Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/7735

Universität Rostock Traditio et Innovatio

Universitätsmedizin Rostock

Universitätsmedizin Rostock · Postfach 10 08 88 · 18055 Rostock

An den Vorsitzenden des Innen- und
Rechtsausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtags
Herrn Jan Kürschner
Landeshaus
24105 Kiel

Klinik für Forensische Psychiatrie
Department für Psychosoziale Medizin
Gehlsheimer Straße 20 · 18147 Rostock

Direktorin
Prof. Dr. med. Birgit Völlm
PhD MRCPsych DiplForPsych
Telefon: 0381 494-4800
Telefax: 0381 494-4802
kfp-verwaltung@med.uni-rostock.de

Direktionsassistenz
Astrid Clasen
Telefon: 0381 494-4801
Telefax: 0381 494-4802
kfp-verwaltung@med.uni-rostock.de

Leitender Oberarzt
Dr. med. Deniz Cerci
FRCPsych MBA MSc
Telefon: 0381 494-4830
Telefax: 0381 494-4802
kfp-verwaltung@med.uni-rostock.de

https://forensik.med.uni-rostock.de/

15.11.2026

Stellungnahme zu den Gesetzesentwürfen zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes Schleswig-Holstein

Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 20/4696
Gesetzentwurf der SPD-Fraktion – Drucksache 20/4382

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sehr geehrter Herr Kürschner,
sehr geehrte Mitglieder des Innen- und Rechtsausschusses,

Ich bedanke mich für die Gelegenheit, zu den beiden Gesetzentwürfen Stellung zu nehmen, und möchte hierzu einige Anmerkungen aus fachlicher und praktischer Perspektive der forensischen Psychiatrie einbringen.

Das schleswig-holsteinische Maßregelvollzugsgesetz vom 11. Dezember 2020 enthält bereits wichtige menschenrechtliche und therapeutische Grundsätze. Hierzu gehören insbesondere die Ausrichtung der Unterbringung auf eine möglichst frühzeitige Wiedereingliederung in die Gesellschaft (§ 2), die Achtung der Würde und individuellen Bedürfnisse der untergebrachten Menschen (§ 3) sowie die Begrenzung von Grundrechtseingriffen auf das erforderliche Maß (§ 4).

Die vorliegenden Gesetzentwürfe bieten die Gelegenheit, diese Grundsätze weiterzuentwickeln und die gesetzlichen Rahmenbedingungen an aktuelle fachliche Erkenntnisse und praktische Anforderungen anzupassen. Dabei sind sowohl die Sicherheit der Allgemeinheit und der Einrichtungen als auch die Rechte der untergebrachten Menschen und die therapeutischen Ziele des Maßregelvollzugs zu

berücksichtigen. Zusätzliche Eingriffsbefugnisse bedürfen einer sorgfältigen Prüfung ihrer Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit.

I. Allgemeine Anmerkungen

Die nachfolgende Stellungnahme bewertet die vorgesehenen Änderungen aus klinischer, wissenschaftlicher und menschenrechtlicher Perspektive. Darüber hinaus werden einzelne ergänzende Vorschläge zur Weiterentwicklung des Maßregelvollzugsrechts unterbreitet.

II. Gesetzentwurf der Landesregierung (Drucksache 20/4696)

1. § 2 Abs. 5 – Zusammenarbeit mit der Polizei

§ 2 Abs. 5 sieht bereits eine umfangreiche Zusammenarbeit mit Sozialleistungsträgern, Führungsaufsicht und Bewährungshilfe vor. Der Regierungsentwurf ergänzt ausdrücklich die Polizei. Dies kann für die abgestimmte Entlassungsvorbereitung und das Management konkreter Gefährdungslagen hilfreich sein.

Die neue Nennung der Polizei darf jedoch nicht als generelle Ermächtigung zur Weitergabe medizinischer Daten verstanden werden. Schweigepflicht, datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse und Erforderlichkeit im Einzelfall bleiben maßgeblich. Institutionelle Kooperation und personenbezogene Informationsweitergabe sind zu unterscheiden.

Empfehlung

Klarstellung, dass die Zusammenarbeit die gesetzlichen Voraussetzungen der Datenübermittlung unberührt lässt und auf einer individuellen Risikobeurteilung beruht.

2. § 5a – Meldestrukturen

Die vorgesehene Einrichtung einer Anlaufstelle für Meldungen sicherheitsgefährdender Umstände sowie die Verpflichtung zur Aufklärung von Zweifeln an der Eignung von Beschäftigten sind grundsätzlich zu begrüßen. Die Meldemöglichkeit sollte jedoch nicht auf Sicherheitsaspekte beschränkt bleiben, sondern auch mögliche Verletzungen von Patientenrechten, unangemessene Zwangsanwendung und strukturelle Missstände in der Behandlung umfassen.

Kritisch zu sehen ist, dass die vorgesehene Meldestelle innerhalb der Einrichtung angesiedelt sein soll. Gerade im Maßregelvollzug bestehen besondere Abhängigkeitsverhältnisse. Untergebrachte Menschen können befürchten, dass kritische Meldungen Nachteile für ihre Behandlung oder Lockerungsperspektiven haben; Beschäftigte können berufliche Konsequenzen befürchten. Dies gilt insbesondere, wenn sich Meldungen auf Vorgesetzte oder die Einrichtungsleitung beziehen. Vertraulichkeit, die Möglichkeit anonymer Meldungen und ein ausdrücklicher Schutz vor Benachteiligung sind deshalb von besonderer Bedeutung.

Neben der internen Meldestelle sollte daher eine unabhängige externe Meldemöglichkeit bestehen. Hierfür bietet sich die bereits nach § 22 vorgesehene Besuchskommission an, die Beschwerden entgegennimmt, Einrichtungen kontrolliert und jährlich über ihre Tätigkeit berichtet. Ihre Aufgaben sollten ausdrücklich um die vertrauliche und auf Wunsch anonyme Entgegennahme und Prüfung von Meldungen nach § 5a erweitert werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Besuchskommission auch unabhängig von ihren regelmäßigen Besuchen erreichbar ist und über ausreichende Ressourcen zur Bearbeitung der Meldungen verfügt.

