



Rechtsprobleme in
der Psychiatrie

Herausgegeben von

H.Lauter

und

H. L. Schreiber

Aktion Psychisch
Kranke e. V.

Rechtsprobleme in der Psychiatrie

Tagungsbericht

Herausgegeben von Hans Lauter
und Hans-Ludwig Schreiber

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Hergestellt mit Unterstützung
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

© Rheinland-Verlag GmbH - Köln • 1978
Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland Druck:
Alois Palmer Ing. (grad.) - 5060 Bergisch Gladbach 2 (Schildgen) ISBN 3-
7927-0443-9

Inhalt

	Seite
Vorwort	7
	11
<i>U. Venzlaff</i> Der psychisch Kranke im Spannungsfeld zwischen Behandlungsauftrag und Rechtsnorm	12
Strafrechtsreform und Neufassung der Schuldproblematik	27
<i>H.-L. Schreiber</i> Das Schuldstrafrecht nach der Strafrechtsreform	29
<i>W. Rasch</i> Schuldfähigkeit und Krankheitsdefinition	38
Unterbringungsgesetze	49
<i>M. Walter</i> Aspekte für eine Reform des Unterbringungsrechts	51
<i>K. Demuth</i> Unterbringung und Freiheitsentziehung aus psychiatrischer Sicht	62
Der psychisch kranke Rechtsbrecher	69
<i>H. Lauter</i> Psychiatrische Überlegungen zum gegenwärtigen Maßregelvollzug	71
<i>H. Heinze</i> Erläuterungen zum Rahmenentwurf eines Maßregelvollzugs - Gesetzes	78
Rechtsvorschriften über die Unterbringung in einem psychia trischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt mit aus gewählten Gesetzestexten	85
Autorenverzeichnis	119

Vorwort

Die Beiträge, die in dem folgenden Band zusammengestellt sind, wurden auf einer Informationstagung der „Aktion psychisch Kranke“ zu dem Thema „Rechtsprobleme in der Psychiatrie“ am 7. 10. 1977 in Hamburg gehalten. Wer die Entwicklung von Recht und Psychiatrie in unserem Lande während der letzten 50 Jahre verfolgt, der wird in vieler Hinsicht konvergierende Tendenzen feststellen können. Dies ist nicht verwunderlich. So, wie der Richter die Schranke zwischen der Gesellschaft und den Rechtsbrechern reguliert, so kann man den Psychiater als den Hüter der Schranke zwischen der Gesellschaft und den psychisch Kranken bezeichnen. Die Höhe dieser Schranke, d. h. die Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber der Verwerflichkeit und Strafbarkeit eines Deliktes und die Toleranz der Gesellschaft gegenüber seelischen Abnormitäten und Krankheit wandelt sich oft innerhalb kurzer Zeitabschnitte. Änderungen in der Bewertung und in der Festlegung von Rechtsnormen gehen häufig mit einer veränderten Einstellung zu den psychisch Kranken einher. Durch den Nationalsozialismus wuchsen Furcht und Abscheu gegenüber allem Fremden und Andersartigen in einem derartigen Umfang, daß auch die Barrieren gegenüber den Rechtsbrechern und den psychisch Kranken extrem erhöht wurden. Die Folgen dieses abnormen Sicherheitsbedürfnisses waren auf der einen Seite harte und längere Strafen, vermehrte Anwendung der Sicherungsverwahrung und Todesstrafe, auf der anderen Seite perfektionierte Eliminierungsverfahren von der wissenschaftlich unzulänglich begründeten Verhütung erbkranken Nachwuchses bis hin zur Vernichtung lebensunwerten Lebens. Vor diesem Hintergrund unserer Vergangenheit wird die Verantwortung deutlich, die für die Hüter der Schranke gegenüber den Außenseitern der Gesellschaft auch in einem Rechtsstaat gegeben ist (J. E. MEYER). Beobachten wir die Entwicklung der Rechtsnormen und die Einstellung der Gesellschaft gegenüber den psychisch Kranken in den letzten 20 Jahren, dann können wir wieder eine gleichsinnige Entwicklungstendenz feststellen. So hat sich etwa auf dem Gebiet der psychiatrischen Wissenschaft die Abkehr von einem ausschließlich naturwissenschaftlich begründeten Krankheitsverständnis vollzogen, die in der Formulierung der §§ 20 und 21 des neuen StGB ihren Niederschlag fand.

Parallel zu den Liberalisierungstendenzen im Bereich des Strafvollzugs, die sich besonders in dem neuen Strafvollzugsgesetz manifestieren, hat auch in der psychiatrischen Praxis eine früher kaum für möglich gehaltene Humanisierung und eine Öffnung gegenüber der Gesellschaft eingesetzt. Mit den therapeutischen Fortschritten in der Psychiatrie, vor allem auf dem Gebiet der Pharmakotherapie und Soziotherapie, hat sich die Behandlungssituation für psychisch Kranke erheblich geändert. Viele Patienten, die noch vor 20 oder 30 Jahren einer langdauernden Unterbringung bedurften, leben heute außerhalb von Krankenhauseinrichtungen und können ambulant ärztlich behandelt und in vielfältigen gemeindenahen Einrichtungen sozial betreut werden. Auch innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser ließ sich eine weitgehende Liberalisierung erreichen. Dadurch ist die Zahl der Patienten, bei denen die Behandlung auf freiwilliger Grundlage durchgeführt wird, stark angewachsen. Diese allgemeine Tendenz wurde durch eine Entwicklung in verschiedenen Rechtsbereichen zum Teil überhaupt erst ermöglicht oder wesentlich erleichtert. Hier ist beispielsweise zu denken an das Bundessozialhilfegesetz, an das Schwerbeschädigtengesetz oder auch an die unlängst erfolgte Änderung des Kassenarztrechts.

Trotz dieser allgemeinen Tendenz darf nicht übersehen werden, daß sich Psychiatrie und Recht auf einigen Gebieten asynchron entwickelt haben. Ich denke hier beispielsweise daran, daß der Gesetzgeber den psychiatrischen Krankenhäusern mit dem 2. Strafrechtsreformgesetz einen Behandlungsauftrag für die im Maßregelvollzug befindlichen psychisch Kranken erteilt hat, daß aber die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen bei einigen Gruppen dieser Kranken noch kaum ausreichen, um diese Behandlungsmöglichkeit optimal auszuschöpfen. Zu denken ist auch an die Unterbringungsgesetze mancher Bundesländer, die noch ausschließlich einem polizei- und ordnungsrechtlichen Denken verhaftet sind und in denen der Gesichtspunkt der Behandlung und der Fürsorge nicht oder nur unzureichend berücksichtigt ist. Hierzu gehören auch die schwierigen rechtlichen Probleme der Haftung des Krankenhausträgers, der Ärzte oder des Pflegepersonals wegen Vernachlässigung der Aufsicht über die ihrer Obhut anvertrauten psychisch Kranken und die sich hieraus ergebende Konsequenz, durch die eine aktive Rehabilitation innerhalb und außerhalb der psychiatrischen Anstaltsmauern für die Mitarbeiter solcher Institutionen zu einem Risikofaktor ersten Ranges wird und an denen viele sozialpsychiatrische Initiativen und Aktivitäten immer noch scheitern. Auch ergeben sich Schwierigkeiten daraus, daß einerseits eine sinnvolle psychiatrische Diagnostik und Therapie heute nur noch in arbeitsteiligen Organisationsgefügen durch Mitarbeiter ver-

schiedener Berufsgruppen geleistet werden kann, daß aber andererseits hierdurch eine immer größere Gruppe von Personen zu Trägern von Privatgeheimnissen wird und damit das hoch zu bewertende Rechtsgut der ärztlichen Schweigepflicht leicht gefährdet werden kann.

In einigen der folgenden Beiträge kommt das Problem zum Ausdruck, daß zwar einerseits gerade der Psychiater nicht in einem rechtsfreien Raum arbeiten will und kann, daß aber andererseits gewisse Rechtstendenzen bestehen, Einzelheiten der Unterbringung und der Behandlung von zwangseingewiesenen psychiatrischen Patienten in einer Weise durch Rechtsbestimmungen, durch behördliche Kontrollen und durch die Mitwirkung zahlreicher Aufsichtsinstanzen zu reglementieren, daß der Eigenverantwortung des Arztes kaum noch ein angemessener Spielraum verbleibt und die Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten in einem Netz von Vorschriften und Bestimmungen erstickt werden können. Hierin Siegt die Gefahr, daß Ärzte oder psychiatrische Mitarbeiter heranwachsen könnten, die ihre Aufgabe nicht aus dem Verantwortungsgefühl gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit ableiten, sondern die ängstliche Praxis einer risikolosen Rückversicherungspsychiatrie betreiben, was gewiß nicht dem Wohle des Patienten dienlich sein kann.

Mit diesen Beispielen sind nur einige Probleme, Konflikte und Spannungen angedeutet, die sich zwischen Psychiatern und Juristen ergeben können. Die Veranstalter der Tagung konnten freilich aus dem weiten Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und Recht nur ein kleines, enges Feld auswählen. Die Beiträge beschäftigen sich daher nicht mit dem psychisch Kranken schlechthin, sondern nur mit einem relativ kleinen Teil dieses Personenkreises, nämlich mit jenen Kranken, bei denen zum Schutze des Patienten oder der Öffentlichkeit und wegen Fehlens einer Krankheitseinsicht eine Zwangsunterbringung nach den Ländergesetzen oder aufgrund des Maßregelvollzugs erforderlich ist. Die Wahl der Leitthemen wurde auch dadurch bestimmt, daß es sich hierbei ausschließlich um Probleme handelt, bei denen sich entweder Änderungen der Rechtsentwicklung in allerjüngster Zeit vollzogen haben oder derartige Entwicklungen in nächster Zukunft zu erwarten sind. Als erstes Leitthema wurde daher die Auswirkung der Strafrechtsreform auf die psychiatrische Begutachtungspraxis und auf den Maßregelvollzug ausgewählt. Das zweite Thema, nämlich die Unterbringungsgesetze - hatte zum Zeitpunkt der Tagung deshalb besondere Aktualität, weil die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg kurz zuvor ein neues Psychisch-Kranken-Gesetz erlassen hat, das am 1. 1. 1978 in Kraft getreten ist. Der dritte Themenkreis

beschäftigt sich mit der Rechtsstellung derjenigen psychisch kranken Rechtsbrecher, die im Maßregelvollzug untergebracht sind. Bisher befinden wir uns gerade hinsichtlich dieses Personenkreises noch in einem weitgehend rechtsfreien Raum, der auch durch das Strafvollzugsgesetz nicht abgedeckt ist. Der Gesetzgeber ist durch höchstrichterliche Entscheidung dazu aufgerufen, diese Lücke zu schließen. Deshalb wurde der Rahmenentwurf eines solchen von den einzelnen Bundesländern zu erlassenden Maßregelvollzugsgesetzes zur Diskussion gestellt.

Im Anhang des kleinen Bandes findet sich eine Zusammenstellung der Rechtsvorschriften über die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, aber manchem Leser sicherlich von Nutzen sein kann.

Harnburg/Göttingen/Bonn im Juni 1978

Die Herausgeber

Einführung

Der psychisch Kranke im Spannungsfeld zwischen Behandlungsauftrag und Rechtsnorm

U. Venzlaff

Die gesetzlichen Regelungen über freiheitsentziehende Maßnahmen bei psychisch Kranken sind in unserem Lande wesentlich differenzierter, liberaler und auch von einem höheren sozialen Verantwortungsgefühl gegenüber dem hilflosen Mitbürger getragen als in manchen anderen westlichen Staaten mit einer wesentlich älteren freiheitlich-demokratischen Tradition. Ich möchte dies eingangs ausdrücklich betonen, um nicht in den Verdacht zu geraten, der Gruppe jener Kritiker anzugehören, die in der klinischen und forensischen Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland gewissermaßen die Inkarnation von Rückständigkeit, Engstirnigkeit, Repressivität und dergleichen mehr zu sehen gewohnt ist. Einer der Gründe, warum die Psychiatrie eine Sonderstellung unter den anderen medizinischen Disziplinen einnimmt, ist der, daß der Arzt bei einer bestimmten Gruppe von Patienten Entscheidungen zu treffen hat, die deren erklärtem Willen zuwiderlaufen, ich meine die verschiedenen Formen der Einschränkung von Freiheitsspielräumen entweder, um eine notwendige Heilbehandlung durchzuführen oder aber um den Kranken vor sich selber bzw. die Gemeinschaft vor ihm zu schützen. Die Skala der Einschränkung von Freiheitsgraden ist weit gespannt. Sie beginnt beispielsweise mit dem Rat des psychiatrischen Gutachters, einem Suchtkranken die Fahrerlaubnis zu entziehen. Sie geht über auf die Empfehlung der Errichtung einer Gebrechlichkeitspflegschaft mit der Besorgung verschiedener persönlicher Angelegenheiten durch eine andere Person, weiter zur Entmündigung wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit, die noch erheblichere Restriktionen zur Folge hat, bis zur zwangsweisen Behandlung auf einer geschlossenen Krankenabteilung, auf der sogar einmal etwa bei hochgradiger Erregung die Fesselung, Isolierung und medikamentöse Dämpfung bis zum praktischen Erlöschen jeder Handlungsfähigkeit erforderlich wird, in der forensischen Psychiatrie bedeutet für einen fanatisch um ein vermeintliches Recht Kämpfenden die vom Sachverständigen gestellte Diagnose einer querulatorisch-paranoischen Entwicklung eine völlig neue und naturgemäß vom Betroffenen absolut unerwünschte Weichenstellung in bezug auf den weiteren Fortgang seiner Verfahren; oder aber die De- oder Exkulpierung eines schwerstens sozialisationsgeschädigten, geistig behinderten Rückfalltäters wandelt die sonst jeweils bevorstehenden befristeten Freiheitsstrafen, in deren Rahmen ja immerhin die verlässliche Erwartung auf Wiedererlangung

der Freiheit nach einem bestimmten Zeitraum besteht, in eine unbefristete Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach den Bestimmungen des § 63 StGB um.

Diese spezifisch andere Situation als in den übrigen klinischen Disziplinen bewirkt eine besondere Beziehung zwischen Psychiatrie und Rechtspflege, da diese durch Schaffung von Rechtsnormen einerseits erst einmal die Voraussetzungen schaffen muß, dem hilflosen Kranken einen Beistand zu geben, den Selbst- oder Fremdgefährdeten in einem Krankenhaus unterzubringen, oder aber den nicht durch Verstrickung in Schuld, sondern durch Krankheit straffällig gewordenen unter Fortfall der Strafe einer Heilbehandlung, oder aber bei nicht beeinflussbarer geistiger Behinderung der humanitären Unterbringung in einer klinischen Institution zuzuführen. Zürn anderen ergibt sich hieraus die Notwendigkeit einer ständigen Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Rechtspflege deshalb, weil nach unserer verfassungsmäßigen Ordnung die Regelung personensorgerechtlcher Belange ebenso wie alle freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Exkulpierungsakte ausschließlich in die richterliche Hoheitskompetenz fallen, indessen der beratenden Mitwirkung des psychiatrischen Experten bezüglich des Vorliegens der Grundvoraussetzung, nämlich einer irgendwie gearteten geistigen Krankheit oder Abartigkeit bedürfen.

Nicht erst seit wir mit den Exkrementen verquaster Gehirne extremer Weltverbesserer berieselt werden, sondern eigentlich seit es eine klinische Psychiatrie als spezielle medizinische Disziplin gibt, ist die Tätigkeit des Psychiaters daher in weiten Kreisen der Bevölkerung suspekt, geheimnisumwittert und von völlig realitätsfremden Vorstellungen bestimmt, die ein boshafter Kenner der Materie einmal dahingehend zusammenfaßte, daß das kollektive Image der Bevölkerung vom Psychiater dahin geht, daß er

1. gesunde Menschen hinter Anstaltsgittern einsperrt und sie nicht herausläßt,
2. fluchwürdige Verbrecher der gerechten Strafe entzieht und ihnen zu einem angenehmen Leben in einer Anstalt verhilft und
3. er schließlich seinen Kranken immer ähnlicher wird.

Diese Tagung beschäftigt sich ganz überwiegend mit den ersten beiden Punkten, nämlich dem Problemkreis der freiheitsentziehenden Maßnahmen bei psychisch Kranken und denen der Exkulpierung und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher, wobei Sie aber im Tagungsablauf sicherlich Gelegenheit haben werden, zum 3. Punkte eine Reihe persönlicher Beobachtungen zu machen.

Zweifellos haben die großen Fortschritte der Psychiatrie in den letzten 30 Jahren, insbesondere die Einführung der Pharmakotherapie, die dadurch gegebenen Möglichkeiten der Öffnung zahlreicher Krankenabteilungen, der Vermeidung von Chronifizierungen und der Verlagerung eines breiten Behandlungsangebotes in den ambulanten Bereich ganz wesentlich zur Entschärfung des negativen Image des Psychiaters beigetragen. Nicht vergessen sei aber auch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit verantwortungsbewußter Bürgergruppen und Journalisten speziell in den letzten 10 Jahren, und schließlich die umfangreichen baulichen und personellen Verbesserungen der Krankenhauspsychiatrie, auch wenn hier gerade gemessen am Standard des übrigen deutschen Krankenhauswesens noch zahlreiche Wünsche offenbleiben müssen. Diese positiven therapeutischen und institutionellen Entwicklungstendenzen in der Psychiatrie lassen naturgemäß auch die Zahl notwendig werdender gerichtlicher Zwangsmaßnahmen gegen Patienten zurückgehen oder deren Dauer zumindest wesentlich abkürzen. Es wäre indessen utopisch, an eine Psychiatrie zu glauben, in der wir ganz auf personensorgerechte Maßnahmen, Zwangseinweisungen, gegebenenfalls auch einmal die Isolierung und Fixierung von Patienten verzichten können, wie dies beispielsweise vor einigen Jahren eine starke antipsychiatrische Bewegung in den USA, die dann mit Spätzündereffekt einige Jahre später auch in Europa einige klägliche Flügelschläge machte, propagierte. Erschütternde Berichte über das weitere Schicksal aus den Anstalten angeblich „befreiter“ Patienten, die man beispielsweise in Chicago in leerstehenden Häusern von Slums unterbrachte und sich selbst überließ, belegen dies ebenso eindrucksvoll wie beispielsweise die Schilderungen von BA1LLON über das Zusammenleben vormaliger Krankenhauspatienten in einer antipsychiatrischen Gemeinschaft in Kingsley Hall in London.

Mit der Einleitung eines Verfahrens nach einem Freiheitsentziehungsgesetzes, der Einrichtung einer Pflegschaft oder etwa der Exkulperung und Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus nach § 63 des Strafgesetzbuches werden nun aber für den Patienten nicht nur durch den richterlichen Hoheitsakt die gegen ihn vollzogenen Einschränkungen seines Freiheitsspielraumes rechtlich abgesichert und durch weitere richterliche Tätigkeit überwacht, sondern der Patient gerät auch in ein ganz spezifisches Spannungsfeld zwischen Behandlungsauftrag des Arztes und Rechtsnorm. Dieses ergibt sich daraus, daß es sich bei normativ definierten Rechtsbegriffen nicht um medizinisch-naturwissenschaftlich diagnostizierbare Befunde handelt. Ferner bringt der Vollzug der rechtlich notwendigen Formalitäten nicht selten eine zusätzliche psychische Belastung sowie eine Infragestellung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten mit sich. Der Um-

stand, daß dann auch in der Folgezeit die Durchführung freiheitsentziehbarer Maßnahmen in irgendeiner Form und innerhalb bestimmter Zeitabschnitte der richterlichen Kontrolle unterliegen, schafft darüber hinaus für diese Gruppe von Kranken eine Art von doppeltem Unterordnungs- und Aufsichtsverhältnis, wenn er beispielsweise sieht, daß gegenüber einer Reihe anderer Patienten auf der Station Ausgang, Beurlaubungen oder sogar Entlassung nicht Angelegenheiten des ärztlichen Ermessens, sondern der richterlichen Genehmigung sind. Die Gefahr, daß der behandelnde Arzt hier aus der Sicht des Patienten die Rolle eines Erfüllungsgehilfen richterlicher Gewaltmaßnahmen erhält, liegt auf der Hand.

Es ist kaum bekannt, daß der wichtigste Parameter für die Entscheidung der Frage, ob eine psychiatrische Krankenhausbehandlung auf freiwilliger Grundlage oder über ein Einweisungsgesetz bzw. vormundschaftsrichterliche Maßnahmen zustandekommt und durchgeführt wird, nicht etwa die Fremd- oder Selbstgefährdung des Patienten ist, wie dies das Gesetz bestimmt, sondern die Binnenstruktur und das therapeutische Klima eines Krankenhauses. Ich möchte dies an den Ergebnissen einer Stichtagerhebung vom 1. 11. 1972 in dem von mir geleiteten niedersächsischen Landeskrankenhaus Göttingen zu illustrieren versuchen. Im klinischen Behandlungsbereich verfügen wir über eine Neubaustation, auf der sich zwei geschlossene Abteilungen befinden, in denen die Patienten jeweils in Zweibettzimmern, besonders Überwachungsbedürftige in kleinen Wachsaaleinheiten von 4 bis 5 Betten untergebracht sind, Abteilungen, die darüber hinaus über ausreichende Gruppen- und Freizeiträume, Separierungsmöglichkeiten für den Besuch von Angehörigen usw. verfügen. Da sich der Bau einer weiteren klinischen Abteilung immer wieder hinauszögerte und mit seiner Fertigstellung nunmehr in frühestens 2 Jahren zu rechnen ist, müssen in den klinischen Aufnahmebereich auch noch 2 Altbaustationen einbezogen werden, die im Jahre 1866 errichtet wurden, und seitdem außer einigen Schönheitsreparaturen kaum Veränderungen ihrer Binnenstruktur finden konnten. Zur Kennzeichnung: Große Wachsaaleinheiten mit in Steinfließenfußboden festgeschraubten Betten, ein einsichtiger Toiletten- und Baderaum mit lediglich seitlichen Zwischenwänden zwischen Toilettenbecken, ein einziger großer Tagesraum für alle Patienten, der außer der Aufteilung in einige Sitzecken keine Individualisierung ermöglicht, an die Schlafsäle angeschlossene Isolierzellen. Wegen des Aufnahmedruckes ist es keineswegs möglich, von vornherein in ruhigere oder unruhigere Patienten zu differenzieren. Indessen treffen die auf den Altbauabteilungen aufgenommenen Patienten hier jeweils noch ein Kontingent wachsaalbedürftiger defekter Langzeitpatienten an, die in den liberaler geführten und personell nur

spärlich zu besetzenden Abteilungen für chronische Patienten ein zu hohes Risiko darstellen.

An dem genannten Stichtage wurde u. a. der Unterbringungsmodus untersucht. Es stellte sich heraus, daß sich unter den 50 Patienten auf den beiden geschlossenen Neubaustationen 80% auf freiwilliger Grundlage im Krankenhaus befanden, nur 3,3% nach dem Einweisungsgesetz, weitere 3,3% aufgrund elterlicher Einverständniserklärung und 13% auf vormundschaftsrichterliche Anordnung, in den geschlossenen Abteilungen der Altbauaufnahmestationen befanden sich demgegenüber nur 15% der Patienten auf freiwilliger Grundlage, jedoch 50% nach dem Einweisungsgesetz und 30% auf vormundschaftsrichterlicher Anordnung, bei den restlichen handelte es sich um Gutachtenfälle. Zu der hohen Zahl der Behandlungen auf freiwilliger Grundlage in modernen Krankenabteilungen wäre noch zu sagen, daß ein Teil dieser Patienten zwar zunächst auf der Grundlage von Unterbringungsanträgen durch Gesundheitsämter zu uns kamen. Indessen machte es die rasche pharmako- und psychotherapeutische Zuwendung in einer modernen klinischen Behandlungseinrichtung in der überwiegenden Zahl der Fälle möglich, das Verfahren wieder einzustellen, 'da die Patienten eine Freiwilligkeitserklärung unterschrieben, die nur in den allerseltensten Fällen vor Behandlungsabschluß irgendwann einmal widerrufen wurde. Demgegenüber war es auf den trostlosen Altbauabteilungen kaum jemals zu erreichen, selbst einen im Grunde krankheitseinsichtigen Patienten dazu zu bewegen, eine Freiwilligkeitserklärung zu unterschreiben, da diese Bereitschaft im Regelfälle mit dem Ansinnen gekoppelt war, auf eine andere Station oder in ein anderes Krankenhaus verlegt zu werden.

Die Situation in der klinischen Psychiatrie ist also keineswegs die, daß die ärztlich begründete Behandlung auf einer geschlossenen Krankenhausabteilung zwangsläufig die Einleitung gerichtlicher Maßnahmen impliziert. Vielmehr ist ein nicht geringer Prozentsatz von suicidalen Depressionen, ängstlich gequälten Wahnkranken, unter Leidensdruck stehenden Alkoholikern, um nur einige Beispiele zu nennen, in der Lage, das Vorliegen von Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit einzusehen, so daß die Freiwilligkeitserklärung ganz wesentlich von der Atmosphäre der Station, der personellen Zuwendung, natürlich aber auch der raschen pharmakologischen Entlastung von besonders quälenden psychopathologischen Symptomen abhängt.

