

Psychiatrische Maßregel und Gemeindepsychiatrie

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Paul L. Stein, wie die Zeitschrift "Recht & Psychiatrie" ihn nannte, bzw. Peter Langanke, wie er mit richtigem Namen hieß, mit dem ich ihn persönlich kennenlernte und ihn über Jahre begleitet habe, wurde 1968 im Alter von 25 Jahren inhaftiert und 1970 vom LG Essen zu einer Freiheitsstrafe von neun Monaten und zur Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt verurteilt. Es sei damit zu rechnen, so das LG, dass er in Zukunft in gleicher Weise wie bisher straffällig werde. Diese "absolut negative Zukunftsprognose" folge auch aus seinen Vorstrafen. Peter Langanke leide zeitweise an einer schizophrenen Psychose. Die dieser Unterbringung zugrundeliegende Tat, den Diebstahl eines Pelzmantels im Wert von unter 1.000 DM, hatte er unter Alkoholeinfluss begangen. Vorausgegangen waren mehrere Jugend- und Freiheitsstrafen wegen Eigentumsdelikten. Aus der Unterbringung im Westf. Landeskrankenhaus Eickelborn hatte er sich wiederholt, teils für einige Tage, teils für einige Wochen, eigenmächtig entfernt. In diesen Zeiten war er strafrechtlich nicht in Erscheinung getreten.

Bei der gerichtlichen Überprüfung im Jahr 1980 betonte er, sich inzwischen 11 ½ Jahre in der Unterbringung zu befinden, obwohl er nur zu neun Monaten Freiheitsentzug verurteilt worden sei. Nach der Stellungnahme des Krankenhauses machte Herr Langanke erhebliche Schwierigkeiten: Seine paranoiden Wahnideen seien noch nicht abgeklungen. Er weigere sich, die verordneten Medikamente zu nehmen. Das Krankenhaus sehe keine Anhaltspunkte dafür, dass Herr Langanke zu einem Leben unter freien Bedingungen fähig sei, und befürchte, dass er nach seinen psychischen Voraussetzungen bei Schwierigkeiten rückfällig werden könne.

Warum beginne ich mit dieser Geschichte des Herrn Langanke? Herr Langanke befand sich zu einer Zeit in der Forensik, in der – 1975 – nach rund 5 Jahren Vorarbeit – also vor jetzt 40 Jahren – die Psychiatrie-Enquete veröffentlicht wurde. Wie Sie wohl alle wissen, bescheinigte sie der damaligen Forensik eine "absolute Schlusslichtposition" im Versorgungsbereich. Und sie empfahl "mit Nachdruck", dass die mit der ebenfalls 1975 in Kraft getretenen Strafrechtsreform "vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten wirklich realisiert und ausgeschöpft werden". Gemeint war damit, die in der Forensik untergebrachten Personen in die Versorgungsstrukturen der allgemeinen Psychiatrie einzubeziehen. Herr Langanke konnte von dieser Empfehlung nicht profitieren.

Auch wenn die damals zahlenmäßig riesigen Landeskrankenhäuser recht rasch aufgrund von Entlassungen und Verlegungen von Patienten in Heime verkleinert wurden, wenn langzeituntergebrachte Patienten in ihre Heimatregionen re-patriert wurden, wenn Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet und kleine psychiatrische Stationen in somatischen Krankenhäusern weitgehend flächendeckend geschaffen wurden, und wenn es zunehmend mehr Formen von Betreutem Wohnen in Gruppen oder einzeln gab, – die Forensik hatte an dieser Entwicklung so gut wie nicht oder nur sehr zögerlich Anteil. Und dies auch noch föderal sehr unterschiedlich ausgeprägt. Allerdings wurde baulich in den 1980er Jahren einiges getan: Neben spektakulären Neubauten in Düren, Berlin und Hamburg wurden in zahlreichen Kliniken große Stationen zu Wohngruppen umgestaltet, was mich 1990 zu der Aufsatz-Überschrift "Schöner sichern = sicherer bessern?" anregte. Immerhin wurde also auch in der Forensik der nach wie vor langdauernde Freiheitsentzug wohnlicher gestaltet. Ein Schelm, wer dabei nicht an die Achtung der Menschenwürde als Verpflichtung aller staatlichen Gewalt denkt ...