Darüber hinaus sollten sämtliche Meldungen und deren Bearbeitung systematisch dokumentiert und regelmäßig ausgewertet werden. Eine aggregierte Berichterstattung an die zuständige Aufsichtsbehörde würde Transparenz und Rechenschaftspflicht stärken und dazu beitragen, wiederkehrende Probleme und strukturelle Risiken frühzeitig zu erkennen. Dabei müssen die Vertraulichkeit der Meldungen und der Schutz personenbezogener Daten gewährleistet bleiben.

Formulierungsvorschlag
§ 5a Abs. 1 – Ergänzung und Erweiterung:
„Zur Förderung der Sicherheit, der Behandlungsqualität und des Schutzes der Rechte untergebrachter Menschen haben die Einrichtungen eine vertrauliche und auf Wunsch anonyme Meldestelle einzurichten, an die sich Beschäftigte, untergebrachte Menschen sowie deren Angehörige und Vertrauenspersonen wenden können, um sicherheitsgefährdende Umstände, mögliche Rechtsverletzungen, Missstände in der Behandlung oder sonstige erhebliche Beeinträchtigungen des Patientenwohls zu melden. Die Wahrnehmung dieser Möglichkeit darf keine Nachteile nach sich ziehen.
Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass Meldungen auch unmittelbar, vertraulich und auf Wunsch anonym an die unabhängige Besuchskommission nach § 22 gerichtet werden können. Die Besuchskommission muss hierfür auch außerhalb ihrer regelmäßigen Besuche erreichbar sein und über die zur Wahrnehmung dieser zusätzlichen Aufgabe erforderlichen Ressourcen verfügen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Anwendung der Schutzvorschriften des Hinweisgeberschutzgesetzes bleibt unberührt.“
§ 5a – Ergänzung eines neuen Absatzes 3:
„Die Einrichtungen sind verpflichtet, sämtliche bei ihnen eingehenden Meldungen sowie deren Bearbeitung und die ergriffenen Maßnahmen nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Dokumentation ist vertraulich und zugriffsbeschränkt zu führen. Die Meldungen sind in regelmäßigen Abständen systematisch auszuwerten. Der zuständigen Aufsichtsbehörde ist mindestens jährlich in anonymisierter und aggregierter Form über Art und Häufigkeit der Meldungen, deren Bearbeitung, die ergriffenen Maßnahmen und deren Ergebnisse zu berichten. Rückschlüsse auf die Identität meldender oder betroffener Personen sind auszuschließen. Die Auswertungen sind zur Identifikation struktureller Risiken und zur kontinuierlichen Verbesserung der Sicherheit, der Behandlungsqualität und des Schutzes der Rechte untergebrachter Menschen zu nutzen.“
Ergänzung zu § 22 – Aufgaben der Besuchskommission:
„Die Besuchskommission nimmt darüber hinaus Meldungen nach § 5a entgegen. Sie gewährleistet hierfür eine unmittelbar zugängliche, vertrauliche und auf Wunsch anonyme Meldemöglichkeit auch außerhalb ihrer regelmäßigen Besuche. Sie prüft die eingegangenen Meldungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben und berücksichtigt die hierbei gewonnenen Erkenntnisse in ihrer regelmäßigen Berichterstattung. Die Vertraulichkeit und der Schutz der meldenden und betroffenen Personen sind sicherzustellen.“

3. § 6 Abs. 1a und 1b – Untersuchungen ohne Einwilligung

Die vorgesehenen Neuregelungen in § 6 Abs. 1a und 1b betreffen erhebliche Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit und die Intimsphäre untergebrachter Menschen. Insbesondere die Möglichkeit, bereits bei tatsächlichen Anhaltspunkten für einen Substanzkonsum eine überwachte Urinprobe oder Blutentnahme ohne Einwilligung anzuordnen, wird kritisch gesehen.

Wahl des Untersuchungsverfahrens
Substanzkontrollen können im Maßregelvollzug wichtige Funktionen im Rahmen der Behandlung, Rückfallprävention und Risikobeurteilung erfüllen. Dabei sollte

grundsätzlich dasjenige Untersuchungsverfahren gewählt werden, das bei vergleichbarer diagnostischer Aussagekraft mit den geringsten Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit und Intimsphäre verbunden ist. Insbesondere die Urinabgabe unter unmittelbarer Sichtkontrolle kann als erheblich schambesetzt und entwürdigend empfunden werden. Das Bundesverfassungsgericht hat die besondere Eingriffsintensität solcher Kontrollen hervorgehoben und die Prüfung weniger eingreifender Alternativen verlangt (BVerfG, Beschluss vom 22.07.2022 – 2 BvR 1630/21). Soweit sie für die jeweilige Fragestellung eine vergleichbare Aussagekraft besitzen, sollten daher beispielsweise Speicheltests oder Untersuchungen von Kapillarblut bevorzugt werden.

Untersuchungen gegen den Willen

Die in § 6 Abs. 1a vorgesehene Möglichkeit, bereits bei tatsächlichen Anhaltspunkten für einen Substanzkonsum eine überwachte Urinprobe oder Blutentnahme ohne Einwilligung anzuordnen, wird abgelehnt. Der bloße Verdacht auf einen Substanzkonsum rechtfertigt keinen derart weitreichenden Eingriff in die körperliche Selbstbestimmung und Intimsphäre.

Aus klinischer Sicht ist die Notwendigkeit einer solchen Regelung nicht ersichtlich. Bei Verdacht auf eine akute Intoxikation richten sich die erforderlichen Überwachungs- und Behandlungsmaßnahmen nach dem klinischen Zustand der betroffenen Person. Ein positives Testergebnis ist hierfür nicht zwingend erforderlich; umgekehrt kann ein negatives Testergebnis eine Intoxikation nicht zuverlässig ausschließen, da insbesondere neue psychoaktive Substanzen durch die verfügbaren Testverfahren möglicherweise nicht erfasst werden. Die klinische Beobachtung und Beurteilung bleiben daher unabhängig vom Testergebnis unverzichtbar.

