

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/3656

DGPPN Geschäftsstelle · Reinhardtstraße 14 · 10117 Berlin

Schleswig-Holsteiner Landtag
Frau Dörte Schönfelder
Postfach 7121

24171 Kiel

Berlin, den 15. Februar 2012

Entwurf eines Gesetzes über den Vollzug der Therapieunterbringung in Schleswig-Holstein – Therapieunterbringungsvollzugsgesetz – (ThUVollzG) sowie Gesetz zur Änderung des Landesverwaltungs-gesetzes; Ihr Schreiben vom 09. Februar

Sehr geehrte Frau Schönfelder,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 09. Februar 2012. Anhängend übersenden wir Ihnen zur Vorbereitung der Sitzung des Ausschusses die thematisch relevanten schriftlichen Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde:

- „Zum Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu den begleitenden Regelungen, und insbesondere zum Artikel 5 Gesetz zur Therapieunterbringung und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter (ThUG) in Kraft seit 01.01.2011“ (Stellungnahme vom 10.02.11)
- „Zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den Regelungen zur Sicherungsverwahrung vom 04.05.2011“ (Stellungnahme vom 10.06.11)
- „Zur Neuregelung der Sicherungsverwahrung angesichts des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 04.05.2011“ (Stellungnahme vom 11.10.11)
- „Zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug“ (Stellungnahme vom 16.01.2012)

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne unter 030 / 24 04 77 216 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. P. Falkai
Präsident der DGPPN



Prof. Dr. Jürgen L. Müller
Leiter des DGPPN-Referats für
Forensische Psychiatrie



Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen
Tel.: 0551/39-6601 Fax: 0551/39-2798
Email: pfalkai@gwdg.de

President Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn
Tel.: 0228/287-15722 Fax: 0228/287-16097
Email: w.maier@uni-bonn.de

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen
Tel.: 0241/80-89633 Fax: 0241/80-82401
Email: fschneider@ukaachen.de

Schriftführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen
Tel.: 0551/39-6606 Fax: 0551/39-22798
Email: ogruber@gwdg.de

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg
Tel.: 03445/72-1800 Fax: 03445/72-1802
Email: dgppnkasse@t-online.de

Beisitzerin Versorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee
Tel.: 030/92790-234 Fax: 030/92790-702
Email: i.hauth@alexius.de

Beisitzer Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck
Tel.: 0451/500-2440 Fax: 0451/500-2603
Email: fritz.hohagen@psychiatrie.uk-sh.de

Beisitzer Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena
Tel.: 03641/935242 Fax: 03641/935280
Email: heinrich.sauer@med.uni-jena.de

Beisitzerin Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg
Tel.: 06221/568751 Fax: 06221/565998
Email: sabine.herpertz@uni-heidelberg.de

Beisitzer Psychosomatik

Prof. Dr. med. Martin Bohus, Mannheim
Tel.: 0621/1703-4001 Fax: 0621/1703-4005
Email: martin.bohus@zi-mannheim.de

Beisitzer Qualitätssicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf
Tel.: 0211/922-2000 Fax: 0211/922-2020
Email: wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin
Tel.: 030/450-517001 Fax: 030/450-517921
Email: andreas.heinz@charite.de

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Ingolstadt
Tel.: 0841/8802200 Fax: 0841/8802209
Email: thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemeinen Krankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe
Tel.: 04821/7722800 Fax: 04821/7722809
Email: a.deister@kh-itzehoe.de

Vertreter BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Tel.: 0241/36330 Fax: 0241/404972
Email: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Tel.: 02632/96400 Fax: 02632/964096
Email: dgppn@dr-roth-sackenheim.de

DGPPN Geschäftsstelle Berlin

Reinhardtstraße 14 Tel.: 030/2404772-0
10117 Berlin Fax: 030/2404772-29
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
Internet: www.dgppn.de

Hypovereinsbank München (BLZ 700202 70) Konto: 506 511
VR 268548, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Stellungnahme
Nr. 01 / 16.01.2012



**Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Nervenheilkunde**

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**

zum

**Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur
Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug**

Der zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts hat im Beschluss vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09) die Zwangsbehandlung mit Antipsychotika bei behandlungsunwilligen, krankheitsuneinsichtigen Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug als schwerwiegenden Eingriff in das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG bewertet und im Einzelfall an strengste Anforderungen geknüpft. Eine Zwangsbehandlung liegt auch vor, wenn der Betroffene die Maßnahme nur passiv duldet. Der Schutz Dritter vor Straftaten wird durch die Unterbringung selbst gewährleistet. Allerdings kann das Freiheitsinteresse des Untergebrachten selbst eine Zwangsbehandlung zur Erreichung der Einsichtsfähigkeit befristet erforderlich machen (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG), sofern er seine Interessen wegen krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht selbst verfolgen kann. Die Zwangsbehandlung eines zur freien Willensbestimmung Befähigten ist aber immer grundgesetzwidrig.

Aus psychiatrischer Sicht ist die Stärkung des Patientenwillens und der Patientenautonomie zu begrüßen. Die selbstbestimmte Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung ist eine wesentliche Grundlage des Erfolgs einer jeden sachgerechten, den Patienten einbeziehenden und auf seine Mitwirkung bauenden Behandlung. Allerdings birgt die Rigorosität des Verbots der Behandlung ohne und auch gegen den Willen des Betroffenen aber in dessen bestverstandenen Interesse gravierende Konsequenzen, zwingt die Helfenden ihren Patienten erfolgversprechende Hilfe vorzuenthalten und überantwortet psychisch Kranke einem eigengesetzlich verlaufenden

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen

President Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer.soc. Frank Schneider, Aachen

Schriftführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

Beisitzerin Versorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee

Beisitzer Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

Beisitzer Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena

Beisitzerin Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Beisitzer Psychosomatik

Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim

Beisitzer Qualitätssicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. Thomas Polimächer, Ingolstadt

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe

Vertreter BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

DGPPN-Hauptgeschäftsstelle Berlin

Reinhardtstraße 14

10117 Berlin

Tel.: 030/24047720

Fax: 030/240477229

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Internet: www.dgppn.de

Hypovereinsbank München (BLZ 700202 70) Konto: 509 511
VR 268548, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Schicksal. Damit werden sinnvolle Hilfsangebote nicht mehr nutzbar, das Unterlassen von Hilfeleistungen zur ärztlichen Aufgabe, die „freie“ Willensentscheidung psychisch Kranker zynisch zur Legitimation der langfristigen Verwahrung. Die weitaus überwiegende Mehrzahl psychiatrischer Patienten wirkt an ihrer Behandlung konstruktiv mit. Zwangsbehandlungen sind seltene Ausnahmen bei der psychiatrischen Behandlung. Behandlungen ohne den Willen des Patienten sind aber dann bedeutsam und hilfreich, wenn Menschen auf Grund ihrer psychischen Störung für sich oder andere gefährlich werden. Die Zahl dieser Patienten ist klein. Und doch spiegelt der Umgang mit diesen wenigen Patienten, die wegen fehlender Krankheitseinsicht einer Behandlung nicht zustimmen wollen, die Haltung unserer Gesellschaft mit ihren schwächsten Mitgliedern wieder, und sie trifft Selbstverständnis und Berufsethos psychiatrisch tätiger Ärzte. Aktuelle Entscheidungen stärken die Freiheits- und Selbstbestimmungsinteressen der Menschen, auch wenn diese psychisch krank sind und sich selbst und ihr Umfeld schädigen, ohne jedoch die kaum zu verantwortenden Konsequenzen für die betroffenen Patienten und deren Nahfeld zu berücksichtigen. Neben dem oben genannten Beschluss des BVerfG vom 23.03.2011 sind unter anderem folgende Entscheidungen getroffen worden:

- BVerfG Beschluss vom 12.10.2011: Keine neuroleptische Behandlung des auf eine Persönlichkeitsstörung zurückzuführenden Misstrauens und der Feindseligkeit gegen die Behandler.
- OLG Celle, Beschluss vom 03.08.11: Wahnhafte Störung mit gefährlicher Körperverletzung gegen das Personal und weitere Gewaltandrohung: Eine Zwangsbehandlung zur Abwendung von Gefahren für Leib und Gesundheit von Mitpatienten oder Pflegepersonal lässt das Nds MVollzG nicht zu. Für die Abwehr von Gefahren für Dritte kann nicht auf Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen des Patienten zurückgegriffen werden.
- OLG Zweibrücken vom 01.08.2011: Es ist der Klinik verwehrt gegen den entgegenstehenden Willen eines einwilligungsfähigen Untergebrachten eine interkurrente Erkrankung zwangsweise zu behandeln, auch dann, wenn die Verweigerung der Behandlung lebensgefährlich ist.
- BGH vom 01.02.2006: Zwangsbehandlung bei betreuungsrechtlicher Unterbringung: Der Betreuer ist befugt in ärztliche Maßnahmen auch gegen den natürlichen Willen eines im Rechtssinne einwilligungsunfähigen Betreuten einzuwilligen. Dies umfasst bei einer genehmigten Unterbringung ausnahmsweise auch das Recht einen der ärztlichen Maßnahme entgegenstehenden natürlichen Willen des Betreuten zu überwinden. Allerdings dürfen Zwangsbehandlungen nicht ambulant, sondern nur während des genehmigten stationären Aufenthalts erfolgen.
- BGH vom 23. 01. 2008: Das Vormundschaftsgericht darf die Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Einrichtung nicht genehmigen, wenn die Freiheitsentziehung als solche nicht notwendig ist und die Genehmigung letztlich nur eine

Rechtsgrundlage abgeben soll, den Betroffenen in einer offenen Abteilung der Einrichtung einer erforderlichen - auch zwangsweisen - Behandlung mit Medikamenten zu unterziehen.