Der Aufenthalt von Herrn Langanke in der Forensik Eickelborns steht prototypisch für eine Vielzahl solcher Langzeitaufenthalte, oder wie heute gesagt wird: überlangen Unterbringungsdauern, in den 70er und 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Zwar war 1972 das sogenannte "besondere Gewaltverhältnis", wonach der Staat ein gesetzlich nicht geregeltes umfassendes Zugriffsrecht auf bestimmte Personen in einem Sonderstatusverhältnis wie dem Straf- und dem Maßregelvollzug für sich in Anspruch nahm, durch das BVerfG für nicht mehr zulässig erklärt worden. Zwar zeigten in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre eine Reihe von empirischen wissenschaftlichen Veröffentlichungen die eklatanten Rechtsfolgenunterschiede zwischen Personen auf, die zu einer zeitigen Freiheitsstrafe verurteilt worden waren, und solchen, die stattdessen oder zusätzlich eine Unterbringungsanordnung in die psychiatrische Maßregel erhalten hatten. Zwar schufen ab Anfang der 1980er Jahre die

Bundesländer, da sich der Bund trotz damals bestehender Gesetzgebungskompetenz eines Tätigwerdens enthielt, nach und nach durchaus unterschiedliche gesetzliche Regelungen des Maßregelvollzugs, teils in Psychisch-Kranken-Gesetzen, teils in eigenständigen, dem StVollzG nachempfundenen Maßregelvollzugsgesetzen. Dennoch blieben die in der Forensik untergebrachten Personen weiterhin "unverhältnismäßig" lange im stationären Freiheitsentzug des psychiatrischen Krankenhauses und kamen – auch bei einer Entlassung – zunächst nur sehr selten in den "Genuss" der Betreuung und Begleitung durch die Versorgungsinstitutionen der Allgemeinpsychiatrie. Und auch der Grundsatzbeschluss des BVerfG vom 8. Oktober 1985 brachte zwar schließlich Herrn Langanke aus der Forensik in Eickelborn heraus, blieb aber insgesamt – anders als von vielen erwartet – im Hinblick auf die erhoffte Verkürzung der durchschnittlichen Unterbringungsauern in der psychiatrischen Maßregel weit hinter diesen Erwartungen zurück.

Lassen Sie mich an dieser Stelle auf zwei Aspekte – oder deutlicher formuliert: auf zwei wertsetzende Grundentscheidungen – dieser Zeit eingehen, die im damaligen Kontext richtig und fortschrittlich gedacht ("gut gemeint") waren, sich aus heutigem Blickwinkel betrachtet aber für zahlreiche Betroffene in der psychiatrischen Maßregel als verhängnisvoll erwiesen haben.

Erstens: Die Nachkriegspsychiatrie der späten 1950er und der 1960er Jahre versuchte, sich aus dem Odium des "Heilen als Vernichten" zu befreien und zusammen mit den Hoffnung weckenden neuen Psychopharmaka die Besserungsmöglichkeiten, die die Psychiatrie jetzt zu bieten schien, auch für die psychiatrische Maßregel fruchtbar werden zu lassen. So schien die Mehrzahl der Mitglieder der großen Strafrechtsreformkommission der 60er Jahre von den aufscheinenden Chancen einer nun tatsächlich bessernden oder gar heilen können Psychiatrie überzeugt. Nicht nur, aber sicher auch in Verbindung mit den Aufbruchs-Szenarien der 68er-Bewegung bahnte sich in Kriminologie und Kriminalpolitik die Vorstellung einen Weg, auch psychische Störungen unterschiedlichster Genese, die zu delinquentem Verhalten führten, seien behandelbar ("Behandlungseuphorie"). So wundert es nicht, dass im Zuge der Strafrechtsreform die strafrechtliche Sanktion der primär auf *Gefahrenabwehr* bezogenen psychiatrischen Maßregel mit der neuen Programmatik als "Maßregel der *Besserung* und *Sicherung*" quasi wohlfahrtsstaatliche Gestalt gewinnen sollte. Nicht nur wurden die teilweise neu formulierten Schuldunfähigkeitsbestimmungen der §§ 20 und 21 StGB und der hieran orientierten Sachverständigengutachten stärker auf "Krankheit" bezogen als es die Frage der Steuerungsfähigkeit zur Tatzeit gefordert hätte. Auch die im neuen § 63 StGB geforderte "Gesamtwürdigung von Täter und Tat" legte den Akzent offensichtlich stärker auf die