Eine Untersuchung gegen den Willen kann allenfalls in eng begrenzten medizinischen Ausnahmesituationen gerechtfertigt sein, wenn eine konkrete, gegenwärtige Gefahr für das Leben oder eine schwerwiegende Gesundheitsschädigung besteht, die Untersuchung zur Abwehr dieser Gefahr zwingend erforderlich ist und keine weniger eingreifenden Maßnahmen zur Verfügung stehen. Die zwangsweise Sicherung eines Nachweises über einen möglichen Regelverstoß darf hingegen kein eigenständiger Zweck solcher Eingriffe sein. Der Maßregelvollzug hat einen therapeutischen Auftrag und ist keine Ermittlungsbehörde.

Es wird daher empfohlen, die vorgesehene Zwangsbefugnis in § 6 Abs. 1a zu streichen und medizinisch unabweisbare Ausnahmefälle ausschließlich in § 6 Abs. 1b zu regeln.

Formulierungsvorschlag

§ 6 Abs. 1a – Neufassung:

„Untersuchungen zum Nachweis des Konsums nicht medizinisch indizierter bewusstseinsverändernder Substanzen erfolgen grundsätzlich mit Einwilligung des untergebrachten Menschen. Bei der Auswahl des Untersuchungsverfahrens ist unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnostischen Fragestellung das Verfahren zu wählen, das bei vergleichbarer Aussagekraft am wenigsten in die körperliche Unversehrtheit und Intimsphäre des untergebrachten Menschen eingreift. Insbesondere sind weniger eingreifende Alternativen zur Urinabgabe unter unmittelbarer Sichtkontrolle zu prüfen und, soweit geeignet, anzubieten. Eine Untersuchung gegen den natürlichen Willen allein zum Nachweis eines Substanzkonsums ist unzulässig."

§ 6 Abs. 1b – Neufassung:

„Eine körperliche Untersuchung gegen den natürlichen Willen des untergebrachten Menschen ist nur zulässig, wenn eine konkrete, gegenwärtige Gefahr für das Leben oder einer schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit des untergebrachten Menschen oder Dritter besteht, die Untersuchung zur Abwehr dieser Gefahr aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist und die Gefahr nicht durch weniger eingreifende Maßnahmen abgewendet werden kann. Die Untersuchung bedarf einer ärztlichen Anordnung. Das Schamgefühl und die Intimsphäre des untergebrachten Menschen sind

besonders zu berücksichtigen. Die medizinische Begründung, die Prüfung milderer Mittel sowie Art und Durchführung der Maßnahme sind zu dokumentieren und zu den Krankenakten zu nehmen.“

4. § 9 – Ärztliche Zwangsbehandlung

Die vorgesehene Neufassung des § 9 wird in wesentlichen Punkten kritisch gesehen. Das geltende Gesetz enthält bereits eine differenzierte Regelung, die ärztliche Zwangsbehandlungen auf eng begrenzte Ausnahmesituationen beschränkt und dabei die Selbstbestimmung und den Gesundheitsschutz der untergebrachten Menschen in den Mittelpunkt stellt. Diese grundsätzliche Ausrichtung sollte beibehalten werden. Begrüßt wird hingegen die vorgesehene Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten auf einstweilig untergebrachte Menschen nach § 126a StPO.

Behandlungsziel und Selbstbestimmung

Besonders kritisch wird die veränderte Formulierung des Behandlungsziels in § 9 Abs. 1 gesehen. Während das geltende Gesetz die Wiederherstellung der tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung ausdrücklich als eigenständiges Ziel einer ärztlichen Zwangsbehandlung benennt, wird dieses Ziel im Regierungsentwurf durch die Erforderlichkeit der Maßnahme zur Erreichung des Vollzugsziels ersetzt.
Zwar wird in § 9 Abs. 3 weiterhin auf die Wiederherstellung der Einsichtsfähigkeit als Voraussetzung freier Selbstbestimmung Bezug genommen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die ausdrückliche Ausrichtung auf die Selbstbestimmung als primäres Behandlungsziel in Absatz 1 entfällt. Die neue Formulierung ist auch deshalb problematisch, weil das Vollzugsziel neben der Behandlung und Rehabilitation den Schutz der Allgemeinheit umfasst. Damit besteht die Gefahr, dass sicherungsbezogene Erwägungen bei der Rechtfertigung ärztlicher Zwangsbehandlungen ein größeres Gewicht erhalten.
Dies erscheint umso weniger nachvollziehbar, als die Gesetzesbegründung ausdrücklich hervorhebt, dass die Zwangsbehandlung ausschließlich der Wiederherstellung der Voraussetzungen freier Selbstbestimmung dienen soll. Der Gesetzeswortlaut sollte diese Zielsetzung eindeutig widerspiegeln.
Es wird daher empfohlen, die bisherige Formulierung des § 9 Abs. 1 beizubehalten, welche die Wiederherstellung der tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung und die Abwendung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder schwerwiegenden Gesundheitsschädigung als zulässige Behandlungsziele benennt.