Nun setzt, wie juristisch vorgeschrieben, eine rechtsverbindliche Einverständniserklärung beim Patienten das Vorliegen eines „natürlichen Willens“ voraus, wenngleich - da nach einer BGH-Entscheidung eine ärztliche Behandlung kein bürgerliches Rechtsgeschäft ist - die volle

Geschäftsfähigkeit im bürgerlich-rechtlichen Sinne nicht vorhanden sein muß. Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes ist daher, wenn ein Patient zwangsweise in ein Krankenhaus eingeliefert wird, zusätzlich zu beachten, ob „der mit einer zwangsweisen Unterbringung in einer Heilanstalt für jeden Menschen verbundene Schock abgeklungen war, und ob die Belehrung und das Zureden durch die Ärzte nicht bereits wie ein Zwang wirkten.“ (BGH LM § 839 (Fc) BGB Nr. 15). In einem noch 1976 in einem deutschen Bundesland herausgegebenen Ministerialerlaß wird nun in einer Anweisung an die nachgeordneten psychiatrischen Krankenhäuser die Auffassung vertreten, daß bei einer Unterbringung nach dem Freiheitsentziehungsgesetz in der Regel davon auszugehen sei, „daß ein natürlicher Wille mindestens in der Zeit zwischen Aufnahme und Abschluß der Eingewöhnung nicht besteht“. Es erscheint mir dies doch insofern etwas weitfremd, als, sofern es sich nicht gerade um Bagatellerkrankungen handelt, jede Aufnahme eines Patienten in einem Krankenhaus, vor allem bei Akuterkrankungen oder wenn von vornherein mit einer umfangreichen Operation zu rechnen ist, für den Betroffenen mit einem Schock verbunden ist, ohne daß man jemals auf den Gedanken gekommen wäre, daß hierdurch eine natürliche Willensbildung des Patienten zumindest bis zur Eingewöhnung nicht vorausgesetzt werden kann. Darüber hinaus hat auch dieser „Aufnahmeschock in einer Heilanstalt“ in vielen Fällen seine völlig außerhalb der Aufnahmesituation liegenden Wurzeln. Ich denke hier an die vorausgehende Behandlung auf einer Intensivstation wegen eines Selbstmordversuchs, der hinter einem Selbstmordversuch stehende massive Konflikt, das häusliche Einschreiten des Gesundheitsamtes bei akuter Psychose oder familiäre Exzesse eines Alkoholikers, um nur einige Beispiele zu nennen. Die Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus ist in sehr vielen Fällen nur der Endpunkt vorausgehender, z.T. mehrfacher psychischer Traumatisierungen aus inneren oder äußeren Gründen. Gerade die Konfrontation mit einer therapeutisch hoch intensiven und strukturell ansprechenden Atmosphäre kann von sich aus einen psychisch entlastenden Effekt haben. Ich sehe es daher als völlig verfehlt an, die Erörterungen über die Modalitäten des Aufenthaltes auf einer geschlossenen Station im ersten Kontaktgespräch mit dem Arzt, das ja in vielen Fällen gleichzeitig einen ersten therapeutischen Ansatz bringt, als eine Art zusätzlicher Zwangsmaßnahme zu diskriminieren und einem Patienten für die danach gegebene Behandlungseinwilligung grundsätzlich den natürlichen Willen abzusprechen.

Man sollte demgegenüber nämlich auch nicht den Schock unterschätzen, den der mitunter schon nach einigen Tagen psychisch wesentlich entspannte, harmonisierte und eingewöhnte Patient durch das nun

anlaufende Einweisungsverfahren erfährt, das im Regelfalle durch den richterlichen Anhörungstermin und die Beschlußübersendung mit ausführlicher Begründung durch Zustellungsurkunde Befremden, Ratlosigkeit und ein Gefühl schwerster Diskriminierung auslöst. Es ist nun einmal eine Realität, daß einfache Menschen nach wie vor eine Scheu vor dem Gericht haben. Die verzweifelte Frage des Patienten schon auf die schriftlich ergangene Ladung zum Anhörungstermin, noch mehr wenn sie bei der Visite den mit der Morgenpost gekommenen Beschluß lesen, ist doch im Regelfälle dann an den Arzt die „aber ich habe doch nichts verbochen ..., ich habe doch niemals etwas mit dem Gericht zu tun gehabt“¹, genauso wie selbst später sehr viele von einem solchen Verfahren Betroffenen dies als einen Makel und eine Stigmatisierung empfinden.

Ich sagte eingangs schon, daß eine Psychiatrie ohne Zwangseinweisungen utopisch ist, und es wird sich wahrscheinlich nie vermeiden lassen, beispielsweise bei akuten manischen Psychosen, bei geordneten Wahnkranken, bei renitenten Alkoholikern oder anderen Krankheitsgruppen Zwangseinweisungsverfahren durchzuführen.

Ich möchte mit diesen Ausführungen nur darauf hinweisen, daß in einer modernen Psychiatrie, die über das nötige personelle und institutionelle Rüstzeug verfügt, in sehr vielen Fällen auch im Rahmen der Behandlung auf geschlossenen Krankenabteilungen Zwangseinweisungen vermieden werden können, und zwar — ich sage dies ganz ausdrücklich — um unseren Patienten zusätzliche psychische Schäden zu ersparen und das Behandlungsklima zu entschärfen. Es ist hierbei ja zu bedenken, daß bei der Rechtszersplitterung in bezug auf die Einweisungsgesetze in der Bundesrepublik in einer Reihe von Bundesländern dann die gesamte Behandlung gewissermaßen unter richterlicher Kontrolle abläuft, d. h. also, daß schon die Gewährung von Ausgang, die probeweise Beurlaubung zum Wochenende und schließlich die Entlassung einer richterlichen Genehmigung bedürfen, was einmal Mehrarbeit und Verzögerungen mit sich bringt, zum anderen die Stellung der hiervon betroffenen Patienten in der Stationsgruppe problematisch macht und schließlich auch das Arzt-Patienten-Verhältnis erheblich belastet. Die Dinge werden dadurch noch verschärft, als sich ein Zwangseinweisungsverfahren auch als ein erweiterter sozialer Diskriminierungsakt erweisen kann, da es m. W. bislang für die hierfür zuständigen Behörden und Gerichte keine Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen Instanzen gibt. Dies hat immer wieder zur Folge, daß bei nach dem Einweisungsgesetz behandelten Patienten Meldungen an die Straßenverkehrsbehörden erfolgen, und es dann aufgrund antiquierter Vorschriften über die Erteilung einer Fahrerlaubnis an

einmal psychiatrierte Verkehrsteilnehmer zum Entzug der Fahrerlaubnis oder langwierigen Querelen um das Behalten des Führerscheins kommen kann. Es ist vorgekommen, daß übereifrige Sozialhelfer an Gesundheitsämtern nach einer Einweisung schon wegen des Verdachts auf Alkoholdelir in der Nachbarschaft über einen Patienten Umfragen anstellten und damit einen nicht wieder gutzumachenden Schaden im sozialen Umfeld anrichteten.

Dies rührt zum Teil daher, daß in den Massenmedien hochgespielte spektakuläre Einzelfälle nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern vielfach auch bei mit Einweisungen befaßten Behörden und Gerichtspersonen eine völlig falsche Vorstellung von der Gefährlichkeit und den Sicherungsnotwendigkeiten bei psychiatrischen Patienten erzeugen. Dies, obwohl beispielsweise BÖKER und HAFNER feststellten, daß Gewalttaten von Geisteskranken prozentual nicht häufiger begangen werden als von Geistesgesunden, und ferner, obwohl die heutige Psychiatrie therapeutisch in der Lage ist, wenn nicht jeden Patienten zu heilen, so doch in der überwiegenden Zahl der Fälle den zusätzlichen Gefährdungstatbestand abzubauen. Ein Symptom für diese Fehleinschätzung ist etwa, daß eine Reihe von Ländergesetzen sogar eine Postkontrolle gestatten, und sich in entsprechenden Kommentaren sogar Begründungen für deren angebliche Notwendigkeit finden. Das 1951 erlassene Nieders. SOG, das in seiner Kürze zu den undifferenziertesten gehört, enthält keine Bestimmungen über eine Postkontrolle, und es könnte aus der nieders. Krankenhauspsychiatrie kein Fall angeführt werden, wo durch Nichtkontrolle der Post ein erheblicher Schaden für den Patienten oder für die Öffentlichkeit eingetreten wäre. Eine solche entspricht einfach nicht der Würde unserer Kranken, und entsprechende Bestimmungen können nur aus einer Geisteshaltung verstanden werden, die den zwangseinweisungsbedürftigen psychiatrischen Patienten dicht in die Nähe eines sicherungsbedürftigen Rechtsbrechers stellen.

Ich möchte noch auf einen weiteren Risikofaktor hinweisen, der selbst bei einwandfrei notwendigen Zwangseinweisungsverfahren sich einschleichen kann. Es ist dies der Bahnungseffekt in bezug auf spätere Vorkommnisse und Erkrankungen, der, wie an vielen Fällen aufgezeigt werden könnte, dazu führt, daß der einmal wegen einer schweren psychiatrisch determinierten Verhaltensstörung zwangseingewiesene Patient mehr und mehr in die Netze der Psychiatrie verstrickt wird, und aus diesen nicht mehr herausgerät. Man kann oft die Beobachtung machen, daß nach ein- oder mehrmaliger psychiatrischer Krankenhausbehandlung im Umfeld des Patienten ein Sensibilisierungseffekt eintritt, und nun jedwede, auch ganz normal-psychologische Verhal-

tensauffälligkeit als Krankheitsrezidiv gedeutet wird, und der Weg über Amtsarzt und Amtsgericht auf die geschlossene Abteilung des Krankenhauses sich von Mal zu Mal schneller und reibungsloser vollzieht. Ich glaube, es entspricht nicht nur den Erfahrungen an unserem Krankenhaus, daß bei einer Reihe von „Stammgästen“ die wiederholten Einweisungen im Laufe von Jahren schließlich gar nicht mehr wegen gesetzlich relevanter Gefährdungstatbestände bzw. psychotischer Exacerbationen, sondern manchmal nur wegen banaler und ubiquitärer familiärer Konflikte oder wegen Verhaltensauffälligkeiten erfolgen, die bei früher nicht psychiatrierten Personen keinerlei Konsequenzen nach sich gezogen hätten. Gerade bei sozialen Außenseitern, bei denen sehr wohl einmal die krisenhafte Zuspitzung einer innerfamiliären oder beruflichen Situation die klinisch-psychiatrische Behandlung erforderlich macht, wird hiermit nicht selten die Weiche zu einem Etikettierungseffekt gestellt; zumal medizinische Laien eher geneigt sind, sozial auffälliges Verhalten als krankhaft anzusehen als beispielsweise bei einem bislang unauffälligen Bürger eine stille depressive Symptomatik oder aber die mehr fröhliche Attitüde eines bei Nichtbehandlung hochgradig gefährdeten Manikers.

Bei einem unserer Patienten, der durch eine Hirnkrankheit ein sozialhilfloser Außenseiter war, und der bei seiner Mutter, einer kleinen Rentnerin lebte, die ihn im übrigen jeweils nach einer Woche Krankenhausbehandlung wieder mit großem Geschrei bei uns herausholte, mit der Beschuldigung, wir enthielten ihr ihren Sohn vor, kam es mit schöner Regelmäßigkeit im Abstand von 2 bis 3 Monaten zur vormundschaftsrichterlichen Einweisung, wenn die Mutter auf dem Amtsgericht erschien und dem Vormundschaftsrichter weinend berichtete, ihr Sohn habe die ganze Wohnungseinrichtung kaputtgeschlagen. Nachdem ich dies einige Male miterlebt hatte, habe ich den zuständigen Vormundschaftsrichter gebeten, doch einmal die Frage zu prüfen, ob erstens wirklich die ganze Wohnungseinrichtung kaputtgeschlagen sei, zweitens die von einer bescheidenen Rente lebende Mutter sich jeweils innerhalb eines Vierteljahres eine komplett neue Wohnungseinrichtung hätte kaufen können, bis sich dann herausstellte, daß es sich ausschließlich um gelegentliche Zornausbrüche handelte, in denen der Patient nicht einmal tätlich wurde, die jedoch die sehr labile und geistig etwas beschränkte Mutter akut ängstigten und zum Gericht gehen ließen.

Kein Psychiater wird so unvernünftig sein, die Rückkehr zu einem gesetzlichen Freiraum in der Krankenhausbehandlung zu fordern. Was aber anzustreben ist, wäre nicht nur eine Vereinheitlichung und Verbesserung der Einweisungsgesetze, sondern darüber hinaus eine

Umwandlung ihres Charakters in Richtung einer fürsorglichen Maßnahme für kranke Mitbürger und Verfahrensvorschriften, die eine schonende, dem jeweiligen Krankheitszustand des Patienten angemessene Abwicklung der notwendigen Formalitäten gewährleisten. Wenn wir darüber hinaus auf hinreichende ärztliche Kompetenzen im Rahmen der Therapie für die Gewährung von Freiheiten, Beurlaubungen und Entlassungen dringen, so nicht aus persönlicher Selbstherrlichkeit, sondern im Interesse des Patienten, dem, wo unvermeidbar, die zusätzliche Belastung mit dem Einweisungsverfahren ein Mindestmaß an Schaden zufügen soll. Insbesondere wird es aber, und dies scheint mir wichtiger als die Diskussion um einzelne Bestimmungen und Verfahrensvorschriften, auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Richter und Arzt ankommen, in deren Rahmen der Richter seinen Auftrag nur dann richtig erfüllen kann, wenn er sich auch intensiv mit der Situation des psychisch Kranken auseinandersetzt und zu dem Gesamtkomplex einen inneren Zugang findet. Es erscheint mir jedenfalls ein makaberes Relikt eines obrigkeitsstaatlichen und vor allem psychiatrieverblendeten Denkens, wenn noch im Jahre 1976 der Direktor eines psychiatrischen Krankenhauses, der einem optimal gebesserten zwangseingewiesenen Patienten zusammen mit den ihn besuchenden Angehörigen einen Sonntagsurlaub nach Hause gewährt, wegen des zufälligen Bekanntwerdens dieser Tatsache beim Gericht vom Vorsitzenden der Berufungskammer eine Rüge dafür erteilt bekommt, daß er sich hier richterliche Kompetenzen angemaßt habe.

Ein Spannungsfeld zwischen Behandlungsauftrag und Rechtsnorm besteht nun aber in ganz besonderem Maße im Rahmen der Betreuung psychisch kranker Rechtsbrecher. Ich verkenne nicht, daß das 2. Strafrechtsreformgesetz nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für den Arzt wesentliche Verbesserungen der therapeutischen Situation mit sich gebracht haben. Stand im bisher geltenden Strafrecht mit den Bestimmungen des § 42 StGB der Sicherungs- und Verwahrungsgedanke im Vordergrund, so läßt schon die quasi programmatische Überschrift des 6. Teils des Strafrechtsreformgesetzes, beginnend mit § 61, nämlich „Maßregeln der Besserung und Sicherung“, die dezidierte Absicht des Gesetzgebers erkennen, dem psychisch kranken Täter vorrangig ärztliche Hilfe zum Zweck der Heilung und Wiedereingliederung oder aber dem Unheilbaren eine Unterbringung nach humanitär-medizinischen Gesichtspunkten zukommen zu lassen.

Noch klarer kommt dieser Wunsch des Gesetzgebers in § 136 des am 1. 1. 1977 in Kraft getretenen Strafvollzugsgesetzes zum Ausdruck, in dem es heißt:

„Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit wie

möglich soll er geheilt oder sein Zustand soweit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht Betreuung und Pflege zuteil".

Die wohl einschneidendste Neuregelung des 2. Strafrechtsreformgesetzes ist die der Vorwegvollstreckung der Maßregel nach § 67 Abs. 1. Der Vorteil für den Täter liegt einmal darin, daß nunmehr die Therapie eindeutig den Vorrang vor der Sanktion hat, ferner die Zeit der Unterbringung beim Teilexkulpierten auf die Strafe angerechnet wird, und schließlich nach § 67 Abs. 5 eine Entlassung zur Bewährung bereits vor Verbüßung von $\frac{2}{3}$ der Strafe möglich wird. Des weiteren wird durch die Vorwegvollstreckung der Mißstand der häufigen Doppelbestrafung Teilexkulpiertes ausgeräumt, bei denen nach H. MARQUARDT die tatsächlichen Unterbringungszeiten das eigentliche Strafmaß um ca. 70—75% überschritten. Darüber hinaus hatte bei Anordnung einer Unterbringung früher ein teilexkulpiertes Täter gegenüber vollverantwortlichen Verurteilten praktisch keine Chance, daß die vorweg vollstreckte Strafe bei guter Führung zur Bewährung ausgesetzt wurde, so daß im Regelfalle die vollen Haftzeiten verbüßt werden mußten. Man sollte allerdings auch offen zugeben, daß die Unabänderlichkeit einer rechtskräftigen richterlichen Entscheidung auch hier Probleme deshalb mit sich bringen kann, weil nunmehr nach Teilexkulpiertes und sofortiger Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus keine Korrektur gutachterlicher Fehlentscheidungen mehr möglich ist, wie dies bislang aus den Bestimmungen des § 42g nach Verbüßung der Strafe und vor Überführung in das Krankenhaus gegeben war. Ich habe mich daher auch immer wieder dahingehend ausgesprochen, daß es in der Begutachtungssituation legitim ist, den § 67 auch als eine Art pragmatisches Regulativ für die Begutachtung von Grenzfällen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit anzusehen. Der das ganze Gesetz trotz Festhaltens am Schuldprinzip durchziehende Resozialisierungsgedanke erlaubt es m. E. dem Sachverständigen, auch die Frage der Therapie oder Verwehrbedürftigkeit im Krankenhaus mit in die Waagschale zu werfen, wenn er — wohlgemerkt bei einem Grenzfall — zwischen Schuldfähigkeit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit zu entscheiden hat.

Eine weitere für die Gefährdetenilfe und für die Behandlung wesentliche Neuerung des Gesetzes liegt in der nun aus § 67 b gegebenen Möglichkeit der Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung bei niedrigerem Strafmaß sowie in den Bestimmungen über den Eintritt einer Führungsaufsicht mit der Erteilung von Auflagen, durch die erweiterte nachgehende Resozialisierungsprogramme realisiert werden können.

Der Wille des Gesetzgebers geht demnach ganz klar dahin, dem psychisch kranken Rechtsbrecher Diskriminierungen zu ersparen, und ihm eine möglichst optimale ärztliche Hilfe im Interesse seiner Gesundheit und Resozialisierung zuteil werden zu lassen. In diesem Zusammenhang sollte daran erinnert werden, daß sich auch der Enquetebericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik klar zu der Zuständigkeit der Krankenhauspsychiatrie für die Behandlung psychisch kranker Straftäter bekannt hat und detaillierte Vorschläge bezüglich der Struktur, des Standorts, der Größe, des therapeutischen Angebots, der baulichen Gestaltung und des Personalbedarfs forensisch-psychiatrischer Sonderinstitutionen enthält. Insbesondere weist dieser Bericht darauf hin, daß hiermit endlich die Doppeldiskriminierung dieses Personenkreises entfällt, die im übrigen auch nicht dem Geiste der Tradition der deutschen Krankenhauspsychiatrie entspricht. Hierzu nur ein historisches Beispiel: In dem 1910 erschienenen Illustrationswerk „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke in Wort und Bild, Band II“, berichtet Prof. Dr. L. WEBER über die Errichtung eines Verwahrungshauses für 60 insoziale Kranke der Provinz Hannover im Jahre 1909 im Verbund der Göttinger Heil- und Pflegeanstalten.

Wörtlich heißt es über dieses unter dem Blickwinkel des damaligen Bau- und Krankenhauskomforts durchaus fortschrittliche, inzwischen aber naturgemäß völlig veraltete Haus:

„Maßgebend für die Aufnahme in dieses Verwahrungshaus ist nicht die Kriminalität der Kranken, — denn ein großer Teil der kriminellen Geisteskranken eignet sich recht gut für den Aufenthalt in einer offenen Anstalt —, sondern nur die Tatsache, daß ein Kranker infolge seiner insozialen Gewohnheiten in einer offenen Anstalt nicht zu halten ist. Über die Aufnahme und Entlassung aus dem Verwahrungshaus bestimmt aber nicht der Staatsanwalt, sondern lediglich die Gesichtspunkte, die auch in den übrigen Anstalten maßgebend sind.“

Dem klar erkennbaren Willen des Gesetzgebers in bezug auf die Sonderstellung psychisch kranker Rechtsbrecher steht leider nach wie vor entgegen, daß die dringend erforderlichen differenzierten gesetzlichen Normierungen für den Maßregelvollzug durchweg noch ausstehen, und ferner, daß nicht ohne Sorge Ansätze zu einer restriktiven Entwicklung registriert werden müssen. Zürn letzteren Punkte könnte ich hier verschiedene Fälle aufzählen, in denen die günstigen Resozialisierungserfolge bei Teilexkulpierten, intensive Bemühungen um Regelung der Familienverhältnisse, Schaffung eines Arbeitsplatzes und Sicherstellung einer nachgehenden extramuralen Fürsorge daran scheiterten, daß sich Strafvollstreckungskammern weigerten, die

Rechtswohltat des § 67 Abs. 5, also die bedingte Entlassung vor Verbüßung von $\frac{2}{3}$ der Strafe, zu gewähren, und zwar ausschließlich mit der Begründung, daß dies dem Gleichheitsprinzip gegenüber „normalen“ Straftätern widerspräche. Die vernünftige Begrenzung hinsichtlich der Dauer der Führungsaufsicht auf höchstens 5 Jahre im § 68 c wurde in zwei von uns betreuten Fällen optimal remittierter psychotischer Rechtsbrecher gerade als Grund für die Verweigerung einer bedingten Entlassung trotz optimaler Resozialisierungsgegebenheiten angeführt; und zwar mit dem Argument, daß ein erneuter psychotischer Schub auch jenseits der Fünfjahresgrenze nicht außerhalb jeder Denkmöglichkeit bestehe, dann aber die Führungsaufsicht zur Verhinderung erneuter Straftaten nicht eingreifen könne. Noch schwieriger gestaltet sich der Behandlungsauftrag für den Krankenhauspsychiater durch das mit Inkrafttreten des Strafvollzugsgesetzes entstandene Vakuum bezüglich der Modalitäten der Unterbringungsmaßregel. Man darf bei allen therapeutischen Impulsen ja nicht die Augen vor der Tatsache verschließen, daß es sich — gerade angesichts der Bestimmungen über Verhältnismäßigkeit der Maßnahme und wegen des Umstandes, daß eine Unterbringung gemäß § 63 nur dann erfolgen kann, wenn weitere erhebliche rechtswidrige Taten zu befürchten sind — bei diesem Personenkreis um eine Gruppe von überwiegend hoch gefährlichen, besonders sicherungsbedürftigen Patienten handelt. Dies erfordert über die reine Unterbringung hinaus z.T. wesentliche Eingriffe in die persönliche Freiheit wie beispielsweise die Kontrolle von Postsendungen, die Regelung von Besuchen, die Überwachung des persönlichen Besitzes, um nur einige Beispiele zu benennen. Derartige Kontrollen konnten früher rechtlich auf das Vorliegen eines besonderen Gewaltverhältnisses in der Unterbringungssituation gestützt werden, von dem aber nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 33, 1 ff.) nicht mehr ausgegangen werden kann, was ja beispielsweise zu einer beschleunigten Verabschiedung des Strafvollzugsgesetzes führte. Dieses enthält aber für den Sonderfall der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus im § 138 nur die sehr allgemeine Regelung folgenden Wortlautes:

„Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt richtet sich nach Landesrecht, soweit Bundesgesetze nichts anderes bestimmen.“

Offenbar bestand bei den gesetzgebenden Körperschaften die Vorstellung, daß durch die Landeseinweisungsgesetze bereits hinreichende Regelungen etwa bezüglich der disziplinären Situation in geschlossenen Krankenanstalten bestehen, obwohl für den Personenkreis der psychisch kranken Rechtsbrecher aus verschiedenen Gründen ja

wesentlich weitergehende Regelungen der verschiedenen Bereiche unumgänglich sind. Seitens der Krankenhauspsychiatrie geht daher der dringende Appell an den Gesetzgeber, möglichst bald entsprechende gesetzliche Regelungen zu erlassen, wie dies noch von Herrn Heinze detaillierter vorgetragen werden wird. Es geht für den Arzt insbesondere darum, klare und überschaubare Kompetenzen in bezug auf die Gestaltung der Therapie, vor allem aber von Lockerungsmaßnahmen wie Arbeiten außerhalb der Abteilung, Ausgänge mit Angehörigen, Arbeiten in beschützenden Werkstätten und Beurlaubungen gesetzlich zu verankern, um ihn aus der Rolle eines Erfüllungsgehilfen eines staatlichen Verwahrungsanspruches in die eines Therapeuten zu versetzen. Es ist viel zu wenig bekannt, daß der Krankenhausarzt bei diesen Personen praktisch keinerlei Kompetenzen besitzt, aufgrund eigener, mitunter langjähriger Kenntnis eines Krankheitsfalles und gewissenhafter Prüfung der sich für die weitere Resozialisierung ergebenden Notwendigkeiten auch geringfügige Lockerungen und gestufte Resozialisierungsmaßnahmen selber zu verfügen. Selbst der Ausgang mit Angehörigen, der Besuch von Gemeinschaftsveranstaltungen außerhalb des Hauses auch unter Begleitung, noch mehr Ausgang oder Arbeiten außerhalb des Krankenhauses zur Wiedereingliederung in ein soziales Leben unterliegen ausschließlich der Genehmigung der Gnadensteilen beim Justizminister. Es ist dies nicht nur angesichts der Schwerfälligkeit des Instanzenweges, beispielsweise gerade in einem Flächenstaat wie Niedersachsen, eine außerordentlich langwierige und schwerfällige Prozedur, sondern darüber hinaus m. E. aus rechtsstaatlicher Sicht eine fragwürdige Praxis. Gnade bedeutet ja den Erlaß oder die Milderung einer Strafe bzw. Buße und setzt damit automatisch Schuld voraus, die ja beim exkulpierten Rechtsbrecher nicht, beim Teilexkulpierten nur bedingt gegeben ist. Die derzeit geübte Praxis stellt eine schwerwiegende Behinderung in der ärztlichen Betreuung dieser Patienten dar; insbesondere ist sie in hohem Maße geeignet, das Aufkommen eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient zu verhindern, weil in einer derartigen Situation der Patient im Arzt ja nur den verlängerten Arm einer Gnadeninstanz sehen kann, die nach wie vor über Anträge ohne persönliche Anhörung entscheidet und nicht einmal verpflichtet ist, rechtmittelfähige und begründete Bescheide zu erteilen. Dies bedeutet in praxi, daß nicht einmal der Arzt einen Anspruch darauf hat zu erfahren, warum beispielsweise ein von ihm gestellter und wohlbegründeter Antrag, einem Patienten Stadtausgang in Begleitung von Angehörigen oder einen Weihnachtsurlaub zu gewähren, überhaupt abgelehnt wurde. Die Rechtsauffassung verschiedener Staatsanwaltschaften geht darüber hinaus dahin, daß sich derjenige Arzt, der nach gewissenhafter Über-

legung ohne Anhören einer Gnadenstelle eine Lockerung in eigener Verantwortung vollzieht, selbst dann den Tatbestand der Gefangenenerbefreiung gemäß § 120 StGB erfüllt, wenn in diesem Zusammenhang keinerlei strafbare Handlung begangen wird.