- AG Nürtingen vom 10.11.2011: Psychisch Kranke, die krankheitsbedingt für sich und andere gefährlich sind, können nach UBG Baden-Württemberg nur untergebracht aber nicht gegen ihren Willen behandelt werden.

Im Interesse psychiatrischer Patienten wie der Helfenden in der Psychiatrie nimmt die DGPPN zu den sich aus dem Beschluss des BVerfG vom März 2011 und den sich aus den weiteren Urteilen ergebenden Konsequenzen wie folgt Stellung:

Durch das Verbot der Behandlung ohne oder auch gegen den Willen des psychisch kranken Menschen werden

- 1. Ärzte gezwungen, behandelbaren Menschen wirksame Hilfe vorzuenthalten.**
- 2. gestützt auf das Selbstbestimmungsrecht psychisch kranke Menschen einem eigengesetzlich verlaufenden Krankheits- und Sozialschicksal überlassen.**
- 3. in Folge ihrer psychischen Störung gefährliche Menschen, die einer Behandlung zur Wiedergewinnung ihrer sozialen Kompetenz nicht zustimmen, langfristig aus der Gesellschaft ausgegrenzt.**
- 4. Ärzte in den beidseits strafbedrohten Konflikt zwischen unterlassener Hilfeleistung und rechtswidriger Zwangsbehandlung gestellt.**
- 5. Therapeuten und Pflegende gezwungen, sich mit behandelbaren und aufgrund der psychischen Störung gewalttätigen Menschen körperlich auseinanderzusetzen.**
- 6. mechanische Zwangsmaßnahmen wie Isolierung und Fixierung in zynischer Weise als zu bevorzugende humane Behandlungsformen dargestellt.**

Zu den Punkten im Einzelnen

- 1. Ärzte werden gezwungen, behandelbaren Menschen wirksame Hilfe vorenthalten.**

Psychische Störungen können die psychische Leistungsfähigkeit, die Beurteilungsfähigkeit und den Wirklichkeitsbezug beeinträchtigen und Individualität, Selbstwirksamkeit und Interaktion in der Gesellschaft gefährden. Ausdruck dieser psychischen Veränderung ist häufig eine Verminderung der Einsicht in die bestehende Störung und der damit verbundenen Minderung selbstreflektierender Fähigkeiten. Konsequenterweise fehlen häufig Krankheitsver-

ständnis und Einsicht in die Behandelbarkeit der zugrundeliegenden Prozesse. Das „Recht zur Krankheit“, wie es den Urteilen des Bundesverfassungsgericht zu entnehmen ist, wird durch die mit der Krankheit verbundenen Konsequenzen für den Betroffenen relativiert: Durch psychische Störungen bedingte Eigen- und Fremdgefährlichkeit zwingt die Gesellschaft durchaus zum Handeln, um schwerwiegende Konsequenzen für den Betroffenen selbst (z.B. Suizid) oder für andere (z.B. Gewalthandlungen) zu verhindern. Wenn diese psychische Störung so erheblich ist, dass ein wirksamer Bezug auf die Umgebung unmöglich geworden und damit die Einsichtsfähigkeit des Betroffenen aufgehoben ist, billigt das BVerfG Urteil Zwangsbehandlungen, sofern strenge prozedurale Vorgehensweisen eingehalten werden. Wenn aber diese Schwelle nicht oder nicht mehr erreicht wird, ist eine solche Behandlung ohne Zustimmung des Betroffenen dauerhaft untersagt. Dies bedeutet für die Betroffenen nun aber nicht, dass sie keine weiteren Einschränkungen zu gewärtigen hätten. Im Gegenteil: Die durch die unbehandelte psychische Störung bedingte Gefährlichkeit erfordert, dass der wirksame Schutz Dritter dann durch Isolierung und mechanische Maßnahmen gewährleistet werden muss. Dabei könnten medikamentöse Behandlungen ohne oder auch gegen den Willen des Betroffenen rasche Besserung bringen. Bei einem lebensgefährlichen Alkoholentzugsdelir oder febriler Katatonie ist rasche Hilfe gegen den Willen des Betroffenen lebensrettend. Die Mehrzahl akut psychotischer Menschen mit eigen- oder fremdgefährlichen Impulsen erlebt nach einer Behandlung die mit der psychischen Störung verbundene Gefährlichkeit als ihnen wesensfremd. Einer Mehrheit der Patienten mit schizophrenen Störungen kann nach einer Behandlung ein sozial integriertes Leben ermöglicht werden. In manchen dieser Fälle war die Behandlung nur mit Nachdruck und ohne den Willen des Betroffenen hilfreich. Dieser erst durch eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen erzielte Erfolg verdeutlicht die Sinnhaftigkeit einer solchen Intervention. Die psychotischen Störungen häufig innewohnende „doppelte Buchführung“, also die Bekundung, einerseits die medikamentöse Behandlung abzulehnen und andererseits sie zu akzeptieren und deren Vorteile zu schätzen, unterstreicht wie hilfreich die Möglichkeit einer Behandlung für den Betroffenen auch gegen dessen Willen sein kann. Auf diese Behandlungsoption muss nach dem Urteil des BVerfG verzichtet werden, stattdessen werden die Betroffenen ihren Krankheitssymptomen ausgeliefert.

2. Gestützt auf das Selbstbestimmungsrecht werden psychisch kranke Menschen einem eigengesetzlich verlaufenden Schicksal überlassen.

Psychische Störungen unterscheiden sich in Symptomatik, Schweregrad und Verlauf. Während die Mehrzahl der Patienten Hilfe sucht und von der Behandlung gerne profitiert, kann eine kleinere Anzahl von Patienten die Symptomatik, die sie in Konflikt mit sich selbst oder der Gesellschaft bringt, nicht als störungsbedingt erkennen. Sie erleben die störungsbedingte Eigen- oder Fremdaggressivität als Teil ihrer Person und fürchten die Veränderungsversuche. Mit schwerwiegenden Konsequenzen für sich selbst: Sie lehnen eine wirksame Behand-

lung ab und erkaufen sich damit die langfristige Unterbringung. Wenn hilfreiche Behandlungen nicht durchgeführt werden dürfen, bestimmen die Störung und die Besonderheiten des Krankheitsverlaufs das weitere Leben der Patienten. Es ist humanitäre Aufgabe einer Gesellschaft vermeidbares Leid nicht zuzulassen. Diese Patienten haben einen Anspruch auf Behandlung, insbesondere auch dann, wenn sie diesen aus der Krankheit resultierend nicht selbst geltend machen können.

3. In Folge ihrer psychischen Störung gefährliche Menschen, die einer Behandlung zur Wiedergewinnung ihrer Freiheit nicht zustimmen, werden langfristig aus der Gesellschaft ausgegrenzt.

Patienten, die auf Grund ihrer psychischen Störung straffällig geworden sind, sollen durch die Unterbringung in einer Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie gebessert und gesichert werden. Die überwiegende Mehrzahl der dort untergebrachten Patienten profitiert von der Behandlung und kann in ein soziales Umfeld oder eine weniger eingreifende Lebensform (re)sozialisiert werden. Gegen die zum Erreichen des Vollzugsziels der Besserung erwogene Zwangsbehandlung wendet sich der BVerfG Beschluss, indem es die Zwangsbehandlung an strenge Voraussetzungen knüpft und bei einem einwilligungsfähigen Patienten gänzlich untersagt. Die im Maßregelvollzug betroffenen Patienten sind dort auf Grund ihrer störungsbedingten Gefährlichkeit untergebracht. Ohne die Möglichkeit, die zu Grunde liegende Störung wirksam zu behandeln, besteht die störungsbedingte Gefährlichkeit fort. Die Gesellschaft wird dann nicht durch eine wirksame Behandlung, sondern durch freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen geschützt.

Dies bedeutet, dass je nach Deliktschwere und störungsbedingter Gefährlichkeit behandelbare Patienten in unnötiger Weise dauerhaft im Freiheitsentzug verwahrt werden sollen. Der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie wird die Behandlung einer Patientengruppe untersagt, die gerade am meisten davon profitieren könnte, stattdessen wird ihr aufgetragen, nur noch einen Sicherungsauftrag zu erfüllen. Dies schließt diese Patienten von den Fortschritten der Psychiatrie in den zurückliegenden Jahren aus und idealisiert in zynischer Weise die Rückkehr zur Verwahropsychiatrie im Selbstbestimmungsinteresse des Patienten. Ohne aber von einer wirksamen Behandlung profitieren zu können, werden auf Grund ihrer psychischen Störung gefährlich gewordene Patienten langfristig aus der Gesellschaft ausgegrenzt.

4. Ärzte werden in einen beidseits strafbedrohten Konflikt zwischen unterlassene Hilfeleistung und rechtswidriger Zwangsbehandlung gestellt.

