

# 3 Forensische Psychiatrie im europäischen Vergleich – Aktueller Stand und Perspektiven

Birgit Völlm

Dieses Kapitel befasst sich mit den rechtlichen Grundlagen sowie punktuell auch mit der Organisation und der praktischen Gestaltung der forensischen Psychiatrie in Europa. Schon die Begriffsbestimmung und somit der Fokus des Inhaltes dieses Kapitels ist komplexer als man dies auf den ersten Blick vermutet. Wie an anderen Stellen in diesem Buch ausgeführt, gibt es keine einheitliche Definition der „forensischen Psychiatrie“. Obgleich relative Einigkeit darüber besteht, dass es sich um eine Disziplin handelt, die sich mit psychisch kranken (bzw. gestörten) Straffälligen befasst, werden in verschiedenen Ländern (z.B. dem Vereinigten Königreich) auch Personen mit schweren psychischen Störungen, die (noch) nicht straffällig geworden sind, in forensisch-psychiatrischen Kliniken (gegen ihren Willen) aufgenommen und behandelt, weil dort die Ausstattung (z.B. mehr Personal) und Expertise (z.B. im Umgang mit komplexen Krankheitsbildern und Gewalt) für manche Patientengruppen günstiger sind als in der Allgemeinpsychiatrie. So

sind im Vereinigten Königreich etwa 10% der in der forensischen Psychiatrie Untergebrachten dieser Gruppe zuzuordnen, meist Frauen und Patienten mit Intelligenzminderungen mit sehr schweren Selbstverletzungen oder wiederholten, impulsiven Aggressionen gegen andere, die aber nicht zur Anzeige gebracht wurden. Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern gibt es auch im Hinblick darauf, inwieweit Gefängnisse geeignete Behandlungsmöglichkeiten für psychisch gestörte Straffällige vorhalten. Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtanzahl der psychisch gestörten Straffälligen (also einschließlich solcher mit Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen) in allen Ländern in den Gefängnissen höher ist als die Anzahl der Straffälligen, die aufgrund der verschiedenen Selektions- bzw. Eingangskriterien in speziellen forensisch-psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden. Die Ausführungen in diesem Kapitel beziehen sich dennoch vorwiegend auf die psychisch gestörten Straffälligen,

die in speziellen forensisch-psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden. Mit denen, die in Gefängnissen behandelt (oder eben auch nicht behandelt) werden, befasst sich die Gefängnispsychiatrie.

Die Ausführungen in diesem Kapitel befassen sich mit der Situation in „Europa“. Der zunächst geografische Begriff des Kontinents Europa fasst Länder zusammen, die zumindest ähnliche historische, politische, kulturelle und ideelle Wurzeln haben und auch, mit unterschiedlichen Mitgliedschaften, aktuell in verschiedenen politischen Institutionen wirken (z.B. Europäische Union, Europarat, Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte etc.). Zudem gibt es zahlreiche, auch für die forensische Psychiatrie relevante gemeinsame Konventionen, wie z.B. die Europäische Menschenrechtskonvention, in denen gemeinsame Rechts- und Wertevorstellungen zum Ausdruck kommen.

Es ist daher naheliegend, sich mit den Systemen der Gesundheitsversorgung und verschiedener Teilaspekte dieses übergeordneten Themas in verschiedenen europäischen Ländern zu befassen. Dies ist nicht zuletzt auch deshalb von praktischer Relevanz, da es aufgrund der Freizügigkeit zu einem zunehmenden Austausch von Arbeitskräften im Gesundheitswesen zwischen den europäischen Ländern kommt. Besonders verdient gemacht hat sich in dieser vergleichenden Forschung die Arbeitsgruppe um Hans Salize. Salize und Koautoren haben drei von EU-Forschungsgeldern geförderte Studien vorgelegt, die sich diesem Thema widmen, zum einen eine Studie zur zwangsweisen Unterbringung und Behandlung in der Psychiatrie im Allgemeinen (Salize et al. 2002), sodann eine Studie zur forensischen Psychiatrie (Salize et al. 2005) und schließlich eine Studie zur Gefängnispsychiatrie (Salize et al. 2007), die inzwischen jedoch alle etwas veraltet sind. Ein neueres Forschungsprojekt, ebenfalls EU-gefördert (COST – Cooperation in Science and Technology – action

towards an EU research framework on Forensic Psychiatry), hat diese Informationen teilweise aktualisiert (siehe z.B. Tomlin et al. 2020) und bildet die Hauptgrundlage für die Ausführungen hier.

Die forensische Psychiatrie ist nur ein Teil des Systems des Umgangs mit Straftätern. Die überwiegende Mehrheit derer, die Straftaten begangen haben und für die eine freiheitsentziehende Maßnahme als notwendig angesehen wird, ist in Gefängnissen untergebracht. Wer und wie viele Personen inhaftiert sind, hängt nicht nur von Umfang und Art der begangenen (bzw. detektierten) Straftaten in einem Land ab, sondern auch von verschiedenen kriminalpolitischen Entscheidungen der einzelnen Gesellschaften. So spielt z.B. das Alter der Strafmündigkeit eine Rolle. Dieses liegt innerhalb von Europa in den meisten Ländern bei 14 oder 15 Jahren. Das Vereinigte Königreich und die Schweiz haben mit 10 Jahren ein deutlich niedrigeres Alter der Strafmündigkeit, in Andorra, Belgien, Irland, den Niederlanden und Ungarn beträgt es 12 Jahre. Am anderen Ende des Spektrums liegt Portugal mit 16 Jahren, während in einigen Ländern das Alter der Strafmündigkeit je nach Schwere des Delikts unterschiedlich ist (z.B. Frankreich, Griechenland, Litauen, Luxemburg und Polen). Die Anzahl der Inhaftierten in Gefängnissen ist ebenfalls in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich, was wohl, zumindest teilweise, verschiedene kriminalpolitischen Ansätze widerspiegelt, so z.B. welche Bedeutung der Prävention und Rehabilitation beigemessen wird bzw. inwieweit Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen zur Verfügung stehen und genutzt werden. Nordeuropäische Länder haben insgesamt die niedrigsten Raten von Inhaftierten pro 100.000 Einwohnern (z.B. 51 in Finnland, 63 in Norwegen), osteuropäische Länder die höchsten (z.B. 111 in Rumänien, 194 in Polen und 402 in Russland; Informationen hierzu finden sich auf der Website der Organisation World Prison Brief). Bei den