individuelle Beeinträchtigung der betroffenen Person und deren stationärer Behandlungsbedürftigkeit als auf die möglichen sozialen Konstellationen befürchteter neuer Tatbegehung und deren Verhinderung. Aus der "Heil- oder Pflegeanstalt" mit Verwehrcharakter wurde durch die Strafrechtsreform zunächst die "psychiatrische Anstalt" und schließlich 1975 das "psychiatrische Krankenhaus" des § 63 StGB. Damit war die psychiatrische Maßregel zu einer stationären *Behandlungs*-Maßregel geworden, sie war "medikalisiert", so dass die Enquete "konsequenterweise" vorschlagen konnte, sie in die Versorgungsstrukturen der Allgemeinpsychiatrie mit einzubeziehen.

Zweitens: Behandlung ist tendenziell auf Erfolg aus. Um einen solchen Erfolg zu erzielen, bedarf es aber mindestens zweierlei Voraussetzungen: der Behandlungsfähigkeit und einer gewissen auf Krankheitseinsicht gründenden Behandlungswilligkeit. Bei den meisten von den mit der psychiatrischen Maßregel bedachten Personen liegen diese Voraussetzungen aber nicht oder nur sehr eingeschränkt vor. Kaum jemand "leidet", fühlt sich also nicht als "Patient". Und niemand hat sich freiwillig in die Behandlungsmaßregel begeben, sondern ist vom Gericht dort – trotz Freispruchs oder mit nur geringer zeitiger Freiheitsstrafe – zur Gefahrenabwehr, zum Schutz Dritter, untergebracht worden. Interesselosigkeit und vielfache Unfähigkeit, sich auf eine Behandlung einzulassen, gepaart mit Renitenz gegen die entindividualisierenden Zwänge und Abläufe der Unterbringungseinrichtung und den in ihr tätigen Mitarbeitern führten bereits damals – siehe Peter Langanke – zu unverhältnismäßig langen Unterbringungsauern im psychiatrischen Krankenhaus des Maßregelvollzugs. So sah sich schließlich das BVerfG am 8. Oktober 1985 auf Grund der Beschwerde von Peter Langanke in der Pflicht, dem maßregelrechtlichen Freiheitsentzug in einem psychiatrischen Krankenhaus solche Grenzen zu setzen, die am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ausgerichtet sind. Die in diesen Beschluss gesetzten Hoffnungen zahlreicher anderer langzeituntergebrachter Personen wie auch von Trägern psychiatrischer Maßregeleinrichtungen in eine daraufhin erfolgende größere Entlassungsbereitschaft der Instanz-Gerichte, erwiesen sich aber als trügerisch und liefen ins Leere. Zwar hatte das BVerfG die Prüfverpflichtung der Gerichte im Hinblick auf Fortdauerentscheidungen deutlich hervorgehoben. Aber es war an zwei Punkten konkretisierenden Vorgaben dazu, worauf sich die "Verhältnismäßigkeit" denn konkret zu beziehen habe und woran sie zu messen sei, schuldig geblieben. Soll die *Dauer* der zulässigen stationären Unterbringung an der begangenen Tat, wie bei schuldangemessener Freiheitsstrafe, oder am Strafraumen der befürchteten und abzuwehrenden Gefahr gemessen werden? Wichtiger, weil folgenreicher, erscheint mir das zweite Versäumnis: Es hat sich angesichts des Freispruchs der zu einer psychiatrischen Maßregel verurteilten Person und des dennoch aus der staatlichen Schutzpflicht für Dritte herzuleitenden und zu legitimieren-