Ärzte sind verpflichtet ihren Patienten zu helfen und Schaden von ihnen fernzuhalten. Ärztliche Hilfe nicht zu gewähren, sondern zu unterlassen erfüllt zu Recht einen Straftatbestand. Diese Strafandrohung betont nicht nur die medizinethische Verpflichtung zur Hilfeleistung,

sondern unterstreicht auch die gesellschaftliche Bedeutung des Auftrags zu helfen. Mit dem Urteil des BVerfG wird psychiatrisch tätigen Ärzten nun eine weitere strafbewehrte Pflicht übertragen, nämlich bei psychisch gestörten Menschen die für diese sinnvolle Hilfe zu unterlassen. Es ist gut nachvollziehbar, einem Patienten mit schwerwiegendem Hüftschaden die wiederholte Operation auf seinen Willen hin zu ersparen. Gedacht und entschieden wird nicht mit der Hüfte. Ein Arzt braucht den körperlich kranken Menschen, der auf medizinische Hilfe verzichtet, nicht behandeln. Er braucht für ihn keine weitere Verantwortung übernehmen. Bei Patienten mit psychischen Störungen ist aber gerade die Willensbestimmung in den Störungsprozess einbezogen. Dies nicht mit den zur Verfügung stehenden und bewährten Methoden behandeln zu dürfen, ist aus berufsethischen Gründen dann nicht zumutbar, wenn der Arzt gleichwohl die Verantwortung für den Patienten und die Gesellschaft übernehmen muss. Dieses Handeln gemäß ärztlichem Auftrag, dem sich der Psychiater nicht entziehen kann, unter Strafe zu stellen ist widersinnig. Es ist fraglich, ob es noch Gegenstand ärztlichen Handelns sein kann, wenn Ärzte gezwungen werden, einen behandelbaren Prozess passiv duldend hinzunehmen und Patienten mit psychischen Störungen nur noch zu verwahren und dennoch die Verantwortung für ihn übernehmen müssen. Hierzu sind nicht Ärzte, sondern Vollzugsbeamte erforderlich.

5. Therapeuten und Pflegende werden gezwungen, sich mit behandelbaren und auf Grund der psychischen Störung gewalttätigen Menschen auch körperlich auseinanderzusetzen.

Die Gefährlichkeit eines in Folge einer psychischen Störung gewaltbereiten Menschen manifestiert sich (natürlich) auch innerhalb der Klinik zu Lasten von Mitpatienten und Personal. Die Beschäftigten einer Maßregelvollzugsklinik haben therapeutisch und ethisch die Aufgabe, sich mit dem Patienten zu befassen und ihn zu fördern. Auch das Personal hat ein Anrecht auf weitgehende körperliche Unversehrtheit am Arbeitsplatz, und Patienten haben ein Anrecht darauf, im Rahmen eines therapeutischen Settings vor einer weiteren Kriminalisierung durch krankheitsbedingte Gewalttätigkeit geschützt zu werden. Wenn eine Zwangsmedikation zur Gefahrenabwehr unzulässig ist, da der Gefährlichkeit durch die Unterbringung und mechanischen Mitteln begegnet werden kann, wird den betroffenen Patienten ein wirksamer Schutz vor weiterer Kriminalisierung vorenthalten, den beteiligten Therapeuten die Möglichkeit effektive Hilfe zu leisten genommen und Mitpatienten einer unnötigen Gefahr ausgesetzt. Neuere Studien belegen für Schizophrene ein vier- bis sechsmal höheres Risiko für Gewaltstraftaten, sofern zusätzlich noch Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch hinzukommen liegt das Risiko für Tötungsdelikte noch weit darüber. Diese Gefährlichkeit wird durch wirksame Behandlung soweit reduziert, dass deren Rückfallrate nur ein Drittel der Rückfallrate anderer Gewalttäter ausmacht. Dass die störungsbedingte Gefährlichkeit für Leib und Leben von Drittpersonen keine rechtfertigende Grundlage für eine Zwangsbehandlung darstellen

soll, raubt dem Betroffenen wirksame Hilfsmöglichkeiten und bürdet allen Beteiligten ein vermeidbares Risiko für Leib und Leben auf.

6. Mechanische Zwangsmaßnahmen wie Isolierung und Fixierung werden in zynischer Weise als zu bevorzugende humane Behandlungsformen dargestellt.

Nachdem sich ein in Folge seiner psychischen Störung gefährlicher Patient gegen eine hilfreiche Behandlung entschieden hat, bleiben Maßnahmen zum Schutze Dritter weiterhin erforderlich. Ohne die Möglichkeit die zu Grunde liegende Störung zu behandeln, muss der gefährliche Patient von Dritten ferngehalten, isoliert, fixiert werden, damit Dritte nicht Schaden durch ihn nehmen. Nachdem die zu Grunde liegende Störung unbehandelt fortbesteht, bleiben diese Maßnahmen langfristig erforderlich. Die langfristige Unterbringung auf geschlossenen Stationen mag noch vertretbar erscheinen, die durch eine Behandlung grundsätzlich vermeidbaren mechanischen Fixierungen oder Isolierung überlassen die Patienten ihrem Schicksal. Dass in den jüngeren Entscheidungen diese mechanischen oder räumlichen Sicherungsmaßnahmen geradezu als humanitär, da Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen, imponieren, mutet sarkastisch an und fordert im Alltag unethisches und verantwortungsloses Handeln von den beteiligten Personen.

Diese Urteile sind wirksam und verändern bereits das Behandlungsklima in den Kliniken in höchst nachteiliger Weise. Bislang kooperative Patienten stellen angesichts der behandlungsschädlichen Zugkraft der Urteile ihre Zustimmung in Frage. Resozialisierungsoptionen werden bereits der langfristigen Verwahrung geopfert.

Zu dieser Entwicklung fasst die DGPPN ihre Grundpositionen folgendermaßen zusammen:

Der Grundsatz der Patientenautonomie, d.h., dass eine Behandlung nur nach Einwilligung des aufgeklärten Patienten durchgeführt werden darf, gilt auch in der Psychiatrie.

Einschränkungen dieses Grundsatzes können zur Abwehr von Gefahren, die durch die Krankheit bedingt sind und für welche die Patienten wegen ihrer Krankheit die Verantwortung nicht übernehmen können, erforderlich werden.

Freiheitsentziehung, Freiheitsbeschränkung und Zwangsbehandlung sind gleichermaßen Eingriffe in die Grundrechte des Patienten und für diesen schwer belastende Erlebnisse.

Freiheitsentziehung und Freiheitsbeschränkung dienen nur der unmittelbaren Gefahrenabwehr, Zwangsbehandlung auch der kurz- und längerfristigen Besserung des Patienten.

Freiheitsentziehung und Freiheitsbeschränkung ohne Behandlung ist keine ärztliche Aufgabe und mit der ärztlichen Ethik nur dann vereinbar, wenn eine Behandlung aussichtslos, ärztliche Pflege aber dennoch nötig ist.

Freiheitsentziehung und Zwangsbehandlung benötigen gesetzliche und rechtliche Vorgaben, die diese Grundsätze berücksichtigen.

Im Interesse von Patienten wie Ärzten und Therapeuten fordert die DGPPN

- eine eindeutige gesetzliche Grundlage für eine Behandlung, die dann erforderlich wird, wenn ein Patient infolge einer psychischen Störung eigen- oder fremdgefährdend ist und aufgrund mangelnder Einsicht einer wirksamen Behandlung und deren Fortführung zur Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs nicht zustimmen kann,
- eine eindeutige gesetzliche Grundlage für eine erforderliche Zwangsbehandlung auch bei einwilligungsfähigen Patienten, die infolge einer psychischen Störung gefährlich geworden sind und der Verantwortung von Ärzten übergeben werden,
- dass auch behandlungsbedürftige, jedoch auf Grund fehlender gesetzlicher Grundlage nicht behandelbare Menschen mit psychischen Störungen, die nur gesichert werden müssen, aus der ärztlichen Verantwortung zu entlassen und die JVA's zu überstellen sind, bis eine Behandlungsoption entsteht.

Autoren der Stellungnahme: J. Müller (Göttingen), N. Saimeh (Lippstadt), N. Nedopil (München), F. Schneider (Aachen), P. Falkai (Göttingen)

Die Stellungnahme der DGPPN zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug finden Sie auch zum Download unter www.dgppn.de.

Für den Vorstand der DGPPN

Prof. Dr. med. Peter Falkai
Präsident DGPPN
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Göttingen
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
Tel.: 0551-396601
Fax: 0551-3922798
E-Mail: pfalkai@gwdg.de



**Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Nervenheilkunde**

**Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**

**zur Neuregelung der Sicherungsverwahrung angesichts des
Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 04.05.2011**

Mit den Stellungnahmen der DGPPN vom 10.02.2011 und vom 10.06.2011 zum Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) bzw. zum Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 04.05.2011 wurden grundsätzliche psychiatrische Positionen für die Ausgestaltung der Verwahrung weiterhin hochgefährlicher Straftäter formuliert. Im Rahmen einer intensiv geführten Diskussion innerhalb der DGPPN wurde die Position der DGPPN weiter präzisiert. Hieraus ergaben sich die im Folgenden dargelegten zentralen Empfehlungen für die Neuregelungen aus Sicht der DGPPN.

