

## Was spricht gegen die stationäre Maßregel § 63 StGB ?

Das Kapitel über Mentally Disordered Offenders im Oxford Handbook of Criminology wird mit der Aussage eingeleitet: Wenn man psychisch kranke Rechtsbrecher als Sondergruppe behandelt, dürfe man sich in Zeiten repressiverer (Rechts-)Politik nicht wundern, dass diese besonders darunter zu leiden hätten (Peay, 2007). Die Entwicklung der psychiatrischen Maßregel in Deutschland bestätigt diese Aussage.

1. Die Zahl der jährlichen Unterbringungsanordnungen (UAO) § 63 StGB stieg in den letzten 20 Jahren kontinuierlich an, die Zahl der Entlassungen sank, was die Anzahl der auf unbestimmte Zeit Eingeschlossenen von 2500 auf 8000 ansteigen ließ. Der Anteil der Psychosekranken stieg um den Faktor 3 überproportional an, so dass sie heute die größte Diagnosegruppe im psychiatrischen Maßregelvollzug (MRV) stellen (Kutscher et al., 2009). Bemerkenswert ist, dass im gleichen Zeitraum die Anzahl der im Strafvollzug Einsitzenden von 76000 auf 72000 sank. Fazit: Mehr Repression für den psychisch kranken Rechtsbrecher -sein Anteil an der Straftäterpopulation wird absolut und relativ immer größer,- weniger Repression für den normalen. (Statistisches Bundesamt 2014 Lange Reihen Strafverfolgung).

Der überproportionale Anteil der Psychosekranken ist schwer nachzuvollziehen, da wissenschaftlich gut belegt ist, dass sie nicht gefährlicher sind als die Normalbevölkerung. Sie haben nur das Pech, dass die Inzidenz ihrer Erkrankung mit der Inzidenz von Gewaltkriminalität in der Normalbevölkerung zusammenfällt - 80% beider Ereignisse fallen in die Altersgruppe bis 39 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2014; Kutscher et al., 2009; Fazel et al., 2009; Statistisches Bundesamt 2014)).

2. Nach der UAO ist der MRV-Patient einer mehrfachen juristischen Diskriminierung ausgesetzt:

- a) Sie sind einer tendenziell faschistoiden Rechtsauffassung unterstellt. Das Unterbringungsende ist nicht definiert und die Pflicht der Beweislast ist zu Ungunsten des Patienten umgekehrt. (Kammeier, 1996)
- b) Sie werden als einzige Tätergruppe automatisch (ohne Berücksichtigung der Schwere der Straftat) der Maßregel der Führungsaufsicht unterstellt.
- c) Wird die UAO vor dem 21. Lebensjahr ausgesprochen, was nach § 7 JGG möglich ist, werden ihnen die sozialtherapeutisch vielfältigeren Einflussmöglichkeiten des JGG entzogen.

3. Die durchschnittliche Dauer der Unterbringung schwankt nicht nur von Bundesland zu Bundesland, sondern auch zwischen MRV-Kliniken des gleichen Bundesland erheblich (Heinz, 2011; Köpke, 2010; Traub & Weithmann, 2011). Die Anzahl der UAO im Verhältnis zur Bevölkerungszahl differiert ebenso von Bundesland zu Bundesland erheblich (Heinz, 2010). d.h., die Dauer der Unterbringung und das Risiko, MRV Patient zu werden sind im Land ungleich verteilt und unterstellt, dass weder Richter noch Therapeuten noch Gutachter willkürlich handeln, kann man aus diesen Zahlen schließen, dass es sowohl für die Indikation zur MR als auch für die Therapiedauer keine objektivierbaren Maßstäbe gibt.

4. Es gibt keine evidenzbasierten Nachweise, dass die stationäre Behandlung im Maßregelvollzug eine besondere therapeutische und legalprognostische Wirksamkeit erzielen würde - im Gegensatz zum ambulanten Bereich, wie durch neuere Untersuchungen nachgewiesen (Schmidt-Querheim & Seifert 2014; Butz et al., 2013). Die wenigen Studien zur Legalbewährung (forciert) entlassener forensischer Patienten sagen relativ übereinstimmend aus, dass etwa 80% der als gefährlich eingeschätzten Patienten eine positive Legalbewährung hatten, egal, ob ihre Entlassung geplant war oder gegen die Empfehlung der Institution höchststrichterlich erzwungen wurde (s. Tab. 1). Das nächste Experiment mit einer forcierten Entlassung wird wahrscheinlich ab 05/2015 in Italien stattfinden, wo alle psychiatrischen Justizkrankenhäuser geschlossen werden müssen.

