konnte nicht untätig bleiben.

Bereits ab 1998 sollten Bewährungsentlassungen aus der psychiatrischen Maßregel durch eine Änderung des § 67d Abs. 2 StGB dadurch erschwert werden, dass die bis dahin geltende sog. Verantwortungsklausel durch eine Formulierung ersetzt wurde, nach der keine rechtswidrigen Taten mehr *zu erwarten* seien (BGBl. I, 160). Nicht nur verlängerten sich in der Folgezeit die Dauern der Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug von 6,2 Jahren im Jahr 2008 auf knapp 8 Jahre im Jahr 2012, auch die Zahl der untergebrachten Personen erhöhte sich signifikant von z.B. 2.489 im Jahr 1990 über 4.089 im Jahr 2000 bis zu 6.652 im Jahr 2013 (für alle Angaben s. BT-Drs. 18/7244, 10).

Mangelnde Platzkapazitäten im Maßregelvollzug waren die Folge. Erneut geriet die Politik unter Handlungsdruck. Im Vordergrund der gesetzgeberischen Bemühungen stand nun, sowohl den Zugang zu den Maßregeln zu drosseln als auch den Abgang zu erleichtern. Kurz: Mit den Gesetzen "Zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung" (BGBl. I [2007], 513), dem "Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt" (BGBl. I [2007], 1327) sowie vor allem dem "Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften" (BGBl. I [2016], 1610) wurde an 'Stellschrauben' des Maßregelrechts gedreht, ohne die Grundsatzfragen der Legitimation und der dem geltenden Präventionszweck angemessenen Praktikabilität der Maßregeln ernsthaft zu überprüfen. Zwar stabilisierten sich in der Folge bundesweit betrachtet die Zuweisungen zur Unterbringung nach § 63 StGB, die Zahlen der Anordnungen einer Unterbringung in der Entziehungs-Maßregel nach § 64 StGB gingen dagegen in gewisser Weise weiter "dramatisch" nach oben, sie haben sich seit 2007 nahezu verdoppelt (Bundesministerium der Justiz 2021b). Erneut zeigten sich hier einerseits erhebliche Platzprobleme in den Einrichtungen der Entziehungs-Maßregeln wie andererseits auch verfassungsrechtlich bedenkenswerte Legitimationsprobleme der offensichtlich sich unumgänglich ausdehnenden, der Maßregelunterbringung vorauslaufenden sog. Organisationshaft (BVerfG, Beschl. v. 26.09.2005, NJW 2006, 427 m. Anm. Bartmeier; OLG Braunschweig, Beschl. v. 04.09.2020, BeckRS 2020, 21918; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.03.2021, BeckRS 2021, 5417). Seit Kurzem versucht deshalb eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Bundesministeriums der Justiz erneut mit gesetzgeberischen Lösungen Herr dieses Problems zu werden (vgl. Bundesministerium der

Justiz 2021a). Eine Grundsatzdiskussion über die Zeitgemäßheit der Maßregeln des StGB wird aber auch hierbei vermieden. Offensichtlich wurde jedenfalls bis zur Neubildung der Bundesregierung im Herbst 2021 eine grundsätzliche Veränderung des strafrechtlichen Sanktionensystems, insbesondere der Maßregeln nach den §§ 63 und 64 StGB, nicht ernsthaft in Betracht gezogen.

Zuvor waren immer wieder einmal große Hoffnungen in die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur zulässigen Dauer der Unterbringung gesetzt worden, um sogenannte "überlange" Unterbringungen zu verhindern. So hatte es bereits im Jahr 1985 in einem umfangreichen Beschluss auf die Bedeutung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit hingewiesen: "Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist mit Verfassungsrang ausgestattet. Er beherrscht Anordnung und Fortdauer der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus." Hieran gemessen sind "Sicherungsbelange und der Freiheitsanspruch des Untergebrachten als wechselseitiges Korrektiv" zu sehen "und im Einzelfall gegeneinander" abzuwägen. Dabei ist "die mögliche Gefährdung der Allgemeinheit zu der Dauer des erlittenen [ sic!, d. Vf. ] Freiheitsentzuges in Beziehung zu setzen" (BVerfGE 70, 297 = NJW 1986, 767, C.1.2.a)). Darüber hinaus schlug das Bundesverfassungsgericht eine grobe Orientierung der verhältnismäßigen Unterbringungsdauer im psychiatrischen Maßregelvollzug am Strafrahmen der begangenen bzw. zu erwartenden Straftaten vor (ebd.).

Im Jahr 2013 kulminierten rund um den "Fall Mollath" (26.08.2013) eine Reihe weiterer Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts (am 16.05., 3x am 05.07. sowie am 24.07.), in denen es jeweils im Blick auf die Unterbringungs- bzw. Fortdauer des Vollzugs der psychiatrischen Maßregel erneut und eindringlich auf die Bedeutung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und auf die freiheitsgewährleistende Funktion der Eingriffstatbestände hinwies (alle ausführlich besprochen in: Kammeier 2014b). Bei unvoreingenommener Betrachtung dieser und der im Laufe der Zeit folgenden der Un-Verhältnismäßigkeitsentlassungen wird ein markanter Unterschied, wenn nicht gar Antagonismus, zwischen der aus medizinisch-psychiatrischer Sicht indizierten Behandlungsbedürftigkeit und dem sanktions-, richtiger: gefahrenabwehrrechtlich erforderlichen präventiven und insoweit gerechtfertigtem Freiheitseingriff erkennbar. Dabei ist die Relevanz von unangepasstem oder querulatorischem Verhalten untergebrachter Personen anstelle der prognostisch ermittelten Gefahr der Verwirklichung von Tatbeständen als Einflussfaktor auf die Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit und die Unterbringungsdauer noch gar nicht erfasst. Aber auch diese und weitere Beschlüsse führten nicht zu einer Grundsatzdiskussion über den rechtsdogmatischen Sinn und über die praktische Zweckmäßigkeit hinsichtlich einer Beibehaltung der Maßregeln.

Nach dem oben bereits erwähnten "Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften" (BGBl. I [2016], 1610) kam es in allen Bundesländern – durchaus unterschiedlich in den Landgerichtsbezirken – besonders aber in Nordrhein-Westfalen zu einer größeren Zahl von Erledigungen der Unterbringung nach § 63 StGB aus Gründen der Un-Verhältnismäßigkeit entsprechend der Neuregelung des § 67d Abs. 6 StGB nach sechs bzw. zehn Jahren der Unterbringung (s. hierzu Baur 2018; Baur & Querengässer 2017; Willhardt & Rohner 2018; Querengässer & Schiffer 2021). In den zuständigen Gremien der Politik in den Ländern und in und zwischen den stationären und ambulant tätigen Institutionen der forensischen Versorgung wurde nach der 2016er Änderung der §§ 63 und 67d Abs. 6 StGB heftig darüber diskutiert, wie die Behandlung in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs sowie die Betreuung in nachsorgenden Diensten und Einrichtungen verbessert werden könne, um möglichst (fast) alle untergebrachten Personen vor den nun geltenden Unverhältnismäßigkeitskriterien entlassen zu können. Praxis passt sich an Recht an. Inzwischen hat das Bundesministerium der Justiz (2021b) eine "leichte" Reduzierung der durchschnittlichen Unterbringendauern festgestellt.

Zwischenzeitlich hatte sich Schieman in ihrer Habilitationsschrift (2012) und etwas später in einem Aufsatz mit den Merkmalen der Schuldfähigkeitsfeststellung in § 20 StGB befasst und war zu dem Ergebnis gekommen, dass diese, aufgrund ihrer veralteten Begrifflichkeit und indem damit zugleich normative Wertungen an die Stelle psychowissenschaftlicher Diagnosen gesetzt werden, gegen den Bestimmtheitsgrundsatz des Art. 103 Abs. 2 GG verstießen (vgl. Schieman 2013). Aber auch diese an Grundsätze der Strafbarkeit und damit auch der Maßregelunterbringung rührende Kritik führte nicht dazu, die verfassungsrechtliche Legitimation der Maßregeln ernsthaft in Zweifel zu ziehen. Inzwischen wurden einige Begriffe in § 20 StGB durch das "Sechzigste Gesetz zur Änderung des Strafgesetzbuches - Modernisierung des Schriftenbegriffs pp." (BGBl. I [2020], 2600) geändert. Die fragwürdige Legitimation dieses Rechtsinstituts ist geblieben.

### **3.2. Neuere Vorschläge zu einer Reform des Vollzugs der Maßregeln**

Da in der zurückliegenden Dekade keine rechtspolitische Erfolgsaussicht und deshalb keine Bemühungen erkennbar waren, die weitere Zweckmäßigkeit und Legitimation des bundesdeutschen Sanktionenrechts in der immer noch bestehenden Grundgestalt des Jahres 1934 mit dem Ziel einer Änderung oder Abschaffung der Maßregeln nach den §§ 63 und 64 StGB zu diskutieren, konzentrierten sich einige Verbände und Organisationen darauf, dann wenigstens den *Vollzug* zu reformieren.

Im Sommer 2012 meldete sich mit dieser Absicht zunächst die Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Juristinnen und Juristen (AsJ-NRW) (2012) zu Wort und forderte in einem Beschluss eine Änderung des § 63 StGB dahingehend, dass das Gericht anstelle einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus "eine therapiegerichtete und die Allgemeinheit schützende Maßregel" anordne. Damit sollte ein rascherer Einbezug nicht stationärer, vor allem ambulanter Einrichtungen und Dienste in die Sicherung und Versorgung von Personen erreicht werden, bei denen eine Maßregel nach § 63 StGB zu vollziehen war. Auch § 67d Abs. 6 StGB sollte nach diesem Beschluss folgendermaßen neu gefasst werden: "Die Maßregel nach § 63 StGB ist zu beenden, wenn die Voraussetzungen, die zu ihrer Anordnung geführt haben, nicht mehr vorliegen." Diesem Beschluss blieb die öffentliche Wahrnehmung und politische Diskussion versagt.

Im Jahr 2013 sah die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN 2013) einen dringenden Reformbedarf der rechtlichen Rahmenbedingungen der Behandlung im Maßregelvollzug. Vor Verbesserungen in diesem Bereich sei es jedoch erforderlich, die Anordnung der psychiatrischen Maßregel auf den Kreis von Personen ("Patienten") zu beschränken, die schwere Straftaten begehen bzw. begangen haben. Während die DGPPN dabei auf der einen Seite den Anstieg der Verweildauern beklagte, hob sie auf der anderen Seite hervor, dass nur die Behandlung die von der Gesellschaft verlangte Sicherheit schaffe. Ungenutzte Unterbringungszeiträume sollten vermieden werden. Dafür habe der Gesetzgeber einzustehen. In diesem Kontext schlug sie deshalb gleichzeitig vor, über eine Befristung dieses Rechtsinstituts nachzudenken.

In einem umfangreichen, gleichsam ergänzenden Text im Jahr 2017 (DGPPN 2017) wies sie zudem darauf hin, dass ökonomische Aspekte sich nicht auf die Behandlung auswirken dürfen. Auch der Blick nach außen dürfe nicht vernachlässigt werden. "Die forensische Psychiatrie und Psychotherapie muss in ihren Grundsätzen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, dass ihr Auftrag gesellschaftlich bejaht und als Nutzen für die Senkung des Rückfallrisikos – und damit als Teil des Opferschutzes – verstanden wird." Die DGPPN schaute in weiten Bereichen dieses Textes sehr nach innen und auf die Akzeptanz dessen, was im Maßregelvollzug getan wird. So konnte Konrad (2017) zu der Einschätzung kommen, die Darstellung sei eher "ein kompaktes Kurzlehrbuch" als ein innovativer Beitrag zur forensischen Psychiatrie. Zur Darstellung von Therapieverfahren finde sich nur eine Seite. Beispielhaft steht dort: "Das Monitoring zielt darauf, Änderungen des Risikos fortlaufend zu beobachten und zu beurteilen. Dies hat bereits per se eine verhaltenssteuernde Wirkung auf die Patienten." (DGPPN 2017). Wenn man dort auch noch den "Einschluss als tagesstrukturierende Maßnahme" ähnlich wie im Strafvollzug ansehe, liege der Gedanke an eine "Re-

naissance der repressiven Kriminalpsychiatrie in behandlerischem Gewand" nahe (Konrad 2017).