1. Ersetzen des Begriffs „psychische Störung“.
2. Ausgestaltung und Entwicklung der Sozialtherapeutischen Einrichtungen (SothA) mit Etablierung eines resozialisierungsfördernden Settings innerhalb der SothA mit Gewährung von Lockerungen, mit Einrichtung und Erprobung eines geeigneten Empfangsraums vor der Entlassung.
3. Möglichkeit der Verlegung psychisch gestörter Sicherungsverwahrter in Einrichtungen des Maßregelvollzugs nach §§ 63 und 64 StGB in Abstimmung mit der aufnehmenden Einrichtung bei einer psychischen Störung nach Formulierung konkreter Therapieziele und mit der Möglichkeit der Rückverlegung im Ermessen der aufnehmenden Einrichtung.
4. Anpassung und Präzisierung der Fragestellung an die Begutachtung vor Anordnung und Verlängerung der Sicherungsverwahrung mit Beurteilung, in welchen der bis dahin zu schaffenden Einrichtungen mit unterschiedlichen Sicherungs- und Betreuungsstufen der Betroffene geführt werden kann.
5. Evaluation der Konsequenzen der nach den Urteilen des EGMR und des BVerfG erlassenen Regelungen auf das Bewährungsverhalten.

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen

President Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer.soc. Frank Schneider, Aachen

Schriftführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

Beisitzerin Versorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee

Beisitzer Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

Beisitzer Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena

Beisitzerin Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Beisitzer Psychosomatik

Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim

Beisitzer Qualitätssicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe

Vertreter BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nessler, Berlin

DGPPN-Hauptgeschäftsstelle Berlin

Reinhardtstraße 14

10117 Berlin

Tel.: 030/24047720

Fax: 030/240477229

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Internet: www.dgppn.de

Ad 1

Der im Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) eingeführte Begriff der „psychischen Störung“ hat das Ziel, die angesichts der EGMR-Rechtsprechung zu entlassenden, aber weiterhin für gefährlich gehaltenen Straftäter weiterhin verwahren zu können. Diese Etikettierung gefährlicher Straftäter mit einer nicht näher bestimmten „psychischen Störung“ ist als Missbrauch der Psychiatrie zu kritisieren. Die Internationalen Klassifikationen Psychischer Störungen ICD 10 und DSM IV wurden für die Kommunikation zwischen Medizinerinnen und zwischen Medizinerinnen und Kostenträgern entwickelt und stehen nicht zur Verwendung der dort enthaltenen Diagnosen für juristische Belange zur Verfügung. In Zusammenhang mit der Sicherungsverwahrung suggeriert dieser Begriff, dass psychische Störungen mit erheblicher Gefährlichkeit verbunden sind. Dies trifft aber für fast alle Patienten, die die Kriterien einer solchen psychischen Störung erfüllen, gerade nicht zu.

Außerdem umfasst der Begriff der "psychischen Störung" vielfältige und mit unterschiedlichsten Auswirkungen auf die Betroffenen verbundene Störungen von z.B. der ICD-10 Ziffer F00: Demenz bei Alzheimer Erkrankung bis hin zu F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störung. Dadurch wird das im ThUG verwandte Eingangsmerkmal so unscharf, dass angesichts der hohen Prävalenzraten für z.B. depressive Störungen, aktuell 3 Millionen Menschen in Deutschland von diesem unscharfen Eingangsmerkmal erfasst würden. An einem bestimmten Zeitpunkt erfüllen etwa 10-20% der Bevölkerung die Kriterien einer psychischen Störung. Da die Prävalenzzahlen von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen in Haftpopulationen noch weitaus höher liegen, würden letztlich über 80 bis 90% der Strafgefangenen von diesem Kriterium erfasst. Diese Zahlen sollten deutlich machen, dass eine entweder quantifizierende oder anderweitig präzisierende Formulierung erforderlich ist.

In der psychiatrischen Versorgung bewährte Begriffe werden beschädigt, wenn sie Bestandteil von Gesetztexten werden. Deren Nutzung für (straf-) rechtliche Sanktionen stigmatisiert psychiatrische Patienten. Darüber hinaus wird durch die regelhaft notwendigen wissenschaftlichen Überarbeitungen der psychiatrischen Klassifikationen die Intention des Gesetzgebers nach einer beständigen Kategorie verfehlt. Nicht zuletzt deshalb werden die persönliche Eigenschaften erfassenden Merkmale der Gesetzestexte von den psychiatrischen Begriffen unterschieden. Es ist nicht Aufgabe einer psychiatrischen Fachgesellschaft einen juristischen Begriff für eine neue, in sicherheitspolitischer Intention zu beschreibende Personengruppe zu definieren; in Anlehnung an etablierte juristische Merkmale können beispielsweise die überholten und stigmatisierenden Begriffe „seelische Abartigkeit“, „psychische Abnormität“ bzw. die Kategorien des psychisch abnormen Rechtsbrechers, des sozial desintegrierten Straftäters, des psychisch gestörten Aggressions- oder Sexualstraftäters, zur Diskussion gestellt werden.

Ad 2

Die Sozialtherapeutischen Einrichtungen (SothAs) wurden für behandlungsbedürftige Haftinsassen konzipiert, die vom Tatgericht nicht in einer psychiatrischen Klinik des Maßregelvollzugs untergebracht worden sind, weil bei ihnen eine psychische Störung, welche die Verantwortlichkeit, bzw. die Schuldfähigkeit einschränkt, eben nicht vorlag. Ungeachtet dessen liegen insbesondere bei Haftinsassen und Sicherungsverwahrten durchaus auch veränderungs- und behandlungsbedürftige Zustände und Störungen vor. Diese können im Rahmen des Resozialisierungsauftrags des Strafvollzugs und der SothA erbracht werden. Gemäß BVerfG Urteil sollen insbesondere die Sicherungsverwahrten und die vor der Anordnung der Sicherungsverwahrung stehenden Haftinsassen Unterstützung bei der Korrektur ihrer delinquenten Lebensweise erhalten. Dies umfasst beispielsweise pädagogische Maßnahmen durch Beschulung, arbeitstherapeutische Maßnahmen zur Förderung einer späteren berufli-

chen Tätigkeit, somatische Behandlungen bei körperlichen Erkrankungen, ebenso wie psychotherapeutische Maßnahmen bei behandlungsbedürftigen Störungen zur Förderung der Resozialisierung. Im Rahmen dieses Resozialisierungsauftrags sind auch die Einrichtung und Erprobung eines sozialen Empfangsraums mit konkreter Wohnsituation, Beschäftigung und Tagesstrukturierung und hierzu auch Lockerungen und Erprobungen erforderlich. Die Forensische Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über hinreichend bewährte Kompetenz bei der Resozialisierung und bei der Etablierung entsprechender Lockerungsmodelle. Diese langjährigen Erfahrungen und Kompetenzen können bei der für die Erprobung und Entlassung von Verwahrten zu gestaltenden SothA eingebracht werden. Aus psychiatrischer Sicht stellt das Konzept des ehemaligen Paragraphen 65 des Strafgesetzbuches eine gute Grundlage für die Gestaltung der Behandlungs- und Unterbringungsverfahren für diejenigen dar, die verwahrt werden müssen. Dieses Gesetz kam ohne den Begriff psychische Störung aus. Diesbezüglich wird dem BMJ die Beratung durch eine interdisziplinäre Expertengruppe empfohlen.

Ad 3

Ungeachtet aller Skepsis hinsichtlich der Therapierbarkeit krimineller Bereitschaften und dissozialer Persönlichkeitsstörungen wird dagegen die Behandlung schwer gestörter Probanden mit Persönlichkeitsstörungen und Paraphilien grundsätzlich durchaus als Aufgabe der Psychiatrie und Psychotherapie wahrgenommen. Dabei kann die Forensische Psychiatrie und Psychotherapie auf die Erfolge bei der Diagnostik, Prognosestellung und insbesondere auch der Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher im Maßregelvollzug verweisen. Allerdings ist eine generelle Vermischung von psychiatrischen Maßregelvollzugspatienten nach §§ 63 und 64 StGB mit den nach § 66 StGB Sicherungsverwahrten und den vor der Anordnung der Verwahrung stehenden Haftinsassen schädlich und kontraproduktiv. Stattdessen wird eine Unterbringung in den hierzu - wie unter (2) ausgeführt - optimierten und vitalisierten SothAs empfohlen. In Einzelfällen kann eine Verlegung aus den Haftanstalten und den SothAs in Einrichtungen des Maßregelvollzugs nach §§ 63 oder 64 sinnvoll und zielführend sein. Die Verlegung der Betroffenen muss dabei an eine konkrete Indikation zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung einer diagnostizierten Störung gebunden sein. Zusätzlich zur festgestellten Diagnose sind auch konkrete Therapieziele zu formulieren. Die aufnehmende Einrichtung ist hierbei einzubeziehen und soll der Verlegung zustimmen. Nach Abschluss der Therapie, bei Wegfall der Grundlage der Verlegung und wenn sich ein Therapieziel als nicht erreichbar erweist, muss die aufnehmende Einrichtung die Möglichkeit haben, den Betroffenen nach Ermessen zurückzuverlegen. Dieses Vorgehen impliziert eine grundsätzliche Öffnung der Einrichtung des Maßregelvollzugs für psychisch gestörte Straftäter, ohne den besonderen therapeutischen Charakter der psychiatrischen Kliniken zu zerstören.