den Eingriffs in das Freiheitsgrundrecht nicht zum – unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten – zulässigen *Maß* dieses Grundrechtseingriffs geäußert. Offensichtlich maßen die Verfassungsrichter im Jahr 1985 der stationären *Behandlung* in der psychiatrischen Maßregel noch eine höhere Priorität und damit eine bessere Erfolgchance zur Beseitigung der Ursachen von Gefährlichkeit zu, als der Betonung von Gefahrenabwehr und dem Schutz Dritter, der auch in anderen – nicht-stationären – Einrichtungen und Diensten sowohl innerhalb als auch außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems gewährleistet werden konnte, – oder hätte werden können. Wäre letzterer Aspekt vom BVerfG hervorgehoben worden, hätte dies bereits damals den notwendigen Druck schaffen können, den sichernden und bessern- den Auftrag der psychiatrischen Maßregel für eine größere Anzahl forensischer Personen durch die sich entwickelnden Einrichtungen und Dienste der zunächst gemeinde-nahen und dann der Gemeinde-Psychiatrie zu übertragen. Und dort, wo diese Dienste noch nicht vorhanden oder noch nicht auf die Kontrolle und Betreuung dieser Personen eingestellt waren, wäre aus einer diesbezüglich wegweisenden Judikatur des BVerfG – vielleicht – eine entsprechende Infrastrukturverpflichtung erkennbar geworden.

Die folgenden etwa 10 Jahre galten, da die geforderten Strukturreformen für die psychiatrische Maßregel nicht voran kamen, folglich überwiegend den Bemühungen, dann wenigstens den *stationären* Vollzug *im* psychiatrischen Krankenhaus so zu gestalten, dass er den inzwischen überall durch Gesetz geschaffenen Ansprüchen an Rechtsstaatlichkeit entsprechen konnte. Folglich konzentrierten sich Theorie und Praxis des Maßregelvollzugs auf Behandlungsplanung und –durchführung, Anspruch auf und Durchführung von Lockerungen (weniger deren Erfolgskontrolle) und auf zulässige Eingriffe in Kommunikationsrechte. Immerhin wurde auch in die Qualifizierung von Mitarbeitern in forensischen Stationen investiert. Erste sogenannte "graue forensische Ambulanzen" entstanden, indem Mitarbeiter aus den stationären Bereichen zur Entlassung anstehende Personen während ihrer Langzeit-Beurlaubungen und teilweise auch darüber hinaus bereits entlassene weiter aufsuchend – auf Kosten des stationären Pflegesatzes – betreuten und begleiteten.

Mitte der 1990er Jahre setzten dann medial spektakulär aufbereitete Kindestötungen in Belgien und Deutschland zunächst allen weiteren Reformbemühungen ein jähes Ende. Ein Sicherheitsdiskurs begann, den man im Anklang an ein Wort eines früheren Bundeskanzlers unter das Motto stellen könnte: "Heilen als Wegschließen". Er führte zu nachhaltigen Folgerungen, die ich hier nur in Stichworten benennen kann:

