

**Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge**

Protokoll

24. Sitzung (öffentlich)

29. Januar 1992

Düsseldorf - Haus des Landtags

10.00 Uhr bis 13.30 Uhr

Vorsitzender: Abgeordneter Champignon (SPD)

Stenographen: Müller (als Gast), Frau Zinner,
Schrader (Federführung)

Verhandlungspunkt:

Gesetz zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 11/2151

**Der Ausschuß führt zu dem Gesetzentwurf eine Anhörung von
Sachverständigen und Verbänden durch.**

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
sr-mm

Angehört wurden:

- | | |
|---|-----------|
| Dr. Fuchs Landschaftsverband Rheinland Zuschrift 11/1264 | ab S. 3 |
| Dr. Pittrich Landschaftsverband Westfalen-Lippe Zuschrift 11/1258 | ab S. 11 |
| Kukla Landschaftsverband Rheinland | S. 26, 34 |
| Prof. Dr. Leygraf Universität Gesamthochschule Essen Zuschrift 11/1235 | ab S. 35 |
| Dr. Volckart Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Celle Zuschrift 11/1256 | ab S. 48 |
| Dr. Schott Ärztlicher Direktor des niedersächsischen Landeskrankenhauses Moringen | ab S. 53 |
| Eisel Rechtsanwalt, Essen Zuschrift 11/1257 | ab S. 58 |
| Prof. Dr. Rasch Institut für forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin Zuschrift 11/1252 | ab S. 61 |

**Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung**

**29.01.1992
mü**

Vorsitzender: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich eröffne die heutige öffentliche Anhörung und heiße Sie alle herzlich willkommen. Besonders möchte ich die eingeladenen Experten sowie die Damen und Herren Sachverständigen von den Landschaftsverbänden begrüßen. Da es nur eine kleine Zahl ist, möchte ich Sie hier namentlich benennen:

**Vom Landschaftsverband Rheinland begrüße ich Herrn Dr. Fuchs und
Herrn Kukla,**

**vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe Herrn Dr. Pittrich und
Frau Dr. Klein,**

**Herrn Prof. Dr. Leygraf als Ordinarius für Forensische Psychiatrie an der
Universität Gesamthochschule Essen,**

Herrn Dr. Bernd Volckart, Richter am Oberlandesgericht Celle,

**Herrn Dr. Martin Schott, Ärztlicher Direktor des Niedersächsischen Landes-
krankenhauses Moringen,**

Herrn Lutz Eisel, Rechtsanwalt aus Bochum,

**Herrn Prof. Dr. Wilfried Rasch vom Institut für Forensische Psychiatrie der
Freien Universität Berlin.**

**Abgesagt hat Herr Rechtsanwalt Dr. Knorr aus Köln, der ebenfalls als Experte
eingeladen war.**

**Meine Damen und Herren, der Gesetzentwurf der Landesregierung wurde am
12. September im Landtag eingebracht. In diesem Entwurf war das Inkrafttreten des
Gesetzes zum 1. Januar 1992 vorgesehen.**

**Der Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen
und Flüchtlinge hat beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung zur
Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes eine Anhörung durchzuführen. Beteiligt ist
auch der Ausschuß für Kommunalpolitik.**

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

In der Sitzung des Ausschusses am 4. Dezember 1991 wurden der Kreis der Anzuhörenden und der Fragenkatalog festgelegt. Um Verzögerungen zu vermeiden, wurde die öffentliche Anhörung auf den heutigen Tag terminiert.

Ihnen, meine Damen und Herren, möchte ich schon jetzt recht herzlich dafür danken, daß Sie trotz der kurzen Vorbereitungszeit die Mühe auf sich genommen haben, heute Ihre Stellungnahmen zu dem Gesetzentwurf abzugeben.

Ich begrüße hier außerdem aber auch die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung recht herzlich. Ebenso sind die Vertreterinnen und Vertreter der Presse herzlich willkommen. Ich wäre Ihnen, meine Damen und Herren, für eine dem Gesetzentwurf angemessene ausführliche Berichterstattung dankbar.

Mein besonderer Gruß gilt den Zuhörerinnen und Zuhörern, die nach hier angereist sind, um an dieser Anhörung teilzunehmen.

Meine Damen und Herren, Ihnen ist mit der Einladung zur heutigen Anhörung der Gesetzentwurf der Landesregierung übersandt worden. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie bei Ihrer Stellungnahme die Redezeit von 15 Minuten möglichst nicht überschreiten würden.

Ich gehe davon aus, daß Sie damit einverstanden sind, daß die Damen und Herren Abgeordneten noch Fragen an Sie stellen. Eine allgemeine Diskussion ist allerdings nicht vorgesehen.

Einige Sachverständige haben unserer Bitte entsprechend schon schriftliche Stellungnahmen abgegeben; diese liegen den Damen und Herren Abgeordneten vor. Den anderen Sachverständigen wäre ich dankbar, wenn sie ebenfalls ihre schriftliche Stellungnahme uns überreichen bzw. zukommen lassen würden.

Schon jetzt möchte ich das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales darum bitten, über diese heutige Anhörung unter Einbeziehung der Stellungnahme der Landesregierung baldigstmöglich eine Zusammenfassung zu erstellen, um diese dann für unsere weiteren Beratungen am 11. März 1992 uns an die Hand zu geben. Dafür bedanke ich mich schon heute.

Als erstem Redner erteile ich nun Herrn Dr. Fuchs vom Landschaftsverband Rheinland das Wort. Bitte schön!

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Dr. Fuchs (Landschaftsverband Rheinland): Danke schön. - Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Die Stellungnahme, die ich für den Landschaftsverband Rheinland hier abgeben möchte, wird ein wenig durch Vorgänge überschattet, die die Problematik deutlich machen, die sich in dieser Arbeit des Maßregelvollzugs für die dort Tätigen stellt. Einmal sind es die schrecklichen Vorgänge in Bedburg-Hau, die unmittelbar vor Weihnachten zum Tod eines Mitarbeiters und zur Querschnittlähmung eines anderen geführt haben; zum zweiten ist es ein Vorgang von heute morgen, bei dem in Düren durch einen Schuß in die Einrichtung hinein um ein Haar eine Reinigungskraft getroffen worden wäre. Dies ist Gott sei Dank gutgegangen. Sie mögen daraus nur erkennen, um was für eine Arbeit es sich handelt, über die wir hier reden.

Meine Stellungnahme wird sich naturgemäß - nachdem wir die 35 Fragen, die uns übersandt worden sind, schriftlich beantwortet haben - auf die Kernbereiche dessen, was für uns als nicht annehmbar und als problematisch erscheint, beschränken. Es sind dies die Vorschriften der §§ 22 a und 22 b des Entwurfs, die sich mit der Kostenerstattung durch das Land und der Heranziehung der Patienten zu Unterbringungsbeiträgen beschäftigen, sowie die aus dem Entwurf herausgenommene Vorschrift über die einstweilige Unterbringung - §§ 81, 126 a, 453 c der Strafprozeßordnung und § 53 des Jugendgerichtsgesetzes.

Nach dem derzeit geltenden § 22 des Maßregelvollzugsgesetzes führen die Landschaftsverbände den Maßregelvollzug im Lande Nordrhein-Westfalen "auf Kosten des Landes" durch. So die Formulierung! Die Vorschrift enthält damit die klare Aussage, daß das Land die den Landschaftsverbänden durch den Maßregelvollzug entstehenden Kosten voll zu erstatten hat. Diese Rechtslage trägt auch der Tatsache Rechnung, daß der Maßregelvollzug, da er einen Teil des Vollzugs strafgerichtlicher Verurteilungen darstellt, eine Aufgabe des Landes ist.

Das Land meint nun, diese Regelung ändern und die Vollkostenerstattung für den Maßregelvollzug durch den sogenannten pauschalierten Aufwendungsersatz ersetzen zu müssen, damit sich die Kostenerstattung im Maßregelvollzug im Rahmen der jeweiligen Haushaltsansätze des Landes hält.

Das aber widerspricht dem geltenden Maßregelvollzugsgesetz. Dieses im Jahr 1985 in Kraft getretene Gesetz verpflichtet die Landschaftsverbände, im Maßregelvollzug Unterbringungs- und Behandlungsstandards herzustellen, die neben der sicheren Unterbringung der Patienten sehr hohe Ansprüche an eine individuelle Behandlung der Patienten mit dem Ziel ihrer Heilung und Reintegration in die Gesellschaft stellen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Dieser Forderung können die Landschaftsverbände nur durch eine dichte therapeutische Betreuung einschließlich der Supervision der Betreuenden Rechnung tragen.

Die Personalbesetzung der forensischen Abteilungen konnte zwar in den letzten Jahren wesentlich verbessert werden. Es bleiben aber nach wie vor sowohl mengenmäßig wie auch qualitativ noch erhebliche Lücken zu schließen.

Nach einem Entwurf zur Personalbemessung der beiden Landschaftsverbände fehlten zum Stichtag 30.09.1990 im Rheinland noch rund 17 %, d. h. nahezu 100 therapeutische Mitarbeiter, um den Forderungen des Maßregelvollzugsgesetzes in seiner derzeitigen Fassung Rechnung tragen zu können. Dabei ist der Personalbedarf für dringend notwendige zusätzliche Behandlungsplätze nicht eingerechnet.

Eine Begrenzung der Kostenerstattung durch das Land über die Deckelung der Erstattungssumme auf den jährlichen Ansatz im Landeshaushalt führt deswegen dazu, daß der Landschaftsverband entweder den ihm nach dem Gesetz auferlegten Behandlungsstandard nicht zur Verfügung stellen kann oder aber, wenn er diesen Behandlungsstandard sicherstellt, dieses zum Teil aus eigenen, d. h. kommunalen Mitteln tun muß. Die Gesetzesänderung zwingt also dazu, daß die Landschaftsverbände ihre gesetzlichen Verpflichtungen nicht erfüllen oder aber daß Maßregelvollzugskosten auf die gemeindlichen Haushalte abgewälzt werden.

Beide Konsequenzen wären rechtswidrig. Wenn das Land glaubt, die hohen Anforderungen des Maßregelvollzugsgesetzes nicht mehr bezahlen zu können, muß es die Standards dieses Gesetzes zurücknehmen und damit die Kosten tatsächlich senken. Es darf aber nicht seine Erstattungsleistungen kürzen und damit die Kosten einer Landesaufgabe auf die Kommunen abwälzen.

Der Vorschlag zur Gesetzesänderung widerspricht aber auch den eigenen fachlichen Zielvorgaben der Landesregierung. Noch in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion Landtagsdrucksache 11/5251 vom 21.02.1990 hat die Landesregierung weitere deutliche Verbesserungen der Behandlungs- und Unterbringungsstandards im Maßregelvollzug gefordert. Daß diese nicht ohne Kostenerhöhungen erreichbar sind, mußte ihr heute wie damals gleichermaßen klar sein.

Die Begrenzung der Kostenerstattung ist aber auch kaum der richtige Weg, den Maßregelvollzug zu verbilligen. Bereits die Erfahrungen weniger Jahre zeigen nämlich, daß sich die bessere Betreuung und Behandlung der Maßregelvollzugspatienten auch finanziell lohnt. Die Verweildauern der Patienten im Maßregelvollzug sind

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

nämlich seit dem Inkrafttreten des Maßregelvollzugs und den mit ihm einhergehenden Verbesserungen der therapeutischen Behandlung der Patienten im Rheinland tendenziell rückläufig.

Mit dem Rückgang der Verweildauer verändern sich aber auch die Fallkosten des Maßregelvollzugs. Jede Verkürzung der teuren stationären Behandlung von Maßregelvollzugspatienten führt zu wesentlich höheren Einsparungen, als für notwendige Standardverbesserungen noch aufgewendet werden muß.

Die Landesregierung versucht mit ihren Hinweisen auf die Kostensteigerung der letzten Jahre den Eindruck zu vermitteln, als sei die stationäre Maßregelvollzugsbehandlung im Vergleich zu anderen stationären Krankenhausbehandlungen unverhältnismäßig teuer. Ein Vergleich der Pflegesätze der Allgemeinpsychiatrie mit denen des Maßregelvollzugs in den Jahren 1990 bis 1992 zeigt, daß der Pflegesatz im Maßregelvollzug im Durchschnitt etwa 20 % bis maximal 30 % höher lag als in der Allgemeinpsychiatrie.

Berücksichtigt man, daß dieses Mehr im Rheinland in absoluten Zahlen etwa 80 DM pro Tag ausmacht, nicht nur der Sicherungsaufwand, sondern auch ein höherer Therapie- und Resozialisierungsaufwand betrieben werden muß, so ist der Unterschied zwischen den Pflegesätzen der Allgemeinpsychiatrie und denen des Maßregelvollzugs keineswegs unverhältnismäßig.

Vergleicht man gar die Pflegesätze der somatischen Medizin mit denen des Maßregelvollzugs, so zeigt sich kaum noch ein finanzieller Unterschied.

Fazit aus alledem: Die Kosten des Maßregelvollzugs sind, gemessen an dem Standard des Maßregelvollzugsgesetzes, aber auch gemessen an der Schwere der Aufgabenstellung, auf die ich eingangs hingewiesen habe, durchaus angemessen.

Der im Gesetzentwurf gemachte Versuch einer Begrenzung der Kostenerstattung ist deshalb nicht nur rechtswidrig; er widerspricht auch dem Gebot einer noch dringend notwendigen sachlichen Verbesserung der Maßregelvollzugsbehandlung. Wenn im Gesetzentwurf Formulierungen enthalten sind, die dies in Aussicht stellen - daß man auch da noch etwas tun kann oder will -, ist das eine zu weiche Formulierung, um den Vorgaben des bisherigen Gesetzestextes gerecht zu werden. Außerdem ist zu besorgen, daß die dringend notwendigen Verkürzungen der Verweildauer nicht erreicht werden und damit über weiterhin hohe Fallkosten im Maßregelvollzug dieser insgesamt eher teurer als preisgünstiger wird.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Aber nicht nur die Pauschalierung des Aufwendungsersatzes selbst, sondern auch die Berechnung der Pauschalen und deren Verteilung auf die Landschaftsverbände hält der LVR für rechtlich unzulässig.

Der Gesetzentwurf sieht vor, daß die Personalkosten entsprechend den Tarif- und Besoldungssteigerungen fortgeschrieben werden sollen. Diese Fortschreibung soll im vorhinein, also kalkulatorisch, erfolgen. Da aber zum Zeitpunkt der Aufstellung des Haushaltsplans die Höhe der Personalkosten- und auch der Sachkostensteigerungen des folgenden Jahres nicht bekannt sind, wird diese Kalkulation vernünftigerweise immer unter den tatsächlichen Personal- und Sachkostensteigerungen liegen. Weil aber Ausgleichs für zu wenig kalkulierte Personalkostensteigerungen im Gesetz nicht eindeutig vorgesehen sind, werden auch auf diesem Wege Kosten auf die Landschaftsverbände abgewälzt werden.

Das gleiche gilt für die Finanzierung kleinerer Baumaßnahmen bis zur Höhe von 50 000 DM, die nach dem Gesetz an keiner Stelle Eingang in die Kalkulation der Erstattungsleistungen des Landes finden.

Der pauschale Aufwendungsersatz soll nach der Zahl der jahresdurchschnittlich betreuten Patienten berechnet und auf die beiden Landschaftsverbände verteilt werden, d. h. für jeden jahresdurchschnittlich betreuten Patienten wird ein einheitlich hoher Erstattungsbetrag gezahlt. Diese Verteilung des Pauschalersatzes mißachtet die unterschiedliche Leistungs- und Kostensituation der Krankenhäuser, in denen der Maßregelvollzug ausgeführt wird.

Der Landschaftsverband Rheinland führt den Maßregelvollzug entsprechend den Bestimmungen des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen, der Gemeindekrankenhausbetriebsverordnung und anderer Vorschriften in seinen Psychiatrischen Krankenhäusern durch. Diese Krankenhäuser werden eigenbetriebsähnlich als Wirtschaftsbetriebe geführt. Sie müssen für ihre Leistungen kostendeckende Entgelte erheben. Eine Pauschalerstattung, die weder die Leistungs- noch die Kostensituation des Krankenhauses berücksichtigt, widerspricht daher genau den Rechtsvorschriften, nach denen die Krankenhäuser zu betreiben sind. Sie verstößt darüber hinaus gegen die Grundsätze des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Wenn auch dieses Gesetz auf den Maßregelvollzug nicht direkt Anwendung findet, sind doch auch für den Maßregelvollzug, der im Psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt wird, diese Grundsätze deswegen verbindlich, weil die Maßregelvollzugseinrichtungen in der derzeit praktizierten Form ein integrierter Bestandteil der psychiatrischen Einrichtungen der Landschaftsverbände sind.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Die Infrastrukturkosten des Krankenhauses dürfen deshalb nur unter der Betrachtung der Grundsätze des Krankenhausfinanzierungsrechts auf die Teilbudgetbereiche des Gesamtkrankenhauses verteilt werden. So ist dies auch von beiden Landschaftsverbänden in der gemeinsamen Stellungnahme gegenüber dem Arbeits- und Sozialminister dargelegt worden. Davon weichen die Antworten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe auf die Fragen III 3 bis 5 nunmehr scheinbar ab. Ich habe deshalb Anlaß, deutlich zu machen, daß der Landschaftsverband Rheinland bei der dem Ministerium gegenüber gemeinsam bekundeten Auffassung - von meinem Kollegen Dr. Scholle und mir unterschrieben - bleibt.

Aus den gleichen Gründen verletzt das Land aber auch mit der durch die gleiche Bezahlung ungleicher Leistungen entstehenden Unbalanciertheit den Gleichheitsgrundsatz.

Schließlich ist mit der Systematik der Fortschreibung des pauschalen Aufwendungsersatzes das von der Landesregierung vorgegebene Ziel einer Angleichung der Behandlungsstandards in den beiden Landesteilen auch nicht zu erreichen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß die Pflegesätze in Westfalen durchschnittlich höher liegen als im Rheinland. Dies ohne irgendeine Bewertung! Nur zeigt es, daß man das einfach nicht alles in einen Topf werfen kann.

Nach den eigenen Erläuterungen in der Begründung zum Gesetzentwurf sollen die Aufwendungen für besonders vereinbarte Strukturverbesserungen jeweils in den Folgejahren in den pauschalen Aufwendungsersatz einfließen. Damit werden die im ersten Jahr einem Landschaftsverband zusätzlich zur Verfügung gestellten Mittel in den Folgejahren über das Pauschalierungsverfahren anteilmäßig auf beide Landschaftsverbände verteilt.

Die Regelung des § 22 a erweist sich nach alledem als rechtswidrig, sachlich und fachlich verfehlt und schließlich auch ineffektiv.

Da der Maßregelvollzug eine Landesaufgabe ist und zum Vollzug strafgerichtlicher Verurteilungen gehört, müssen die beiden Landschaftsverbände die volle Kostenerstattung durch das Land fordern. Die derzeitige Regelung des § 22 MRVG sollte daher unverändert bestehenbleiben. Einer Abwälzung von Maßregelvollzugskosten auf kommunale Haushalte muß der Landschaftsverband sich mit allem Nachdruck widersetzen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Die Landschaftsverbände haben andererseits aber Verständnis dafür - sie sind ja nicht blind -, daß die notwendigen Verbesserungen, die nach wie vor im Maßregelvollzug durchzuführen sind, auch für das Land steuerbar sein und bleiben müssen. Diese Steuerung kann aber nach unserer Auffassung nicht durch die Begrenzung des Aufwendersatzes, sondern nur durch die Festlegung von Behandlungsstandards, insbesondere im Personalbereich, erreicht werden.

Der vorgesehene § 2 Abs. 4 enthält dazu nach Meinung des Landschaftsverbandes Rheinland eine durchaus brauchbare Lösung. Dabei sollten die Grundsätze der Psychisch-Kranken-Personalverordnung auch auf die Personalermittlung für den Maßregelvollzug übertragen werden. Einen gemeinsamen Vorschlag für ein Personalbedarfsermittlungsverfahren, das die Grundsätze dieser PsychPV übernimmt, werden die beiden Landschaftsverbände in Kürze dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorlegen.

Weitere Änderungen des Maßregelvollzugsgesetzes sind zur Kostensteuerung nach unserer Auffassung nicht erforderlich. Statt über Kosteneinsparungen im Maßregelvollzug nachzudenken, sollte nach unserer Meinung das Land angesichts der weithin noch beklagenswerten Unterbringungssituation - viele Mitglieder des Ausschusses konnten sich ja über die unmenschlichen Zustände in Bedburg-Hau selber ein Bild verschaffen -, aber auch angesichts des nicht mehr zu ertragenden Aufnahmedrucks durch den Anstieg der Patientenzahlen insbesondere im Bereich der Abhängigen - § 64 StGB also - und der vorläufigen Unterbringung nach § 126 a StPO, sollten wir uns also ernsthaft und ganz zügig Gedanken darüber machen, wie zusätzlich neue Behandlungsplätze geschaffen und die bei weitem unzulängliche Unterbringungssituation den Forderungen des Maßregelvollzugsgesetzes angepaßt werden können. Es ist ja ein unerträglicher Zustand, daß praktisch in Einzelfallentscheidungen über Weisungen des Ministers einzelne Patienten irgendwo und irgendwie untergebracht werden müssen. Wir tun das naturgemäß, weil das Gesetz es befiehlt und die Weisung uns dazu auch zwingt. Aber in der Sache ist es sicher keine befriedigende Lösung. Ich glaube, darüber besteht auch Einigkeit mit dem Arbeits- und Sozialminister.

