

Grundlagen der forensischen Psychiatrie

Von Herbert Steinböck

Der Aufsatz bietet einen orientierenden Überblick über die Grundlagen der forensischen Psychiatrie, speziell der Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB (für psychisch kranke Straftäter) und § 64 StGB (für suchtkranke Straftäter). Nach einer kurzen Erläuterung der rechtlichen und institutionellen Grundlagen folgt die Erörterung einiger Gesichtspunkte, die für die Zusammenarbeit mit der Gemeindepsychiatrie von besonderer Bedeutung sind, so kulturelle und Genderfragen, Fragen der Legalprognose und des Standorts von Maßregelvollzugseinrichtungen, nach der Tätigkeit der Forensischen Ambulanz und schließlich nach der Einbeziehung der vom Maßregelvollzug Betroffenen.



Herbert Steinböck
Dr., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum München-Ost.
Email: Herbert.Steinboeck@kbo.de

Forensische Psychiatrie führt traditionell ein Schattendasein, das freilich, veranlasst durch mehr oder weniger dramatische oder als dramatisch wahrgenommene Ereignisse, gelegentlich von den Scheinwerfern der öffentlichen Meinungsbildner jäh dem interessierten Publikum dargeboten wird. Wie immer, verzerrt zu grelles Licht auch hier mehr, als es zeigt. Will man sich also ernsthaft einem Verständnis der forensischen Psychiatrie zuwenden, empfehlen sich hierzu eher ruhige als allzu aufgeregte Zeiten.

Der Begriff „forensisch“ leitet sich vom lateinischen „forum“, Marktplatz, ab, auf dem die Alten nicht nur ihre Geschäfte abgewickelt, sondern auch zu Gericht gesessen und Urteile gefällt hatten. Forensische Psychiatrie lässt sich folglich mit „gerichtliche Psychiatrie“ übersetzen. Ihre seitens der Gesellschaft durchaus ambivalent erlebte Stellung hängt auch hiermit zusammen: ist doch alles, was auf dem Markt- bzw. Gerichtsplatz verhandelt wird, etwas, das innerhalb eines Interessenfeldes umstritten ist.

Forensische Psychiatrie umfasst ein weites Feld, das keineswegs nur das Strafrecht betrifft, sondern ebenso psy-

chiatrische Aspekte des Sozial- und des Zivilrechts. In all diesen Fällen ist forensische Psychiatrie vor allem mit Fragen der Begutachtung befasst. Grundsätzlich ist es nicht die Aufgabe eines Gutachters, rechtliche Entscheidungen wie die Gewährung oder Versagung einer Berufsunfähigkeitsrente, die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung oder die Anordnung einer Krankenhausunterbringung zu fällen. Er hat vielmehr in solchen Fragen lediglich das Gericht fachkundig, d.h. innerhalb der Grenzen seines psychiatrischen Fachgebiets, zu beraten. Sache des Gerichts ist es dann, die Entscheidung zu treffen, und die kann sich (und wird sich zumeist) an den Aussagen des Sachverständigen orientieren; das Gericht kann hiervon aber auch abweichen und tut es gelegentlich, denn das Gericht ist nicht nur vom Staat, sondern auch von den Gutachtern grundsätzlich unabhängig.

Einen Teilbereich der forensischen Psychiatrie bildet der Maßregelvollzug. Er macht immer wieder Schlagzeilen, auch weil er bei oberflächlicher Betrachtung, ähnlich wie das Gefängnis, schon räumlich eine Separation zwischen Gut und Böse vornimmt und so die außerhalb seiner Mauern verbleibenden, vermeintlich guten Menschen sich ihrer

Qualität gern immer wieder dadurch vergewissern, dass sie den distanzierenden Blick auf die Untergebrachten samt der dazugehörigen Institution werfen. Wir wollen uns im Folgenden dieser Institution zuwenden.

