

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung zur Änderung
des Maßregelvollzugsgesetzes**

**ZUSCHRIFT
11/1235**

Diese Stellungnahme berücksichtigt den dem Schreiben vom 20.12. 1991 beigefügten Fragenkatalog, soweit hierzu aus meiner Sicht, d.h. unter psychiatrisch-therapeutischen Gesichtspunkten, Stellung genommen werden kann.

Insgesamt konnten in den letzten Jahren sicher erhebliche Verbesserungen des Maßregelvollzuges in Nordrhein-Westfalen erreicht werden (Fragen I.1. und I.2.). Dies entspricht einem auch an anderen Orten der Bundesrepublik festzustellenden Trend, die Unterbringungsbedingungen im Maßregelvollzug zu verbessern und die Behandlung effizienter zu gestalten.

Der Versuch, den Maßregelvollzug an die in der allgemeinen Psychiatrie erreichten Standards anzugleichen, war und ist zwangsläufig mit einem Kostenzuwachs verbunden. Dies liegt u.a. darin begründet, daß diese Patientengruppe jahrzehntelang sträflich vernachlässigt wurde und somit erhebliche Verbesserungen im konzeptionellen, personellen und baulichen Bereichen erforderlich waren und teilweise noch sind. Zudem ist der Maßregelvollzug – nicht nur wegen der doppelten Aufgabe von Behandlung und Sicherung – aufgrund der besonderen Problematik der hier untergebrachten Patienten zweifellos eines der therapeutisch schwierigsten Bereiche der Psychiatrie¹.

Bauliche Situation:

Die in den §§ 1 und 2 MRVG geforderten Standards des Maßregelvollzuges sind bislang sicher nur zu einem Teil erfüllt (Frage I.2.). In den Einrichtungen im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt sowie in Viersen, Langenfeld und vor allem in Bedburg-Hau entsprechen die baulichen Voraussetzungen in weiten Bereichen keineswegs den therapeutischen Notwendigkeiten, wie sie im § 2 Abs. 1 MRVG gefordert werden. Noch weniger sind sie als "größtmögliche Annäherung an allgemeine Lebensbedingungen" (§ 1 Abs. 1 MRVG) anzusehen.

Würde die Anhörung nicht im Landtag in Düsseldorf sondern im sog. "Bewahrhaus" (Haus 29) in Bedburg-Hau durchgeführt, würde die Frage, ob weitere bauliche Verbesserungen erforderlich sind (Frage II.2.) wohl kaum mehr gestellt werden. Die dortige Situation kann nur als inhuman und gänzlich antitherapeutisch bezeichnet werden.

1.) Leygraf N (1988) Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo

Auch die Häuser 13 und 14 in Langenfeld strahlen eine Öde und Trostlosigkeit aus. Sie sind baulich überaltert, dringend renovierungsbedürftig und entsprechen nicht den im § 3 Abs. 2 DV-MRVG vorgegebenen Mindestanforderungen. Vor allem kann nicht hingenommen werden, daß hier Patienten zumeist über mehrere Jahre hinweg in 4- bzw. 6-Bett-Zimmern untergebracht werden. Bei den zweifellos erforderlichen baulichen Veränderungen sollte darauf geachtet werden, die Stationsgröße (von derzeit 20 - 24 Patienten pro Station) zu verkleinern, um tatsächlich eine Wohngruppenbehandlung zu ermöglichen. Gleiches gilt für Viersen, wo dies derzeit allein schon aus Gründen der räumlichen Enge nicht möglich erscheint.

Personelle Situation:

Im personellen Bereich ist in den letzten Jahren zahlenmäßig eine deutliche Verbesserung erreicht worden. Die entsprechenden Zahlen bis zum Jahre 1989 liegen dem Landtag vor². Über die Personalzahlen für die Jahre 1990/91 werden die Landschaftsverbände Auskunft geben können.