Ein Jahr nach dem ersten DGPPN-Text veröffentlichte der Autor dieses Teilabschnitts, Kammeier (2014a), seine damaligen Vorstellungen von einer Reform der psychiatrischen Maßregel. Er plädierte ebenfalls dafür, in § 63 StGB bei der Maßregelanordnung auf die Festlegung der "Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus" zu verzichten. Stattdessen sollte der Maßregelausspruch auf einen "freiheitsorientierten und therapiegerichteten Vollzug" lauten. Darüber hinaus sollten die Personen, für die die psychiatrische Maßregel angeordnet war, aus der Zuständigkeit der Führungsaufsicht herausgenommen und neben den weiterhin tätigen stationären Einrichtungen durch "Forensisch-Psychiatrische (Nachsorge-) Ambulanzen als originäre Einrichtungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs" begleitet und gesichert werden. Die Strafvollstreckungskammern hätten zudem nur noch über das grundsätzliche Ende des staatlichen Zugriffs zu entscheiden, womit auch die Fragen einer Bewährungsaussetzung und der Erledigung der Maßregel gemäß § 67d Abs. 6 StGB obsolet würden. "Sozusagen im Gegenzug [hätte] schließlich § 62 StGB die Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit hinsichtlich der vollzuglichen Eingriffsintensität in die Rechte der betroffenen Personen normativ mit aufzunehmen." Auch dieser Vorschlag traf eher auf kritische Kommentare von Vollzugspraktikern denn auf politische Zustimmung.

Im selben Jahr trat die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) (2014) mit ähnlich formulierten Forderungen nach einer Reform des Vollzugs der Maßregel wie zuvor die AsJ-NRW an die Öffentlichkeit, nicht ohne dabei auch eine grundsätzlich zu bedenkende Änderung des Sanktionenrechts zu erwähnen. Auch nach den Vorstellungen der DGSP sollte das psychiatrische Krankenhaus nicht mehr die alleinige Einrichtung sein, in der die Maßregel nach § 63 StGB vollzogen werden könne. Dazu hieß es im Forderungskatalog: "In die künftige Neuausrichtung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB ist die gesamte Breite und Palette der zur Verfügung stehenden sozialpsychiatrischen Versorgungs- und Kontrollmöglichkeiten, möglichst in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund, einzubeziehen." Wie zu sehen ist, lag auch hier der Fokus auf verbesserten und umfangreicher in Anspruch zu nehmenden Möglichkeiten der Behandlung forensisch untergebrachter Personen mit dem Ziel, ihre Gefährlichkeit schneller zu reduzieren. In diesem Sinn sollte auch das Ende der Maßregelanordnung erreicht sein, wenn die Gefährlichkeit auf ein sozialverträgliches Maß abgenommen habe: "Die neu gestaltete psychiatrische Maßregel dauert solange, bis die bei ihrer Anordnung festgestellte Gefährlichkeit der Person soweit gemindert ist, dass es einer sanktionsrechtlichen staatlichen Kontrolle nicht mehr bedarf. Sie ist dann für erledigt zu erklären."

Diese Forderungen wurden nach einem unter der Federführung der DGSP veranstalteten Symposium der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie (2018a; 2018b) in der Evangelischen Akademie Bad Boll im Oktober 2017 um weitere sozialpsychiatrische Aspekte erweitert, so z.B. dahingehend, die regionale Versorgungsverantwortung zu stärken und bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes auch forensische Aspekte zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollten in § 20 StGB die bestehenden juristischen Krankheitsmerkmale, die keine hinreichende Vorhersagekraft in Bezug auf Gefährlichkeit enthielten, zugunsten einer Konzentration auf die Steuerungsfähigkeit entfallen.

### **3.3. Zeitlich parallel laufende und Einfluss gewinnende Rechtsentwicklungen: Selbstbestimmungsrecht und UN-BRK**

Neben die rechtspolitischen Bemühungen um eine "Besserung" der Versorgungssituation im Maßregelvollzug, bei der es gleichlaufend auch darum ging, von einer rein medizinischen Betrachtung und Konzentration auf die Besserung der psychischen Krankheit im Sinne des § 20 StGB wegzukommen, waren im Laufe der letzten Dekade die therapeutischen Anstrengungen stärker darauf konzentriert, bei den untergebrachten Personen eine Reduzierung ihrer je spezifischen Gefährlichkeit als des "eentlichen" Zwecks der Unterbringung im Maßregelvollzug zu erreichen.

Seit den 1970er Jahren waren die therapeutischen Aktivitäten im Maßregel- wie im Strafvollzug stark darauf fokussiert gewesen, den kranken und kriminellen einsitzenden Personen in einer gelegentlich mit dem Stichwort "Behandlungseuphorie" gekennzeichneten Weise jeweils subjektiv zu einem besseren, d.h. sozial angepassten Leben "draußen" zu verhelfen. Im Laufe der Jahre machte sich jedoch bei vielen Therapeuten eine gewisse Frustration über die Nichterreichbarkeit dieses hehren Ziels bei zahlreichen Probanden breit. Daneben führten der bereits oben erwähnte Sicherheitsdiskurs und die ihm folgenden zahlreichen Änderungen in Rechtsprechung und Gesetzgebung bezüglich der Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) dazu, den zeitweise in den Hintergrund getretenen Schutzauftrag des Staates wieder stärker zu betonen und weiter in den "eentlichen" und rechtsdogmatisch korrekten Vordergrund zu rücken (vgl. Kammeier 2012; Kammeier 2020, 164 ff.).

Im Blick auf eine diese Veränderungen begleitende und gelegentlich voranbringende Rechtsprechung kann hier nur kurz und exemplarisch auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 05.07.2013 hingewiesen werden, in dem es vom "Verblässen des Besserungszwecks gegenüber den Sicherheitsbelangen" sprach und ergänzend erwähnte, dass der Besserungszweck "als Nebenzweck nachrangig sei" (2 BvR 708/12 = BeckRS 2013,

53752, Rz 29). In diesem Sinne ist auch der Bundesgerichtshof (Urt. v. 15.03.2016 – 1 StR 526/15 Rz 28 = BeckRS 2016, 06144) zu verstehen, wenn er, in soweit in ständiger Rechtsprechung, ausführt, dass der Vollzug der Maßregel "allein der Abwehr zukünftiger Gefährlichkeit des Täters" diene. – Nur kurz zur Erinnerung: 1934 wurden die neuen Normen als "Maßregeln der Sicherung und Besserung" – in dieser Reihenfolge – eingeführt. Die Reihenfolge wurde im Kontext der Strafrechtsreform des Jahres 1975 (BGBl. I [1969], 717, 728) geändert.

Zu diesen das Vollzugsrecht beeinflussenden Akzentverschiebungen von subjektiver Besserung auf Reduzierung der Gefährlichkeit als Kennzeichnungen des Stellenwerts von Behandlung im Maßregelvollzug traten zwei weitere Rechtsentwicklungen hinzu.

Der eine Strang wurde zunächst und überwiegend im Zivilrecht ausgeprägt. Er kann hier ebenfalls nur kurz und stichwortartig skizziert werden: In den 1960er Jahren ging eine starke Gruppe von Frauen unter dem Slogan "Mein Bauch gehört mir!" auf die Straße und erstritt damit schließlich die 1975 in Kraft getretene Reform des Rechts zum Abbruch einer Schwangerschaft, nach der die schwangere Frau innerhalb einer gewissen Frist selbstbestimmt entscheiden konnte, ob sie ihren Embryo austragen oder entfernen lassen wollte. Auch wenn das Bundesverfassungsgericht dieses Gesetz aufhob, blieb die Forderung nach Selbstbestimmung deutlich erhalten. Im Jahr 1981 judizierte das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 58, 208 ff.), auch dem psychisch Kranken sei in gewissen Grenzen die "Freiheit zur Krankheit" zu belassen. In den 1980er und 1990er Jahren erklangen viele Stimmen in die Richtung, beim Sterbeprozess nicht endlos durch den Anschluss an hochspezialisierte medizintechnische Geräte am natürlichen Sterben gehindert zu werden. Es ging um Selbstbestimmung anstelle ärztlicher Verordnung von Medizintechnik. Auf dieser Linie einer stärkeren Beachtung des Selbstbestimmungsrechts im Sterbeprozess entschied 1994 der Bundesgerichtshof im sog. Kempten-Fall (BGH NJW 1995, 204), dass auch der nur als "mutmaßlich" ermittelbare Wille eines Betroffenen für die Behandler rechtlich verpflichtend sei. Entsprechend dieser strafrechtlichen Vorgabe entschied der Bundesgerichtshof einige Jahre später auch zivilrechtliche Verfahren, in denen es um eine nicht mehr gewollte künstliche Ernährung am Lebensende ging. Nach öffentlichen und parlamentarischen Vorarbeiten verabschiedete der Bundestag im Jahr 2009 das sog. Patientenverfügungsgesetz (BGBl. I, 2286). Dieses Gesetz ermöglicht die Wahrnehmung der Selbstbestimmung in und für Phasen des Lebens bzw. von Krankheit, in denen der aktuelle Wille nicht mehr geäußert werden kann. Eine signifikante und die weitere Entwicklung prägende Aufwertung erfuhr das Selbstbestimmungsrecht in Behandlungsangelegenheiten schließlich aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2011 (BVerfG NJW 2011, 2113) zur grundsätzlichen Geltung

und Beachtung der Selbstbestimmung gerade im Maßregelvollzug. Kurze Zeit später (2013) erfuhr das Selbstbestimmungsrecht endlich seine einfachgesetzliche Normierung in den §§ 630a ff. BGB im sog. Patientenrechtegesetz (BGBl. I, 277). Diese zivilrechtliche Verankerung der Selbstbestimmung in der medizinischen Behandlung wurde inzwischen von allen Bundesländern in die von ihnen erlassenen öffentlich-rechtlichen Vollzugsgesetze (z.B. Straf- und Maßregelvollzug, ebenso bei PsychKG-Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus) übertragen. Den wohl vorläufigen Abschluss dieser herausgehobenen Stärkung des Selbstbestimmungsrechts dürfte im Urteil des Bundesverfassungsgerichts (v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u. a. = NJW 2020, 905) bezüglich des Rechts auf Selbsttötung zu sehen sein. In diesem Urteil hat das Bundesverfassungsgericht das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG um die Variante der Ausprägung eines "Rechts auf selbstbestimmtes Sterben" (Rz 202) erweitert.

Der andere Strang dieser Rechtsentwicklung gewann ab dem Jahr 2009 aufgrund eines völkerrechtlichen Vertrags in Deutschland rechtliche Relevanz. Am 26.03.2009 trat das "Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen v. 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll v. 13.12.2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen v. 21.12.2008, BGBl II, 1419", kurz als "UN-BRK" bezeichnet, in Deutschland in Kraft. Im Kontext dieses Beitrags werden daraus zwei Artikel besonders in den Blick genommen: Nach Art. 1 UN-BRK zählen zu den Menschen mit Behinderungen solche, "die langfristige, körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können". Und nach Art. 12 Abs. 4 UN-BRK stellen die Vertragsparteien, also auch Deutschland, sicher, dass bei den Maßnahmen, die die "Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit" betreffen, "die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden" (zit. nach Welke 2012).