Ich möchte hierzu bemerken, daß in unserer Tagespresse immer wieder Meldungen über Fälle von z.T. schweren Verbrechen veröffentlicht werden, die von Strafgefangenen im Rahmen von Beurlaubungen, bei Entweichungen von Ausführungen oder kurz nach Zubilligung einer Strafaussetzung begangen wurden, während aus den letzten Jahren praktisch kein Fall eines ernsteren Rechtsbruches aus dem Personenkreis psychisch kranker Rechtsbrecher bekannt wurde, die nach wohl abgewogenem ärztlichen Urteil beurlaubt oder bedingt entlassen wurden. Ich bitte dies nicht als interdisziplinäres Ressentiment zu verstehen, d. h. etwa dahingehend, daß wir Psychiater in der Stellung einer Prognose klüger wären als die Juristen. Man sollte sich aber doch vergegenwärtigen, daß im Bereich profilierter medizinischer Erkrankungen bzw. geistig-seelischer Behinderungen im Rahmen einer längeren therapeutischen Arbeit weitaus verlässlichere Verhaltens- und Prognosenkriterien erarbeitet werden können, als dies etwa für den Bereich der landläufigen kriminellen Persönlichkeiten möglich ist.

Was ich eingangs zur Situation der Zwangsunterbringung sagte, gilt auch hier: Es geht keinem Krankenhauspsychiater darum, in einem rechtsfreien Raum selbständig und unkontrolliert zu arbeiten. Worum es vielmehr geht, ist der Anspruch, in die Lage versetzt zu werden, den ihm vom Gesetzgeber übertragenen Behandlungsauftrag zum Wohle der Kranken mit Leben und Sinn zu erfüllen. In einem solchen Behandlungsauftrag kann es nur um eine vertrauensvolle und insbesondere sachkundige Zusammenarbeit mit den Strafvollstreckungsbehörden und -kammern gehen, und es kann das nach wie vor bestehende Spannungsfeld nur dann abgebaut werden, wenn man dem Arzt in vernünftigen Grenzen Kompetenzen für eine flexible Handhabung der Therapie einräumt. Klare Rechtsgrundlagen für die Beschränkung von Freiheiten und natürlich auch einmal für bestimmte Disziplinarmaßnahmen müssen ebenso geschaffen werden, wie die ebenso unwürdige wie rechtsstaatlich bedenkliche Gnadenpraxis entfallen muß.

Strafrechtsreform und Neufassung der Schuldproblematik

Das Schuldstrafrecht nach der Reform

H.-L. Schreiber

Die Reform des materiellen Strafrechts ist vorerst zu Ende. In den nächsten Jahren wird sich auf diesem Feld kaum etwas tun. Was wir zu erwarten haben, werden wohl nur Anti-Terroristen-Gesetze sein, die - wie mir scheint — kaum zur Bekämpfung des Terrorismus dienliche Instrumente, sondern lediglich „Beruhigungsverschärfungen“ bringen werden, d. h. zur Beruhigung des Publikums und der Politiker gedachte, noch in der verständlichen Erregung über die Terrorakte veranlaßte punktuelle Rechtsänderungen. Zum wirklichen Fortschreiten der Strafrechtsreform werden die Politiker in den nächsten Jahren kaum zu bewegen sein. Eher werden manche bescheidenen Reformansätze, etwa im Sanktionensystem, möglicherweise sogar wieder zurückgenommen werden. Bei der abschließenden Lesung des Einführungsgesetzes zum neuen Strafgesetzbuch im Dezember 1973 hatte der damalige Bundesjustizminister vor dem Bundestag erklärt, nunmehr sei der entscheidende Durchbruch zu einer modernen Konzeption des Strafrechts erzielt, die Geschichte der Erneuerung des Strafgesetzbuches als großes Gesamtwerk vollende sich. Ähnlich hatte sich ein Referent aus dem Bundesjustizministerium geäußert, die Strafrechtsreform als großes Gesamtwerk sei nun zu einem guten Abschluß gebracht.

Sieht man sich die Ergebnisse der Strafrechtsreform einmal näher an, so kann von einem großen Durchbruch, von einer entscheidend neuen Konzeption nicht die Rede sein. Vielmehr haben wir einen vielfach gewundenen, komplizierten Kompromiß vor uns, bei dem ganz unterschiedliche Tendenzen und Ansätze miteinander verbunden worden sind. Unser Strafrecht ist im Prinzip Schuldstrafrecht geblieben. Am Gedanken der Strafe, die grundsätzlich von Schuld abhängig ist, wird ebenso festgehalten wie an der sog. Zweispurigkeit, d. h., wir kennen neben der schuldabhängigen Strafe Maßnahmen, die allein von Gefährlichkeit und Therapiebedürftigkeit abhängen. Insgesamt hat die Strafrechtsreform aber doch neue Akzente und Gewichtsverschiebungen gebracht. Der Gedanke der Schuldvergeltung ist jedenfalls zurückgedrängt worden. Auch auf der Spur der Strafe ist Schuld notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine Strafe. Die Institute der Strafaussetzung zur Bewährung sowie der Aussetzung des Strafrestes zur Bewährung sind ausgeweitet worden, wenngleich in der grund-

sätzlichen Beschränkung auf Strafen bis zu einem Jahr bzw. auf die Strafaussetzung nach $\frac{2}{3}$ s der Verbüßung teilweise recht engherzig. Der Zweck der Strafe hat sich verschoben. Die neuen Strafzumessungskriterien sowie die Definition der Aufgaben des Strafvollzuges in § 2 des neuen Strafvollzugsgesetzes lassen Gewichtsverschiebungen weg von der Schuldvergeltung auf rationale Zwecke, d. h. eine möglichst durch Einwirkung auf den Täter zu erreichende Eindämmung der Kriminalität erkennen. Die strenge Zweispurigkeit zwischen Strafe und Maßregel ist durch das Institut des Vikariierens in § 67 in bemerkenswerter Weise durchbrochen worden. Wird, wie das etwa in den Fällen beschränkter Schuldfähigkeit häufig ist, die Unterbringung in einer Anstalt neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird in aller Regel die Maßregel vor der Strafe vollzogen und die Zeit des Vollzuges der Maßregel auf die Strafe angerechnet. Hier wird auch bei noch schuldhafter Tat die Strafe zürn nur symbolischen Faktor: Die Maßregel mit ihrer präventiven Zielsetzung steht im Vordergrund. Dadurch wird es bei der Maßregelindikation — freilich nur dann, wenn eine solche Maßregel verhängt wird — nicht mehr so wesentlich, ob nun Schuldunfähigkeit oder beschränkte Schuldfähigkeit, d. h. die Voraussetzungen des § 20 oder 21, angenommen werden. Ähnliches würde insoweit gelten, als schuldfähige Täter mit schweren Persönlichkeitsstörungen in der sozialtherapeutischen Anstalt (§ 65 StGB) untergebracht würden.

II.

Das maßgebende Differenzierungskriterium zwischen Strafe und Maßregel bleibt aber grundsätzlich weiter die Schuld. Wird der Täter als schuldfähig qualifiziert, so erhält er eine Strafe. Diese Strafe enthält weiter den Vorwurf, daß der Täter sich nicht normgemäß motiviert hat. Die Maßregel greift dagegen bei Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit ein und ist allein auf Therapie und Sicherung ausgerichtet. Es wäre nun aber völlig falsch, etwa der Strafe nur die Aufgabe zweckfreier Vergeltung von Schuld zuzuschreiben. Auch sie hat heute ähnliche Funktionen wie die Maßregel. Das nimmt dem bestimmenden Unterscheidungskriterium der Schuldfähigkeit etwas von seiner Bedeutung. Die wesentliche Aufgabe in der Fortentwicklung des Strafrechts in den nächsten Jahren wird m. E. darin liegen, ohne alle überzogene Behandlungsideologie, d. h. ohne Illusionen über kurzfristig erreichbare Zwecke, den Vollzug der Strafen und der Maßregeln so neu zu gestalten, daß sie als sinnvolle Reaktion auf kriminelles Verhalten erscheinen.

Dabei sei angemerkt, daß heute teilweise der Maßregelvollzug noch weit dringender der Verbesserung bedarf als der in mancher Hinsicht wenigstens ansatzweise schon verbesserte Strafvollzug. Psychische

Abnormitäten finden sich ja keineswegs nur bei solchen Straftätern, die als schuldunfähig bzw. beschränkt schuldfähig deklariert werden, wie immer man hier die Grenzen zieht. Nur durch stärkere therapeutische Ausrichtung des Vollzuges dürfte sich das Problem, das heute noch Juristen und Psychiater spaltet, wie nämlich das ausschlaggebende Entscheidungskriterium Schuldfähigkeit zu bestimmen sei, entschärfen.

Die Neufassung der Bestimmungen über die Schuldfähigkeit in den §§ 20, 21 StGB sollte keine sachliche Änderung gegenüber dem früheren Rechtszustand bringen. Sie sollte nur den Stand der Rechtsprechung aufnehmen und sich terminologisch an die Entwicklung in Psychiatrie und Psychologie anpassen. Daß man dabei zum Teil in veralteten Schichten der Psychiatrie hängen geblieben ist, wird im einzelnen wohl noch anschließend Herr Rasch in seinen Ausführungen über den Krankheitsbegriff darlegen. Denn die in der Rechtsprechung noch herrschende Auffassung versteht den Begriff der krankhaften seelischen Störung im § 20 weiter in Anlehnung an früher in der Psychiatrie herrschende Strömungen als „Durchbrechung des seelischen Sinnzusammenhanges infolge eines sinnfremden organischen Prozesses“. Krankhaft soll nur die Störung sein, die auf entweder nachweisbare oder doch zu postulierende somatische Ursachen zurückgeht.

Was unter den Grundbegriffen Schuld und Schuldfähigkeit zu verstehen ist, darüber gibt es quer durch die Lager der Jurisprudenz und Psychiatrie die unterschiedlichsten Auffassungen. Roxin hat kürzlich zutreffend ausgeführt, daß es hinsichtlich der Schuld in der Rechtswissenschaft nur einen Minimaikonsens dahin gebe, daß Schuld eine vom Unrecht unterschiedene besondere Art der Wertung bedeute, der die Handlung des Täters unterworfen wird. Weiter gehe die Übereinstimmung weder in der Terminologie noch in der Sache. In der Tat finden Sie die unterschiedlichsten Umschreibungen strafrechtlicher Schuld, die etwa — um nur einige zu nennen — als Verfehlung der sittlichen Aufgabe des Menschen definiert wird, als Entscheidung für das Unrecht trotz Andershandelnkönnens (so Arthur Kaufmann und Welzel), als die Vorwerfbarkeit der Tat wegen der darin betätigten mißbilligten Gesinnung (Gallas), als die Abweichung des Verhaltens von dem durch das Recht vorausgesetzten Maß (Englisch, Nowakowski). Daneben wird auch teilweise neuerdings die Schuldkategorie mit präventiven Gesichtspunkten gleichgesetzt, so etwa von Roxin und Jakobs. Ich kann nun in der knappen Zeit eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Auffassungen nicht führen. Vielmehr möchte ich unter dem heute und hier interessierenden Gesichtspunkt einer Verständigung zwischen Vertretern des Rechts und der Psychiatrie thesenartig einige Bemerkungen

kungen über die bei der Bestimmung der Schuldfähigkeit anzuwendenden Kategorien machen. Daß es zwischen den Vertretern der Psychiatrie und des Rechts massive Konflikte und Verständigungsschwierigkeiten gibt, brauche ich wohl im einzelnen nicht zu belegen. Kürzlich berichtete die Welt am Sonntag (1. 5. 1977) über eine Äußerung des gerade in den Ruhestand gehenden Bonner Richters Quirini, der ausgeführt haben soll, wir seien bald kein Volk von Dichtern und Denkern mehr, sondern ein Volk von Gangstern und Killern, wenn wir fortführen, unsere Strafjustiz nach den Gutachten von Psychiatern auszurichten» Eine solche Aversion von Strafrechtlern gegen die Psychiatrie ist eine betrübliche, aber doch wohl verbreitete Tatsache.

III.

In der rechtswissenschaftlichen Literatur und teilweise auch in der gerichtlichen Praxis wird heute noch weitgehend ein indeterministischer Schuldbegriff verwendet, der die Willensfreiheit im absoluten Sinne voraussetzt. Der Bundesgerichtshof hat diesen Begriff in seiner bis heute noch überall zitierten Grundsatzentscheidung im zweiten Bande dahin umschrieben, daß mit dem Unwerturteil der Schuld dem Täter vorgeworfen werde, er habe sich nicht rechtmäßig verhalten, sondern sich für das Unrecht entschieden, obwohl er sich rechtmäßig verhalten, sich für das Recht hätte entscheiden können. Der innere Grund des Schuldvorwurfes liege darin, daß der Mensch auf Freiheit, auf verantwortliche sittliche Selbstbestimmung angelegt und deshalb befähigt sei, sich für das Recht und gegen das Unrecht zu entscheiden, sobald er die sittliche Reife erlangt habe und solange die Anlage zur freien sittlichen Selbstbestimmung nicht durch die in den §§ 20, 21 genannten krankhaften Vorgänge gelähmt oder auf Dauer zerstört sei. Der gleiche Ausgangspunkt findet sich neuerdings etwa noch bei Lenckner, der meint, wenn man überhaupt die Kategorien Schuld bzw. Verantwortlichkeit im Strafrecht verwenden wolle, so führe kein Weg an der Freiheitsfrage im metaphysischen Sinne vorbei. Nur von einem jedenfalls relativ indeterministischen Standpunkt aus könne sinnvoll ein Schuldvorwurf begründet werden. Wenn dieser Standpunkt auch nicht wissenschaftlich exakt beweisbar sei, so könne dem Gesetzgeber doch nicht das Recht bestritten werden, normativ von einer personalen Verantwortlichkeit des Menschen auszugehen und damit Willensfreiheit vorauszusetzen. Bei der Frage nach der Schuldfähigkeit handele es sich — so formulierte es kürzlich noch Rudolphi im Systematischen Kommentar zürn StGB — um nichts anderes als um, die Frage nach der Willensfreiheit des konkreten Täters. Mit Hilfe des Sachverständigen habe der Richter sich soweit als möglich in die Täterpersönlichkeit einzufühlen, um dann wertend festzustellen, ob

dieser konkrete Täter mit all seinen physischen und psychischen Abnormitäten fähig war, seinen Handlungsentschluß normgemäß zu motivieren.

Ich brauche hier die gegen einen solchen Schuldbegriff erhobenen Einwände wohl im einzelnen nicht mehr vorzubringen, ich halte diese Einwände für durchgreifend. Schon die abstrakte Frage nach der Willensfreiheit des Menschen ist wissenschaftlich unbeantwortbar. Entscheidend für die gerichtliche Praxis ist aber doch folgendes: Die theoretisch unlösbare Freiheitsfrage kann im Hinblick auf den konkreten einzelnen Täter und seine Situation bei der Tat rückblickend nicht verlässlich beantwortet werden. Ein abschließendes Urteil darüber, ob der Täter bei der Tat fähig oder unfähig war, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, ist mit wissenschaftlichen Mitteln nicht möglich. Die individuelle Schuld und ihr Maß sind dem Urteil nicht zugänglich. Zutreffend hat man es als baren Unsinn bezeichnet, an einen Psychiater die Zumutung zu richten, das Freiheitsproblem, das theoretisch schon unlösbar sei, mit Bezug auf einen konkreten Fall und einen bestimmten Menschen praktisch zu lösen. Unhaltbar ist, so meine ich, auch eine neuere Spielart der juristischen Lehre, die, wie etwa Lenckner und Mangakis, die Freiheit des Menschen im absoluten Sinne zur Voraussetzung strafrechtlicher Strafe macht, dann aber die Freiheitsfrage hinsichtlich des einzelnen Täters dahingestellt sein läßt und auf die Abweichung des Einzelnen von einem generell vorausgesetzten Können abheben will. Knüpft man nämlich eine Sanktion an die Voraussetzung der Freiheit des Menschen, so ist sie im Anwendungsfall nur gerechtfertigt, wenn man diese Voraussetzung auch für den Einzelfall feststellen kann. Andernfalls wird dem Täter etwas angelastet, dessen Voraussetzungen niemand ermitteln kann.

Aus der Einsicht in die Unhaltbarkeit eines indeterministischen Schuldbegriffes hat man nun neuerdings vorgeschlagen, unter Ausklammerung der unlösbaren Freiheitsfrage, Schuld allein nach kriminalpolitischen Zweckgesichtspunkten zu bestimmen. So meint Roxin, in einer rationalen Strafverhängungstheorie könne Schuld nicht ein Andershandelnkönnen, sondern über das generelle Unwerturteil Unrecht hinaus nur bedeuten, ob kriminalpolitisch im Einzelfall eine Sanktion erforderlich ist. Die Kategorie der Verantwortlichkeit - von Schuld will Roxin wegen der Vorbelastung dieses Begriffes lieber nicht sprechen - fragt, ob im Einzelfall ein strafrechtliches Präventionsbedürfnis besteht. Es fehlt und mit ihm die Schuldfähigkeit im Sinne der §§ 20, 21 bei mangelnder Motivierbarkeit durch die Norm und beim Ausscheiden generalpräventiver Notwendigkeiten. Im Ansatz ähnlich hat kürzlich Jakobs Schuld allein auf die Generalprävention zurück-

geführt. Roxin und Jakobs knüpfen damit an ältere Positionen an, wie wir sie etwa schon bei Feuerbach, von List, Merkel und in neuerer Zeit bei Engisch und Nowakowski und auch in der gerichtlichen Psychiatrie gefunden haben. Schuldfähigkeit wird vom deterministischen oder jedenfalls hypothetisch deterministischen Standpunkt aus unter spezialpräventivem Aspekt zur Strafempfänglichkeit bzw. unter generalpräventivem Aspekt zur Geeignetheit für Abschreckung bzw. zur Einübung der Allgemeinheit in Rechtstreue. Für den Psychiater wäre, darauf sollte mit aller Deutlichkeit hingewiesen werden, mit dieser Konzeption eine grundlegende Veränderung seiner Fragestellung verbunden. Er hätte grundsätzlich nicht mehr retrospektiv nach einer Fähigkeit des Täters bei einer begangenen Tat zu fragen, sondern allein nach der Beeinflussbarkeit des Täters durch Strafe bzw. der Eignung einer Strafe zur Erhaltung der Rechtstreue der Allgemeinheit.

Nun soll gar nicht bestritten werden, daß diese Gesichtspunkte in einem präventiv ausgerichteten Strafrecht eine wesentliche Rolle spielen. Meiner Ansicht nach ist die Tätigkeit des psychiatrischen Sachverständigen im heutigen Strafprozeß auch viel zu sehr allein retrospektiv auf die Feststellung einer Fähigkeit bei einer zurückliegenden Tat beschränkt. Eine seiner wesentlichen Aufgaben sollte gerade die Mithilfe bei der Auswahl der geeigneten Sanktionen für den konkreten Täter sein, d. h. der Beitrag der psychiatrischen Sachverständigen hat im neuen, im erneuerten Strafrecht gerade auch prognostische Momente mit einzubeziehen, wenn Strafe über Vergeltung hinaus einen Zweck erfüllen soll. Präventive Gesichtspunkte allein können die Kategorie der Schuld — meine ich — aber nicht hinreichend erklären. Soll Schuld neben der Prävention überhaupt noch eine Bedeutung haben, muß mit ihr etwas qualitativ anderes gemeint sein. Mit Schuld wird doch rückblickend an eine in der Vergangenheit liegende Tat angeknüpft und nach bestimmten Fähigkeiten bei dieser Tat gefragt. Unser Strafrecht tut das zwar nicht deshalb, weil es um zweckfreie Vergeltung möglichst aller Schuld ginge. Vielmehr erscheint die Anknüpfung an Verantwortlichkeit als geeignetes, zugleich wirksames und gerechtes Mittel der Prävention. So färbt, wie es Jakobs formuliert hat, die Einbindung des Schuldbegriffes in unser heutiges neues Zweckstrafrecht auch die Schuld mit ein. Schuld darf nur soweit festgestellt werden, als es für die Prävention erforderlich ist. Trotz Schuld kann etwa bei einer Verwarnung mit Strafvorbehalt oder bei der Strafaussetzung zur Bewährung eine Strafverhängung oder Strafvollstreckung unterbleiben, soweit sie nicht präventiv notwendig erscheint. Aber die Schuld bestimmt und begrenzt andererseits auch die Prävention.

IV.

Was soll dann aber unter strafrechtlicher Schuld verstanden werden, wie soll Schuldfähigkeit bestimmt werden, wenn es nicht um den Mißbrauch der indeterministisch verstandenen Wahlfreiheit und nicht um Prävention geht?

Ich meine, daß Schuld heute nur in einem empirisch-pragmatischen Sinne begriffen werden kann, als der Fehlgebrauch eines Könnens, das wir uns wechselseitig praktisch stets zuschreiben. Unser soziales Leben geht ständig vom Prinzip der Verantwortlichkeit aus, das für eine freiheitlich-demokratische Gesellschaftsordnung grundlegend ist. Gemeint ist damit nicht die indeterministisch verstandene Wahlfreiheit, sondern nur die Motivierbarkeit durch soziale Normen, die wir bei jedem normalen Mitbürger voraussetzen müssen, soll nicht das Zusammenleben zu Chaos oder sinnlosem Terror werden. Freiheit wird hier nur in dem Sinne verstanden, wie H. Ehrhardt es einmal formuliert hat: Wir setzen voraus, daß jeder normale Staatsbürger vor einer auf Rot geschalteten Ampel anhalten kann.

Schuld bedeutet danach nur das Zurückbleiben hinter dem Maß an Verhalten, das vom durchschnittlich normalen Staatsbürger erwartet wird. Inhalt des nur in empirisch-generalisierenden Kategorien erfaßbaren Schuldvorwurfs ist nur — wie ich in Anlehnung an eine seit längerem im Strafrecht etwa von Kohlrausch, zu Dohna, Engisch und Jescheck vertretenen Meinung formulieren möchte, daß der Täter in seiner Situation in dem Sinne hätte anders handeln können, als nach unserer praktischen Erfahrung über das regelmäßige Verhalten der Menschen ein anderer an seiner Stelle unter den konkreten Umständen anders gehandelt hätte. Nur außergewöhnliche, von der Situation des „normalen Anderen“ abweichende Umstände, wie sie in den §§ 20, 21, 33, 35 umschrieben sind, schließen den Schuldvorwurf aus.