westeuropäischen Ländern finden sich die höchsten Zahlen in England und Wales (140) und Spanien (126). Deutschland liegt mit 75 Inhaftierten pro 100.000 Einwohnern eher im unteren Bereich.

Im Hinblick auf die Anzahl der Straftäter, die nicht in Gefängnissen, sondern in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen untergebracht sind, spielen verschiedene Aspekte eine Rolle. Im Verlauf des Prozesses von der Verhaftung über die Verurteilung bis hin zur Inhaftierung bzw. Einweisung in eine forensisch-psychiatrische Klinik und die spätere Entlassung, gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, psychisch kranke bzw. gestörte Individuen zu identifizieren und ggf. aus dem Justizsystem heraus in das Gesundheitssystem umzulenken. Die Literatur befasst sich in diesem Zusammenhang vorwiegend mit der Frage der Kriterien einer Einweisung in eine Klinik zum Zeitpunkt der Verurteilung (z.B. Elaboration der Schuldfähigkeit, Gefährlichkeit etc.), Möglichkeiten einer Unterbringung in einer geeigneten Klinik ergeben sich jedoch schon vorher, wenn bspw. eine Begutachtung in einer Klinik im Vorfeld der Hauptverhandlung angeordnet wird, was in den meisten Ländern möglich ist (z.B. § 126a StGB in Deutschland). Manche Länder, allen voran das Vereinigte Königreich, haben auch Systeme entwickelt, die noch früher greifen und die Umlenkung („diversion“) von psychisch gestörten Personen zu einem sehr frühen Zeitpunkt ermöglichen sollen. Dies beginnt mit einer systematischen und umfangreichen Ausbildung der Polizei im Erkennen von Anzeichen von psychischen Störungen und setzt sich fort in der Anstellung von Psychiatrie-Fachpflegekräften in Polizeiwachen und Gerichten mit dem Ziel, psychisch auffällige Personen frühzeitig zu identifizieren, ggf. mit Vorbehandlern Kontakt aufzunehmen und, vor allem bei sehr geringfügigen Delikten, eine Umlenkung der Betroffenen in das psychiatrische Versorgungssystem einzuleiten, sodass eine Kriminalisierung

verhindert werden kann. Diese „liaison and diversion schemes“ haben sich als erfolgreich erwiesen, auch im Hinblick auf das Risiko erneuter Straftaten, für einen Review siehe z.B. Scott et al. (2013).

Ein zentraler Begriff in der forensischen Psychiatrie ist die Schuldfähigkeit, wie an anderer Stelle in diesem Buch für die Situation in Deutschland ausführlich dargestellt. Schuldfähigkeit ist in allen europäischen Ländern Voraussetzung für Schuld und folglich Strafe. Daher müssen für Personen, die zum Zeitpunkt des Begehens einer Straftat nicht schuldfähig waren, alternative Maßnahmen gefunden werden – Freispruch, Unterbringung in einer Klinik etc. Obgleich alle Länder das Konzept der Schuldfähigkeit kennen, wird das Konstrukt in den verschiedenen Ländern unterschiedlich operationalisiert. Zudem unterscheiden sich die Rechtssysteme in der Bedeutung, die der Schuldfähigkeit bei der Entscheidung bezüglich einer Aufnahme in einer forensisch-psychiatrischen Klinik zugemessen wird; nicht in allen Ländern ist z.B. eine verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit Voraussetzung für die Aufnahme in eine forensisch-psychiatrische Klinik.

Nur wenige Länder haben ein dichotomes Konzept der Schuldfähigkeit, d.h. in diesen Ländern ist die Schuldfähigkeit entweder gegeben oder nicht. Die meisten Länder haben ein abgestuftes Konzept, meist im Sinne von voll schuldfähig, vermindert schuldfähig und nicht schuldfähig. In den Niederlanden gibt es fünf Abstufungen der Schuldfähigkeit, während in Schweden das Konzept der Schuldfähigkeit gar keine Rolle spielt. In England, Wales und Irland gibt es zwar das Konzept der Schuldfähigkeit mit drei Abstufungen, die Kategorie der verminderten Schuldfähigkeit wird jedoch nur bei Anklage wegen Mordes angewandt – wird der Angeklagte als vermindert schuldfähig befunden, wird die Anklage von Mord auf Totschlag herabgestuft (s. Abb. 1).