Ein Zuwarten ist hier nicht zu verantworten. Den Forderungen der Durchführungsverordnung des Maßregelvollzugsgesetzes an die Unterbringung der Patienten hätten die Landschaftsverbände bereits bis Ende 1990 in allen Einrichtungen Rechnung tragen müssen. Die Behandlung dieser Problematik durch das Land, trotz entsprechender konkreter Vorschläge der Landschaftsverbände, führt aber dazu, daß auch in zehn Jahren dem Gesetz noch nicht Rechnung getragen sein wird. Der Mangel an Maßregelvollzugsplätzen führt schließlich zu der grotesken, aber keineswegs komischen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Situation, daß Staatsanwälte den Mitarbeitern des Landschaftsverbandes Rheinland mit Verfahren wegen Strafvereitelung drohen, während die Justizbehörden für sich selber ernsthaft darüber reflektieren, inwieweit sie sich der Freiheitsberaubung schuldig machen, wenn sie rechtskräftig zu einer Maßregelung verurteilte Menschen in den Justizvollzugsanstalten festhalten, weil Maßregelvollzugsplätze nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund ist es auch schwer erträglich zu wissen, daß sich der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales und der Justizminister bis in die jüngste Zeit hinein nicht darüber verständigen konnten, wer für welche Investitionsmaßnahmen zuständig ist, und daß derweil Anträge zur Durchführung solcher Investitionsmaßnahmen, die wir vorgelegt haben, über ein Jahr lang unbeantwortet blieben.

Insgesamt vermittelt die Diskussion um die Begrenzung der Kostenerstattung durch das Land vor diesem Hintergrund schon einen - ich darf es einmal so sagen - gespenstischen Eindruck. Will das Land die Kostenerstattungsvorschriften des Maßregelvollzugsgesetzes dennoch ändern, so bietet sich als vernünftige Alternative zum Entwurf des § 22 a des Änderungsgesetzes eine Kostenerstattungsregelung nach den Grundsätzen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an. Diese Vorschrift könnte dann lauten:

Das Land erstattet den Landschaftsverbänden die Kosten des Maßregelvollzugs nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

Will das Land die Leistungsstrukturen stärker angleichen, geht das nicht über eine Umverteilung der derzeit bereits bewilligten Mittel. Vielmehr müssen für diese Standardverbesserungen zusätzliche Mittel aufgebracht und gezielt dort eingesetzt werden, wo das Land die Verbesserungen für notwendig hält. Unabhängig davon sind angesichts des prekären Aufnahmedrucks weitere Mittel für die Einrichtung und den Betrieb zusätzlicher Maßregelvollzugsplätze dringend erforderlich. Neue Plätze können keinesfalls mit dem derzeit vorhandenen Personal noch zusätzlich betrieben werden.

Der vorgesehene § 22 b des Entwurfs erscheint angesichts der Tatsache, daß § 10 der Justizkostenordnung die Heranziehung auch von Maßregelvollzugspatienten zu Unterbringungskostenbeiträgen bundesrechtlich bereits regelt, rechtlich jetzt nicht mehr annehmbar. Die Heranziehung durch die Landschaftsverbände würde bei diesen zusätzlichen Verwaltungsaufwand bewirken, der entweder durch einen Verwaltungs-kostenbeitrag des Landes oder durch kommunale Mittel abgegolten werden müßte.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Letzteres können die Kommunen nicht hinnehmen. Und wie es mit der Heranziehung aussieht: Ich habe eben gesehen, daß auf den Tischen - ich nehme an, daß das bei Ihnen überall der Fall ist - die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts verteilt worden ist, die besagt, daß die Heranziehung solcher Untergebrachter nicht ohne weiteres möglich ist.

Die jetzige Zuständigkeitsregelung entspricht auch derjenigen im Strafvollzug, trägt außerdem der Tatsache Rechnung, daß auch die Maßregel eine strafgerichtliche Verurteilung ist, deren Vollstreckung dann auch letztendlich in der Entscheidungsverantwortung der Justizbehörden liegt.

Der Landschaftsverband Rheinland vermißt im Entwurf zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes die dringend erforderliche Kostenregelung für die vorläufige Unterbringung gemäß den Paragraphen der Strafprozeßordnung und des Jugendgerichtsgesetzes. Aus Gründen des Sachzusammenhangs sollte in das Maßregelvollzugsgesetz die Bestimmung auch aufgenommen werden, daß die Vollziehung der Maßnahmen nach diesen Vorschriften von den Landschaftsverbänden ebenfalls auf Kosten des Landes durchgeführt wird.

Meine Damen und Herren, ich bedanke mich für Ihre Geduld und hoffe, daß wir noch zu einer brauchbaren und für alle Seiten akzeptablen Lösung kommen werden.

(Beifall)

Vorsitzender: Ich danke Ihnen, Herr Dr. Fuchs, für Ihre Ausführungen. Ich möchte nur darauf verweisen, daß zu dieser Stellungnahme unter der Nummer 11/1264 eine Zuschrift des Landschaftsverbandes Rheinland vorliegt.

Nun würde ich gern noch den zweiten Landschaftsverband zu Wort kommen lassen, bevor ich den Abgeordneten des Ausschusses die Gelegenheit zur Fragestellung geben möchte.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat seine Zuschrift unter der Nummer 11/1258 eingebracht. Die mündliche Stellungnahme nehmen wir jetzt von Herrn Dr. Pittrich entgegen, dies auch wiederum mit der Bitte, sich möglichst auf 15 Minuten zu beschränken.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Dr. Pittrich (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich will mich ganz kurz fassen. Dies kann ich, weil Herr Landesdirektor Fuchs alle jene rechtlichen und sachlichen Argumente vorgetragen hat, die auch aus der Sicht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe gegen diese Novelle des Maßregelvollzugsgesetzes sprechen.

Gestatten Sie mir aber einige Unterstreichungen aus der Sicht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.

Der LV Westfalen-Lippe steht zu dieser Aufgabe des Maßregelvollzugs, und er hat sich insbesondere seit den 80er Jahren sehr intensiv darum bemüht, die hier feststellbaren inhumanen Zustände zu verändern. Insbesondere die detaillierte Massung - so will ich es einmal nennen - der Defizite in diesem Bereich durch die Beschwerdekommision des LV Westfalen-Lippe, die seit 1979 arbeitet, hat es ermöglicht, auch aufgrund dieser Erfahrungen aktiv und konstruktiv an dem Entwurf des vorliegenden Maßregelvollzugsgesetzes mitzuwirken. Wir stehen also zu diesem Gesetz mit seinen therapeutischen und rehabilitativen Implikationen.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat sich in der Folge bei der Entwicklung des Maßregelvollzugs von neutralen Sachverständigen beraten lassen, insbesondere von Herrn Professor Rasch, der 1982 eine ungeschminkte Bestandsaufnahme der Situation der damaligen Klinik in Eickelborn vorgelegt hat. Dies war Verpflichtung für unsere parlamentarischen Gremien, den Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe sehr intensiv zu begleiten. Den Unterlagen beigelegt ist eine letzte Bestandsaufnahme für den Gesundheits- und Krankenhausausschuß vom 21.03.1991.

Ich möchte nicht verhehlen, daß angesichts der Probleme, die mit dem Maßregelvollzug verbunden sind - Herr Dr. Fuchs hat einige aktuelle Anlässe angesprochen; Ihnen sind auch entsprechende Zwischenfälle der letzten Jahre aus dem Bereich des LV Westfalen-Lippe bekannt -, die Diskussion über eine Begrenzung der Kostenerstattung zu einer ganz erheblichen Verunsicherung unserer Mitarbeiter geführt hat.

Deshalb möchte ich hier noch einmal deutlich unterstreichen, daß wir zwar beachtliche Verbesserungen erreicht haben, daß wir aber mitten in einer Entwicklung stehen, deren Abschluß nicht in zwei, drei Jahren zu sehen ist. Wir haben noch erhebliche bauliche Defizite in unserer Klinik Lippstadt-Eickelborn; es wird bei laufendem Betrieb über zehn Jahre umgebaut. Was dies für eine Belastung für die Mitarbeiter bedeutet, können Sie vielleicht nachvollziehen. Wir brauchen bauliche Verbesserungen für den Bereich der suchtkranken Rechtsbrecher. Herr Dr. Fuchs hat

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

darauf hingewiesen, daß hier ein erheblicher Anstieg der Einweisungen zu verzeichnen ist. In den letzten 20 Jahren hat sich die Zahl dieser Einweisungen verzehnfacht - bei uns und im Bundesgebiet. Dieser Anstieg ist ungebrochen.

Wir haben auch im Praktischen - ich will das ganz offen ansprechen - Defizite. Wir brauchen eine weitere therapeutische Differenzierung bei der Psychotherapie, der ... (unverständlich) Therapie, und wir brauchen insbesondere eine Qualifizierung des Pflegepersonals. Das geht nicht zum Nulltarif. Das muß intensiv betrieben werden, wenn wir das erreichen wollen, was unbedingt notwendig ist: daß hier hochqualifizierte engagierte Menschen sich dieser Aufgabe im Maßregelvollzug nicht nur kurz-, sondern längerfristig stellen.

Klarstellen möchte ich auch, daß wir in der Vergangenheit in Westfalen-Lippe immer unsere Kosten offengelegt haben, daß wir bezüglich der Budgetaufstellung stets auch nachweisen konnten, daß wir unter diesen Ansätzen geblieben sind, so daß für uns eine entsprechende explosive Entwicklung der Kosten hier nicht nachvollziehbar ist.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir sind auch weiterhin bereit und vielleicht intensiver bereit, das ebenfalls offenzulegen und nachprüfen zu lassen, was an finanziellen Mitteln verausgabt wird. Nur müssen hier die Rahmenbedingungen klar sein. Ich möchte deshalb nochmals unterstreichen, daß der Maßregelvollzug - ich darf es einmal so deutlich sagen - nicht existenzfähig ist, wenn wir diese klaren Bedingungen nicht haben. Die Personalverordnung Psychiatrie bietet eine Systematik, die auch von Landesseite nachvollzogen werden sollte, nämlich daß sie einerseits die Aufgabenstellung definiert - um was für Patienten handelt es sich? -, daß sie die Behandlungsziele und die Behandlungsmittel definiert und daß der Einsatz entsprechend einer solchen Personalverordnung kontrolliert werden kann. Dies ist auch für den Maßregelvollzug nachvollziehbar, und es ist auch für Sie, für das Land kontrollierbar.

Aber ohne eine solche klare Regelung werden wir in Zukunft für diese schwierige Aufgabe immer weniger Chancen haben, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Es wird in anderen Bereichen, wo die Bedingungen eben klar sind, dank der Initiative der Bundesregierung, entsprechende Arbeitsplätze finden, nicht aber im Maßregelvollzug.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Novelle ist in den parlamentarischen Gremien des Landschaftsverbandes sehr intensiv diskutiert worden. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen - einstimmig über alle Fraktionen -, daß, wenn Klarheit bezüglich dieser Kostenerstattung nicht besteht, das Land zu bitten, diese staatliche Aufgabe zurückzunehmen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Ich hoffe, daß wir hier im Land zu einer vernünftigen Entscheidung kommen, die beide Landschaftsverbände tragen können. - Ich bedanke mich.

(Beifall)

Vorsitzender: Ich danke Ihnen, Herr Dr. Pittrich.

Nun möchte ich den Kolleginnen und Kollegen des Ausschusses Gelegenheit geben, Fragen an die Vertreter der beiden Landschaftsverbände zu richten.

Als erster bitte Herr Kollege Kuschke!

Abgeordneter Kuschke (SPD): Herr Vorsitzender! Herr Dr. Fuchs, die Tatsache, daß wir heute eine Anhörung durchführen und uns noch mitten im Gesetzgebungsverfahren befinden, ist, so glaube ich, ein Anzeichen dafür, daß wir es nicht mit "Gespenstern" zu tun haben. Ich glaube, diese Befürchtung kann man aus dem Weg räumen.

Eine ganz konkrete Frage an Sie, aber auch an Herrn Dr. Pittrich! Sie haben sich, wie ich finde, bei der Beantwortung der Frage 8 des Komplexes III, wo nach anderen Regelungsinstrumentarien als den im Gesetz vorgesehen gefragt wird, bemerkenswert zurückgehalten.

Sie haben bei Ihren schriftlichen Stellungnahmen, aber auch bei Ihren mündlichen Ausführungen ausschließlich auf die Möglichkeit verwiesen, das über Personalanzahlensicherzustellen. Können Sie sich denn denken, daß es bei einer solch schwierigen Materie und auch vor dem Hintergrund der von Ihnen anerkannten Finanzierungsschwierigkeiten der öffentlichen Haushalte nicht sinnvoll wäre, daß sowohl die Landschaftsverbände wie auch die Landesregierung über andere Möglichkeiten nachdenken, um zu Regelungsinstrumentarien zu kommen? Ich wäre Ihnen dankbar, wenn diese von Ihnen auch genannt werden könnten. Auch kann ich mir nicht vorstellen, Herr Dr. Fuchs, daß in den über Monate laufenden Gesprächen, die nun stattgefunden haben, nicht auch Ihrerseits dazu Vorschläge gemacht worden sind.

Vorsitzender: Dazu vielleicht zunächst Herr Dr. Fuchs, dann Herr Dr. Pittrich!

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Dr. Fuchs: Herr Kuschke, Sie haben mit Recht darauf hingewiesen, daß die Diskussion intensiv geführt worden ist, auch mit den politischen Gremien und zum Teil mit den Fraktionen dieses Landtags. Das ist unstrittig. Wir haben deshalb auch nach Abwägen all der Aspekte, die dabei mit ins Spiel gebracht worden sind und ja auch nach Rückkopplung in unsere jeweiligen politischen Vertretungen, denen alle im Landtag vertretenen Parteien angehören, nach Möglichkeiten gesucht, wie wir denn das Interesse des Landes an einer einigermaßen abgreifbaren Entwicklung der Kosten auf diesem Sektor einerseits und die nun einmal bestehenden Anforderungen des Gesetzes andererseits auf einen noch vertretbaren gemeinsamen Nenner bringen können. Dabei hat es Überlegungen gegeben, wonach wir sagen müssen: Wir können eigentlich nur eine solche Änderung, wie ich sie vorhin vorgeschlagen habe, annehmen, daß wir uns also darauf einigen, die Grundsätze des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzuwenden. Das würde dazu führen, daß sowohl die individuellen Kosten vor Ort erfaßt werden und damit die rechtlichen Probleme, die ich angeführt habe, nicht so leicht entstehen würden. Andererseits würde es keine größere Unsicherheit entstehen lassen, als sie auch für das Land, also für alle Träger von Krankenhäusern, besteht. Wir meinten, daß dies eine einigermaßen ausgewogene, denkbare Regelung wäre.

Bei allen anderen Überlegungen - die mir natürlich bekannt sind -, daß man durch Veränderungen des Textes hier und da bestimmte große Probleme ausräumt, bleibt letztlich dieses Grundproblem bestehen, das uns einfach zur Ablehnung veranlaßt: daß es sich um eine Aufgabe des Landes handelt, einen Annex zum Strafvollzug, wobei wir, auch wenn es dann eine übertragene Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung ist, im Grundsatz auf voller Kostenerstattung bestehen müssen. Im Gesetzentwurf ist dieser Grundsatz zumindest nicht so deutlich erkennbar, daß er uns Rechtssicherheit bedeuten kann.

Herr Pittrich, vielleicht können Sie das noch ergänzen.

Vorsitzender: Ja, bitte schön, Herr Dr. Pittrich!

Dr. Pittrich: Ich glaube schon, daß der Weg über eine Personalverordnung der richtige ist. Er hat ja sehr viele Vorstufen gehabt: daß man also versucht hat, bestimmte Einrichtungstypen zur Orientierung heranzuziehen. Am Ende der Diskussion zwischen den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft ist man eben zu dieser Systematik der Personalverordnung Psychiatrie, die aufgabenbezogen ist, gekommen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Daher möchte ich nochmals unterstreichen: Wir müssen alle Patienten annehmen, die die Gerichte einweisen. Ich möchte hier nur zwei Punkte nennen. Einer ist der, daß der Anteil der Suchtkranken steigt. Jeder Erfahrene weiß, daß die gemeinsame Behandlung von suchtkranken und psychisch kranken Rechtsbrechern nicht möglich ist. Insofern muß eine gewisse Flexibilität auch in der Unterbringung und in den Behandlungskonzepten gegeben sein.

Das zweite ist dieses. Wir stellen im Bereich des Landschaftsverbandes fest, daß die kriminellen Vorbelastungen dieser eingewiesenen Patienten erheblich angestiegen sind. Das kann ich zum Beispiel für die Klinik für suchtkranke Rechtsbrecher in ... (unverständlich) sagen, daß sich nur etwa ein Patient mit einem Tötungsdelikt in der Vorgeschichte fand; jetzt ist das auf eine Größenordnung von fünf bis sechs angestiegen.

Andere Probleme kommen dazu: daß eine Behandlungsmotivation nicht vorhanden ist. Wenn eine Behandlungsfähigkeit, wenn der Behandlungswille nicht gegeben ist, verbleibt die Aufgabe der Sicherung durch den Maßregelvollzug. Darauf müssen Sie reagieren, und von Jahr zu Jahr sieht das anders aus. Deshalb gibt es nur, aufgabenbezogen, auch eine Ableitung des entsprechenden Personalschlüssels, der nun selbstverständlich in einem Budget behandelt werden kann und dann auch gewisse interne Spielräume gibt.

Entscheidend ist, daß das auch überprüft werden kann. Ich habe den Eindruck, daß sehr viel Unsicherheit dadurch entstanden ist, daß man nicht genau weiß, was denn nun eigentlich mit dem Geld gemacht wird und um was für Patienten es sich handelt. Deshalb halte ich es für unverzichtbar, hier mehr Klarheit zu bekommen. Da ist nicht so entscheidend der Verteilungsmodus bezüglich Rheinland und Westfalen-Lippe, weil doch erhebliche Unterschiede in der Spruchpraxis bestehen und sich danach natürlich auch die eingewiesenen Patienten unterscheiden. So haben wir in Westfalen-Lippe eine Spruchpraxis, die Beurlaubungen fördert, also die Patienten nach Hause zu entlassen oder in eine andere Therapie zu beurlauben, eine Spruchpraxis, die anders ist als dies offensichtlich im Rheinland der Fall ist. Die Verantwortung der Einrichtung ... (unverständlich)

Deshalb sehe ich keine Alternative und möchte hier Herrn Dr. Fuchs ausdrücklich zustimmen, daß wir nach den Regeln der Krankenhausfinanzierung vorgehen sollten.

Vorsitzender: Danke schön, Herr Pittrich.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Zur weiteren Fragestellung bitte Herr Kreutz!

Abgeordneter Kreutz (GRÜNE): Herr Dr. Pittrich, ich bitte um Verständnis, daß ich nochmals nachfrage, was denn jetzt die tatsächliche Stellung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe zu dem Thema ist. Vergleicht man die schriftliche Stellungnahme mit der gemeinsamen Resolution der beiden Landschaftsverbände, so ergeben sich in mehreren Kernfragen deutliche Abweichungen der Stellungnahme des LWL von dieser Resolution.

Sie haben sich eingangs Ihrer mündlichen Ausführungen dann allerdings noch einmal ausdrücklich den Darlegungen von Herrn Dr. Fuchs angeschlossen.

Deshalb nochmals meine Nachfrage. Welche dieser verschiedenen Positionen gilt denn jetzt, welche soll Grundlage bei dieser Anhörung sein? Es handelt sich um solche Fragen wie die, ob die Aufteilung der Personal- und Sachkosten im Verhältnis 80 : 20 richtig ist. Sie ist auf der Ebene der schriftlichen Stellungnahmen unterschiedlich beantwortet worden.

Desgleichen die Frage, ob der vorgesehene Aufwendungspauschalbetrag von 122 Millionen DM für 1992 ausreichend ist.

Ebenso unterschiedlich war die Bewertung der Einführung einer Selbstbeteiligung der Maßregelvollzugspatienten an den Unterbringungskosten und der zusätzlichen Verwaltungsaufwendung für die Abrechnung dieser Kostenbeteiligung.

Das sind einige Punkte, bei denen es also deutliche Unterschiede zwischen der schriftlichen Stellungnahme des LWL und der gemeinsamen Resolution der Landschaftsverbände gibt, die ja doch, weil sie die Stellungnahme einer von zwei demokratisch legitimierten Institutionen ist, eigentlich eine hohe Autorität haben sollte.

Des weiteren würde ich gern an die Vertreter beider Landschaftsverbände die Frage richten, wie die Absicherung der Nachsorgeeinrichtungen geregelt werden sollte. Hier gibt es widersprüchliche Äußerungen insofern, als in der Stellungnahme Westfalens die Regelung zur Absicherung der Nachsorge für ausreichend gehalten wird, wogegen der LV Rheinland sich hier eine gesetzliche Ergänzung wünscht, um zu einer ausreichenden Absicherung zu gelangen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Schließlich darf ich noch die Problematik einer möglichen Gleichstellung von Psychiatern, also Ärzten, und Psychologen bei der Erstellung von Gutachten ansprechen. Auch diese Frage wurde von beiden Landschaftsverbänden unterschiedlich beantwortet. Wie wir den schriftlichen Stellungnahmen der anderen Experten entnommen haben, wird eine solche Gleichstellung doch wohl überwiegend positiv beurteilt. Vielleicht können Sie sich dazu noch einmal äußern.