Welche Konsequenzen ein solcher Schuldbegriff hat, ist bisher nicht andeutungsweise, auch nicht von seinen Verfechtern ausgeführt worden. Das strafrechtliche Schuldurteil unterscheidet sich deutlich vom ethischen, es ist nur vorläufig, pragmatisch. Ob der strafrechtlich zur Verantwortung gezogene Täter im ethischen Sinne frei war und hätte anders handeln können, kann nicht festgestellt werden. Jedes Moralisieren seitens des Gerichtes bleibt dann von vornherein ausgeschlossen. Die Ausgestaltung unserer Strafandrohungen, insbesondere auch bei den Delikten gegen das Leben, ist zu überprüfen. Sie gehen zu einem wesentlichen Teil sicher noch von einem Vergeltungsdenken aus, das Ausgleich sittlicher Schuld zum Ziele hat. Einem präventiv-pragmatischen Schuldstrafrecht dürften sie nicht entsprechen.

Faßt man den Schuldbegriff so, kann eine Zusammenarbeit von Gerichten und Psychiatrie zustande kommen, eine Verständigung auf einer Sprachebene wird möglich. Sicher ist „Schuldfähigkeit“ ein rechtlich-normativer Begriff, Feststellung von Schuldfähigkeit Sache des Richters. Der Sachverständige hat sie nicht positiv festzustellen, sondern lediglich zu untersuchen, ob bestimmte vom Gesetz genannte Ausschlußgründe vorliegen.

Die vielfach verfochtene These, daß ärztliche und juristische Beurteilung grundsätzlich voneinander getrennt werden können, halte ich aber für verfehlt. Der Psychiater kann sich nicht auf ein „biologisches Stockwerk“ oder gar auf körperlich faßbare bzw. postulierte Störungen beschränken. Diese Beschränkung auf das anscheinend rein Tatsächliche hat weitreichende normative Konsequenzen, nämlich den Ausschluß der Exkulpation bei vielen psychischen Störungen; sie sieht nicht, daß es hier ohne normative Verständigung nicht abgeht. Die normative Abstinenz des Psychiaters hat weitreichende normative Konsequenzen. Wie ist danach die Aufgabe des Psychiaters bei Feststellung der Schuldfähigkeit zu umschreiben? Er hat zunächst den psychischen Zustand, die Persönlichkeitsstruktur und -dynamik des Täters zu beschreiben. Um ihm das für die Schuldfeststellung erforderliche vergleichende Urteil zu ermöglichen, hat der Sachverständige dem Richter weiter den Grad der Abweichung des Täters vom durchschnittlich Normalen darzulegen, gestützt auf seine Erfahrungen im Umgang mit psychisch Kranken. Der Erheblichkeitsgrad der pathologischen Abweichung, die Intensität, ist hier das entscheidende Kriterium für die sog. psychologischen Merkmale der §§ 20, 21. Wie intensiv die psychische Störung sein muß, um die Schuldfähigkeit auszuschließen, das ist sicher die eigentlich schwierige, in letzter Linie vom Richter zu entscheidende Frage. Wo die Grenze liegt für die normativen Anforderungen an den Einzelnen trotz allgemeiner und individueller Belastungen, etwa in der Situation des Affektes, darüber besteht unter Juristen wie Psychiatern keine Einigkeit. Ganz verschiedene Ansichten werden vertreten. Das Problem ist, wie weit gegenüber psychischer Abnormität und kriminellern Verhalten mit Therapie und wie weit mit Strafe reagiert werden soll.

Ich halte es für notwendig, daß im Gespräch zwischen Recht und Psychiatrie die im Gesetz nur ganz generell und in kompromißhaften Formeln niedergelegten Grenzen für die Anforderungen an den „normalen Anderen“ festgelegt werden. Dabei muß wohl nach verschiedenen Krankheitszuständen differenziert werden. Das eigentliche Problem scheint mir darin zu liegen, wie weit auf die jeweils individuelle Situation abgehoben und wie weit generalisiert werden muß. Die

Formen der §§ 20, 21 gewähren hier bei zutreffender, objektiver, nicht etwa subjektiv auf den Willen des Gesetzgebers, d.h. des Sonderausschusses Strafrecht abhebender Auslegung, einen hinreichenden Spielraum.

Eine zweifelsfreie, für alle Fälle geltende Grenzziehung ist aber, wie schon das Institut der beschränkten Schuldfähigkeit zeigt, kaum möglich. Das Problem könnte wesentlich entschärft werden, wenn die Schuldfähigkeit als Trennungslinie zwischen Schuld und Maßregel künftig weiter an Bedeutung verlieren würde. Das wäre dann der Fall, wenn Verhängung und Vollzug der Sanktion „Strafe“ in Zukunft sinnvoller, nicht vom Gedanken der Vergeltung her, gestaltet werden könnten. In diese Richtung müsste die Strafrechtsreform weitergehen.

Schon im Rahmen des gegenwärtigen Rechtes sollte der Psychiater den Richter nicht nur rückblickend zur Frage der Schuldfähigkeit beraten, sondern auch zur Frage der richtigen Sanktion. Damit würde das Schuldstrafrecht weiter vom bloßen Vergeltungsdenken entfernt und in Richtung auf ein zur sachgemäßen Bekämpfung der Kriminalität geeignetes Instrument entwickelt.

Schuldfähigkeit und Krankheitsdefinition

W. Rasch

Die Zusammenarbeit zwischen Juristen und psychologisch-psychiatrischen Sachverständigen, die sich am konkreten Fall zumeist recht reibungslos vollzieht, hat bei der Diskussion der Schuldfähigkeit keine solide Basis. Das Schuldstrafrecht setzt die Annahme voraus, daß ein Täter die Möglichkeit zur Entscheidung hatte. Der psychologische oder psychiatrische Sachverständige kann hierfür keinen Beweis liefern. In seinen Post-hoc-Analysen kann er vielmehr nur aufweisen, wie eine Persönlichkeit in eine bestimmte Determinationsstruktur eingespannt war und wie aus der Summation von Erfahrungen und Erlebnissen eine bestimmte Handlungsbereitschaft resultierte. Die forensische Psychiatrie war bemüht, ihre Kenntnisse der Rechtslehre anzupassen; der psychiatrische Sachverständige hat brav die ihm angetragene Gehilfenfähigkeit übernommen, die Tatsachen wurden dem Dogma untergeordnet. Das Arrangement sicherte das Funktionieren der Rechtsprechung, stand einer angemessenen Weiterentwicklung der Rechtslehre jedoch entgegen, d. h. einer Entwicklung, die sich von einer rationalistischen Quasi-Psychologie löste und in sich aufnahm, was von den Seinswissenschaften an Wissen um den Menschen zusammengetragen worden war. Diese Kritik will nicht einem psychologischen Totalitätsanspruch das Wort reden, der darauf zielt, die gesamte Jurisprudenz nach psychologischen Modellen zu regeln. Es scheint angebracht, gewisse Bereiche von Devianz dem offenen gesellschaftlichen Konflikt zu überlassen. Die Benutzung einer besser differenzierenden Optik könnte jedoch verhindern, daß die staatliche Reaktion auf strafrechtlich relevante Abweichung neues Unrecht, neues Leid und neue Kriminalität schafft.

Erwartungen auf größere Differenzierung und auf Vermeidung zusätzlicher Schädigung konnte man hegen bei Verabschiedung der ersten beiden Gesetze zur Reform des Strafrechts im Sommer 1969. Die Gesetze sind von dem Grundgedanken der Resozialisierung des Straffälligen bestimmt und bieten Möglichkeiten an, individuellen Erfordernissen besser gerecht zu werden: der Ausbau des Geldstrafensystems, die Abschaffung kurzer Freiheitsstrafen, die Ausweitung der Möglichkeiten, eine Freiheitsstrafe zur Bewährung auszusetzen, die Schaffung einer intensiven Nachbetreuung durch das Institut der Führungsaufsicht, die Maßregel der sozialtherapeutischen Anstalten für besondere Gruppen von Straftätern. Schließlich gehören zu diesen wichtigen Neu-

ansätzen die in den §§ 20, 21 StGB neuformulierten Vorschriften über die Schuldfähigkeit.

Die Bestimmungen enthalten gegenüber dem § 51 StGB a. F. keine sozusagen sensationellen Änderungen. Es wurden Tendenzen der Rechtsprechung nachgezeichnet, Definitionen aus Leitsätzen wurden Gesetzestext, wobei gleichzeitig eine gewisse Annäherung an die psychologisch-psychopathologische Nomenklatur versucht wurde. Bei den Termini, die schließlich im Gesetz Eingang fanden, handelt es sich jedoch um juristische Begriffe, nicht um sogenannte biologische, wie seltsam gedankenlos im Schrifttum immer wieder behauptet wird. Es fällt sogar schwer, in diesen Begriffen eine Rationale zu entdecken, nach der psychologisch oder psychopathologisch umschreibbare Zustände zwanglos zuzuordnen wären, d. h. weder eine ätiologische noch eine phänomenologische Subsumtion gelingt befriedigend. Der Aufbau der §§ 20, 21 StGB verrät gewisse Anstrengungen, nicht von einer bestimmten psychologisch-psychiatrischen Schulmeinung mit Beschlag belegt zu werden.¹

Der Ausdruck „krankhafte seelische Störung“ bildet eine Art Oberbegriff. Er hat den Begriff der krankhaften Störung der Geistesfähigkeit des früheren § 51 StGB abgelöst. Mit ihm sollen alle psychischen Behinderungen oder Erkrankungen erfaßt werden, die traditionellerweise als Geisteskrankheiten gelten oder deren körperliches Substrat man kennt. Aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung geht hervor, daß die weiteren Begriffe — tiefgreifende Bewußtseinsstörung, Schwachsinn und schwere andere seelische Abartigkeit — nur deswegen in den Paragraphen hineingenommen wurden, um Zweifel an ihrer Bedeutsamkeit als „Krankheit“ im gesetzlichen Sinn, wie sie vielfach von psychiatrischer Seite erhoben wurden, ein für alle Mal auszuräumen.

Zentrale Bedeutung hat auch in den neuen Bestimmungen der Begriff des Krankhaften behalten. Das ist auch berechtigt, da Krankheit -jenseits aller definitorischen Bemühungen - als überindividuelle Fremdbestimmung im Gegensatz steht zu einem denkbaren individuellen Entscheidungsspielraum, ein Gegensatz, dem die vielbeschworene Alternative Bestrafung oder Behandlung entspricht. Wenn der Gesetzgeber sich überhaupt veranlaßt sah, noch bestimmte Sonderformen der seelischen Störung aufzuführen, deren Genese unklar oder umstritten ist oder nicht auf einen körperlichen Prozeß rückführbar, geschah dies in Abwehr gegen den Anspruch eines sogenannten medizinischen Krankheitsbegriffs, der Krankheit nur anerkennen wollte, wo eine somatische Grundstörung gesichert oder zu vermuten war. Diese Krankheitsdefinition erfreute sich in der forensischen Psychiatrie

großer Beliebtheit wegen ihrer Griffigkeit und ihrer Simplizität. Da nach dem Dogma außerdem die Entscheidung über die Schuldfähigkeit unmittelbar an die Diagnose geknüpft werden konnte, bedurfte es weder einer besonderen Vorbildung noch einer besonderen Anstrengung, um Gutachten zu erstatten, die kongruent mit der Lehre waren. Ein unübersehbarer Vorteil dieser Gutachten war, auch vom Nicht-Fachmann relativ mühelos verstanden zu werden.

Dabei lag die Schwäche dieses Krankheitsbegriffs schon darin, daß der als Grundbedingung vorausgesetzte körperliche Prozeß bei der Kerngruppe der psychischen Erkrankungen - nämlich bei den sogenannten endogenen Psychosen — nicht bewiesen war, sondern in einer wissenschaftlich schief anmutenden Argumentation „postuliert“ wurde. Von hier aus wäre zu folgern, daß bei den schwersten Abweichungen von psychischer Normalität — z. B. bei einer Schizophrenie — keine Einschränkung der Schuldfähigkeit mehr anzunehmen wäre, sobald einmal die Psychogenese dieser Krankheit nachgewiesen werden könnte. Andererseits liegen gerade bei den als Nicht-Krankheiten definierten Zuständen im Sinn von Psychopathien oder Neurosen vielerlei Befunde vor, die auf einen somatischen Untergrund bzw. eine körperliche Disposition hinweisen. Schließlich spricht aber gegen eine reinliche Trennung von Psychosen als krankhaften Zuständen einerseits und Psychopathien bzw. Neurosen, denen nur der Rang psychischer Variabilität zuzuerkennen ist, andererseits die allgemeine Handhabung, Patienten beider Kategorien als „Kranke“ in der nervenklinischen Praxis zu behandeln. Die Grenze ist verwischt, und es erscheint paradox, daß der Psychiater bemüht ist, in foro ein Konzept von Krankheit durchzusetzen, dem er sonst nicht folgt und das auch nicht in das dort geltende System paßt.

Es konnte zunächst als fortschrittlich gelten, in psychischer Krankheit ein Geschehen zu erkennen, das sinnfremd in ein Leben einbricht und seinen Träger gewissermaßen überwältigt. Ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Ent-Magisierung war, daß Krankheit nicht mehr als eine Art Gottesurteil angesehen wurde, das auf eine Person - aus welchen Gründen auch immer - sozusagen schicksalhaft zukommt, sondern als Ereignis, für das kausale Verflechtungen aufzeigbar sind, wissenschaftlich identifizierbare Ursachen. Die Erweiterung der Krankheitsdefinition auf den verschiedenen Gebieten der Rechtsprechung -also nicht nur auf dem Gebiet des Strafrechts - ist gestützt durch die parallele oder eher vorauslaufende Entwicklung in Psychologie und Psychiatrie mit der zunehmend reicheren Deskription psychischer Abweichung, in vielfältiger Theorienbildung über ihre Genese sowie schließlich in der Entwicklung von Behandlungsverfahren.

Nicht jede Art psychischer Abweichung vom Durchschnitt besitzt Relevanz im Rahmen des Strafrechts. Die Grundüberlegung ist: Kriminalität ist ein soziales Phänomen, d. h. ein bestimmtes Verhalten wird erst dann als kriminell identifiziert, wenn es innerhalb einer bestimmten Rechtsgemeinschaft als schädlich erlebt und bezeichnet wird. Von daher ist es nur konsequent, psychische Abnormität im Bereich des Strafrechts lediglich dann zu berücksichtigen, wenn sie sich unmittelbar auf die Fähigkeiten des Individuums zur sozialen Anpassung auswirkt. Daß als entscheidendes Kriterium hierfür nicht das straffälligabweichende Verhalten selbst herangezogen werden kann, liegt auf der Hand, weil man sonst unvermeidlich in eine tautologische Beweisführung geriete. Als Dimensionen, die hier Beachtung verdienen, sind zu nennen: Einengung der Lebensführung, Stereotypisierung des Verhaltens, Festgelegtsein auf überindividuelles Handlungsmuster, Häufung sozialer Konflikte auch außerhalb strafrechtlicher Belange.

Auf dem Boden des bisher Erarbeiteten wird ansichtig, daß die von der Rechtsprechung bzw. der von ihr herangezogenen Sachverständigen benutzten Maßstäbe bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit starken Schwankungen unterliegen müssen, die in Abhängigkeit stehen von der Vertiefung wissenschaftlicher Erkenntnisse wie auch von den Einstellungswandlungen einer Gesellschaft gegenüber ihren Devianten und Normverletzern. Der Sachverständige selbst steht in einem Netz vielfältiger Determinanten, über die er selten hinreichend reflektiert.

Die erwähnten Einstellungswandlungen einer Gesellschaft gegenüber ihren Außenseitern sind an erster Stelle zu nennen. Aktuelle kriminal-politische Trends bestimmen den Rahmen, innerhalb dessen der Sachverständige seine Tätigkeit entfalten kann. Die Verabschiedung des ersten und des zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts durch den Bundestag im Sommer 1969 erfolgte zu einem Zeitpunkt wirtschaftlicher Hochkonjunktur fast beiläufig, d. h. nach sachlicher Vorarbeit in den Ausschüssen, aber ohne hitzige, auf Publicity abgestellte Plenumsdebatte. Es war die Zeit der Aufbruchstimmung, die Zeit, in der „mehr Demokratie“ versprochen und erwartet wurde.

Ob die vom Gesetzgeber in den §§ 20, 21 StGB vollzogene Herausstellung von psychischer Abnormität, der in der traditionellen Lehre kein sogenannter Krankheitswert zugebilligt wurde, zu einer vermehrten Anwendung der Bestimmung führt, läßt sich noch nicht sagen. Schon bis zum Jahr vor Inkrafttreten der neuen Vorschriften — also bis zum Jahr 1974 — war ein stetiges Ansteigen der Anwendung des § 51 Abs. 2 StGB a. F. zu verzeichnen. Zwischen 1954 und 1974 vervierfachte sich die absolute Zahl der Verurteilungen unter Anwendung des § 51 Abs. 2 StGB, während die Gesamtzahl der Verurteilungen um

weniger als die Hälfte anstieg. Nach Analyse einzelner Tatgruppen und im Hinblick auf die steigende Verurteilungshäufigkeit wegen Vollrauschs, die in den einzelnen Bundesländern allerdings nicht einheitlich ist, läßt sich mit Schwarz und Wille² annehmen, daß der Anstieg entscheidend auf die Zunahme von Delikten zurückzuführen ist, bei denen Alkoholeinfluß strafmildernd berücksichtigt wurde, nicht aber durch stärkere Berücksichtigung von Psychopathien und Neurosen. Das derzeitige? kriminalpolitische Klima in der Bundesrepublik Deutschland, gekennzeichnet durch hastig verabschiedete Gesetze, die auf Verschärfung von Strafrecht und Strafprozeßrecht zielen, begünstigt sicher nicht eine auf Verständnis und Differenzierung ausgerichtete Haltung. Der Reformschwung, mit dem die erwähnten Innovationen eingeleitet wurden, ist mittlerweile verpufft: die Gefängnisse sind wieder überfüllt, die Schaffung sozialtherapeutischer Anstalten in unerkennbare Ferne gerückt, das Institut der Führungsaufsicht droht, sich zu einem leerlaufenden bürokratischen Apparat zu entwickeln. Was bleibt von der Strafrechtsreform?

Von der kriminalpolitischen Großwetterlage wird auch das Rollenverständnis des Gutachters mitbestimmt. Merkwürdigerweise wurde in der wissenschaftlichen Literatur hierüber wenig reflektiert, der Sachverständige schlüpfte offenbar ohne allzuviel Nachdenken in die ihm zugedachte Rolle des Richter-Gehilfen.³ Man könnte formulieren, daß der Psychiater sich mit geradezu peinlicher Gefügigkeit in diese Rolle fand. Musil sprach im „Mann ohne Eigenschaften“ von der Wandlung des Engels der Medizin, der — seine eigene Sendung vergessend — zum Reserveengel der Jurisprudenz wird; zeitgenössische Erfahrungen im Hinterkopf, benutzte Moser sogar den Begriff des Selektionsgehilfen.⁴

Man kann vermuten, daß diese Überanpassung Resultat eines sehr verzwickten Kampfes ist, den der forensische Psychiater in seiner Brust auszutragen hatte. Von seinen wissenschaftlichen Prämissen her müßte er bei der Rekonstruktion der Determinationsstruktur eigentlich immer zur Anerkennung einer Einschränkung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit kommen. Da dann seine Glaubwürdigkeit starken Zweifeln ausgesetzt wäre, machte er sich besonders strenge Maßstäbe zu eigen.

Aber auch das umgekehrte Rollenverständnis ist zu beobachten: Sachverständige, die sich als eine Art Winkelried fühlen und sich anstrengen, die Front juristischen Unverständnisses zu durchbrechen. Ihre Erörterungen haben allerdings nicht selten lediglich den Rang persönlicher Aha-Erlebnisse, d. h., sie spiegeln überraschende Erfahrungen in einem bis dahin unbekanntem Feld wider. In dieser Position

finden sich vornehmlich Sachverständige, die wegen ihrer psychologischen oder psychoanalytischen Vorbildung irgendwie in den Gerichtssaal geraten sind, ohne sich zuvor mit forensischen Problemen vertraut gemacht zu haben.

In dieser Dichotomisierung wird sicher nicht die tatsächliche Variation des möglichen Rollenverständnisses des Gutachters erfaßt, da es noch weitaus mehr Erwartungshaltungen gibt, unter denen er seinen Auftrag durchführt. Ganz persönliche Erwartungen des von ihm begutachteten Klienten modulieren seine Einstellung, nicht zuletzt auch das Maß, in dem er sich mit seinem Klienten identifiziert. Für die Fortentwicklung der Gutachtertätigkeit dürfte wichtig sein, daß der Sachverständige überhaupt bereit ist, über seine Funktion im Gefüge der Rechtsprechung nachzudenken. Seine Diagnosen sind Kennzeichnungen, die der Begutachtete möglicherweise bis zu seinem Lebensende oder doch viele Jahre trägt und die durch den Umgang mit ihm in sein Selbstkonzept und in sein Verhalten eingehen.⁵ Als dritte Variable, die entsprechend die Urteilsbildung des Sachverständigen beeinflusst, ist seine psychologische Ausbildung zu nennen. Nur ein geringer Prozentsatz der Straftäter leidet unter einer Psychose. Im allgemeinen werden den Psychiatern, die heute die meisten Begutachtungen vornehmen, aber gerade auf dem Gebiet der Diagnostik und der Behandlung von Psychosen umfassende Erkenntnisse vermittelt, während eine vertiefte Beschäftigung mit psychologischen Fragen kaum stattfindet, jedenfalls nicht unbedingt zur psychiatrischen Ausbildung gehört. Das bedeutet, daß der Psychiater eigentlich nicht das angemessene Rüstzeug besitzt für die Beurteilung von Persönlichkeiten, die im Bereich des Normalpsychologischen oder an dessen Rand angesiedelt sind. Schon von daher verwundert es nicht, daß die Psychopathen-Lehre Kurt Schneiders als gut handhabbares Schema unter den Psychiatern weite Verbreitung fand. Der Verdacht ist berechtigt, daß der Rückzug auf den Agnostizismus — was in der Praxis bedeutet: der Verzicht auf die Analyse der inneren Situation eines Täters — von vielen Sachverständigen zum Programm erhoben wurde, weil auf diese Weise ihre Fähigkeit zu psychologischer Durchdringung und Interpretation nicht auf die Probe gestellt wurde. Auch das Studium kriminologischer Theorien gehört nicht zur Ausbildung des Psychiaters. Es geschieht daher sehr leicht, daß soziale Dimensionen des abweichenden Verhaltens übersehen werden. Kriminalität wird als spezifisches Verhaltensmuster eines bösen oder gestörten Individuums gesehen, nicht als Resultat eines komplizierten Interaktionsprozesses zwischen dem Individuum und seiner Umwelt.

In enger Abhängigkeit von dem theoretischen Bezugsrahmen des Sachverständigen steht als weitere Einflußgröße, aufgrund welcher

Methoden er zu seinen Annahmen gelangt. Sofern nicht die Diagnose einer Geisteskrankheit eindeutig feststeht, spielt bei der Verhaltensanalyse eine große Rolle, in welchem Maße dem Gutachter ein bestimmtes Verhalten verständlich, normal, plausibel erscheint. Er stützt sich dabei - vielfach unreflektiert - auf seine ganz persönliche, selektiv angereicherte Erfahrung. Es braucht nicht betont zu werden, daß hiermit ganz unzureichende Parameter benutzt werden, durchaus vergleichbar der in den Gerichtsurteilen nicht selten überstrapazierten Lebenserfahrung des Juristen. Hier bedarf es noch der Entdeckung, Beschreibung und der Vermittlung von Verhaltensmustern, die innerhalb sogenannten kriminellen Handelns typisierbar zu identifizieren sind.

Der psychische Befund wird — vornehmlich bei ambulant durchgeführten Begutachtungen — oft ausschließlich von dem bei der Exploration gewonnenen Eindruck abgeleitet und dann aus Versatzstücken zusammenmontiert, hinter denen der Untersuchte faktisch anonym bleibt. Die Anwendung psychologischer Tests ist zu bevorzugen, vorausgesetzt, daß es sich um Tests im wissenschaftlichen Sinn handelt. Mit Hilfe standardisierter Verfahren ist es möglich, gerade im Bereich dessen, was im Gesetz mit schwerer anderer seelischer Abartigkeit gemeint ist, zu Feststellungen über den Grad der Abweichung vom Durchschnitt zu kommen, also zur Relevanz der Befunde, bezogen auf den Durchschnitt der Rechtsgenossen, an die sich die strafrechtliche Vorschrift wendet.⁶ Außerdem wird durch die Verwendung von Testbefunden der vom Bundesgerichtshof erhobenen Forderung entsprochen, daß die Begutachtungsergebnisse nachprüfbar sein müssen.⁷

Schließlich wird die Beurteilung der Schuldfähigkeit durch den Gutachter wie auch durch das Gericht mitbestimmt von den unmittelbaren praktischen Möglichkeiten, die für die rechtliche Lösung des Falls zur Verfügung stehen. Bei Psychopathien oder Neurosen — also bei den sogenannten anderen seelischen Abartigkeiten — dürfte in den meisten Fällen Rückfallgefahr wahrscheinlich sein. Das bedeutet, daß bei Annahme erheblich verminderter Schuldfähigkeit der § 63 StGB zur Anwendung kommen müßte. Während — wie oben erwähnt — die Strafverfolgungsstatistik für die Bundesrepublik Deutschland eine steigende Annahme verminderter Schuldfähigkeit ausweist, ist dies nicht der Fall bei der Anordnung der Maßregel der Einweisung in eine psychiatrische Krankenanstalt. In den letzten Jahren wurde in nur ca. $\frac{2}{3}$ der Fälle wie in den fünfziger Jahren die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus angeordnet. Es befanden sich in den letzten Jahren nur noch etwa $\frac{3}{4}$ soviel Personen im Vollzug dieser Maßregel wie in der Mitte der sechziger Jahre.