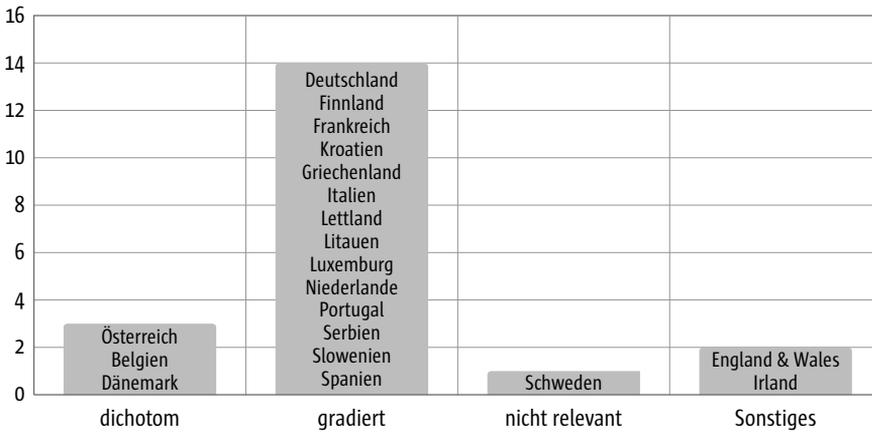


Abb. 1 Konzepte der Schuldfähigkeit in Europa

In der Mehrheit der europäischen Länder ist eine verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit Voraussetzung für die Aufnahme in eine forensisch-psychiatrische Klinik. In manchen Ländern ist die Aufnahme in eine Klinik jedoch nicht an die Frage der Schuldfähigkeit gebunden, vielmehr spielen hier andere Fragen eine Rolle, insbesondere die Behandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt der Verhandlung (z.B. England und Wales). Beide Vorgehensweisen haben Vor- und Nachteile. In einem System, in dem die Aufnahme in die forensische Psychiatrie strikt an eine Verminderung der Schuldfähigkeit geknüpft ist, kann es schwierig sein, Straftäter, die nach der Straftat bzw. nach einer Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe psychisch krank werden, in einer Klinik aufzunehmen, um sie zu behandeln. Dies ist in der Regel nur im Rahmen einer Krisenintervention möglich. Nach Abklingen der Krise müssen die Betroffenen wieder in das Gefängnis überführt werden, was möglicherweise eine erneute Krise auslöst. In Systemen, die vor allem auf die Behandlungsbedürftigkeit fokussieren und von daher auch eine spätere bzw. nachträgliche (also nach Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe) Aufnahme in einer forensisch-psychiatrischen Klinik zulassen, sind

die Betroffenen möglicherweise insgesamt länger ihrer Freiheit beraubt, da ja die Aufenthaltsdauer in der Forensik in der Regel nicht zeitlich befristet ist. Dies ist aus menschenrechtlichen Erwägungen heraus problematisch – dass Menschen, die zum Zeitpunkt der Tat voll schuldfähig waren und später erkranken, länger untergebracht sind als solche, die nicht erkranken.

Die Anzahl der forensisch-psychiatrischen Betten pro 100.000 Einwohner variiert stark zwischen den verschiedenen Ländern (s. Abb. 2). In den Niederlanden scheint es die meisten forensisch-psychiatrischen Betten zu geben, gefolgt von Belgien. Deutschland liegt hier im Mittelfeld, wohingegen einige der südeuropäischen Länder, z.B. Spanien und Italien, sehr viel weniger solche Betten vorhalten. Allerdings ist die Vergleichbarkeit dieser Zahlen nicht nur durch die unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Definitionen, sondern auch dadurch eingeschränkt, dass manche Länder ein gut ausgestattetes gesundheitliches Versorgungssystem in Gefängnissen vorhalten, diese Einrichtungen aber in der Regel in den hier gezeigten Zahlen nicht eingeschlossen sind. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Beobachtung, dass die Anzahl forensisch-psychia-

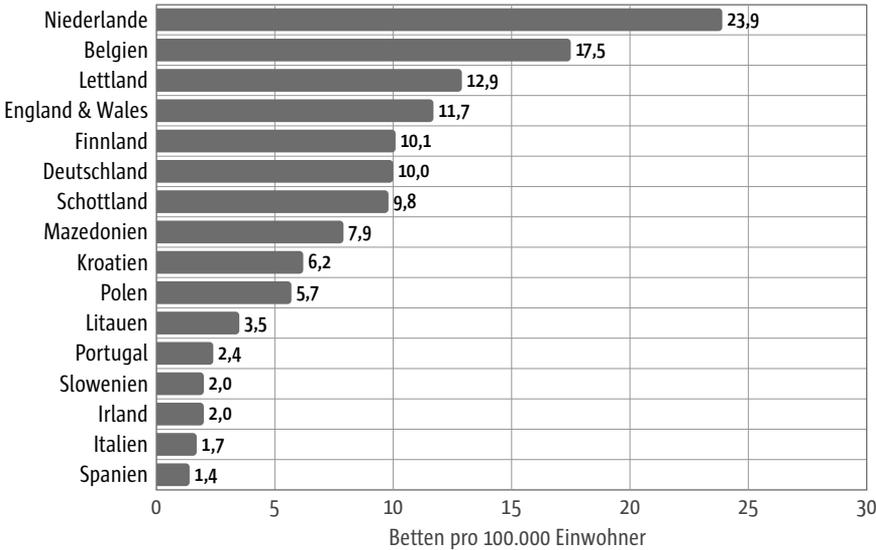


Abb. 2 Forensisch-psychiatrische Betten

trischer Betten in vielen europäischen Ländern angestiegen ist, möglicherweise parallel zum Abbau allgemeinpsychiatrischer Betten (s. z.B. Chow u. Priebe 2016).