-
- An die Stelle eines bisher weithin praktizierten gleitenden Übergangs aus dem geschlossenen Bereich einer Forensik in eine halb-offene und dann offene Station eines forensischen Krankenhauses bis hin zur Beurlaubung und lockeren Kontrolle, traten nun Hochsicherheitseinrichtungen mit verstärkten Gittern, erhöhten Mauern oder Zäunen und gestaffelt angelegten Zugangsschleusen.
 - Damit wurde bereits in den stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen die Forensik deutlich von der Allgemeinpsychiatrie abgekoppelt. Weithin keine Chance mehr erhielt unter diesem Paradigmenwechsel die Forderung der Enquete, die in der Forensik untergebrachten Personen in die sich inzwischen in die Gemeinde öffnenden Versorgungsstrukturen der Allgemeinpsychiatrie einzubeziehen.
 - Ab 1998, beginnend mit dem sog. Sexualdeliktebekämpfungsgesetz und den dann einsetzenden gerichtlichen und politischen Auseinandersetzungen um die Sicherungsverwahrung, zeichnete sich auch eine restriktivere Lockerungs- und Entlassungspraxis bei der psychiatrischen Maßregel ab. Hieran änderte auch die Aufnahme von insoweit typischen Vollzugselementen in die Systematik des Vollstreckungsrechts, – die befristete Wiederinvollzugsetzung (§ 67h StGB) und der halbherzige Einbezug von Nachsorge-Ambulanzen in das System von Führungsaufsicht und Bewährungshilfe (§ 68a StGB), – sowie die Erledigung der Maßregel wegen Un-Verhältnismäßigkeit ihrer Dauer trotz fortbestehender Gefährlichkeit (§ 67b VI StGB) mit der Möglichkeit sich anschließenden Freiheitsentzugs in der Sicherungsverwahrung nichts.
 - Zudem begann sich ab Anfang der 2000er Jahre ein Prozess abzuzeichnen, der mit dem Begriff "Forensifizierung" eine vermehrte Aufnahme solcher Personen in der psychiatrischen Maßregel erkennbar werden ließ, die früher im Versorgungssystem der Allgemeinpsychiatrie oder in geschlossenen Heimen "ausgehalten" wurden. Zum einen betraf und betrifft dies Personen, die weder dort noch ambulant so gut versorgt werden konnten, um sie vor Delinquenz zu bewahren. Andererseits gelangen heute Personen in die Forensik, deren kaum strafrechtlich relevante Übergriffigkeit früher in jenen Einrichtungen als noch spezifisch sozialadäquat im Rahmen dieser Arbeit toleriert wurde.

Dies alles führte zu Entwicklungen und Ergebnissen, die eigentlich niemand so recht wollte und denen – bei Beachtung der Unabhängigkeit der Justiz – auch zunächst niemand so recht etwas entgegenzusetzen hatte. Die Fakten sind bekannt:

- Die Anzahl der Neu-Anordnungen der psychiatrischen Maßregel verdoppelte sich von 1990 bis 2011 von 432 auf 881.

-
- Die Zahl des Bestands an in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Personen veränderte sich im gleichen Zeitraum um das 2 ½ fache, von rund 2.500 auf 6.750.
 - Infolge eines drastischen Rückgangs von Entlassungen aus der Maßregel stiegen somit auch die durchschnittlichen Verweildauern von etwa 4 Jahren auf inzwischen rund 8 Jahre signifikant an – mit erheblichen regionalen Unterschieden, z.B. in Hessen und im südlichen Baden-Württemberg. Dabei meldet Nordrhein-Westfalen inzwischen bei etwa einem Drittel seiner in der psychiatrischen Maßregel untergebrachten Personen eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von über 10 Jahren.
 - Natürlich bedingte diese Entwicklung nicht nur den Neubau weiterer stationärer Unterbringungsplätze in der Forensik – Baukosten für einen Platz zwischen 300.000 und 400.000 Euro –, sondern mit jedem neuen Platz steigen auch die fiskalisch aufzubringenden Betriebskosten.
 - Damit ergeben sich bei einem acht-jährigen Aufenthalt in der psychiatrischen Maßregel und einem Tagespflegesatz von 250 Euro rechnerisch durchschnittliche Gesamtfallkosten in einer Höhe von rund 720.000 Euro – für eine einzelne Person.

Schaut man auf die veröffentlichten Entscheidungen von Strafvollstreckungskammern und Oberlandesgerichten in der ersten Dekade dieses Jahrhunderts zur Notwendigkeit der Fortdauer der psychiatrischen Maßregel, so fällt auf, wie oft dabei auf die weiterhin *erforderliche Behandlung* und / oder auf das als unzuverlässig eingestufte Verhalten im stationären Bereich legitimierend Bezug genommen wird. Dagegen scheint die Aufgabe "Abwehr von Gefahren für Dritte", die allein den Freiheitseingriff dieser Maßregel rechtfertigt, weitgehend in den Hintergrund getreten zu sein. Der Unterschied von *Gefährlichkeit* und *Krankheit* als Beschreibung von je eigenständigen menschlichen Zuschreibungen oder von Zuständen, die zwar im Sanktionenrecht über die §§ 20, 21 und 63 StGB miteinander in Beziehung gebracht werden, aber ansonsten einzeln in Erscheinung treten, scheint verwischt worden oder aus dem von Rechts wegen kritischen Blick geraten zu sein. Psychische Krankheit, Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung erscheinen somit beinahe als Synonyme für Gefährlichkeit.