Wann eine Einrichtung über "genug" therapeutisches Personal verfügt, läßt sich kaum sagen, sondern ist abhängig vom jeweiligen therapeutischen Konzept. Es wäre sicher sinnvoll, die Systematik der *Psychiatrie-Personalverordnung* - nach entsprechender Modifikation - auf den Maßregelvollzug zu übertragen (Frage II.1.). Dies würde zu einer besseren Transparenz und Vergleichbarkeit führen. Hierzu liegen auch bereits entsprechende, z.T. alternative Vorschläge vor. Eine Übertragung dieser Berechnungsgrundlage würde voraussichtlich zeigen, daß in einigen Bereichen noch ein personeller Nachholbedarf besteht, etwa bei den akademischen Mitarbeitern in Bedburg-Hau. Größere Divergenzen zum derzeitigen Personalbestand insgesamt wären m.E. aber nicht zu erwarten.

Wichtiger als die Gesamtzahl des therapeutischen Personals ist jedoch deren *therapeutische Kompetenz*. Dies betrifft vor allem das Pflegepersonal (Frage I.3.). Die übliche Krankenpflegeausbildung hat kaum Bezug zu den Aufgaben, die im Maßregelvollzug zu bewältigen sind. Als größte und den Patienten am nächsten stehende Gruppe bedarf das Pflegepersonal einer sozialtherapeutischen Weiterbildung³. Ein solcher Lehrgang ist in Westfalen-Lippe bereits mit Erfolg durchgeführt worden. Zwei weitere Lehrgänge sind dort derzeit im Gang. Eine Fortführung dieser Lehrgänge ist sicher erforderlich, um eine möglichst große Zahl an Pflegekräften im Maßregelvollzug entsprechend zu qualifizieren. Es sollte überlegt werden, auch den Pflegekräften im Rheinland eine vergleichbare Fortbildung zu ermöglichen.

Hinsichtlich der akademischen Therapeuten ist es weiterhin schwierig, genügend qualifizierte Mitarbeiter für die Behandlung psychisch kranker bzw. gestörter Rechtsbrecher zu finden. Dies gilt insbesondere für Ärzte, die oft eher zufällig in den Maßregelvollzug hineingeraten und in der

2.) Drucksache 10/5251 Landtag Nordrhein-Westfalen - 10. Wahlperiode

3.) Rasch W (1984) Krank und/oder kriminell? Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) - Pressestelle Münster

Regel nur kurzfristig dort verbleiben. Die spezielle Problematik der Maßregelpatienten erfordert aber vor allem eine Konstanz der therapeutischen Bezugspersonen, die bei einer derartigen Fluktuation durch die ärztlichen Mitarbeiter nicht zu gewährleisten sind. Auch bei den hier tätigen Psychologen hat man oft den Eindruck einer deutlichen Überforderung mit den speziellen Problemen der Maßregelbehandlung.

Daher sollte m.E. in Nordrhein-Westfalen derzeit weniger eine weitere Stellenvermehrung im akademisch-therapeutischen Bereich angestrebt werden, sondern eine *verstärkte Qualifizierung* durch entsprechende therapeutische Zusatzausbildungen und die Vermittlung kriminalpsychologischen Fachwissens.

Ein etwaiger *Abbau der Fachkräfte* (Frage I.10.) in Nordrhein-Westfalen wäre hingegen aus therapeutischer Sicht keinesfalls vertretbar und würde die in den letzten Jahren in Gang gekommene positive Entwicklung sicher erheblich in Frage stellen. Die Arbeitssituation im Maßregelvollzug ist ausgesprochen belastend und nur in funktionsfähigen Behandlungsteams erträglich zu gestalten. Ein Abbau von Fachkräften hätte zwangsläufig eine Demotivierung der übrigen Mitarbeiter zur Folge, würde die Stellenattraktivität noch weiter verschlechtern und die Gewinnung qualifizierter Mitarbeiter nahezu unmöglich machen.

Erforderlich ist dagegen vor allem eine Fortsetzung der *konzeptionellen Umstrukturierung*, wie sie bereits z.B. in Lippstadt und Düren begonnen worden ist. Die im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten unterscheiden sich in weiten Bereichen sehr erheblich vom "üblichen" Klientel psychiatrischer Krankenhäuser oder Fachabteilungen. Sowohl hinsichtlich ihrer Erkrankungs- bzw. Störungsmuster als auch in Bezug auf ihre soziobiographische Entwicklung weisen sie eine Reihe spezifischer Besonderheiten auf, die in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen sind⁴.