Die Beobachtung steigender Annahme eingeschränkter strafrechtlicher Verantwortlichkeit bei abnehmender Anwendung der Maßregel der Krankenhauseinweisung stützt die Vermutung, daß die Anwendung der Vorschrift des § 51 Abs. 2 StGB a. F. vor allem bei psychischen Abweichungen erfolgt ist, die vorübergehender Natur waren, was also einem Alkoholrausch am ehesten entsprechen würde.

Die zurückhaltende Anwendung der Maßregel wird bedingt durch folgende Gegebenheiten:

- Die entsprechenden Abteilungen sind im allgemeinen räumlich und personell sehr schlecht ausgestattet.
- Die Einweisung in den Maßregelvollzug erfolgt für einen unbefristeten Zeitraum, nämlich bis der Zweck der Unterbringung erreicht ist. Hieraus resultieren überlange Unterbringungszeiten.
- Eine angemessene Behandlung von Klienten, bei denen eine Psychopathie oder Neurose diagnostiziert wird, findet selten statt
- Unter den forensischen Psychiatern herrscht die — inzwischen empirisch widerlegte⁸ — Annahme vor, daß psychopathische oder neurotische Rechtsbrecher stark störende Elemente darstellen und daher von den Anstalten fernzuhalten sind.

Mit diesem Hintergrundwissen ist man eher geneigt, volle strafrechtliche Verantwortlichkeit anzunehmen. Positiv formuliert ließe sich sagen: indem man dem Täter seine Eigenverantwortung überläßt, gibt man ihm eine Chance, der Maschinerie mit geringerem Aufwand wieder zu entkommen.

Die psychiatrischen Krankenhäuser konnten die Verantwortung für diesen Kreis psychisch Gestörter mit relativ gutem Gewissen ablehnen, weil in den Beratungen um die Reform des Strafrechts in den letzten 20 Jahren und in den Gesetzesentwürfen, die aus ihnen resultierten, stets von der Schaffung von Spezialanstalten die Rede gewesen war. Das zweite Strafrechtsreformgesetz sah im § 65 auch tatsächlich die Möglichkeit vor, bestimmte Gruppen von Straftätern in Sozialtherapeutische Anstalten einzuweisen, in denen eine Behandlung mit dem Ziel der Resozialisierung vorgesehen war.

Nach dem ursprünglichen Konzept sollte die Bestimmung im Oktober 1973 in Kraft treten. Der Termin wurde zunächst auf den 1. Januar 1978 hinausgeschoben, inzwischen steht fest — und die finanzielle Misere der öffentlichen Hand bietet hierfür den Entschuldigungsgrund —, daß es allenfalls in ferner Zukunft sozialtherapeutische Anstalten geben wird. Spezialabteilungen mit ähnlicher Zielsetzung wurden zum Teil das im Rahmen des Strafvollzugs geschaffen. Im übrigen glaubt man, daß

das am 1. Januar 1977 in Kraft getretene Strafvollzugsgesetz eine breitere Basis zur Behandlung Straffälliger bietet.

Wenn man die 400jährige Geschichte des Strafvollzugs kennt, ist solchen Erwartungen mit einiger Skepsis entgegenzutreten. Ein Strafvollzugsgesetz, das die Behandlung des Straftäters in den Mittelpunkt stellt, ist eine *contradictio in adjecto*. Strafe und Behandlung sind unversöhnliche Gegensätze. Auch frühere Reformbemühungen scheiterten, weil man versuchte, das Gegensatzpaar gemeinsam einzuspannen. Nur in einem seltenen Glücksfall und lokal begrenzt dürfte es dem Strafvollzug gelingen, Einrichtungen zu schaffen, die mit der notwendigen Differenzierung ein Eingehen auf besondere Probleme eines Straffälligen bzw. seine persönlichen Bedürfnisse erlauben.

Der Mangel an institutionellen Möglichkeiten zwingt gewissermaßen, an der seelischen Not und der Hilfsbedürftigkeit vieler sogenannter Krimineller vorbeizusehen und auf der Annahme von Bösartigkeit, krimineller Energie, Strafbedürftigkeit zu bestehen. Dabei gibt es gerade unter den schwerer Verurteilten einen nicht geringen Anteil von Persönlichkeiten, die gestört und behandlungsbedürftig sind und dies auch selbst wissen.

Im letzten Jahr wurde durch das Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin im West-Berliner Strafvollzug eine Untersuchung zu diesem Fragenkomplex durchgeführt. Die Untersuchung erstreckte sich auf eine unausgelesene Stichprobe von 400 Männern, die rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe verurteilt worden waren, und umfaßte die Erhebung einer standardisierten Anamnese, psychologische Tests, eine körperliche und eine elektroenzephalographische Befunderhebung. Etwa 40% der untersuchten Straffälligen hielten sich selbst für krank oder seelisch gestört bzw. führten ihre Straftaten auf seelische Störung zurück. Bei der Gruppe mit der Selbstdefinition „seelisch gestört“ ließen sich signifikant häufiger Testbefunde erheben, die auf neurotische Beeinträchtigung hinwiesen. 20% der Untersuchten hatten irgendwann in ihrem Leben einen oder mehrere Selbstmordversuche unternommen. Knapp ein Viertel der Gesamtgruppe wünschte therapeutische Maßnahmen während der Haftzeit, über die Hälfte der Untersuchten bejahte die Frage, ob sie von einem Behandlungsangebot Gebrauch machen würden. Die Länge der bisherigen Inhaftierung korreliert positiv mit der Annahme, die eigene Kriminalität wurzele in seelischen Problemen, und mit dem Wunsch nach Therapie. Angesichts des Hilfsappells und angesichts des Versagens anderer Institutionen drängt sich die Frage auf, ob sich die Psychiatrie nicht wenigstens verantwortlich fühlen sollte. Dabei geht es selbstverständlich nicht darum, sogenannte Kriminalität zu behandeln. Die bekannte

Straffälligkeit einer Persönlichkeit könnte allenfalls Anlaß zur Therapie sein, nicht Grund. Erforderlich ist, ein Hilfsangebot an Individuen zu machen, denen die Einhaltung sozialer Normen aufgrund seelischen Gestörtseins schwerfällt und bei denen es lediglich von der benutzten Perspektive abhängt, ob man sie als krank bezeichnen will oder nicht.⁹ Folgerungen, die sich für die Praxis ableiten lassen, sind:

1. Die Neuformulierung der gesetzlichen Bestimmungen über die Schuldfähigkeit zielt darauf, die Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit nach weitergefaßten Kriterien zu beurteilen. Das ist sachlich gerechtfertigt, weil ein großer Teil der Straffälligen seelisch gestört und leidend ist.
2. Der Gefahr, diese Tatsache durch Umdefinition zu verschleiern, sollte durch die Benutzung angemessener Untersuchungsmethoden begegnet werden.
3. Die Psychiatrie, insbesondere die Krankenhauspsychiatrie, sollte sich dem Wunsch dieses Personenkreises nach Hilfe nicht verschließen. Seelisches Gestörtsein schwindet, auch wenn es mit dem Stigma Kriminalität versehen ist, nicht aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich.

1. Rasch, W.; Schuldfähigkeit.
In: A. Ponsoid (Hrsg.): Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin.
Thieme Verlag, Stuttgart 1967.
2. Schwarz, J. und R. Wille: § 51 StGB - gestern, heute und morgen.
NJW1971, 1061-1065.
3. Maisch, H.: Methodische Aspekte psychologisch-psychiatrischer Täterbegutachtung - Zur Rolle des Sachverständigen im Strafprozeß. Mschr.Krim. 56 (1973), 189-198.
4. Moser, T.: Repressive Kriminalpsychiatrie.
Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main 1971.
5. Brüsten, M. und S. Müller: Kriminalisierung durch Instanzen sozialer Kontrolle — Analyse von Akten des Jugendamtes. Neue Praxis 2 (1972), 174-189.
6. Rasch, W.: Über den Beweiswert psychologischer Testuntersuchungen im Rahmen psychopathologischer Befunde. Beitr.Ger.Med. Bd. 25, S. 117-119.
Deuticke Verlag, Wien 1969.
7. BGH 3 StR 113/75 v. 14. 5. 1975.

8. Müller, H.-W. und W. Hadamik; Die Unterbringung psychisch abnormer Rechtsbrecher. *Nervenarzt* 37 (1966) 67-76.
9. Rasch, W. und K.-P. Kühl: Psychologische Kriterien für die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt. In: W. Rasch (Hrsg.): *Forensische Sozialtherapie*. C. F. Müller Verlag, Heidelberg — Karlsruhe 1977.

Unterbringungsgesetze

Aspekte für eine Reform des Unterbringungsrechts

M. Walter

Das Unterbringungsrecht ist weder eine durchstrukturierte noch eine geschlossene Rechtsmaterie. Unterbringungstatbestände sind im Recht ubiquitär, wir finden sie im Bürgerlichen Recht (Entmündigung, § 1800 Abs. 2 BGB) und Jugendhilferecht (§§ 64, 69 Abs. 3, 72 JWG) ebenso wie im Jugend- und Erwachsenenstrafrecht (§§ 7 JGG, 63 StGB) und den mehr oder minder spezialisierten Polizeigesetzen der Länder. Auch das Prozeßrecht enthält eine Reihe von Unterbringungstatbeständen (§§ 66 Abs. 2 JWG, 73 JGG, 81 und 126 a StPO). Angesichts dieser Vielfalt kann man zunächst daran zweifeln, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, von dem Unterbringungsrecht als einer systematischen Einheit zu sprechen. Der Grund für eine derartige Zusammenschau liegt in der weitgehenden Zusammengehörigkeit der zu regelnden gesellschaftlichen Problematik: der Reaktion auf psychische Auffälligkeit und auf entsprechend abweichendes Verhalten. Wenn das Recht eine Fülle von verschiedenen Reaktionsmechanismen für diesen Bereich verfügbar hält, erscheint es legitim und sogar geboten, das Verhältnis der einzelnen Regelungen zueinander zu untersuchen und zu überprüfen¹. Das aber ist nur möglich, indem man die Regelungen unter einem systematischen Oberbegriff zusammenfaßt und sie dadurch vergleichbar macht.

Zwecke und Anliegen der Unterbringung

Solange psychisch Kranke in einer psychiatrisch-orientierten Einrichtung untergebracht werden, muß zumindest ein wesentlicher Unterbringungszweck in einer wie auch immer gearteten psychiatrischen Behandlung erblickt werden. Denn anderenfalls würde ein Gefängnis ausreichen. Hinter dem insoweit einheitlich zu bestimmenden Zweck können indessen unterschiedliche Anliegen stehen. Die Behandlung kann einmal erfolgen, um eine Fremdgefährdung, also Gefahren von anderen als dem Kranken, abzuwehren, sie vermag aber auch Selbstgefährdungen, eben des Kranken, entgegenzutreten. Dementsprechend lassen sich alle Unterbringungstatbestände in drei große Gruppen aufteilen; nämlich in solche, die einen Ausschluß oder eine Minderung der Fremdgefährdung, der Selbstgefährdung oder gleichzeitig beides im Auge haben. Während die Unterbringung zur Abwehr von Selbstgefährdungen meist als eine fürsorgliche bezeichnet wird², hat sich für die zweite Gruppe keine so einhellige Bezeichnung herausgebildet. Die Unterbringung zur Abwehr von Fremdgefahren gehört - soziologisch

gesprochen - in den engeren Bereich der sozialen Kontrolle³, in dem gesellschaftliche Gefährdung definiert und bekämpft wird. Die fürsorge-
rische Unterbringung ist in einem weiteren Sinne auch soziale Kontrolle⁴,
jedoch systemimmanent verstanden nicht Dienstleistung für die
Gesellschaft, sondern von der Gesellschaft für den einzelnen, sie ist soziale
Hilfe⁵.

Die Unterscheidung der Unterbringungstatbestände nach dem Eingriffs-
grund, denn Anliegen, das mit der Unterbringung verfolgt wird, ist eine
teleoogische, da sie auf den erstgenannten Zweck der Behandlung
durchschlägt. Zwar behandelt der Psychiater den Untergebrachten im
Krankenhaus immer als Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst oder
steht jedenfalls unter einem solchen Anspruch. Auch die Abwehr von
Fremdgefahren geschieht mithin auf dem Wege der Fürsorge und wird durch
deren Erfolg begrenzt⁶. Sobald es jedoch um freiere Formen der
Behandlung, vor allem um eine Entlassung aus dem Krankenhaus geht, rückt
bei der Abwehr von Fremdgefährdungen nicht nur das Wohl des
Untergebrachten, vielmehr ebenso das der potentiellen Betroffenen in den
Bück. Und hier zeigt sich mit aller Deutlichkeit, daß der Schutz der
Gesellschaft unter Umständen die Aufopferung des Untergebrachten und
somit das Gegenteil von Fürsorge und Zuwendung bedeutet. Obgleich im
Rahmen der Abwehr von Selbstgefährdung ein gesellschaftliches Interesse
an der Erhaltung des Individuums mitschwingt⁷, besteht doch kein
vergleichbares Spannungsverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft;
es wäre absurd, die Gefährdung des Untergebrachten durch dessen
langfristige Hospitalsierung und Zerstörung „beseitigen“ zu wollen.

Ausgestaltung und Begriffsbildung des Rechts müssen von den gesell-
schaftlichen Zwecken her bestimmt werden, die das Recht erfüllen soll.
Deswegen korrespondieren mit den vorgenannten Unterscheidungen
entsprechende rechtliche Strukturen, die vom Gesetzesanwender, vorrangig
schon vom Gesetzgeber zu beachten sind.

Unterbringung nach Maßregelrecht und Polizeirecht

Wenn man vom Unterbringungsrecht und den Unterbringungsgesetzen
spricht, so meint man damit meist nicht das gesamte Unterbringungsrecht,
wie es eingangs Gegenstand der Erörterung war, sondern nur das
polizeiliche Unterbringungsrecht⁸. Die Reform des Unterbringungsrechts,
von der hier die Rede sein soll, ist in diesem eingeschränkten Sinne zu
verstehen als eine Reform des polizeilichen Unterbringungsrechts. Da
jedoch die polizeiliche Unterbringung vor dem Hintergrund des gesamten
Unterbringungsrechts und dessen Struktur gesehen werden muß, dürfen
sowohl das kriminalrechtliche Unterbringungsrecht

(Maßregelrecht) als Kernbereich der sozialen Kontrolle als auch das Recht der sozialen Hilfe als Ausdruck des Fürsorgegedankens nicht ausgeklammert werden.

Das Maßregelrecht und das Polizeirecht dienen beide der Abwehr von Fremdgefahren⁹. Es besteht zwischen ihnen mithin eine beachtliche teleologische Verwandtschaft, die es erforderlich macht, ihr Verhältnis zueinander näher zu bestimmen.

Im System des Kriminalrechts enthält das Maßregelrecht die sogenannte „zweite Spur“¹⁰, die eine Ergänzung der „ersten Spur“ des Tatschuldstrafrechts darstellt. Vorausgesetzt wird zwar ebenfalls ein strafrechtlicher Unrechtstatbestand, eine rechtswidrige Tat, aber keine schuldhaftige Tat, deretwegen dem Täter ein Schuldvorwurf gemacht werden könnte.

Im Maßregelrecht geht es um Prävention außerhalb von Strafe. Entweder kann gar keine Strafe verhängt werden (Exkulpation) oder eine schuldangemessene Strafe würde die präventiven Bedürfnisse nicht abdecken. So gesehen lebt das kriminalrechtliche Maßregelrecht von Ausfällen des Strafrechts, es deckt gewissermaßen die Lücken im strafrechtlichen Netz ab, die durch die Bindung des Strafrechts an das Schuldprinzip gerissen werden¹¹.

Auch das Polizeirecht bezweckt schuldunabhängige Gefahrenabwehr. Es erweitert indessen den Abwehrbereich in einer ganz wesentlichen Hinsicht: Anders als beim kriminalrechtlichen Maßregelrecht können die Gefahren auch von der Art sein, daß sich ihre Realisierung nicht als eine mit Strafe bedrohte Handlung darstellen würde. Außerdem ist hier die Abwehr entscheidend vorverlagert, ein Eingriff wird schon möglich, wenn der Gefahrträger noch gar kein rechtswidriges Verhalten entfaltet hat. Das Kriminalrecht enthält zwar ebenfalls den präventiven Aspekt, ist insoweit aber immer an schon begangene rechtswidrige Taten gebunden (vgl. §§ 112 a Abs. 1 Nr. 2, 126 a Abs. 2 StPO, 63 Abs. 1 StGB). Von daher kann man das Polizeirecht als einen Vorhof des Kriminalrechts begreifen.

Entwicklung des kriminalrechtlichen und polizeilichen Unterbringungsrechts

Trotz der engen Beziehung des polizeilichen Unterbringungsrechts zum kriminalrechtlichen Maßregelrecht ist die Entwicklung beider Rechtsmaterien in getrennten Bahnen verlaufen. Bedingt wurde diese Trennung bereits durch eine verschiedene Gesetzgebungskompetenz. Das kriminalrechtliche Maßregelrecht fällt mit dem Strafrecht in die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes (Art. 74 Nr. 1 GG),

wohingegen das Polizeirecht in Ermangelung einer Bundeskompetenz zur ausschließlichen Zuständigkeit der Länder gehört.

Das Maßregelrecht ist im Zuge der Strafrechtsreform grundlegend umgestaltet worden (Zweites Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 4. 7. 1969; BGBl. I S. 717). Hervorzuheben sind insbesondere die Erweiterung der Aussetzungsmöglichkeiten von der Freiheitsstrafe auf den Maßregelbereich sowie die Einführung des Vikariierungsgrundsatzes (Vollstreckung der Maßregel vor der Strafe mit Anrechnung auf die Strafe, s. § 87 StGB). Die Reform ist freilich noch nicht abgeschlossen, da ihr Kernstück, die Einführung der sozialtherapeutischen Anstalt (§ 65 StGB) noch nicht erfolgte und gegenwärtig Zweifel bestehen, ob man über eine vollzugsrechtliche Lösung, § 9 StVollzG (Verlegung eines Strafgefangenen in eine sozialtherapeutische Anstalt mit Zustimmung des dortigen Anstaltsleiters, Abs. 3) hinauskommen wird¹². Das Maßregelrecht stellt vor allen Dingen aber deswegen gegenwärtig einen Torso dar, weil Vollzugsvorschriften fehlen. Im Hinblick auf die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus sagt § 136 StVollzG lediglich, daß sich die Behandlung an ärztlichen Gesichtspunkten zu orientieren habe. Im übrigen verweist § 138 StVollzG auf das Landesrecht. Die Länder haben indessen den verfassungsrechtlichen Auftrag, die Rechtsstellung auch des Untergebrachten in der rechtsstaatlichen Form eines Gesetzes (mit der Nennung der eingeschränkten Grundrechte, Art. 19 Abs. 2 GG) zu regeln, bisher nicht erfüllt. Die Unterbringungsgesetze der Länder sind auf den Maßregelvollzug nicht anwendbar¹³.

Die Entwicklung des polizeilichen Unterbringungsrechts verlief — wie zu vermuten — in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich. Dabei liegen die Unterschiede vorwiegend auf der Ebene der Spezialisierung und Differenzierung. Neben recht pauschalen Regelungen finden wir solche, die dem verfeinerten Maßregelrecht mindestens ebenbürtig, teilweise sogar überlegen sind. Die moderneren Unterbringungsgesetze sind dem gegenwärtigen Maßregelrecht außerdem deswegen überlegen, weil sie zugleich den Unterbringungsvollzug miterfassen.

Insbesondere:

Entwicklungsstadien des polizeilichen Unterbringungsrechts

1. Unterbringung nach allgemeinem Polizeirecht

Das alte preußische Polizeirecht (Allgemeine Landrecht, 10 II 17) ermöglichte die Unterbringung psychisch Kranker aufgrund der allgemeinen polizeilichen Generalklausel, aus der sich die polizeilichen Auf-

gaben als auch gleichzeitig die polizeilichen Eingriffsbefugnisse ergaben¹⁴. Die nachfolgenden Polizeigesetze, die an diese Tradition anknüpften, schufen zwar besondere Unterbringungstatbestände, beließen diese aber im Kontext des allgemeinen Polizeirechts. Dieser Weg konnte schon aus rechtsstaatlichen Erwägungen nicht befriedigen, da auch die Rechtsstellung des Untergebrachten einer detaillierten Regelung bedarf. Die Notwendigkeit derartiger Vorschriften zeigte sich mit aller Deutlichkeit, als Fragen der nicht konsentierten ärztlichen Behandlung (Zwangsbehandlung) Gegenstand der öffentlichen Diskussion wurden und sich die herkömmliche Rechtsfigur des besonderen Gewaltverhältnisses gegenüber dem Untergebrachten als verfassungsrechtlich bedenklich herausstellte.

2. Unterbringung nach besonderen Unterbringungsgesetzen

In den meisten Bundesländern wurden besondere Unterbringungsgesetze erlassen. Hierin spiegelt sich eine erste verfassungsrechtliche Sensibilisierung, die von Art. 104 GG ausging. Aufgrund der Erfahrungen aus der NS-Zeit erschien es unablässig, alle Formen der Freiheitsentziehung einer genauen richterlichen Kontrolle zu unterziehen. Man gelangte auf diese Weise zu besonderen Ausgestaltungen des Unterbringungsverfahrens und auch schon zu gewissen Normierungen der Rechtsstellung des Untergebrachten im Krankenhaus.

Dabei blieben freilich erhebliche Defizite bestehen. Die Unterbringung erschien als eine Maßnahme der Abwehr menschlicher Gefahren, die ihrer Struktur nach anderen Abwehrmaßnahmen vergleichbar war. Aber Gefahren, die aus einer psychischen Krankheit erwachsen, erfordern viel differenziertere Abwehrstrategien als solche, die von einem ölverseuchten Acker oder einem einsturzbedrohten Gebäude ausgehen! Menschliche Verhaltensweisen sind adäquat nur als prozeßhafte erfaßbar, sie weisen eine eigene Dynamik auf und sind nicht isoliert, sondern nur in Verbindung mit der reagierenden Umwelt zu begreifen. Zudem bleiben bei einem Gesetz, das sich auf die Unterbringung konzentriert, die neueren Bestrebungen und besseren Behandlungsmöglichkeiten der Psychiatrie unberücksichtigt. Die Psychiatrie entwickelt sich zusehends zu einer „gemeindenahen“¹⁵, die den Patienten nicht mehr in ein fernes Landeskrankenhaus einschließt, vielmehr bemüht ist, den psychisch Kranken in seinen sozialen Bezügen zu belassen. Das aber bedingt ein wesentlich flexibleres Vorgehen, bei dem die stationäre Unterbringung als *eine* und eine *vorübergehende* Maßnahme figuriert, die in ein übergreifendes Behandlungskonzept eingebunden werden muß. Der Schwerpunkt verlagert sich dann auf eine Auflockerung der stationären Unterbringung und auf verschiedene Formen der ambulanten Betreuung.

3. Gesetze zur Behandlung psychisch Kranker

In den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Hamburg und demnächst wohl auch in Niedersachsen gelten Gesetze, die das herkömmliche Unterbringungsrecht in mehrfacher Hinsicht weiterentwickelt haben. Auch diese Regelungen enthalten Unterbringungstatbestände, sie verstehen sich zugleich aber als Gesetze zur Vermeidung einer Unterbringung. Sie sehen die Unterbringung vor dem Hintergrund einer breiteren Palette von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten als ultima ratio an. Darin kommt ein ganz allgemeines Phänomen unserer Tage zum Ausdruck: nämlich ein beträchtliches Unbehagen an allen totalen Institutionen¹⁶, seien es nun Krankenhäuser, Heime oder Gefängnisse. Ähnliche Entwicklungen zu freieren Behandlungsformen sind uns aus anderen Bereichen, etwa dem Strafrecht¹⁷ oder dem Jugendhilferecht¹⁸, bekannt Kennzeichnend für die neuere Richtung ist das Bestreben, die verhängnisvolle Zuspitzung der Situation, die letztendlich eine Unterbringung als unausweichlich erscheinen läßt, im Vorfeld abzufangen. Es werden ambulante psychiatrische Dienste vorgesehen, die rechtzeitiges Eingreifen sicherstellen und zugleich den Weg zur gewöhnlichen ärztlichen Behandlung freihalten sollen.

