

TITEL

Susanne Stübner

Reform des Maßregelrechts – Anmerkungen aus psychiatrischer Sicht

Abstract

Die Gesetzesänderungen im Bereich des Maßregelrechts waren zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrags noch nicht verabschiedet und konnten somit auch nicht abschließend diskutiert werden. Der Anfang 2015 veröffentlichte Ergebnisbericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Novellierung der Regelungen zur Unterbringung gemäß § 63 StGB lag jedoch bereits vor. Von einigen wesentlichen Veränderungen in vier Bereichen war somit auszugehen; Überlegungen aus psychiatrischer Sicht zu Modifikationen der §§ 63 StGB, 67d Abs. 6 StGB sowie 463 Abs. 4 und Abs. 6 StPO konnten angestellt werden.

Aus psychiatrischer Sicht sind die Veränderungen grundlegend zu begrüßen.

Einige bereits bisher problematische Konstellationen dürften sich akzentuieren und Handlungsbedarf nach sich ziehen. Eine zeitnahe Schaffung komplementärer Behandlungsprogramme mit forensischer Expertise ist dringend erforderlich.

Eine interdisziplinäre Kommunikation und Abstimmung ist mit der Einführung der Neuerungen unerlässlich.

Schlüsselwörter: Reform des Maßregelrechts; Psychiatrie; Forensische; Psychiatrie; Unterbringung im Maßregelvollzug § 63 StGB

Abstract

In Germany the legal basis of the inpatient treatment of mentally ill offenders will be modified.

Some aspects of these alterations will be outlined from a psychiatric point of view.

Most changes seem to be helpful, but some will cause problems, which will have to be solved. It will be necessary to implement other forms of treatment, for example outpatient clinics with specific forensic expertise.

Interdisciplinary communication between legal and medical institutions will be essential.

Keywords: Psychiatry; Forensic psychiatry; Inpatient treatment of mentally ill offenders; Legal basis of inpatient treatment of mentally ill offenders

A. Einführung

In einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurden Reformüberlegungen der Regelungen zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB angestellt, und entsprechende Gesetzesentwürfe vorbereitet (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe*, 2015). Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrags waren die Gesetzesänderungen noch nicht verabschiedet. Es war jedoch davon auszugehen, dass es auf mehrere Themenblöcke bezogene Modifikationen zum bisherigen Gesetz geben wird, zu denen vorab auch einige Überlegungen aus psychiatrischer Sicht angestellt werden konnten. Auch war es möglich, die jetzige Reform aus psychiatrischer-klinischer und -gutachterlicher Sicht im Kontext anderer Entwicklungen der letzten Jahre zu beleuchten.

Am 12.09.2013 hatte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) bereits eine Stellungnahme zu den Reformüberlegungen des § 63 StGB durch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (DGPPN, 2013) verfasst.

B. Die Veränderungen im Einzelnen und ihre aus psychiatrischer Sicht zu vermutenden Auswirkungen

I. Spezifizierung der Erheblichkeit rechtswidriger Taten

Ausgehend vom bisherigen Gesetzestext des § 63 StGB:

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“

soll zukünftig spezifiziert werden, welche erheblichen rechtswidrigen Taten gemeint sind (Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz [BMJV], 2013):

„...erhebliche rechtswidrige Taten, namentlich solche, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind...“

Durch diese Spezifizierung solle sichergestellt werden, dass „zu erwartende Delikte von abstrakter und allgemeiner Gefährlichkeit (Straftaten gegen die öffentliche Ordnung wie beispielsweise Hausfriedensbruch und gemeingefährliche Straftaten wie beispielsweise Brandstiftung)“, die Anordnung der Unterbringung nur unter bestimmten Bedingungen rechtfertigen (BMJV, 2013). Im Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe war hierzu zusammengefasst, dass die Konkretisierung „insbesondere“ u.a. diene

zur „Anhebung der Voraussetzungen, soweit Taten drohen, durch die nur wirtschaftlicher Schaden entsteht“ und zur „Normierung der Darlegungsanforderungen, wenn aus nicht erheblichen Anlasstaten auf die Gefahr erheblicher Taten geschlossen wird“ (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe*, 2015).