Eine alleinige Übernahme der in der allgemeinen Psychiatrie entwickelten Behandlungsmethoden ist nicht ausreichend, um diesen Patienten künftig eine bessere Lebensbewältigung und soziale Anpassung zu ermöglichen. Hier sind spezielle, z.B. sozialtherapeutisch orientierte Behandlungskonzepte erforderlich. Angesichts des z.T. erheblichen Defizites an schulischer und beruflicher Bildung dieser Patienten sollten entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen verstärkt werden. Bei ca. 30 % der Patienten liegt eine z.T. erhebliche intellektuelle Beeinträchtigung vor. Daher sollten zumindest einige Behandlungsbereiche mit verstärkter (heil-) pädagogischer Orientierung geschaffen werden.

Zur zahlenmäßigen Entwicklung:

Innerhalb der ("alten") Bundesrepublik sind die Bestandszahlen im Bereich des § 63 StGB (bzw. § 42b StGB a.F.) von einem Maximum im Jahre 1967 (4.493 Patienten) zunächst kontinuierlich

4.) Leygraf (1988) a.a.O.

abgesunken bis auf ein Minimum im Jahre 1984 (2.362 Patienten). Seitdem sind sie bis zum Jahre 1989⁵ relativ konstant geblieben (im Mittel ca. 2.413 Patienten).

Die jährliche Einweisungsrate ist in dieser Zeit geringfügig angestiegen: Von 1970 bis 1979 wurden im Mittel ca. 360 Patienten jährlich nach § 63 StGB untergebracht. Von 1980 bis 1984 lag die Zahl der durchschnittlichen Einweisungen pro Jahr bei ca. 400, von 1985 bis 1989 bei 420. Inwieweit sich dieser Trend auch künftig weiter fortsetzt, läßt sich kaum vorhersagen.

Ein kontinuierlich deutlicher Anstieg hat sich dagegen bei der Unterbringung nach § 64 StGB ergeben (von 129 untergebrachten Patienten im Jahre 1972 auf 1.112 im Jahre 1989). Diese Anstiegstendenz, die vor allem alkoholranke Straftäter betrifft, scheint sich auch weiter fortzusetzen.

Zweifelloos gibt es im Maßregelvollzug regional *unterschiedliche Einweisungspraktiken*⁶ (Frage I.12.). Dies wird alleine schon daran deutlich, daß sich in Westfalen-Lippe ca. 1/3 Drittel aller in den ("alten" Ländern der) Bundesrepublik insgesamt nach § 64 StGB untergebrachten Patienten befinden. Die Gründe hierfür dürften vielfältig sein und können hier nicht näher erörtert werden.

Zur Entwicklung der Patientenzahlen im Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen wird sicher seitens der Landschaftsverbände Stellung genommen. Meines Wissens nach sind im Bereich Rheinland die Einrichtungen derzeit derart überbelegt, daß bereits eine "Warteliste" von ca. 60 - 70 Patienten besteht, die eigentlich aufgenommen bzw. aus dem Strafvollzug übernommen werden müßten.

Bei der weiteren baulichen Planung ist zu berücksichtigen, daß jede Station bzw. Wohngruppe im Maßregelvollzug über freie "*Überhangbetten*" verfügen sollte, die nicht regulär "belegt" werden, sondern für Kriseninterventionen zur Verfügung stehen. Sonst sind in Krisensituationen zwangsläufig akute Verlegungen bzw. Übernahmen erforderlich, die nicht sorgfältig genug überlegt werden können und sich oft als ausgesprochen problematisch erweisen.

Zur Dauer der Unterbringung (Frage II.9.):

Inwieweit sich in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren tatsächlich ein "Trend zur Erhöhung der Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug" gezeigt hat, ist mir nicht bekannt. Die für 1989 ermittelten Zahlen⁷ ergaben im Vergleich zu 1984⁸ für das Land Nordrhein-Westfalen insgesamt einen Rückgang der mittleren Verweildauer bei den Unterbringungen nach § 63 StGB (von

5.) Neuere bundesweite Daten liegen mir noch nicht vor.