Der Maßregelvollzug

Das deutsche Strafrecht ist zweispurig: eine Spur führt von der Schuld, die der Täter durch die von ihm begangene Tat auf sich geladen hat, zur Strafe, die im Allgemeinen entweder die Form einer Geldstrafe oder von Gefängnis annimmt. Man kann dies auch als die Hauptspur des Strafgesetzes bezeichnen, bei der es um Schuld und Sühne, also um Strafe geht. Die andere Spur nimmt ihren Ausgang von der Gefährlichkeit, die wir einem Täter aufgrund seiner Tat und seiner Persönlichkeit, seiner Lebensumstände etc. zuschreiben. Während also die erstgenannte Spur lediglich den vergangenheitsorientierten Tatnachweis erfordert, zwingt die zweite Spur zu einer in die Zukunft gerichteten Gefährlichkeitsprognose. In diesem zweiten Fall geht es bei der Konsequenz aus der erstellten Gefährlichkeitsprognose nicht um Strafe, sondern um eine Vorbeugung gegen die angenommene Gefährlichkeit. Eine solche Maßnahme wird in unserem Strafrecht als Maßregel (im Unterschied zur Strafe) bezeichnet.

Das StGB kennt verschiedene Maßnahmen. Beispielsweise gehören dazu so unterschiedliche Maßnahmen wie Berufsverbot, Führerscheinentzug und Führungsaufsicht, aber eben auch die beiden freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung, nämlich die Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) und der Maßregelvollzug (§§ 63, 64 StGB). Während die Sicherungsverwahrung normalerweise durch Justizvollzugsanstalten (Gefängnisse) durchgeführt wird, erfolgt der Maßregelvollzug in psychiatrischen Krankenhäusern, sei es als forensische Abteilungen innerhalb allgemeinpsychiatrischer Kliniken oder als eigenständige forensische Kliniken. Dabei erfolgt die Unterbringung psychisch kranker Straftäter gemäß § 63 StGB, die Unterbringung suchtkranker Straftäter gemäß § 64 StGB.

Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)

Voraussetzung einer Unterbringung gemäß § 63 StGB ist die Begehung einer Straftat, für die wegen des Vorliegens einer psychischen Erkrankung entweder Schuldunfähigkeit oder zumindest erheblich verminderte

Zweck der Unterbringung ist die Behandlung der psychischen Erkrankung und der Schutz der Allgemeinheit.

Schuldfähigkeit angenommen wird. Zusätzlich muss die Frage nach der künftigen Gefährlichkeit aufgrund des Fortbestehens der psychischen Erkrankung bejaht werden. Dies bedeutet, dass der Zweck der Unterbringung ein doppelter ist, nämlich zum einen die Behandlung der die Gefährlichkeit begründenden psychischen Erkrankung, zum anderen der Schutz der Allgemeinheit, welcher zunächst durch den Freiheitsentzug angestrebt wird, möglichst früh aber auch, und mit zunehmender Dauer in verstärktem Maße, durch Behandlung und therapeutische Beziehung. Diese beiden Zwecke werden durch die Bezeichnung als Maßregel der „Besserung und Sicherung“ zum Ausdruck gebracht. Dass die Besserung an erster Stelle steht, ist auf die große Strafrechtsreform der 1970-er Jahre zurückzuführen. Bis dahin hatte man die umgekehrte Reihenfolge und damit die Formulierung des Gewohnheitsverbrechergesetzes von 1933 aufrechterhalten, auf das die Maßregelvollzugs-Gesetzgebung – freilich nach einem jahrzehntelangen Vorlauf einer juristischen

Reform Diskussion, deren Ergebnisse das NS-Regime verkürzte und seinen eigenen Missbrauchszwecken unterwarf – zurückgeht.

Die Dauer des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB ist prinzipiell unbefristet. Einmal jährlich erfolgt eine richterliche Anhörung, zu deren Vorbereitung durch das Gericht jeweils eine gutachterliche Stellungnahme bzw. ein psychiatrisches Prognosegutachten, alle fünf Jahre auch ein externes Prognosegutachten eingeholt wird. Die Entlassung wird durch das Gericht beschlossen, sobald es zu dem Schluss kommt, dass die Gefährlichkeit des Untergebrachten nicht mehr fortbesteht.