Ad 4

Angesichts der BVerfG Rechtsprechung erfordert die Beurteilung der Notwendigkeit einer Sicherungsverwahrung umfassende und differenziert zu gestaltende Fragestellungen an die hinzugezogenen psychiatrischen Sachverständigen. Zusätzlich zur Prognose der Gefährlichkeit in Folge eines Hanges sind nun das vom Gesetzgeber eingeführte Konstrukt „psychische Störung“ auszugestalten und Qualität und Quantität der daraus resultierenden Gefährlichkeit konkreter zu beurteilen. Darüber hinaus ist es nun aber auch erforderlich, konkret zur Therapierbarkeit, zu in Frage kommenden Therapieansätzen, zu den förderlichen Therapie-settings sowie zu den Erfolgsaussichten einer Behandlung Stellung zu beziehen. Insbesondere ist es erforderlich auszuarbeiten, wie, unter welchen Rahmenbedingungen und unter

welchen Halt bietenden Strukturen ein derart beschriebener gefährlicher Proband mit welchen Freiheitsgraden und unter vertretbarem Risiko geführt werden kann. Dies beinhaltet eine konkrete Lockerungsprognose mit Evaluierung konkreter Risikofaktoren einschließlich der Erarbeitung eines individuellen Risikoprofils und Darstellung der möglicherweise protektiv nutzbaren Ressourcen und flankierenden Maßnahmen. Letztlich gilt es hierzu auch konkrete und praxisgerechte juristische Möglichkeiten zur Sanktion und Intervention zu verankern. Das Gesetz zur Führungsaufsicht von 2007 könnte diesbezüglich erweitert und ausgebaut werden.

Bislang sieht das Konzept des Bundesministeriums für Justiz jedoch keine differenzierte Abstufung der Unterbringungs- und Betreuungskonzepte vor. Diese sind angesichts des Resozialisierungsauftrags aber unerlässlich und sollten in Anlehnung an die im Maßregelvollzug bewährten Behandlungs- und Lockerungskonzepte stufengliedrig erfolgen, beispielsweise:

- 1) Geschlossene Einrichtungen mit der Möglichkeit zur intramuralen Teilnahme an intensiven Betreuungsangeboten durch psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgebildetes Personal.
- 2) Halboffene bzw. weniger gesicherte Übergangsstationen mit der Vorbereitung und Förderung externer Aktivitäten.
- 3) Angegliederte resozialisierungsorientierte Einrichtungen mit multiprofessioneller Betreuung und unterstützenden psychotherapeutischen Angeboten.
- 4) Sozio- und psychotherapeutisch ausgerichtete Nachsorgeambulanzen.
- 5) Ungeachtet eines solchen Betreuungsmodells bleiben allerdings Abteilungen für nicht behandelbare, nicht veränderungsbereite und weiterhin gefährliche Delinquenten unverzichtbar.

Diese Strategie des gestuften Risikomanagements mit langfristigen Erprobungen in kontrollierten Lockerungen und ambulanter Nachsorge ist geeignet, die individuelle Resozialisierung zu fördern und zugleich ein ausgewogenes Maß von Sicherungsmaßnahmen und Schutz der Öffentlichkeit herzustellen. Die Entwicklung des Untergebrachten, dessen Scheitern in einer konkreten Erprobungsstufe mit der Möglichkeit der Rückstufung beziehungsweise dessen Bewährung unter den gegebenen Bedingungen mit der Möglichkeit weiterer Lockerungen und Erprobungen, sind Anlass bezogen zu beurteilen.

Ad 5

Die Urteile von EGMR und BVerfG mit den resultierenden Entlassungen von für gefährlich gehaltenen Straftätern und den sich ergebenden Neuregelungen bedingen eine grundsätzliche Änderung der Umgangspraxis mit dauerhaft gefährlichen Straftätern. Die Notwendigkeit auch individualisierter Förderung und Betreuungsangebote machen eine Evaluation der Ergebnisse auch unter Kosten-Nutzen-Aspekten erforderlich. Hierbei ist insbesondere das Bewährungsverhalten zu berücksichtigen.

Autoren der Stellungnahme: J.L. Müller (Göttingen), N. Saimeh (Lippstadt), E. Habermeyer (Zürich), N. Nedopil (München), F. Schneider (Aachen), P. Falkai (Göttingen)

Literatur

Müller, J.L., Saimeh, N., Habermeyer, E., Nedopil, N., Schneider, F., Falkai, P. (2011a). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu den begleitenden Regelungen, und insbesondere zum Artikel 5 Gesetz zur Therapie und

Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter (Therapieunterbringungsgesetz - ThUG) in Kraft seit 01.01.2011 vom 10.02.2011 Nervenarzt 2011, 82: 382–383.

Müller, J.L., Nedopil N., Saimeh, N., Schneider, F., Falkai, P. (2011b). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den Regelungen zur Sicherungsverwahrung vom 04.05.2011 vom 10.06.2011. Nervenarzt 2011, 82: 933–935.

Die Stellungnahme der DGPPN zur Neuregelung der Sicherungsverwahrung angesichts des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 04.05.2011 finden Sie auch zum Download unter www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen.html.

Für den Vorstand der DGPPN

Prof. Dr. med. Peter Falkai
Präsident DGPPN
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Göttingen
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
Tel.: 0551-396601
Fax: 0551-3922798
E-Mail: pfalkai@qwdg.de



**Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Nervenheilkunde**

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**

Zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den Regelungen zur Sicherungsverwahrung vom 04.05.2011

Mit Verkündung vom 04. Mai 2011 hat der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts entschieden, dass alle Vorschriften des Strafgesetzbuches und des Jugendgerichtsgesetzes über die Anordnung und Dauer der Sicherungsverwahrung mit dem Freiheitsgrundrecht der Untergebrachten nicht vereinbar sind, weil sie den Anforderungen des verfassungsrechtlichen Abstandsgebots nicht genügen. Die Vorschriften zur nachträglichen Verlängerung der Sicherungsverwahrung über die frühere Zehnjahreshöchstfrist hinaus und zur nachträglichen Anordnung der Sicherungsverwahrung im Erwachsenen- und Jugendstrafrecht verletzen zudem das rechtsstaatliche Vertrauensschutzgebot.

Bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Neuregelung, längstens bis zum 31. Mai 2013, hat das Bundesverfassungsgericht die weitere Anwendbarkeit der für verfassungswidrig erklärten Vorschriften angeordnet, und Übergangsregelungen getroffen:

1. In den sog. Altfällen, in denen die Unterbringung der Sicherungsverwahrten über die frühere Zehnjahresfrist hinaus fort dauert, sowie in den Fällen der nachträglichen Sicherungsverwahrung darf die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung bzw. deren Fortdauer nur noch angeordnet werden, wenn eine hochgradige Gefahr schwerster Gewalt- oder Sexualstraftaten aus konkreten Umständen in der Person oder dem Verhalten des Untergebrachten abzuleiten ist und dieser an einer psychischen Störung im Sinne von § 1 Absatz 1 Nr. 1 des Therapieunterbringungsgesetzes (ThUG) leidet. Andernfalls ist die Freilassung der betroffenen Sicherungsverwahrten spätestens zum 31. Dezember 2011 anzuordnen.

2. Die übrigen Vorschriften über die Anordnung und Dauer der Sicherungsverwahrung dürfen während der Übergangszeit nur nach Maßgabe einer strikten Prüfung der Verhältnismäßigkeit angewandt werden, die in der Regel nur gewahrt ist, wenn die hochgradige Gefahr künftiger schwerer Gewalt- oder Sexualstraftaten des Betroffenen besteht (BVG Urteil vom 04.05.2011, Pressemitteilung).

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen

President Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer.soc. Frank Schneider, Aachen

Schriftführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

Beisitzerin Versorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hautli, Berlin-Weißensee

Beisitzer Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

Beisitzer Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena

Beisitzerin Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Beisitzer Psychosomatik

Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim

Beisitzer Qualitätssicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. Thomas Polmächer, Ingolstadt

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe

Vertreter BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andemach

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nesseler, Berlin

DGPPN-Hauptgeschäftsstelle Berlin

Reinhardtstraße 14

10117 Berlin

Tel.: 030/24047720

Fax: 030/240477229

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Internet: www.dgppn.de

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurde eine 1998 begonnene Serie der Reformierung, Ausweitung und Verschärfung der Maßregel der Sicherungsverwahrung beendet und die Gesetze an den Gesetzgeber zurückverwiesen:

- 1998 wurde die Höchstdauer der erstmaligen Sicherungsverwahrung aufgehoben. Seitdem können als besonders gefährlich eingestufte Straftäter auf unbegrenzte Zeit untergebracht werden. Das Gesetz wurde auch rückwirkend auf diejenigen Straftäter angewandt, die sich bei Inkrafttreten des Gesetzes schon in der Sicherungsverwahrung befanden bzw. bei denen die Maßregel angeordnet worden war.
- 2002 wurde die vorbehaltene Sicherungsverwahrung in § 66a StGB eingeführt. 2004 wurde die nachträgliche Sicherungsverwahrung in § 66b StGB eingeführt.
- 2004 beurteilte das Bundesverfassungsgericht die nachträgliche Verlängerung der Sicherungsverwahrung als verfassungskonform. Da es sich um eine Maßregel und nicht um eine Strafe handele, komme dem Rückwirkungsverbot keine Bedeutung zu.
- 2007 Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschrift über die nachträgliche Sicherungsverwahrung.
- 2008 Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung bei Verurteilungen nach Jugendstrafrecht.
- In verschiedenen weiteren Gesetzesnovellierungen wurde der Personenkreis, auf den Sicherungsverwahrung anwendbar ist, ausgeweitet.