Keine Unterscheidung zwischen Anlasserkrankung und anderen Erkrankungen

Die im Regierungsentwurf vorgenommene Unterscheidung zwischen der sogenannten Anlasserkrankung und anderen Erkrankungen wird ebenfalls kritisch gesehen.
Aus medizinischer und ethischer Sicht sollte die Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsbehandlung nicht davon abhängen, ob eine Erkrankung ursächlich für die strafrechtliche Unterbringung war. Maßgeblich müssen vielmehr die krankheitsbedingte Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit, die medizinische Notwendigkeit der Behandlung, die zu erwartenden gesundheitlichen Folgen einer Nichtbehandlung sowie die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs sein.
Die vorgeschlagene Differenzierung birgt die Gefahr einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung. Einerseits könnte bei einer Anlasserkrankung aufgrund des öffentlichen Sicherungsinteresses ein weitergehender Eingriff in die körperliche Selbstbestimmung ermöglicht werden. Dies würde bedeuten, dass untergebrachte Menschen aufgrund der strafrechtlichen Bedeutung ihrer Erkrankung stärkere Eingriffe hinnehmen müssten als bei anderen Erkrankungen. Andererseits könnte bei einer nicht mit der Anlasstat zusammenhängenden Erkrankung der Zugang zu einer medizinisch notwendigen Behandlung erschwert werden, obwohl die gesundheitlichen Folgen einer Nichtbehandlung ebenso schwerwiegend sein können.

Zwar verweist der Regierungsentwurf für andere Erkrankungen auf die Vorschriften des Betreuungsrechts. Damit werden Behandlungen nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Es entstehen jedoch unterschiedliche rechtliche Voraussetzungen und Verfahrenswege, obwohl sich die medizinische Behandlungsbedürftigkeit und die Beeinträchtigung der Einwilligungsfähigkeit nicht notwendigerweise unterscheiden.
Eine solche Differenzierung erscheint auch vor dem Hintergrund des allgemeinen medizinischen Versorgungsauftrags des Maßregelvollzugs nicht überzeugend. Die untergebrachten Menschen haben unabhängig vom Zusammenhang einer Erkrankung mit ihrer Straftat Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung. Auch die Voraussetzungen für einen ausnahmsweise zulässigen Eingriff gegen den natürlichen Willen sollten sich grundsätzlich an einheitlichen medizinischen und grundrechtlichen Kriterien orientieren. Es wird daher empfohlen, auf die Unterscheidung zwischen Anlasskrankheit und anderen Erkrankungen zu verzichten und die bisherige krankheitsübergreifende Regelung beizubehalten.

Ärztliche Zwangsbehandlung bei einstweiliger Unterbringung nach § 126a StPO
Ausdrücklich begrüßt wird die vorgesehene Erweiterung der Möglichkeiten ärztlicher Zwangsbehandlung auf einstweilig untergebrachte Menschen nach § 126a StPO.
Die bisherige Regelung schränkt die Behandlungsmöglichkeiten für diese Personengruppe erheblich ein. Dies kann dazu führen, dass medizinisch notwendige Behandlungen über einen längeren Zeitraum nicht durchgeführt werden können, obwohl die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung nicht einwilligungsfähig sind und die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung bei rechtskräftig untergebrachten Menschen erfüllt wären.
Gerade bei psychotischen Erkrankungen kann eine verzögerte Behandlung erhebliche gesundheitliche Nachteile mit sich bringen. Die wissenschaftliche Literatur zeigt einen Zusammenhang zwischen einer längeren Dauer unbehandelter Psychosen (*duration of untreated psychosis*) und ungünstigeren Behandlungsergebnissen, insbesondere hinsichtlich der Symptomremission und des längerfristigen Krankheitsverlaufs. Auch wenn aus diesen Zusammenhängen nicht unmittelbar die Wirksamkeit oder Rechtfertigung einer Zwangsbehandlung abgeleitet werden kann, unterstreichen sie die Bedeutung eines rechtzeitigen Zugangs zu medizinisch indizierter Behandlung.
Es erscheint daher weder medizinisch noch ethisch gerechtfertigt, Menschen allein aufgrund ihres vorläufigen Unterbringungsstatus von einer unter strengen Voraussetzungen möglichen Behandlung auszuschließen. Die Unschuldsvermutung steht dem nicht entgegen, sofern die Behandlung ausschließlich medizinischen Zwecken dient und nicht der Erreichung strafrechtlicher oder sicherungsbezogener Ziele.
Die im Regierungsentwurf vorgesehene zusätzliche Voraussetzung, dass durch die Verzögerung der Behandlung der Erfolg eines möglichen nachfolgenden Maßregelvollzugs gefährdet sein muss (§ 9 Abs. 5), wird abgelehnt. Sie verknüpft die medizinische Behandlung mit der Aussicht auf eine spätere strafrechtliche Maßregel und macht den Gesundheitsschutz damit von einer sachfremden Voraussetzung abhängig. Stattdessen sollten für einstweilig untergebrachte Menschen dieselben materiellen Voraussetzungen und verfahrensrechtlichen Schutzmechanismen gelten wie für rechtskräftig untergebrachte Menschen. Dies betrifft insbesondere die krankheitsbedingt fehlende Einwilligungsfähigkeit, die medizinische Erforderlichkeit, die Ausschöpfung milderer Mittel, die Verhältnismäßigkeit sowie die vorherige gerichtliche Genehmigung.

Verfahrensrechtliche Sicherungen
Die im Regierungsentwurf vorgesehenen zusätzlichen Regelungen zur Berücksichtigung von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen, zur Dokumentation sowie zur Nachbesprechung von Zwangsbehandlungen werden grundsätzlich begrüßt.
Allerdings sollten die bereits im geltenden Recht vorgesehenen verfahrensrechtlichen Sicherungen vollständig erhalten bleiben. Dies gilt insbesondere für die Verpflichtung des Gerichts zur Einholung eines Sachverständigengutachtens und die erforderliche

Mitwirkung einer Verteidigerin oder eines Verteidigers. Angesichts der besonderen Eingriffsintensität ärztlicher Zwangsbehandlungen kommt diesen unabhängigen Kontrollmechanismen erhebliche Bedeutung zu.