In manchen Ländern werden bestimmte Patientengruppen von der Unterbringung in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen ausgeschlossen, z.B. solche mit Persönlichkeitsstörungen oder Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit (als einzige Diagnosen). Dies könnte aus menschenrechtlicher Sicht zu begrüßen sein, da durch dieses Vorgehen insgesamt weniger Personen gegen ihren Willen untergebracht sind, es kann aber auch bedeuten, dass es für Straftäter bestimmter diagnostischer Gruppen weniger Hilfsangebote gibt.

Im Hinblick auf die Organisation der forensischen Psychiatrie gibt es ebenfalls weitreichende Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern, deren ausführliche Diskussion den Rahmen dieses kurzen Kapitels sprengen würde. Ich werde mich daher auf einige wenige Aspekte, insbesondere die Unterbringungsdauer, beschränken. Die durchschnittliche Länge der Unterbringung in der forensischen

Psychiatrie variierte in unserer Erhebung deutlich von vier bis zehn Jahren, wobei allerdings zu beachten ist, dass es sich hier um Expertenschätzungen und nicht um offizielle Statistiken handelt, da Letztere nicht existieren (s. Abb. 3). Von besonderem Interesse ist, dass es inzwischen (mindestens) drei Länder in Europa gibt, Italien, Kroatien und Portugal, in denen die Länge der Unterbringung in einer forensisch-psychiatrischen Klinik nicht länger sein darf als die Dauer einer Haftstrafe bei psychisch Gesunden mit demselben Delikt. Dies ist auch deshalb von Interesse, weil im Hinblick auf die UN-Behindertenkonvention manche Kommentatoren, m.E. berechtigterweise, anmerken, dass die potenziell lebenslange Unterbringung von psychisch kranken Straftätern im Vergleich zur zeitlich befristeten Gefängnisstrafe eine Diskriminierung zuungunsten psychisch Kranker darstellt (Bartlett 2012).

Zum Ende dieses Kapitels möchte ich noch auf Besonderheiten in zwei Ländern hinweisen. Zum einen verdient der Umgang mit sog. Long-Stay-Patienten in den Niederlanden eine Erwähnung (siehe auch Edworthy et al. 2016).

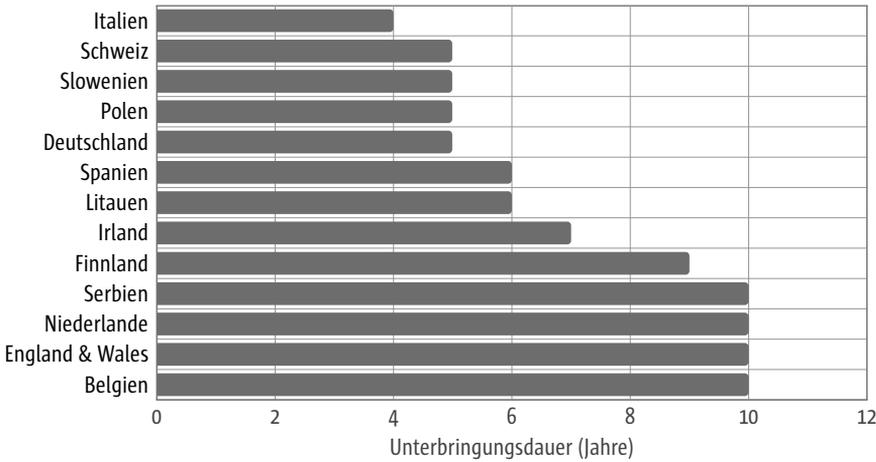


Abb. 3 Unterbringungsdauer

Die Niederlande sind das einzige Land mit einem rechtlich verankerten speziellen Versorgungssystem für diese Patientengruppe. In eine Long-Stay-Einrichtung kann ein Patient eingewiesen werden, der für insgesamt mindestens sechs Jahre lang erfolglos in mindestens zwei verschiedenen forensisch-psychiatrischen Einrichtungen behandelt worden ist. Unter erfolglos ist hier zu verstehen, dass es nicht zu einer relevanten Verringerung des Risikos gekommen ist, der Patient also weiterhin als gefährlich anzusehen ist. In der Long-Stay-Einrichtung liegt der Fokus dann auch nicht mehr auf Interventionen um das Rückfallrisiko zu verringern. Es wird akzeptiert, dass die Patienten, die dort untergebracht sind, eine lange Zeit, möglicherweise ihr ganzes Leben lang, in einer forensisch-psychiatrischen Klinik verbringen werden; gleichzeitig wird versucht, die Lebensqualität durch verbesserte materielle Bedingungen und Freiräume innerhalb der Institution zu optimieren. Ein solches Konzept kann man aus ethischer Sicht durchaus kontrovers diskutieren. Wichtig ist hier jedoch zu vermerken, dass es sich durchaus nicht um ein endgültiges Aufgeben handelt, vielmehr können Patienten auch wieder in das „normale“ System integriert werden, wenn sich etwa die

Behandlungsbereitschaft oder auch die zur Verfügung stehenden Therapiemethoden verändern.