Aus psychiatrischer Sicht wirkte diese Veränderung zunächst nicht sehr einschneidend, da die Erfahrung mit der Anwendung der Anordnung der Unterbringung gemäß § 63 StGB nach bisher geltendem Recht ohnehin geprägt ist vom Eindruck einer deutlichen Berücksichtigung von Verhältnismäßigkeitserwägungen. Allerdings scheint sich diese Tendenz erst in den letzten Jahren verstärkt zu haben. Vormalig fanden sich in psychiatrischen Maßregelvollzugskliniken vereinzelt auch Patienten mit langen Unterbringungsauern und eher als abstrakt einzuschätzenden Gefährdungsmustern (beispielsweise fortgesetzter Erwerb kinderpornographischer Bilder). Insofern könnte die neue Formulierung Sicherheit in der Anwendung des Gesetzes geben und entsprechend auch in der Gutachtenerstellung – die somit präzisere Fragen zu beantworten hätte, was sowohl leichter als auch exakter durchzuführen sein dürfte. Klinisch ist jede Verbesserung der Trennschärfe von richtigen gegenüber Fehleinweisungen willkommen. Sie vermindert vermeidbare Frustrationen von Patienten und Therapeuten und fördert somit das gesamte Behandlungsklima. Und wertvolle Ressourcen können an anderen Stellen besser genutzt werden. Stets ist jedoch zu bedenken, dass auch forensische Patienten, die keiner stationären Maßregelvollzugsbehandlung bedürfen, durchaus ambulanten spezifisch-forensischen Versorgungsbedarf haben können, der sowohl im Sinne der betroffenen Patienten als auch im Interesse der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt werden muss. Insofern wird bereits an dieser Stelle die Notwendigkeit von Ausbau und Verstärkung von ambulanten und komplementären Versorgungsstrukturen deutlich (s.u.).

II. Die Begrenzung der Dauer der Unterbringung

In einer wesentlichen Änderung des bisher geltenden Rechts gemäß § 67d Abs. 6 StGB:

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

soll in Zukunft die Dauer der Unterbringung prinzipiell begrenzt werden (*BMJV*, 2013).

Der aktuelle Entwurf sieht eine „Konkretisierung der Anforderungen an die Fortdauer der Unterbringung über sechs und zehn Jahre hinaus“ vor (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe*, 2015):

insbesondere über sechs Jahre „grundsätzlich nur noch, wenn Taten drohen, durch die die Opfer körperlich oder seelisch schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren seelischen oder körperlichen Schädigung gebracht werden; insbesondere die Gefahr rein wirtschaftlicher Schäden reicht für eine Fortdauer in der Regel nicht mehr.

Fortdauer über zehn Jahre nur noch – wie bei Sicherungsverwahrung – bei der Gefahr von Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden.“

In der Diskussion des Entwurfs wurde hierzu erwähnt, dass die mittleren Unterbringungsauern über mehrere Jahre relativ konstant bei etwa sechs Jahren gelegen hatten (u.a. unter Berufung auf *Dessecker*, 2008), jedoch ab 2008 bis 2012 auf etwa acht Jahre angestiegen waren (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe*, 2015). „Die vorgesehene Schwelle von sechs Jahren soll daher dazu beitragen, dass – wie dies lange der Fall war – die Mehrzahl der Unterbringungen vor dieser Grenze beendet und daher eine Unterbringung über sechs Jahre wieder als überdurchschnittlich lange angesehen werden kann“ (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe*, 2015).

Es ergebe sich hierbei auch ein „Gleichlauf (...) mit der Frequenz der Beauftragung von externen Sachverständigen“ gemäß der geplanten Modifikationen zu § 463 Abs. 4 StPO (s.a.u.).

Statt einer primär unbefristeten Unterbringung eines psychisch kranken Rechtsbrechers in einem psychiatrischen Krankenhaus sollen in Abhängigkeit von der Dauer die Voraussetzungen für die Fortsetzung enger werden.