Diese neueren Gesetze haben nicht nur eine rechtsstaatlich einwandfreie Regelung der Unterbringung im Auge, sondern darüber hinaus eine Stärkung der Rechtsposition des Untergebrachten. Dem Betroffenen soll für das Unterbringungsverfahren ein Rechtsanwalt beigeordnet werden¹⁹. Auf bestimmte psychiatrische Leistungen besteht ein Rechtsanspruch²⁰. Hier zeigen sich Konstellationen, die ebenfalls bei den bisherigen Bemühungen um die Reform des Jugendhilferechts auftraten. Die Einräumung eines Anspruchs bewirkt zwar mittelbar, daß der Staat entsprechende Einrichtungen zur Verfügung stellen muß, ist von daher also zu begrüßen, auf der anderen Seite aber ist ein Anspruch des Betroffenen auf soziale Kontrolle und Abwehr der von ihm ausgehenden Gefahren eine bedenkliche Pervertierung der Interessenlage²¹. Auch die auf den ersten Blick unverdächtige Beordnung eines Rechtsanwalts birgt beachtliche Probleme. Sie könnte dazu führen, den Arzt in die Rolle des anwaltlichen „Gegenspielers“ zu bringen²². Eine solche Sicht des Patienten dürfte vor allem dann verhängnisvoll sein, wenn gutachtender und behandelnder Arzt identisch sind, der Patient sich also dem vertrauensvoll eröffnen soll, der ihn in die Unfreiheit gebracht hat.

Das zentrale Anliegen der genannten neueren Gesetze besteht darin, die Patienten nicht nur wegzuschließen, sondern auch zu behandeln. Die Unterbringungsstätten sollen mehr Krankenhaus - und weniger Gefängnischarakter besitzen. Auf eine Behandlung sind die psychiatri-

schen Einrichtungen bereits durch die wesentlich verbesserten medikamentösen Einwirkungsmöglichkeiten vorbereitet. Der therapeutische Optimismus, der die 60er Jahre auszeichnete, ist allerdings etwas verfliegen²³. Gegenwärtig wird die psychiatrische Behandlung vorrangig von Seiten der Sozialwissenschaften ins Feuer genommen²⁴. Das ärztliche Selbstverständnis und der entsprechende Behandlungsanspruch müssen sich vor der Realität der tatsächlichen Alltagsabläufe und Verhaltensprozesse im Krankenhaus messen lassen.

Was indessen auch bei einer noch so pessimistischen Sicht bleibt, ist eine deutliche Hinwendung zu mehr Humanität und Liberalität. Die Erkenntnis, daß der psychisch Kranke nicht ein grundsätzlich anderer ist, daß psychische Krankheit oft genug eine Frage gradueller Abstufung betrifft und in erheblichem Umfang von der sozialen Umwelt abhängt²⁵, führt zumindest zu einer Reihe kleiner Schritte, die trotzdem sehr bedeutsam sind. So ist die Forderung nach menschenwürdigerer Unterbringung, nach einer gewissen privaten Sphäre, nach gewöhnlicher Kleidung und nach persönlichen Freiräumen inzwischen weitgehend als verpflichtend erkannt und ihre Verwirklichung vielerorts in Gang gesetzt worden²⁶.

Aus dem Bisherigen folgt, daß man die positiven Aspekte der Entwicklung in zwei Punkten zusammenfassen kann:

1. Der wohl wichtigste Fortschritt Siegt in der Verfeinerung des Rechtsfolgeninstrumentariums und der Hinwendung zu mehr ambulanten Behandlungsformen.
2. Eine weitere wesentliche Errungenschaft ist die Verrechtlichung der Regelungsmaterie, die den Verfahrensbeteiligten mehr Rechts- und Verhaltenssicherheit bietet und zugleich auch immer eine Einschränkung der Unterbringung mitbedeutet.

In mancher Hinsicht haben die Bemühungen um eine Präzisierung des Erlaubten freilich nur scheinbar zu größerer Klarheit geführt. Das läßt sich an der Regelung der ärztlichen Behandlung aufzeigen. Die älteren Unterbringungsgesetze enthielten insoweit meist nur eine Generalklausel des Inhalts, daß die „untergebrachten Personen der nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotenen oder zulässigen Behandlung unterliegen“ (so z. B. Art 6 des BayVerwahrungsg vom 30. April 1952). Blickt man vergleichsweise in das jüngst verabschiedete Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, findet man demgegenüber zwei recht umfangreiche Bestimmungen, die die Behandlung der psychischen Erkrankung (§ 35

HmbPsychKG) und andere ärztliche Behandlungen (§ 36 HmbPsychKG) betreffen. § 35 Abs. 2 erfaßt besonders einschneidende Eingriffe und bindet diese an die Einwilligung des Untergebrachten. Konsensbedürftig sind Einwirkungen u.a. dann, wenn sie die Persönlichkeit wesentlich oder auf Dauer verändern würden. Wann aber liegt nun eine wesentliche Veränderung vor? Muß nicht jede Behandlung eine Veränderung der - krankhaften - Persönlichkeit auf Dauer anstreben? Soll nun jede Verabreichung von Psychopharmaka (mit Ausnahme leichterer Beruhigungsmittel?) der Zustimmung des Patienten bedürfen? Stellt diese Regelung andererseits nicht nur einen Tribut an ein ausgehöhltes Persönlichkeitsrecht dar, solange die aus mangelnder Einsichtsfähigkeit abgelehnte Behandlung durch den einsichtsfähigen gesetzlichen Vertreter ersetzt werden kann (§ 35 Abs. 3 S. 1 HmbPsychKG), der bei einer Ablehnung der Behandlung sein Sorgerecht mißbraucht? Es bleiben also auch bei detaillierten Neuregelungen wichtige Fragen offen.

Insbesondere :

Das Spannungsverhältnis von sozialer Hilfe und sozialer Kontrolle

Eingangs habe ich ein paar grundsätzliche Bemerkungen zu Zweck und Anliegen der Unterbringung gemacht. Daraus ergibt sich nunmehr die Frage, ob das Unterbringungsrecht in der Gestalt der Gesetze zur Behandlung psychisch Kranker den strukturellen Unterschieden zwischen sozialer Hilfe und sozialer Kontrolle hinreichend gerecht wird. Das ist meiner Ansicht nach nicht der Fall.

Bei aller Differenzierung des Unterbringungsrechts ist man bisher in einem Punkte nicht vorangekommen: nämlich dem der Anbindung an die polizeiliche Generalklausel (von der Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung). In ihr sind die Abwehr von Fremdgefahren und Selbstgefährdungen miteinander verquickt. Darin liegt das Übel.

Zunächst besteht eine erhebliche Unschärfe bei der Eingrenzung der Fremdgefahren. Diese Unschärfe rückt in den Blick, wenn man die kriminalrechtliche Gefahrenabwehr, die ausschließlich Fremdgefahren betrifft, zum Vergleich heranzieht. Dann müssen erst einmal die Bereiche abgesteckt werden, in denen eine das Kriminalrecht und Kriminalprozeßrecht transzendierende Abwehr von Fremdgefahren noch erforderlich erscheint. Wenn es um den Schutz bedeutender Rechtsgüter geht, der eine Internierung des Rechtsbrechers rechtfertigt, so spricht vieles dafür, daß schon das Kriminalrecht eine ausreichende Grundlage bietet. Wie gesagt, geht einer kriminalrechtlichen Intervention allerdings eine bereits begangene rechtswidrige Tat vor-

aus, wobei freilich auch strafbare Versuchshandlungen und Vorbereitungshandlungen genügen. Damit klafft eine Lücke für die Fälle, in denen zwar künftig jederzeit mit erheblichen rechtswidrigen Taten zu rechnen ist, gleichwohl aber entweder aufgrund der bisherigen Vorkommnisse eine rechtswidrige Tat nicht angenommen werden kann oder die feststellbare Tat die negative Prognose nicht zu tragen vermag. Eine Gefahr für andere, deren Realisierung außerhalb strafatbestandlich erfaßter Verhaltensweisen liegt, die aber dennoch eine Freiheitsentziehung rechtfertigt, ist kaum vorstellbar. Es müßte einmal empirisch überprüft werden, auf welche Fallgruppen das polizeiliche Unterbringungsrecht - abgesehen von der noch zu behandelnden Selbstgefährdung -- Anwendung findet. Sollte die Prämisse stimmen, daß die zu befürchtenden „schadenstiftenden Ereignisse“ durchweg in den Bereich strafatbestandlich erfaßter Verhaltensweisen fallen, bestünde die Möglichkeit, die Unterbringungs Voraussetzungen in wesentlicher Hinsicht zu präzisieren und auch insoweit von der polizeilichen Generalklausel zu entfernen. Zudem kämen nicht alle Straftatbestände, sondern eine Auswahl in Betracht. Der Sache nach bedeutet die Unterbringung in derartigen Fällen eine Art Vorbeugehaft für psychisch Kranke²⁷. Würde man diesen Ansatz offenlegen, wäre vermutlich eine restriktive gesetzliche Ausgestaltung die (wünschenswerte) Konsequenz.

Herkömmlicherweise wird die Abwehr von Selbstgefährdungen der polizeilichen Gefahrenabwehr zugerechnet²⁸. Die Begründungen hierfür sind jedoch wenig überzeugend. Bei derartigen Interventionen handelt es sich vielmehr um Maßnahmen, die allein dem Bereich der sozialen Hilfe zuzuordnen sind. Ein Mensch, der nur sich selbst, nicht aber anderen zur Gefahr wird, interessiert die Öffentlichkeit nicht aus dem Anliegen der Abwehr, sondern dem der Zuwendung und Förderung. Die auch im polizeirechtlichen Schrifttum angegriffene Auffassung, der Suizid verstoße gegen die öffentliche Ordnung²⁹, läuft im Ergebnis darauf hinaus, daß „ungeschriebene“ Werte und Werteinschätzungen, welche die öffentliche Ordnung bilden sollen, vor dem „Angriff“ des Selbstmordbereiten geschützt werden. Es geht aber nicht um den Schutz irgendwelcher Wertvorstellungen, sondern um den des selbstgefährdeten Menschen. Solange man indessen die Intervention bei Gefahr einer schwerwiegenden gesundheitlichen Selbstschädigung im Kontext der polizeirechtlichen Generalklausel beläßt, wird das eigentliche Anliegen der Hilfe um des Gefährdeten willen verschleiert bleiben. Man wird dann versucht sein, den betroffenen Menschen durch ein abstrakteres, die Allgemeinheit erfassendes Schutzobjekt zu ersetzen oder aber aus der Selbstgefährdung eine Fremdgefährdung Dritter zu konstruieren.

Folgt man diesen Überlegungen, dann wäre das Unterbringungsrecht nicht lediglich vom Polizeirecht in ein spezielleres, verstärkt psychiatrische Gesichtspunkte berücksichtigendes Behandlungsrecht umzuformen, sondern darüber hinaus in zwei verschiedene Rechtsmaterien zu integrieren: in das Kriminalrecht auf der einen und in das Sozialrecht auf der anderen Seite. Für beide Bereiche besteht eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes, so daß zugleich eine rechtliche Harmonisierung erreichbar erscheint.

Für das Kriminalrecht wäre die vorgeschlagene Integration ein weiterer Schritt in Richtung auf eine verstärkt spezialpräventive Ausgestaltung. Für die psychiatrischen Einrichtungen wäre sie insofern eine Entlastung, als spezifische Aufgaben der ambulanten sozialen Kontrolle von Institutionen der Strafjustiz³⁰ übernommen werden könnten.

¹ vgl. a. BAUMANN, Unterbringungsrecht, 1966, S. 3 und 15 f

² s. BAUMANN a.a.O., S. 20 und 26

³ hierzu s. WALTER, Soziale Hufe und Sozialkontrolle in der gesetzpolitischen Diskussion, i. MschrKrim 1975, S. 57

⁴ vgl. KAISER, Strategien und Prozesse strafrechtlicher Sozialkontrolle, 1972, S. 2 mit weit. Hinw.; H. J. SCHNEIDER, Kriminologie, 1974, S. 209

⁵ vgl. WALTER a.a.O., S. 62 f und S. 99 f

⁶ s. WALTER a.a.O.

⁷ das für bestimmte Extremsituationen bekanntlich sogar zu einer Pönalisierung der Selbstgefährdung oder -Schädigung geführt hat, s. § 17 WStG!

⁸ so wie es in den besonderen Unterbringungsgesetzen der Länder seinen Ausdruck gefunden hat

⁹ s. z. B. JESCHECK, Lehrbuch des Strafrechts, 3. Aufl. 1978, S. 5; ZIPF, Kriminalpolitik, 1973, S. 43; BAUMANN a.a.O., S. 259 f; MARTENS, Gefahrenabwehr, 2. Bd., 8. Aufl. 1977, S. 106 f

¹⁰ zur „Zweispurigkeit“ s. JESCHECK a.a.O., S. 66 f

¹¹ Dadurch wird es möglich, das Schuldprinzip von verdeckten präventiven Zweckbestimmungen {hierzu s. JAKOBS, Schuld und Prävention, 1976} freizuhalten, mithin eine Schuldzuschreibung aus präventiven Erwägungen zu vermeiden; vgl. a. STRATENWERTH, Die Zukunft des strafrechtlichen Schuldprinzips, 1977

¹² vgl. JESCHECK a.a.O., S. 656; REHN, Wie geht es weiter?, i. MschrKrim 1977, S. 50 f

¹³ s. z. B. §§ 1 Nr. 3, 10 Abs. 3 HmbPsychKG; §§ 1 Nr. 3, 11 Abs. 3 NRWPsychKG

¹⁴ s. BAUMANN a.a.O., S. 19

¹⁵ s. KULENKAMPFF, PICARD (Hrsg.), Gemeindenaher Psychiatrie, 1975, S. 13 f; BT-Drucks. 7/4200 Zusammenfassung S. 17; vgl. a. TROJAN, Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978, S. 145

¹⁶ vgl. insbes. GOFFMAN, Asyle, 1973, S. 15f; s.a. H. J. SCHNEIDER a.a.O., S. 218f

- ¹⁷ Ausbau der ambulanten Betreuung und Kontrolle (Bewährungsverfahren, s. SCHREIBER i. Schaffstein-Festschrift, 1975, S. 275 f; STURM i. MDR 1977, S. 618; Führungsaufsicht, s. QUADT i. ZfStrVo 1978, S. 36 f), Öffnung und Lockerung des Strafvollzuges (s. §§ 3 Abs. 1, 10 Abs. 1, 141 Abs. 2, 11, 13 StVollzG), vgl. a. Hilde KAUFMANN, Kriminologie III, 1977, S. 89
- ¹⁸ BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, - FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.), Grundlegende Vorstellungen über Inhalt und Begriff moderner Jugendhilfe, 1974, S. 69 f; s.a. BEGRÜNDUNG ZUM REFERENTENENTWURF EINES JUGENDHILFEGESETZES (Oktober 1977), hrsg. v. d. AGJ, Kap. 6, §§ 37 f, S. 179
- ¹⁹ s. z. B. § 14 Abs. 1 HmbPsychKG
- ²⁰ vgl. § 3 HmbPsychKG
- ²¹ hierzu s. WALTER a.a.O., S. 65
- ²² Entsprechende Befürchtungen sind denn auch von Psychiatern im Laufe der Beratungen zum HmbPsychKG artikuliert worden, s. Bericht des Gesundheitsausschusses der Hamburger Bürgerschaft Drucks. 8/2676, S. 3
- ²³ vgl. a. KAISER, Die Fortentwicklung der Methoden und Mittel des Strafrechts, i. ZStW Bd. 86 (1974), S. 370; sowie KERNER i. Kaiser u. a., Strafvollzug, 2. Aufl. 1977, S. 294
- ²⁴ s. GOFFMANN a.a.O., S. 333 f; s. a. SAGEBIEL, Ansätze einer gemeinsamen sozialwissenschaftlichen Diskussion psychiatrischer und kriminologischer Probleme, i. KrimJ 1977, S. 140
- ²⁵ Recht anschaulich sind beispielsweise die Ausführungen von BATTEGAY, BENE-DETTI, RAUCHFLEISCH, Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie, 1977, S. 236 f
- ²⁶ vgl. BT-Drucks. 7/4200 Zusammenfassung S. 21
- ²⁷ die über den recht einschränkend gefaßten § 112 a StPO hinausgeht; zur (zurückhaltenden) Anwendung des § 112 a StPO s. KERNER, Untersuchungshaft und Strafurteil, Analyse von Zusammenhängen nach neueren amtlichen Angaben, i. d. demnächst erscheinenden Festschrift für Horst Schröder
- ²⁸ vgl. SCHÜLER-SPRINGORUM, Zur Rechtsstellung des psychisch Kranken, i. Der psychisch Kranke und die Gesellschaft (hrsg. v. Lauter n. J.-E. Meyer), 1971, S. 130
- ²⁹ s. GÖTZ, Allgemeines Polizei- und Ordnungsrecht, 3. Aufl. 1975, S. 46 f; zurückhaltender MARTENS a.a.O., S. 115
- ³⁰ Zu denken ist vor allem an die Führungsaufsichtsstellen.

Unterbringung und Freiheitsentziehung aus psychiatrischer Sicht

H. Demuth

Die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist nach ärztlichem Verständnis grundsätzlich ein Teil der Allgemeinmedizin. Aus diesem Grunde muß das System der psychiatrischen Versorgung vergleichbare Richtlinien für Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen aufweisen, wie es im Bereich der körperlichen Medizin mittlerweile zur Selbstverständlichkeit geworden ist. Der psychisch Kranke hat prinzipiell das gleiche Recht auf optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens wie der körperlich Kranke. Mit diesen schon im Zwischenbericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland von der Sachverständigenkommission artikulierten Leitprinzipien sind langjährige Forderungen der modernen Psychiatrie auch einer breiteren Öffentlichkeit bekannt geworden.

Bei einem Teil der psychisch Kranken, Drogen- oder Alkoholabhängigen wirft die ärztliche Versorgung Sonderprobleme rechtlicher Art auf, die in anderen Bereichen der Medizin in aller Regel nicht gegeben sind. Sie betreffen eine kleine Gruppe von Patienten, die aus krankheitsbedingten Gründen sich selbst oder ihre Umwelt erheblich gefährden, aus Uneinsichtigkeit aber die Gefahren ihres Handelns nicht zu übersehen vermögen und aus krankheitsbedingtem Fehlverhalten, krankhaften Empfindungen oder Vorstellungen eine ärztliche Behandlung ablehnen. Drohende Gefahren erheblichen Ausmaßes für den Kranken selbst oder für seine Umwelt erfordern gelegentlich, für zeitlich im allgemeinen recht eng begrenzte Perioden, die Unterbringung des Kranken in einer geschlossenen psychiatrischen Krankenabteilung, soweit die drohenden Gefahren nicht auf andere Weise abgewendet werden können. Die Unterbringung eines psychisch Kranken zu seinem Schutz in einer geschlossenen psychiatrischen Krankenhausabteilung oder einer entsprechenden Fachklinik ist eine Freiheitsentziehung im Sinne des Artikels 104 GG und bedarf deshalb der richterlichen Anordnung oder Genehmigung. Bis zum Inkrafttreten des GG am 23. 5. 1949 war z.B. die Unterbringung von psychisch Kranken aufgrund einfacher Verwaltungsvorschriften möglich und wurde in Zusammenarbeit mit Ärzten von der Verwaltungsbehörde durchgeführt. Ein Richter war damals noch nicht eingeschaltet, eine Verfahrensweise, die heute kaum noch vorstellbar ist.

Nachdem eine bundeseinheitliche Regelung der Rechtsmaterie der Unterbringung nicht gelang, sind zur Ausführung des Artikels 104 GG von den einzelnen Bundesländern Unterbringungsgesetze erlassen worden. Diese Unterbringungsgesetze sind, wie auch Herr Walter schon ausgeführt hat, mit wenigen Ausnahmen überwiegend an polizeirechtlichen Normen orientiert gewesen. Im Vordergrund für die Zulässigkeit der Unterbringung gegen den Willen des Patienten standen in fast allen gesetzlichen Bestimmungen die Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Gefährdungen des Kranken selbst sind im allgemeinen nicht als Grund für eine Freiheitsentziehung anerkannt worden. Von Psychiatern sind daher immer wieder Forderungen erhoben worden, auch die Schutzinteressen des psychisch Kranken in den Unterbringungsgesetzen zu berücksichtigen. Die stärkere Verankerung fürsorgerischer Aspekte im Unterbringungsgesetz ist von juristischer Seite nicht immer unwidersprochen geblieben. So ist aus rechtstheoretischen Gründen eine zwangsweise, außerstrafrechtliche Freiheitsentziehung nur dann als zulässig angesehen worden, wenn die schwerwiegenden Interessen der Gemeinschaft bedroht oder gefährdet waren. Während der Jurist die Einhaltung rechtsstaatlicher Normen im Auge hat ist es das Anliegen des Arztes, seinen Kranken vor gesundheitlichen Schädigungen, sozialen Benachteiligungen oder Verletzungen der Menschenwürde zu bewahren. In Zweifelsfällen war der Arzt immer eher geneigt, diese Wertnormen vor den von der Krankheit beeinflussten Willen des Patienten zu setzen und die Freiheitsinteressen diesen humanitären Forderungen unterzuordnen. Auch die Fortschritte in der ärztlichen Behandlung psychischer Krankheiten, die Forderungen der Psychohygiene und Fürsorge und nicht zuletzt das Recht auf körperliche Integrität und Menschenwürde auch für den psychisch kranken Patienten drängten den Arzt dazu, für seinen Patienten die Berücksichtigung dieser Schutzinteressen in den Unterbringungsgesetzen zu fordern. Die Abwendung von Gefahren für die Gesundheit des Kranken mußte danach gleichrangig neben die Abwendung von Gefahren für die Öffentlichkeit treten.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zum Schutze der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (sogenanntes SOG) am 14. 3, 1966 waren gegenüber den bis dahin geltenden Vorschriften erstmalig Maßnahmen zur Behandlung während der Unterbringung geregelt, die aber den objektiv gegebenen Notwendigkeiten noch nicht gerecht werden konnten. So durfte eine im „amtlichen Gewahrsam befindliche Person“ dann zwangsweise untersucht und behandelt werden, wenn dies zur Abwehr einer Gefahr für ihr Leben, für das Leben anderer oder eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit anderer erforderlich war. Von der Berechtigung zur Behandlung wegen des quälenden psychischen

Krankheits- und Ausnahmezustandes war noch nicht die Rede. Darüber hinaus fanden sich die Behandlungsvorschriften im Gesetzestext in der Nachbarschaft von Regelungen über die Anwendung unmittelbaren Zwanges, des Waffengebrauchs oder der Fesselung, Begriffe, die nicht gerade dem Vokabular ärztlicher Heilkunst entstammten und in das Verständnis von humanen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie nicht paßten. Der Fürsorgegedanke im Unterbringungsrecht beinhaltet nach ärztlichem Verständnis über die Regelung der Unterbringung hinaus auch das Recht des Patienten auf ärztliche Behandlung, fürsorgerische sowie vorsorgende und nachgehende Betreuung nach der Entlassung aus der Klinik. Fürsorge für den psychisch Kranken heißt auch, gesetzliche Regelung des Besuchsrechtes, des Schriftverkehrs, und der Beurlaubung; Fürsorge bedeutet nicht zuletzt auch eine stärkere Beachtung der Persönlichkeitsrechte während der Zuführung in die Klinik. Entsprechende Vorschriften enthielt das SOG bisher nicht. Das hatte zur Folge, daß der Arzt sich gelegentlich einer gewissen Rechtsunsicherheit ausgeliefert glaubte, wenn er den Patienten während der Unterbringung medikamentös behandelte. Es war daher dringend geboten, das noch überwiegend polizeirechtlich orientierte, lediglich auf die psychisch Kranken erweiterte Freiheitsentziehungsgesetz durch eine neue Vorschrift abzulösen, in der der bipolare Schutzgedanke im Sinne einer Gefahrenabwehr und das Recht des Kranken auf Hilfen verwirklicht wurden.

Die in der Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg vertretenen Parteien erkannten die Notwendigkeit über die Regelung des Unterbringungsverfahrens hinaus in einem neuen zu schaffenden Gesetz auch das Recht auf Hilfen im Sinne einer vorsorgenden und nachgehenden Betreuung des psychisch Kranken zu regeln und auch Bestimmungen darüber aufzunehmen, in welchem Ausmaß die Persönlichkeitsrechte des Kranken eingeschränkt werden dürfen. Diese Gesetzesinitiative führte am 14. 9. 1977 zur Verabschiedung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten durch die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. Das Gesetz wird am 1. 1. 1978 in Kraft treten.

Im Hamburgischen Psych.KG., das sich in seiner Grundkonzeption an das in Nordrhein-Westfalen gültige Unterbringungsgesetz anlehnt, sind die ärztlichen und fürsorgerischen Forderungen nach einer humanen Betreuung des psychisch Kranken in optimaler Weise verwirklicht.