2009 wertete der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) die Sicherungsverwahrung als Strafe, da ihr Vollzug sich nicht wesentlich von der Verbüßung einer Straftat unterscheidet und dementsprechend die nachträgliche Verlängerung der Sicherungsverwahrung gegen das Rückwirkungsverbot verstößt.

2011 rügte der EGMR auch generell die nachträglich verhängte Sicherungsverwahrung von Straftätern in Deutschland.

- Am 01.01.2011 trat das in Folge der Urteile des EGMR innerhalb weniger Monate umgesetzte Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu den begleitenden Regelungen in Kraft. Zu dieser Neuregelung nahm die DGPPN am 10.02.2011 kritisch Stellung.

Mit dem Urteil vom 04.05.2011 beendet das Bundesverfassungsgericht die in der Regel anlassbezogen erfolgten Verschärfungen und Ausweitungen der Sicherungsverwahrung und gibt dem Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene die Neuregelung der Maßregel der Sicherungsverwahrung binnen zwei Jahren auf.

1. Die DGPPN begrüßt die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Sicherungsverwahrung. Dieses Urteil zwingt die Politik dazu, aus der Aneinanderreihung von immer neuen häufig anlassbezogenen Gesetzen und Ergänzungen, die auch für die beteiligten Juristen, Vollzugspraktiker und forensische Psychiater nicht mehr überschaubar ist, ein einheitliches Konzept zu entwickeln, welches der Balance zwischen Sicherheitsbedürfnissen und Freiheitsrechten nach rechtsstaatlichen Prinzipien gerecht wird.

2. Von dieser Neukonzeption ist die Psychiatrie und insbesondere die forensische Psychiatrie und Psychotherapie in hohem Maße betroffen, da nicht nur Begutachtungen als Grundlage der gerichtlichen Entscheidungen weiterhin erforderlich sein werden, sondern auch weil der Therapieanspruch der in der Sicherungsverwahrung Unterbrachten in dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts besonders betont wird und damit die einzelnen Maßregeln näher aneinanderrücken.

3. Wegen der Verbindungen der Maßregeln (psychiatrischer Maßregelvollzug, Entziehungsbehandlung und Sicherungsverwahrung) und wegen des nun auch bei der Sicherungsverwahrung verankerten Anspruchs auf Behandlung und Resozialisierung müssen Indikation und Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Unterbringungsformen geregelt werden, mit dem Ziel der optimalen Rehabilitation der jeweils Betroffenen.

4. Das ThUG formuliert in Anlehnung an die Rechtsprechung des EGMR den Begriff der "psychischen Störung", den nun auch das Bundesverfassungsgericht aufgreift. Dieser Begriff ist im Rechtssinne bislang nicht definiert. Psychiatrie und insbesondere die forensische Psychiatrie und Psychotherapie müssen an der Interpretation und Ausgestaltung dieses Begriffs entscheidend eingebunden werden.

5. Die DGPPN fordert die Einrichtung einer Expertenkommission bestehend aus Juristen, Psychiatern, Wissenschaftlern und Vollzugsverantwortlichen aus den von den Maßregeln betroffenen Disziplinen, sowie aus Opferschutzverbänden, Politikern und Haushaltsexperten zur Vorbereitung des Konzeptes einer Neuregelung der Maßregeln. Derartige Kommissionen haben in anderen Ländern (Holland, England und Wales) wesentliche Strukturverbesserungen von Maßregeln in die Wege leiten können.

Das Bundesverfassungsgericht hat für die Verabschiedung der gesetzlichen Regelungen einen vernünftigen Zeitrahmen von zwei Jahren vorgegeben. Dies lässt ausreichend Zeit, eine durchdachte und die Konsequenzen für alle Seiten berücksichtigende Lösung zu finden, ohne in aufgeregten Aktionismus und presseträchtige Schnellschüsse zu verfallen.

Zu den Punkten im Einzelnen:

1. Die Maßregel der Sicherungsverwahrung ist die einschneidendste Sanktion des deutschen Strafrechts, die von den Betroffenen ein großes individuelles Sonderopfer abverlangt. Der beabsichtigte Ausnahmecharakter der Sicherungsverwahrung schlägt sich in den Jahren von 1980 und 1995 in niedrigen Anordnungsraten und konstant niedrigen Zahlen nieder. 1995 befanden sich 183 Straftäter in Sicherungsverwahrung, 2010 waren es 524; zwischen 1990 und 1995 wurden nie über 40 Personen im Jahr zur Sicherungsverwahrung verurteilt, 2008 waren es 111. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 04.05.2011 den Ausnahmecharakter dieser Maßregel erneut deutlich gemacht und deren Intention auf die Verhinderung schwerster Straftaten eingeeengt.

2. Das Bundesverfassungsgericht hebt hervor, dass das Sonderopfer, das von den Verwahrten erbracht werden muss, besondere Rahmenbedingungen erfordert. So sind die Unterbringungsbedingungen in der Sicherungsverwahrung deutlich von Inhaftierungsbedingungen abzuheben und die Verwahrten durch spezielle, auch individualisierte Therapieangebote, frühzeitig, bereits während des Strafvollzugs an eine Entlassungsvorbereitung heranzuführen. Insbesondere bei der Gestaltung der Therapieangebote, der Lockerungs- und Entlassungsvorbereitung verfügt die forensische Psychiatrie und Psychotherapie über einen großen und bewährten Erfahrungsschatz. Diese Therapie- und Lockerungsmaßnahmen müssen die individuelle Gefährlichkeit des Verwahrten ebenso wie die Behandelbarkeit und Prognose einer bei ihm diagnostizierten Störung umfassen und setzen in der Therapie mit Untergebrachten und Inhaftierten erfahrene Therapeuten voraus. Dies erfordert eine erkennbare Ausrichtung der Maßregel auf Therapie und Entlassungsvorbereitung, die notwendig eine deutliche Anpassung des Therapeutenschlüssels und eine therapieorientierte Umgestaltung der Einrichtungen nach sich ziehen muss.

3. Die Maßregeln nach §§ 63, 64 und 66 StGB sowie das ThUG zielen auf unterschiedliche Tätergruppen. Die Maßregel der Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB setzt neben einer hohen Gefährlichkeit einen Hang zur Begehung erheblicher rechtswidriger Straftaten voraus.

Das Therapieunterbringungsgesetz und das Bundesverfassungsgericht formulieren für sogenannte Altfälle den vagen Begriff der „psychischen Störung“ als eine der Voraussetzungen für eine Verlängerung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB ist dagegen an eine Störung gebunden, die überdauernd die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zumindest erheblich beeinträchtigt, wenn nicht aufgehoben hat. Voraussetzung einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB ist ein Hang zur Einnahme berauschender Substanzen und daraus resultierende rechtswidrige Handlungen. In den verschiedenen Maßregeln werden unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale und Diagnosen als Eingangsvoraussetzung definiert, deren Ausprägung und Auswirkung auf das Verhalten durchaus unterschiedlich gefasst sind. Nachdem das Bundesverfassungsgericht den Therapie- und Resozialisierungsanspruch auch für die Maßregel der Sicherungsverwahrung hervorgehoben hat, sind Indikation, Durchlässigkeit und Zuordnungskriterien zu den Maßregeln zu überprüfen. Bereits jetzt sind die Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und die der Sicherungsverwahrung bedingt durchlässig. Die in Angriff zu nehmende Ausgestaltung der Sicherungsverwahrung rückt den Vollzug der Sicherungsverwahrung näher an die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Überschneidungen und Kriterien einer möglichen Durchlässigkeit zwischen den Maßregeln müssen mit Blick auf das bestmögliche Resozialisierungsergebnis geprüft werden. Dabei bedarf es einer engen Abstimmung der Einrichtungen und einer Zustimmung der jeweils aufnehmenden Institution.