Aus psychiatrischer Sicht war diese Veränderung zu begrüßen. Sie erschien überfällig. Jeder Mensch kann besser mit der Vorstellung einer befristeten als einer unbefristeten Dauer umgehen. In eine solche Vorstellung lässt sich auch ein strukturierter Therapieplan mit klaren zeitlichen Vorgaben besser integrieren.

Bereits 2011 richtete die DGPPN einen Appell zur Reform des Maßregelvollzugs an die Politik (siehe Pressemitteilung der *DGPPN*, 2014). Auch die Strafverteidigervereinigungen hatten sich bereits 2009 entsprechend geäußert (s.a. *Strafverteidigervereinigungen*, 2013).

Hinsichtlich der Unterbringungsauern gibt es jedoch erhebliche interindividuelle Unterschiede gibt. Bei einer Minderheit der Patienten wird es aus ärztlicher Sicht durch die Neuregelung möglicherweise zu Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf kommen. Dies legen Erfahrungen aus der Allgemeinpsychiatrie nahe. Dort besteht in den letzten Jahren ein zunehmender und erheblicher Druck zu einer Liegedauerverkürzung. Ganz entgegen landläufiger Einschätzungen gibt es viele Patienten, die sehr gerne noch länger bleiben würden, die aber aus Kostengründen entlassen werden müssen. Diese Konstellation ist wesentlich häufiger und bestimmt den klinischen Alltag deutlich mehr als die Behandlung von Patienten, die eine Behandlung eher ablehnen. Die Krankenkassen sind immer weniger bereit, längere stationäre Behandlungen zu finanzieren. Hierdurch entsteht mitunter ein erheblicher Erfolgsdruck für Behandlungen. Es ist jedoch in vielen Fällen nicht möglich, diesem zu entsprechen: So benötigen

beispielsweise medikamentöse Therapieversuche einige Zeit (in der Regel mehrere Wochen), bis ihre Wirksamkeit beurteilt werden kann (z.B. Stübner *et al.*, 2012 und 2013). Eine ggf. notwendige medikamentöse Umstellung erfordert nochmals dieselbe Zeitspanne usw. Es ist hierbei sehr wichtig und erfordert ein hohes Maß an Kontrolle und Disziplin, den zum Teil heftigen Druck nicht an die schwer kranken Patienten weiterzugeben. Auch in der Allgemeinpsychiatrie sind häufig aufwendige Entlassvorbereitungen einschließlich Belastungserprobungen notwendig. Mögen Straffungen therapeutischer Prozesse in vielen Fällen möglich und vielleicht sogar hilfreich sein, führen die Maßnahmen jedoch oftmals auch zu vorzeitigen Entlassungen und sodann auch zu gehäuften Notwendigkeiten von Wiederaufnahmen, der sogenannten „Drehtürpsychiatrie“. In der Allgemeinpsychiatrie werden daher in den letzten Jahren vermehrt Projekte zur Komplementärversorgung ausgebaut, neu entwickelt und etabliert, wie tag-klinische und ambulante Behandlungsangebote.

Da sich in der forensischen Psychiatrie oftmals Patienten mit besonders schweren, therapierefraktären und langwierigen Krankheitsverläufen befinden, ist davon auszugehen, dass die im allgemeinpsychiatrischen Kontext bekannte Problematik hier in zugespitzter Form eintreten wird. Auch wenn sechs Jahre absolut gesehen lange Zeitdauer darstellt, wird eine Behandlung über diese Zeit für einige Patienten nicht ausreichen.

Die Problematik mangelnder komplementärer Versorgungsstrukturen ist in der forensischen Psychiatrie noch ungleich viel verschärfter als in der Allgemeinpsychiatrie. Nur sehr wenige allgemeinpsychiatrische Institutionen sind bereit, forensische Patienten aufzunehmen. Und der Sektor speziell forensisch-ambulanter Angebote konnte zwar in den letzten Jahren sehr erfolgreich etabliert und ausgebaut werden, reicht aber derzeit bei weitem noch nicht aus und wird die durch die Gesetzesänderung zu erwartende steigende Nachfrage nicht bedienen können. Es ist zu befürchten, dass ohne sehr rasches und engagiertes Handeln eine erhebliche Versorgungs- und Sicherheitslücke entstehen wird. Fatal wäre eine „forensische Drehtürpsychiatrie“.