Grundanliegen des Gesetzgebers war es, die stets mit einer Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus so weit wie möglich zu vermeiden und damit stärker das Prinzip der von der Psychiatrie-Enquete empfohlenen gemeindenahen

Versorgung zu betonen. Das Gesetz artikuliert für jeden psychisch Kranken einen Rechtsanspruch auf Hilfen, umreißt die vorsorgenden und nachgehenden Maßnahmen zur Betreuung psychisch Kranker und führt durch Stärkung der Rechtsstellung des Untergebrachten zu einer größeren Rechtssicherheit. So werden nach dem Bekanntwerden einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung von Amts wegen fürsorgliche Hilfen angeboten, die schon bei ersten Anzeichen der Krankheit einsetzen sollen. Die Kranken, die sich unter dem Leidensdruck ihrer psychischen Störung freiwillig einer ärztlichen Behandlung unterziehen, bereiten im allgemeinen keine besonderen ärztlichen oder rechtlichen Probleme. Unserer Hilfe bedürfen aber diejenigen, die eine notwendige ärztliche Behandlung nicht einzusehen vermögen, sich wegen ihrer psychischen Krankheit aber schweren gesundheitlichen und sozialen Schaden zufügen, sich in einen menschenunwürdigen Zustand hinein manövrieren oder für die öffentliche Sicherheit und Ordnung eine Gefahr darstellen. Um möglichst frühzeitig den Kranken eine Hilfe anzubieten, die sich nicht in die Behandlung eines niedergelassenen Arztes begeben, werden an den psychiatrischen Beratungsstellen der Gesundheitsämter künftig regelmäßige Sprechstunden eingerichtet, an die sich die Kranken oder deren Angehörige mit der Bitte um Rat und Hilfe wenden können. Wird der Beratungsstelle bekannt, daß ein psychisch Kranker der Hilfe bedarf, wird er in die Sprechstunde des Arztes gebeten oder es erfolgt ein Hausbesuch, damit ein Schaden rechtzeitig verhütet werden kann. Dabei wird auf die enge Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Arzt oder Facharzt und den in der psychiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes tätigen Fachärzten großer Wert gelegt.

Dem Gesundheitsamt wird durch das neue Hamburgische Psych.KG. die Aufgabe übertragen, sich an nachgehenden Betreuungsmaßnahmen zu beteiligen, wenn der Kranke aus stationärer Behandlung entlassen ist. Hier fällt insbesondere den Sozialarbeitern die Aufgabe zu, dem Kranken die berufliche und soziale Rehabilitation zu erleichtern. Darüber hinaus soll durch die nachgehende Betreuung gewährleistet werden, daß eine eventuell noch notwendige medikamentöse Behandlung auch nach der Entlassung aus der Klinik weitergeführt wird, um die mit einem Abbruch der Behandlung möglicherweise verbundene Gefahr einer erneuten Unterbringung zu verhindern.

Auch das Unterbringungsverfahren selbst wird erheblich verbessert werden. Welche Behandlungsmaßnahmen bei einer akuten psychischen Störung angewandt werden müssen, welche Gefahren sich für den Patienten oder die öffentliche Sicherheit und Ordnung möglicherweise ergeben könnten, wird am ehesten ein in der Psychiatrie erfahrener

Arzt abschätzen können. Deshalb sieht das Gesetz vor, daß jeder psychisch Kranke vor der Unterbringung von einem in der Psychiatrie erfahrenen Arzt aufgesucht werden soll. Erst dabei wird dann entschieden werden, ob die Unterbringung notwendig ist und das letzte Mittel zur Gefahrenabwehr darstellt. Niedergelassene Nervenärzte und in der Psychiatrie erfahrene Klinikärzte werden rund um die Uhr einen gemeinsamen psychiatrischen Bereitschaftsdienst in Hamburg organisieren, um die Zahl der Unterbringungen auf die allernotwendigsten Fälle zu begrenzen. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß die durchschnittliche Zahl der Unterbringungen in Hamburg zwischen 1300 und 1400 Patienten pro Jahr liegt.

Dort, wo nicht eine ärztliche Behandlung, sondern wegen einer drohenden Verwahrlosung pflegerische Maßnahmen erforderlich sind, was oftmals bei älteren, verwirrten Patienten der Fall ist, kann die Einweisung direkt in ein Pflegeheim erfolgen. Dadurch wird der überflüssige Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik verhindert und eine Fehlplatzierung des Patienten vermieden. Diese Maßnahme wird auch zu einer Senkung der Kosten im Gesundheitswesen beitragen.

Wenn sich eine Unterbringung des psychisch Kranken nicht vermeiden läßt, wird in der Klinik eine gründliche Eingangsuntersuchung vorgenommen. Diese Pflicht zur Untersuchung ist in einer gesonderten Vorschrift des Gesetzes geregelt. Wird dabei festgestellt, daß die Voraussetzungen zur Unterbringung nicht oder nicht mehr vorliegen, muß der Patient entlassen werden. Die Erfahrung lehrt, daß bis zum 7. Tage nach Unterbringungsbeginn bereits wieder 30% der untergebrachten Patienten entlassen sind.

Eine stärkere Betonung des Fürsorgeaspekts im Unterbringungsgesetz erfordert auch Vorschriften darüber, welche Behandlungsmaßnahmen während der Unterbringung angewandt werden dürfen. Es ist aus ärztlicher Sicht sehr zu begrüßen, daß hier sowohl für den Patienten wie für den Arzt eindeutige Rechtsverhältnisse geschaffen worden sind. Jede Unterbringung eines psychisch Kranken beinhaltet gleichzeitig auch die Zulässigkeit einer ärztlichen Behandlung, ohne daß hier aber die Grundlage für ein ausuferndes Zwangsbehandlungsrecht geschaffen worden wäre. Operative Eingriffe und Behandlungsmaßnahmen, die mit erheblicher Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Untergebrachten verbunden sind, dürfen gegen seinen Willen nicht vorgenommen werden. Es wäre aus ärztlicher Sicht aber inhuman, wollte man einem psychisch Kranken wegen vorhandener Gefahren nur die Freiheit entziehen, ohne ärztlich zu verantwortende Maßnahmen zu ergreifen, die die Freiheitsentziehung auf ein Mindestmaß begrenzen.

Eine fehlende ärztliche Behandlung hätte eine Unterbringungsdauer auf unbestimmte Zeit zur Folge.

Auch hinsichtlich des gesamten Unterbringungsverfahrens wird das Hamburgische Psych.KG. zu einer größeren Rechtssicherheit führen. So muß das Gericht den Betreffenden nach seiner Unterbringung unverzüglich (spätestens aber innerhalb von 2 Wochen) anhören und sich selbst einen Eindruck vom Zustand des Kranken verschaffen. Das Gericht soll Angehörige oder gesetzliche Vertreter des Untergebrachten persönlich anhören. Alle Entscheidungen des Gerichtes müssen begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen sein. Sofern das Gericht eine Unterbringung anordnet, der volle Wortlaut des Unterbringungsbeschlusses dem Patienten aber aus Krankheitsgründen nicht ausgehändigt werden kann, ist die Möglichkeit vorgesehen, dem Patienten nur die Entscheidungsformel und die Rechtsmittelbelehrung zur Kenntnis zu geben.

Erstmalig ist für Hamburg vorgesehen, jedem Betroffenen, der per Gesetz in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wird, einen Rechtsanwalt beizuordnen, soweit die Unterbringung die Dauer von 7 Tagen überschreitet. Über diese Frist ist lange diskutiert worden. Mehrere Gesichtspunkte waren für die Entscheidung auf 7 Tage bedeutsam. Bei Patienten, die sich nur für ein bzw. zwei Tage wegen eines akuten psychischen Ausnahmezustandes in einer geschlossenen Abteilung aufhalten, wäre die Beiordnung eines Rechtsanwalts eine unnütze Formalie. Bevor der Anwalt sich auch nur eingehender um seinen Mandanten kümmern könnte, wäre er aus klinischer Behandlung wieder entlassen. Darüber hinaus gestattet der akute psychotische Zustand eines Patienten in aller Regel auch dem, Rechtsanwalt nicht, sich einen hinreichenden Eindruck von der Notwendigkeit einer Unterbringung zu verschaffen. Der Zeitpunkt einer Woche wurde gewählt, da nach diesem Zeitraum erfahrungsgemäß 30% der Untergebrachten wieder entlassen sind. Bei den anderen verbleibenden Patienten wäre mit einer relativ längeren Behandlungsdauer zu rechnen. In besonderen Vorschriften wird im Gesetz das Verfügungsrecht über persönliches Eigentum während der Unterbringung, das Besuchsrecht, der Schrift- und Paketverkehr sowie Möglichkeiten zur Beurlaubung geregelt.

Seit dem 1. Juni 1900 gibt es in Hamburg eine Aufsichtskommission für psychiatrische Anstalten, die mindestens einmal im Jahr alle, Einrichtungen besucht, in denen psychisch kranke Patienten untergebracht sind. Die schon in der Verordnung über psychiatrische Anstalten vom 1. Juni 1900 vorgesehene Überwachung der öffentlichen und privaten Anstalten für psychisch Kranke ist in das neue Gesetz aufge-

nommen und erweitert worden. Zukünftig werden der psychiatrischen Aufsichtskommission folgende Mitglieder angehören:

- 1 Arzt der für das Gesundheitswesen zuständigen Behörde,
- 1 weiterer in der Psychiatrie erfahrener Arzt,
- 1 Mitglied, das die Befähigung zum Richteramt hat, sowie 3 weitere bürgerliche Mitglieder.

Diese Kommission wird jährlich mindestens einmal die psychiatrischen Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen besuchen, in denen Patienten nach diesem Gesetz oder gemäß § 1800 BGB untergebracht sind. Die Kommission wird zu prüfen haben, ob die mit der Unterbringung von psychisch Kranken verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt und die Rechte der untergebrachten Personen gewahrt sind. Über das Ergebnis hat die Kommission alle 2 Jahre der Bürgerschaft zu berichten. Wegen der mit einer Unterbringung verbundenen Rechtsproblematik ist der Aufsichtskommission ein Mitglied zugeordnet worden, das die Befähigung zum Richteramt besitzt. Damit ist die Beurteilungskompetenz der Kommission wesentlich erweitert worden.

Diese wenigen Erläuterungen über das am 1. 1. 1978 in Kraft tretende Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten mögen deutlich machen, daß hier den Erkenntnissen und Erfordernissen einer modernen ärztlichen und sozialen Betreuung psychisch Kranker Rechnung getragen wurde. Der Fürsorgegedanke ist hier soweit verwirklicht worden, wie rechtliche Normen es zuließen. Befürchtungen, daß ein allzuweit gehendes Fürsorgegedenken die Gefahr zu einem allgemeinen Zwangsbehandlungsrecht in sich bergen könnte, wären unbegründet. Die gesetzliche Regelung hat stets berücksichtigt, daß dem normativen Wert des Wohles und des Glückes des Patienten der gleich hohe Wert der persönlichen Freiheit gegenübersteht. Der Entzug der Freiheit wird immer nur ein letztes Mittel der Abwehr von Gefahren für den Kranken oder die öffentliche Sicherheit und Ordnung sein können. Jedem nicht im engeren Sinne psychisch kranken Menschen muß die persönliche Freiheit genau so erhalten bleiben, wie jedem anderen Bürger, solange keine erhebliche Selbstgefährdung besteht oder wesentliche Rechtsgüter der Öffentlichkeit nicht verletzt werden.

Der psychisch kranke Rechtsbrecher- Psychiatrische Überlegungen zum gegenwärtigen Maßregelvollzug

Psychiatrische Überlegungen zum gegenwärtigen Maßregelvollzug

H. Lauter

Ich möchte in meinem Referat kurz schildern, wie sich der Maßregelvollzug heute in der Regel abspielt und durch welche Probleme und Schwierigkeiten er behindert ist.

Im sechsten Titel des Strafgesetzbuches „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ heißt es in § 63 „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“: „Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“

Wie sieht das in der Praxis aus? Sie wissen sicher, daß es hierüber zunächst einen langen Streit gegeben hat, wer denn für die Durchführung dieser Art von freiheitsentziehenden Maßregeln im psychiatrischen Krankenhaus überhaupt zuständig sei, die Justizbehörden oder die Gesundheitsbehörden. Nach dem Zwischenbericht der Enquete sah es so aus, als ob sich die Sachverständigenkommission in Übereinstimmung mit der damals verbreiteten Meinung dazu entschließen würde, die Bestreung dieser Patienten in den Bereich der Justiz abzuschieben. Wider Erwarten erfolgte dann im Endbericht eine Besinnung und eine Umkehr sowie ein klares Bekenntnis zur Zuständigkeit der Psychiatrie für diesen Personenkreis. Ich glaube, wir können heute davon ausgehen — auch nach dem Strafvollzugsgesetz — daß sich hieran nichts ändern wird und daß die Psychiatrie für diese Maßregel der Besserung und Sicherung verantwortlich ist. Gleichgültig, ob uns dies gefällt oder nicht.

Eine weitere Diskussion ist dann darüber entbrannt, wo der beste Standort für solche Einrichtungen zu sehen sei. Einige Psychiater, vor allem südlich der Mainlinie, waren und sind der Meinung, daß solche psychiatrischen Einrichtungen für psychisch kranke Rechtsbrecher möglichst weit von den psychiatrischen Krankenhäusern entfernt sein sollten, da sich der Vollzug dieser Maßnahmen mit den sonstigen Aufgaben eines psychiatrischen Krankenhauses einfach nicht vertragen. Diese Auffassung ist durchaus verständlich. Die festen Häuser unserer

psychiatrischen Anstalt oder die gesicherten Häuser, die teilweise Zwingburgen gleichen, stehen zweifellos im Widerspruch zu der allgemeinen Liberalisierungstendenz in den psychiatrischen Krankenhäusern und sind ein Pfahl im Fleisch einer gemeindenahen offenen Psychiatrie.

Auf der anderen Seite ist zu bedenken, daß man wohl im allgemeinen nur in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer engen örtlichen Anlehnung an eine solche Anstalt die Maßnahmen durchführen und das geeignete Personal finden kann. Wir werden deshalb damit zu rechnen haben, daß in der Mehrzahl der Fälle auch in Zukunft in der Bundesrepublik sich solche Einrichtungen innerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern befinden werden.

So ist die Situation auch in Hamburg und hieran wird sich vermutlich nichts ändern. Diejenigen, die die psychiatrische Szene unserer Stadt kennen, haben sicher schon von dem „berüchtigten“ Haus 18 gehört, das sich mitten in dem Gelände des AK Ochsenzoll befindet. Äußerlich unterscheidet es sich kaum von einigen anderen etwas verwahrlosten Gebäuden, die um die Jahrhundertwende errichtet und seit dieser Zeit noch nicht renoviert worden sind. Lediglich die Gitter an den Fenstern und die 5 Meter hohen, durch Efeu etwas geschützten Mauern verraten, daß in diesem Haus ein anderer Personenkreis untergebracht ist als in den übrigen psychiatrischen Pavillons des gleichen Krankenhauses. Was ich im folgenden über dieses Haus berichte, unterscheidet sich vermutlich kaum von den Verhältnissen, wie sie für ähnliche gesicherte Einrichtungen in anderen psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik charakteristisch sind.

Das erste Problem, das uns gerade hier in Hamburg besonders beschäftigt, ist die Tatsache, daß sich in diesem Haus keineswegs nur Patienten im Maßregelvollzug befinden, die nach § 63 StGB untergebracht sind. Diese Patienten sind vielmehr durchmischt mit Kranken, bei denen andere rechtliche Unterbringungsgründe vorliegen. Dazu gehört nicht nur die relativ kleine Gruppe der Patienten, die nach § 126a oder nach § 81 StPO untergebracht sind, sondern vor allem eine sehr viel größere und für die Stationsatmosphäre erheblich bedeutendere Personengruppe. Es sind diejenigen Patienten, die nach den gültigen Vollzugsvorschriften oder nach dem neuen Strafvollzugsgesetz aus den verschiedenen Strafanstalten, hauptsächlich aus Fuhlsbüttel sowie aus der Untersuchungshaftanstalt, in unser Krankenhaus verlegt werden. Es geht also hier um schuldfähige Straftäter, die während der Strafhaft schwere Formen von psychischem Fehlverhalten gezeigt haben oder um Menschen, bei denen es in der Untersuchungshaft zu abnormen Erlebnisreaktionen oder Psychosen gekommen ist.

Es mag wohl kennzeichnend sein für unsere zwiespältige Einstellung diesen Personen gegenüber, aber auch für die besonders schwierige Situation, in der sich die Psychiater dieser Patientengruppe gegenüber befinden, daß sich seit vielen Jahren für die psychiatrisch-neurologische Abteilung am Vollzugs-Krankenhaus kein Psychiater mehr gefunden hat. Dies bedeutet, daß diese psychiatrisch-neurologische Abteilung verwaist ist und daß die Patienten, die normalerweise dort behandelt werden müßten, in Haus 18 unseres Krankenhauses verlegt werden. Hierzu gehört eine Fülle von Haftpsychosen, abnormen Erlebnisreaktionen, Alkoholikern und Betäubungsmittelsüchtigen. Hierzu gehören aber auch jene Pendler, die zwischen Strafvollzug, Zentralkrankenhaus und Haus 18 hin- und hergeschoben werden, weil sie wegen ihres psychischen Fehlverhaltens praktisch vollzugsuntauglich sind und immer wieder durch Selbstbeschädigungen, Zerstörung ihrer Zellen oder ähnliche Affektreaktionen den Vollzug derart stark stören, daß sie zu uns verlegt werden müssen. Dies hat zur Folge, daß sich unter den etwa 65 bis 70 Patienten, die in Haus 18 untergebracht sind, an einem bestimmten Stichtag regelmäßig etwa 10 Patienten befinden, die zu dieser Kategorie von Haftreaktionen oder von Haftpsychosen im weiteren Sinne des Wortes gehören. Untersucht man die Aufnahmeinzidenz während einer bestimmten Zeitperiode, so zeigt sich sogar, daß etwa 50% der Patienten, die innerhalb eines Jahres Haus 18 durchlaufen, nicht Patienten im Maßregelvollzug sind, sondern zu der Gruppe der Haftreaktionen und Haftpsychosen gehören.

Für den praktischen Alltag von Haus 18 bedeutet dies, daß sich hier im kleineren Rahmen etwas wiederholt, was auch für viele psychiatrische Großkrankenhäuser heute noch die Regel ist. Ärztliche und pflegerische Zuwendung konzentriert sich nämlich zwangsläufig nur auf einen relativ kleinen Teil von akut erkrankten und schwer gestörten Patienten. Dies geht zu Lasten der chronisch Kranken und hat in einer Einrichtung wie Haus 18 zur Folge, daß die im Maßregelvollzug befindlichen Patienten durch die ständige Durchmischung mit diesen anderen Patientengruppen immer wieder erheblich gestört werden. Der geregelte Maßregelvollzug wird hierdurch erheblich erschwert.

Aber auch in anderer Hinsicht spiegelt eine Einrichtung wie Haus 18 die Probleme des psychiatrischen Großkrankenhauses wider. Gerade im Enquete-Bericht wurde ja immer wieder auf die Wichtigkeit einer Entflechtung verschiedener Patientengruppen hingewiesen. In einem verhältnismäßig großen Krankenhaus läßt sich eine solche Entflechtung im allgemeinen relativ gut bewerkstelligen. Völlig unmöglich ist aber die Entflechtung solcher unterschiedlicher Patientenkategorien wie der der psychisch Kranken, die sich im Maßregelvollzug befinden. Dies führt dazu, daß Patienten völlig unterschiedlicher Art ständig auf

engstem Raum zusammenleben müssen: Jugendliche und Heranwachsende sind gemeinsam mit schweren Gewalttätern, Sexualdelinquenten, chronisch Schizophrenen, aber auch hochdifferenzierten Persönlichkeiten untergebracht. Das relativ kleine Haus verfügt lediglich über 4 Funktionseinheiten, die keine ausreichende Trennung verschiedener Patientengruppen ermöglicht. Gerade jene 25 Patienten, bei denen das Sicherheitsbedürfnis besonders groß ist, leben ständig auf engstem Raum zusammen, da keine ausreichende Zahl von kleineren Zimmern vorhanden ist, so daß in der Regel etwa 12 Patienten einen Schlafräum miteinander teilen müssen. Das Problem der Unterbringung kann unter solchen Bedingungen auch nicht im entferntesten so gelöst werden, wie es ganz einfachen und selbstverständlichen menschlichen Forderungen entspricht.

Zu diesen ungenügenden Unterbringungsbedingungen kommen noch die mangelnden Sicherheitsverhältnisse. Schon von der äußeren Sicherung her ist das Haus keineswegs in der Lage, Ausbruchsversuche zuverlässig zu verhindern. Schwerwiegender ist noch die Tatsache, daß es auch innerhalb des Hauses an ausreichender Sicherung fehlt. Das Pflegepersonal, von dem wir erwarten, daß es sich dem Patienten zuwendet und therapeutische Aufgaben wahrnimmt, muß gleichzeitig kustodiale Aufgaben erfüllen und wachsam sein, daß keiner der Patienten davonläuft oder daß nicht plötzlich unvermutete Angriffe von Seiten eines Patienten erfolgen. Diese Gefahr ist deshalb besonders schwerwiegend, weil sich — wie bereits oben ausgeführt, ständig auch hafterfahrene Patienten in diesem Haus befinden, denen ein von langer Hand vorbereiteter Ausbruchsversuch unter den unzulänglichen Sicherheitsbedingungen von Haus 18 sehr viel leichter gelingen würde als während des Aufenthaltes in einer Strafanstalt. Die stärkere Berücksichtigung solcher Sicherheitsgesichtspunkte ist vor allem deshalb erforderlich, weil Sicherheit und Therapiemöglichkeit zwangsläufig eng miteinander zusammenhängen. Von Mitarbeitern, die sich nicht sicher fühlen können und die in manchen Situationen durchaus berechtigten Grund zur Angst haben müssen, kann man beim besten Willen keine vernünftige therapeutische Einstellung erwarten. Nur auf der Grundlage größerer Sicherheit kann daher innerhalb einer derartigen Station ein Mehr an Freiheit, Humanität und Therapie erreicht werden.

Was die Behandlung betrifft, so erstreckt sie sich im wesentlichen auf die Durchführung medikamentöser Maßnahmen. Das Haus verfügt zwar über Möglichkeiten der industriellen Fertigung und über eine Reihe von Handwerksbetrieben, in denen einige Patienten einigermaßen sinnvoll beschäftigt werden können. Außerdem sind in dem Haus mehrere Sozialpädagogen und eine psychiatrische Fachkrankenschwester beschäftigt. In den letzten Jahren haben wir uns auf ver-

schiedenen Gebieten bemüht, die therapeutischen Aktivitäten zu intensivieren. Auf der anderen Seite ist aber die Zahl des vorhandenen Personals so gering, daß an eine Ausschöpfung der heute verfügbaren Resozialisierungsmöglichkeiten bei einem großen Teil der Patienten ehrlicherweise gar nicht zu denken ist.

Große Schwierigkeiten bringt es auch mit sich, Patienten aus diesem Hause auf freiere Stationen zu verlegen, obwohl gerade hierin ja an sich der Vorteil der Verortung eines festen Hauses innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses liegt. Die wenigen Männerstationen mit ihrem starken Personalmangel stehen unter einem doppelten Druck. Sie sollen einerseits ständig akut kranke Patienten auf der Aufnahmestation unterbringen und andererseits auch Patienten von Haus 18 übernehmen. Man kann sich leicht vorstellen, wie diese Entscheidung in der Regel ausfällt. Jede Station zieht es natürlich vor, einen akuten Patienten anstelle eines psychisch kranken Rechtsbrechers aufzunehmen, der allein durch seinen Aufenthalt in Haus 18 auch innerhalb des Krankenhauses stigmatisiert ist. Aus diesen Gründen bereitet die Verlegung von psychisch kranken Rechtsbrechern in andere Häuser oft große Schwierigkeiten. Abgesehen davon macht man auch immer wieder die Beobachtung, daß Patienten, die jahrelang an die festen Reglementierungen und Ordnungsstrukturen eines festen Hauses gewöhnt waren, sich auf einer freieren Station nicht leicht zurechtfinden und daß die Ärzte und das Personal einer solchen Station nicht immer über die Zeit und die Möglichkeit verfügen, diese Eingewöhnungsschwierigkeiten zu überwinden. Dies bedeutet, daß die Fluktuation von Patienten aus Haus 18 in andere Häuser beschränkt ist und oft nur mit erheblichen Verzögerungen abläuft.

Ähnlich sieht es aus, wenn man daran denkt, den § 63 StGB wieder aufzuheben und nach anderen Einrichtungen sucht, in denen der betreffende Patient außerhalb des Krankenhauses untergebracht werden kann. Während wir heute schon in Hamburg über eine ganze Reihe von Übergangsheimen verfügen und sich in einigen psychiatrischen Nachbarkrankenhäusern freiere Unterbringungsmöglichkeiten und bessere Resozialisierungsangebote befinden, ist es in der Praxis doch nahezu unmöglich, einen doppelt stigmatisierten Patienten in einer derartigen Einrichtung unterzubringen. Dies führt dazu, daß Patienten zweifellos länger in Haus 18 bleiben, als dies unbedingt erforderlich und für ihre Behandlung wünschenswert wäre.