Demnach gelten entsprechend der UN-BRK in Deutschland psychische kranke Menschen als Behinderte. Diese Kennzeichnung trifft folglich auch auf im Maßregelvollzug untergebrachte Personen zu. In seinem Beschluss v. 29.01.2019 zur Verfassungswidrigkeit von Wahlrechtsausschlüssen von u.a. nach § 20 StGB untergebrachten Personen stellte das Bundesverfassungsgericht (NJW 2019, 1201) konsequenterweise in Bezug auf die UN-BRK fest, dass psychische Krankheiten dem Begriff der Behinderung in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG unterfallen (Rz 54, 109). Dieser Begriff von Behinderung gelte ausdrücklich auch für nach § 20 StGB untergebrachte Personen (Rz 134). Ein Handeln ohne Schuld bedeute aber nicht zugleich ein Fehlen von Einsichtsfähigkeit, hier in dieser Entscheidung auf die Ausübung des

Wahlrechts bezogen (Rz 117). Einige Jahre zuvor, am 23.03.2011, hatte das Bundesverfassungsgericht ebenfalls bereits in diesem Sinn judiziert, die UN-BRK könne "als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden" (BVerfGE 128, 282 = NJW 2011, 2113 Rz 52). In Aufnahme dieser Rechtsprechung betonte es als Konsequenz, das Benachteiligungsverbot von Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG schütze auch vor mittelbaren Beeinträchtigungen. "Untersagt sind letztlich alle Ungleichbehandlungen, die für Behinderte zu einem Nachteil führen" (BVerfG NJW 2019, 1201, Rz 110). Dies gilt auch hinsichtlich der Einsichtsfähigkeit in Krankheits- bzw. Behandlungsangelegenheiten, in der die Selbstbestimmungsfähigkeit ein zentrales Element darstellt.

Da psychisch kranke Menschen ohne jeden Abstrich Grundrechtsträger sind, sind sie auch "frei", einen Willen zu haben. Und damit haben auch sie, als behinderte entsprechend Art. 12 Abs. 1 UN-BRK, Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, das selbstverständliche Recht aller Menschen, sich selbst zu bestimmen, wenn sie ihre Rechte ausüben (vgl. Schmidt-Recla 2017, 197, 201). Lipp (2010, 263) geht in seinem Verständnis der UN-BRK noch einen Schritt weiter und spricht davon, in ihr führe das "menschenrechtliche Modell des Umgangs mit Behinderung [...] zu einem Paradigmenwechsel". Die UN-BRK folge nicht mehr dem traditionellen medizinischen Modell von Behinderung, sondern fasse unter diesen Begriff diejenigen, "die auf Grund einer langfristigen Beeinträchtigung in Wechselwirkung mit sozialen Barrieren an der vollen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gehindert werden" (Lipp 2010, 263, 264). Deshalb würden Menschen mit Behinderungen "von Objekten der Fürsorge zu Rechtssubjekten, die über ihr Leben selbst bestimmen" (Lipp 2010, 263) und damit ein Recht auf selbstbestimmte Lebensführung hätten (vgl. Lipp 2010, 263, 264).

Im Betreuungsrecht kommt bislang vielfach noch bei fehlender Einwilligungsfähigkeit in eine als notwendig diagnostizierte Behandlung eine ersetzende Einwilligung anstelle der Beachtung und gegebenenfalls Unterstützung von Selbstbestimmungsfähigkeit infrage. Ein solches Vorgehen findet jedoch im geltenden Recht der UN-BRK keine rechtfertigende Grundlage mehr. Nach Art. 12 Abs. 3 UN-BRK ist Menschen mit Behinderungen der Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit benötigen. In Bezug auf die Ausübung von Selbstbestimmung in Behandlungsangelegenheiten untergebrachter Personen bedeutet dies, es geht "nicht mehr um die aus Sicht eines Dritten angenommene bestmögliche Vertretung der Interessen des behinderten Menschen, sondern um seinen konkreten Willen" (Aichele & von Bernstorff 2010, 199, 202). Ob jemand sich behandeln lassen will oder nicht, muss ihm allein überlassen bleiben. "Selbstbestimmung bedeutet uneingeschränkte Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme der Hilfen unabhängig von Art und Ausmaß der Behinderung, so wie es Artikel 12 der Konvention (Gleichheit

vor dem Recht) bestimmt" (Zinkler & von Peter 2019, 203, 204). Nach diesen Autoren sind die im Normtext genannten Präferenzen "Einstellungen, die im Laufe des Lebens entstanden sind [...]. Der Wille hingegen zeigt sich im aktuellen Wollen in einer bestimmten Situation". In der Praxis der psychiatrischen Versorgung sollte es daher mehr als bisher gelingen, miteinander Vereinbarungen über geeignete Hilfen zu finden (ebd.).

Inzwischen hat auf der Normebene des Vollzugsrechts Nordrhein-Westfalen in seinem neuen "Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW – StrUG)" (Ges. v. 17.12.2021, GVBl.-NRW 2021, 1493) versucht, dieser Bestimmung der UN-BRK konkrete rechtliche Gestalt zu geben. So ist § 8 des StrUG überschrieben mit "Behandlungs- und Eingliederungsangebot" [Hervorhebung durch die Vf.]. Und in Abs. 1 Satz 2 heißt es: "In diese Planung ist die untergebrachte Person einzubeziehen".

Eine wie hier nachgezeichnete rechtlich relevante Stärkung der Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen, vor allem auch solcher, die sich in einer strafrechtsbezogenen Unterbringungssituation befinden, darf allerdings nicht dazu führen, sie in einer Lage von Hilflosigkeit auch noch schutzlos zu lassen. Der Staat hat nicht nur, wie oben bereits beschrieben, einen Schutzauftrag im Sinne einer Abwehr von Gefahren gegenüber Dritten, sondern auch die Pflicht, hilflose Personen nicht sich selbst und ihrem Schicksal zu überlassen. In den Worten des Bundesverfassungsgerichts, in seinem Beschluss v. 26.07.2016, heißt es deshalb auf eine solche Situation bezogen: "Die staatliche Schutzpflicht gegenüber den Hilflosen überwiegt dann im Verhältnis zu deren Selbstbestimmungsrecht und ihrer körperlichen Integrität und setzt sich durch." (BVerfGE 142, 313 Rz 80). Und drei Jahre später stellte es dieser Schutzpflicht und dem Benachteiligungsverbot von Behinderten in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG auch noch einen Förderauftrag zur Seite mit den Worten: "Er vermittelt einen Anspruch auf die Ermöglichung gleichberechtigter Teilhabe nach Maßgabe der verfügbaren finanziellen, personellen, sachlichen und organisatorischen Möglichkeiten" (BVerfG NJW 2019, 1201 Rz 56).

Als Fazit dieser beiden hier nur skizzierten Entwicklungsstränge des Selbstbestimmungsrechts in Behandlungsangelegenheiten kann gesagt werden: Auch eine medizinische Behandlung im Maßregel- wie im Strafvollzug kann heute nicht mehr obrigkeitstaatlich, paternalistisch oder patriarchalisch angeordnet und durchgesetzt werden. Sie ist, abgesehen von zulässigen ärztlichen Zwangsmaßnahmen, nur mit Einwilligung der untergebrachten Person möglich und rechtlich legitimiert. Damit ist der Staat, der einige seiner Bürger straf-, öffentlich-rechtlich oder zivilrechtlich in Freiheitsentzug nimmt, in diesem Bereich seines Handelns auf die Staatsaufgabe des Schutzes der Allgemeinheit beschränkt. Dennoch bleibt er dafür

verantwortlich und hat dafür zu sorgen, dass den im Freiheitsentzug befindlichen Personen eine gesundheitliche Versorgung angeboten wird, die strukturell hinreichend ausgestattet ist und faktisch zur Verfügung steht, und die denen aller Bundesbürger auf der Grundlage von Art. 3 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 2 GG gleicht.

### **3.4. Das Resümee der soziologischen, empirischen und rechtlichen Evaluation des Maßregelvollzugs**

Die hier in aller Kürze dargestellte Evaluation des Maßregelrechts und dessen Vollzüge in den letzten Jahrzehnten dürfte klar gemacht haben, dass in diesem Feld Wissenschaft und Praxis nicht (mehr) zusammenpassen. Das System Maßregelrecht der §§ 63 und 64 StGB erweist sich als dysfunktional. Es ist im Blick auf die betroffenen untergebrachten Personen und die Menschen, die sich ihnen verbunden und nahe wissen, auch moralisch längst nicht mehr haltbar. Zudem ist beim gegenwärtigen Erkenntnisstand keine intrinsische Motivation zu grundsätzlichen Änderungen hieran zu erkennen.

Dieses Ergebnis wird wesentlich durch eine Analyse dessen mitgeprägt, was Behandlung im Kontext des Maßregelrechts und dessen Vollzugs aus medizinischer und rechtlicher Perspektive ist, meint und leisten oder nicht erreichen kann. Die in der aufgezeigten Rechtsentwicklung herausgehobene Stärkung des Selbstbestimmungsrechts hat insbesondere im Vollzug der Maßregeln zu einer rechtlichen Überprüfung eines bisher kaum in Zweifel gezogenen obrigkeitstaatlichen Rechts der Durchsetzung von als medizinisch erforderlich erachteter Behandlungsbedürftigkeit geführt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Trennung von unlässig präventiven Maßnahmen der Gefahrenabwehr und dem Angebot an gesundheitlicher und sozialer Versorgung von Menschen, die öffentlich psychische Probleme mit möglicher strafrechtlicher Relevanz haben.

Jedenfalls hat sich die weit verbreitete Annahme, dass medizinische Therapie ungefährlich macht oder wenigstens zu einer kriminalrechtlichen relevanten Gefährlichkeitsreduktion erheblich beitragen kann, als leer, als trügerisch erwiesen. Auch eine lange Zeit behauptete Konnektivität bzw. des erheblichen kausalen Einflusses von Behandlung auf Gefährlichkeit ist spätestens mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 05.07.2013 (BeckRS 2013, 53752) auch rechtlich betrachtet in dieser Weise nicht mehr haltbar, wenn nicht sogar hinfällig. Wer diesem Glauben heute immer noch anhängt, dies gar als Wissenschaft vertritt und verkauft, läuft in die Irre, und seine Worte müssen als Ideologie bezeichnet und entlarvt werden.

Deshalb ist nunmehr aufgrund der staatlichen Schutzpflicht eine klare Trennung zu ziehen zwischen der Sicherung einer für gefährlich gehaltenen Person bzw. dem Freiheitsentzug als Strafe wegen erheblicher Rechtsgutsverletzungen und der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung als Angebot im Sanktionenrecht. Solange die Dauern und die Legitimation der Maßregeln am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gemessen werden, bleiben sie ein ungelöstes Problem. Darüber hinaus erscheinen sie auch verfassungsrechtlich an Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG gemessen mindestens als suspekt.

Auch wenn hier und in diesem Kontext Art. 72 Abs. 2 GG als Rechtsnorm nicht einschlägig ist, sollte eine künftige Neuregelung des Maßregelrechts dennoch die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse und die Wahrung der Rechtseinheit im Bundesgebiet im gesamtstaatlichen Interesse stärker als bisher in den Blick nehmen.

## Teil 4

### Folgerungen und Lösungsvorschläge:

#### Transformation und Konversion des Sanktionenrechts

Aus den in den Teilen 1 bis 3 dargestellten Fakten zum Maßregelrecht, sowohl den theoretischen Aufbau als auch die praktische Umsetzung betreffend, sollten aus Sicht der Verfasser und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. die nachfolgend beschriebenen Schlüsse gezogen werden:

##### 4.1. Änderung des Sanktionenrechts

Die seit 1934 in ihrer damals festgelegten Grundfassung (§§ 42b und 42c RStGB) immer noch praktizierten Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB sind längst nicht mehr legitimierbar. Sie gehören abgeschafft.