Empfehlungen zur gesetzlichen Umsetzung
Es wird empfohlen, die bisherige Fassung des § 9 hinsichtlich der materiellen Voraussetzungen ärztlicher Zwangsbehandlungen und der bestehenden verfahrensrechtlichen Sicherungen grundsätzlich beizubehalten und entsprechend zu ergänzen.
§ 9 Abs. 1 des geltenden Gesetzes: Die bisherigen Behandlungsziele der Wiederherstellung der tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung sowie der Abwendung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung sollen beibehalten werden. Die bisherige Beschränkung ärztlicher Zwangsbehandlungen bei einstweilig untergebrachten Menschen am Ende des Absatzes soll entfallen.
§ 9 Abs. 2 des geltenden Gesetzes: Die bisherigen verfahrensrechtlichen Sicherungen sollen erhalten bleiben. Dies gilt insbesondere für die in Nummer 5 vorgesehene gerichtliche Anordnung nach Einholung eines Sachverständigengutachtens sowie die erforderliche Mitwirkung einer Verteidigerin oder eines Verteidigers.
§ 9 Abs. 2 des Regierungsentwurfs: Auf die Unterscheidung zwischen Anlasserkrankung und anderen Erkrankungen sowie die hieraus folgenden unterschiedlichen rechtlichen Voraussetzungen soll verzichtet werden.
§ 9 Abs. 5 des Regierungsentwurfs: Die zusätzlichen Voraussetzungen für ärztliche Zwangsbehandlungen bei einstweilig untergebrachten Menschen sollen entfallen. Stattdessen wird folgende Formulierung vorgeschlagen:
„Die Vorschriften dieses Paragraphen gelten entsprechend für Menschen, die gemäß § 126a der Strafprozessordnung einstweilig untergebracht sind.“

5. §§ 10, 12 und 17 – Digitale Teilhabe
§ 17 des geltenden Gesetzes verlangt bereits die Einrichtung und Förderung neuer Telekommunikationsmöglichkeiten. Der Regierungsentwurf konkretisiert nun den Zugang zu digitalen Bildungs-, Informations- und Kommunikationsangeboten sowie die Nutzung eigener Endgeräte unter technischen Sicherheitsvoraussetzungen. Diese Konkretisierung wird begrüßt. Individuelle Beschränkungen und Eingriffe in gespeicherte private Kommunikation müssen weiterhin einer gesetzlichen Grundlage und einer eigenständigen Verhältnismäßigkeitsprüfung unterliegen.

6. § 12 Abs. 4 – Persönliche Habe
Bisher verlangt § 12 Abs. 4 bei Vernichtung oder Veräußerung aufbewahrter persönlicher Habe die Zustimmung der Eigentümerin oder des Eigentümers beziehungsweise der bevollmächtigten Person. Soweit der Regierungsentwurf hiervon abweicht, liegt eine materielle Abschwächung des Eigentumsschutzes vor. Eine Entsorgung gegen den Willen darf nur Ultima ratio sein; angemessene Frist, Prüfung externer Aufbewahrung, Benachrichtigung und Dokumentation sollten gesetzlich gesichert werden.

7. § 21 – Hausordnung
§ 21 des geltenden Gesetzes verlangt bereits eine Hausordnung mit Beteiligungsmöglichkeit der Untergebrachten. Neu ist vor allem die ausdrückliche Grenze, dass die Hausordnung keine eigenständigen grundrechtsintensiven Eingriffe begründen darf, sowie die stärkere Berücksichtigung von Barrierefreiheit und digitaler Teilhabe. Diese Klarstellungen sind zu begrüßen. Die bloße Möglichkeit, Vorschläge einzureichen, könnte durch eine verbindlichere Beteiligung gewählter Patientenvertretungen ergänzt werden.

Formulierungsvorschlag

„Die untergebrachten Menschen haben das Recht, eine Interessenvertretung zu wählen. Die Einrichtung unterstützt deren Bildung und Tätigkeit. Die Interessenvertretung ist bei der Erstellung und Änderung der Hausordnung sowie bei Angelegenheiten, die die gemeinschaftlichen Lebensbedingungen betreffen, frühzeitig einzubeziehen."

§ 28 Abs. 3 – Durchsuchungen und geschlechtliche Selbstbestimmung
Die vorgesehene Neufassung des § 28 Abs. 3 wird kritisch gesehen. Insbesondere erscheint es nicht sachgerecht, bei der Auswahl der durchsuchenden Person grundsätzlich auf die rechtlich anerkannte Geschlechtszugehörigkeit des untergebrachten Menschen abzustellen.
Die rechtliche Geschlechtszugehörigkeit entspricht nicht notwendigerweise der individuellen Geschlechtsidentität. Das Selbstbestimmungsgesetz ermöglicht zwar die Änderung des Geschlechtseintrags, begründet jedoch keine Verpflichtung hierzu. Die geschlechtliche Selbstbestimmung und das Recht auf respektvolle Behandlung dürfen nicht davon abhängig gemacht werden, ob eine entsprechende personenstandsrechtliche Änderung vorgenommen wurde.
Gerade bei Durchsuchungen, die erheblich in die Intimsphäre und das Schamgefühl eingreifen können, sollte die selbstbestimmte Geschlechtszugehörigkeit der betroffenen Person maßgeblich sein. Der Regierungsentwurf kehrt dieses Prinzip um, indem er den rechtlichen Geschlechtseintrag zum Regelfall erklärt und die Berücksichtigung individueller Wünsche von zusätzlichen Voraussetzungen abhängig macht. Dies erscheint auch deshalb problematisch, weil eine fehlende rechtliche Anpassung nicht zwingend darauf beruht, dass diese bisher nicht möglich war.
Es wird daher empfohlen, die individuelle Geschlechtsidentität und den Wunsch der betroffenen Person in den Mittelpunkt der Regelung zu stellen. Abweichungen sollten nur aus konkreten, nachvollziehbaren Gründen zulässig sein und unter größtmöglicher Wahrung der Intimsphäre erfolgen.