In der forensischen Psychiatrie erfordert die Entlassvorbereitung besondere Aufmerksamkeit – zum einen müssen bei besonders schweren und langwierigen Erkrankungen einer Hospitalisierung entgegengewirkt und eine schrittweise Heranführung an die Anforderungen des Alltags erfolgen. Die Gestaltung des sozialen Empfangsraumes ist ein gewichtiges prognostisches Element. Insofern stellen unvorbereitete Entlassungen (wie es in Einzelfällen bei Feststellungen aufgrund einer unverhältnismäßig langen Unterbringung in der Maßregel o. ä. vorkommt) besondere Härten für die Patienten dar und eine prognostisch ungünstige Konstellation. Es gilt, solche Situationen unbedingt zu vermeiden.

Eine Interferenz mit anderen Gesetzesänderungen könnte die Problematik noch weiter verschärfen. In den letzten Jahren wurden mehrere Initiativen zur Stärkung der Patientenautonomie unternommen. In einer Stellungnahme der DGPPN erfolgte bereits eine kritische Auseinandersetzung (DGPPN, 2012). Die prinzipiell positive Entwicklung wirft mitunter eine erhebliche Problematik auf, die in einigen individuellen Fällen zu einem zur Absicht gegenteiligen Effekt führt. Es gibt Patienten, die schwer erkrankt sind, aber störungsbedingt keine Krankheitseinsicht entwickeln können und

Behandlungen ablehnen; sie sind nicht in der Lage, die Wertigkeiten von möglichen Beeinträchtigungen durch therapeutische Maßnahmen wie z.B. Nebenwirkungen von Medikamenten gegen die krankheitsbedingten Einbußen, und insgesamt die Risiken und Nutzen von Behandlungs-Maßnahmen bzw. von deren Unterlassen gegeneinander abzuwägen. Die Behandlungsablehnungen erfolgen hierbei krankheitsbedingt, als Automatismus und Stereotyp, und eben nicht als Ausdruck einer autonomen Entscheidungsfindung. Wird ärztlicherseits eine Behandlungsnotwendigkeit gesehen, und vom Vormundschaftsgericht eine externe Begutachtung in Auftrag gegeben, vergehen oftmals Wochen und Monate bis zu einer Entscheidung. Schwer kranke, zivilrechtlich untergebrachte Patienten können somit nicht oder nur sehr verzögert behandelt werden, was zu längerer Leidenszeit führt und unter Umständen auch zu irreparablen Schäden. Eine schwerste psychiatrische Erkrankung ist nicht geprägt von Autonomie. Die sich in der klinischen Realität ergebende Konstellation von Unterbringung ohne geeignete Behandlung erinnert an längst vergangen geglaubte unschöne Bedingungen der sogenannten „Verwahrpsychiatrie“ jenseits der Ära einer spezifischen Psychopharmakologie. Kritische Denker haben bereits die Frage aufgeworfen, ob diese Entwicklungen nicht sogar daher rühren könnten, dass psychiatrische Patienten in der Gesellschaft keine Lobby haben (z.B. Schanda, 2013). Es besteht die Gefahr einer unguten Entwicklung: Die Vorstellung von untergebrachten, aber unbehandelten, und somit auch weiter gefährlichen Patienten und deren Versorgung wirft viele Fragen und unschöne Visionen auf. In Bayern gab es bisher kein eigenes Maßregelvollzugsgesetz. Dieses wird 2015 eingeführt und kann somit künftig auch die Möglichkeiten von Behandlungen regeln – wie es im Bayerischen Unterbringungsgesetz bereits der Fall ist. Die Gegebenheiten der Allgemeinpsychiatrie sind nur bedingt mit denen des Maßregelvollzugs vergleichbar. Die Auswirkungen eines Trends zur größtmöglichen individuellen Autonomie einerseits und einem fürsorgerischen Neglect andererseits ergeben jedoch insgesamt eine sehr eigentümliche und beunruhigende gesellschaftspolitische Divergenz.

III. Verkürzung der Überprüfungsfristen

Ausgehend vom bisherigen Gesetzestext des § 67e StGB:

„(1) Das Gericht kann jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen oder für erledigt zu erklären ist. Es muss dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen.