In diesem Zusammenhang greife ich noch einmal auf die Entscheidung des BVerfG vom Oktober 1985 zurück: Hätte sich das BVerfG damals deutlich zur Beachtung der Verhältnismäßigkeit – nicht nur der Dauer, sondern auch – der zulässigen Eingriffs*intensität* der Maßregel geäußert, so wäre die Inanspruchnahme von inzwischen entstandenen Einrichtungen und Diensten der Gemeindepsychiatrie, insbesondere von forensischen Ambulanzen, nicht

nur möglich, sondern auch hinreichend gewesen, um den erforderlichen Schutz der Allgemeinheit in Verbindung mit Kontroll- und Betreuungsangeboten zu gewährleisten.

Es scheint, als habe sich der psychiatrische Maßregelvollzug zusammen mit den für ihn Verantwortlichen und in ihm Tätigen nach 80 Jahren seines Bestehens zu einem selbstreferenziellen System entwickelt: Er kümmert sich weitgehend nur noch um sich selbst. Eine Außenperspektive und das Bedürfnis einer gesellschaftlich notwendigen Neujustierung von Zweck und Ziel dieser Maßregel sind kaum noch erkennbar. Die soeben aufgezeigten Entwicklungen lassen inzwischen deutlicher noch als früher eine *Inkongruenz* zwischen dem Gefahren abwehrendem *Schutzauftrag* der psychiatrischen Maßregel und dem Glauben an eine durch Medikalisierung zu erreichende *Perfektionierbarkeit* des delinquenten Menschen erkennen.

Nicht erst die Entscheidungen des BVerfG aus den Jahren 2011 und 2013 zur Beachtung des Selbstbestimmungsrechts hinsichtlich einer Behandlungs- bzw. Nicht-Behandlungsentscheidung in der psychiatrischen Maßregel, sondern bereits die Entwicklung des Selbstbestimmungsrechts in jeglichen medizinischen Angelegenheiten in den vergangenen 40 Jahren, und nicht zuletzt das Patientenverfügungsgesetz des Jahres 2009 sowie die im selben Jahr für Deutschland verbindlich gewordene UN-BRK haben nachhaltig dazu beigetragen und zu der Forderung geführt, *jetzt* das Verhältnis von Gefahrenabwehr und medizinischer Behandlung auf den gesellschaftlichen und rechtlichen Prüfstand zu stellen. Dabei kann, von der schmalen Basis einer zulässigen Zwangsbehandlung abgesehen, inzwischen jede therapeutische und rehabilitative Maßnahme nur aus einem *Angebot* bestehen. Dies aber hat anerkannten zeitgemäßen Standards zu entsprechen, es muss strukturell einlösbar sein und es muss mit Empathie, Nachhaltigkeit und Vertrauen bildend den mit einer psychiatrischen Maßregel belegten Personen von hervorragend ausgebildeten und hochprofessionell qualifizierten Mitarbeitern nahegebracht werden. Diesem Angebotscharakter von Therapie und Rehabilitation steht auf der anderen Seite eine Beschränkung von Zweck und Ziel der psychiatrischen Maßregel gegenüber: Sie hat, so das OLG Schleswig, "keine umfassende gesundheitsfürsorgliche Aufgabe und Befugnis".

Nach dem so verheißungsvoll klingenden Programmsatz im Koalitionsvertrag von 2013 "Wir reformieren das Recht der strafrechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern" war es die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), die im Sommer vergangenen Jahres einen Katalog mit "Forderungen zu Recht und Durchführung der psychiatrischen Maßregel" vorgelegt hat. – Er liegt hier wohl aus. – Die darin enthaltene Hauptfor-