Zum anderen möchte ich auch auf die besondere Situation in Italien hinweisen. Italien ist ja ein Land, das schon seit langem eine Vorreiterrolle im Hinblick auf gemeindenaher Behandlung spielt, beginnend mit Basaglia, dessen Kritik an den damals üblichen psychiatrischen Anstalten schließlich zu deren Schließung führte. Allerdings waren forensisch-psychiatrische Patienten von dieser ersten Welle der Klinikschließungen ausgenommen. Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu den weitreichenden Veränderungen, die in den letzten Jahren auch die Forensik erreicht haben, war die Integration der forensisch-psychiatrischen Einrichtungen (bis 2018 gab es sechs große, hochgesicherte Kliniken mit einer Gesamtkapazität von etwa 1.000 Plätzen) in das nationale Gesundheitssystem. Es galten dann für diese Kliniken dieselben Standards wie für andere psychiatrische Krankenhäuser; dadurch wurden nochmals der niedrige Behandlungsstandard und die teils katastrophalen materiellen und personellen Bedingungen in den forensischen Kliniken deutlich, die auch bei internationalen Inspektionen (z.B. durch das euro-

päische Anti-Folter-Komitee) immer wieder kritisiert wurden. Die folgenden Reformen wurden durch ein 2014 verabschiedetes Gesetz zur Schließung der forensisch-psychiatrischen Kliniken eingeleitet. Diese Schließung wurde 2018 abgeschlossen. Gleichzeitig wurden 30 gemeindenahe Einrichtungen mit nicht mehr als 20 Behandlungsplätzen geschaffen, in die viele der Patienten überführt wurden (REMS – englische Übersetzung: Residencies for the Application of Security Measures) und die auch in Zukunft die forensische Versorgungsstruktur bilden werden. Die personelle Ausstattung dieser neuen Einheiten ist ausgezeichnet. Der Fokus liegt auf der Rehabilitation und es ist geplant, die Aufenthaltsdauer im Vergleich zu den ehemaligen größeren Kliniken deutlich zu verringern. Inwieweit dies gelingen wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls kann das Beispiel von Italien insoweit als Vorbild dienen, als es zeigt, dass auch lang etablierte Strukturen in relativ kurzer Zeit grundlegend und hoffentlich zum Besseren sowohl für die Patienten als auch für die Gesellschaft verändert werden können.

## Literatur

- Bartlett, P (2012) The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law. *Modern Law Review* 75: 752–778
- Chow WS, Priebe S (2016) How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open* 6: e010188. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010188>
- Edworthy R, Sampson S, Völlm BA (2016) Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry* 29: 18–27
- Salize HJ, Dreßing H, Kief C (2005) Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in EU Member States. Final Report. Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany
- Salize HJ, Dreßing H, Kief C (2007) Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany
- Salize HJ, Dreßing H, Peitz M (2002) Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany
- Scott DA, McGilloway S, Dempster M, Browne F, Donnelly M (2013) Effectiveness of criminal justice liaison and diversion services for offenders with mental disorders: a review. *Psychiatr Serv* 64: 843–9
- Tomlin J, Lega I, Braun P, Kennedy HG, Tort Herrando V, Barroso R, Castelletti L, Mirabella F, Scarpa F, Völlm B and the experts of COST Action IS1302 (2020) Forensic mental health in Europe: some key figures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Published Online: 10 July 2020

# EXKURS: Ökonomie und Ethik im Maßregelvollzug: Minimum vs. Goldstandard oder: Alles eine Frage der Verhältnismäßigkeit?

Dorothea Gaudernack

## Einleitung

Die Begriffe „Ökonomie“ und „Ethik“ werden im medizinischen Zusammenhang allgemein, aber auch im forensisch-psychiatrischen im Speziellen in aller Regel als Gegenpole dargestellt.<sup>1</sup>

Eine der gängigen Definitionen von Ökonomie ist „wirtschaftlicher Verbrauch von Waren oder Geld“. Ethik hingegen wird im medizinischen Zusammenhang immer wieder gleichgesetzt mit einer bestimmten Art der Behandlung, die als „ethisch“, mithin als „richtig“, „mindestens geschuldet“ angesehen wird. In der Ethikdebatte bei Freiheitsentziehung spielt häufig der Begriff der Menschenwürde eine ge-

wisse Rolle; in der sonstigen medizinethischen Debatte geht es hingegen eher um Fragen der Grenzen der Medizin, um Qualitätsthemen und um Verteilungsgerechtigkeit bei begrenzten Ressourcen.

Nicht wenig verbreitet ist, insbesondere bei Patientinnen und Patienten, aber auch bei Beschäftigten und sogar in der Fachöffentlichkeit und den Medien, die These, es werde zugunsten des Staatshaushalts an eben jenem „ethischen“, also menschenwürdigen oder zumindest qualitätsvollen Maßregelvollzug gespart.<sup>2</sup>

1 Dieser Beitrag basiert auf dem Beitrag „Ökonomie und Ethik im Maßregelvollzug“ in Dudeck/Steger (Hrsg.), Ethik in der forensischen Psychiatrie, 2018.

2 Vgl. z.B. auch den Podcast „ZEIT Verbrechen“ vom 14.1.2020 „In der Lebensversicherungsanstalt“ (Folge 48) und vom 28.1.2020 „Der Raucher“ (Folge 49); abrufbar über [https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-01/forensische-psychiatrie-straftaeter-massregelvollzug-verbrechen?utm\\_referrer=https%3A%2F%2Fwww.bing.com%2Fsearch%3Fq%3Dzeit%2Bverbrechen%2Bpodcast%26src%3DIE-SearchBox%26FORM%3DIESR4A](https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-01/forensische-psychiatrie-straftaeter-massregelvollzug-verbrechen?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.bing.com%2Fsearch%3Fq%3Dzeit%2Bverbrechen%2Bpodcast%26src%3DIE-SearchBox%26FORM%3DIESR4A) (Stand 11.11.2021)

So steht in den 2018 veröffentlichten DGPPN-Standards z.B., ökonomische Aspekte dürften sich auf die Behandlung im Einzelfall nicht auswirken. Ein Grundsatz, der jedoch immer wieder mit konkreten finanziellen Rahmenbedingungen kontrastiere (Müller et al. 2017).