(2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt sechs Monate, in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Jahr, in der Sicherungsverwahrung ein Jahr, nach dem Vollzug von zehn Jahren der Unterbringung neun Monate.“

wurde die Modifikation erwogen (BMJV, 2013):

„... Die Fristen betragen bei der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bei der erstmaligen Überprüfung vier Monate, bei der folgenden Überprüfung acht Monate, sodann jeweils ein Jahr...“.

Hierzu war vermerkt: „Eine zeitnahe Überprüfung gerade zu Beginn der Maßnahme sorgt dafür, dass mögliche Fehleinschätzungen bei Anordnung der Maßnahme schnell korrigiert, und Erfolge einer Therapie zeitnah berücksichtigt werden können“ (BMJV, 2013).

Die genauen Überprüfungsfristen waren bei Abfassung dieses Beitrags noch nicht endgültig festgelegt; ob es dazu kommen wird, ist unklar, da dieser Aspekt im aktuellen Entwurf von 2015 nicht erwähnt wird.

Aus psychiatrischer Sicht erscheinen regelmäßige und in überschaubaren Abständen stattfindende Überprüfungen angebracht. Vier Monate wirken aus der Erfahrung heraus und vor dem Hintergrund der in diesem ersten Zeitraum zahlreich stattfindenden formalen Ereignissen (Nachbereitung der Gerichtsverhandlung) eher kurz. In idealtypischen Fällen mit guter Behandlungsbereitschaft und einem suffizienten Ansprechen der Therapie erfolgt eine Besserung rasch; dies dürfte aber nicht für die Mehrzahl dieser Patienten der Fall sein.

IV. Einholung von Sachverständigengutachten

Ferner wurde zu der bisher geltenden Bestimmung in § 463 Abs. 4 StPO:

„Im Rahmen der Überprüfungen nach § 67e des Strafgesetzbuches soll das Gericht nach jeweils fünf Jahren vollzogener Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63) das Gutachten eines Sachverständigen einholen. Der Sachverständige darf weder im Rahmen des Vollzugs der Unterbringung mit der Behandlung der untergebrachten Person befasst gewesen sein noch in dem psychiatrischen Krankenhaus arbeiten, in dem sich die untergebrachte Person befindet...“

eine Modifikation erwogen mit dem Ziel eines „Ausbau(s) der prozessualen Sicherungen zur Vermeidung unverhältnismäßig langer Unterbringungen“ (Bund-Länder-Arbeitsgruppe, 2015).

Dies solle gewährleistet werden durch eine „Konkretisierung der Anforderungen an die jährlichen gutachterlichen Stellungnahmen der Klinik“. Zudem sei eine „Erhöhung der Frequenz für externe Gutachten von fünf Jahre auf drei Jahre und für Unterbringungen ab sechs Jahren auf zwei Jahre“ vorgesehen.

Ferner solle es eine „Pflicht zum Wechsel der externen Gutachter“ geben:

Der „Gutachter darf nicht das letzte vorausgegangenen externe Gutachten im erkenntnis- oder Vollstreckungsverfahren erstellt haben.“

Des Weiteren solle eine Anforderung im Hinblick auf die Expertise der Gutachter explizit verankert werden:

Gefordert werde eine „Klarstellung, dass mit der Begutachtung nur ärztliche oder psychologische Sachverständige beauftragt werden sollen, die über forensisch-psychiatrische Sachkunde und Erfahrung verfügen.“

Gefordert wird im aktuellen Entwurf auch eine „zwingende mündliche Anhörung des Untergebrachten vor jeder Entscheidung, in der es um die Fortdauer bzw. Beendigung der Unterbringung geht, also auch bei der Entscheidung über die Erledigung der Unterbringung“; dies soll in § 463 IV StPO verankert werden (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe*, 2015).

Für Unterbringungen, die bereits vollstreckt werden, solle es eine Übergangsregelung geben (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe*, 2015):

mit einer „Anwendbarkeit der erhöhten Gutachterfrequenz erst zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes“.