Psychische Erkrankung stellt, und diese Einsicht gilt heute unverändert fort, für sich genommen kein erhöhtes Gewalt- oder Deliktrisiko dar. Es gibt allerdings spezifische Konstellationen, die als Risikofaktoren anzusehen sind und, wirkt man ihnen nicht durch protektive Faktoren entgegen, die Gefahr der Begehung einer erneuten Gewalttat erhöhen können. Wichtigster Risikofaktor für Gewalttaten stellt insbesondere der Konsum von Alkohol, in geringerem Maße auch von anderen psychotropen Substanzen

dar. Auch eine unbehandelte schizophrene Psychose kann das Risiko erhöhen, vor allem bei Vorliegen eines psychotischen Erlebens, welches mit der wahnhaften Überzeugung einhergeht, mit dem Leben bedroht zu werden, schweren Ich-Störungen ausgeliefert zu sein und sich nur durch vermeintliche Notwehr retten zu können. Ist diese psychotische Symptomatik jedoch stabil remittiert, besteht ein effektiver medikamentöser Schutz vor einem psychotischen Rezidiv, befindet sich der Betroffene in einem wohlwollenden, ihn weder über- noch unterfordernden Lebenszusammenhang und meidet er Alkohol und illegale Drogen, dann geht von ihm auch keine andere Gefahr als von jedem anderen Bürger aus.

Unterbringung in der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB

Bekanntlich gibt es die Entziehungsanstalten alten Stils nicht mehr, die im

Recht gebräuchlichen Begrifflichkeiten hinken allerdings häufig, so auch hier, den gesellschaftlichen oder fachlichen Entwicklungen hinterher. Die Unterbringung in der Anstalt bedeutet lediglich, dass ein suchtkranker Straftäter zwar, ähnlich einen psychisch kranken Täter, in einer forensischen Klinik, aber eben mit einem anderen, nämlich suchtttherapeutisch ausgerichteten Therapieprogramm behandelt wird. Wegen der gleichzeitig bestehenden kriminellen Vorbelastung ist diese Suchttherapie zugleich „kriminatherapeutisch“ anzureichern, also die Auseinandersetzung des Patienten mit der Tat und mit kriminogenen Faktoren zu fördern.

Die Unterbringung gemäß § 64 StGB unterscheidet sich von derjenigen gemäß § 63 StGB vor allem in folgenden Hinsichten: Zum einen spielt für die Unterbringung gemäß § 64 StGB die Frage der Schuldfähigkeit keine Rolle, das heißt, nach diesem Rechtsgrund werden auch voll schuldfähig die Straftäter, soweit sie die Straftat im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung begangen haben, untergebracht. Zum anderen ist die Unterbringung gemäß § 64 StGB auf zwei Jahre befristet, wobei sich diese Frist gegebenenfalls durch Begleitstrafen verlängert. Wegen der kürzeren Unterbringungsdauer erfolgen hier die richterlichen Anhörungen halbjährlich.

Schließlich ist noch ein Unterschied, dass die Unterbringung gemäß § 64 StGB nur dann infrage kommt, wenn eine konkrete Aussicht auf Erfolg der Behandlung bejaht wird. Befindet sich der Patient bereits in Unterbringung, und es stellt sich im Lauf der Behandlung heraus, dass keine Aussicht auf Erfolg besteht, kann die Maßregel durch Gerichtsbeschluss erledigt, die Unterbringung also abgebrochen werden. Ist dann noch eine Begleitstrafe offen, wird der Patient aus der psychiatrischen Klinik zur Verbüßung der Reststrafe in die Haftanstalt verlegt. Die Erledigungsquoten bei Unterbringung gemäß § 64 StGB sind hoch und liegen im Bundesdurchschnitt bei etwa 50%. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die meisten der betreffenden Patienten bereits mehrere gescheiterte Entwöhnungsbehandlungen

gen hinter sich haben, etwa die Hälfte von ihnen war zum Zeitpunkt der Tatbegehung in Substitution, die also jedenfalls bei dieser Gruppe die deliktische Entwicklung nicht aufzuhalten vermochte.