Es bedarf heute keiner weiteren "Reförmchen" an den Maßregelnormen des Strafgesetzbuchs noch an den Länder-Vollzugsgesetzen. Auch die Streichung der zwei hier zentral im Blick stehenden Normen des Strafgesetzbuchs allein reicht nicht hin. Gefordert ist eine tiefgreifende und nachhaltige Änderung des Sanktionenrechts durch eine *Transformation* des Rechts der freiheitsentziehenden Unterbringung und eine *Konversion* der in den Ländern mit dem bisherigen Vollzug der Maßregeln befassten Organisationen und den darin beschäftigten Personen.

Dazu werden im Folgenden die zu erreichenden Zielvorgaben genannt. Die damit einhergehenden und unbedingt erforderlichen Strukturveränderungen werden kurz angesprochen. Auf die Nennung von Details wird verzichtet. Einzelheiten einer mit der geforderten Transformation und der Konversion anzustrebenden Neuordnung des Sanktionenrechts und seiner praktischen Vollzugsgestaltung sollten wegen der Tragweite dieses Projekts in einem breiten fach(öffentl)lichen Diskurs erarbeitet werden. Daran sind Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen sowie Vertreter aus fachbezogenen Organisationen, der Politik und der Ministerialverwaltungen aus Bund und Ländern zu beteiligen.

##### 4.2. Die Prüfung des Maßes an Schuld ohne juristische Krankheitsmerkmale

Im Kontext einer Transformation von strafrechtsbezogenen freiheitsentziehenden Unterbringungen werden die §§ 20 und 21 StGB in ihrer gegenwärtigen Gestalt obsolet.

Eine Prüfung des Vorliegens oder der Aufhebung von Schuldfähigkeit zum Zeitpunkt der beschuldigten bzw. angeklagten Tat findet nicht mehr an den bisherigen juristischen Krankheitsmerkmalen des § 20 StGB statt. Daran ändert auch die kürzlich modernisierte Wortwahl einiger Begriffe in diesem Paragrafen nichts. Soweit bisher in den strafrechtlichen Hauptverhandlungen psychiatrische Sachverständige hinzugezogen werden, verfügen sie – trotz allen Bemühens der medizinischen Wissenschaften – nicht über hinreichend exakte Kriterien zur Einschätzung von Schuld- bzw. Schuld-un-fähigkeit. Diese Insuffizienz betrifft auch die Folgefragen nach der zukünftigen Gefährlichkeit im Blick auf den bisherigen § 63 StGB mit der psychiatrischen Maßregel wie auch die nach dem Vorliegen eines Hanges oder nach der Erfolgsaussicht einer Behandlung in der Entziehungsmaßregel des § 64 StGB.

Kritisch zu fragen ist auch, inwieweit die bisherige Weise der Feststellung des Maßes von Schuld- oder Schuld-un-fähigkeit geeignet ist, überhaupt einen *Behandlungsbedarf* des Betroffenen zu bestimmen. Zudem lässt das inzwischen durch nationale und internationale Gesetzgebung sowie durch die verfassungsgerichtliche Rechtsprechung deutlich gestärkte Recht auf Selbstbestimmung in Behandlungsangelegenheiten – auch im Maßregelvollzug – kaum noch eine obrigkeitsstaatliche Durchsetzung von Behandlungsmaßnahmen zu.

Im Blick auf die künftige Normgebung ist zu prüfen, ob der bisher gebrauchte Begriff der Schuldfähigkeit bei einer Neufassung der "Grundlagen der Strafbarkeit" im Allgemeinen Teil des StGB durch den Begriff der *Steuerungsfähigkeit*, soweit dieser Terminus überhaupt erforderlich erscheint, ersetzt werden kann. Eine Neufassung der bisherigen §§ 20 und 21 StGB könnte sich am Vorbild des Schweizerischen Strafgesetzbuches orientieren. Dort heißt es in Art. 19 (Stand 01.07.2019):

- (1) War der Täter zur Zeit der Tat nicht fähig, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder gemäss dieser Einsicht zu handeln, so ist er nicht strafbar.
- (2) War der Täter zur Zeit der Tat nur teilweise fähig, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder gemäss dieser Einsicht zu handeln, so mildert das Gericht die Strafe.
- (3) Es können indessen Massnahmen nach den Artikeln 59–61, 63, 64, 67, 67b und 67e getroffen werden.

Hinsichtlich der erforderlichen Strafzumessung nach dem Maß der Schuld unter Einbezug der Möglichkeit einer Strafmilderung nach den §§ 46 ff., 49 StGB ist wohl an der Klärung der strafrechtlichen Schuld bzw. der entsprechenden Steuerungsfähigkeit – ohne Rückgriff auf die Nennung von Krankheitsmerkmalen – festzuhalten.

Ob und welche Sachverständigen in diesem Fall hinzugezogen werden, ist vom erkennenden Gericht zu entscheiden. Es ist zu vermuten, dass die Gerichte mit weniger psychiatrischen Sachverständigen als bisher auskommen dürften.

### **4.3. Zuständigkeiten beim neuen strafrechtsbezogenen Freiheitsentzug**

Im Kontext der Transformation des Maßregelrechts werden alle zu einem Freiheitsentzug verurteilten Personen nach Rechtskraft ihres Urteils endgültig dem Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich der Justiz überstellt. Mit der Rechtskraft des Urteils steht die Höchstdauer des Freiheitsentzugs fest. Der bisher unbefristet zulässige Freiheitsentzug bei der gegenwärtigen psychiatrischen Maßregel des § 63 StGB entfällt.

Für verurteilte und auch nach Ende der Strafzeit weiterhin als hochgefährlich eingeschätzte Täter bleibt es bei den Regelungen zur *Sicherungsverwahrung* in den §§ 66 ff. StGB. Ob auch sie geändert werden sollten, ist hier nicht zu diskutieren.

Inwieweit die Freiheitsstrafe und deren Vollzug in Zukunft einer Reform unterzogen werden sollten, kann hier ebenfalls nicht weiter diskutiert werden. Aus unserer Perspektive denkbar wäre bei geeigneten Personen eine Lockerung des rückwärts auf die begangene Schuld gewandten Blicks und eine stärkere Orientierung von Vollzugslockerungen an den Schutzanforderungen der Allgemeinheit sowie an dem Präventions- und Rehabilitationsbedarf der betreffenden Person. Damit könnte der sozialen Wiedereingliederung im Rahmen des Strafvollzugs ein stärkeres Gewicht beigemessen werden. Die Kompetenz zu normativen Entscheidungen hierzu liegt bei den Ländern.

### **4.4. Gesundheits- und Sozialversorgung im künftigen strafrechtsbezogenen Freiheitsentzug (StVollz)**

Jede Person, die sich im Freiheitsentzug (StVollz) befindet und krank ist oder auf Krankheit hindeutende gesundheitliche Beschwerden meldet, hat Anspruch auf eine medizinische Untersuchung und ggf. auf eine Behandlung der Krankheit. Ob es sich um eine somatische oder psychische Erkrankung handelt, spielt keine Rolle.

#### **4.4.1. Transformation der Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug**

Die Struktur der gesundheitlichen Versorgung der Personen, die sich im Freiheitsentzug befinden, bedarf einer nachhaltigen Veränderung. Sie ist aus dem bisherigen Strafvollzug und damit aus der Zuständigkeit und aus der Finanzierung durch die Justiz herauszunehmen.

Aus dem Gleichheitsgebot von Art. 3 GG, insbesondere aus dessen Abs. 3 Satz 2 ist abzuleiten, dass die Versorgung von Personen im Freiheitsentzug (StVollz) sich nicht von der gesundheitlichen Versorgung der Allgemeinbevölkerung unterscheiden darf.

Die gesundheitliche und soziale Versorgung der zu einem Freiheitsentzug verurteilten Personen, ausdrücklich auch derjenigen, die psychisch erkrankt oder von psychischer Erkrankung bedroht sind, sowie die suchtkranken oder mit einer Suchtproblematik belasteten Personen, ebenso wie selbstverständlich alle sonstigen somatisch erkrankten, ist künftig durch die Versorgungssysteme und -dienste des Ortes bzw. der Region, in der sich die im Freiheitsentzug befindlichen Personen aufhalten, wie bei der Allgemeinbevölkerung auch, durchzuführen (vgl. hierzu bereits Zinkler & von Peter 2019). Die hier vorgeschlagene künftige Versorgungsstruktur entspricht derjenigen, wie sie auch in Alten- bzw. Pflegeheimen praktiziert wird.

Dies macht eine *Konversion* weg von der bisherigen Gesundheitsversorgung im Rahmen der Verantwortung des Strafvollzugs mit einer Konzentration auf die "Unterbringungsinstitution" hin zu einer "Orientierung an der Gemeinde bzw. Region" erforderlich. Für alle Personen gelten die gleichen Grundsätze des Vollzugs. Bisher bestehende Diskriminierungen in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung werden beseitigt. Durch eine solche Konversion der Zuordnung bzw. der Zuständigkeiten für die im Freiheitsentzug befindlichen Personen und deren gesundheitliche und soziale Rehabilitation kann die künftige Gesundheitsversorgung auch "beweglicher" als bisher im Strafvollzug agieren.

In diesem Zusammenhang sollte auch geprüft werden, ob in die hier vorgeschlagene Konversion der Gesundheitsversorgung auch die weiterhin in der Sicherungsverwahrung nach §§ 66 ff. StGB untergebrachten Personen – sowie ggf. weitere Personen, die sich aus anderen Rechtsgründen im Freiheitsentzug befinden – einbezogen werden sollen.

Im Ergebnis bewirkt diese Konversion der Gesundheitsversorgung eine Klärung und deutliche Trennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten: Der Staat in der Gestalt der Justiz ist für den Freiheitsentzug und den Schutz der Allgemeinheit zuständig – die medizinischen Dienste und Organisationen sowie die Rehabilitationseinrichtungen tragen die gesundheitliche Versorgung.

#### **4.4.2. Selbstbestimmung und Versorgungszuständigkeit**

Künftig bestimmt nicht mehr das erkennende Gericht bei z.B. offensichtlicher psychischer Beeinträchtigung oder Suchtmittelabhängigkeit der verurteilten Person (an den Vorgaben des bisherigen § 20 StGB gemessen) über die gesundheitliche Versorgung. Den Bediensteten des Vollzugs wird es in Zukunft obliegen, Behandlungsbedarfe aufmerksam wahrzunehmen und Behandlungswünsche zu erfragen und an die örtlichen Dienste weiterzugeben. Die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Angebote der Dienste vor Ort durch die zu einem

Freiheitsentzug verurteilten Personen gründet in der Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts auf ihren Wünschen und Präferenzen (Art. 12, 14 UN-BRK). Dabei gilt es, eine "unterstützende" Entscheidungsfindung zu stärken. Sie sollte auch im Blick auf die am 01.01.2023 in Kraft tretenden Neuregelungen im Betreuungsrecht (BGBl. I [2021], 882) deutlich vor einer "ersetzenden" Entscheidungsfindung einen vorrangigen Platz im Arzt-Patienten-Verhältnis einnehmen.

Die bestehenden Dienste und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung vor Ort sind ggf. "fit" zu machen für die Versorgung der Personen, die sich unter Umständen langfristig im Freiheitsentzug aufhalten müssen, gleich ob sie dort psychisch erkranken oder von einer somatischen Krankheit betroffen sind.

Eine solche Transformation der Zuständigkeiten für die gesundheitliche Versorgung von im Freiheitsentzug befindlichen Personen schließt die Bereitstellung oder Schaffung spezialisierter Einrichtungen für die Behandlung bestimmter – z.B. überwiegend psychischer oder suchtmittelabhängiger – Krankheiten nicht aus. In Anlehnung an die in Art. 19 Abs. 3 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs vorgesehenen Maßnahme-Einrichtungen für verurteilte Täter könnten hierzulande möglicherweise bisher bestehende Maßregelvollzugskliniken eine Konversion zu (straf-) vollzuglichen Sondereinrichtungen erfahren. Sie ständen dann organisatorisch und vollzugsverwaltungsrechtlich wie alle anderen Vollzugseinrichtungen unter der Verwaltung der Justiz – und nicht mehr der Sozial- oder der Gesundheitsverwaltung.