5. Die Ergebnisse der in Tab. 1 zusammengefassten Studien belegen aber nicht nur die Unwirksamkeit der stationären MRV-Behandlung, sondern weisen auch nach, dass sich 80% der Patienten zu Unrecht in einer solchen „Behandlung“ befinden (die sog. falsch-positiven, also die Menschen, zu Unrecht als gefährlich eingestuft wurden).

6. Zur Rechtfertigung dieses Unrechts wird gern ein Argument ins Feld geführt: Das sei leider ein Opfer, dass die psychisch Kranken zwecks Sicherheit der Gemeinschaft bringen müssten. Abgesehen davon, dass die Psychiatrieerfahrenen schon einige Opfer bringen wie eine erheblich verkürzte Lebensdauer, häufigere und frühere Multimorbidität; größeres Risiko, Opfer von Gewalt- und Tötungsdelikten zu werden (Aderhold; Hiroe), möchte ich die Verwender dieses Arguments auf folgendes hinweisen: Hätten sie auf einer der vielen

Denkmalsenthüllungen, Gedenkveranstaltungen und Symposien zum Thema „Euthanasie“ zugehört und aufgepasst, könnten sie wissen, dass „Euthanasie“ so geht: 1. Definieren und registrieren; 2. Internieren 3. ideologisch entwerten und zu Gemeinschaftsschädlingen erklären; 4. ermorden. Die ersten beiden Punkte sind schon erledigt, sie beteiligen sich gerade an der Ausarbeitung des Dritten.

6. Die „Legalperformance“ der entlassenen MRV-Patienten ist wesentlich besser, als die anderer entlassener Straftätergruppen (s. Tab. 2). Daraus folgert der Verfasser, dass „die geschilderten Daten zur Legalbewährung von entlassenen Sicherungsverwahrten und Patienten des psychiatrischen MRV“ darauf hinweisen, „dass deren Gefährlichkeit häufig überschätzt wird“ (Dessecker, 2012). Insofern braucht einem auch vor der Schließung der psychiatrischen Justizkrankenhäuser in Italien nicht Bange zu sein, denn bei dem in Italien gut ausgebauten ambulanten psychiatrischen Betreuungsnetz wird auch deren Legalperformance im Vergleich ziemlich gut sein.

7. „Erst wirst du hoffnungslos und dann wirst du faul“ (ein MRV-Insasse) oder warum Therapie in der stationären MR nicht funktioniert

Die Unterbringung in einer totalen Institution wie dem MRV fügt mit dem Zwang, sein Leben unter einem 24-stündig wirksamen einheitlichen juristisch/therapeutischen Zwangsregime zu verbringen, allen Beteiligten mehr (Patienten) oder weniger (Mitarbeiter) Hospitalisierungsschäden zu.

Für jeden schizophren Erkrankten ist ein stationärer Aufenthalt, der die Dauer einer akuten Krise überschreitet, Gift. Denn neben der neuroleptischen Medikation besteht die Therapie darin, mit ihm einen Platz im Leben zu finden, der seiner je individuellen Stressbelastbarkeit und Vulnerabilität angemessen ist: und das geht nur im richtigen und nicht im simulierten Leben. Im simulierten Leben genehmigt sich dann der Psychotiker seine Psychose, weil ihm langweilig und öde ist oder er zieht sich total zurück, weil er nicht die richtige Dosis Lebensanreiz bekommen kann. Und wenn er dann nach einer Weile mit diesen institutionsbedingten Überlebensweisen die Geduld der Mitarbeiter überstrapaziert, wird er als „Unheilbar“ nach Rheine expediert. Auf andere Weise gilt dies auch für persönlichkeitsgestörte Menschen. Bei denen aktiviert das Eingesperrtsein, der Nachteinschluss, der extreme Zwang zu Unterordnung, die körperliche Überwältigung genau die Schemata, die er in Kindheit und Jugend als Überlebensstrategie entwickelt hat und die dann im Erwachsenenalter dysfunktional geworden sind. Und wenn sie dann ... s.o.

Das erste Dilemma für alle therapeutischen Mitarbeiter lautet also: Therapiere ich hier eine Erkrankung oder bekämpfe ich die Überlebensstrategie eines eingesperrten Subjektes. Das komplementäre Dilemma für den Patienten lautet: Wenn ich meine Überlebensstrategien aktiviere, komm ich hier nicht raus!

Das zweite Dilemma, aus Patientensicht beschrieben lautet so: „Ihnen vertrauen, da müsste ich ziemlich blöd sein. Im Zweifel sind sie nämlich immer gegen mich“. Gut auf den Punkt gebracht von einem Patienten: das Dilemma des Mitarbeiters als Schließer und Therapeut. Damit erhält jede Beziehung eine Injektion von Misstrauen, die die Therapie zu einer unendlichen Geschichte werden lässt und den stationären Aufenthalt unsinnig verlängert.