Formulierungsvorschlag für § 28 Abs. 3
„Bei Durchsuchungen ist das Schamgefühl und die Intimsphäre des untergebrachten Menschen besonders zu achten. Die Durchsuchung soll durch eine Person des Geschlechts durchgeführt werden, das der untergebrachte Mensch unter Berücksichtigung seiner individuellen Geschlechtsidentität selbst bestimmt. Eine Änderung des personenstandsrechtlichen Geschlechtseintrags ist hierfür nicht erforderlich. Abweichungen sind nur aus zwingenden Gründen zulässig und zu dokumentieren. In diesen Fällen sind Maßnahmen zu treffen, die den Eingriff in die Intimsphäre so gering wie möglich halten."

9. § 29 – Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen

Die vorgesehene Klarstellung, dass Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen auch durch entsprechend qualifiziertes therapeutisches oder pflegerisches Fachpersonal durchgeführt werden können, wird begrüßt. Dies entspricht der multiprofessionellen Praxis des Maßregelvollzugs. Entscheidend ist jedoch die klare Trennung zwischen der ärztlichen Anordnungsverantwortung und der Durchführung der Maßnahme.

Der Regierungsentwurf sieht in § 29 Abs. 5 bereits ausdrücklich eine ärztliche Anordnung vor. Bei Gefahr im Verzug kann eine Maßnahme zunächst auch ohne ärztliche Anordnung durchgeführt werden; diese ist unverzüglich herbeizuführen. Es sollte zusätzlich klargestellt werden, dass in diesen Fällen unverzüglich eine ärztliche Überprüfung der Maßnahme erfolgen muss und diese bei fehlender Bestätigung umgehend zu beenden ist. Die nachträgliche ärztliche Überprüfung darf sich nicht auf eine rein formale Bestätigung beschränken.
Darüber hinaus sollten für sämtliche Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen verbindliche

Dokumentationsanforderungen festgelegt werden. Zu dokumentieren sind insbesondere der konkrete Anlass und die Gefährdungslage, die medizinische beziehungsweise sicherheitsbezogene Begründung, die Prüfung und gegebenenfalls erfolglose Anwendung weniger eingreifender Alternativen, die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme sowie deren Anordnung, Durchführung, Dauer und Beendigung. Auch die fortlaufende Überprüfung der Erforderlichkeit und die Gründe für eine Fortsetzung sind festzuhalten.

Die ausdrückliche Aufnahme der Fesselung in § 29 Abs. 2 Nr. 5 wird zum Anlass genommen, auf die Empfehlungen der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter hinzuweisen. Diese hat wiederholt auf das erhebliche Verletzungsrisiko metallener Fesseln aufmerksam gemacht und die Verwendung geeigneter textiler Fesselungssysteme empfohlen (Nationale Stelle zur Verhütung von Folter, Jahresberichte 2022 und 2024). Metallene Hand- und Fußfesseln sollten daher innerhalb der Einrichtungen des Maßregelvollzugs nicht verwendet werden. Stattdessen sollten geeignete, möglichst schonende textile Fesselungssysteme zum Einsatz kommen. Auch bei Beförderungen, Transporten und Ausführungen außerhalb der Einrichtung sollte grundsätzlich geprüft werden, ob textile Fesselungssysteme ausreichen. Der Einsatz metallener Fesseln sollte nur zulässig sein, wenn aufgrund einer konkreten individuellen Gefährdungsbeurteilung festgestellt wird, dass weniger eingreifende Alternativen nicht ausreichen. Die Gründe hierfür sind zu dokumentieren. Jede Fesselung muss auf das unerlässliche Maß und die kürzest mögliche Dauer beschränkt bleiben.

Empfehlung zur gesetzlichen Umsetzung
§ 29 Abs. 5 sollte um eine ausdrückliche Verpflichtung zur unverzüglichen ärztlichen Überprüfung bei Gefahr im Verzug ergänzt werden. Ferner sollten für sämtliche Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen verbindliche Anforderungen an die Begründung, Verhältnismäßigkeitsprüfung und Dokumentation aufgenommen werden.
Für Fesselungen innerhalb der Einrichtung sollte die Verwendung metallener Fesseln ausgeschlossen und der Einsatz geeigneter textiler Fesselungssysteme vorgeschrieben werden. Auch bei Maßnahmen außerhalb der Einrichtung sollten textile Fesselungssysteme grundsätzlich Vorrang haben. Metallene Fesseln sollten dort nur eingesetzt werden dürfen, wenn ihre Erforderlichkeit aufgrund einer konkreten individuellen Gefährdungsbeurteilung festgestellt und dokumentiert wurde.

10. § 30 – Besondere Sicherungsmaßnahmen

Die Regelungen zu besonderen Sicherungsmaßnahmen bedürfen aus therapeutischer und menschenrechtlicher Sicht einer Überarbeitung. Dies betrifft insbesondere die Voraussetzungen für ihre Anordnung, die Abgrenzung von Fixierung und medikamentöser Behandlung sowie die Überprüfung länger andauernder Maßnahmen.

Selbstgefährdung als Anordnungsgrund
Nach § 30 Abs. 1 des geltenden Gesetzes können besondere Sicherungsmaßnahmen auch bei ausschließlicher Selbstgefährdung angeordnet werden. Dies erscheint insbesondere hinsichtlich der Unterbringung in einem Kriseninterventionsraum problematisch. Eine Absonderung kann sich zusätzlich negativ auf den psychischen Zustand auswirken und die bestehende Krise verstärken. Bei ausschließlicher Selbstgefährdung sollte daher vorrangig eine kontinuierliche persönliche Betreuung und Überwachung durch entsprechend qualifiziertes Personal erfolgen. Eine Absonderung ist nicht gerechtfertigt, wenn die Sicherheit durch solche weniger eingreifenden Maßnahmen gewährleistet werden kann. Personalmangel darf keinesfalls als Begründung für die Anordnung einer besonderen Sicherungsmaßnahme herangezogen werden. Die Einrichtungen müssen vielmehr über ausreichende personelle Ressourcen verfügen, um eine angemessene Betreuung auch in Krisensituationen sicherzustellen.
Fixierung und medikamentöse Behandlung