Ökonomische Belange scheinen also mit ethischen und qualitativen Aspekten zu konfliktieren. Im staatlichen Haushaltsrecht gilt der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Wenn ökonomisch also primär im Sinne von „sparsam“ verstanden wird, kann man leicht nachvollziehen, warum dies die Antipode zu guter Qualität bilden soll.

Nur, ist dies wirklich so? Wird am Maßregelvollzug gespart und dadurch „ethische“, gute Behandlung erschwert oder gar verhindert? Im Alltag forensischer Kostenträger und Leistungserbringer jedenfalls birgt dieser (vermeintliche) Gegensatz immer wieder Konfliktpotential, wenn es um die Frage geht, welche strukturellen Rahmenbedingungen, insbesondere im baulichen Bereich, ganz besonders aber auch bei der personellen und sachlichen Ausstattung der Maßregelvollzugskliniken zur Verfügung zu stellen sind. Umso verwunderlicher erscheint es, dass Qualitäts- und Finanzierungsdebatten in der forensischen Fachwelt bislang eher getrennt voneinander geführt werden und man einen offenen Diskurs darüber, was im Maßregelvollzug aus ethischen Gründen zu finanzieren ist, bislang vermisst. Um die Diskussionsstränge zusammenzuführen, gilt es zunächst, die ökonomischen Rahmenbedingungen und die ethischen Anforderungen aufzuzeigen und ins Verhältnis zueinander zu setzen.

## Die ökonomischen Rahmenbedingungen als limitierender Faktor?

Bei der Durchführung des Maßregelvollzugs handelt es sich um eine staatliche Aufgabe, für welche die Länder die Kosten tragen. In den je-

weils maßgeblichen Gesetzen der Länder ist in der Regel von einer Kostentragungspflicht für die „notwendigen“ Kosten die Rede. So lautet etwa Art. 52 Abs. 1 des Bayerischen Maßregelvollzugsgesetzes (BayMRVG): „Die notwendigen Kosten [...] der Unterbringungen nach diesem Gesetz trägt der Freistaat Bayern“. Eine nahezu inhaltsgleiche Regelung findet sich in § 30 Abs. 1 MRVG-NRW.

Die Kosten des Maßregelvollzugs sind bundesweit bereits seit den 1990er-Jahren stark angestiegen und steigen weiter.<sup>3</sup> Wenngleich angesichts der großen Unterschiede zwischen den Bundesländern, insbesondere auch struktureller Art, ein Vergleich schwer fällt, lässt sich doch konstatieren, dass eine forensische Patientin/ein forensischer Patient den Staat im Schnitt pro Tag etwa 300 € kostet. Die steigenden Patientenzahlen und Verweildauern gingen jedoch nicht nur mit einem linearen Kostenanstieg einher: vielmehr stiegen die von den Bundesländern für den Maßregelvollzug aufgewandten Kosten gar exponentiell an.<sup>4</sup> Über die Gründe für den Anstieg der Patientenzahlen und Verweildauern ist viel geforscht, geschrieben und auch spekuliert worden. Ob nun eine Verschiebung von Patienten aus der Allgemeinpsychiatrie, eine zunehmende Schwere der Störungen bei den im Maßregelvollzug Untergebrachten oder eine dem verstärkten gesamtgesellschaftlichen „Sicherheitsbedürfnis“ geschuldete veränderte Einweisungs- und Entlassungspraxis der Gerichte oder ggf. ein Ursachenbündel kausal für den Anstieg der Patientenzahlen gewesen sein mag (Töller u. Dittrich 2010): in jedem Fall standen und stehen nahezu alle Länder vor der Situation der deutlich erhöhten Fallzahlen und der Sondersituation des Maßregelvollzugs, auf die justizielle Praxis nur

3 Vgl. dazu den Bundeskerndatensatz (BDKS), Jaschke/Oliva, ceus consulting/FOGS, zitiert in Saimeh, Mit Sicherheit behandeln, Berlin, 2014.

4 Vgl. dazu auch die Ausführungen in der Gesetzesbegründung zur Novellierung des § 63 StGB, BT-DRs. 18/7244, S. 1, 10 (Gesetzentwurf vom 13.1.2016).

reagieren und letztlich keine echte Belegungssteuerung betreiben zu können. In besonderer Weise gilt dies für die seit einigen Jahren geradezu explodierenden Zahlen der nach § 64 StGB untergebrachten Patient:innen.

Dass der exponentielle Anstieg der Kosten bereits in der Vergangenheit in den Blick der jeweiligen Finanzministerien der Länder geriet, dürfte auch darauf zurückzuführen sein, dass viele Länder seit Jahren über eine angespannte Haushaltslage, auch aufgrund veränderter Aufgabenwahrnehmung zwischen Bund und Ländern, klagen.<sup>5</sup> Dies dürfte sich durch die im Einzelnen noch nicht absehbaren, vielleicht teilweise dramatischen Folgen der COVID19-Pandemie für die staatlichen Haushalte perspektivisch noch verschärfen.