Das eine Transformation solchen Ausmaßes auch in einem größeren Staatswesen erfolgreich durchführbar sein kann, hat Italien vorgemacht. Dort wurde durch ein Dekret des Ministerpräsidenten, also nicht einmal aufgrund eines Gesetzes, die gesundheitliche Zuständigkeit für psychisch kranke Gefangene von der Gefängnisverwaltung auf die Gesundheitsdienste der Regionen einschließlich deren entsprechender finanzieller Ausstattung übertragen (vgl. Castelletti & Scarpa 2022).

#### **4.4.3. Einbezug aller zu Freiheitsentzug verurteilten Personen in die Kranken- und Sozialversicherung**

Der bisher bestehende Ausschluss bestimmter verurteilter Personen aus der Kranken- (§ 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) und der Rentenversicherung (§ 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI) wird aufgehoben. Sie werden im Rahmen der Neuordnung der Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug als Beitragspflichtige und als Leistungsberechtigte in die Kranken- und die Sozialversicherung (SGB V und SGB VI) einbezogen. Damit werden sie allen anderen durch SGB V und SGB VI erfassten Personen gleichgestellt. Für sie sind – soweit sie dazu selbst nicht in der

Lage sind – durch die zuständigen Stellen der Justizverwaltung Versicherungsbeiträge abzuführen.

Mit der Übernahme der Personen, die sich im Freiheitsentzug befinden, in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen, steigen hier einerseits die Ausgaben, während andererseits für diese Personen aber auch Beiträge entrichtet werden.

#### **4.5. Weitere Konversionen**

Wie in Abschnitt 4.2. angedeutet, dürfte es gründlicher Überlegung Wert sein, die bisher vorhandenen klinischen Einrichtungen des Maßregelvollzugs sowie eine große Zahl der dort Beschäftigten mitsamt ihrer Expertise in die Zuständigkeit der Justiz für den gesamten Freiheitsentzug zu überführen und dort – als wichtiger Beitrag im allgemeinen Vollzugsdienst – für die erforderliche gesundheitliche und rehabilitative Versorgung zu nutzen. Auf diese Weise erfahren die bisher im Maßregelvollzug Beschäftigten einerseits eine ihnen gebührende Wertschätzung, während viele von ihnen andererseits unter der neuen Konzeption der Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug ihre Tätigkeit fortsetzen können.

Infolge der hier vorgeschlagenen Neuordnung bedarf es weiterer Transformationen: Aus den Justiz-Etats der Länderhaushalte sind die bisherigen Posten für die gesundheitliche Versorgung der Strafgefangenen herauszunehmen. Verbleiben sollten nur evtl. anfallende Aufwendungen für Beiträge solcher im Freiheitsentzug befindlichen Personen, die keine eigenen Beiträge zur Kranken- und/oder Sozialversicherung aufbringen können. Im Gegenzug sind die Etat-Posten in den Gesundheits- bzw. Sozialministerien, die bisher für den Maßregelvollzug zur Verfügung stehen, in die Justizressorts zu überführen. Dort werden diese Mittel für die zu übernehmenden bisherigen Maßregelvollzugseinrichtungen und deren Personal benötigt.

#### **4.6. Übergangsregelungen**

Abschließend bleibt zu klären, wie der Übergang vom bisherigen Sanktionensystem in das neue Recht des Freiheitsentzugs geregelt werden könnte.

Unproblematisch kann die hier vorgeschlagene Neuregelung nach ihrem Inkrafttreten unmittelbar bei allen neuen Verfahren und Verurteilungen zu Freiheitsentzug angewandt werden.

Erheblich schwieriger dürfte die Frage zu beantworten sein, wie nach dem Inkrafttreten der vorgeschlagenen Neuregelung des Sanktionenrechts mit den Personen zu verfahren ist, die sich zu diesem Zeitpunkt rechtskräftig im Vollzug einer Maßregel nach § 63 oder § 64 StGB

befinden. Eine Lösungsmöglichkeit bestünde darin, bei jeder untergebrachten Person die Maßregel bis zu ihrem zeitlichen Ende oder ihrer Erledigterklärung weiterlaufen zu lassen. Dieser Zielpunkt dürfte aber bei einer Reihe von Personen noch in weiter Ferne liegen und sein Erreichen einige organisatorische Schwierigkeiten bereiten. Eine andere Möglichkeit böte die Überführung in das hier vorgestellte neue Recht des Freiheitsentzugs für die Personen, die auf der Grundlage ihrer Schuldinderung durch die Anwendung von § 21 StGB neben der Unterbringungsanordnung (nach § 63 oder § 64 StGB) auch zu einer zeitigen Freiheitsstrafe verurteilt worden sind. Soweit diese Freiheitsstrafe nicht durch Anrechnung und/oder zeitlichen Ablauf erledigt ist, könnten diese Personen für die Restlaufzeit der abgeurteilten Freiheitsstrafe in das neue Recht der Freiheitsentziehung übernommen werden.

## **Teil 5**

### **Zusammenfassung in Thesen**

#### **Teil 1: Organisationale Kritik des Maßregelvollzuges**

1. Die Maßregeln beruhen auf der Annahme einer kausalen Verknüpfung zwischen psychischer Krankheit und Gefährlichkeit und somit auf einer Prämisse, die in der Praxis jedoch nur schwerlich eindeutig feststellbar ist.
2. Die Maßregeln sind ärztlich-medizinisch überformt. Medizin als Primärreferenz des Vollzuges erweist sich als dysfunktional, da Besserung und Gefährlichkeitsreduktion keine genuin ärztlichen oder pflegerischen Aufgaben sind.
3. Wir finden somit ein System vor, in dem eine Profession etwas zu leisten hat, was sie gar nicht leisten kann. Der Auftrag der "Besserung und Sicherung" kann von den Kliniken nicht angemessen mit den zur Verfügung stehenden Bordmitteln gelöst werden.
4. Da zudem die Dauer der Unterbringung nicht von vornherein festgelegt ist, bürdet der Maßregelvollzug den Kliniken eine Entscheidungs- und Verantwortungslast auf, die diese nicht tragen können.
5. Die überwiegende Unterbringung der psychisch kranken Rechtsbrecher in geschlossenen Hochsicherheitskliniken mit dem Charakter totaler Institutionen läuft dem Besserungsprozess zuwider.
6. Entsprechend richtet sich die Frage, ob ein Rechtsbrecher in den Maßregelvollzug eingewiesen wird und wie lange sein Freiheitsentzug dauert, de facto nicht nach ärztlichen Gesichtspunkten, sondern nach regionalen und praktischen Gegebenheiten.
7. Konkret heißt das: Die Parameter Unterbringungsanordnungen, Unterbringungsauern, Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen ("Lockerungen"), Langzeitbeurlaubungen und Entlassungen aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit weisen zwischen Landgerichtsbezirken und zwischen den Bundesländern in allen Punkten deutliche Ungleichheiten auf. In manchen Bundesländern verbringen die Betroffenen fast doppelt so lange im Freiheitsentzug als in anderen Bundesländern.
8. All dies ist weder mit der Gleichheit vor dem Recht noch mit der UN-BRK vereinbar.

## Teil 2: Daten zum Maßregelvollzug nach § 63 StGB in Deutschland

9. Im Vergleich zum Strafvollzug ist der Maßregelvollzug punitiver (strafstrenger). Die Anzahl der Strafgefangenen sinkt seit Jahren kontinuierlich ab, die Anzahl der Untergebrachten nach §§ 63, 64 StGB steigt erheblich an. Die Anzahl von Langzeithaftierten (10 J +) im Maßregelvollzug ist stark gestiegen und beträgt aktuell 33%. Für Menschen mit einer schwereren psychischen Erkrankung ist die Wahrscheinlichkeit einer Langzeitinternierung (5 J +) 100 mal höher als für den Rest der erwachsenen Bevölkerung.
10. Dabei zeichnet sich der Maßregelvollzug im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie und zum Strafvollzug durch keine besondere legalprognostische und therapeutische Ergebnisqualität aus.
11. Entgegen der leitenden Behandlungsannahme gibt es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Gewaltdelinquenz und der Verweigerung von Neuroleptika.
12. Gesundheitsrisiken und das Risiko, Opfer von Gewalttaten zu werden, sind bei schwerer psychisch Erkrankten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wesentlich stärker ausgeprägt. Ihre Lebensdauer ist um 15 Jahre verkürzt und sie sind wesentlich häufiger Opfer von Tötungs- und Körperverletzungsdelikten als dass sie selbst zum Täter werden.
13. Das setzt sich im stationären Maßregelvollzug fort, wo Zwangsmaßnahmen (Isolierung in einer speziellen Zelle, Fesselungen an das Bett, Nachteinschluss und Zimmerarrest) mit den Folgen von sozialer und sensorischer Deprivation zu häufig ausgeübten Formen der "Regelbehandlung" gehören.
14. Die Entwicklung des Gutachtenwesens hat sich in den letzten Jahren zu einem "Arbeitsbeschaffungsprogramm für Prognosegutachter" entwickelt. Diese Entwicklung trug zu einer Verlängerung von Unterbringungsauern und Erhöhung der Kosten bei, ohne mit einem Zugewinn an Sicherheit für die Bevölkerung einherzugehen.
15. Wegen der bekannt niedrigen Basisrate für Gewaltdelikte psychisch Erkrankter ist die individuelle Gefährlichkeitsprognose mit einer hohen Fehlerquote belastet. Dies gilt sowohl für Prognoseinstrumente als auch für Gefährlichkeitsgutachten. Beispiel: Bei einer Basisrate von 1% wären neun von zehn Gefährlichkeitsprognosen falsch.
16. Ergebnis: Unter dem Regime der §§ 20, 63, 64 StGB wurden in den letzten Jahren zunehmend mehr Menschen mit einer psychischen Erkrankung einer juristisch zweifelhaften, legalprognostisch wie therapeutisch unwirksamen und zudem teuren Zwangsbehandlung unterworfen.

### **Teil 3: Rechtspolitische Folgerungen: Transformation des Sanktionenrechts und Konversion des Maßregelvollzugs**

17. Bereits seit dem Jahr 1990 steht die Frage deutlich ausgesprochen im Raum, ob sich die kriminalrechtlichen Maßregeln in einer Krise befinden.
18. Seit Mitte der 1990er Jahre nahm der mediale Sicherheitsdiskurs starken Einfluss auf die Bundes- und Ländergesetzgebungen zum Maßregelrecht und seinen Vollzügen.
19. Im psychiatrischen Maßregelvollzug erhöhten sich die Zahlen der Unterbringungsanordnungen und die Dauern der Unterbringungen signifikant. Platzprobleme waren die Folge. Bund wie Länder drehten an normativen "Stellschrauben" des Maßregelrechts und der Vollzugsgesetze. Ohne durchschlagenden Erfolg.
20. Auch Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Verhältnismäßigkeit der Maßregeldauern sowie die Begrenzung der verhältnismäßigen Regeldauern der Maßregel des § 63 StGB durch den Bundesgesetzgeber auf sechs bzw. zehn Jahre sorgten nicht wirklich für freie Plätze in den Unterbringungseinrichtungen.
21. Seit dem Jahr 2012 wurden mehrere Vorschläge von Organisationen und Einzelpersonen publiziert, die alle zum Ziel hatten, den Vollzug der psychiatrischen Maßregel umzugestalten. Ein Teil der zu einer Maßregel verurteilten Personen sollten nicht mehr nur im psychiatrischen Krankenhaus geschlossen untergebracht werden, sondern durch teilstationäre und ambulante Dienste gesichert und versorgt werden können. Die Vorschläge wurden von der Politik nicht aufgegriffen.
22. Der Stellenwert und die Ausrichtung von Therapie veränderten sich im Laufe der Zeit. Die lange Zeit vorherrschend medizinisch ausgerichtete Behandlung zur "Besserung" trat in den Hintergrund. Es ging stattdessen – unter dem Blick auf unverhältnismäßig lange Unterbringungsauern – zunehmend um die Senkung des Gefährlichkeitsrisikos der untergebrachten Personen und ist wohl auch als Konsequenz der sich durchsetzenden Erkenntnis zu sehen, dass psychische Krankheit und Gefährlichkeit nicht unbedingt immer kausal zusammenhängen.
23. Hinzu trat eine normative und faktische Stärkung des Selbstbestimmungsrechts in Behandlungsangelegenheiten durch die deutsche Gesetzgebung, die UN-BRK und die diesbezüglich prägende Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.