Letzter Punkt eine kleine Frage! Ich habe einer Stellungnahme den Hinweis entnommen, daß es eigentlich sachgerecht wäre, im Bereich des LV Westfalen-Lippe vor allem die schizophrenen Maßregelvollzugspatienten möglicherweise frühzeitiger in die Allgemeinpsychiatrie oder komplementäre Einrichtungen überzuführen und aus der stationären Maßregel herauszunehmen. Meine Frage ist, ob es aus der Sicht des LWL irgendwelche rechtlichen oder anderweitigen Hindernisse gibt, die einer solchen frühzeitigeren Überführung in die Allgemeinpsychiatrie entgegenstehen.

Vorsitzender: Danke schön, Herr Kollege. - Wer möchte zuerst antworten? - Herr Dr. Pittrich!

Dr. Pittrich: Zunächst zu der Pauschalierung, Herr Kreutz! Sie wird der Sache nicht gerecht. Wir haben das diskutiert. Wenn nunmehr also 122 Millionen DM in Rede stehen, dann würde eine Aufteilung einmal, bezogen auf alle im Maßregelvollzug Untergebrachten, den Landschaftsverband Westfalen-Lippe begünstigen, weil er einen hohen Anteil, nämlich von zwischen 10 % und 30 % in den einzelnen Einrichtungen, in andere Einrichtungen, die kostengünstigere Pflegesätze haben, beurlaubt hat. Das hängt also von der Beurlaubungsquote ab. Hierzu hat das Land Rechnungen aufgemacht, von denen der Landschaftsverband Rheinland sich benachteiligt fühlt, weil er kaum Beurlaubungen kennt. Das muß von den Gerichten auch mit nachvollzogen werden. Dort sind tatsächlich alle Patienten auch in den Einrichtungen.

Ich will nicht verhehlen, daß diese Regelung in diesem Gesetz - die im Bundesvergleich einmalig ist -, daß der ärztliche Leiter der Einrichtungen beurlauben kann, sich sehr bewährt und den Einrichtungen auch eine größere Flexibilität gegeben hat. Wir werden also mit dem Aufnahmedruck durch die Gerichte etwas besser fertig als der LV Rheinland. Deshalb müßte das, so meine ich, auch durch eine Kostenregelung entsprechend verstärkt werden. Schlüge nämlich eine Pauschalierung in der Weise durch, daß diejenigen, die beurlaubt sind, ungünstiger finanziert sind als diejenigen, die stationär untergebracht sind, würde das, gewollt oder ungewollt, dazu führen, daß

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

man mehr Menschen stationär unterbringt. Wir halten das aus rechtsstaatlichen wie auch aus therapeutischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten für falsch. Aber wir sind da nicht unabhängig, sondern sind eben von den Gerichten abhängig.

Ich bitte um eines sehr herzlich. Wir sind häufig damit konfrontiert, auch im Verhältnis zum Land, wenn gesagt wird: Es ist ein Gesetz, zwei Landschaftsverbände; es muß sozusagen alles über einen Leisten geschlagen werden. - Wir sind ein großes Land, bevölkerungsmäßig - wenn ich das in Erinnerung rufen darf - etwas größer als die ehemalige DDR, und hier gibt es unterschiedlich gewachsene Strukturen, auch in der psychiatrischen Versorgung und dem Maßregelvollzug. Das ist nicht mit einem Schlag zu ändern. Das Ziel muß definiert sein; dann kann man zu einer gleichmäßigen Entwicklung kommen. Hinsichtlich der Gutachter, der Sachverständigen, der Psychologen haben wir uns eben deshalb so geäußert, daß derjenige, der die Verantwortung hat, auch hierüber mitentscheiden soll. Daher haben wir erklärt: Ein Psychologe kann hinzugezogen werden, wenn der verantwortliche Arzt dies für richtig hält. Im Maßregelvollzug können wir feststellen, daß sich hier gerade der Berufsstand der Psychologen in außergewöhnlicher Weise qualifiziert entwickelt hat. Ich könnte mir heute den Maßregelvollzug ohne Psychologen nicht mehr vorstellen. Insofern spricht auch einiges dafür, dann Ungleichheiten aufzuheben. Aber Leitbild sollte sein, daß derjenige, der die Verantwortung und die fachliche Kompetenz hat, dann auch als Gutachter in Frage kommt. Für mich persönlich will ich hier sagen, daß ich mir das bei einer Reihe von Psychologen durchaus vorstellen kann. Die Gerichte handeln sicher auch bereits so, und sicherlich gibt es auch qualifiziertere psychologische Gutachten als ärztliche Gutachten. Wir müssen auch sehen, daß der Maßregelvollzug hier eben Wissen und Können beinhaltet, was in einer normalen ärztlichen Aus- und Weiterbildung nicht vermittelt wird und auch vom Psychologen natürlich später erst erworben werden muß.

Die frühzeitige Unterbringung schizophrener Patienten im normalen Handlungsbereich stößt heute im wesentlichen auf Schwierigkeiten der Einrichtungen, die die allgemeinpsychiatrische Versorgung sicherzustellen haben, und zwar deshalb, weil diese Patienten eben in Verbindung mit ihrer schizophrenen Erkrankung straffällig geworden sind und es sehr schwierig zu prognostizieren ist, wie in einer auch krankheitsbedingten, krisenhaften Zuspitzung dann die Reaktion sein wird. Insofern unterscheiden sich diese Patienten schon von der normalen Klientel.

Grundsätzlich versuchen wir aber alles zu tun, um diese Risiken, die mit der Kriminalprognose zusammenhängen, kalkulierbar zu machen. Ich muß Ihnen dazu eindeutig sagen, daß es nach unseren Erfahrungen richtig ist, gerade diese Patienten möglichst

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

frühzeitig in diese Bereiche zu tun. Nur, wir brauchen dort eben auch ein therapeutisches Setting, das das auch bewältigen kann.

Die ambulante Versorgung ist etwas, das wir für dringend erforderlich halten. Das mag eine Besonderheit auch für Westfalen-Lippe sein, weil wir ja hier praktisch eine Zentralisierung des Maßregelvollzugs für psychisch kranke Rechtsbrecher in Eickelborn haben. Wir versuchen alles, möglichst frühzeitig diese Patienten nun nicht nur in stationäre psychiatrische Behandlung, sondern auch in Übergangwohnheime und beschütztes Wohnen zu bringen.

Vom Land haben wir bisher nicht die Mittel zugebilligt bekommen, um diese Entwicklungen aktiv zu unterstützen. Wir haben erfreulicherweise die Unterstützung des Bundes erfahren, und es läuft hier ein Modellprogramm in Verbindung mit Herne und Bochum. Ich denke, daß auch das Land die Ergebnisse hier überzeugen werden, die es eben ermöglichen sollen, dann die vorhandenen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen im ambulanten komplementären Bereich auch in dieser schwierigen Klientel der Maßregelvollzugspatienten kompetent umgehen zu lassen.

Ich weiß nicht, Herr Kreutz, ob ich eine Ihrer Fragen noch nicht beantwortet habe.
- Das ist offensichtlich nicht der Fall.

Vorsitzender: Ich danke Ihnen, Herr Dr. Pittrich.

Als nächstem Fragesteller erteile ich Herrn Kollegen Krömer das Wort.

Abgeordneter Krömer (CDU): Die Landtagsfraktion der CDU begrüßt diese Anhörung in besonderer Weise, auch vor dem Hintergrund des Besuchs in Bedburg-Hau. Wenn wir dort teilweise auch von den räumlichen und von anderen Gegebenheiten, die dort vorzufinden waren, sehr negativ überrascht worden sind, im Gegensatz zu ... (unverständlich)

Unsere Fragen gingen, Herr Dr. Fuchs und Herr Dr. Pittrich, in jene Richtung: Welche Auswirkungen auf der derzeitigen Grundlage werden die Entscheidungen bezüglich des Resozialisierungsgedankens haben, der letztlich ein wichtiger Aspekt in Ihrer Arbeit war und ist?

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Die zweite Frage geht dahin, welche Auswirkungen dies möglicherweise auf das Umfeld haben kann.

Dritte Frage: Weil die Personalanzahlzahlen ja immer wieder diskutiert worden sind, sind entsprechend den Richtlinien Vorschläge der Landschaftsverbände gemacht worden. Hier hat man sich auch in Abwandlung der DKG-Systematik auf den ... (unverständlich) bezogen und einiges andere mehr. Die Frage also: Halten Sie diese Richtlinien bezüglich des Personalbesatzes von der Aussage für richtungweisend und richtig, und wo liegen Ihrer Meinung nach hier die Dissonanzen auch zum zuständigen Ministerium?

Vierte Frage! In Beantwortung der hier bereits zitierten Großen Anfrage ist von der Landesregierung, vom zuständigen Ministerium, gesagt worden, daß eine bessere personelle Ausstattung besonders im psychiatrischen Bereich notwendig sei, in Analogie auch zur allgemeinen Psychiatrie ... (unverständlich).

Wenn wir also feststellen, daß wir den Verbesserungsbereich, den Resozialisierungsbereich nur dann vertreten können, wenn der Therapiebereich entsprechend ausgebaut wird und die Fachkräfte gewonnen werden müssen, dann ist unsere Frage: Wird man diesen Ansprüchen gerecht, wird ausreichendes Personal gefunden, und wie ist es vor diesem Hintergrund zu sehen?

Weitere Frage! Im Pflegebereich gibt es differenzierte Vorstellungen. Wir haben das auch in Anfragen zum Teil formuliert. Wie ist es, wenn die Mittel gekürzt werden, noch vorstellbar und umsetzbar, daß bei einer entsprechenden Qualifizierung und Weiterentwicklung diese besonderen berufsspezifischen Erfordernisse in den Einrichtungen ermöglicht werden? Dieses ist, denke ich, von entscheidender fachlicher Bedeutung.

Sodann diese Frage noch: Wäre es vorstellbar, wenn im Bereich der kleinen Investitionen, begrenzt auf 50 000 DM, ausreichend Mittel zur Verfügung ständen, daß auch in Bereichen wie Bedburg-Hau und anderen kurzfristig Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden können?

Vorsitzender: Danke schön. - Herr Dr. Fuchs, bitte sehr!

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Dr. Fuchs: Herr Abgeordneter Krömer, ich darf versuchen, die Fragen in der Reihenfolge, in der Sie sie gestellt haben, zu beantworten.

Welche Auswirkungen hat die im Gesetzentwurf vorgesehene Budgetierung auf die Möglichkeiten der Resozialisierung? Wenn ich das richtig sehe, sind Sie darauf auch in einer späteren Frage zurückgekommen.

Wir sind uns darüber klar, daß das Maßregelvollzugsgesetz - und ich glaube, das ist hier einvernehmliche Meinung - darauf abzielt, diejenigen, bei denen Resozialisierung möglich ist, auch zu resozialisieren, andererseits aber aus Gründen auch der Gewährleistung von Sicherheit für die Bürger allgemein diejenigen, die nicht resozialisierbar sind, in einer Weise zu behandeln und zu betreuen, die dieser Nichtresozialisierbarkeit angemessen ist.

Es ist dann sicher auch ein klares Ziel, die Zahl der Resozialisierbaren durch entsprechende therapeutische Bemühungen weiter zu erhöhen, als das bisher unter den gegebenen Umständen und vor Inkrafttreten des Maßregelvollzugsgesetzes möglich schien.

Das bedeutet, daß man auch neue Wege beschreitet und beschreiten kann, wo bisher, vor einigen Jahren, vor zehn Jahren vielleicht, die Meinung vorherrschte, daß dort nicht mehr viel zu machen sei, um dort bei entsprechend dichter therapeutischer Bemühung also doch noch Resozialisierungsansätze zu finden.

Alles das ist aber natürlich nur dann möglich, wenn die Kette dicht ist, wenn in ihr kein Glied fehlt, wenn wir also innerhalb der Einrichtungen genügend qualifizierte Betreuer, Therapeuten, Pflegekräfte mit entsprechender Qualifikation und auch ausgeweiteter Qualifikation vorhalten können. Ich habe in meinem Vortrag vorhin darauf hingewiesen, daß die von uns als notwendig erachteten Zahlen gerade erst zu einem Satz von 82 %, 83 % erreicht sind, daß also 17 % noch fehlen. Dieses zeigt, daß wir eine optimale Betreuung in diesem Sinne im Moment gar nicht leisten können. Hinzu kommt noch der Druck, der natürlich auch Aggressivität schürt, wenn wir zu dicht belegen müssen, und damit auch therapeutische Bemühungen wieder ein Stück zunichte macht. Wenn wir also dieses alles täten und in angemessener Form therapeutisch innerhalb der Einrichtungen vorgehen könnten, dann würde ich mir vorstellen, daß auch die von Herrn Dr. Pittrich angesprochene etwas unterschiedliche Handhabung der Gerichte sich noch stärker angleiche und daß wir dann mehr Möglichkeiten fänden, auch solche Menschen nach draußen zu geben - in Wohnformen, die nicht mehr innerhalb einer stationären Einrichtung unterbracht sein müßten.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Sie haben das Umfeld angesprochen. Ich meine, wir könnten Umfeld schaffen, wenn wir entsprechend gut therapierte und damit nach menschlichem Ermessen wirklich sicher resozialisierte Menschen dann auch entlassen können. Das setzt aber, wie schon gesagt, auch eine Therapiekette voraus, die sich außerhalb der Einrichtung fortsetzt und deshalb erforderlich macht, daß wir auch außerhalb der Einrichtungen Nachsorge-möglichkeiten finden, die wir in den Maßregelvollzug - jetzt begrifflich! - noch einbeziehen müssen.

Heute ist es so: Sobald jemand draußen ist, ist er bei einem anderen Kostenträger. Er ist auch nicht mehr vom Gesetz als Patient des Maßregelvollzugs erfaßt. Für die Gerichte ist es natürlich relativ schwierig zu sagen: Jetzt geben wir jede Möglichkeit der weiteren Begleitung auf. Dann entscheidet man sich unter Sicherheitsaspekten eher dafür, sie oder ihn drinnen zu lassen.

Die Personalanhaltszahlen - Sie haben sie in Ihrer zweiten Frage angesprochen -, die wir, Westfalen und Rheinland, dem Ministerium gemeinsam vorgelegt haben, waren auf den Anhaltszahlen der DKG aufgebaut. Dies ist nicht konsensfähig gewesen. Daran mögen Sie, Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, auch erkennen, daß wir wirklich nicht unkooperativ sind. Wir haben erklärt: Wenn dies nicht möglich ist und wir damit nicht so weiterkommen, dann wollen wir aber in der Sache neue Lösungen suchen. Deshalb haben wir uns erneut zusammengesetzt. Jetzt sind wir dabei - ich habe das vorhin ausgeführt -, dem Land kurzfristig eine Berechnungsmöglichkeit vorzulegen, die sich an der PsychPV orientiert.

Sie mögen aber bitte auch immer wieder berücksichtigen, daß die dort tätigen Menschen ja nicht nur etwas zu tun haben, was eine Betreuung psychisch Kranker anbelangt. Sie haben ebenfalls darauf zu achten, daß die Sicherheit gewährleistet ist, haben ferner darauf Rücksicht zu nehmen, daß es sich um ganz schwierige Personenkreise handelt. Herr Dr. Pittrich hat vorhin darauf hingewiesen.

Wenn wir das alles in eine von uns einvernehmlich dem Land vorgelegte Berechnung einbringen könnten, dann müßte es nach unserer Meinung möglich sein, über eine Vereinbarung mit dem Land, vielleicht über die Anlehnung an die Bundespflegesatzverordnung, eine einvernehmliche Lösung auch mit dem Land zu finden, die dessen Interessen einigermaßen einbezieht.

Weiter haben Sie gefragt: Wird die Therapie dem gerecht? - Ich meine, das hätte ich schon beantwortet.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Weiter: Aber finden wir Personal? Ich muß dazu sagen: im Rheinland bislang noch ja. Es ist nicht ganz einfach. Die Tendenz ist eher kritisch zu betrachten. Aber gerade in diesem therapeutischen Bereich haben wir bisher das erforderliche Personal finden können. Vorfälle wie die, die ich eingangs geschildert habe, sind natürlich nicht dazu angetan, diese Tätigkeiten attraktiver zu machen, wenn deutlich wird, daß es eine lebensbedrohende Tätigkeit sein wird. Das ist ganz klar. Aber bislang kann ich die Frage nur so beantworten.

Wenn Sie dann fragen, ob bei einer Kürzung noch Qualifizierung möglich sein wird, so kann ich hier nur von dem vorliegenden Gesetzentwurf ausgehen. Er bedeutet für uns eine deutliche Kürzung. Damit kann ich das nur mit Nein beantworten. Das wird jedenfalls nicht in dem erforderlichen Maße möglich sein. Dann kommen alle die Konsequenzen zum Vorschein, die sowohl die fachliche Seite betreffen, die Einwirkungen auf die uns überwiesenen und zur Betreuung anvertrauten Patienten, die Sicherheitsbedürfnisse, die natürlich dann auch kritischer gesehen werden müssen. Wenn nicht richtig und nicht genügend therapiert wird, bleibt ja ein aggressiver Bodensatz in diesen Menschen erhalten, der nicht hinreichend aufgelöst wird.

Alles das hat dann Wirkungen, die sich wie ein Dominoeffekt darstellen. Tun wir dort nicht genug, dann sind die Folgewirkungen in viele Richtungen negativ für die ... (unverständlich)

Vorsitzender: Danke schön. - Als nächster Herr Kollege Dreyer!

Abgeordneter Dreyer (CDU): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich gehe bei meiner Fragestellung davon aus, daß Maßregelvollzug eine Aufgabe des Landes ist, die die Landschaftsverbände für das Land wahrnehmen und die dann auch vom Land entsprechend honoriert werden muß. Das haben wir in diesem Ausschuß auch mehrfach zum Ausdruck gebracht.

Dies hindert aber nicht daran, darüber nachzudenken, auf welche Weise man diese Kostenerstattung vernünftig vornimmt. Ich fand den Hinweis, das in Analogie zur Krankenhausfinanzierung zu tun, ganz interessant. Dazu habe ich nur noch zwei Fragen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Die erste Frage! Wir gehen ja bei der Krankenhausfinanzierung von der Dualität aus. Für die Investitionen ist das Land zuständig, für die Kosten der Pflege und für den Betrieb des Hauses sind es die Krankenkassen, d. h. also die Patienten bzw. ihre Kassen.

Nun haben wir hier aber die Situation, daß es eigentlich keinen Dualismus gibt, sondern das Land ist für beide Dinge zuständig.

Da böte sich ja eigentlich die gute Chance, das, was ja gesundheitspolitisch schon mehrfach erörtert worden ist, ob man nicht eigentlich die duale Finanzierung abschaffen müßte, die nun nicht gerade zur Wirtschaftlichkeit beiträgt. Jeder guckt auf seinen Geldbeutel, und im Ergebnis wird es teurer, als wäre einer zuständig. Dies ist jedenfalls meine Auffassung. Hier böte sich also doch die Gelegenheit, auf diesem Wege nachzuweisen, daß das auch wirklich das Ergebnis sein muß.

Wäre es da nicht zweckmäßig, wirklich von fallbezogenen Pflegesätzen auszugehen? Das Land wäre ja Verhandlungspartner und säße mit am Tisch. Dies wäre doch im Grunde eine sehr gute Möglichkeit, so als Abfallprodukt gewissermaßen den Nachweis zu erbringen, was auf diesem Wege leistbar ist. Sie würden nie in der Situation sein, daß die Kommunen zahlen müssen, wie das beim Straßenbau und in vielen anderen Bereichen heute schon der Fall ist. Es könnte auch ein Modell für die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung sein.

Vorsitzender: Dazu bitte Herr Fuchs!

Dr. Fuchs: Herr Abgeordneter Dreyer, das ist in der Tat unsere Vorstellung, die ich mit diesem Vorschlag verbinden wollte: daß wir über die Bundespflegesatzverordnung zu differenzierten Pflegesätzen kommen, die den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort - und die sind nun einmal unterschiedlich, sind auch in Krankenhäusern, in somatischen usw. überall unterschiedlich - und damit auch eine gerechte, fallbezogene, einrichtungsbezogene Vergütung erhalten. Daß man sicher über Investitionspauschalierungen sprechen kann, wie es auch die Bundespflegesatzverordnung vorsieht, daß man aber vor allen Dingen auch die Ausgleichsmechanismen, die dort vorgesehen sind, wonach man also im folgenden Jahr bestimmte Veränderungen entsprechend aufnimmt und Ausgleich schafft! Die Auffassung, daß man in Anlehnung an diese Mechanismen durchaus etwas machen kann, scheint uns vertretbar.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Vielleicht kann aber Herr Dr. Pittrich ebenfalls etwas dazu sagen, weil ich schon Wert darauf lege, daß wir das im Zusammenhang, beide Landschaftsverbände, hier deutlich machen, wie wir zu einem Ergebnis kommen zu können glauben.

Vorsitzender: Bitte, Herr Dr. Pittrich!

Dr. Pittrich: Grundsätzlich ja! Aber Sie könnten noch ergänzen, daß es nicht nur der Dualismus der Investitions/Betriebskosten ist. Wir haben in der normalen Krankenversorgung ja auch noch die strikte Trennung von ambulant und stationär. Insofern sehe ich da unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten schon heute eine vernünftige Lösung.

Aber wenn Sie Fallpauschalen ansprechen

(Abgeordneter Dreyer [CDU]: Nicht Fallpauschalen! Differenzierte Pflegesätze!)

- differenzierte Pflegesätze! -, dann müßte aber eben auch klar sein, um welche Gruppen von Patienten, die wir von den Gerichten bekommen, es sich handelt. Das eben ist Voraussetzung.