Das dritte Dilemma lautet: Jede Station hat einen offiziellen (z.B. das Stationskonzept) und einen inoffiziellen (unterschiedliche Einstellungen der Mitarbeiter) Lehrplan, die nie übereinstimmen und dem Patienten nicht vereinbare Handlungsalternativen abnötigen oder ihn zum Lügen zwingen (wenn z.B. seine analytisch orientierte Therapeutin von ihm Einsicht in Deliktverarbeitung fordert und der leygrafgeschulte Oberarzt ihm vermittelt, das sei kein vorrangiges Thema (Näheres hierzu im lebendig und ohne Selbstmitleid geschriebene Buch „Ich oder Ich“ von Mathias Illigen, in dem er seine Patientenerfahrungen in der Forensik beschreibt).

Zum Schluss noch eine Ergänzung: Da Forensik ein arme Leute- und Männerding ist ebenso wie allgemein die Gewaltdelinquenz, ist hier natürlich überwiegend von männlichen Insassen die Rede.

Bielefeld, den 14.01.2014

Uli Lewe

Anhang: 2 Tabellen

**Tabelle 1 Studien zur Legalbewährung (forciert) entlassener forensischer Patienten**

Studie	Probanden	Davon mit Schizophrenie	time at risk	Rückfalldelinquenz in %						
				N	%	Jahre	Alle Diagnosen		Schizophrenie	
							Allgemein	Gewalt	Allgemein	Gewalt
<b>Steadmann/Cocozza 1974*</b>	920	77,0								
Aufenthalt in allgemeinspsychiatrischem Krankenhaus	199 (sample aus 920)		4,0	21,6	15,0	k.A.	k.A.			
Davon auch ambulant	98		4,5	20,4	2,0	k.A.	k.A.			
<b>Thornberry/Jacoby 1979*</b>	586	64,5								
Aufenthalt in allgemein psychiatrischem Krankenhaus	540		4,0	k.A.	18,3	k.A.	k.A.			
Davon auch ambulant	406		4,0	23,7	11,7	k.A.	k.A.			
<b>Rice &amp; Harris 1995</b>	622	25,0	8,1	k.A.	35,0	k.A.	16,0			
<b>Rusche 2004*</b>	32	28,1	4,7	24,2	16,5	k.A.	k.A.			
<b>Kudlung 2007</b>	179	19,0	5,0	51,4	13,4	k.A.	k.A.			
<b>Bezzel 2008</b>	39	33,8	1,0	15,4	0,0	5,1	0,0			
<b>Seifert 2010</b>	321	44,6	7,5	31,5	10,3	20,3	7,7			
<b>Nilsson et al. 2011</b>	46	32,6	3,6	15,0	11,0	k.A.	k.A.			
<b>Butz et al. 2013</b>	105	59,0	3,7	2,0	0,0	k.A.	0,0			
<b>Schmidt-Quernheim/Seifert 2014</b>	115	56,6	5,6	20,0	1,7	17,0	k.A.			
<b>Italien 05/2015 Ospedali psichiatrici giudiziari **</b>	1500		?	?	?	?	?			

\*: forcierte Entlassungen      k.A.: keine Angaben      \*\*: Das nächste Experiment mit forcierter Entlassung

Aus den Studien zur forcierten Entlassung lassen sich zwei Schlüsse ziehen: a) Gemessen am Kriterium Gewaltdelinquenz waren mehr als 80% der als hochgefährlich eingeschätzten Patienten zu Unrecht gefangen gehalten (die sog. falsch-positiven). b) unabhängig davon, ob die gefangenen Patienten stationär behandelt wurden (Rusche 2004; Seifert 2010) oder nicht (Steadmann/Cocozza 1974; Thornberry/Jacoby 1979), ihre Rückfalldelinquenz unterscheidet sich nicht wesentlich. Neuere Untersuchungen (Bezzel 2008; Butz et al. 2013; Schmidt-Quernheim/Seifert 2014) zeigen aber, dass die Rückfalldelinquenz forensischer Patienten durch eine geregelte ambulante Nachbetreuung minimiert werden kann.

**Tabelle 2 Legalbewährung unterschiedlicher Tätergruppen (Dessecker 2012)**

Tätergruppe	Time at risk	% Freiheitsentziehungen nach Entlassung
Sicherungsverwahrte § 66 StGB (SV)	8,7 Jahre	31%
Kontrollgruppe (gleiche Deliktvorbelastung, aber ohne SV) entlassener Strafhäftlinge	8,7 Jahre	59%
Bedingt entlassene forensische Patienten § 63 StGB	7,5 Jahre	17%