#### **Teil 4: Folgerungen und Lösungsvorschläge**

24. Eine Abschaffung der §§ 63, 64 StGB sowie der §§ 20, 21 StGB sind anzustreben.
25. Wegen der Insuffizienz des Maßregelvollzugs, seiner intrinsisch nicht auflösbaren Widersprüchlichkeiten sowie bei Beachtung der UN-Behindertenrechtskonvention ist das Strafmaß für alle Rechtsbrecher, auch für psychisch erkrankte und suchtmittelabhängige, nach gleichen Maßstäben auf die tatschuldangemessene Dauer festzulegen.
26. Alle zum Freiheitsentzug verurteilten Täter kommen nach Rechtskraft ihres Urteils in den Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich der Justiz bzw. einer Justizvollzugsanstalt.
27. Für alle gelten die gleichen Grundsätze des Vollzugs. Bisher bestehende Diskriminierungen in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung werden beseitigt. Alle Verurteilten werden in die Kranken- und Sozialversicherung einbezogen.
28. Für nach Strafende immer noch hochgefährliche Täter müssen die Regelungen der Sicherungsverwahrung zum Schutz der Allgemeinheit weiter in der Diskussion bleiben.
29. Wer während des Freiheitsentzugs somatisch oder psychisch erkrankt, hat Anspruch auf die erforderliche Behandlung. Die Gesundheitsversorgung erfolgt jedoch nicht mehr in der unmittelbaren Verantwortung des Strafvollzugs, sondern durch die vorhandenen Dienste und Einrichtungen am Ort.
30. Entsprechend ist auch die Gesundheitsversorgung der Justizvollzugsanstalten gründlich zu reformieren und aus den Strafvollzugsgesetzen der Länder herauszunehmen.
31. Die Inanspruchnahme der Angebote des Gesundheitswesens durch die zu einem Freiheitsentzug verurteilten Personen gründet auf deren Wünschen und Präferenzen (Art. 12, 14 UN-BRK).
32. Eine Umschichtung von Mitteln zur strukturellen und finanziellen Ausstattung des neuen Rechtsfolgensystems ist notwendig.
33. Anzustreben ist eine Konversion der forensischen Kliniken und deren Personal. Hier kommt sowohl eine teilweise Überführung in den Zuständigkeitsbereich des Strafvollzugs wie auch in die stationären und ambulanten Dienste der Gemeindepsychiatrie in Betracht.
34. Einzelheiten einer Neuordnung sollten in einem breitem fach(öffentl)lichen Diskurs, unter Einbezug von Wissenschaftlern verschiedener Disziplinen sowie von Vertretern aus Bund und Ländern, erarbeitet werden. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) ist zur Mitarbeit an der Überarbeitung des Sanktionenrechts bereit.

## Literatur

- Aderhold, V. (2010) Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update. [www.psychiatrie.de/neuroleptikadebatte](http://www.psychiatrie.de/neuroleptikadebatte)
- Aderhold, V. (2007) Mortalität durch Neuroleptika. In: Soziale Psychiatrie (4): 5–10
- AG Psychiatrie (2012) Bericht für die GMK 2012. AG Psychiatrie der AOLG. Gesundheitsministerkonferenz
- Aichele, V./von Bernstorff, J. (2010) Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht: Zur Auslegung von Art. 12 der UN-Behindertenrechtskonvention. In: Betreuungsrechtliche Praxis, 199–203
- Alex, M. (2013) Nachträgliche Sicherungsverwahrung – ein rechtsstaatliches und kriminalpolitisches Debakel. 2. Akt. u. erw. Aufl., Bochumer Schriften zur Rechtsdogmatik und Kriminalpolitik 11. Holzkirchen/Obb. Felix
- Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Juristinnen und Juristen (AsJ). Landesverband Nordrhein-Westfalen (2012) Für eine zeitgemäße Reform der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB – Gewährleistung von Sicherheit – umfassende Behandlung – effiziente Organisation – vertretbare Kosten, Beschluss vom 30.07.2012; Abruf : 30.01.2022: [https://www.asjnrw.de/wp-content/uploads/sites/268/2022/01/ASJ-NRW\\_Beschluss\\_2012-07-30\\_Ma\\_\\_regelreform.pdf](https://www.asjnrw.de/wp-content/uploads/sites/268/2022/01/ASJ-NRW_Beschluss_2012-07-30_Ma__regelreform.pdf)
- Baden-Württemberg Landtag (2019) Situation im Maßregelvollzug. LT-Drs. 16/6183 v. 29.04 2019
- Bora, A. (2001) Öffentliche Verwaltung zwischen Recht und Politik. Zur Multireferentialität der Programmierung organisatorischer Kommunikation. In: Veronika Tacke (Hrsg.) Organisation und gesellschaftliche Differenzierung, Wiesbaden: Springer. 170–191
- Baur, A. (2018) Aus der Balance geraten? Zur zunehmenden Verrechtlichung des Maßregelvollzugs. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 244–254
- Baur, A./Querengässer, J. (2017) Falscher Weg zum richtigen Ziel? Rechtsdogmatische und therapeutische Überlegungen zu Verhältnismäßigkeitserledigungen im Maßregelvollzug als Folge der Reform des Unterbringungsrechts. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 313–327
- Bayerischer Bezirkstag (2020) Zahl der strafrechtlich untergebrachten Patienten in den Bezirkskrankenhäusern 1995 – 2019. AZ: 541/3-4-1
- Bericht AG Maßnahmenvollzug(2019) Republik Österreich. <https://www.justiz.gv.at/web2013/file/2c94848a4b074c31014b3ad6caea0a71.de.0/bericht%20ag%20ma%c3%9fnahmenvollzug.pdf> Zugriffen 18.04.2019
- Bezzel, A. (2008) Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB). Dissertation Universität Regensburg
- Bode, I./Vogd, W. (Hrsg.) (2016) Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS
- Böker, W./Häfner, H. (1973) Gewalttaten Geistesgestörter: Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag
- Buchanan, A./Binder, R./Norko, M./Swartz, M. (2012) Resource Document on Psychiatric Violence Risk Assessment. American Psychiatric Association
- Bulla, J./Hoffmann, K. (2012) Der Nachteilschluss – Eine Methode des modernen Maßregelvollzuges? In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 19 (2): 204–216

- Bundesministerium der Justiz (2021a) Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB). Vorschläge zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB, Stand 22.11.2021. Abruf: 25.01.2022:  
[https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Bericht\\_Massregelvollzug.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Bericht_Massregelvollzug.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
- Bundesministerium der Justiz (2021b) Evaluierung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zur Wirksamkeit des Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 16. Juli 2016 (BGBl. I S. 1610), Stand 30.07.2021. Abruf: 08.02.2022:  
[https://www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/Evaluierung\\_63.html](https://www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/Evaluierung_63.html)
- Butz et al. (2013) Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayerischen Modellprojekts. In: *Psychiatrische Praxis* 40: 36–42
- Castelletti, L./Scarpa, F. (2022) Die ersten fünf Jahre einer radikalen Reform der forensischen Psychiatrie in Italien. In: *Recht & Psychiatrie* 40 (1) 4–10
- Celik, D. (2017) Maßregelvollzug. Schriftliche kleine Anfrage. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. Bgsch-Drs. 21/9715
- Chesney, E./Goodwin, G.M./Fazel, S. (2014) Risks of All-Cause and Suicide Mortality in Mental Disorders: A Meta-Review. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 13 (2): 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Choe, J.Y./Teplin, L.A./Abram, K.M. (2008) Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness: Balancing Public Health Concerns. *Psychiatric Services (Washington, DC)* 59 (2): 153–164. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.2.153>
- Dallaire, B./McCubbin, M./Morin, P./Cohen, D. (2000) Civil commitment due to mental illness and dangerousness: the union of law and psychiatry within a treatment-control system. In: *Sociology of Health & Illness* 22 (5): 679–699
- Das-Munshi, J./Schofield, P./Bhavsar, V./Chang, C.-K./Dewey, M.E./Morgan, C./Stewart, R./Thornicroft, R./Prince, M.J. (2019) Ethnic Density and Other Neighbourhood Associations for Mortality in Severe Mental Illness: A Retrospective Cohort Study with Multi-Level Analysis from an Urbanised and Ethnically Diverse Location in the UK. *The Lancet Psychiatry* 6 (6): 506–517. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30126-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30126-9)
- Dean, K./Moran, P./Fahy, T./Tyrer, P./Leese, M./Creed, F./Burns, T./Murray, R./Walsh, E. (2007) Predictors of Violent Victimization amongst Those with Psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116 (5): 345–353. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01078.x>
- Dessecker, A. (2012) Gefährlichkeit aus sanktionsrechtlicher und kriminologischer Sicht. In: *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 19 (2): 109–121
- Destatis (2017) Strafverfolgung – Fachserie 10 Reihe 3
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013) Stellungnahme der DGPPN zu den Reformüberlegungen des § 63 StGB durch das Bundesministerium der Justiz
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2017) Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. In: *Nervenarzt: DOI* 10.1007/s00115-017-0382-3

- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) (2014) Forderungen an eine Reform von Recht und Durchführung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit von Dauer und Eingriffsintensität, v. 01.07.2014. Abruf 25.01.2022: [https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user\\_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/Forderungen\\_an\\_eine\\_Reform\\_von\\_Recht\\_und\\_Durchfuehrung.pdf](https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/Forderungen_an_eine_Reform_von_Recht_und_Durchfuehrung.pdf)
- Di Lorito, C./Castelletti, L./Lega, I./Gualco, B./Scarpa, F./Völlm, B. (2017) The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 55 (November): 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.004>
- Dimmek, B. (2019) Tagungsbericht des 33. Expertengesprächs "Psychiatrie und Recht" am 3. September 2018 des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, „Aus der Balance geraten?! – Zur zunehmenden Verrechtlichung der Maßregelvollzugsbehandlung". In: *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 26 (2): 194–207
- Dörner, K./Plog, U./Teller, Ch./Wendt, F. (2013) *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. 22. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag
- Dolder, C. (2008) Side Effects of Anti-Psychotics. In *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York: Guilford Press
- Eher, R./Lindemann, M./Birklbauer, A./Müller, J. (2016) Der Gefährlichkeitsbegriff als Voraussetzung für die Verhängung vorbeugender freiheitsentziehender Maßnahmen – eine kritische Betrachtung und Vorschläge de lege ferenda. In: *Recht & Psychiatrie* 34: 96–106
- Entorf, H. (2007) Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundzüge einer Kosten-Nutzen-Analyse. Arbeitspapiere des Instituts für Volkswirtschaftslehre Technische Universität Darmstadt, Nr. 183, ISSN: 1438–2733
- Estroff, S.E./Swanson, J.W./Lachicotte, W.S./Swartz, M./Bolduc, M. (1998) Risk Reconsidered: Targets of Violence in the Social Networks of People with Serious Psychiatric Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33 (0): S95–101. <https://doi.org/10.1007/s001270050216>
- Feißt, M. (2018) Zum gesellschaftlichen Umgang mit Gefährlichkeit. Eine soziologische Perspektive. In: *Recht & Psychiatrie* 36: 67–72
- Feltes, T. (2012) Wer gefährlich ist, muss weg. Wer hilft beim Unterbringen oder Verwahren angeblich gefährlicher Straftäter? Power Point Vortrag gehalten auf der 27. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der forensischen Psychiatrie, Eickelborn
- Feltes, T./Alex, M. (2018) Probleme der Kriminalprognose aus kriminologisch-psychologischer Sicht. In Kobbè, U. (Hrsg.): *Forensische Prognosen Ein transdisziplinäres Praxismanual*, 528. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Field, A. (2009) *Discovering statistics using SPSS: and sex, drugs and rock n roll*. 3rd ed. Los Angeles: SAGE Publications
- Finzen, A. (2018) *Normalität. Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Frisch, W. (1990) Die Maßregeln der Besserung und Sicherung im strafrechtlichen Rechtsfolgensystem. Straftheoretische Einordnung, inhaltliche Ausgestaltung und rechtsstaatliche Anforderungen. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 102: 343–393
- Foucault, M. (1977) *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Gaebel, W./Wölwer, W./Robert-Koch-Institut. (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 50: 42