Diese Aufgabe der Definition und Abgrenzung müßte dann in ein Verfahren analog zur Personalverordnung gebunden werden. Aber ansonsten stimme ich Ihnen zu.

Vorsitzender: Danke schön. - Herr Gregull!

Abgeordneter Gregull (CDU): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich sehe natürlich auch einen Zusammenhang zwischen den baulichen Voraussetzungen und den Möglichkeiten der Resozialisierung, insbesondere auch im Hinblick auf die Gewinnung von Fachpersonal, von Pflegepersonal auf Dauer.

Nun ist unter II 2 des Katalogs angefragt, wie denn die Weiterführung der baulichen Voraussetzungen in den Landeskliniken, im Rheinland ja Bedburg-Hau, Viersen, Langenfeld, für notwendig angesehen wird. Das wird von Ihnen, Herr Dr. Fuchs, bejaht. Ich darf dazu fragen, welche Ausbauplanungen mittelfristig in diesem Bereich

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

bestehen. Die gleiche Frage hätte ich auch gern von Ihnen, Herr Dr. Pittrich, für Westfalen beantwortet.

Vorsitzender: Bitte, Herr Dr. Fuchs!

Dr. Fuchs: Da darf ich darum bitten, Herrn Kukla diese Frage beantworten zu lassen.

Vorsitzender: Selbstverständlich, gerne! Bitte, Herr Kukla!

Kukla (Landschaftsverband Rheinland): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Wir können unterscheiden zwischen relativ kurzfristig zu realisierenden Maßnahmen - darüber sind wir mit den beiden Ministerien, sowohl dem MAGS wie auch dem Justizministerium im Gespräch -, die uns wenigstens helfen, in einem überschaubaren Zeitrahmen aus dem unglaublichen Aufnahmedruck, dem wir zur Zeit unterliegen, herauszukommen, nämlich sowohl dem Druck der Gerichte wie auch dem Druck der dahinterstehenden Warteliste. Dazu gibt es ganz konkrete Ansätze etwa in Bedburg-Hau, in Viersen, aber auch durch Entlastungen im Rahmen einer Wohngruppe in Düren. Darüber stehen wir in Verhandlungen.

Wir haben aber immer wieder erklärt: Wir werden sowohl in Langenfeld wie auch in Viersen, aber auch in Bedburg-Hau ohne etwas durchgreifendere Neubaumaßnahmen nicht zu Rande kommen. Für Viersen gibt es eine Neubauplanung, bei der sich nach dem Raumprogramm und dem, was vorliegt, abzeichnet, daß sie nach heutiger Schätzung ein Volumen von etwa 50 Patienten einschließt, für die man dort neu bauen würde. Damit würde die übrige Bausubstanz beibehalten. Das würde ein Volumen von rund 15 Millionen DM ausmachen. In Langenfeld handelt es sich um ähnliche Größenordnungen. In Bedburg-Hau ist ganz dringlich, auch durch eine Neubauplanung das feste Haus, das in seiner heutigen räumlichen Situation völlig unzutraglich ist, im Grunde zu entlasten. Dort stellen wir uns einen Anbau vor, der die Unterbringung der Patienten sicherstellt. Dann könnte man - das ist eine zur Zeit bestehende Planung - die vorhandenen Flächen als Funktionsflächen nutzen. Dafür sind sie vielleicht gerade noch gut.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992

mü

Vorsitzender: Jetzt bitte Herr Dr. Pittrich!

Dr. Pittrich: Wir haben ein Bauprogramm - ich hatte es genannt - in Eickelborn von knapp 30 Millionen DM, das etwa zehn Jahre läuft. Es soll 1995/96, wahrscheinlich auch noch ein Jahr später, beendet sein.

Wir haben einen weiteren Bedarf im Bereich der drogenabhängigen Straftäter für 54 Plätze. Das wollen wir allerdings gemeinsam mit einem freien Träger unternehmen, um dann sozusagen in einem Verbund möglichst frühzeitig die Patienten in einen normalen therapeutischen Bezug zu bringen. Dieses Programm haben wir dem Land vorgelegt. Die Kosten sind sehr schwer zu schätzen, weil wir im Augenblick noch nicht den entsprechenden Partner haben finden können. Natürlich werden wir versuchen, auch Altbausubstanz mitzuverwenden. Aber Investitionsbedarf ist in diesem Bereich gegeben.

Vorsitzender: Herr Kollege Arentz!

Abgeordneter Arentz (CDU): Eine Frage an Herrn Dr. Fuchs! Sie haben dargelegt, daß nach den Berechnungen der Landschaftsverbände eigentlich 17 % oder 18 % therapeutische Mitarbeiter - 100 Personen - fehlen, daß das Land aber diese Berechnung nicht anerkannt hat - ich nehme an, aus Kostengründen, nicht aus fachlichen Gründen - und daß Sie jetzt sozusagen als vermittelnden Vorschlag erklärt haben: Gut, dann gehen wir eben auf das, was die Bundesregierung in der neuen Personalverordnung Psychiatrie als Maßstab festgesetzt hat. - Wie groß wäre der Fehlbestand, wenn wir den Maßstab der Personalverordnung Psychiatrie zugrunde legen? Ich frage sowohl den Landschaftsverband Rheinland wie den Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Wäre das Defizit wesentlich kleiner als 17 %, oder wäre es dann letztlich auch wieder von gleicher Größenordnung, wie das nach Ihren eigenen Berechnungen der Fall ist?

Zweite Frage! Sie haben den Aufnahmedruck betont. Falls ich die Unterlagen richtig verstanden habe, dann ist es ja so, daß beim LVR allein auf 425 Plätzen 476 Personen untergebracht sind. Wir waren wohl alle bei unserem Besuch betroffen, als wir jenes Vierbettzimmer sahen, das sich gerade im Stadium der Umwandlung in ein Fünfbettzimmer befand, und dies nicht durch Vergrößerung des Raums, sondern durch Zusammenrücken der Leute. Dazu zusätzlich dann noch eine Warteliste mit 78 Perso-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

nen! Das macht also, wenn ich richtig rechne, nach Adam Riese 129 Nichtuntergebrachte bei 425 Plätzen. Das bedeutet ein Defizit an Plätzen von 30 %. Ist das die Situation in beiden Landschaftsverbänden?

Und was geschieht eigentlich mit den Leuten, die auf der Warteliste stehen? Wo sind sie denn zur Zeit zu wessen Lasten untergebracht? Sie werden ja nicht frei durch die Wildbahn laufen, sondern werden irgendwo untergebracht sein, und dort werden auch Kosten verursacht werden, hinter denen möglicherweise kein therapeutischer Nutzen in dieser Zeit entsteht. Also meine Frage: Was ist mit ihnen?

Die nächste Frage! Herr Dr. Fuchs hat ausgeführt, und dem müssen wir, so finde ich, als Parlament eigentlich einmal nachforschen, daß das, was das Maßregelvollzugsgesetz als Bedingungen im Grunde für das Jahr 1990 an Anforderungen festlegt, nicht nur heute noch nicht erreicht ist, sondern nach Ihrer Einschätzung erst in zehn Jahren, wenn überhaupt, erreicht sein wird. Das können wir als Parlament eigentlich nicht so unkommentiert hinnehmen, daß nämlich das, was per Gesetz festgelegt ist, in der Realisierung noch zehn Jahre auf sich warten läßt. Deswegen folgende Frage: Ich nehme an, daß die Landschaftsverbände in diesen Punkten bei der Landesregierung vorstellig geworden sind. Wie hat diese denn darauf reagiert? Sie kann ja wohl nicht erklärt haben: Na gut, wir können nicht ändern, daß das Gesetz nicht erfüllt wird. - Was also hat die Landesregierung auf dieses Vorbringen erwidert?

Dann zwei Fragen, die sich auf das beziehen, was Herr Dr. Pittrich ausgeführt hat!

Einmal haben Sie gesagt - ich fand das sehr nachvollziehbar -: Wenn wir keine klaren Regelungen haben, dann werden die qualifizierten Kräfte anderswohin - ich nehme an, Sie meinen, in die allgemeine Psychiatrie und nicht in den Maßregelvollzug, gehen. Ich füge dem als persönliche Anmerkung hinzu: Nachdem wir Bedburg-Hau gesehen haben, wundere ich mich, daß es immer noch Menschen gibt, die überhaupt bereit sind, dort hinzugehen und da zu arbeiten. Die Bereitschaft, dort tätig zu sein, kann man im Grunde ja gar nicht mit Geld gutmachen.

Wie stellt denn die Nachwuchssituation sich insgesamt dar, und zwar in beiden Landschaftsverbänden, in bezug darauf, was die Gewinnung von qualifiziertem Personal angeht, und wie ist die Verweildauer von Personal in Ihren Einrichtungen? Haben Sie eine hohe Fluktuation oder gibt es noch eine relativ große Kontinuität, die wahrscheinlich, um Behandlungserfolge zu erreichen, im Interesse der Klienten, der Patienten wohl notwendig wäre?

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Die letzte Frage an Herrn Dr. Pittrich; aber vielleicht kann Herr Dr. Fuchs auch etwas darauf antworten: Sie haben ja einen relativ brutalen oder offenherzigen Ab- binder für Ihre Ausführungen gewählt, nämlich die Ankündigung, daß die Land- schaftsammlung über alle Fraktionen hinweg erklären wird: Wenn das so kommt, wie das Land das jetzt will, dann geben wir die Aufgabe an das Land zurück.

Welche Auswirkungen, glauben Sie, hätte eine Diskussion in den kommunalen Parlamenten, auch in die Öffentlichkeit hinein, wenn eben in der Öffentlichkeit darüber diskutiert wird, daß die Kreisumlage erhöht werden muß, weil das Land seinen Verpflichtungen hier nicht nachkommt, und wir ja wahrscheinlich weder bei der Sicherungsverwahrung noch bei der heute bereits unbefriedigenden therapeuti- schen Ausstattung sparen können, wenn also in den kommunalen Parlamenten darüber zu diskutieren sein wird, daß die Abgaben erhöht werden müssen, um psychisch kranke Rechtsbrecher besser zu betreuen? Ich glaube, bei der defizitären - -

Vorsitzender: Herr Kollege Arentz, können wir uns bitte auf den alten Stil der Anhörung beschränken, indem hier Fragen gestellt werden, kurz, knapp und präzise, und in gleicher Weise die Beantwortung erfolgt! Jede Art der weitergehenden Aus- führungen - -

(Abgeordneter Arentz [CDU]: Herr Vorsitzender, ich bemühe mich darum.)

- Gelingt Ihnen nicht so ganz, Herr Kollege.

(Zurufe - Heiterkeit)

Abgeordneter Arentz (CDU): Trotzdem die Frage: Welche Auswirkungen hat das Ihrer Meinung nach auf den Maßregelvollzug und seine Akzeptanz in der Öffentlich- keit?

Vorsitzender: So, ich bitte jetzt auch im Hinblick auf die vorgerückte Zeit um kurze, knappe und auf den Gesetzentwurf bezogene Beantwortung. - Bitte schön, Herr Dr. Fuchs!

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Dr. Fuchs: Herr Abgeordneter Arentz, Sie haben gefragt, wie sich das Defizit darstellen würde, wenn wir die PsychPV anwendeten.

Wir haben keine verlässliche Schätzung darüber, wie es dann aussähe, müssen aber davon ausgehen, daß ein sehr großer Unterschied zu dem, was wir jetzt haben, nicht eintritt. Wir haben jetzt 17 %. Ob es dann 15 % oder 14 % oder vielleicht gar 18 % oder 19 % sein werden, läßt sich im Augenblick nicht so aus der Hand beantworten. Aber die Tendenz: Es wird sich da nichts wesentlich ändern.

Unterbringung der auf den Wartelisten vermerkten Personen! Die wesentliche Zahl der dort Wartenden sitzt derzeit in Justizvollzugsanstalten und wird dort natürlich nicht angemessen betreut, therapiert, resozialisiert.

Dann haben Sie gesagt: Zehn Jahre Bauprogramm! Das ist in der Tat, wenn wir die räumlichen Verhältnisse nachhaltig verändern wollen, eine solche Größenordnung. Selbst das Programm in Westfalen, das genannt wurde, das schon in der Umsetzung ist, wird dann vielleicht für 1996, 1997 oder 1998 endgültig abgeschlossen sein. Bei uns ist in der Richtung noch gar nichts konkret auf die Schiene gesetzt.

Finanziell! Es hat auch keinen Zweck, große Planungen zu betreiben, wenn wir hören, daß wir in absehbarer Zeit nicht mit Geld rechnen können. Das bedeutet also, daß dieser Zehn-Jahre-Horizont sicher kein irrealer ist.

Die Nachwuchssituation! Ich habe vorhin schon gesagt, daß wir noch einigermaßen hinkommen. Aber wenn ich gerade bei den Pflegekräften sehe, wie unsere Schulen angenommen werden - nämlich nicht mehr so gut, daß wir auch dort Klassen nicht gefüllt bekommen -, dann wird bei der Auswahlmöglichkeit für Pflegekräfte, die sich künftig werden aussuchen können, in welche Richtung sie ihre endgültigen beruflichen und arbeitsplatzbezogenen Entscheidungen lenken, es natürlich nicht ganz leicht sein, diesen Menschen klarzumachen, daß ein besonders bevorzugter Arbeitsplatz der in der Forensischen Psychiatrie sei.

Schließlich die Fluktuation! Wir haben bislang bei diesen dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Fluktuation, die nicht wesentlich von der in der allgemeinen Psychiatrie abweicht. Ich habe aber die Besorgnis, daß durch die Vorgänge, die wir eben auch angesprochen haben, sicher ein solches Klima aufkommen kann, und ich kann nicht verhehlen - Herr Dr. Pittrich hat es vorhin ebenfalls gesagt -, auch durch eine derartige Diskussion um Geld, wie wir sie leider jetzt führen müssen, eine Situation aufkommen kann, die diese Fluktuation verschärft.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Vorsitzender: Danke schön. - Herr Dr. Pittrich nun bitte!

Dr. Pittrich: Ein wesentlicher Anreiz für die Gewinnung von Personal insbesondere im Pflegedienst ist die Fortbildung. Wir haben eine zweijährige berufsbegleitende sozialtherapeutische Fortbildung eingeführt. Dies hat auch dazu geführt, daß hier eine größere Haltekraft entwickelt worden ist. Ich muß nur sagen, daß angesichts der Absichten des Landes, die Kostenbegrenzung verstärkt zu vollziehen, diese sozialtherapeutische Ausbildung vom Land nicht ausdrücklich anerkannt und gefördert werden kann. Das halte ich für ein ganz riesiges Problem.

Das zweite: Wir haben im Augenblick vier Arztstellen und acht Pflegerstellen in unserem Forensischen Zentrum in Lippstadt-Eickelborn nicht besetzt. Es werden aber allein 27 Stellen durch Überstunden abgegolten. Das bedeutet eine Höherbelastung des einzelnen, damit zugleich weniger Spielraum auch für die notwendigen Fortbildungsmaßnahmen.

Die Akzeptanz der Gemeinden war groß. Sie werden sich, wenn Sie sich in der Bundesrepublik umsehen und dort Maßregelvollzug in staatlicher Trägerschaft erleben, die Unterschiede erfahren. Ich sage einmal für Lippstadt-Eickelborn: Wenn die Landrätin des Kreises Soest das zu ihrem Thema macht und den Bürgern zur Verfügung steht, im Sinne der Einrichtung, dann erleben Sie das auf staatlicher Ebene nicht, diese Kommunikation mit den Bürgern. Aber natürlich braucht die politische Vertretung die Sicherheit, daß dann auch für die Sicherheit der Bürger und für die Therapie alles getan wird. Sie erlebt dann eben, daß sie im Hause einerseits hört: Wir können mit den Patienten keine Freigänge mehr machen, was zur Folge hat, daß der Binnendruck wächst und Angriffe gegen das Personal erfolgen. Umgekehrt können wir in der ganzen Situation nachweisen, daß mit der Personalverbesserung ein drastischer Rückgang der Entweichungen und der damit verbundenen Straftaten einherging. Die meisten Patienten sind auch freiwillig wieder zurückgekommen. Dies war früher nicht der Fall. In dem Augenblick, wo sich die personelle Situation auch für die Bevölkerung erkennbar verändert, wird es also zu einem Rückfall in der Akzeptanz kommen, und alles geht wieder kaputt.

Deshalb möchte ich nochmals unterstreichen, was ich eingangs gesagt habe. Wir stehen als kommunale Selbstverwaltung zu dieser schwierigen Aufgabe, um die sich sonst selten jemand in der Politik reißt. Aber die Rahmenbedingungen müssen klar

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

sein. Deshalb ist der Beschluß in der Landschaftsversammlung so eindeutig, dann zu erklären: Wir geben das zurück!

Es geht auch etwas um die Klarheit, geht nicht nur darum, daß wir ein fortschrittliches Gesetz machen, der Gesetzgeber aber diejenigen, die es ausführen, nicht in die Lage versetzt, es auch umzusetzen, und alles, was damit in Verbindung steht, denjenigen anzulasten. Das ist der Knackpunkt, und da müssen wir für unsere Mitarbeiter und für die Patienten Klarheit haben.

Vorsitzender: Herr Kreutz, bitte!

Abgeordneter Kreutz (GRÜNE): Zunächst eine Rückfrage an Sie, Herr Dr. Pittrich! Sie haben vorhin bei der Beantwortung der Frage nach den Gutachtern darauf abgehoben, daß der Leiter der Einrichtung kraft seiner Verantwortung und Kompetenz der Gutachter sein sollte. Halten Sie es denn für ausgeschlossen, daß in Zukunft auch zum Beispiel Psychologen, nicht zuletzt angesichts ihrer wachsenden Bedeutung in diesem Bereich, Leiter einer Einrichtung werden könnten? Aber bei der jetzigen Formulierung des Gesetzentwurfs würden sie, weil sie nicht Arzt sind, nicht sozusagen erste Gutachter werden.

Eine zweite Frage an Herrn Dr. Fuchs! Im letzten Absatz der schriftlichen Stellungnahme des LV Rheinland wird auf ein dringliches Novellierungserfordernis hingewiesen, nämlich Klarheit zu schaffen bezüglich Patientengruppen, die nach den §§ 81, 126 a, 453 c StPO in Einrichtungen aufgenommen werden. Es findet sich dort der weitere Hinweis, daß in einer früheren Fassung des Gesetzentwurfs hier eine klarstellende Regelung enthalten war, die mittlerweile zurückgenommen worden ist.

Weil ich nicht nur juristischer Laie bin, sondern auch den vorhergehenden Entwurf nicht kenne, würde ich Sie erstens darum bitten, zu erläutern, um welches Problem es hier geht, und zweitens vielleicht aus Ihrer Sicht unter Bezugnahme auf den damaligen Entwurf zu schildern, wie eine Lösung dieses Problems in Ihrem Sinne aussehen könnte.

Vorsitzender: Danke schön. - Dazu bitte Herr Dr. Fuchs!

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Dr. Fuchs: Worum es da geht, ist kurz gesagt die Problematik der Untersuchungshäftlinge, die aber entweder klar als nichtschuldfähig erkennbar sind oder bei denen im Rahmen einer Begutachtung in einer unserer Einrichtungen geprüft wird - es handelt sich um § 81 StPO -, ob ihre Schuldfähigkeit besteht. Das ist dann natürlich auch beim Jugendgerichtsgesetz entsprechend anzuwenden. Es ist also der Personenkreis vor der Verurteilung zu einer Maßregel der Sicherung.

Bisher ist immer umstritten gewesen, wohin dieser Personenkreis gehört - ob er in den Bereich des Arbeits- und Sozialministers oder in den des Justizministers gehört. Nach wohl langen Diskussionen innerhalb der Landesregierung hat es dann einen Kabinettsbeschluß gegeben, der uns die bis dahin bestrittenen Kosten zunächst einmal als vom Land zu erstattend zubilligt. Aber wir sagen - und das war auch Ziel dieses Entwurfs in seiner ersten Fassung -, das sollte auch für diesen Personenkreis klargestellt werden, denn dann gibt es nicht mehr Ressortstreitigkeiten oder Streitigkeiten zwischen den Ressorts und uns. Deshalb haben wir uns gewundert, daß in dem endgültigen Kabinettsentwurf diese Formulierung, diese Regelung nicht mehr enthalten ist. Wir halten sie nach wie vor für absolut notwendig und meinen, daß es auch keine Schwierigkeiten bereiten dürfte, diese Vorschrift wieder in den Gesetzentwurf einzufügen und dadurch Klarheit darüber zu schaffen, wer wofür wie zuständig ist.

Vorsitzender: Jetzt bitte Herr Dr. Pittrich!

Dr. Pittrich: Ich denke, daß es richtig ist, daß es eine ärztliche Leitung gibt, Herr Kreuz. Das will ich aber insofern relativieren, als ich sage: Es kommt auf die Kompetenz, kommt auf die spezifischen Aufgaben, die zu erfüllen sind, an. Also, der Leiter einer Einrichtung sollte Arzt sein.

Ich könnte mir jedoch durchaus vorstellen, daß eben manche Abteilungen oder Bereiche einer solchen Forensischen Klinik zum Beispiel durch einen Psychologen oder auch einen Pädagogen geleitet werden. Das muß man dann eben von der sich entwickelnden Kompetenz abhängig machen.

Vorsitzender: Als letzte Fragestellerin nun bitte Frau Kollegin Morawietz!