## Der Maßregelvollzug im Fokus der Haushaltsverantwortlichen

In vielen Bundesländern hatte der drastische Kostenanstieg im Übrigen bereits vor einigen Jahren zu einer teils hitzigen politischen Diskussion über alternative Möglichkeiten der Finanzierung und insbesondere über Optionen zur Reduzierung der Kosten des Maßregelvollzugs geführt. Vielfach wurde das Heilmittel in der Privatisierung gesehen; andernorts änderten sich die Finanzierungsordnungen, indem z.B. wie in Bayern von einer nachträglichen Vollkostenerstattung auf ein an den kassenfinanzierten Krankenhausbereich angelehntes System der Budgetierung mit dem Ziel der besseren Kostenkontrolle umgestellt wurde. Im Rahmen der in vielen Ländern geführten Privatisierungsdiskussion wurden zwar ethische Aspekte gelegentlich gestreift; meist war die Debatte jedoch letztlich reduziert auf die Frage der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit der Übertragung hoheitlicher Befugnisse auf

Private in einem so sensiblen Bereich wie dem Maßregelvollzug.

Zumindest in Bayern ist die erhoffte Eindämmung der Kosten ausgeblieben, und die aktuellen Reverstaatlichungsbestrebungen mancher Bundesländer (z.B. Thüringen) lassen vermuten, dass auch die Privatisierung nicht überall den erwünschten Entlastungseffekt erzielt hatte. Der drastische Kostenanstieg führte darüber hinaus dazu, dass der Maßregelvollzug in den letzten Jahren in einigen Bundesländern Gegenstand des Interesses der Obersten Rechnungshöfe geworden ist, welche in der Vergangenheit immer wieder Überzahlungen und fehlende Vorgaben für die Mittelverwendung gerügt haben, und sich die für die Verwendung der erheblichen Haushaltsmittel Verantwortlichen deshalb zunehmend einem massiven Rechtfertigungsdruck ausgesetzt sehen, was angesichts der Größenordnung, die der Maßregelvollzug in den Gesundheitsressorts der Länder einnimmt, durchaus nachvollziehbar erscheint.<sup>6</sup>

## Die notwendigen Kosten des Maßregelvollzugs

Klar ist jedoch, dass haushaltsrechtliche Vorgaben zwar einen Rahmen bilden mögen, letztlich jedoch im Bereich der Kostenerstattung nicht geeignet sind zu definieren, wie viel Geld tatsächlich aufgewendet werden muss.

Der Maßstab bleibt, wie bei jeder staatlichen Aufgabenwahrnehmung, am Ende des Tages die Frage nach der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und der nach den „notwendigen“ Kosten des Maßregelvollzugs.

Nur: welche Kosten des Maßregelvollzugs sind denn tatsächlich „notwendig“ und damit vom Land zu finanzieren? Sicher nehmen alle

<sup>5</sup> Ebenda, S. 11.

<sup>6</sup> In den meisten Bundesländern gehört der Maßregelvollzug in den Geschäftsbereich des Gesundheitsministeriums; lediglich in Bayern ist der im Sozialministerium angesiedelt und im Saarland im Justizministerium.

Länder für sich in Anspruch, diese Frage im Rahmen der Erarbeitung von Personalschlüsseln und jedenfalls in den individuellen Pflegesatz- oder Budgetverhandlungen gestellt und konkret-individuell beantwortet zu haben. Selbst innerhalb eines Bundeslandes lässt sich jedoch das, was von den in den und für die Maßregelvollzugskliniken Verantwortlichen als notwendig angesehen wird aufgrund der Heterogenität von Klinikstrukturen, Behandlungsansätzen und manchmal auch Ideologien keineswegs einfach oder gar einheitlich definieren. Eine von einem breiten Konsens getragene Antwort auf die Frage, was denn tatsächlich notwendig ist, sucht man bislang vergeblich. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass dadurch, dass forensische Kliniken zumindest in Bayern fast ausschließlich Teile großer psychiatrischer Gesamtkliniken sind, die meist als Kommunalunternehmen betrieben werden, leider keine vollständige Transparenz herrscht: je nach Größe der forensischen Klinik im Vergleich zur Gesamtklinik ist der Staat bei den Kosten des sog. Mischbetriebs in einer Größenordnung von bis zu ca. 45% beteiligt. Dies bedeutet, dass sämtliche Kosten des Mischbereichs nach einem spezifischen, im Einzelnen manchmal streitigen, jedoch möglichst sachgerechten Schlüssel, auf die Forensik umgelegt werden und somit teilweise ein großer Teil der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel nicht direkt forensischen Belangen und Bedürfnissen zur Verfügung steht. Wer weiß, mit welchen Anforderungen, z.B. an IT-Sicherheit, Gesundheitsunternehmen inzwischen konfrontiert sind und welche Größenordnungen allein Maßnahmen im Bereich der EDV einnehmen, der ahnt, dass der Kostenanstieg im Maßregelvollzug in weiten Teilen nicht ursprünglich forensisch bedingt ist. Inwieweit diese auf den Maßregelvollzug umgelegten Kosten jeweils „notwendig“ im haushaltsrechtlichen Sinn sind, ob die wirtschaftlichen Entscheidungen zulasten der Staatskasse, die ohne ihre Beteiligung getroffen werden, immer dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Spar-

samkeit gefolgt sind und ob eine Beteiligung der Forensik bei einzelnen Positionen überhaupt sachgerecht ist, stellt ein weites Feld mit nahezu endlosem Konfliktpotential dar.

Insoweit verwundert es auch kaum, dass im schwierigen Feld der sachgerechten Mittelverwendung bisher kaum ein Zusammenhang zwischen Ökonomie und Ethik im Maßregelvollzug hergestellt wurde.