Diagnosen- und Deliktverteilung

Unter den im Maßregelvollzug untergebrachten Suchtpatienten finden sich zu einem Drittel Alkoholranke, zu zwei Dritteln Konsumenten illegaler Substanzen, wobei hier die Abhängigkeit von multiplen Stoffen dominiert und häufig eine Kombination mit Persönlichkeitsstörungen vor allem aus dem Cluster B vorliegt.

Während Alkoholiker besonders häufig Gewaltdelikte, vor allem Körperverletzungen, aber auch gelegentlich Tötungs- oder Sexualdelikte bieten, finden sich unter den Konsumenten illegaler Substanzen hauptsächlich Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz und Eigentumsdelikte wie Diebstahl und Raub, insbesondere bei Kokain- und Amphetaminkonsumenten kommen aber auch nicht selten Körperverletzungsdelikte vor. Seit Jahren

seit sich ein Trend zu schwereren Delikten vor allem aus dem Gewaltbereich und zu höheren Begleitstrafen.

Betrachtet man die gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten, so finden sich hier etwa 50% mit einer schizophrenen Erkrankung, ein Drittel der Patienten gehört der Gruppe der Persönlichkeitsgestörten an, hauptsächlich solche mit narzisstischen, dissozialen und Borderline-Zügen, aber auch paranoiden, schizotypen und passiv-aggressiven Gepräges. Die restlichen Patienten verteilen sich auf bipolare affektive Störungen, Patienten mit hirnorganischen Beeinträchtigungen und mit Intelligenzminderung.

Der häufigste Delikttyp im § 63 StGB-Bereich ist Körperverletzung, gefolgt von Tötungs- und Sexualdelikten. Seltenere sind Brandstiftung, Sachbeschädigung und Eigentumsdelikte vertreten.

Die Geschlechtsverteilung der Maßregelvollzugspatienten ist eindeutig: 90% sind männlich, 10% weiblich,

der Anteil der Letzteren allerdings mit steigender Tendenz. Trotz einiger Unterschiede zeigen beide Geschlechter in der forensischen Psychiatrie viele Gemeinsamkeiten. So finden sich in beiden Gruppen überdurchschnittlich viele Patienten mit broken-home-Verhältnissen, viele von ihnen waren in der Kindheit Opfer von Missbrauch und Traumatisierung. Der höhere Anteil affektiver Störungen beim weiblichen Geschlecht hängt auch damit zusammen, dass sich hier immer wieder auch Patientinnen nach erweitertem Suizidversuch finden, bei dem das Kind zu Tode gekommen ist.

Kulturelle Aspekte spielen für den Maßregelvollzug ohnehin in vielfacher Hinsicht eine Rolle, besonders natürlich in Bezug auf die verschiedenen Herkunftsländer (Steinböck 2011). In einer Stichtagsuntersuchung unserer gemäß

Unter den im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten finden sich überdurchschnittlich viele mit broken-home-Verhältnissen.

§ 64 StGB untergebrachten Patienten fanden sich ca. 50%, deren Herkunftsland nicht Deutschland ist. Neben Sprache und Kultur weisen forensische Patienten mit nicht-deutschem Hintergrund auch eine andere Deliktstruktur als deutsche Untergebrachte auf: Ausländer sind in Bezug auf Sexualdelikte deutlich unterrepräsentiert.

Berührungspunkte zur Gemeindepsychiatrie

Der Maßregelvollzug weist, wie schon aus dem bisherigen Überblick klar geworden sein dürfte, erhebliche Unterschiede zur Allgemeinpsychiatrie bzw. Gemeindepsychiatrie auf. Dennoch bestehen zwischen beiden Systemen wichtige und zum Teil auch sehr innige Berührungspunkte. Von diesen sollen abschließend vor allem zwei Aspekte kurz skizziert werden, nämlich die Prognoseproblematik und die Entwicklung der Anzahl von Maßregelvollzugspatienten und das Verhältnis dieser Entwicklung zur Gemeindepsychiatrie.