Abgeordnete Morawietz (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Kukla.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Herr Kukla, Sie sprachen von Neubau oder Anbau in Viersen, Langenfeld und Bedburg-Hau, und Herr Dr. Fuchs hat von einem Zehn-Jahre-Rahmen gesprochen. Meint er auch diese Art Neubauten? Ich hätte gern etwas darüber gehört, in welchem Zeitraum man damit rechnen kann; denn wir haben ja nicht nur die psychisch Kranken, die unter den Maßregelvollzug fallen, sondern leider in zunehmendem Maße auch diejenigen psychisch Kranken, die es erst werden in den Anstalten. Das muß man ja auch im Hinterkopf behalten.

Vorsitzender: Also, ich will diese Beantwortung zulassen. An sich ist dies nicht Bestandteil des Gesetzentwurfs. Hierin gibt es natürlich regionale Interessen.

(Zurufe - Heiterkeit)

Deshalb bitte ich - ich will jetzt auch das Klima nicht zerstören - um eine kurze und knappe Beantwortung.

(Abgeordnete Morawietz [SPD]: Herr Vorsitzender, der erste Teil ist aber garantiert hier zugelassen.)

- Ja, natürlich!

(Heiterkeit)

Kukla: Frau Morawietz, nehmen Sie bitte die zehn Jahre nicht als einen exakt zu definierenden Zeitraum, sondern als einen Hinweis darauf, daß auch nach allen bisherigen Erfahrungen solche Neubauvorhaben über die Planungs-, Bau- und Inbetriebnahmephase einfach nur längerfristig zu sehen und zu realisieren sind! Wir haben das in Düren ja mit einem Neubau praktiziert und haben von daher natürlich die Erfahrung, daß sich so etwas eine ganze Weile hinstreckt. Wir sind uns bewußt, daß wir ein Düren jetzt nicht nach Viersen oder Langenfeld setzen können. Insofern werden es sicherlich Neubaumaßnahmen unterhalb sozusagen des Volumens von Düren sein müssen. Aber auch diese werden Zeit brauchen.

Vorsitzender: Damit, meine Damen und Herren, wäre dieser Block abgeschlossen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Als nächsten Sachverständigen rufe ich Herrn Prof. Dr. Leygraf, Ordinarius für Forensische Psychiatrie an der Universität Gesamthochschule Essen auf. Seine schriftliche Stellungnahme liegt als Zuschrift 11/1235 bereits vor. Ich erteile Ihnen das Wort, Herr Professor.

Prof. Dr. Leygraf (Universität Gesamthochschule Essen): Vielen Dank! Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Angesichts des vorgesehenen Zeitrahmens will ich auch gar nicht erst den Versuch starten, nun auf alle Punkte des Fragenkatalogs im einzelnen einzugehen. Zu vielem ist schon etwas gesagt worden. Soweit ich aus forensisch-psychiatrischer Sicht dazu Stellung nehmen kann, habe ich das in meiner schriftlichen Antwort ja auch bereits getan. Daher will ich mich auf einige mir wesentlich erscheinende Punkte beschränken.

Etwas näher möchte ich aber zunächst auf die Personengruppe, die sich im Maßregelvollzug befindet, eingehen; denn die Fragen nach personellen oder konzeptionellen Erfordernissen lassen sich meines Erachtens nur dann beantworten, wenn man gleichzeitig auch vor Augen hat, um welch hochselektive und mit vielfältigen Problemen behaftete Patienten Klientel es sich hier eigentlich handelt.

Schließlich unterscheiden sich Patienten im Maßregelvollzug von den üblichen Patienten allgemeinspsychiatrischer Krankenhäuser keineswegs allein dadurch, daß sie nun, etwa mehr oder weniger zufällig im Rahmen ihrer Erkrankung, auch straffällig geworden wären. Vielmehr weisen sie eine Reihe von Besonderheiten auf, die vor allem für die therapeutischen und rehabilitativen Erfordernisse von ganz entscheidender Bedeutung sind.

So ist eine psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne bei weniger als 50 % der nach § 63 untergebrachten Patienten festzustellen. Bei den übrigen Patienten liegt dagegen eine Persönlichkeitsstörung vor, und diese wird vielfach noch durch eine intellektuelle Minderbegabung kompliziert, was zumindest zu einer gewissen Einengung der therapeutischen Möglichkeiten führt.

Bei rund einem Drittel der Patienten besteht neben der eigentlichen psychiatrischen Erkrankung oder Störung noch eine zusätzliche Suchtproblematik, zumeist in Form eines langfristigen Alkoholmißbrauchs.

Weniger als die Hälfte der Patienten hat einen Schulabschluß, und nur jeder vierte eine Berufsausbildung.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Etwa jeder dritte Patient verbrachte seine Kindheit und seine Jugendzeit in einem Heim, und in etwa 40 % der Fälle waren der Unterbringung bereits vielfältige und zum Teil langfristige Haftverbüßungen vorangegangen, was in der Regel zu einer subkulturell geprägten und therapiefindlichen Grundeinstellung geführt hat.

Ich betone dieses alles deswegen, weil sich darin ein großer Teil der speziellen Schwierigkeiten eben widerspiegelt, mit denen die Behandlung im Maßregelvollzug konfrontiert ist. Denn abgesehen von der grundsätzlich bereits problematischen Doppelfunktion von Sicherung und Behandlung stellen diese Patienten eben eine ausgesprochen schwierige und belastende therapeutische Aufgabe dar.

Aus diesem Grunde hat die Psychiatrie sich dieser Aufgabe ja auch lange Zeit gar nicht gestellt. So hat es bis zum Beginn der 80er Jahre kaum Versuche gegeben, den Maßregelvollzug als eine therapeutisch orientierte Einrichtung zu gestalten. Statt zumeist eine Art Verwahrvollzug unter vielfach menschenunwürdigen Bedingungen. In den letzten Jahren sind zweifellos schon ganz erhebliche Verbesserungen erfolgt, insbesondere auch hier in Nordrhein-Westfalen.

Nur darf man beispielsweise, wenn man die aktuelle Kostenentwicklung und den weiteren Investitionsbedarf betrachtet, das eben nicht isoliert tun, sondern muß dabei gleichzeitig stets auch im Auge behalten, von welchem Punkt, von welchen Altlasten her diese Entwicklung in den letzten Jahren eigentlich in Gang gekommen ist.

Da man auch künftig an den ja doch sehr therapeutisch-rehabilitativ orientierten Grundgedanken des Maßregelvollzugsgesetzes hier in Nordrhein-Westfalen weiter festhalten will - es sind sicher im baulich-investiven Bereich noch weitere Verbesserungen erforderlich -, so besteht offenbar doch glücklicherweise Konsens darüber, daß die Unterbringungsbedingungen im festen Haus in Bedburg-Hau schlichtweg nur als inhuman bezeichnet werden können. Ich glaube, wenn man dieses Haus einmal von innen gesehen hat, dann wird man kaum mehr auf den Gedanken kommen, daß dort etwa ein psychotherapeutischer oder sonstiger therapeutischer Umgang mit den Patienten möglich wäre.

Nicht ganz so dramatisch, aber mit Sicherheit ebenfalls dringend verbesserungsbedürftig wäre der Aufnahme- und Diagnostikbereich in Lippstadt-Eickelborn. Gleiches gilt meines Erachtens auch für die Häuser 13 und 14 in Langenfeld, die ganz gewiß nicht mit den Mindestanforderungen, wie sie im Maßregelvollzugsgesetz nun einmal vorgegeben sind, in Einklang gebracht werden können. Vor allem kann man

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992

mü

meines Erachtens nicht mehr hinnehmen, daß dort Patienten zumeist über viele Jahre hinweg in Vier- bis Sechsbettzimmern untergebracht sind.

Im übrigen aber sollte man, wenn nur bauliche Veränderungen in Angriff genommen werden, direkt darauf achten, daß man künftig möglichst überschaubare Behandlungseinheiten oder Wohngruppen für jeweils rund acht bis zehn Patienten schafft und nicht Stationen für etwa 24 Patienten, wie dies bislang der Fall ist.

Hinsichtlich der personellen Situation bin ich auch der Meinung, daß es sicherlich sinnvoll wäre, eine der Psychiatrie-Personalverordnung vergleichbare Systematik auf den Maßregelvollzug zu übertragen. Angesichts der besonderen Schwierigkeiten, die diese Patienten nicht nur durch die zusätzlichen Sicherungsaufgaben, sondern in der Behandlung insgesamt stellen, bin ich mir sicher, daß bei einer modifizierten Übertragung der PsychPV wahrscheinlich deutlich werden wird, daß zumindest in einigen Einrichtungen noch ein personeller Nachholbedarf besteht.

Nur liegt das eigentlich personelle Problem im Maßregelvollzug meines Erachtens derzeit gar nicht so sehr im rein zahlenmäßigen Bereich; denn mehr Personal bedeutet ja nicht unbedingt zugleich auch bessere Behandlung und erst recht nicht kürzere Unterbringungszeiten. Entscheidender ist vielmehr, entsprechend qualifiziertes Personal möglichst langfristig für den Maßregelvollzug zu gewinnen, und der Einsatz dieses Personals muß innerhalb eines therapeutischen Gesamtkonzepts erfolgen.

Wie schon gesagt, ist die Arbeit im Maßregelvollzug ausgesprochen schwierig und belastend. Somit ist diese Arbeit auch für Ärzte und Psychologen gleichermaßen nur wenig attraktiv.

Entsprechend hoch ist auch in diesem Bereich die Personalfluktuation. Die Ärzte in Düren verbleiben beispielsweise im Durchschnitt ein halbes bis ein Jahr; dann sind sie wieder weg. Das ist aus zweierlei Gründen besonders problematisch:

Zum einen verfügt kaum ein Arzt oder Psychologe zu Beginn seiner Tätigkeit im Maßregelvollzug über entsprechende Vorkenntnisse; somit ist immer wieder eine lange Einarbeitungszeit erforderlich. Zum anderen handelt es sich, wenn man das Ganze vom Patienten aus betrachtet, in der Regel um vieljährige Behandlungen, so daß der einzelne Patient im Verlauf der Unterbringung zumeist mit einer Vielzahl wechselnder Therapeuten konfrontiert wird. Da aber gerade diese Patientengruppe besondere Schwierigkeiten hat, eine vertrauensvolle Beziehung zu anderen Menschen aufzubauen, ist bei einem solchen Therapeutenkarussell der Aufbau einer tragfähigen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

therapeutischen Beziehung kaum möglich. Das heißt, daß man, um eine verbesserte Unterstützung und besondere personelle Konstanz im akademischen Bereich dort zu erreichen, die Attraktivität der Arbeitsstellen im Maßregelvollzug verbessern muß. Dies hat sicher auch einen finanziellen Aspekt, aber nicht diesen allein; denn die Unzufriedenheit der Mitarbeiter beruht vielfach auch darauf, daß sie der Arbeit im Maßregelvollzug mangels entsprechender Qualifikation einfach nicht gewachsen sind. Sie sind schlichtweg überfordert, d.h. hier ist eine verstärkte Qualifizierung durch entsprechende therapeutische Zusatzausbildung und durch die Vermittlung kriminalpsychologischen Fachwissens erforderlich.

Vor allem aber muß eine spezielle Fortbildung des Pflegepersonals erfolgen; denn schließlich handelt es sich dort ja um die größte und den Patienten am nächsten stehende Personalgruppe, deren übliche Krankenpflegerausbildung aber kaum Bezug zu den speziellen Aufgaben hat, die im Maßregelvollzug zu bewältigen sind. Ein entsprechender sozialtherapeutischer Lehrgang - darauf hat Herr Pittrich ja schon hingewiesen - ist für Pflegekräfte in Westfalen-Lippe bereits einmal, meines Erachtens auch recht erfolgreich, durchgeführt worden. Diese Lehrgänge sollten sicher fortgeführt werden, um eine möglichst große Zahl von Pflegekräften im Maßregelvollzug entsprechend zu qualifizieren.

Kurz zur Frage der Patientenzahlen und der Unterbringungsdauer! Der im Bereich des § 64 seit etwa 15 Jahren bestehende deutliche Trend zu einer vermehrten Einweisung alkoholkranker Straftäter ist bereits angesprochen worden. Soviel ich weiß, ist auch im Bereich des § 63 eine ansteigende Tendenz ... (unverständlich) Das läßt sich den Daten des Statistischen Bundesamtes bislang jedenfalls nicht entnehmen, und irgendwelche Prognosen sind dort nach meinem Dafürhalten auch kaum möglich.

Meines Erachtens befindet sich aber im Maßregelvollzug eine Reihe von Patienten, bei denen besondere Sicherungsmaßnahmen eigentlich nicht oder nicht mehr erforderlich sind. Dort sollten vermehrte Anstrengungen unternommen werden, für diese Patienten alternative Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten zu finden. Insbesondere sollte - das hat Herr Kreutz bereits angesprochen - bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, die bislang tatsächlich überdurchschnittlich und meines Erachtens zum Teil unverhältnismäßig lang im Maßregelvollzug untergebracht sind, möglichst frühzeitig eine Übernahme der Behandlung durch allgemeinspsychiatrische Krankenhäuser bzw. komplementäre Einrichtungen angestrebt werden. Dies würde zu einer deutlichen Entlastung der Belegungssituation in den Maßregelvollzugseinrichtungen führen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Eine weitere Verkürzung der Unterbringungsdauer wäre voraussichtlich auch durch die bislang nur ansatzweise vorhandenen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erreichbar. Eine entsprechend kompetente Weiterbetreuung dürfte überdies die spätere Rückfallgefährdung verringern und somit die Effizienz der Maßregelbehandlung verbessern.

Zudem würden die Gerichte eine Unterbringung, vermutlich häufiger als bisher, primär zur Bewährung aussetzen, wenn alternative komplementäre oder ambulante Behandlungsmöglichkeiten vorhanden wären. Auch das könnte zu einer weiteren Entlastung der stationären Maßregelvollzugseinrichtungen führen.

Abschließend noch kurz zur Neufassung des § 14 Abs. 3! Hier sollte sicher eine Gleichstellung von Psychologen und Ärzten erfolgen und ganz allgemein Begriff des Sachverständigen eingeführt werden; denn von der primären Ausbildung her verfügen beide Berufsgruppen, also Ärzte und Psychologen, über gleichermaßen wenig Sachkompetenz in kriminalprognostischen Fragen, d. h. hier ist allein entscheidend, ob sich der Betreffende in seiner späteren Fort- und Weiterbildung die entsprechende Sachkunde angeeignet hat. Von der primären Berufsausbildung her ist man dazu nicht in der Lage.

Insgesamt haben sich die Erwartungen, die anfänglich an diese externe Begutachtung geknüpft worden sind, bislang anscheinend nicht erfüllt. Die Qualität dieser Gutachten ist sehr unterschiedlich, und es besteht offenbar eine deutliche Tendenz der Gutachter, sich den Stellungnahmen der Einrichtungen mehr oder minder unkritisch anschließen. Dennoch sollte dieses Instrument der externen Begutachtung sicher beibehalten werden. Es sollten jedoch den Gutachtern über die Entlassungsprognose hinaus auch ganz konkrete Fragen gestellt werden, etwa bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens oder hinsichtlich eventueller Vollzugslockerung.

Vielleicht zunächst einmal so weit!

(Beifall)

Vorsitzender: Schönen Dank, Herr Professor! Jetzt bitte Herr Kreutz.

Abgeordneter Kreutz (GRÜNE): Herr Professor Leygraf, eine wichtige Rolle spielt ja immer der Begriff der Kriminalitätsprognose. Nun bin ich absolut Laie auf diesem

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

Sektor und möchte fragen: Wie zuverlässig aus wissenschaftlicher Sicht kann nach derzeitigem Stand der Erkenntnisse eine solche Kriminalitätsprognose abgegeben werden? Handelt es sich da um sozusagen vergleichsweise harte Aussagen, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zutreffen, oder bewegen wir uns dort auf einem ähnlich unsicheren Terrain wie beispielsweise - ich sage einmal so - bei der Grenzwertdiskussion in bezug auf radioaktive Strahlung? Es gibt ja solche Problemlagen, wo man zwar nach dem Stand der Erkenntnisse eine Wahrscheinlichkeit aussprechen kann. Aber ich weiß nicht, inwieweit es hier aus dieser Sicht eine harte Grundlage für entsprechende Maßnahmen gibt, die ja sehr weitgehend in das Leben von Betroffenen eingreifen. Dies zum einen!

Zum zweiten! Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme dafür plädiert, bereits in Satz 1 der Neufassung von § 14 Abs. 3 des Maßregelvollzugsgesetzes den Zusatz "Begutachtung durch einen auswärtigen Gutachter" einzuführen. Da ist mir nicht ganz klar, aus welchen Gründen Sie sich dafür aussprechen. Vielleicht können Sie das noch einmal erläutern.

Drittens noch einmal eine Frage in bezug auf das Problem: Sollen die Gutachter auch vom Träger der Einrichtung unabhängig sein? - Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme eine Notwendigkeit der Festschreibung dieser Trägerunabhängigkeit verneint. Ich wollte in diesem Zusammenhang fragen, ob Sie es für schädlich halten, eine solche Trägerunabhängigkeit auch weiterhin festzuschreiben. Bisher haben wir sie ja. Ich denke doch, daß es ausgeschlossen sein sollte, soweit es geht, gegen Gutachten Einwendungen zu erheben auf der Basis einer möglichen interessengeleiteten Beeinflussung, die außerhalb der fachlichen Zuständigkeit und Kompetenz liegt.

Vorsitzender: Danke schön. - Bitte, Herr Professor Leygraf!

Prof. Dr. Leygraf: Das ist sicherlich ein sehr komplexes Gebiet. Aber, um es vorweg zu sagen: Sichere Kriminalitätsprognosen kann es gar nicht geben. Das läßt sich nicht mit Sicherheit vorhersagen. Wenn man das hundertprozentig könnte, müßten wir von dem Gedanken, daß wir eine freie Willensentscheidung haben, Abstand nehmen.

Es gibt grundsätzlich zwei Fehlermöglichkeiten bei Kriminalitätsprognosen. Die eine ist die, daß ich sage: Dieser Mensch ist nicht mehr gefährlich; ihn könnt ihr entlas-

sen. - Diese Fehlermöglichkeit ist erfaßbar, weil, wenn er nach der Entlassung eine Straftat begeht, die Prognose offensichtlich fehlerhaft war.

Die andere Fehlermöglichkeit ist diese, daß ich erkläre: Dieser Mensch ist weiterhin gefährlich; er muß weiterhin in der Unterbringung verbleiben. - Diese Fehlerquelle ist schlecht faßbar; denn er bleibt in der Unterbringung und kann mein Gutachten nicht widerlegen.

Es gibt - na ja, mehr oder weniger unfreiwillige - Experimente aus den USA, wo man als gefährlich eingestufte psychisch Kranke plötzlich aus verfahrenstechnischen Gründen entlassen mußte und dann festgestellt hat, daß - je nachdem, welche Untersuchung man nimmt - rund 20 % dieser geschädigten Patienten tatsächlich wieder rückfällig geworden und etwa 80 % nicht rückfällig geworden sind. Das heißt, die Gefährlichkeit dieser Patienten wird in der Regel eher über- als unterschätzt.

Das zweite, das man zu solchen Prognosen sagen muß, ist, daß sie ja nicht in den leeren Raum hinein gestellt werden können. Das Verhalten eines Menschen ist nicht nur von seiner Persönlichkeit abhängig und auch nicht nur von seiner psychiatrischen Erkrankung, sondern ebenfalls von den Umgebungsbedingungen, unter denen er sich befindet. Das bedeutet, daß, wenn ich die Umgebungsbedingungen kenne und sie konstant halten kann, relativ sichere Prognosen schon möglich sind. Zum Beispiel bin ich mir bei den schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug sicher, daß ein Großteil von ihnen unter den Bedingungen einer fortdauernden stationären oder komplementären Behandlung völlig ungefährlich ist, und die Gefährlichkeit setzt erst dann wieder ein, wenn sie ohne weitere Betreuung und ohne weitere Behandlung eben allein wohnen und dann wiederum in Schwierigkeiten und auch wieder in eine neue Krankheit hineingeraten. Das heißt also: Solange Sie konstante Bedingungen haben, können Sie relativ gute Prognosen stellen. Vor allen Dingen können Sie dann darauf auch flexibel reagieren, beispielsweise wenn eine Wiedererkrankung oder ähnliches droht.

Zum Satz 1 des § 14 Abs. 3! Ich habe mich an dieser Formulierung gestoßen, die lautet:

Spätestens nach Ablauf von jeweils drei Jahren ist zu überprüfen, ob eine Entlassung des Patienten verantwortet werden kann.

Im Strafgesetzbuch ist eindeutig geregelt, daß dies spätestens nach einem Jahr und dann weiter in jährlichen Abständen zu erfolgen hat. Man kann hier also nicht auf einmal einen Abstand von drei Jahren hineinbringen. Das ist letztlich auch damit nicht

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

gemeint. Gemeint ist, daß durch einen externen Sachverständigen das nach spätestens drei Jahren erfolgen kann. Dann sollte man dies auch so dort hineinschreiben.

Ob es schädlich wäre, weiter so zu verfahren, daß der Gutachter auch trägerunabhängig sein sollte, weiß ich nicht. Ich habe es deswegen hineingeschrieben, weil die Zahl von wirklich qualifizierten Gutachtern - so muß man sagen - ausgesprochen gering ist. Das ist ein Problem. Die Leiter der Einrichtungen stehen oft vor der Frage: Finde ich überhaupt einen qualifizierten Gutachter, der bereit ist, diesen Gutachterauftrag zu übernehmen? - Man würde die Auswahl wenigstens etwas verbessern, wenn man auch zulassen würde, daß innerhalb meiner wegen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe der Leiter des Krankenhauses X für Patienten in Eickelborn auch solche Prognosegutachten erstellen könnte.