Aus psychiatrischer Sicht zeichnete sich durch eine solche Neuregelung ein erheblicher Mehrbedarf an qualifizierten Begutachtungen ab, verbunden mit Kosten und Aufwand.

Für die Patienten kann dies bedeuten, mit sehr hohen Forderungen belastet zu werden. In der klinischen Praxis entsteht mitunter folgende Konstellation: Ein Patient ist gut rehabilitiert nach dem Maßregelvollzug und kann auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig werden. Er ist jedoch durch hohe Gerichts-, denen noch Gutachtenskosten zugerechnet werden, finanziell ruiniert und startet sein Leben nach dem Maßregelvollzug mit einem Insolvenzverfahren.

Für forensische Psychiater bedeutet das zu erwartende Mehraufkommen an Gutachtensaufträgen eine Verschärfung verschiedener problematischer Konstellationen und raschen und kreativen Handlungsbedarf.

Prinzipiell und besonderes aus Sicht eines Betroffenen ist es äußerst erstrebenswert, nicht von irgendeinem Arzt oder Psychologen, sondern von einem forensisch erfahrenen Experten begutachtet zu werden. Insofern sind diesbezügliche Klarstellungen sicherlich generell zu begrüßen. In den letzten Jahren war sowohl in medizinischen, juristischen als auch in interdisziplinären Gremien die Qualitätssicherung von Gutachten häufig Thema und Gegenstand verschiedenster Bemühungen. Im Vorauskang hatte die psychiatrische Dachgesellschaft DGPPN 2001 ein spezielles Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ entwickelt, im Nachgang erst war es möglich, bei den Ärztekammern der Länder entsprechende Schwerpunktbezeichnungen zu erlangen (z.B. bei der Bayerischen Landesärztekammer 2004). Voraussetzungen dieser Qualifikationen sind u. a. die Abfassung supervidierter forensischer Gutachten, Absolvierung spezieller Weiterbildungsmaßnahmen und Kenntnisse spezifisch forensischer Behandlungen. Einige Gerichte verwenden Listen zertifizierter Gutachter bei der Vergabe von Aufträgen.

Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen sind jedoch nicht ganz unumstritten, was Art und auch Auswirkungen betrifft. Gutachtenaufträge werden vielfach ohne Berücksich-

tigung etwaiger diesbezüglicher Qualifikationen vergeben. Die Sorgfalt und Erfahrung eines Gutachters spiegelt sich nicht unbedingt in seinen Zertifikaten wider. Und auch von zertifizierten Gutachtern wurden bereits unzureichende Gutachten verfasst. Es werden derzeit seitens der DGPPN Re-Zertifizierungsmaßnahmen diskutiert (DGPPN, 2014). Es stellt sich jedoch die Frage, ob hierdurch eine durchgehende Qualitätssicherung gewährleistet werden kann. Die Zertifizierungsmaßnahmen bedeuten einen erheblichen Aufwand. Nachwuchsförderung ist derzeit in der Medizin generell ein großes Thema. Es ist nicht anzunehmen, dass sich viele junge Kollegen den schwierigen Prozeduren unterziehen werden. Demgegenüber drängen andere Fachdisziplinen deutlich nach. Sehr viele Forschungsprojekte gehen derzeit bereits von Psychologen aus, und auch Gutachten werden zunehmend von Psychologen erstellt. Dagegen ist prinzipiell auch nicht viel einzuwenden. Jedoch sind einige Krankheitsbilder und Störungen nach wie vor umfassender aus einer medizinischen Perspektive zu begreifen. Einige Bereiche von Diagnostik und Therapie sind spezifisch medizinisch; dies betrifft nicht nur die klinische Behandlung, sondern auch die Begutachtung.

Andere Maßnahmen zur Qualitätssicherung erscheinen vielversprechend: Intervisierungsgruppen und besonders interdisziplinäre Diskussionen (wie beispielsweise anlässlich der Fachtagung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz, 2014) bereichern und konsolidieren den Bereich erheblich. Als besonders gelungenes Beispiel interdisziplinärer Zusammenarbeit und hilfreicher Standards werden gemeinhin die von Juristen und forensischen Psychiatern gemeinsam formulierten Mindestanforderungen für das Abfassen von Schuldfähigkeits- und Prognosegutachten (Böttcher *et al.*, 2005, 2006) angesehen.