6.) Leygraf (1988) a.a.O.

7.) Drucksache 10/5251 Landtag Nordrhein-Westfalen - 10. Wahlperiode

8.) Leygraf (1988) a.a.O.

im Mittel 6,1 Jahre auf 4,8 Jahre)⁹. Zwar war im Bereich Westfalen-Lippe ein Anstieg der Verweildauer festzustellen, im Rheinland dagegen ein deutlicher Rückgang.

Die in Westfalen-Lippe erfolgte Zunahme betrifft vor allem Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Gerade bei dieser Patientengruppe sollte m.E. möglichst frühzeitig eine Übernahme der Behandlung durch allgemeinspsychiatrische Krankenhäuser bzw. komplementäre Einrichtungen (Übergangsheime, Tageskliniken, Ambulanzen etc.) erfolgen.

Überdurchschnittliche lange Unterbringungsauern finden sich ebenfalls bei Patienten mit stärkeren intellektuellen Beeinträchtigungen. Auch hier erscheint die Unterbringung unter den Spezialbedingungen des Maßregelvollzuges oft nicht (mehr) erforderlich. Es sollten vermehrte Anstrengungen unternommen werden, für diese Patienten alternative Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten zu finden. Dies würde sicher zu einer deutlichen Entlastung der Belegungssituation in den Maßregeleinrichtungen führen.

Eine weitere Verkürzung der Unterbringungsdauer wäre voraussichtlich durch die im § 1 Abs. 3 MRVG geforderten und bislang nur ansatzweise vorhandenen *ambulant* Behandlungsmöglichkeiten erreichbar. Eine entsprechend kompetente ambulante Weiterbetreuung dürfte auch die kriminelle Rückfallgefährdung verringern und somit die Effizienz der Maßregelbehandlung verbessern¹⁰. Zudem würde von der Möglichkeit, die Unterbringung gemäß § 67b StGB primär zur Bewährung auszusetzen, vermutlich häufiger Gebrauch gemacht, wenn alternative (ambulante) Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind. Dies würde zu einer weiteren Entlastung der stationären Maßregeleinrichtungen führen.

Zur Neufassung des § 14 Abs. 3 MRVG:

Problematisch erscheint Satz 1 der neuen Fassung. Die gesetzliche Höchstfrist für die Überprüfung, ob eine Entlassung verantwortbar ist, beträgt laut § 67e StGB 6 Monate bzw. 1 Jahr. Daher sollte bereits in Satz 1 der Zusatz "durch einen auswärtigen Gutachter" erfolgen.

Bei ca. der Hälfte der Maßregelpatienten liegen Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung und keine psychotischen oder hirnganischen Erkrankungen vor. Eine besondere ärztliche Sachkompetenz ist in diesem Bereich nicht anzunehmen, so daß eine *Gleichstellung von Psychologen und Mediziner* bei der Erstellung solcher Gutachten erfolgen sollte (Frage II.8.). Daher sollte § 14 Abs. 3 MRVG dahingehend geändert werden, daß der Patient "durch einen Sachverständigen" (statt bisher "durch einen Arzt") zu begutachten ist.

9.) Da es sich in beiden Fällen um eine Querschnitterhebung handelte, geben diese Zahlen nur Aufschluß über die durchschnittliche Verweildauer der Patienten am jeweiligen Stichtag, nicht jedoch über die durchschnittliche Verweildauer nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug.

10.) Leygraf N, Windgassen K (1988) Betreuung oder Überwachung: Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges? BewHi 35: 339-349

Weitaus schwerwiegender ist im übrigen das Problem, daß bislang insgesamt nur wenig Gutachter über eine genügende Sachkompetenz in kriminalprognostischen Fragen verfügen, was beide Berufsgruppen gleichermaßen betrifft. In praxi stehen daher die Leiter der Einrichtungen vor dem Problem, überhaupt einen geeigneten Sachverständigen zu finden, der die Begutachtung übernimmt.