Vorsitzender: Danke schön. - Herr Krömer!

Abgeordneter Krömer (CDU): Herr Professor Leygraf, folgende Fragen!

Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme zu einem Bereich, und zwar zu Abs. 2, etwas gesagt, zum akademisch-therapeutischen Bereich. Da sollte die Frage aufgeworfen werden, wie mehr Qualifizierung durch entsprechende therapeutische Zusatzausbildung und durch Vermittlung kriminalpsychologischen Fachwissens erreicht werden sollte. Wenn Sie aber in Ihren Ausführungen feststellen, daß Ärzte kaum zu halten sind, daß sie praktisch nur kurzfristig in den Einrichtungen tätig sind, dann frage ich, welche Perspektiven bestehen, um hier Abhilfe zu schaffen; denn nach den derzeitigen Anstellungsverträgen, auch der Beschäftigungsbereitschaft der Ärzte sehe ich überhaupt keine Optimierung, keine Verbesserung dieser Problematik.

Zweite Frage! Sie haben bemängelt, daß der diagnostische Bereich nur unzulänglich ausgestattet sei. Wo würden Sie hier Verbesserungsmöglichkeiten sehen?

Frage 3! Sie haben dann die Forderung aufgestellt, daß mehr sozialorientierte Behandlungskonzepte und verstärkt heilpädagogische Orientierung vermittelt werden müßten. Vor allem denke ich, daß das auch für die Fachkräfte ... (unverständlich) gilt. Wie stellen Sie sich die Umsetzung vor? Würden Sie mit dieser Aussage auch bestätigen wollen, daß zur Zeit bei den Einrichtungen der Landschaftsverbände dieses Feld noch nicht entsprechend ausgeweitet, erarbeitet worden ist? In welchen Zusammenhang bringen sie das dann mit den materiellen Begrenzungen, die hier vorgegeben sind,

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
mü

wenn wir von den Herrn Dr. Fuchs und Dr. Pittrich hören, daß wir selbst nach der neuen Personalverordnung noch Defizite in der derzeitigen Situation haben?

Eine weitere Frage - Sie haben sie schon angesprochen -: Die Zahl der alkoholkranken Straftäter hat ja immens zugenommen. Wie, glauben Sie, werden wir bei den Rückständen der Aufnahmemöglichkeiten dieser Forderung, diesem Anspruch gerecht? Falls wir ihm nicht entsprechen können, welche Gefahren hat dies für die Betroffenen zur Folge, aber auch für die Familien, die das ja zum Teil mit durchtragen müssen? Vielleicht auch dies: Welche Konsequenzen hat das für die Bewahranstalten, in denen das Problem weiter bewältigt werden muß?

Dann die letzte Frage! Sie sprechen von den Krisenbetten. Das ist ja eine Problematik. Wie stellen Sie sich hier die Lösungsangebote vor? Sollen Ihre Anmerkungen zum Inhalt haben, daß entsprechende Krisenbetten, die einfach notwendig sind, um aktuell handeln zu können, nicht vorhanden sind?

Vorsitzender: Danke schön. - Bitte, Herr Professor Leygraf!

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
sr-mj

Prof. Dr. Leygraf: Ich bin hoffentlich nicht mißverstanden worden, als meinte ich, man sollte das akademisch-therapeutische Personal nicht vermehren; das habe ich nicht gesagt und auch nicht gemeint. Ich meine nur, daß wichtiger als eine solche Vermehrung eine stärkere Qualifizierung ist. Daß es auch künftig für Ärzte relativ unattraktiv sein wird, längere Zeit im Maßregelvollzug tätig zu sein, davon bin ich überzeugt. Ich meine ohnehin, daß die meisten Ärzte mehr oder minder zufällig in diese Tätigkeit hineingeraten, nicht weil sie es angestrebt haben, sondern weil im Rahmen ihrer Weiterbildung dort ein halbes Jahr oder ein Jahr für sie Platz ist.

Man wird im Maßregelvollzug zukünftig sehr viel stärker auf die Mitarbeit vor allen Dingen von Psychologen setzen und diese durch Zusatzausbildung qualifizieren müssen. Das ist letztlich auch kein Manko, weil, wie gesagt, nur knapp 40 % der Maßregelpatienten über psychotische Störungen im Sinne von schizophrenen Erkrankungen leiden; für den Rest sind Psychologen und Ärzte gleich kompetent.

Zu der vermehrten heilpädagogischen Orientierung möchte ich anmerken, daß nun einmal etwa 30 % der Patienten im Maßregelvollzug unter ganz erheblichen intellektuellen Beeinträchtigungen leiden. Wegen der Erfahrungen in der Psychiatrie sollte man deshalb auch im Maßregelvollzug verstärkt Pädagogen einstellen. Daß das nicht kostenneutral geht, liegt auf der Hand.

Ich weiß nicht, ob die Zahl alkoholkranker Straftäter zugenommen hat; wohl aber gibt es eine vermehrte Einweisung alkoholkranker Straftäter in den Maßregelvollzug. Das ist eine kontinuierliche Entwicklung, die sicherlich noch nicht zum Ende gekommen ist. Dabei ist zu bedenken, wie groß das Reservoir alkoholkranker Straftäter ist, die sich jetzt im Justizvollzug befinden. Ich glaube auch, daß es einen gewissen Sogeffekt gibt. Je mehr effiziente Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden, um so größer wird die Tendenz der Gerichte sein, solche Patienten nach § 64 einzuweisen. Dieser Trend wird in den nächsten Jahren sicherlich voranschreiten. Daß diese Wartelisten auf Familienangehörige Auswirkungen haben, kann ich mir nicht vorstellen; denn die meisten Patienten, die sich auf solchen Wartelisten befinden, sind nicht in Freiheit, sondern warten quasi in der Justizvollzugsanstalt. Und das ist eine Zeit, die letztlich völlig verschwendet ist, weil sie therapeutisch nicht genutzt wird. Im Gegenteil: Vielfach erfolgt in der Justizvollzugsanstalt eine Prägung, die ausgesprochen therapiefreudlich ist und die Therapiemotivation der Patienten keineswegs erhöht.

Wenn im Rheinland derzeit die Auslastung schon weit über 100 % liegt, dann liegt es auf der Hand, daß es auf den Stationen keine freien Betten gibt. Wenn auf einer

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
sr-mj

solchen Station ein Patient in eine Krise gerät, muß er verlegt werden. Solche Verlegungen führen zu einem Domino-Effekt: Weil auf der Station, auf die der Patient verlegt wird, auch keine freien Betten vorhanden sind, müssen wiederum Patienten verlegt werden. Solche Akutverlegungen sind in der Regel nicht sorgfältig überlegt. Man nimmt halt den Patienten, von dem man glaubt, bei ihm gehe es am ehesten, und verlegt ihn auf eine andere Station. Und das führt oft zu Zwischenfällen. Deshalb sollte jede Station über ein Kriseninterventionszimmer verfügen, auch um bei einer Krise nicht das gesamte Behandlungsteam des Patienten zu verändern. Wenn Sie einen Patienten in einer Krise verlegen, wird er mit einem anderen Behandlungsteam konfrontiert. Das widerspricht den Grundsätzen der sozialtherapeutischen Behandlung; denn danach sollen Krisen in der gleichen Gruppe und von den gleichen Personen behandelt werden.

Abgeordneter Kampmann (CDU): Herr Dr. Leygraf, ich habe zwei Fragen. Ich spreche hier als Mitglied des Petitionsausschusses. Der Petitionsausschuß ist in besonderer Weise auf Aussagen der Gutachter angewiesen. Deshalb möchte ich einmal die Dauer der Gutachten ansprechen. Wie lange dauert es heute, bis der Gutachter Stellung genommen hat, wenn es nur darum geht, Weihnachtsurlaub zu gewähren.

Auf Seite 6 schreiben Sie im zweiten Absatz:

Von einer Mitarbeiterin des hiesigen Institutes ... werden derzeit sämtliche Gutachten analysiert, die in den Jahren 1985 - 1989 für das Westfälische Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt ... erstattet worden sind.

Welchen Grund hat dieser Schritt? Gab es dazu einen Auftrag von außen? Oder wie sind Sie dazu gekommen, das einmal zu analysieren?

Sie haben soeben - etwas abweichend von Ihrem Text - vorgetragen: Es besteht offenbar eine deutliche Tendenz der Gutachter, sich den Stellungnahmen der Einrichtungen anzuschließen. - Sie haben sogar noch hinzugefügt: sich unkritisch anzuschließen. Dient es der besonderen Erhärtung, daß Sie das so vorgetragen haben?

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
sr-mj

Prof. Dr. Leygraf: Das sollte so verstanden werden.

Hinsichtlich der Dauer der Gutachten muß man zwei Aspekte voneinander trennen. Davon ist einer das tatsächliche externe Prognosegutachten nach § 14 Abs. 3, das in der Regel sicherlich lange dauert, was auch daran liegt, daß es nur wenige tatsächlich kompetente Gutachter gibt, die solche Gutachten erstellen. Sie sind von daher zeitlich überlastet, so daß solche Gutachten mit ziemlichen Wartezeiten verknüpft sind. Es gibt auch Gutachter, die das sehr schnell können, aber da zeigen auch die Gutachten, daß sie das sehr schnell und oberflächlich gemacht haben.

Weihnachtsurlaub und ähnliche Dinge dürften eigentlich nichts mit Gutachten zu tun haben, weil derartige Beurlaubungen vom Leiter der Einrichtung selbst genehmigt und verantwortet werden können. Dazu ist überhaupt kein Gutachten erforderlich.

Nun zu der Untersuchung, die Frau Dipl.-Psychologin Nowara hinsichtlich der Gutachten erstellt, die für Lippstadt-Eickelborn erstattet worden sind. - Diese Untersuchung geht nicht auf meine Idee zurück. Frau Nowara hatte diese Untersuchung schon begonnen, als sie zu mir in das Institut gekommen ist. Diese Studie ist seinerzeit auf Initiative von Professor Rasch und Mitarbeitern des Instituts für Forensische Psychiatrie entwickelt worden, einfach aus der täglichen Erfahrung im Maßregelvollzug heraus, daß viele dieser Gutachten unbrauchbar sind, weil sie keine eigenständigen Überlegungen des Gutachters enthalten, sondern weil teilweise nur die Stellungnahmen der Einrichtungen wörtlich zitiert werden und es in der Diagnose schließlich heißt: Der Patient muß weiter untergebracht werden.

(Abgeordneter Kampmann [CDU]: Das dürfte aber nicht Eickelbornspezifisch sein!)

- Nein. Das ist in Eickelborn untersucht worden, weil Frau Nowara in Eickelborn tätig war. Das hat schon deswegen mit der Einrichtung nichts zu tun, weil die Gutachter gar nicht aus dieser Einrichtung stammen.

Abgeordneter Kreutz (GRÜNE): Sie haben vorhin diese unfreiwillige Erfahrung aus den USA zitiert. Habe ich richtig verstanden, daß diese 20 % Rückfallquote in diesem unfreiwilligen Beispiel auf der Basis von 100 % negativen Gefährlichkeitsgutachten zustande kamen? Die Gutachter haben gesagt, diese Leute würden mit hoher Wahrscheinlichkeit rückfällig werden, und tatsächlich wurden nur 20 % rückfällig. Wenn

das so ist, noch einmal die Frage an Sie, ob die US-amerikanischen Kriminalitätsprognosen aus wissenschaftlicher Sicht mit denen vergleichbar sind, die hier erstellt werden, ob also aus dieser Erfahrung Rückschlüsse auf die Tragfähigkeit von Kriminalitätsprognosen hier bei uns gezogen werden können.

Dann noch einmal zur Einweisungspraxis. - Es gibt meiner Kenntnis nach in der Diskussion auch Hinweise darauf, daß die Gerichte dazu neigen, auch ohne sehr strikte Beachtung der strafprozessualen Voraussetzungen oder höchstrichterlicher Regelungen Einweisungen vorzunehmen. Wie bewerten Sie diese Diskussion? Gibt es eine Tendenz der Gerichte, auch dann einzuweisen, wenn es rechtlich nicht zwingend erforderlich ist? Ist durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen eine Reduzierung der Gesamteinweisungszahl vielleicht auch im Hinblick der drogenabhängigen Patienten denkbar?

Prof. Dr. Leygraf: Was die Untersuchungen aus den USA anlangt, so waren es tatsächlich zu 100 % Fälle, in denen die Gefährlichkeit der Patienten ausgesprochen hoch eingeschätzt wurde. Sie waren deswegen auch in speziellen forensisch-psychiatrischen Einrichtungen untergebracht. Tatsächlich sind, wie gesagt, nur 20 % der Patienten rückfällig geworden.

Wenn man das auf einen Nenner bringen will, muß man bei den gegenwärtigen Möglichkeiten vier ungefährliche Patienten festhalten, wenn man einen gefährlichen Patienten untergebracht sehen will.

Was die Problematik von Kriminalitätsprognosen angeht, gibt es in der internationalen kriminologischen Diskussion absolut Konsens. Insoweit sind die Amerikaner nicht weiter oder weniger weit als wir, so daß man die dortigen Erkenntnisse zumindest teilweise auf unsere Maßregelvollzugspatienten übertragen kann.

Im Hinblick auf fehlerhafte Unterbringungen war, als ich seinerzeit eine Untersuchung erstellt habe, das Erstaunliche, daß etwa ein Viertel der Patienten nach § 64 untergebracht waren, ohne daß sie überhaupt durch einen Sachverständigen begutachtet worden waren, was einen eindeutigen Verstoß gegen die Strafprozeßordnung darstellt. Das hat sich mittlerweile deutlich reduziert, findet aber immer noch statt, und zwar wohl auch deswegen, weil Unterbringung nach § 64 auf der Ebene der Amtsgerichte möglich ist, anders als bei § 63, bezüglich dessen eben nur ein Landge-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
sr-mj

richt tätig werden kann. Offenbar besteht bei Amtsrichtern insoweit ein erheblicher juristischer Nachholbedarf.

Bei den Unterbringungen nach § 63 gibt es hinsichtlich Einweisungen eine Reihe von Fehlermöglichkeiten, d. h. daß bestimmte Aspekte nicht beachtet werden, so, daß die Tat symptomatisch sein muß, daß der krankhafte Zustand länger anhaltend sein muß und nicht etwa nur auf einem Alkoholrausch beruhen darf. Dazu kann nachher vielleicht Herr Rasch etwas sagen, weil darüber eine Untersuchung an seinem Institut stattgefunden hat, mit dem Ergebnis, daß in 20 oder 25 % der Fälle die Urteile schlichtweg fehlerhaft waren.

Dr. Volckart, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Celle: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren Abgeordneten! Ich bin Strafrichter und Strafrechtler, auch Vollzugsrechtler, und das ist der Grund, weshalb ich zu den Problemen der Krankenhausfinanzierung vor Ihnen eigentlich nicht so gern sprechen möchte. Ich bitte also um Nachsicht, daß ich mich auf die Punkte konzentriere, die in mein Fach gehören. Ich will mich insbesondere mit der Frage der Beteiligung der Patienten an Kosten beschäftigen.

Ein Teil davon hat sich durch die in der vorigen Woche herausgekommene Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts erledigt. Das ist § 22 b des Gesetzentwurfs. Ich bin daran nicht ganz unschuldig, weil der Strafverteidiger, der diese Entscheidung erstritten hat, meine "alten" Argumente verwendet hat.

Es gilt also nicht die landesrechtliche Regelung, daß Patienten an den Kosten des Maßregelvollzugs beteiligt werden können, sondern es gilt die bundesrechtliche Regelung, nämlich § 10 Justizverwaltungskostenordnung. Darin steht für Strafgefangene wie für Maßregelpatienten gleichermaßen, daß sie nicht an den Kosten des Vollzugs beteiligt werden dürfen, wenn sie arbeiten. Arbeitsverweigerer - das gilt auch für Maßregelpatienten, wenn sie schuldhaft handeln - müssen zahlen, über die Arbeitsverweigerer hinaus auch diejenigen, die schuldlos nicht arbeiten - etwa weil sie nicht können -, wenn sie für dieselbe Zeit ein Einkommen haben, z. B. ein Renteneinkommen.

Dort ist auch geregelt, wie hoch die Kostenbeteiligung dieser nicht arbeitenden Patienten ist. Es wird auf die Sachbezügeverordnung verwiesen, nach der es 550 DM im Monat sind.

Fazit: In diesem Bereich kann unter den genannten Voraussetzungen auch Nordrhein-Westfalen die Patienten, die nicht arbeiten, an den Vollzugskosten beteiligen. Etwaige Renten können nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs übergeleitet werden; das geschieht sehr einfach mit einem Schriftstück.

Wir haben also die Regelung: Die Arbeitenden können nicht herangezogen werden, was im übrigen zu der Konsequenz führen sollte, daß die arbeitenden Patienten auch an der Sozialversicherung beteiligt werden sollten. Daß das bundesrechtlich geht, ist sowohl von Mursinski als auch von mir nachgewiesen worden - man braucht es nur zu tun -, sowohl was die Rentenversicherung als auch was die Arbeitslosenversicherung angeht. - Das also zu § 22 b, der nun gefallen ist.

Ich möchte dann über § 21 des Änderungsentwurfs sprechen. Er betrifft nicht nur die Schadenersatzpflicht verantwortlich handelnder Patienten - wenn sie etwas kaputtgemacht oder beschädigt haben, auch Pflegepersonal oder einen anderen Patienten geschädigt haben -, sondern er betrifft insbesondere auch - über die bundesgesetzlich geregelte Schadenersatzpflicht hinaus; das ist nun einmal BGB-Recht - die - ich möchte es einmal kraß ausdrücken - Selbstbedienung des Fiskus am Taschengeld dieser Patienten, die durch § 21 unter ärztlichen Gesichtspunkten zugelassen werden soll. Ich fürchte, dieses Stück des Entwurfs widerspricht genauso Bundesrecht wie § 22 b und wird infolgedessen so nicht Gesetz werden dürfen.

Die Sache hat ein etwas unseliges Vorbild im Strafvollzugsrecht, nämlich in § 93 Strafvollzugsgesetz, der ähnlich lautet und der mehrere Jahre lang von den Justizvollzugsverwaltungen mehr oder weniger gegen seinen Wortlaut benutzt worden ist, Strafgefangene auch mit ihrem Taschengeld heranzuziehen, wenn sie etwas kaputtgemacht haben, bis endlich der Bundesgerichtshof ein klares Wort gesprochen hat. Die Vorlage hat seinerzeit das Oberlandesgericht Celle erarbeitet; ich war der Verfasser.

Wir wissen nun, wie § 93 Strafvollzugsgesetz zu verstehen ist, und damit können wir jetzt auch sagen, wie § 21 dieses Entwurfs zu verstehen sein wird. Das heißt, wir müssen uns an die bundesrechtlichen Unpfändbarkeitsvorschriften halten, die das Land nicht ändern kann.

Wenn das Land einen Schadenersatzanspruch gegen einen Patienten hat, dann steht es den anderen Gläubigern gleich und muß sich hinten anstellen.

Was das Taschengeld anlangt, das hier pfändbar bzw. aufrechenbar gemacht werden soll, so gilt § 851 Zivilprozeßordnung: Taschengeld ist unpfändbar. Das ist geradezu die Definition des Taschengeldes.

Das ist ein unbefriedigender Zustand; das sehe ich. Und man hat das Gefühl: Wenn ein Patient mutwillig, verantwortlich Schaden angerichtet, etwas kaputtgemacht hat, dann muß doch irgend etwas passieren. In gewissen ziemlich weiten Bereichen geht das wohl auch, aber nicht so, wie hier vorgeschlagen. Ich sehe nämlich, daß das Land Nordrhein-Westfalen dieses Taschengeld nach § 12 Abs. 4 des Maßregelvollzugsgesetzes allen Patienten zahlt. Es könnte künftig in der Rechtsprechung die Überlegung auftauchen: Ist denn das bei allen Patienten wirklich ein Taschengeld oder nicht vielmehr bei einigen von ihnen ein Geschenk? Denn "Taschengeld" definiert sich gerade so, daß es für die notwendigen Bedürfnisse des Lebens da ist, die jeder hat, die sich jeder im Sozialstaat erfüllen können muß. Jeder muß so einen kleinen Spielraum finanzieller Möglichkeiten haben. Aber wenn ein Maßregelpatient diesen Spielraum anderweitig schon hat, weil er Arbeitsentgelt bezieht oder weil er vermögend ist oder weil er sonst Einkommen hat - vielleicht eine Rente, vielleicht, wenn auch selten, Mietzinsen -, dann ist er nicht bedürftig.

Das Land Nordrhein-Westfalen hätte also, wenn es das denn tun wollte, die Möglichkeit, das Taschengeld auf bedürftige Patienten zu beschränken. Wenn es denn aber diese soziale Errungenschaft des Taschengeldes für alle aufrechterhalten wollte, gibt es immer noch eine Möglichkeit, bei denjenigen Patienten, die verantwortlich Schaden angerichtet haben, einzugreifen, aber nur dann, wenn sie eben nicht zu den Bedürftigen gehören.

Man könnte also sagen: Wenn ein Patient anderweitig Einkommen in Höhe des Taschengeldes hat, wird, wenn und soweit er sich schadenersatzpflichtig gemacht hat - dann können die einzelnen Punkte des § 21 aufgeführt werden -, die Taschengeldzahlung eingestellt. Das wäre eine Möglichkeit.