1. Prognoseproblematik – Lockerungen, Entlassungen und Standortfrage

Nicht jeder Untergebrachte ist tatsächlich gefährlich. Aufgrund der begrenz-

ten empirischen Treffsicherheit der Gefährlichkeitsprognose ist aber auch heute noch von einer Rate falsch Positiver von etwas über 60% auszugehen (Nedopil & Müller 2012, S. 351), und zwar auch dann, wenn die Prognosen korrekt, d. h. nach dem state of the art erhoben werden.

Untersuchungen in Gemeinden, die als Standorte für Maßregelvollzugskliniken dienen, haben keine erhöhte Deliktbelastung nachgewiesen.

Das bedeutet, dass wir statistisch jeweils mindestens zwei Menschen unterbringen müssen, die uns zwar beide als gefährlich erscheinen, von denen aber, würde man sie beide sofort auf freien Fuß setzen, lediglich einer früher oder später erneut eine wirklich gefährliche Tat begehen würde. Das Problem ist, dass wir nicht über hinreichend geeignete Kriterien verfügen, um zu entscheiden, wer von beiden nicht (mehr) gefährlich ist. Der Hintergrund dieser prognostischen Problematik ist komplex, so sind schon aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl schwerer Gewalttaten statistische Untersuchungen schwierig, und die Kontingenz menschlichen Verhaltens setzt hier zusätzliche, prinzipielle Erkenntnisschranken. Wir haben es also in Bezug auf die Deliktprognose mit vergleichbaren Schwierigkeiten zu tun, wie sie sich auch im Zusammenhang mit Fragen der Vorhersage suizidalen Verhaltens einstellen.

Weil also die Prognose deliktischer Rückfälle schwierig ist, versucht man, die Bedingungen und Zeiträume der Rückfallprognose möglichst einzugrenzen, indem man zwischen hoch gesicherter Unterbringung und Entlassung mehr oder weniger ausgedehnte Zeiten gestufter Vollzugslockerungen, mehrmonatiges Probewohnen außerhalb der Klinik und auch noch nach der Entlassung eine meist auf 3-5 Jahre befristete Bewährungszeit mit individuell abgestimmten Bewährungsauflagen und Führungsaufsicht schaltet.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Untersuchungen zur Sicherheitslage in Gemeinden, die als Standorte für Maßregelvollzugskliniken dienen, keine erhöhte Deliktbelastung dieser Gemeinden gefunden haben. Entgegen der häufig in der öffentlichen Diskussion zu vernehmenden Meinung sind also Lockerungszwischenfälle ausgesprochen seltene Ereignisse.

2. Entwicklung der Unterbringungszahlen, forensische Ambulanz und gemeindepsychiatrischer Verbund

Seit 1996 stieg in der gesamten Bundesrepublik die Anzahl der in den Maßregelvollzugskliniken untergebrachten Patienten kontinuierlich an, in Bayern von ca. 1000 auf 2500 (Wenk-Wolff 2013). Ein ähnlicher Trend findet sich auch in der übrigen Bundesrepublik, die Gesamtzahl Untergebrachter in der BRD liegt bei etwa 10.000 Personen.

Die Frage, wie dieser beständige Anstieg zu erklären ist, ist bislang nicht beantwortet. Sicherlich spielen gesamtgesellschaftliche Tendenzen eine Rolle, auch politisch-ideologische Konjunkturen wie etwa irrationale Kriminalitätsfurcht und diese nutzende Repressionsreflexe, vor allem mit fortgesetzten Verschärfungen juristischer Vorgaben. Immer wieder wurde auch diskutiert, inwieweit die Verkürzung stationärer Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie das deliktische Risiko für Patienten, die nicht hinreichend remittiert entlassen wurden, erhöhen würde. Dem steht allerdings entgegen, dass die Unterbringungszeiten vor allem in der § 63 StGB-Unterbringung sich deutlich verlängert haben, während die Aufnahmen gerade in diesem Bereich, wie sich an den Zahlen der vorläufigen Unterbringung gemäß § 126a StPO zeigt, keineswegs diese hohen Anstiegsraten aufweisen. Insofern scheint es sich hier eher um ein Entlassungs- als um ein Aufnahmeproblem zu handeln (siehe auch Zinkler 2008).