Die vorgesehene Ausnahme der sogenannten 1-Punkt-Fixierung zur Sicherstellung einer laufenden somatischen Behandlung aus dem Begriff der Fixierungsmaßnahme wird kritisch gesehen. Auch die Fixierung an nur einem Körperteil kann einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und Bewegungsfreiheit darstellen. Sie sollte daher grundsätzlich denselben Anforderungen an Indikation, Verhältnismäßigkeit, Überwachung, Dokumentation und gerichtliche Überprüfbarkeit unterliegen wie andere Fixierungsmaßnahmen. Die Intensität und Dauer des Eingriffs können bei der Ausgestaltung der erforderlichen Schutzmaßnahmen berücksichtigt werden.
Darüber hinaus ist die Einbeziehung einer medizinisch erforderlichen Medikation in den Begriff der Fixierungsmaßnahme problematisch. Fixierung und medikamentöse Behandlung sind rechtlich und medizinisch eigenständige Maßnahmen, die jeweils einer gesonderten Indikationsstellung und Rechtfertigung bedürfen. Insbesondere darf die Anordnung einer Fixierung nicht zugleich als Ermächtigung zur Verabreichung von Medikamenten ohne Einwilligung oder gegen den natürlichen Willen verstanden werden. Für eine medikamentöse Behandlung gegen den natürlichen Willen müssen unabhängig von der Fixierung die Voraussetzungen ärztlicher Zwangsbehandlung nach § 9 erfüllt sein.

Kriseninterventionsraum und Überprüfungsfristen
Der Regierungsentwurf sieht in § 30 Abs. 10 vor, dass bei einer länger als vier Wochen dauernden Unterbringung im Kriseninterventionsraum eine erneute Überprüfung und nach zwölf Wochen eine Bestätigung durch eine andere ärztliche Person erforderlich ist. Diese Fristen erscheinen angesichts der erheblichen Eingriffsintensität deutlich zu lang. Die Unterbringung in einem Kriseninterventionsraum kann mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden sein und darf nicht zu einer längerfristigen Ersatzform therapeutischer Betreuung werden.
Es wird daher vorgeschlagen, die Notwendigkeit jeder besonderen Sicherungsmaßnahme mindestens täglich ärztlich zu überprüfen und zu dokumentieren. Dauert die Maßnahme länger als eine Woche an, sollte eine zusätzliche Überprüfung durch ein anderes, nicht unmittelbar an der Behandlung beteiligtes multiprofessionelles Team innerhalb der Einrichtung erfolgen, dem mindestens eine ärztliche Person angehört.
Bei einer Dauer von mehr als einem Monat ist zusätzlich eine externe fachärztliche Überprüfung verpflichtend vorzusehen. Diese muss durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen, die oder der weder in der betreffenden Einrichtung beschäftigt noch an der bisherigen Behandlung oder Anordnung der Maßnahme beteiligt ist. Das Ergebnis der Überprüfung ist einschließlich der Begründung und der Empfehlungen zur Fortsetzung, Veränderung oder Beendigung der Maßnahme zu dokumentieren.
Diese zusätzlichen Kontrollen entbinden nicht von der Verpflichtung, die Maßnahme jederzeit zu beenden, sobald ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Jede Verlängerung muss gesondert begründet und dokumentiert werden.

Dokumentation und Transparenz
Die bereits bestehenden Dokumentationspflichten des § 30 Abs. 8 sollten beibehalten und um die Dokumentation der regelmäßigen ärztlichen, internen multiprofessionellen und externen Überprüfungen ergänzt werden. Die im Regierungsentwurf vorgesehene Streichung der Berichtspflicht gegenüber dem Landtag wird kritisch gesehen. Angesichts der besonderen Grundrechtsrelevanz dieser Maßnahmen erscheint eine regelmäßige anonymisierte Berichterstattung über Art, Häufigkeit und Dauer besonderer Sicherungsmaßnahmen sowie deren Entwicklung unverzichtbar.

Empfehlung zur gesetzlichen Umsetzung

Es wird empfohlen, § 30 dahingehend zu überarbeiten, dass bei ausschließlicher Selbstgefährdung die persönliche Betreuung und kontinuierliche Überwachung Vorrang vor isolierenden Maßnahmen haben und Personalmangel ausdrücklich keinen Anordnungsgrund darstellen darf. Auch für 1-Punkt-Fixierungen müssen angemessene Schutz- und Kontrollmechanismen gelten. Die Verabreichung von Medikamenten ist unabhängig von einer Fixierung zu beurteilen und unterliegt bei einer Behandlung gegen den natürlichen Willen den Voraussetzungen des § 9.
Die Erforderlichkeit besonderer Sicherungsmaßnahmen sollte mindestens täglich ärztlich, bei einer Dauer von mehr als einer Woche zusätzlich durch ein anderes multiprofessionelles Team innerhalb der Einrichtung und bei einer Dauer von mehr als einem Monat durch eine externe, unabhängige Fachärztin oder einen externen, unabhängigen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden. Die bestehenden Dokumentations- und Berichtspflichten sollten erhalten und entsprechend ergänzt werden.

11. § 35a – Freiwillige Wiederaufnahme

§ 35a sieht die freiwillige Wiederaufnahme innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung bei akuter Zustandsverschlechterung oder drohendem Suchtrückfall vor; dies kann Versorgungslücken schließen und frühzeitige Krisenintervention ermöglichen. Die vorgesehene Freiwilligkeit, das Recht auf jederzeitige Entlassung und der Ausschluss unmittelbaren Zwangs sind ausdrücklich zu begrüßen.
Ergänzend sollte ein freiwilliger Verbleib unmittelbar nach Maßregelende für bis zu sieben Tage ermöglicht werden, etwa wenn die Anschlussversorgung nach einer kurzfristigen Gerichtsentscheidung noch nicht gesichert ist.