Letztlich lassen sich die zu berücksichtigenden ethischen Aspekte im Rahmen einer ökonomischen Betrachtung im Spannungsfeld zwischen gesetzlichem Auftrag des Maßregelvollzugs und den Beschränkungen der staatlichen Haushalte auf zwei Kernfragen reduzieren:

- Was muss der Staat sich den Maßregelvollzug mindestens kosten lassen?
- Was darf er für den Maßregelvollzug höchstens ausgeben?
- Was ist also absolutes Minimum, was „Goldstandard“?

## Die ethischen Anforderungen an den Maßregelvollzug: Untergrenze Menschenwürde

Die Untergrenze für die Finanzierung des Maßregelvollzugs zieht letztlich die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde. Soweit diese auch in der allgemeinen medizinethischen Diskussion um Verteilungsgerechtigkeit, Priorisierung und Rationierung medizinischer Ressourcen zur Definition des „medizinischen Existenzminimums“ herangezogen wird, kann für die forensische Psychiatrie als medizinische Disziplin nichts anderes gelten: der Staat ist nach dem Grundgesetz verpflichtet, im Rahmen seines Auftrags zum Schutz der grundgesetzlich verbürgten Menschenwürde und in Ausfüllung seines aus dem Sozialstaatsprinzips resultierenden Gestaltungsauftrags das Existenzminimum jedes Einzelnen zu gewährleisten (siehe auch BVerfGE 40, 1, 121; 45, 127, 228).

In der Sondersituation der Freiheitsentziehung kann dies gegenüber dem in Freiheit befindlichen Menschen nicht eingeschränkt sein, sondern muss im Gegenteil in besonderer Weise gelten: wenn und soweit der Staat einem Menschen durch die behördliche Verwahrung die Möglichkeit nimmt, sich selbst zu versorgen und um seine wirtschaftlichen und medizinischen Belange zu kümmern, muss der Staat ihm zumindest eine gewisse Grundversorgung zukommen lassen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gehören Achtung und Schutz der Menschenwürde zu den Konstitutionsprinzipien des Grundgesetzes (siehe auch BVerfGE 39, 1, 42). Die freie menschliche Persönlichkeit und ihre Würde stellen den höchsten Rechtswert innerhalb der verfassungsmäßigen Ordnung dar. Für den Strafvollzug bedeutet dies, dass die Voraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins dem Gefangenen auch und gerade in der Haft erhalten bleiben müssen und der Staat zu den dafür erforderlichen Leistungen verpflichtet ist. Dadurch wird ein gewisser Mindestrahmen für äußere Unterbringungsbedingungen gesetzt, deren Unterschreitung einen Straf- wie auch einen Maßregelvollzug grundgesetzwidrig machen und den Staat ggf. zu Entschädigungsleistungen verpflichten würde.

In diesem Zusammenhang sind zahlreiche Entscheidungen im Hinblick auf Mindestzimmergrößen, Anforderungen an sanitäre Anlagen sowie an die zu beachtende Privatsphäre im Rahmen von Mehrfachbelegung ergangen.

Dies ist für den Bereich der Sicherungsverwahrung durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte bestätigt bzw. sogar in der Dimension dessen, was als zur Wahrung der Menschenwürde erforderlich angesehen wurde, erweitert worden. Der EGMR führte aus, dass die besondere Art der Freiheitsentziehung zu ihrer Rechtfertigung besonders intensiver und individueller Behandlungs- und Betreuungsprogramme bedürfe und hat damit letzt-

lich sogar in gewisser Weise eine einklagbare Behandlungsverpflichtung statuiert (siehe auch EGMR, Bergmann v. Deutschland, Urteil vom 07.01.2016 – 23279/14).

Ob und wenn ja welche konkreten Schlüsse daraus als Untergrenze für die Behandlung im Maßregelvollzug und dessen finanzielle Ausstattung zu ziehen sind, ist indes noch völlig offen. Soweit ersichtlich hält sich die Zahl der obergerichtlichen Entscheidungen zu Fragen vermeintlich menschenunwürdiger Unterbringung im Bereich des Maßregelvollzugs – anders als für den Bereich des Strafvollzugs – in Grenzen, was neben den unterschiedlichen Bedingungen und dem unterschiedlichen Klima in Straf- und Maßregelvollzug auch an der geringeren Klagefreudigkeit des „typischen“ Maßregelvollzugspatienten liegen könnte.

Die für den Bereich der Raumgrößen, der sanitären Ausstattung, der Privatsphäre etc. ergangenen Entscheidungen können aus dem Strafvollzug jedoch ohne weiteres als Mindestgrenzen übertragen werden, wobei die Frage nicht unberechtigt erscheint, ob angesichts der psychischen Erkrankung der Maßregelvollzugspatienten und der Sondersituation der unbefristeten Freiheitsentziehung diese für den Bereich des Maßregelvollzugs, zumindest für die nach § 63 StGB untergebrachten Patient:innen, nicht eher nach oben korrigiert werden müssten. In der Rechtsprechung lässt sich jedenfalls eine Tendenz erkennen, im Falle langjähriger Unterbringung diese nur noch für verhältnismäßig zu erachten, wenn die Unterbringungsbedingungen sich an die der Sicherungsverwahrung annähern. Je länger die Unterbringungsdauer, desto höher stellen sich damit auch die Anforderungen an menschenwürdige äußere Unterbringungsbedingungen dar. Hier zeigt sich jedoch bereits, dass das Maß dessen, was aus ethischen Gründen im Hinblick auf die strukturellen Gegebenheiten erforderlich ist, je nach individueller Unterbringungssituation, zumindest jedoch hinsichtlich bestimmter Patientengruppen differieren und keineswegs ein