Dabei hat sich gerade in Bezug auf die Entlassung psychisch kranker Straftäter aus dem Maßregelvollzug in den letzten Jahren viel getan. So wurde mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht vom 17.4.2007 einerseits der Begriff der Forensischen Ambulanz erstmals ins Recht eingeführt (§§ 68a, 68b StGB) und andererseits eine stationär-forensische Krisenintervention (§ 67h StGB) festgelegt, deren Höchstgrenze von drei Monaten im Bedarfsfall einmalig auf sechs Monate verlängert werden kann.

Nach Nordrhein-Westfalen und dem bereits gut etablierten hessischen Modell wurde dann ab 1.1.2009 auch in Bayern eine angemessene und auf

Dauer angelegte Finanzierung flächendeckender forensischer Ambulanzen installiert. Mittlerweile wurden, in unterschiedlichen Ausformungen, auch in allen übrigen Bundesländern ähnliche forensische Ambulanzen geschaffen. Diese Ambulanzen arbeiten multiprofessionell und flexibel, einschließlich einer aufsuchenden Betreuung, mit der Möglichkeit effektiver Substanzkontrollen und zeitnaher Reaktion auf problematische Entwicklungen oder krisenhafte Zuspitzungen (z. B. Schlie & Büttner-Krischock 2012).

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die enge Zusammenarbeit zwischen forensischer Station, Forensischer Ambulanz, Bewährungshilfe, Strafvollstreckungskammer, betreuten Wohneinrichtungen, beschützenden Arbeitsprojekten und anderen Anbietern psychosozialer Hilfen (Steinböck 2012).

Für die forensische Psychiatrie relativ neu sind schließlich die Gehversuche, die sie auf „drei Beinen“ unternimmt, nämlich in der dialogischen Verständigung mit den Service Usern – Vertretern der Patienten wie der Angehörigen (Steinböck 2001) etwa bei Tagungen, Projektplanungen und vor allem – in der täglichen Arbeit (Völlm & Zinkler 2013; Winkler 2013). ●

Literatur

- Nedopil, N., Müller, J. L.** (2012) Forensische Psychiatrie. Stuttgart – New York: Thieme.
- Schlie, M., Büttner-Krischock, C.** (2012) Wegbegleitung aus der Dissozialität – eine Kasuistik aus Sicht der Forensischen Psychiatrie und der Bewährungshilfe. In: Steinböck, H. (Hrsg.) Der Maßregelvollzug. Von der Besserungsanstalt zur modernen Therapielandschaft. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 108 – 128.
- Steinböck, H.** (2001). Angehörige als Opfer – Fallstricke der forensischen Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 19, 4: 190 – 195.
- Steinböck, H.** (2011) Forensische Psychiatrie, Kultur und der Andere. In: ders. (Hrsg.) Forensische Psychiatrie als Randkultur – zwischen interkultureller Spannung und multikultureller Integration. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 11 – 23.
- Steinböck, H.** (2012). Was erwartet das komplementäre Umfeld vom Maßregelvollzug? *Recht & Psychiatrie* 30, 1: 3 – 8.
- Völlm, B., Zinkler, M.** (2013) Editorial. *Recht & Psychiatrie* 31, 3: im Druck.
- Winkler, H.** (2013) Die Rolle von Angehörigen im Maßregelvollzug – ein wichtiger

Mittler zwischen drinnen und draußen. In: Steinböck, H. (Hrsg.) Maßregelvollzug in der Gemeinde – vom Tatort zum sozialen Empfangsraum. Lengerich: Pabst Science Publishers, im Druck.

Wenk-Wolff, C. (2013) Unveröffentlichte Statistik des Verbands der Bayerischen Bezirke.

Zinkler, M. (2008). Früher entlassen – schneller im Maßregelvollzug? Zum Verhältnis von allgemeiner und forensischer Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 26: 102 – 105