Die Unabhängigkeit der Sachverständigen könnte sich zunehmend problematisch gestalten: Derzeit ist die Gruppe zertifizierter und forensisch besonders gut ausgebildeter Psychiater durchaus überschaubar. Dass sich Gutachter gegenseitig nicht bekannt sind, wird kaum noch, bzw. lediglich durch große räumliche Distanzen zu erzielen sein. Die reale Situation in der Praxis wird somit theoretisch angestrebte gänzlich unabhängige Zweitbegutachtungen selten ermöglichen. So dürften in Zukunft neue und kreative Überlegungen und Regelungen notwendig werden, wie gegenseitige Unbefangenheit und Unabhängigkeit dennoch gewährleistet werden können.

C. Die Veränderungen im psychiatriegeschichtlichen Kontext

Gesellschaft und forensische Psychiatrie bewegen sich stets im Spannungsfeld zwischen Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit und dem Freiheitsanspruch des Individuums. Erfahrungsgemäß unterliegt die dabei eingenommene Haltung zyklischen Schwankungen: War es im Mittelalter üblich, „Wahnsinnige“ als schuldunfähig anzusehen, aber deren Familie für etwaig entstandene Schäden und auch die Unterbringung des Betroffenen zuständig zu machen, die zum Teil auch in dafür konstruierten Käfigen erfolgte (s. a. Groß, 2012; Nedopil und Müller, 2012), erfolgte zu Zeiten der französischen Revolution durch Philippe Pinel (1745–1824) eine Reformierung der „Irren-

anstellen“ und die Begründung einer französischen Psychiatrietradition im Sinne einer ärztlichen Behandlung ohne Zwangsmaßnahmen. Mit dem Dritten Reich begann auch für die Psychiatrie eine finstere Periode. Derzeit setzt sich die DGPPN intensiv mit dieser Epoche auseinander (s. a. Sonderheft DGPPN zur Psychiatrie im Dritten Reich, *Schneider*, 2012). In den 1970er Jahren war die Ausrichtung der Psychiatrie eher von sozialpsychiatrischen Impulsen bestimmt, es entstanden sogenannten Kampagnen, die der Stigmatisierung psychisch Kranker und ihrer Kriminalisierung heftig entgegentraten, es erfolgte eine Enquête zur Lage der Psychiatrie mit einer Dezentralisierung. In der jüngeren Vergangenheit, im Ausgang des Jahrtausends, wurden insbesondere Sexualstraftaten heftig diskutiert, und mitunter sogar lebenslange Inhaftierungen propagiert. Die nach einem schweren Sexualdelikt initiierte Gesetzesänderung des § 67e StGB von der „Erprobungs-„ zur „Erwartungsklausel“ erfolgte in dieser Zeit. Mittlerweile zeichnet sich wiederum eine liberalere Gegenbewegung ab. Die sich in Vorbereitung befindlichen Gesetzesänderungen setzen den Akzent wieder auf die persönliche Freiheit.

Zu beachten dürfte bei allen Fortschritten und Einbeziehungen neuer Erkenntnisse die Vermeidung von Suggestibilität gegenüber Zeitströmungen, vom Ausagieren von Spannungen sowie der Verwerfung bisher bewährter Strukturen und Abläufe sein.

Besorgniserregend scheint eine derzeit sich entwickelnde Divergenz zwischen intendierter Freiheit und mitunter gegenteiligen Folgen: Wie ausgeführt stellen die Einschränkungen der Behandlungsmöglichkeiten gegen den Willen eines Betroffenen – so selbstverständlich richtig diese in der Theorie sein mögen – in der Praxis mitunter eine hoffnungslose Konstellation und weder einen Freiheitsgewinn noch einen wirklichen Nutzen für den Betroffenen dar.

Man könnte insgesamt diskutieren, ob die nun beabsichtigten Veränderungen ausschließlich durch eine Anpassung der Gesetzgebung zu bewerkstelligen wären oder ob eine entsprechende Anwendung der gegebenen Gesetzeslage nicht ebenfalls den beabsichtigten Effekt haben könnte.