4. Die Europäische Menschenrechtskommission (EMRK) kennt den Begriff des „unsound mind“ als eine Voraussetzung einer Freiheitsentziehung. Das ThUG und nun auch das Bundesverfassungsgericht beziehen sich auf die EMRK, wenn sie eine „psychischen Störung“ als Voraussetzung einer Unterbringung in oder Verlängerung der Sicherungsverwahrung für Altfälle vorgeben. Im ThUG ist dieser Begriff der „psychischen Störung“ weiter als in den Eingangsmerkmalen der §§ 20 und 21 StGB gefasst und unzureichend definiert. Nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil ist die Verlängerung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung nur möglich, wenn schwerste rechtswidrige Handlungen infolge einer psychischen Störung im Sinne des ThUG zu erwarten sind. Die Auslegung des Begriffs einer konkret zu befürchtenden Gefährlichkeit ist juristischer Beurteilung vorbehalten. Der Begriff der psychischen Störung jedoch kann nur durch die Psychiatrie und ausschließlich auf dem Boden der international gültigen operationalisierten Diagnosesysteme ICD 10 bzw. DSM IV und der Vorgaben der EMRK eingegrenzt werden. Die Etablierung eines weiteren und möglicherweise ausufernden Begriffs von „psychischer Störung“ darf die diagnostische Konzeption der psychiatrischen Wissenschaft nicht verlassen. Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung in Höhe von 50 bis 70 % und angesichts der hohen Prävalenz psychischer Störungen unter Strafgefangenen ist eine Begrifflichkeit anzunehmen, durch die sich jene, die aufgrund einer Störung untergebracht werden, von den üblichen Strafgefangenen psychopathologisch unterscheiden. Ansonsten werden nämlich Begriffe zu manipulierbaren Hohlformeln. Im Weiteren ging die Stellungnahme der DGPPN vom 10.2.1011 schon auf diese Problematik ein.

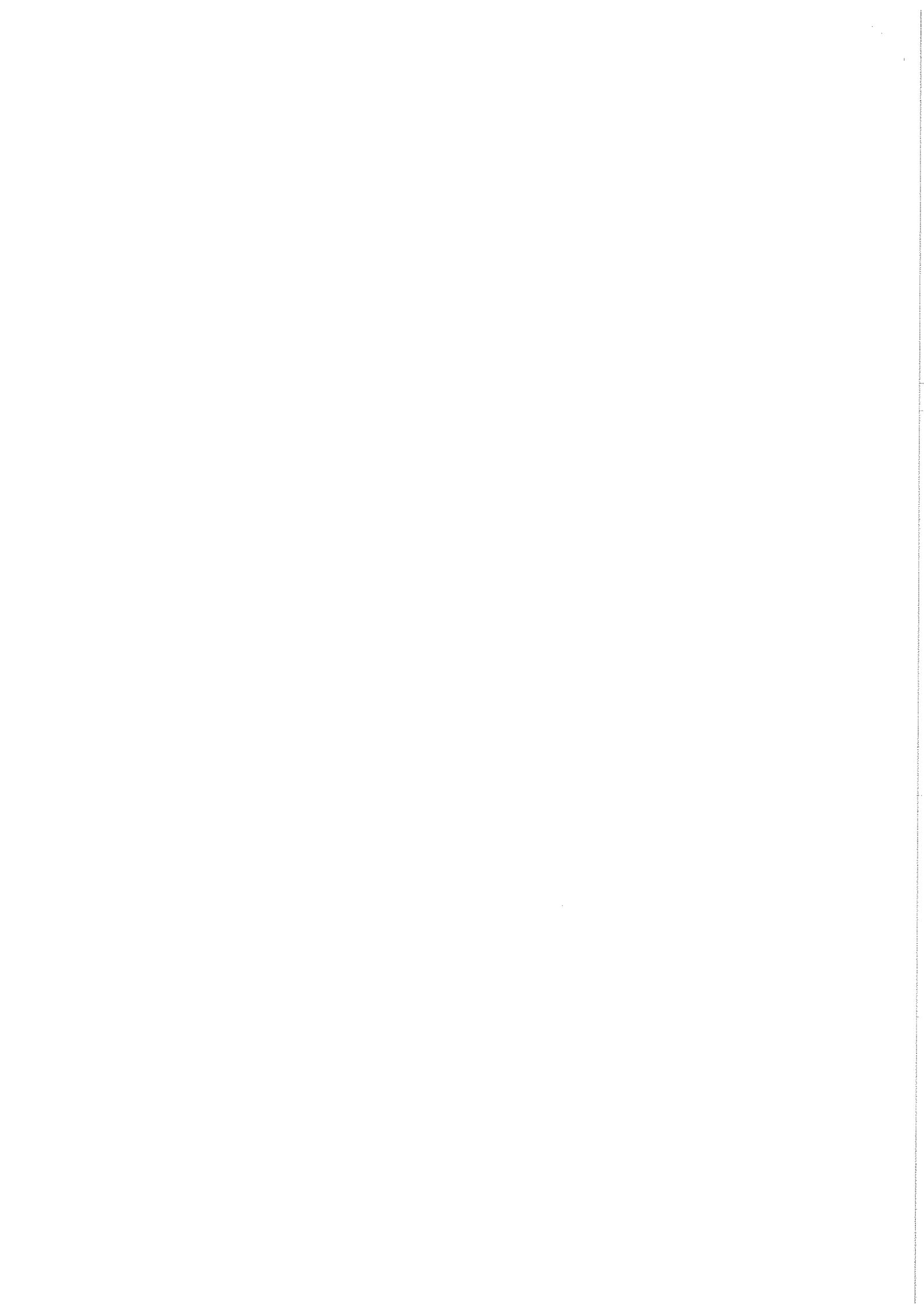
Das Bundesverfassungsgerichtsurteil fordert eine umfassende Neuregelung der Maßregel der Sicherungsverwahrung, die auch die benachbarten Maßregeln betrifft. Eine sinnvolle und verantwortliche Neukonzeption betrifft verschiedene Fachdisziplinen und eine wissenschaftlich fundierte wie praxisgerechte Herangehensweise. Angesichts der weitreichenden Auswirkungen auf die Konzeption psychischer Störungen, Beurteilungen, Verhaltensrelevanz psychischer Störungen sowie der Kompetenz der Psychiatrie und Psychotherapie als therapeutische Disziplin ist eine Einbeziehung der Fachgesellschaft unseres Erachtens erforderlich.

Autoren der Stellungnahme: J. Müller (Göttingen), N. Nedopil (München), N. Saimeh (Lippstadt), F. Schneider (Aachen), P. Falkai (Göttingen)

Die Stellungnahme der DGPPN zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den Regelungen zur Sicherungsverwahrung vom 09.06.2011 finden Sie auch zum Download unter www.dgppn.de.

Für den Vorstand der DGPPN

**Prof. Dr. med. Peter Falkai
Präsident DGPPN
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Göttingen
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
Tel.: 0551-396601
Fax: 0551-3922798
E-Mail: pfalkai@gwdg.de**





**Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Nervenheilkunde**

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**

zum Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu den begleitenden Regelungen, und insbesondere zum Artikel 5 Gesetz zur Therapie und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter (Therapieunterbringungsgesetz - ThUG) in Kraft seit 01.01.2011

Mit einer Änderung des Strafgesetzbuchs im Jahr 1998 wurde die Höchstdauer der erstmaligen Sicherungsverwahrung aufgehoben. Seit diesem Zeitpunkt können als besonders gefährlich eingestufte Straftäter auf unbegrenzte Zeit inhaftiert werden. Das Gesetz wurde auch rückwirkend auf diejenigen Straftäter angewandt, die sich bei Inkrafttreten des Gesetzes schon in der Sicherungsverwahrung befanden bzw. bei denen die Maßregel angeordnet worden war. 2004 wurde die nachträgliche Verlängerung der Sicherungsverwahrung vom Bundesverfassungsgericht als verfassungskonform beurteilt, da es sich bei der Sicherungsverwahrung um eine Maßregel und nicht um eine Strafe handele. Daher komme dem Rückwirkungsverbot, dem zu Folge keine Strafen rückwirkend verlängert oder nachträglich angeordnet werden darf, im Kontext der Sicherungsverwahrung keine Bedeutung zu. Im Gegensatz hierzu wertete der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) im Urteil vom 17.12.2009 die Sicherungsverwahrung als Strafe, da ihr Vollzug sich nicht wesentlich von der Verbüßung einer Straftat unterscheidet und dementsprechend die nachträgliche Verlängerung der Sicherungsverwahrung gegen das Rückwirkungsverbot verstößt. Mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte waren die Betroffenen zu entlassen. Im Januar 2011 rügte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte auch generell die nachträglich verhängte Sicherungsverwahrung von Straftätern in Deutschland und verurteilte die Bundesrepublik Deutschland zur Zahlung einer Entschädigung. Auf Grundlage des Urteils des EGMR vom 17.12.2009 und der Entscheidung vom Mai 2010, die Beschwerde der Bundesregierung nicht einmal zur Verhandlung zuzulassen, wurde innerhalb weniger Monate das Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu den begleitenden Regelungen umgesetzt. Dieses Gesetz ist seit dem 1.1.2011 in Kraft getreten. Mittlerweile hat es auf der Grundlage dieser Gesetzesvorlage erste Unterbringungen von Betroffenen in psychiatrische Kliniken oder eigens hierfür vorbereitete Institutionen gegeben. Das Gesetz, sein Name und insbesondere der Artikel 5, Gesetz zur Therapie und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter (Therapieunterbrin-

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen

Präsident Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer.soc. Frank Schneider, Aachen

Schrittführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

Beisitzerin Versorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee

Beisitzer Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

Beisitzer Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena

Beisitzerin Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Beisitzer Psychosomatik

Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim

Beisitzer Qualitätssicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe

Vertreter BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nessler, Berlin

DGPPN-Hauptgeschäftsstelle Berlin

Reinhardtstraße 14

10117 Berlin

Tel.: 030/24047720

Fax: 030/24047729

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Internet: www.dgppn.de

gungsgesetz – ThUG), ist aus Sicht der DGPPN aus folgenden Gründen höchst kritisch zu sehen:

1. Der vorliegende Gesetzentwurf verfehlt rein inhaltlich die Kritik des EGMR- Urteils.
2. Der Gesetzentwurf führt zu einem Missbrauch der Psychiatrie. Kriminalität und Krankheit sowie dauerhafte Gefährlichkeit und psychische Krankheit werden gleichgesetzt.
3. Es ist nicht nachvollziehbar, davon auszugehen, dass psychotherapeutische Maßnahmen die betroffenen Wiederholungstäter nach mehr als zehn Jahren Justizvollzug innerhalb von 18 oder 36 Monaten ungefährlich machen.
4. Hochfrequente Begutachtungen in 18-monatigen Abständen schüren die Hoffnung auf eine Entlassung nach „Heilung“ von der Gefährlichkeit.