Meine Damen und Herren, ich habe das nordrhein-westfälische Maßregelvollzugsgesetz an vielen Stellen immer wieder gelobt. Es ist ein gutes Gesetz, es ist das erste wirklich moderne der gesamten Kette der Maßregelvollzugsgesetze. Insbesondere die

**Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung**

**29.01.1992
sr-mj**

Bestimmungen über die Vollzugslockerungen und den Vollzug sind vorbildlich. Deshalb würde ich es sehr bedauern, wenn in dieses Gesetz durch eine Novelle rechtliche "Macken" eingearbeitet würden. Es wäre schade.

(Beifall)

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992

zi-sz

Abgeordneter Kreutz (GRÜNE): Ich habe zwei Fragen.

Erstens. Inwieweit sind im Zusammenhang mit dem Thema Zugriff auf das Taschengeld die Regelungen der §§ 21 Abs. 3 und 25 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz im Rahmen entgegenstehender bundesrechtlicher Regelungen beachtlich?

Zweitens. In einer der Stellungnahmen ist angesprochen worden, daß die Verteidiger, wenn sie Einsicht in die Akten von Maßregelpatienten nehmen wollen, dem Erfordernis unterliegen, sich selbst in die Einrichtung zu begeben, weil sie die Akten normalerweise nicht an ihrem Tätigkeitsort einsehen dürfen. Es ist angeregt worden, eine Regelung analog § 147 Abs. 4 Strafprozeßordnung aufzunehmen, die den Verteidigern einen leichteren Zugang zu den Akten ermöglicht. Wie würden Sie sich zu dieser Frage stellen?

Dr. Volckart: Zum Taschengeld. Das Bundessozialhilfegesetz gilt nicht für den Maßregelvollzug, es gilt nämlich nur subsidiär. Im Maßregelvollzug kann Subsidiarität aber nicht eintreten, weil zuerst der Träger des Maßregelvollzugs zu Leistungen verpflichtet ist. Soweit es also in bezug auf das Taschengeld Formulierungen in § 21 Bundessozialhilfegesetz gibt, bedeuten diese nur: Wir wollen das in derselben Höhe machen, aber nicht, daß es etwa im Maßregelrecht positiv gelte. Das ist nicht der Fall.

Zur Akteneinsicht der Verteidiger - einem äußerst umstrittenen Gebiet. Ich kämpfe seit 1984 darum, daß den Verteidigern Einsicht in die Akten von Kranken im Maßregelvollzug gewährt wird, weil sie darauf Anspruch haben. Ich habe das oft und an vielen Stellen vertreten und begründet. Das wird in einer ganzen Reihe von Bundesländern negiert. Ich bin sehr froh, daß in Nordrhein-Westfalen überhaupt auf die Wünsche der Verteidiger eingegangen wird, man hier also sieht, daß die Verteidiger einen Anspruch auf Akteneinsicht haben, und daß er ihnen, wenn auch nur im Krankenhaus, gewährt wird.

Wenn es um die strafprozeßrechtliche Akteneinsicht geht, also um § 147 Strafprozeßordnung, hat sich der Gedanke durchgesetzt, daß der Verteidiger in aller Regel auch Anspruch darauf hat, daß ihm die Strafprozeßakten in seine Kanzlei geschickt werden. Mit Einschränkungen: Gewisse Asservate brauchen z. B. nicht übersandt zu werden, sie müssen an der Gerichtsstelle eingesehen werden. Das ist aber eine Rechtsauffassung innerhalb des Strafprozesses, also im Erkenntnisverfahren, nicht im Maßregelvollzug. Ich denke wohl, daß man die Grundstrukturen der Rechtsprechung über § 147 Strafprozeßordnung auf den Maßregelvollzug wird übertragen müssen, indem man sich daran orientiert. Das würde bedeuten, daß auf die Wünsche der Verteidiger,

diese Akten in ihre Kanzlei zu bekommen, über kurz oder lang wird eingegangen werden müssen.

Ich würde dafür plädieren, da mit der Kopiermaschine zu arbeiten. Grundsätzlich haben Verteidiger ein Recht auf Einsicht, und das bedeutet auch, daß sie sich an Ort und Stelle Kopien machen dürfen, also z. B. den Kopierer des Krankenhauses benutzen dürfen - gegen 1 DM pro Seite. Warum also nicht in der Kanzlei?

Dr. Schott (Ärztlicher Direktor des niedersächsischen Landeskrankenhauses Moringen): Sehr geehrte Damen und Herren! Das Landeskrankenhaus Moringen ist etwa so groß wie die Einrichtung in Eickelborn, ich habe also ähnliche Erfahrungen in Niedersachsen gemacht. - Ich möchte vier Bereiche betonen, die vielleicht dazu beitragen, die Effizienz im Maßregelvollzug weiter zu verbessern und Rückfällen vorzubeugen.

Der Maßregelvollzug hat bekanntlich in den letzten zehn, teilweise erst fünf oder sechs Jahren einen enormen Fortschritt gemacht, und zwar sowohl was die baulichen und konzeptionellen Veränderungen betrifft als auch die therapeutische Effizienz. Vielfach konnten die Aufenthaltsdauern halbiert werden, so daß man bereits jetzt sagen kann, daß das Geld, das in den Maßregelvollzug investiert wurde, sehr gut angelegt war. Man darf nicht vergessen: Jede Mark, die kurzfristig im Maßregelvollzug gespart wird, bringt langfristig erhebliche Folgekosten, denn Patienten, die über ein gewisses Maß hospitalisiert wurden, müssen unter Umständen nach neuen Rückfällen lebenslang verwahrt werden. Dies ist weit teurer.

Ein letzter Gedanke: Vom Maßregelvollzug sind ca. 3 000 Patienten in der ganzen Bundesrepublik - in Nordrhein-Westfalen sind es etwa 1 000 - betroffen. Es ist nicht nur so, daß für diese sehr viel Geld ausgegeben wird, sondern der Maßregelvollzug ist auch die Institution, die der Allgemeinpsychiatrie und teilweise auch dem Strafvollzug den Rücken freihält. Die Liberalisierung in der Psychiatrie, die erfreulicherweise sehr vorangeschritten ist, ist zum Teil auch auf Kosten des Maßregelvollzugs erfolgt. Es wird zunehmend schwerer, Maßregelpatienten wieder in die Allgemeinpsychiatrie zurückzuverlegen, insbesondere wenn dort keine Kenntnisse, Konzepte und Voraussetzungen anderer Art vorhanden sind.

Die vier Gebiete, die ich für ganz wesentlich halte, um weitere Verbesserung zu erreichen, sind folgende; es wurden dazu teilweise schon genauere Ausführungen gemacht:

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992

zi-sz

Zunächst zur Ausgestaltung der Einrichtungen selbst. In den §§ 1 und 2 des nordrhein-westfälischen Gesetzes ist schon die Rede davon, daß die Normalität der Einrichtungen gefördert werden soll. Ich meine, man sollte dies noch deutlicher formulieren. Es sollten insbesondere Möglichkeiten des Wohngruppen-"Vollzugs" - wie es so schön heißt -, ein Wohngruppenkonzept geschaffen werden, damit der Alltag in den Einrichtungen so weit wie möglich normalen Bedingungen entsprechen kann. Dazu gehört vor allen Dingen die Selbstversorgung. Alle Institutionen haben die Tendenz - weil es einfacher ist -, den Patienten ganz explizit Selbständigkeit und Eigenständigkeit abzunehmen. Das reicht von der Zimmereinrichtung über die Wäsche bis zum eigenen Essen. Ich meine, es ist ganz wichtig, diesen Begriff in das Gesetz aufzunehmen und damit zu zeigen, daß das ein angestrebtes Ziel des Maßregelvollzugs ist.

Des weiteren ist entscheidend, daß weit mehr Anstrengungen gemacht werden, die Mitarbeiter zu qualifizieren. Ich möchte der depressiven Schilderung etwas widersprechen; zwar gibt es tatsächlich noch Einrichtungen - leider zählt offenbar Bedburg-Hau dazu -, die wirklich düster und abschreckend wirken, und zwar nicht nur auf die Patienten, sondern auch auf qualifizierte Mitarbeiter. Andererseits ist der Maßregelvollzug - auch psychiatrisch - ein sehr interessantes Gebiet, viele Entwicklungen im Maßregelvollzug sind zum Teil auch für die Allgemeinpsychiatrie vorbildlich, so daß das Interesse und der Spaß der Mitarbeiter an der Arbeit durchaus geweckt werden können. In Einrichtungen wie Eickelborn und Düren - Düren ist vorbildlich ausgestattet - ist die Zufriedenheit der Mitarbeiter recht groß, von den internen Problemen in bezug auf die Zusammenarbeit mit dem dortigen allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus abgesehen.

Meines Erachtens wäre es wichtig, im Gesetz festzuhalten, daß Fort- und Weiterbildung sowohl für Pflegepersonen als auch für therapeutisches Personal intensiv - auch finanziell - unterstützt werden sollen und müssen. Wie Herr Leygraf schon ausgeführt hat, genügt eine medizinische oder psychologische Ausbildung nicht, hinzu kommen müssen eine psychotherapeutische Ausbildung und spezifische kriminalpsychologische Maßregelerfahrungen und -ausbildungen. Erfreulicherweise sind gerade in den letzten Jahren sehr viele neue Fortbildungsveranstaltungen initiiert worden, es ist auch sehr viel mehr veröffentlicht worden. Ich glaube, das ist ein Weg, auf dem wirklich Interesse geweckt und Arbeitszufriedenheit erreicht werden können.

Ein weiterer entscheidender Punkt ist die Nachsorge. Soweit ich das überblicken kann, ist sie - auch in anderen Bundesländern - erst im Entstehen begriffen. Es ist nicht möglich, einen Großteil der Maßregelpatienten ohne weiteres in Nachsorgeinstitutionen weiterzuverlegen, denn zum Teil bestehen auch in psychiatrischen Nachsorgeinstitutionen irrationale Ängste und Unvertrautheit mit so gefährlichen oder

immer noch gefährlichen Patienten. Zum anderen besteht ein Mangel an entsprechendem Know-how. Man muß bestimmte Maßregelpatienten kennen und Erfahrungen im Umgang mit ihnen haben, um wirklich mit gutem Gefühl arbeiten zu können. Da beides fehlt, müssen sowohl bei Einrichtungen im Heimbereich und im Bereich der allgemeinpsychiatrischen Häuser hier noch mehr Verständnis geweckt und Fähigkeiten und Voraussetzungen geschaffen werden, als auch eigene Nachsorgemodelle entwickelt werden. Herr Dr. Pittrich hat beispielsweise das vom Bund geförderte Projekt - an dem auch Niedersachsen beteiligt ist - im Zusammenhang mit betreuten Wohngemeinschaften und Zusammenarbeit mit anderen extramuralen Diensten angesprochen.

Es reicht auf keinen Fall aus, die Nachsorge, wie es bisher der Fall ist, den Führungsaufsichten bzw. der Bewährungshilfe zu überlassen, die psychiatrisch überhaupt nicht ausgebildet sind und auch von der Kapazität her in keiner Weise in der Lage sind, dieses Problem zu bewältigen. Ich möchte betonen, daß die Therapie im Maßregelvollzug nicht mit der Entlassung des Patienten endet, vielmehr entstehen dann oft die realen Konflikte. Was in der Therapie erarbeitet worden ist, muß hier umgesetzt werden.

Entlassungen werden häufig entscheidend verzögert oder verunmöglicht, weil eine therapeutische Nachbetreuung nicht gewährleistet ist. Das kann letztendlich auch zu Rückfällen führen. Dies liegt einerseits daran, daß es sehr schwierig ist, entsprechende Psychotherapeuten, Psychologen und Ärzte zu finden, zum anderen ist es aber auch eine Frage der Kostenübernahme. Theoretisch gibt es zwar Kostenträger, die Übernahme irgendwelcher Behandlungen ist aber ausgesprochen schwierig. Sie sollten in das Gesetz einen Passus aufnehmen, wonach das Land hier in Vorleistung treten und die Kosten der Therapie von entlassenen Patienten tragen soll, bis ein entsprechender Kostenträger gefunden ist.

Vierter Punkt: die Sozialversicherung der Patienten. Hier ist zwar im wesentlichen Bundesrecht berührt, ich könnte mir aber vorstellen, daß Sie hier im Landesrecht auch Veränderungen herbeiführen können. Ich halte es für entscheidend, daß eine Reihe von Patienten Leistungen aus der Sozialversicherung bekommen. Sie wissen, daß Strafgefangene Leistungen aus der Sozialversicherung bekommen, Maßregelpatienten aber nicht. Auch Behinderte, die in eine Werkstätte für Behinderte gehen, bekommen Leistungen aus der Sozialversicherung. Maßregelpatienten werden also rechtlich ganz schwerwiegend ungleich behandelt.

Daran wird deutlich, daß mit dem Wort "Arbeitstherapie" ausgesprochener Mißbrauch getrieben wird. In vielen Fällen geht es nicht um Arbeitstherapie, sondern um Arbeit. Im übrigen meine ich, daß Arbeit auch therapeutisch außerordentlich wichtig ist, die Patienten aber, die einer Arbeit im Krankenhaus oder auch im Bereich von industriell-

ler Fertigung nachgehen, sollen Anspruch auf volle Sozialversicherungsleistungen haben. Das hätte folgende wichtige Konsequenzen:

Zum ersten erhielten die Patienten nach der Entlassung Arbeitslosengeld. Dies würde zu einer wesentlich besseren materiellen Ausstattung und Absicherung nach der Entlassung führen. Zum zweiten könnten die Patienten nach der Entlassung Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Dadurch würde die Wiedereingliederung wesentlich leichter. Zum dritten ist es so, daß der Anspruch auf Umschulungsmaßnahmen der Arbeitsämter erlischt, wenn der Betreffende zwei Jahre nicht mehr berufstätig war. Zwei Jahre sind schließlich außerordentlich schnell vorbei.

Hinzu kommt etwas, was weniger greifbare Konsequenzen hat, für das Behandlungsklima und die Persönlichkeitsentwicklung des Patienten aber außerordentlich wichtig ist: Durch eine Versicherung würden der Patient und seine Arbeit ernst genommen. Es ist wichtig, den Patienten einerseits ernst zu nehmen, andererseits etwas von ihm zu fordern. Ich schließe mich da teilweise den Ausführungen von Herrn Volckart an, daß es auf der Seite der Forderungen Möglichkeiten geben muß, den Patienten wirklich in Anspruch zu nehmen.

Dies sind die vier meines Erachtens ganz wichtigen Punkte, um sowohl die Aufenthaltsdauer und die Wartezeiten für Patienten zu verkürzen als auch Rückfällen vorzubeugen. Im übrigen ist der Aufnahmedruck nicht auf Nordrhein-Westfalen beschränkt; auch wir haben Wartezeiten für Patienten. Das ist ein bundesweites Problem. Wie schon gesagt worden ist, besteht sicher eine Sogwirkung: Je besser der Maßregelvollzug ist, desto eher entschließen sich Richter zu diesen Maßnahmen, die fakultativ eingesetzt werden können.

Noch ein Wort zu den Gutachten. Auch ich bin der Auffassung, daß es um Sachverständige geht, daß ein Psychologe ebenso kompetent sein kann wie ein Arzt und daß die Einrichtung den Gutachter - gegebenenfalls einen Arzt und einen Psychologen - auswählen können soll. Ich selbst würde mir für Niedersachsen die dreijährige Überprüfung durch einen externen Gutachter wünschen und es als sinnvoll ansehen, auch Gutachter, die vom Träger unabhängig sind, zu wählen. Dies aus dem Grunde, weil im Gutachten häufig nicht nur Aussagen über den Patienten, sondern auch über die Behandlungsbedingungen gemacht werden. Wir haben in vielen Fällen Behandlungsaufgaben durchsetzen können, indem von außen auf den Träger Druck gemacht wurde, daß z. B. eine qualifizierte Einzelpsychotherapie durchgeführt wird. Ich denke, das wäre durch einen trägerunabhängigen Gutachter besser zu gewährleisten.

Ein Wort zum Schluß: Ich meine, man sollte sich einmal die Begrifflichkeit dieses Gebildes - ich möchte es ständig nur in Anführungszeichen setzen -, des sogenannten

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
zi-sz

Maßregelvollzugs, überlegen und zumindest Absichtserklärungen in das Gesetz aufnehmen. Das Wort "Maßregelvollzug" ist in jedem seiner Bestandteile schrecklich und trifft in keiner Weise die therapeutische Aufgabe, die vollzogen werden muß und kann. Ich glaube, Worte prägen Verhältnisse durchaus mit.

(Beifall)

Abgeordneter Krömer (CDU): Herr Dr. Schott, ich konnte leider nur teilweise zuhören.

Die Nachsorge und in diesem Zusammenhang das "betreute Wohnen" hatte in Ihrer Argumentation einen besonderen Stellenwert. Kann ich davon ausgehen, daß Sie der Meinung sind, daß der Erfolg einer Resozialisierungsmaßnahme, die Stabilisierung des Klienten, entscheidend davon abhängt, ob eine entsprechende Nachsorge durchgeführt wird und auch der Bereich "betreutes Wohnen" weiter ausgebaut wird? Ferner: Halten Sie es für unverzichtbar, daß dies bei der jeweiligen Einrichtung organisatorisch, inhaltlich und fiskalisch in einem direkten Zusammenhang gemacht wird?

Dr. Schott: Ich halte das für unverzichtbar und glaube, daß die weitere Entwicklung des Maßregelvollzugs in dem Maße steht und fällt, wie Nachsorgesysteme, z. B. das "betreute Wohnen", ausgebaut werden. Das ist im übrigen mit wesentlich niedrigeren Kosten verbunden als eine stationäre Behandlung. Die stationären Einrichtungen könnten dadurch entscheidend entlastet werden. Ob man das nun "offener Vollzug", "Dauerbeurlaubung" oder sonstwie nennt - da sind die Übergänge fließend -, es geht darum, daß die Patienten in der Praxis das erproben, was sie in der Einrichtung therapeutisch gelernt haben.

Abgeordneter Gregull (CDU): Eine kurze Frage zur Klärung. Prof. Dr. Leygraf hat vorgetragen, daß das Gutachten, das nach drei Jahren erstellt werden sollte, nach Möglichkeit für Fachleute aus den Einrichtungen offen sein sollte, weil es nicht genügend Experten gebe, die für solche Gutachten zur Verfügung stünden. Sie haben nun etwas Gegenteiliges favorisiert. Ich möchte Sie deshalb fragen, ob Sie die Sachlage, daß genügend Experten vorhanden sind, anders beurteilen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
zi-sz

Dr. Schott: Auch ich denke, daß es schwierig ist, qualifizierte Experten und Sachverständige zu finden. Die Gutachter müßten meiner Ansicht nach auch Erfahrungen im Maßregelvollzug haben. Manche externen Gutachter sind einfach zu weit von der Realität im Maßregelvollzug entfernt; aber das ist ein Problem für sich. Es sollte da in keiner Richtung Berührungängste geben. Selbstverständlich können auch Gutachter aus entsprechenden benachbarten Landeseinrichtungen gefunden werden. Das sollte dem Träger der Einrichtungen überlassen bleiben. Ich empfehle aber klar, auch externe Gutachter zu nehmen.

Rechtsanwalt Eisel: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich bin Rechtsanwalt und habe seit 1978 in Dutzenden von Fällen praktische Erfahrungen sammeln können. Deshalb fühle ich mich kompetent, zu den einzelnen Fragen Stellung zu nehmen.

Den bisherigen Gesetzentwurf halte ich für schlichtweg überflüssig. Die einzig nicht schlechte Vorschrift des § 2 Abs. 4 rechtfertigt ein parlamentarisches Verfahren nicht. Nach § 4 Abs. 2 sollen die leitenden Ärzte einen ersten und zweiten Stellvertreter haben, die auch am Wochenende da sind. § 15 Abs. 5 ist nicht so wichtig, bei so einschneidenden Maßnahmen gegen den Willen sollte aber ruhig auch einer der leitenden Ärzte tätig werden. Für völlig überflüssig halte ich § 23 Abs. 2 und den Artikel III, denn es geht um die Rechte der Betroffenen, nicht um irgendwelche parlamentarischen oder europäischen Kommissionen. Das läßt sich durch Verwaltungsanordnung auch intern klären.

Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme vom 22. Januar an mehreren Punkten das schwere Geschütz der Verfassungswidrigkeit aufgeföhren. Bezüglich der Regelung des § 22 b hat ja, was ich damals noch nicht wußte, das Bundesverfassungsgericht in diesem Sinne entschieden. Herr Dr. Volckart hat auch den Einwand bezüglich des Bundesrechts bei § 21 Abs. 3 genannt, dem ich mich anschließen kann. Von dem bisherigen Gesetzeswerk bleiben zwei Komplexe übrig, der eine betrifft die Kostenregelung, § 22 Abs. 2 in Zusammenhang mit § 22 a und Artikel II.

Ich halte es für verfassungswidrig, wenn auch nicht für einen Verstoß gegen Bundesgesetz. Ich habe mir einmal die Mühe gemacht, diverse Landesgesetze anzuschauen, ich habe aber keine parallele Regelung gefunden. Das wäre so, wie wenn man sagte: Für Kindergärten werden 12 Millionen DM im Jahr zur Verfügung gestellt, und je nach Anzahl der Kinder in den Kindergärten erhöht sich das um diesen oder jenen Quotienten. Das findet man in keinem Gesetz. Überall steht: Die Kosten trägt das Land. Ich sehe eine solche "Deckelung" bei einer Aufgabe, die das Land tatsächlich hat, nicht ein. Das ist der Preis des Föderalismus. Nach Artikel 30 des Grundgesetzes

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992

zi-sz

und Artikel 77 der Verfassung des Landes ist das Land nun einmal für die Verwaltung von Bundesgesetzen zuständig, so daß die Kosten, die dadurch entstehen, sich zwangsläufig das Land ans Bein zu binden hat. Dann den Betrag zu begrenzen, wäre absolut untypisch. Ich wüßte zwar nicht, wer da eine verfassungsgerichtliche Prüfung machen könnte, sie wäre aus meiner Sicht aber erfolgreich. Die Schwierigkeit ist, daß es sich in erster Linie um Bundesrecht handelt. Was bleibt da für den Landesgesetzgeber eigentlich zu regeln übrig?