derung zielt darauf ab, das psychiatrische Krankenhaus als einzige Aufnahme- und Organisationseinrichtung für die psychiatrische Maßregel in § 63 StGB durch einen Begriff bzw. eine Formulierung zu ersetzen, die es ermöglicht, außer dem Krankenhaus auch anderen Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie die mit der psychiatrischen Maßregel notwendig verbundene Sicherungs- und Betreuungsfunktion – gemessen am Grad der Verhältnismäßigkeit des erforderlichen und damit zulässigen Freiheitseingriffs – zu übertragen. Der "Erfolg" der psychiatrischen Maßregel und damit die Dauer und die Intensität des staatlichen Freiheitseingriffs bei einer nach Schuldgesichtspunkten freigesprochenen Person darf künftig nicht mehr am Maß von Heilung oder Besserung von Krankheit gemessen werden, sondern ist einzig und ausschließlich am Grad einer (noch) bestehenden Gefährlichkeit – als erwartete oder befürchtete erhebliche Verletzung von Rechtsgütern Dritter – zu beurteilen. Zweck und Ziel oder Aufgabe des psychiatrischen Maßregelvollzugs besteht demnach darin, zur Verminderung von Gefährlichkeit beizutragen. Wenn eine solche Reduzierung von Gefahren für Dritte trotz fortbestehender Krankheit, Störung oder Behinderung möglich ist, wäre damit das Ziel des Maßregelvollzugs erreicht: ein straffreies Leben mit "inkludierter" Krankheit. Anders ausgedrückt: Der Fokus des "therapeutischen Handelns" im Maßregelvollzug ist nicht mehr auf das Verschwinden von Krankheit zu richten, sondern darauf, mit der Krankheit "sozialintegrativ" zu leben.

Eine solche Umorientierung auf den wahren Kern der psychiatrischen Maßregel müsste auch auf die Theorie und Praxis von Schuldfähigkeits- und Prognosebegutachtungen ausstrahlen: Es ginge dann nicht mehr nur und nicht in erster Linie um die Psychopathologie des Individuums, sondern auch darum aufzuzeigen, welche Versorgungseinrichtungen, welche psychosozialen Netzwerke, welche Rehabilitationsmaßnahmen geeignet und ausreichend sind, den staatlichen Schutzauftrag und das Sozialstaatsgebot der Vermittlung von Hilfe gegenüber der mit einer Maßregel belegten Person zu erfüllen.

Lassen Sie mich mit zwei Bemerkungen zum Schluss kommen:

Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat unter den Ziffern 30 und 31 in seinen "Abschließenden Bemerkungen ..." vom 17. April 2015 den "Mangel an Informationen über Menschen mit Behinderungen im Strafjustizsystem, die bei einer Straftat für schuldunfähig erklärt worden sind, über den Freiheitsentzug bei Personen aufgrund der Schuldunfähigkeitsklärung und die Anwendung von Maßregeln der Sicherung, oftmals auf unbestimmte Zeit" beklagt und die Durchführung einer "unabhängigen Enquete" gefordert.

Und: "Wir sollten im Blick behalten, welche Konsequenzen es hat, wenn wir alles so weiterlaufen lassen wie bisher", – so Bundesjustizminister Heiko Maas kürzlich in einer Rede vor Strafrechtslehrern.

Beiden Voten sollten wir uns anschließen und sie beherzigen!

Auf Initiative der DGSP hin und nach der Vorlage ihres "Forderungskatalogs" haben die Verbände des "Kontaktgesprächs Psychiatrie" zu diesem heutigen Forensik-Symposium eingeladen. So möchte ich Sie alle im Namen der DGSP nunmehr ermuntern, auf die Darstellungen der nachfolgenden Rednerinnen und Redner über geplante Vorhaben, laufende gute Erfahrungen in der forensischen stationären wie ambulanten Versorgung sowie auf neue Ideen, Anregungen und Forderungen mit Aufmerksamkeit zu hören und sie intensiv mit zu diskutieren.

Ich habe manchmal den Eindruck, wir befinden uns, was die aufgezeigten Fehlentwicklungen angeht, seit einigen Jahren in einem mentalen Investitionsstau und brauchen ein "Silicon Valley", um neuen Perspektiven den Weg vorzudenken und Strategien ihrer Umsetzbarkeit zu einer realen Chance zu verhelfen. Tun wir dies nun!

Zunächst einmal Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit bei meiner Einführung!