In jedem Fall ist ein interdisziplinärer Dialog notwendig.

D. Zusammenfassung und Ausblick

Überwiegend und in vielen Einzelaspekten sind die Gesetzesänderungen aus psychiatrischer Sicht zu begrüßen.

Einige bereits bestehende Probleme dürften sich verstärken, wie ein klinischer Behandlungserfolgsdruck, vermehrter Aufwand und steigende Kosten durch mehr Begutachtungen und der drängende Bedarf an qualifizierten Gutachtern.

Einige Maßnahmen werden dringend und sehr rasch in Angriff genommen werden müssen: An erster Stelle steht hierbei die Schaffung komplementärer Programme wie Tageskliniken, Ambulanzen, weiterführende Einrichtungen mit forensischer Expertise.

Gerade in einer Umbruchsituation wird die interdisziplinäre Kommunikation und Abstimmung von größter Bedeutung sein.

Literatur

Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2014) Interdisziplinäre Fachtagung für Mediziner und Justizangehörige zur Rückfallprognose/forensische Psychiatrie

Boetticher, Kröber, Müller-Isberner, Böhm, Müller-Metz, Wolf (2006) Mindestanforderungen für Prognosegutachten. *NStZ* 10: 537- 551

Boetticher, Nedopil, Bosinski, Saß (2005) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten *NStZ* 2: 57-68

Bund-Länder-Arbeitsgruppe (Januar 2015) Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 Strafgesetzbuch

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2013) Reformüberlegungen zur Unterbringung nach § 63StGB. https://www.lwl.org/massregelvollzug-download/Abt62/Service/Dokumentationen/Expertengespraech_29/2013-08-13_Unterbringung_63_StGB_Reformueberlegungen_BMJ.pdf (zuletzt aufgerufen 12.12.2014)

Dessecker (2008) Lebenslange Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dauer und Gründe der Beendigung im Jahr 2006, *KrimZ*

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012) Stellungnahme. <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/zum-urteil-d-1.html> (zuletzt aufgerufen am 12.12.2014)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013) Stellungnahme. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Stellungnahme_Reform%C3%BCberlegungen_63_StGB_BMJ_final_01.pdf (zuletzt aufgerufen am 14.12.2014)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2014) Pressemitteilung. <http://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article//reform-des-m-1.html> (zuletzt aufgerufen am 14.12.2014)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2014) Treffen des Fachbereichs Forensik anlässlich des Kongresses der DGPPN, Berlin

Groß (2012) Besonderheiten der Gefängnispsychiatrie. Vortrag im Rahmen der Ärztefortbildungen am Bezirkskrankenhaus Augsburg

Nedopil, Müller (2012) Forensische Psychiatrie. 4. Überarb. Aufl.

Schanda (2013) „Zur Lage und zu den Perspektiven der forensischen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum: Die Situation in Österreich.“ Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin

Strafverteidigervereinigungen (2013) http://www.strafverteidigertag.de/Material/The men/Haft%20&%20Sicherungsverwahrung/StVVn_SN_63StGB_23_11_2013.pdf (zuletzt aufgerufen am 14.12.2014)

Stübner, Grohmann, Schmauß (2012) Arzneimittelsicherheit in der klinischen Praxis. Teil 1: Arzneimittelsicherheit in der Behandlung. CME-Fortbildungsartikel. *Fortschr Neurol Psych* 8: 468-481

Stübner, Grohmann, Schmauß (2013) Arzneimittelsicherheit in der klinischen Praxis. Teil 2: Klinisch relevante Aspekte aus Medizinhistorie, Wissenschaft, Ökonomie und Forensik. CME-Fortbildungsartikel. *Fortschr Neurol Psych* 12: 715-729

Kontakt:

*Privatdozentin Dr. med. Susanne Stübner
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“ der Bayerischen Landesärztekammer
DGPPN Zertifikat „Forensische Psychiatrie“
Privatdozentin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
Oberärztin
Bezirkskrankenhaus Augsburg
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Dr.-Mack-Str.1, 86156 Augsburg
E-mail: susanne.stuebner@bkh-augsburg.de*