Durch eine deutliche Absenkung der Dreijahresfrist dürfte sich kaum eine Verkürzung der Unterbringungszeiten erreichen lassen (Frage II.10.). Von einer Mitarbeiterin des hiesigen Institutes (Frau Dipl.-Psych. S. Nowara) werden derzeit sämtliche Gutachten analysiert, die in den Jahren 1985 – 1989 für das Westfälische Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt gemäß § 14 Abs. 3 MRVG erstattet worden sind. Es besteht offenbar eine deutliche Tendenz der Gutachter, sich den Stellungnahmen der Einrichtung anzuschließen. Somit wurden bislang auch kaum Patienten, deren Prognose seitens der Einrichtung als ungünstig angesehen wurde, aufgrund der kontroversen Einschätzung eines auswärtigen Gutachters entlassen.

Eine Absenkung der Dreijahresfrist wäre zudem aufgrund der begrenzten Zahl entsprechend kompetenter Gutachter problematisch. Die Qualität dieser Gutachten ist bereits jetzt sehr unterschiedlich. Eine weitere Vermehrung solcher Begutachtungen würde wahrscheinlich nur den Anteil fachlich unzureichender Gutachten erhöhen.

Trotz dieser Kritik sollte das Instrument der externen Begutachtung beibehalten werden, weil der Eindruck einer "objektiven" Beurteilung durch einen "unabhängigen" Gutachter für die betroffenen Patienten von entscheidender Bedeutung ist. Es sollten jedoch den Gutachtern konkrete Fragen – über die Entlassungsprognose hinaus – gestellt werden, etwa bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens.

Dabei scheint es nicht erforderlich, daß der Gutachter auch vom Träger der Einrichtung "unabhängig" sein soll (Frage II.7.). Die vom Patienten befürchtete Vorurteilshaltung betrifft in der Regel die Einrichtung selbst und weniger den jeweiligen Träger. Problematisch erscheint mir dagegen die weiter beibehaltene Einschränkung, daß sich der Gutachter "bisher mit dem Patienten nicht befaßt" haben darf. Dies schließt eine Begutachtung durch den im Erkennungsverfahren hinzugezogenen Sachverständigen aus sowie wiederholte Begutachtungen durch den gleichen externen Gutachter. In Einzelfällen kann jedoch eine solche "Längsschnittbeurteilung" durchaus sinnvoll sein.

Zur Frage III.9.:

Inwieweit eine *Selbstbeteiligung der Patienten* an den Kosten der Unterbringung nach §§ 63/64 StGB therapeutisch vertretbar ist, läßt sich nur im Einzelfall entscheiden. Gerade unter den langjährig nach § 63 StGB Untergebrachten gibt es einige Patienten, die eine Rente beziehen und bei denen man den Eindruck gewinnt, daß eine Hinzuziehung zu den Kosten den Patienten dazu veranlassen könnten, verstärkt an rehabilitativen Maßnahmen mitzuarbeiten.

Sofern Patienten über regelmäßige Einkünfte (durch eine Rente oder ein Beschäftigungsverhältnis) verfügen, ist das gem. § 8 DV-MRVG zu bildende Überbrückungsgeld zumeist in kurzer Zeit angespart und der Patient verfügt über – im Vergleich zu den Mitpatienten – beträchtliche Geldmittel. Hier sollte im Einzelfall überprüft werden, ob eine Erhöhung des anzusparenden Überbrückungsgeldes oder eine Beteiligung an den Kosten der Unterbringung erfolgen soll. Sonst vermittelt sich dem Patienten u.U. ein falsches Bild der finanziellen Möglichkeiten, die ihm sein Einkommen nach einer Entlassung einräumt.

Eine generelle Hinzuziehung zu den Kosten kann aber auch die bei diesen Patienten oft schwankende Motivation, ein regelmäßiges Beschäftigungsverhältnis aufrecht zu erhalten, empfindlich beeinträchtigen. Daher sollte hier jeweils im Einzelfall unter therapeutischen Gesichtspunkten entschieden werden.