- Galli, T. (2020) Weggesperrt. Warum Gefängnisse niemandem nützen. Hamburg: Edition Körber
- Goffman, E. (1973) *Asyle*, Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp Verlag. Frankfurt/Main
- Goffman, E. (2012) *Stigma*. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Gohde, H./Wolff, S. (1992) »Gefährlichkeit« vor Gericht. In: *Kriminologisches Journal* 3: 162–179
- Gühne, U./Becker, T./Salize, H.-J./Riedel-Heller, S. (2015) Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? In: *Psychiatrische Praxis* 42 (8): 415–423. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552715>
- Hartl, C. (2012) *Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße*. Dissertation Universität Regensburg
- Hayes, J.F./Marston, L./Walters, K./King, M.B./Osborn, P.J. (2017) Mortality Gap for People with Bipolar Disorder and Schizophrenia: UK-Based Cohort Study 2000-2014. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 211 (3): 175–181. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.202606>
- Heinz, W. (2010) ‚Weil er gefährlich ist‘ – die Handhabung der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung im Spiegel der Strafrechtspflegestatistiken. In: *Neue Kriminalpolitik* 22 (4): 131–143. <https://doi.org/10.5771/0934-9200-2010-4-131>
- Heinz, W. (2015) *Kriminalität und Kriminalitätskontrolle in Deutschland - Berichtsstand 2015*, Konstanzer Inventar Sanktionsforschung, 188
- Heinz, W. (2014a) *Das strafrechtliche Sanktionensystem und die Sanktionierungspraxis in Deutschland 1882*. Konstanzer Inventar Sanktionsforschung 236
- Heinz, W. (2014b) *Entwicklung und Stand der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung. 1/2014*. Konstanzer Inventar Sanktionsforschung. Konstanz: Universität Konstanz. [www.ki.uni-konstanz.de/kis](http://www.ki.uni-konstanz.de/kis)
- Hiroeh, U./Appleby, L./Mortensen, P.B./Dunn, G. (2001) Death by Homicide, Suicide, and Other Unnatural Causes in People with Mental Illness: A Population-Based Study. In: *The Lancet* 358 (9299): 2110–2112. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)07216-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)07216-6)
- Hjorthøj, C./Stürup, A.E./McGrath, J.J./Nordentoft, M. (2017) Years of Potential Life Lost and Life Expectancy in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *The Lancet Psychiatry* 4 (4): 295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
- Hodgins, S./Müller-Isberner, R. (2014) Schizophrenie und Gewalt. In: *Nervenarzt* 85 (3): 273–278. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3900-y>
- Hollweg, T./LWL-Maßregelvollzugsabteilung (2019) *Berichtsvorlage an den Gesundheits- und Krankenhausausschuss des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe*. LWL-Drs. 14/2088. 73.pdf
- Holmes, D./Perron, A./Michaud, G. (2008) *Nursing in Corrections: Lessons from France*. *Global Forensic Nursing*, Volume 3/Numers 3 & 4, 126–131
- Honkonen, T./Henriksson, M./Koivisto, A.-M./Steng, E./Salokangas, R.K.R. (2004) Violent Victimization in Schizophrenia. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (8). <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0805-x>
- Horvath, J. (2018) *Die Zwangsbehandlung nach der Reform des Maßregelvollzugsrechts in Baden-Württemberg am Beispiel der Betroffenen zweier forensischer Zentren*. Dissertation Universität Ulm. <https://dx.doi.org/10.18725/OPARU-5495>

- Jakovljevic, A./Wiesemann, C. (2015) Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie. Aktuelle Behandlungspraxis im Maßregelvollzug aus medizinethischer Perspektive. In: *Nervenarzt* (87): 78–86. DOI 10.1007/s00115-015-4437-z
- Jaschke, H./Jaschke, P. (2017) Analyse der Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB im Zeitverlauf. Eine Auseinandersetzung mit der Methodik und den Ergebnissen von Traub und Schalast auf Basis des Kerndatensatzes Maßregelvollzug. In: *Recht & Psychiatrie* 35 (3) 156–161
- Jaschke, H./Oliva, H. (2020a) Kerndatensatz im Maßregelvollzug. Teil 1. Relationen/Teil 2 Tabellen 2018. Köln: Ceus Consulting/FOGS
- Jaschke, H./Oliva, H. (2020b) Kerndatensatz im Maßregelvollzug. Teil 2: Tabellenband 2018 mit Zeitreihen ab 2010. Köln: Ceus Consulting/FOGS
- Jehle, J.-M./Albrecht, H.-J./Hohmann-Fricke, S./Tetal, C. (2016) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen: eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2010 bis 2013 und 2004 bis 2013. 1. Aufl. Recht. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH
- Jonas, K./Abi-Dargham, A./Kotov, R. (2021) Two Hypotheses on the High Incidence of Dementia in Psychotic Disorders. *JAMA Psychiatry* 78 (12): 1305–1306. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2584>
- Joukamaa, M./Heliövaara, M./Knekt, P./Aromaa, P./Raitasalo, R./Lehtinen, V. (2006) Schizophrenia, Neuroleptic Medication and Mortality. In: *The British Journal of Psychiatry* 188 (2): 122–127. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.122>
- Kaiser, G. (1990) *Befinden sich die kriminalrechtlichen Maßregeln in der Krise?* Heidelberg: C.F.Müller
- Kammeier, H. (1996) *Maßregelrecht. Kriminalpolitik, Normgenese und systematische Struktur einer schuldunabhängigen Gefahrenabwehr*, Berlin/New York: de Gruyter
- Kammeier, H. (2012) Der Schutzanspruch vor gefährlichen Personen und die Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Schutzgewährleistung. In: Haynert/Kammeier (Hrsg.), *Wegschließen für immer? Ethische, rechtliche und soziale Konzepte im Umgang mit gefährlichen Menschen auf dem gesellschaftlichen Prüfstand*. Lengerich: Pabst Science Publishers: 56–76
- Kammeier, H. (2014a) Reform der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB, in: *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 8–49
- Kammeier, H. (2014b) Zur Verhältnismäßigkeit der psychiatrischen Maßregel. Die Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts von Mai bis August 2013. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* (2): 34–38
- Kammeier, H. (2020) Die psychiatrische Maßregel nach § 63 StGB im Spannungsfeld von Sicherungsauftrag und Freiheitsanspruch. In: *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 132 (1): 133–194. <https://doi.org/10.1515/zstw-2020-0006>
- Khalifeh, H./Johnson, S./Howard, L.M./Borschmann, R./Osborn, D./Dean, K./Hart, C./Hogg, J./Moran, P. (2015) Violent and Non-Violent Crime against Adults with Severe Mental Illness. In: *British Journal of Psychiatry* 206 (4): 275–282. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147843>
- Klinger, K./Bulla, J./Ross, T. (2021) Klinikinterne Prognosebegutachtung und Dauer bis zur Entlassung aus dem Maßregelvollzug nach § 63 StGB. In: *Recht & Psychiatrie* (1): 12–18
- Kobbé, U. (2016) Die ›Falsch-Positiven‹ – Avatare undialektischer Prognosestellung. Zur prekären Diskursethik forensischer Begutachtung. In: Kerner, H.-J./Marks, E. (Hrsg.) *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*. Hannover. [www.praeventionstag.de/dokumentation.cms/3618](http://www.praeventionstag.de/dokumentation.cms/3618)

- König, A. (2010) Der Nutzen standardisierter Risikoprognoseinstrumente für Einzelfallentscheidungen in der forensischen Praxis. In: *Recht & Psychiatrie* (1): 67–73
- Köpke, M. (2010) Lockerungsentscheidungen im Maßregelvollzug: Bedeutung von Einstellungen des Personals und individueller Faktoren der Patienten. Dissertation Universität Ulm. <http://dx.doi.org/10.18725/OPARU-2092>
- Kösters, M./Weinmann S. (2017) Psychopharmakaforschung. Was bleibt nach der Ernüchterung? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* (2): 18–20
- Konrad, N. (2017) »Die Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB« der DGPPN. In: *Recht & Psychiatrie*: 196
- Korzybski, A (1994) *Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*. 5. Auflage. New York
- Kozarić-Kovačić, D./Buzina, N./Žarković Palijan, T./Kovačić Petrović, Z. (2019) History and Organization of Long-Stay Forensic Care in Croatia. In *Long-Term Forensic Psychiatric Care*, hrsg. v. Völlm, B./Braun, P. 301–316. Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-12594-3\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-030-12594-3_21)
- Kozol, H.L./Boucher, R.J./Garofalo, R.F. (1972) The Diagnosis and Treatment of Dangerousness. In: *Crime & Delinquency* 18 (4): 371–392. <https://doi.org/10.1177/001112877201800407>
- Kudlung, R. (2007) Erneute Straffälligkeit nach Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug. In: *Bewährungshilfe* 54 (1): 66–79
- Kutscher, S./Schiffer, B./Seifert, D. (2009) Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens. In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 77 (2): 91–96. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109080>
- Latalova, K./Kamaradova, D./Prasko, J. (2014). Violent Victimization of Adult Patients with Severe Mental Illness: A Systematic Review. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 10: 1925–1939. <https://doi.org/10.2147/NDT.S68321>
- Laursen, T.M./Nordentoft, M./Mortensen, P.B. (2014) Excess Early Mortality in Schizophrenia. In: *Annual Review of Clinical Psychology* 10: 425–448. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>
- Lesting, W. (2018) Apokryphe Haftgründe im Maßregelvollzug. In: *Recht & Psychiatrie* 36 (2): 66
- Lewe, U. (2016) Lebensweg und Deliktrückfälligkeit schizophrener Patienten nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug (§ 63 StGB). Empirische Untersuchung, Dissertation Universität Duisburg-Essen
- Leygraf, N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter: Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs; mit 95 Abb. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie* 53. Berlin: Springer
- Lipp, V. (2010) UN-Behindertenrechtskonvention und Betreuungsrecht. In: *Betreuungsrechtliche Praxis*, 263–267
- Liu, N.H./Daumit, G.L./Dua, T./Aquila, R./Charlson, F./Cuijpers, P./Druss, B. u.a. (2017) Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. In: *World Psychiatry* 16 (1): 30–40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>
- Luhmann, N. (2017) *Die Realität der Massenmedien*. 5. Auflage. Wiesbaden: Springer VS
- LWL-Klinik Paderborn (2014) *EFQM-Qualitätsbericht 2014. Ziel- und Kennzahlenmatrix Review Version 3.1*