Formulierungsvorschlag
„Nach Beendigung der Maßregel kann der betroffenen Person auf ihren Antrag aus fürsorgerischen Gründen ein freiwilliger Verbleib in der bisherigen Einrichtung für die Dauer von bis zu sieben Tagen ermöglicht werden. Der Aufenthalt ist auf Wunsch der betroffenen Person jederzeit unverzüglich zu beenden.“

12. § 43 – Unabhängige Kontrollorgane

§ 43 Abs. 3 sieht schon bisher Einsichtsrechte internationaler und nationaler Präventionsorgane vor. Die Neufassung konkretisiert den Kreis der Organe und die Erforderlichkeitsvoraussetzungen; die Ausnahme für Aufzeichnungen über Therapiegespräche bleibt im Kern erhalten. Zu prüfen ist, ob die Formulierung „zwingend erforderlich“ die jeweiligen Kontrollmandate unangemessen verengt.

13. § 45 – Finanzierung

§ 45 regelt bereits die Kostentragung und Finanzierung des Maßregelvollzugs. Die neue Fassung von Absatz 2 Satz 1 soll ausdrücklich auch die zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Investitionskosten in das jährliche Budget nach Maßgabe des Landeshaushalts einbeziehen. Dies wird begrüßt.

III. Gesetzentwurf der SPD-Fraktion (Drucksache 20/4382)

Grundsatz der Einzelunterbringung

Der SPD-Entwurf schafft erstmals einen gesetzlichen Grundsatz der Einzelunterbringung. Dies wird ausdrücklich unterstützt. Das geltende Gesetz enthält keinen entsprechenden allgemeinen Anspruch; sein § 10 regelt bereits den Aufenthalt im Freien und die Freizeit. Die Einzelunterbringung dient Privatsphäre, Rückzug, Würde und Konfliktprävention, gerade bei langjährigen Unterbringungen.
Die Ausnahmen in § 10 Abs. 2 des SPD-Entwurfs sind jedoch zu weit, soweit therapeutische Gründe oder zwingende organisatorische Gründe eine gemeinsame

Unterbringung auch gegen den Willen Betroffener erlauben. Eine gemeinsame Unterbringung sollte grundsätzlich das ausdrückliche Einverständnis aller Beteiligten voraussetzen; eine nicht einverständliche Belegung kommt allenfalls kurzfristig bei außergewöhnlicher, konkret begründeter Notlage in Betracht.

Formulierungsvorschlag für § 10 Abs. 2
„Eine gemeinsame Unterbringung mehrerer untergebrachter Menschen ist zulässig, wenn alle betroffenen Personen ausdrücklich zustimmen und Gründe der Behandlung oder Sicherheit nicht entgegenstehen. Eine gemeinsame Unterbringung gegen den Willen einer betroffenen Person ist nur vorübergehend in einer konkret begründeten außergewöhnlichen Notlage zulässig, wenn keine andere geeignete Unterbringungsmöglichkeit besteht. Die Gründe und die Dauer sind zu dokumentieren und die Erforderlichkeit ist regelmäßig zu überprüfen.“
Die Übergangsfrist bis 1. Januar 2030 ist angesichts möglicher baulicher Anpassungen vertretbar.

IV. Weitergehende Empfehlungen

1. Prävention und Reduktion von Zwang
Die Pflicht zur Zwangsvermeidung steht bereits in § 29 Abs. 1. Empfohlen werden daher messbare Qualitätsstandards für die Umsetzung: regelmäßige Schulungen, individuelle Krisenpläne, multiprofessionelle Fallanalysen, strukturierte Nachbesprechungen und einheitliche landesweite Auswertung der vorhandenen Dokumentation.

2. Aufenthalt im Freien und Alltagsgestaltung
§ 10 Abs. 1 garantiert bereits mindestens eine Stunde täglichen Aufenthalt im Freien und verlangt für Ausnahmen Zustimmung der ärztlichen Leitung und Dokumentation. Diese Garantie sollte erhalten bleiben. Weitergehend empfehlenswert sind zwei Stunden für Minderjährige und Möglichkeiten selbstbestimmter Alltagsgestaltung, insbesondere zur Selbstversorgung.

3. Forschung und Qualitätssicherung
§ 2 Abs. 3 nennt bereits Einrichtungen der Wissenschaft und Forschung als Kooperationspartner. Weitergehend sollte die eigenständige Aufgabe wissenschaftlicher Evaluation und Qualitätssicherung ausdrücklich gestärkt werden, insbesondere bei Zwangsmaßnahmen, Behandlungsverläufen und Entlassungsergebnissen. Hierzu sollten Mittel zur Verfügung gestellt werden.

V. Zusammenfassende Bewertung

Der Regierungsentwurf enthält sinnvolle Verbesserungen bei digitaler Teilhabe, Meldestrukturen und freiwilliger Wiederaufnahme. Die wesentlichen fachlichen Vorbehalte betreffen die Reichweite nicht einwilligungsbasierter Untersuchungen, die Voraussetzungen der Zwangsbehandlung insbesondere bei § 126a StPO, die Ausnahme für 1-Punkt-Fixierungen, die Kontrollschwellen bei langfristiger Absonderung und die Streichung der parlamentarischen Berichtspflicht. Bereits geltende Schutzpflichten – etwa zu Zwangsvermeidung, Nachbesprechung, Außenaufenthalt und unabhängiger Besuchskommission – müssen nicht erneut geschaffen, sondern wirksam umgesetzt und weiterentwickelt werden.

Der Entwurf der SPD-Fraktion zur Einzelunterbringung wird ausdrücklich unterstützt. Die Ausnahmen sollten enger gefasst werden, damit Privatsphäre nicht dauerhaft organisatorischen Erfordernissen untergeordnet wird.

Eine konsequente Orientierung an therapeutischen und menschenrechtlichen Standards steht nicht im Widerspruch zum Schutz der Allgemeinheit. Sie ist vielmehr eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Behandlung, möglichst kurze Unterbringung und nachhaltige Risikoreduktion.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Birgit Völlm PhD Dipl For Psych MRCPsych
Klinik für Forensische Psychiatrie
Universitätsmedizin Rostock