Wir haben, wie wir gehört haben, die vertrackte Situation, daß Leute in den Maßregelvollzug kommen, die nicht hineingehören oder zumindest nicht so lange hineingehören. Das kann man nicht marktwirtschaftlich regeln, indem man sagt: Dann entlassen wir einen Teil der Leute. Irgend etwas ist da aber schon dran. Wir können nicht lamentieren und sagen: Je nach regionalem Unterschied stecken die Gerichte Leute in den Maßregelvollzug, die nicht hineingehören. Ich habe etliche Male die Erfahrung gemacht, daß, wenn wegen eines Tötungsdeliktes eindeutig "Lebenslang" zu erwarten war, ein findiger Verteidiger es schaffte, § 21 ins Spiel zu bringen; die Richter haben dann aus Ärger darüber, daß "LL" verhindert wurde, § 63 "reingedrückt".

Es gibt aber doch gerade im Land Nordrhein-Westfalen eine ganz tolle Möglichkeit, sich solcher Fälle juristisch korrekt zu entledigen, nämlich mit Hilfe eines Gutachtens. Es ist der besondere Stellenwert des § 14 Abs. 3, mit Hilfe eines Gutachtens festzustellen, ob die Voraussetzungen für eine Unterbringung überhaupt vorliegen. Außerhalb der gesetzlich kodifizierten Regelung des § 67 e Abs. 2 Strafgesetzbuch - 1978 erstmals vom Landgericht Frankfurt entschieden - ist inzwischen bundesweit klar: Man kann in analoger Anwendung des § 67 e Abs. 2 Satz 5 des Strafgesetzbuchs eine Unterbringung für erledigt erklären, und zwar zum einen, wenn man feststellt, daß ein Patient nicht in den Maßregelvollzug gehört. Zum anderen gilt es durchaus für schwere Delikte, z. B. ein Tötungsdelikt, bei dem der Betreffende debil oder an der Grenze dazu war. Nach zwölf Jahren Maßregelvollzug ist der IQ als Erfolg eines vernünftigen Therapiekonzeptes und auch unter Einsatz nicht nur von Ärzten, sondern auch von Pädagoginnen und Pädagogen und Psychologinnen und Psychologen nach oben geklettert. Die Konsequenz ist: Die 14 Jahre Knast, die er bekommen hat, müssen die Obergrenze sein. Man darf nicht sagen: Der Maßregelvollzug muß weiter vollzogen werden, auch wenn die Legalprognose, also die Frage, ob jemand außerhalb der Einrichtung noch Straftaten begeht, negativ ist, weil keine ausreichende Festigung da ist. Man darf nicht inhaltlich fragen, ob er draußen noch Straftaten begeht, wenn er letztlich gar nicht in die Einrichtung gehört.

Inzwischen hat durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 8. Oktober 1985 eine gewisse Welle eingesetzt, Maßregelpatienten aus dem Vollzug zu

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992

zi-sz

entlassen, die aufgrund der Verhältnismäßigkeit nicht hineingehören, die z. B. Diebstahlsdelikte oder gewisse im Grunde noch tolerierbare Gewaltdelikte begangen haben. Ein Raubüberfall muß nicht immer so schlimm sein, daß gerechtfertigt ist, jemanden, der im schuldfähigen Zustand fünf Jahre bekommen würde, im nicht schuldfähigen Zustand 15, 20 Jahre oder lebenslang unterzubringen. Das hat allerdings zur Konsequenz, daß die Leute, die drinbleiben, um so größere Probleme, insbesondere Persönlichkeitsstörungen und möglicherweise auch vertrackte Konstellationen mit den klassischen psychiatrischen Erkrankungen, mit sich bringen. Das bedeutet dann, daß gerade die schwierigen Fälle adäquat umsorgt werden müssen und das Personal dazu um so geschulter sein muß.

Die Frage, ob jemand wegen eines versuchten Tötungsdelikts § 126 a bekommt und letztlich nach § 63 in der Psychiatrie landet, entscheidet teilweise die Erfahrung oder Unerfahrenheit des Staatsanwalts. Ich habe gerade im letzten Jahr zwei Fälle gehabt, zu denen ein Staatsanwalt, der zufälligerweise aus dem Kapitaldezernat kam, gesagt hat: Die brauchen nicht endgültig untergebracht zu werden, die kommen in die örtliche Psychiatrie. Die örtliche Psychiatrie ist in der Lage, mit den Leuten fertig zu werden. Wenn ein solcher Täter einmal im Maßregelvollzug ist, wird er niemals entlassen. Man kann aber durch das PsychKG einerseits und durch das bislang bestehende Pflegschafts- und Betreuungsrecht andererseits durchaus eine Krisenintervention gewährleisten, die viel lebensnäher ist, als jemanden 100 km vom Wohnort entfernt unterzubringen. Es erschaffen dann die Kontakte zu den Angehörigen, und irgendwann ist man dann hospitalisiert.

Den Vorschlag in § 14 Abs. 3 des Gesetzentwurfs, daß die Strafvollstreckungskammern das Gutachten nur auf Anforderung erhalten sollen, verstehe ich überhaupt nicht. Das ist die wesentliche Arbeitsgrundlage, gerade weil das jährliche Überprüfungsverfahren in § 454 Abs. 1 Satz 2 Strafprozeßordnung nur eine Anhörung der Klinik vorsieht. Die Stellungnahmen der Kliniken sind im Laufe der letzten zehn Jahre qualitativ zwar erheblich besser geworden, aber sie beschäftigen sich in erster Linie nur mit der Frage: Können wir eine Entlassung verantworten? Sie fragen sich nicht, ob die Unterbringungs Voraussetzungen noch vorliegen und welche sonstigen Möglichkeiten gegeben sind. Und: Die Leute werden betriebsblind, wenn sie jahrelang immer wieder ähnliche Stellungnahmen über einen Patienten abgeben. Da ist es gerade ein Vorteil des NRW-Rechts, daß ein externer Sachverständiger mit seinen "neuen" Augen sich das anschauen muß.

Jetzt kommt das Problem, das Herr Leygraf schon erwähnte: Die bisherigen Gutachten sind qualitativ meist zu schlecht, weil sie sich schlicht und einfach auf rein medizinische Gesichtspunkte beschränken. Das Problem liegt aber tatsächlich oft mehr im Rahmen der Kriminalprognose oder darin, daß man überhaupt einmal einen

Überblick darüber haben muß, was mit einem Patienten zu geschehen hat. Ich finde deshalb Herrn Raschs Vorschlag zu § 14 Abs. 3 - ohne ihm vorgreifen zu wollen - von der inhaltlichen Komponente her sehr gut. Man kann ihn ohne Gesetzesänderung von heute auf morgen praktizieren, indem der MAGS bei der Vergabe der Gutachten diese Anforderungen stellt.

Auch die finanzielle Situation des Landes bzw. der Landschaftsverbände wird sicherlich im Positiven verändert, wenn in den Gutachten die gesamte Problematik betrachtet wird und die Kriterien der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 8. Oktober 1985 erfüllt werden. Danach ist gerade nicht die sichere Erwartung zukünftigen Wohlverhaltens erforderlich, eine Entlassung zur Bewährung kann durchaus auch das Eingehen eines Experiments beinhalten. Wenn das von den Gutachtern mit berücksichtigt wird, ist § 14 Abs. 3 eine praktikable und durchaus auch kostensparende Regelung. - Danke!

(Beifall)

Prof. Dr. Rasch (Institut für forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich habe enge Bindungen zu Nordrhein-Westfalen, denn ich habe früher in Köln gearbeitet und dort mit dem Maßregelvollzug zu tun gehabt. In den letzten zehn Jahren war ich sehr viel beratend tätig.

Es ist hier schon so viel gesagt worden, dem ich nur beipflichten kann, insbesondere den Ausführungen von Herrn Leygraf. Ich möchte eine allgemeinere Bemerkung machen.

Der Maßregelvollzug war seit seiner Einführung 1934 das ungeliebte Kind der Psychiatrie, auch das Stiefkind der Psychiatriereform. Die Leute wurden eingewiesen, und es passierte nichts, sie wurden nur verwaltet. In welchem Maße, können Sie vielleicht daran sehen, daß in Eickelborn früher 160 Patienten untergebracht waren, jetzt sind es 60 Patienten. Sie können sich die drangvolle Enge vorstellen. Und es gab kein Personal.

Der Gesetzgeber hat sich 1969 entschlossen, den Maßregelvollzug beizubehalten. Das war nicht selbstverständlich. In der DDR wurde er z. B. nicht übernommen, dort erfolgte in diesen Fällen eine zivilrechtliche Unterbringung entsprechend dem PsychKG.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992
zi-sz

Wir haben Anfang der 70er Jahre in der "Psychiatrie-Enquete" dargestellt, in welcher trauriger Verfassung der Maßregelvollzug ist, und geschrieben, daß etwas geschehen müsse. Es ist aber bis in die 80er Jahre hinein nichts geschehen. Wir müssen uns einmal klarmachen, daß wir jetzt plötzlich etwas zurückdrehen wollen. Diese Gruppe, die nun wirklich am elendsten dran ist, die nicht nur mit dem Makel der Kriminalität, sondern auch mit dem Makel psychiatrische Krankheit behaftet ist, kommt nun wieder dran, wenn zum Sparen aufgerufen wird. Ich bitte das von vornherein zu bedenken.

Zum Personal ist viel gesagt worden. Die PsychPV ist umgewandelt und teilweise angepaßt worden. Wenn die Bundesvorschrift eingeführt wird, wird mehr Personal eingestellt werden müssen. Ich halte das nicht für verkehrt, denn, wie wir gehört haben, besteht in den Kliniken eine hohe Fluktuation. Das liegt daran, daß die Leute, die mit psychisch kranken Straftätern umzugehen haben, praktisch überfordert sind; sie sind nach ein paar Jahren ausgebrannt, denn diese Tätigkeit ist wahnsinnig anstrengend. Man sollte einem Therapeuten daher von vornherein nur relativ kleine Gruppen zumuten.

Wiederholt ist gesagt worden, daß die Ausbildung verbessert werden sollte. Ein Arzt oder Psychologe, der von der Hochschule kommt, hat natürlich keine Ahnung, er kennt die Kriminalität wie die meisten Bürger nur aus dem Fernsehkrimi. Ich selbst habe vorgeschlagen, vor allem das Pflegepersonal zu einer Art sozialtherapeutische Assistenten auszubilden; das ist vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe auch umgesetzt worden. Das Pflegepersonal ist die größte Gruppe, es hat die größte Berufsverhaftung und den meisten Kontakt mit den Patienten. Gibt man ihm die Möglichkeiten, mit den Patienten umzugehen, glaube ich, daß eine größere therapeutische Wirkung zu erzielen ist und, um an das, was Dr. Fuchs eingangs gesagt hat, anzuschließen, daß Zwischenfälle vermieden werden können. Ich weiß von vielen Zwischenfällen im Maßregelvollzug, an denen Pfleger beteiligt waren, die aufgrund eines gewissen Ungeschicks oder von Unkenntnis in Gang gekommen waren.

Wie man die Fehleinweisungen von Patienten verhindern kann, weiß auch ich nicht. Es handelt sich um Vorschriften, die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelt worden sind, z. B. muß die Rückfallgefahr wahrscheinlich, nicht bloß möglich sein, oder es muß sich um eine länger dauernde Störung handeln, wie Herr Leygraf schon sagte. Darüber setzt man sich grobenteils hinweg. Da gibt es nicht nur bei den Richtern, sondern auch bei den Anwälten Nachholbedarf. Die Anwälte würden nämlich in diesen Fällen ohne weiteres eine Aufhebung des Urteils bekommen, wenn sie das wüßten. Diese Urteile würden der Revision anheimfallen.

Eine Schwierigkeit, die Patienten schnell wieder zu entlassen, liegt darin, daß neben der Annahme der Voraussetzungen nach § 21 oft noch hohe Freiheitsstrafen bestehen.

Wenn jemand beispielsweise außerdem eine Freiheitsstrafe von 10 oder 15 Jahren hat, tun sich die Strafvollstreckungskammern schwer, ihn nach zwei Jahren zu entlassen, obwohl es aus psychiatrischer Sicht möglich wäre. Das ist ein ganz heikles Problem. Es gibt ja aber nicht eine so strenge Vorschrift, daß die Leute ewig eingesperrt sein müssen. Wenn man einen therapeutischen Erfolg hat, könnte man - deswegen die Wichtigkeit einer angemessenen Nachbetreuung - auch andere Einrichtungen benutzen als hochgesicherte Häuser. Das gilt auch für viele, die so lange untergebracht sind, daß sie hospitalisiert sind, und man nachher nicht mehr weiß, wohin mit ihnen.

In einer der Kliniken, die ich untersucht habe, werden nur 20 % der Patienten wieder in die Freiheit entlassen, das heißt, 80 % bleiben - und das nur mit größter Mühe - in irgendwelchen Heimen. Ich habe teilweise Patienten gesehen, die inzwischen über 80 Jahre alt und wirklich keine Bedrohung für die Allgemeinheit mehr waren. Aber man wußte nicht, wohin mit ihnen. Sie hatten in der betreffenden Klinik schon das Heimatrecht erlangt. Man muß sich also überlegen: Wie schafft man Ersatzinstitutionen?

Die Nachbetreuung ist schon gesetzlich geregelt, es gibt die Führungsaufsicht. In Nordrhein-Westfalen sind bei der Einführung der Führungsaufsicht Modelle bereits gut verwirklicht worden, indem man diesen Institutionen einen mehr therapeutischen Charakter gegeben hat. Sie sind nicht nur eine Neuauflage der Polizeiaufsicht, sondern sie stellen, wie einmal gesagt wurde, "Intensivstationen" der Bewährungshilfe dar.

Bezüglich dieser Nachbetreuungsgedanken würde ich es begrüßen, wenn man in Westfalen-Lippe ein anderes Modell fände - der Landschaftsverband Rheinland hat ja von Anfang an auf die Zentralisierung verzichtet - und man mehr eine Regionalisierung betriebe. Zumindest sollten z. B. in Eickelborn Bereiche gebildet werden, die nicht von Ärzten geleitet zu werden bräuchten, weil, wie Herr Professor Leygraf schon sagte, ein großer Teil der Untergebrachten an Persönlichkeitsstörungen leidet, die auch innerhalb der Sozialtherapie nach § 9 Strafvollzugsgesetz nicht von Ärzten, sondern von Psychologen, Pädagogen oder Sozialarbeitern betreut werden. Diese Möglichkeit ist durchaus gegeben. Die ärztliche Versorgung muß gesichert sein. Ich finde es ganz gut, wenn mehr Psychologen tätig sind, weil dann ein größerer Akzent auf psychotherapeutische Maßnahmen gelegt wird, denn wir Mediziner lernen ja zunächst einmal, Pillen zu verteilen. Das ist nicht immer wünschenswert, bei bestimmten Indikationen muß es dennoch geschehen.

Ich meine auch, daß die Psychologen die Gutachten nach § 14 Abs. 3 übernehmen könnten. Die Formulierung, die jetzt im Gesetzentwurf enthalten ist, ist nach meiner Meinung unnötig kompliziert. Wenn man analog zu § 246 a StPO schreiben würde,

es bleibe der Einrichtung überlassen, jemanden auszuwählen, den sie für sachverständig hält, dann würde, so meine ich, ein Psychologe durchaus gleichberechtigt sein. Ein Psychologe versteht sicher mehr von der Prognosestellung als ein normaler Arzt, denn ein Mediziner hat auf diesem Gebiet nur eine minimale Ausbildung.

Ich habe Ihnen vorgeschlagen, wie meiner Meinung nach § 14 Abs. 3 formuliert werden könnte. Ich meine, er sollte ruhig Gesetz werden. Ich kann Herrn Eisel verstehen, aber ich würde es besser finden, man schriebe es klar in das Gesetz und gäbe den Gutachtern auf diese Weise von vornherein einen entsprechenden Auftrag. Der Ausdruck "Entlassung" muß deswegen gestrichen werden, weil die Patienten nicht nach § 67 b entlassen werden, sondern immer nur bedingt unter Bewährung gestellt werden. Dazu könnte sich ein externer Gutachter nicht äußern. Ich finde die Regelung an sich ganz gut. Die Untersuchung, die Frau Nowara macht, ist noch nicht abgeschlossen. Man kann also noch nicht sagen, ob das zu verwerfen ist. Herr Dr. Volckart hat diese Anregung vor Jahren gegeben.

Ich halte auch die Einrichtung der externen Begutachtung an sich für gut, aber man müßte dann auch die Gutachter qualifizieren. Ich selbst mache solche Gutachten, kenne das Drum und Dran und weiß, wie schwierig es ist. Es war sicher etwas ungeschickt, das so einfach reinzuschreiben.

Einen Satz noch zur Bettenkapazität in den Kliniken. In allen - nicht nur in den nordrhein-westfälischen - Maßregelvollzugseinrichtungen herrscht eine drangvolle Enge. Vielleicht könnte man mehr Leute entlassen. Der tägliche Kampf ums Bett müßte auf alle Fälle vermieden werden, das heißt, man müßte eine Reservebettenkapazität von 10 bis 15 % haben, und zwar nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Krisenintervention. Man muß die Patienten auch sinnvoll verteilen können, man muß wissen, wohin der nächste Patient gelegt werden kann. Die Kliniken haben im allgemeinen eine gewisse Strukturierung und Differenzierung, und diese wird zerstört, wenn man die Leute nur dahin schickt, wo gerade etwas frei ist. - Danke!

(Beifall)

Abgeordneter Kreutz (GRÜNE): Herr Professor, Sie haben gesagt, daß es seinerzeit in der DDR lediglich eine zivilrechtliche Unterbringung gegeben habe, die mit der Unterbringung nach unserem PsychKG vergleichbar sei. Ist das ein Einzelfall gewesen, oder gibt es im internationalen Vergleich weitere Länder, die auf eine gesonderte Maßregelvollzugsinstitution verzichten? Wenn ja, welche Erfahrungen sind damit gemacht worden?

Prof. Dr. Rasch: So global kann ich diese Frage nicht beantworten.

Das italienische System ist dem deutschen vergleichbar. Es gibt dort, über das Land verteilt, sechs Institutionen, und die sind sehr schlecht. Ich habe sie kennengelernt und kann sagen, daß dagegen Bedburg-Hau zum Teil noch ein Edelhotel ist. Das hört sich komisch an, aber es ist tatsächlich so.

Die berühmte Psychiatriereform ist an der forensischen Psychiatrie vorbeigegangen. Man hat sie nicht berücksichtigt. Dieser bestimmten Gruppe geht es bei uns nicht besser als in anderen Ländern.

Es gibt im allgemeinen nur zivilrechtliche Lösungen. Teilweise gibt es innerhalb des Strafvollzugs dann aber Spezialeinrichtungen. In Frankreich kommen psychisch kranke Täter in Kliniken. In England gibt es teilweise Spezialeinrichtungen, die aber nicht in bester Verfassung sind. Ob das weltweit so ist, kann ich nicht sagen.

In der DDR ist 1968 ein neues Strafgesetzbuch eingeführt worden. Die alten §§ 42 b und c - die §§ 63 und 64 nach dem Reichsstrafgesetzbuch - wurden gestrichen. In den §§ 15 und 16, die den §§ 20 und 21 des Strafgesetzbuchs der Bundesrepublik entsprechen, hat man einen Absatz aufgenommen, wonach im Falle einer Wiederholung - oder so ähnlich - das Strafgericht eine Einweisung entsprechend den herrschenden Bestimmungen erlassen kann. Das war das Unterbringungsgesetz; es gab in der DDR nur eines.

Die Kontrolle oblag mehr den Ärzten. Das Ganze war also etwas entkrampfter. So ähnlich war es im Deutschen Reich bis zur Einführung des Maßregelvollzugs. Man hat das geändert, weil man meinte, man müßte mehr Kontrolle hineinbringen und nicht alles den Ärzten überlassen. De facto gab es trotz der zivilrechtlichen Regelung in der DDR auch Spezialkliniken. Schwierige Patienten wurden teilweise konzentriert, wie es früher in Eickelborn war. Es gab Patienten, die aufgrund strafrechtlicher Anordnung untergebracht waren, aber auch Patienten, die nicht richtig spurten. Das war eine sehr unglückliche Entwicklung. Waldheim ist ein Beispiel dafür, in anderen Kliniken war das aber auch so.

In der DDR gab es dafür nicht diese brisante Klientel. Meistens waren es Leute, die nicht so schwere Straftaten begangen hatten. Die schweren Straftäter kamen zuerst ins Gefängnis, und nachher wurde geprüft, ob sie in einer Klinik untergebracht werden mußten. Es war nicht so problematisch wie hier in der Bundesrepublik, wo jetzt eine Konzentration von schwierigen und unter Umständen als gefährlich anzusehenden Personen im Maßregelvollzug erfolgt.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
24. Sitzung

29.01.1992

zi-sz

Vorsitzender Champignon bedankt sich bei den Sachverständigen für ihre Ausführungen und schließt die Anhörung.

**gez. Champignon
Vorsitzender**

06.02.1992/12.02.1992

280