- Marneros, A./Rössner, D./Ullrich, S. (1998) Was unterscheidet psychiatrisch begutachtete von psychiatrisch nicht begutachteten Straftätern? In: *Recht & Psychiatrie* (3): 24–26
- Mauer, B. (o.J.) *Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness*, 87
- Monahan, J. (1973) *Dangerous Offenders A Critique of Kozol et al.* April 6, 1973 TO THE EDITOR. In: *Crime & Delinquency* 19 (3): 418–420.  
<https://doi.org/10.1177/001112877301900317>
- Müller, J./Briken, P./Dreßing, H./Muysers, J./Hill, A. (2020) Der Sachverständige im Straf- und Vollstreckungsverfahren. Auftrag, Qualifikation, Kompetenzabgrenzung. *FortschrNeurolPsychiatr* 89(01/02): 48–55, <https://doi.org/10.1055/a-1189-3274>
- Müller, J./Saimeh, N. (2017) Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Nervenarzt* 88 (1): 1–29
- Müller, J.L./Saimeh, N./Briken, P./Eucker, S./Hoffmann, K./Koller, M./Wolf, T./Dudeck, M./Hartl, C./Jakovljevic, A.-K./Klein, V./Knecht, G./Müller-Isberner, R./Muysers, J./Schiltz, K./Seifert, D./Simon, A./Steinböck, H./Stuckmann, W./Weissbeck, W./Wiesemann, C./Zeidler, R. (2017) Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Nervenarzt. Sonderheft 1: DOI 10.1007/s00115-017-0382-3 = (2018)* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Nemani, K. et al. (o.J.) Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19. Zugegriffen 22.12.2021. <https://edhub.ama-assn.org/jn-learning/module/2775179>
- Nilsson, T./Wallinius, M./Gustavson, M./Anckarsäter, H./Kerekes, N. (2011) Violent Recidivism: A Long-Time Follow-Up Study of Mentally Disordered Offenders. Hrsg. v. Scott, J.G. *PLoS ONE* 6 (10): e25768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025768>
- Perlin, M. (o.J.) Perlin & Lynch, Toiling in the Morals of Depair. Zugegriffen 01.12.2021. [https://www.academia.edu/5618367/Perlin\\_and\\_Lynch\\_Toiling\\_in\\_the\\_Morals\\_of\\_Depair](https://www.academia.edu/5618367/Perlin_and_Lynch_Toiling_in_the_Morals_of_Depair)
- Perlin, M.L./Schriver, M.R. (2013) You That Hide Behind Walls: The Relationship between the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Convention against Torture and the Treatment of Institutionalized Forensic Patients. In: *Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*: 195–218
- Pfäfflin, F. (2014) Prolonging the court-ordered detention of offenders: the contribution of forensic expert testimonies. *Sexual Offender Treatment*. Pabst Science Publishers. <http://www.sexual-offender-treatment.org/index.php?id=129>.
- Plana-Ripoll, O./Pedersen, C.B./Agerbo, E./Holtz, Y./Erlangsen, A./Canudas-Romo, V./Andersen, P.K. u.a. (2019) A Comprehensive Analysis of Mortality-Related Health Metrics Associated with Mental Disorders: A Nationwide, Register-Based Cohort Study. In: *The Lancet* 394 (10211): 1827–1835. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32316-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5)
- Priebe, S./Frottier, P./Gardini, A./Kilian, R./Lauber, C./Martínez-Leal, R./Munk-Jørgensen, P./Walsh, D./Wiersma, D./Wright, D. (2008) Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. In: *PSYCHIATRIC SERVICES* 59 (5): 4
- Querengässer, J./Schiffer, B. (2021) Alternativansätze zur Senkung überlanger Verweildauern im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. Ein Überblick aus Sicht der Versorgungsepidemiologie und Behandlungspraxis. In: *Kriminalpolitische Zeitschrift*, 16–24
- Rice, M.E./Harris, G. (1995) Psychopathy, Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Recidivism. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 18 (3): 333–342.  
[https://doi.org/10.1016/0160-2527\(95\)00015-A](https://doi.org/10.1016/0160-2527(95)00015-A)
- Rodway, C./Flynn, S./While, D./Rahman, M.S./Kapur, N./Appleby, L./Shaw, J. (2014) Patients with Mental Illness as Victims of Homicide: A National Consecutive Case Series. In: *The Lancet. Psychiatry* 1 (2): 129–134. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70221-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70221-4)

- Rusche, S. (2004) In Freiheit gefährlich ? Eine Untersuchung zu Häufigkeit und Gründen falscher Kriminalprognosen bei psychisch kranken Gewaltverbrechern. 1. Aufl. Theorie und Forschung Psychologie, 244 = 804 [d. Gesamtw.]. Regensburg: Roderer
- Saha, S./Chant, D./McGrath, J. (2007) A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time? In: Archives of General Psychiatry 64 (10): 1123–1131. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1123>
- Salize, H./Dressing, H. (2007) Die forensisch-psychiatrische Versorgung in Mitgliedstaaten der Europäischen Union – Versorgungskonzepte und Kapazitäten. In: Psychiatrische Praxis 34 (8): 388–394. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970838>
- Schanda, H. (2018) Psychische Krankheit und Gefährlichkeit. Power Point Vorlesung, Wien, 14
- Schiemann, A. (2012) Unbestimmte Schuldfähigkeitsfeststellungen. Verstoß der §§ 20, 21 StGB gegen den Bestimmtheitsgrundsatz nach Art. 103 II GG. Münster: LIT Verlag
- Schiemann, A. (2013) Die Variablen der Schuldfähigkeitsfeststellung – Verstoß gegen den Bestimmtheitsgrundsatz des Art. 103 Abs. 2 GG. In: Recht & Psychiatrie, 80–88
- Schiffer, B. (2013) § 63 StGB und danach ins Heim? Vortrag, gehalten auf der Fachtagung des OLG Hamm und des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Hamm, 27
- Schiffer, B./Schalast, N. (2019) Long-Stay Services in German Forensic Settings. In: Völlm, B./Braun, P. (Hrsg.) Long-Term Forensic Psychiatric Care Clinical, Ethical and Legal Challenges. Springer Nature
- Schmidt-Quernheim, F. (2019) Entlassung wegen fehlender Verhältnismäßigkeit – welche Auswirkung hat die Gesetzesänderung auf Maßregelvollzug und Gemeindepsychiatrie. In 4. Round Table Fachgespräch: Entlassungen aus dem Maßregelvollzug. Bremen: Bremer Werkgemeinschaft, 32–64
- Schmidt-Quernheim, F./Seifert, D. (2014) Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. In: Nervenarzt 85 (9): 1133–1143. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3932-3>
- Schmidt-Quernheim, F./Hax-Schoppenhorst, T., Hrsg. (2018) Praxisbuch forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug. 3., Vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Hogrefe
- Schmidt-Recla, A. (2017) Über das Konzept eines "freien" Willens nach der UN-Behindertenrechtskonvention. In: Recht & Psychiatrie, 197–206
- Schott, H./Tölle, R. (2006) Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: C. H. Beck
- Seifert, D. (2007) Gefährlichkeitsprognosen: Eine Empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Heidelberg: Steinkopff-Verlag. [//www.springer.com/de/book/9783798517561](http://www.springer.com/de/book/9783798517561)
- Seifert, D. (2010) Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzuges (§ 63 StGB). Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (4)1: 60–69
- Seifert, D./Klink, M./Landwehr, S. (2018) Rückfalldaten behandelter Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB. [springermedizin.de](http://springermedizin.de). <https://www.springermedizin.de/rueckfalldaten-behandelter-patienten-im-massregelvollzug-nach-63/15571008>
- Seifert, D./Klink, M./Landwehr, S. (2018) Rückfalldaten behandelter Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB. In: ForensPsychiatrPsycholKriminol (12): 136–148

- Seifert, D./Leygraf, N. (2016) Entwicklung und Stand des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 10 (4): 233–242. <https://doi.org/10.1007/s11757-016-0386-z>
- Smeeckens, M.V./Braun, P. (2019) Long-Term Forensic Psychiatric Care: The Dutch Perspective. In *Long-Term Forensic Psychiatric Care*, hrsg. v. Völlm, B./Braun, P., 235–250. Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-12594-3\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-030-12594-3_16)
- Steadman, H.J./Cocozza, J.J. (1974) *Careers of the criminally insane: excessive social control of deviance*. Lexington, Mass: Lexington Books
- Stolpmann, G. (2010) Psychiatrische Maßregelbehandlung. In: *Strafvollzug. Aus Politik und Zeitgeschichte*. Bundeszentrale für Politische Bildung. 7/2010
- Suzuki, T. (2019) Antipsychotic Serious Adverse Events in Context. In: *The Lancet Psychiatry* 6 (9): 717–718. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30274-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30274-3)
- Swanson, J.W./Swartz, M.S./Van Dorn, R.A./Volavka, J./Monahan, J./Stroup, T.S./McEvoy, J.P./Wagner, H.R./Elbogen, E.B./Lieberman, J.A. (2008) Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. In: *The British Journal of Psychiatry* 193 (1): 37–43. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.042630>
- Szmukler, G. (2001) Violence risk prediction in practice. In: *The British Journal of Psychiatry* 178: 84–85
- Thornberry, T.P./Jacoby, J.E. (1979) *The criminally insane: a community follow-up of mentally ill offenders*. Studies in crime and justice. Chicago: University of Chicago Press
- Traub, H.J./Weithmann, G. (2011) Regionale Einflüsse auf den Maßregelvollzug. In: *Recht & Psychiatrie* 29 (2): 79–87
- Trips-Hebert, R. (2010) Der Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen Straftätern. Wissenschaftlicher Dienst des deutschen Bundestages – Infobrief WD 7 - 3010 - 231/10
- Varshney, M./Mahapatra, A./Krishnan, V./Gupta, R./Deb, K.D. (2016) Violence and Mental Illness: What Is the True Story? In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 70 (3): 223–225. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205546>
- Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie (2018a) Zum gesellschaftlichen Umgang mit Gefährlichkeit – Ist die psychiatrische Maßregel noch zeitgemäß? Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen in Kurzform. In: *Recht & Psychiatrie*, 126f.
- Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie (2018b) Forderungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs und des Maßregelrechts. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. Köln
- Vogd, W. (2011) *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Vogd, W./Feißt, M. (2022, im Druck): *Therapeutische Arrangements im Maßregelvollzug. Studien zur Leerstellengrammatik und den Bezugsproblemen in der forensischen Psychiatrie*. Wiesbaden: Springer VS
- Walker, S./Mackay, E./Barnett, P./Rains, L.S./Leverton, M./Dalton-Locke, C./Trevillion, K./Lloyd-Evans, B./Johnson, S. (2019) Clinical and Social Factors Associated with Increased Risk for Involuntary Psychiatric Hospitalisation: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Narrative Synthesis. In: *The Lancet Psychiatry* 6 (12): 1039–1053. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30406-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30406-7)
- Walsh, E./Moran, P./Scott, C./McKenzie, K./Burns, T./Creed, F./Tyrer, P./Murray, R.M./Fahy, T. (2003). Prevalence of Violent Victimization in Severe Mental Illness. In: *British Journal of Psychiatry* 183 (03): 233–238. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.233>

- Weimann, S. (2019) Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets. Köln: Psychiatrie Verlag
- Welke, A. (2012) UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. Berlin
- Werf, M.v.d. (o.J.) Systematic Review and Collaborative Recalculation of 133 693 Incident Cases of Schizophrenia. ResearchGate. (PDF) Zugriffen 24.10.2018.  
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712002796>
- Wiersma, D./Nienhuis, F.J./Slooff, C.J./Giel, R. (1998) Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Followup of a Dutch Incidence Cohort. In: Schizophrenia Bulletin 24 (1): 75–85
- Willhardt, H./Rohner, A. (2018) Entlassungen aus dem Maßregelvollzug (§ 63 StGB) wegen fehlender Verhältnismäßigkeit. In: Recht & Psychiatrie, 213–217
- Zedlick, D./Thoma, S. (2017) Where the money goes Kritische Reflexionen zur gegenwärtigen Forschungsförderung in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen (2): 15–17
- Zinkler, M./von Peter, S. (2019) Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. In: Recht & Psychiatrie 37: 203–209