Zu den Kritikpunkten im Einzelnen:

Ad 1) Das vorliegende Gesetz verfehlt mit seinem Therapieunterbringungsgesetz sachlich die Kritik des EGMR- Urteils.

Vom Europäischen Gerichtshof wurde beanstandet, dass Sicherungsverwahrte ohne therapeutisches Angebot dauerhaft unter Haftbedingungen untergebracht sind. Diese Kritik ist nachvollziehbar und hätte zu einer Diskussion über psychiatrische Therapieangebote und verbesserte psycho- und soziotherapeutische Strukturen während der Inhaftierung führen müssen. Schon heute gibt es Sozialtherapeutische Anstalten (SothAs) als Therapiezentren des Strafvollzuges, und es wäre zielführend die Anzahl der sozialtherapeutischen Plätze dem Bedarf entsprechend zu steigern, eine ausreichende Personalausstattung zu gewährleisten und forensisch-psychiatrisches Fachwissen zu Therapie und Prognose zu nutzen. Stattdessen platziert das Therapieunterbringungsgesetz die zu therapierenden Straftäter in eine neue von der JVA deutlich abgrenzbare Unterbringungsform mit dem Ziel der Therapie.

Neben der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie zur Behandlung psychisch kranker Straftäter im Sinne der §§ 20 und 21 StGB und der sozialtherapeutischen Anstalten zur Behandlung derjenigen Straftäter, bei denen ein Therapiebedarf besteht, die jedoch nicht psychisch krank im Sinne der §§ 20 und 21 StGB sind, wird nun eine weitere, zivilrechtliche Form der Unterbringung für hochgefährliche, aber strafrechtlich voll verantwortliche Straftäter, die nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs nicht mehr in der Sicherungsverwahrung interniert werden können, geschaffen. Damit schafft das Therapieunterbringungsgesetz eine in der Bundesrepublik Deutschland völlig neue Zielgruppe, die durch psychische Störung und damit verbundene Gefährlichkeit definiert wird. Da die Bindung der Therapie an eine spezifisch klinisch fassbare und die Steuerungsfähigkeit des Straftäters beeinträchtigende Diagnose gänzlich fehlt, wird der Begriff „Therapie“ diskreditiert und zu einem reinen Vorwand für Verwahrung.

Ad 2) Das Gesetz führt zu einem Missbrauch der Psychiatrie.

Das Gesetz stellt das gültige zweigleisige Strafrechtssystem in Frage: Bislang wurde unterschieden zwischen Straftätern einerseits, die keine krankheitswerte psychische Störung haben und damit für ihre Straftaten verantwortlich sind, und Straftätern andererseits, deren Straftaten direkte Folge ihrer schweren, krankheitswertigen psychischen Störung sind und die daher einen Anspruch auf die Behandlung in der Forensischen Psychiatrie haben. Letztere sind vom Gericht als erheblich vermindert schuldfähig oder schuldunfähig eingestuft worden, weil sie krankheitsbedingt nicht oder nur eingeschränkt für ihre Taten verantwortlich waren. Alleine die Feststellung einer psychischen Störung gemäß den aktuellen Klassifikationssystemen ist nicht zur Annahme der Schuldminde rung oder gar -aufhebung geeignet. Die dort aufgelisteten psychischen Störungen haben höchst unterschiedlichen Einfluss auf die psychosoziale Leistungsfähigkeit und insbesondere auf die Verantwortlichkeit der Betroffenen. Für prosoziale und gemeinschaftsdienliche wie auch für dissoziale und gefährliche

Handlungen, die nicht einer krankheitswertigen Störung entspringen, sind deren Täter verantwortlich. Diese verantwortlichen und dennoch gefährlichen Täter sind die Zielgruppe des Therapieunterbringungsgesetzes. Dieses ignoriert die unterschiedliche Verhaltensrelevanz der in den Klassifikationssystemen definierten psychischen Störungen, spricht ganz allgemein von Psychischer Gestörtheit und macht das Gesetz daher prinzipiell für jedwede (u.a. auch politische) Normabweichung anwendbar. Damit werden abweichendes Verhalten, Gefährlichkeit und Kriminalität in unzulässiger Weise auf psychische Gestörtheit zurückgeführt und letztlich zur Aufgabe der Psychiatrie erklärt.

Dieser Entwicklung muss eine wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaft nicht nur wegen der zweckgerichteten Verwässerung psychiatrischer Konzepte, sondern auch wegen der historischen Erfahrung und der steten Gefährdung des Missbrauchs der Psychiatrie als Ordnungsinstrument zur Internierung von psychisch auffälligen, sozial störenden, aber nicht psychisch kranken Menschen entgegentreten. Doch nicht nur Psychiatrie und Therapeuten werden durch das Therapieunterbringungsgesetz diskreditiert, es werden auch die psychiatrischen Patienten benachteiligt: durch die Zuweisung von primär hoch kriminellen, aber nicht psychisch kranken Personen in eine psychiatrische Klinik oder eine vergleichbare Einrichtung wird der therapeutische Charakter dieser Institutionen zum Nachteil der dort behandelten Patienten verändert.

Ad 3) Es ist nicht nachvollziehbar, davon auszugehen, dass psychotherapeutische Maßnahmen die betroffenen Wiederholungstäter nach mehr als zehn Jahren Justizvollzug innerhalb von 18 oder 36 Monaten ungefährlich machen.

Bei der Zielgruppe des Therapieunterbringungsgesetzes handelt es sich um Menschen, bei denen die Sicherungsverwahrung angeordnet worden war. Dies sind also Wiederholungstäter, die sich in ihrem bisherigen Leben durch kein verfügbares Hilfsangebot bzw. juristische Sanktionen in ihrer delinquenten Lebensführung hatten korrigieren lassen. Angesichts der fortdauernden Gefährlichkeit, muss man davon ausgehen, dass, wenn diese Personen in der Vergangenheit überhaupt therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben, diese wirkungslos geblieben ist. Vor diesem Hintergrund erscheint es völlig unrealistisch, dass diese nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs mit ihrer Entlassung rechnende Gruppe sich nunmehr kooperativ auf eine Therapie einlässt und diese sogar erfolgreich abschließt. Psychotherapeutische Interventionen setzen die Bereitschaft der Betroffenen voraus, ihre Haltung kritisch zu hinterfragen, sich zu verändern und eingeschliffene Gewohnheiten abzulegen. Psychotherapie ohne ein Mindestmaß an Veränderungsmotivation und Mitarbeit kann keine Erfolge zeigen. Es mutet zynisch an, wenn der für die therapeutische Intervention geforderte Qualitätsstandard lediglich darin besteht, dass eine positive Beeinflussung ihrer psychischen Störung nicht ausgeschlossen ist.

Letztlich wird daher durch das Therapieunterbringungsgesetz der Psychiatrie die therapeutische Verantwortung für eine problematische Klientel aufgezwungen, der sie nach dem Stand unseres Wissens über die Grundlagen psychotherapeutischer Interventionen fachlich-therapeutisch überhaupt nicht nachkommen kann. Dadurch wird Therapie ad absurdum geführt und verliert auch dort ihre Bedeutung, wo sie nach heutigem Wissensstand indiziert wäre. Auch aus diesem Grund ist dem Gesetz von Seiten der Psychiatrie energisch entgegenzutreten.

Ad 4) Hochfrequente Begutachtungen in 18-monatigen Abständen täuschen eine Perspektive auf „Heilung“ von Gefährlichkeit vor.

Die hochfrequente Begutachtung durch zwei Gutachter, die mindestens Erfahrung in der Psychiatrie haben müssen, die auch über das weitere therapeutische Vorgehen beraten, soll Hoffnung und Motivation für die beschriebenen Probanden schüren. In Anbetracht des Vorgesagten erscheint dies als Augenauswischerei um den Formalkriterien des EUGMR zu genügen. In der Praxis ist dies eine Verschwendung von besser anders einzusetzenden Ressourcen.

Autoren der Stellungnahme: J. Müller (Göttingen), N. Saimenh (Lippstadt), E. Habermeyer (Zürich), N. Nedopil (München), F. Schneider (Aachen), P. Falkai (Göttingen)

Die Stellungnahme der DGPPN zur Sicherungsverwahrung finden Sie auch zum Download unter www.dgppn.de.

Für den Vorstand der DGPPN

**Prof. Dr. med. Peter Falkai
Präsident DGPPN
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Göttingen
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
Tel.: 0551-396601
Fax: 0551-3922798
E-Mail: pfalkai@gwdg.de**