Große Schwierigkeiten bereitet es auch, die noch in Haus 18 befindlichen Patienten durch Aktivitäten außerhalb dieses Hauses wieder an ein freieres Leben zu gewöhnen. Wir haben hier bei der Justizbehörde eine Gnadenabteilung, mit der wir gut zusammenarbeiten. Dennoch

muß man sich fragen, aus welchem Grunde eigentlich eine solche Gnadenabteilung mit der Durchführung und Überwachung von Resozialisierungsmaßnahmen befaßt wird. Die Durchführung solcher Maßnahmen hat nichts mit Gnade zu tun, sondern entspricht dem Auftrag, der uns vom Strafgesetzbuch klar vorgeschrieben ist, nämlich Maßnahmen der Besserung zu ergreifen. Es wäre noch zu verstehen, wenn eine solche Gnadenabteilung über längere Beurlaubungen nach Hause zu entscheiden hat. Meinen Mitarbeitern und mir ist es aber völlig unbegreiflich, aus welchem Grunde die Gnadenabteilung auch darüber zu befinden hat, ob wir irgendwelche Resozialisierungsmaßnahmen außerhalb des Hauses durchführen. Wenn wir einmal mit einigen Patienten ein Fußballspiel besuchen oder in den zoologischen Garten gehen wollen oder wenn wir irgendwelche anderen gezielten Resozialisierungsmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses in Begleitung von Ärzten oder Pflegepersonen durchführen möchten, so bedarf es hierfür jedesmal eines Briefes an die Gnadenabteilung. Es ist leider wiederholt passiert, daß solche Anträge drei oder vier Wochen vorher gestellt werden, daß aber dann die Akten bei der Gnadenabteilung nicht auffindbar sind und daß wir wenige Stunden vor der geplanten Aktivität erfahren müssen, daß sie von der Gnadenabteilung nicht befürwortet werden kann. Wenn wir auch hoffen, daß wir gerade auf diesem Gebiet bald zu einer vernünftigen Regelung gelangen können, kann man sich doch unschwer vorstellen, was es für die Mitarbeiter - vor allem aber für die betroffenen Patienten - bedeutet, wenn solche Aktivitäten durch bürokratische Maßnahmen wiederholt im letzten Augenblick vereitelt werden.

Gewisse Probleme gibt es auch immer wieder mit den Strafvollstreckungskammern. Zweifellos hat die Einführung dieser Strafvollstreckungskammern die Zusammenarbeit mit der Justiz erheblich erleichtert. Wir kennen nun die Richter, mit denen wir es zu tun haben und es sind nicht immer wieder andere Kammern, die diese Entscheidungen fällen und zu verantworten haben. Dennoch können Sie sich wahrscheinlich vorstellen, wie die Patienten meistens darauf reagieren, wenn sich die Strafvollstreckungskammer nicht zu einer Aufhebung des Maßregelvollzugs entschließen kann. Besonders schlimm hierbei ist die Tatsache, daß den Patienten die richterlichen Entscheidungsgründe häufig in einer schriftlichen Form mitgeteilt werden, die sie verständlicherweise als eine Kränkung und Diffamierung empfinden müssen. Besonders nachteilig wirkt sich die Tatsache aus, daß in den Entscheidungsgründen auch der Name des behandelnden Arztes genannt wird. Sie können sich sicher denken, unter welchen Bedingungen sich dann die nächsten Visiten abspielen und welche Auswirkungen solche schriftlichen Mitteilungen auf das Vertrauensverhältnis zwischen dem

Patienten und seinem behandelnden Arzt haben. Auch Suicidversuche im Zusammenhang mit solchen Entscheidungen sind leider keine Seltenheit.

Die Situation, über die ich Sie so nüchtern als möglich informieren wollte, ist sicher keine erfreuliche Geschichte. In den letzten Jahren ist häufig von der „brutalen Realität“ psychiatrischer Krankenhäuser gesprochen worden. Glücklicherweise hat sich dies für eine große Zahl von psychisch Kranken innerhalb der letzten Jahre geändert. Die Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher vollzieht sich aber auch heute noch leider unter Umständen, die man ohne jede Übertreibung als „brutal“ bezeichnen muß. Nach meiner Überzeugung stellen die festen Häuser unserer psychiatrischen Krankenhäuser einen Prüfstein für uns Psychiater dar. An der Atmosphäre dieser Häuser wird sich zeigen, ob es uns gelingt, unsere therapeutischen Aufgaben an diesen vom Schicksal besonders schwer betroffenen psychisch Kranken in sinnvoller Weise zu erfüllen und sie in einer menschlichen Form mit unseren kustodialen Funktionen zu verbinden, die — ob wir dies wahrhaben wollen oder nicht — nach wie vor zu unserer psychiatrischen Aufgabe gehören.

Maßregelvollzugs-Gesetze:

H. Heinze

Nachdem in den vorausgegangenen Referaten zu forensisch-psychiatrischen Grundsatzfragen Stellung genommen wurde und wichtige Gesichtspunkte für die zukünftige Entwicklung angesprochen sind, bleibt mir am Ende der Tagung die Aufgabe, Ihnen über ein Vorhaben zu berichten, welches eine andere Voraussetzung für die zukünftige Behandlung psychisch kranker Straftäter darstellen wird; Es handelt sich um den Rahmenentwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes. Der „Ständige Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder“ beschloß Anfang 1876 die Bildung einer aus Psychiatern und Juristen bestehenden Arbeitsgruppe. Unter Federführung des Nieder-sächsischen Sozialministeriums hat diese Gruppe in mehrfachen Beratungen nunmehr den Entwurf im wesentlichen fertiggestellt und in die letzte Fassung die Stellungnahmen auch derjenigen Bundesländer eingearbeitet, die nicht unmittelbar in der Arbeitsgruppe vertreten waren. Der Entwurf wurde inzwischen auch der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) zugeleitet und vor wenigen Wochen auf der 100. Sitzung dieses Gremiums erläutert. Erlauben Sie mir an dieser Stelle ein Wort des Dankes an die unmittelbar Beteiligten, insbesondere auch im Hinblick auf eine beispielhafte, vom Geiste echter Partnerschaft und interessenübereinstimmung getragene juristisch-medizinische Zusammenarbeit. Es war ein besonderer Vorteil, daß neben Ländervertretern die beiden maßgeblichen Bundesressorts — nämlich der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit und der Bundesminister der Justiz — in der Arbeitsgruppe vertreten waren und auch seitens der Leiter der niedersächsischen Maßregelvollzugseinrichtungen wichtige Gesichtspunkte zu dem Vorhaben beigetragen haben.

Lassen Sie mich in aller Kürze darauf hinweisen, daß die Bemühungen um eine möglichst einheitliche gesetzliche Regelung des Maßregelvollzuges in unserem Lande eine relativ lange Vorgeschichte haben. Auf dem Gebiet des Strafvollzuges ist eine vereinheitlichende gesetzliche Regelung mit dem Strafvollzugsgesetz vom 16. 3.1976 ergangen. Dieses Gesetz beschränkt sich hinsichtlich der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt in seinen §§ 136 und 137 auf kurze Grundsatzvorschriften, die den Behandlungs- und Rehabilitationsgedanken einschließen und bestimmt im

übrigen, daß sich eine nach §§ 63 und 64 StGB ausgesprochene Unterbringung in einer Einrichtung des Maßregelvollzuges nach Landesrecht richten muß.

Nach den inzwischen ergangenen höchstrichterlichen Entscheidungen ist eine gesetzliche Regelung des Maßregelvollzuges dringend geboten. Der Grundsatz eines besonderen Gewaltverhältnisses für die Einschränkung von Grundrechten in Maßregelvollzugseinrichtungen -etwa durch Hausordnungen - kann nicht mehr aufrechterhalten werden.

Ich möchte an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, daß die Zuständigkeitsfragen für den gesamten Problemkreis in einer Reihe von Bundesländern leider noch immer umstritten sind. Es bereitet nach wie vor Schwierigkeiten, das erforderliche Verständnis dafür zu wecken, daß mit der Festlegung einheitlicher Normen für die Gestaltung des Maßregelvollzuges Möglichkeiten eröffnet werden sollen, einer in der Vergangenheit besonders vernachlässigten Gruppe psychisch Kranker wenigstens annähernd gleiche Chancen für eine Rehabilitation zu eröffnen, wie sie das Strafvollzugsgesetz vorsieht. Allzusehr orientiert man sich mancherorts noch ausschließlich und einseitig an der sicherlich schwierigen Problematik der „psychopathischen Störer“ innerhalb der Maßregelvollzugseinrichtungen. Viele verkennen dabei, daß es sich hierbei auch um die Folgen forensisch-psychiatrischer Fehlbeurteilungen handeln kann, erwachsen nicht zuletzt auch aus einer Unkenntnis über die Kompetenzabgrenzung zwischen psychiatrischem und richterlichem Ermessens- und Entscheidungsspielraum. Ich möchte trotz mancher eher pessimistisch stimmender Äußerungen dennoch der Hoffnung Ausdruck geben, daß die Mehrzahl der Bundesländer die mit dem Rahmenentwurf gegebene Chance einer Wahrung der Rechtseinheit nutzt und damit die Verantwortlichen zur Humanisierung der Behandlung psychisch Kranker bzw. ihnen gleichzustellender Straftäter verpflichtet. Ich begrüße es daher nachdrücklich, daß sich die „Aktion Psychisch Kranke“ dieses Themas angenommen hat.

Der Inhalt des Rahmenentwurfes kann naturgemäß in seinen Einzelheiten in der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit nicht annähernd erschöpfend behandelt werden. Ich muß mich deshalb auf eine Darstellung weniger wesentlicher Punkte beschränken:

Seiner Aufgliederung in sieben Titel ist die Grundkonzeption der Behandlung, der Rehabilitation und einer weitestmöglichen Resozialisierung zugrunde gelegt worden. Die Abschnitte lauten:

Erster Titel: Anwendungsbereich, Unterbringungsbehörden,
 Organisation

- Zweiter Titel: Grundsätze, Planung und Gestaltung des Vollzuges
Dritter Titel: Gesundheitspflege
Vierter Titel: Religionsausübung
Fünfter Titel: Sicherheit und Ordnung
Sechster Titel: Unmittelbarer Zwang
Siebter Titel: Einschränkung von Grundrechten, Inkrafttreten

Selbstverständlich werden die Sicherheitsaspekte nicht verdrängt oder durch Sozialutopien ersetzt. Der gegenwärtige auch in der Psychiatrie-Enquete mit Nachdruck beanstandete Zustand der Mehrzahl der bundesdeutschen Maßregelvollzugseinrichtungen, nicht zuletzt aber grundsätzliche Erwägungen haben es erforderlich gemacht, den Inhalt des Entwurfes weiter zu fassen, als es ursprünglich vorgesehen war. So werden über eine nach rechtsstaatlichem Verständnis der Gesetzesform bedürftende Einschränkung der Grundrechte (etwa die Artikel 2 und 10) hinaus und in §§ 6, 7 und 8 Angaben über die Gliederung und Ausstattung oder den Personalbedarf unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Versorgung der Krankheits-, Behinderungs-, Alters- oder Tätergruppe gemacht § 9 regelt das Zusammenwirken der Einrichtungen u. a. mit anderen Rehabilitationsträgern und enthält die von der Sachverständigen-Kommission der Psychiatrie-Enquete geforderten Hinweise auf eine wissenschaftlich fundierte Fortentwicklung der Behandlungsmethoden.

§ 11 enthält eine wesentliche Grundsatzaussage über die Ziele des Maßregelvollzuges. Er lautet in seiner derzeitigen Fassung:

„(1) Der Vollzug ist auf die in den §§ 136 und 137 des Strafvollzugsgesetzes genannten Ziele auszurichten.

Er soll unter Berücksichtigung therapeutischer und pädagogischer Gesichtspunkte den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angeglichen werden.

(2) Die Bereitschaft des Untergebrachten, an der Erreichung des Vollzugszieles mitzuwirken, soll geweckt werden; sein Verantwortungsbewußtsein für ein geordnetes Zusammenleben ist zu fördern.

(3) Dem Untergebrachten soll im Rahmen des Möglichen Mitverantwortung für Angelegenheiten von gemeinsamem Interesse übertragen werden“.

Besonders wichtig erscheint der in § 13 vorgesehene Behandlungs- und Eingliederungsplan. Er lautet:

„(1) Unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, des Alters, des Entwicklungsstandes und der Lebensverhältnisse des Unterge-

brachten ist unverzüglich ein Behandlungs- und Eingliederungsplan aufzustellen. Er soll namentlich Angaben enthalten über

- die medizinische Behandlung,
- die Form des Vollzugs,
- die Zuweisung zu bestimmten Behandlungsgruppen,
- den Einsatz bei der Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie,
- medizinische und berufliche Eingliederungsmaßnahmen,
- Beteiligung an Unterrichtsveranstaltungen,
- andere, namentlich psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen und
- Lockerungen und Beurlaubungen.

(2) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan soll mit dem gesetzlichen Vertreter und dem Untergebrachten erörtert werden.

(3) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan ist im Abstand von längstens 6 Monaten zu überprüfen und der weiteren Entwicklung des Untergebrachten anzupassen".

Der Primat des Behandlungsauftrages wird erkennbar etwa aus in § 14 enthaltenen differenzierten Forderungen nach individueller Behandlung, aus § 15 mit dem Hinweis auf die Zurverfügungstellung psychotherapeutischer Möglichkeiten (selbstverständlich auf realistischer Indikationsgrundlage!) oder aus § 16 mit der Erörterung der pädagogischen und speziell auch heilpädagogischen Notwendigkeiten.

Arbeits- und Beschäftigungstherapie, berufliche Eingliederung und Entlassungsvorbereitungen sind ebenso berücksichtigt wie Arbeitsentlohnung, Taschengeld, Recht auf Schriftwechsel und gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen.

Für wesentlich halte ich aus der praktischen Erfahrung der Maßregelvollzugseinrichtungen heraus den vorgesehenen Abbau des komplizierten Gnadenweges und die Regelung klarer Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Hier ist eine weitgehende Verlagerung der Verantwortung auf die Ebene der Krankenhausleitungen vorgesehen.

Es erscheint auch durch solche Regelungen möglich, in einem nicht unwesentlichen Bereich Spannungen zwischen den beiden auf eine gedeihliche Zusammenarbeit angewiesene Nachbardisziplin abzubauen. Abschließend möchte ich noch erwähnen, daß der Festlegung des § 14, der die notwendige ärztliche Behandlung zur Erreichung des Vollzugszieles regelt, sehr eingehende multidisziplinäre Diskussionen

vorausgegangen sind. Seine jetzige Fassung, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch bei der Novellierung der Unterbringungsgesetze einiger Bundesländer Berücksichtigung finden wird, lautet:

„(1) Der Untergebrachte erhält eine auf die Erreichung der Vollzugsziele ausgerichtete ärztliche Behandlung; die Behandlung schließt die notwendige Untersuchung ein. Einer Einwilligung des Untergebrachten in die Behandlung bedarf es, soweit sie zur Erreichung der Vollzugsziele geboten ist, außer in den Fällen des Absatzes 2 nicht.

(2) Handelt es sich bei der ärztlichen Behandlung um einen operativen Eingriff oder ist sie mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben des Untergebrachten verbunden, so darf sie nur mit Einwilligung des Untergebrachten und nur dann vorgenommen werden, wenn sie nicht außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg steht.

(3) Ist der Untergebrachte in den Fällen des Absatzes 2 nicht fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen oder seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, so ist die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters maßgebend. Besitzt der Untergebrachte zwar die in Satz 1 genannten Fähigkeiten, ist er aber minderjährig, wegen Geisteskrankheiten oder Geistesschwäche entmündigt oder nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches unter vorläufige Vormundschaft gestellt, so ist neben der Einwilligung des Untergebrachten die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich.

(4) In den Fällen des Absatzes 3 darf die Behandlung nur mit Genehmigung der Strafvollstreckungskammer oder des Vollstreckungsleiters (§ 82 Abs. 1 des Jugendgerichtsgesetzes) vorgenommen werden.

(5) Die Einwilligung in eine Behandlung, welche die Persönlichkeit des Untergebrachten in ihrem Kernbereich verändern würde, ist unwirksam.“

Lassen Sie mich zusammenfassen:

Der Entwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes ist — wie seine Schöpfer hoffen — vom Geist echter Fürsorge getragen, dient in realistischer Einschätzung der Gegebenheiten dem Ziel einer weitestmöglichen Wiedereingliederung psychisch kranker Straftäter in die Gesellschaft oder soll wenigstens den relativ wenigen, nur noch bedingt oder gar nicht mehr Therapierbaren, Lebensbedingungen in Einrichtungen ver-

schaffen, die dem Grundsatz der Humanität gerecht werden und eine differenzierte Unterbringung zulassen, ohne die Sicherungsprobleme auszuklammern.

Der Entwurf mag von einigen Kritikern als zu perfektionistisch abgetan werden. Diesem Vorwurf halten die Angehörigen unserer Arbeitsgruppe entgegen, daß die noch vorhandenen Mißstände nicht durch pauschale unverbindliche Absichtserklärungen, sondern nur durch konkrete für jedermann verständliche Rechtsverpflichtungen beseitigt werden können. Die Arbeitsgruppe hofft, daß einem wenigstens in den Grundsätzen einheitlichen Maßregelvollzug in der Bundesrepublik Deutschland durch den vorliegenden Entwurf die erforderliche rechtliche Grundlage gegeben werden kann. Sie erwartet darüber hinaus, daß damit ein weiterer realistischer Schritt getan wird, damit die sich abzeichnenden, bzw. schon weitgehend vollzogenen, Verbesserungen in der stationären Versorgung psychisch Kranker auch in die Maßregelvollzugseinrichtungen einbezogen werden können.

Rechtsvorschriften über die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt

Rechtsvorschriften

I Unterbringung nach dem Strafrecht

	Seite
A Strafgesetzbuch (StGB) : §§ 20, 21, 56 c Abs. 3, 61 bis 65, 67 bis 67 g, 71, 72, 330 b	91
B Strafprozeßordnung (StPO) : §§ 80 a, 81, 126 a, 246 a, 268a, 331, 358, 373, 463	99
C Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) : §§24, 74, 171 a	104
D Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch (EGStGB) : Artikel 301, 302, 306,312,314	107
E Gesetz über das Inkrafttreten der Vorschriften über die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt	109
F Jugendgerichtsgesetz (JGG): §§ 3, 5, 7, 10 Abs. 2, 39 Abs. 2, 40 Abs. 1, 73	

II Unterbringung nach bürgerlichem Recht (BGB)

A Unterbringung durch den Vormund oder Pfleger: §§1800, 1896, 1897, 1901, 1906, 1910, 1915 BGB. § 55 a Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit.	112
B Unterbringung durch den Vormundschaftsrichter : §§1693, 1846 BGB. §§ 36, 43, 44 Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit	115

III Unterbringung nach Landesrecht

BADEN-WÜRTTEMBERG: Gesetz über die Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken vom 16. Mai 1955 (GBL Seite 87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. Juli 1972 (GBl. Seite 400).

BAYERN: Gesetz über die Verwahrung geisteskranker, geisteschwacher, rauschgift- und alkoholsüchtiger Personen (Verwahrungsgesetz) vom 30. April 1952 (BayBS I Seite 435), geändert durch Ges. vom 23. Juli 1970 (GVBl. Seite 302).

BERLIN: Gesetz über die Unterbringung von Geisteskranken und Süchtigen {Unterbringungsgesetz — UntGes —} vom 5. Juni 1958 (GVBl. Seite 521).

BREMEN: Gesetz über die Unterbringung von Geisteskranken, Geisteschwachen und Süchtigen (Unterbringungsgesetz) vom 16. Oktober 1962 (GBl. Seite 203).

HAMBURG: Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) vom 14. 9. 1977.

HESSEN: Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen vom 19. Mai 1952 (GVBl. Seite 111), zuletzt geändert durch Ges. vom 15. Juli 1970 (GVBl. I Seite 411).

NIEDERSACHSEN: Niedersächsisches Gesetz über Hufen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds. PsychKG) vom 30. Mai 1978.

NORDRHEIN-WESTFALEN: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen der psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GVNW Seite 872), geändert durch Gesetz vom 3. Dezember 1974 (GVNW Seite 1504).

RHEINLAND-PFALZ: Landesgesetz über die Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken (Unterbringungsgesetz -UntGes -) vom 19. Februar 1959 (GVBl. Seite 91, ber. Seite 114),

SAARLAND: Gesetz Nr. 896 über die Unterbringung von psychisch Kranken und Süchtigen (Unterbringungsgesetz) vom 10. Dezember 1969 (AB1.1970 Seite 22).

SCHLESWIG-HOLSTEIN: Gesetz über die Unterbringung von psychisch Kranken und Süchtigen vom 26. August 1958 (GVOBl. Seite 271).

IV Unterbringung zur Beobachtung im Verfahren zur Entmündi-

gung (ZPO)

S. 117

§§ 655, 656 ZPO.

V Sonstige Vorschriften über die Unterbringung; Nebenfolgen der Unterbringung nach Bundesrecht

S. 118

§ 13 Bundeswahlgesetz (BWG)

§ 10 Gesetz über den unmittelbaren Zwang bei der Ausübung öffentlicher Gewalt durch Vollzugsbeamte des Bundes

§ 12 Wehrpflichtgesetz

§11 Zivildienstgesetz

§§60,111 Bundesdisziplinarordnung

§ 10 Ausländergesetz
§ 117 Bundesrechtsanwaltsordnung
§ 99 Patentanwaltsordnung
§ 61 Steuerberatungsgesetz
§82 Wirtschaftsprüferordnung
§81 Wehrdisziplinarordnung
§ 287 Lastenausgleichsgesetz
§ 96 Handwerksordnung
§ 16 Selbstverwaltungsgesetz
§§ 71, 71 a Bundesversorgungsgesetz
§ 10 Justizverwaltungskostenordnung

Ausgewählte Gesetzestexte

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

i. d. F. der Bekanntmachung vom 2. Januar 1975 (BGBl. I S. 1)

§ 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

§ 56c Weisungen

(1) Das Gericht erteilt dem Verurteilten für die Dauer der Bewährungszeit Weisungen, wenn er dieser Hilfe bedarf, um keine Straftaten mehr zu begehen. Dabei dürfen an die Lebensführung des Verurteilten keine unzumutbaren Anforderungen gestellt werden.

(2) Das Gericht kann den Verurteilten namentlich anweisen,

1. Anordnungen zu befolgen, die sich auf Aufenthalt, Ausbildung, Arbeit oder Freizeit oder auf die Ordnung seiner wirtschaftlichen Verhältnisse beziehen,
2. sich zu bestimmten Zeiten bei Gericht oder einer anderen Stelle zu melden,
3. mit bestimmten Personen oder mit Personen einer bestimmten Gruppe, die ihm Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können, nicht zu verkehren, sie nicht zu beschäftigen, auszubilden oder zu beherbergen,
4. bestimmte Gegenstände, die ihm Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können, nicht zu besitzen, bei sich zu führen oder verwahren zu lassen oder
5. Unterhaltspflichten nachzukommen.

(3) Die Weisung,

1. sich einer Heilbehandlung oder einer Entziehungskur zu unterziehen oder
 2. in einem geeigneten Heim oder einer geeigneten Anstalt Aufenthalt zu nehmen,
- darf nur mit Einwilligung des Verurteilten erteilt werden.

(4) Macht der Verurteilte entsprechende Zusagen für seine künftige Lebensführung, so sieht das Gericht in der Regel von Weisungen vorläufig ab, wenn die Einhaltung der Zusagen zu erwarten ist.

Sechster Titel : Maßregeln der Besserung und Sicherung

§ 61 Übersicht

Maßregeln der Besserung und Sicherung sind

1. die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus,
2. die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt,
- 3.* die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt,
4. die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung,
5. die Führungsaufsicht,
6. die Entziehung der Fahrerlaubnis,
7. das Berufsverbot.

§ 62 Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

Eine Maßregel der Besserung und Sicherung darf nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht.

— Freiheitsentziehende Maßregeln —

§ 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

(1) Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

(2)** Das Gericht ordnet jedoch die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt an, wenn die Voraussetzungen des § 65 Abs. 3 vorliegen.

§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen

* Die Vorschriften über die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt und die Überweisung in den Vollzug dieser Maßregel treten erst am 1. 1. 1985 in Kraft; vgl. Art. 7 Zweites Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 4. 7. 1969 (BGBl. I S. 717) mit Änderung durch Gesetz über das Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 30. 7. 1973 (BGBl. I S. 909) und § 1 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104).

** Die Vorschriften des § 63 Abs. 2 und des § 65 über die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt und die Überweisung in den Vollzug dieser Maßregel treten erst am 1. 1. 1985 in Kraft; vgl. Art. 7 Zweites Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 4. 7. 1969 (BGBl. I S. 717) mit Änderung durch Gesetz über das Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 30. 7. 1973 (BGBl. I S. 909), Art. 18 IV Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) und § 1 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104).

Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird,

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

§ 65* Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt.

(1) ¹ Das Gericht ordnet die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt neben der Strafe an, wenn

1. der Täter eine schwere. Persönlichkeitsstörung aufweist und wegen einer vorsätzlichen Straftat zu einer zeitigen Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verurteilt wird, nachdem er wegen vorsätzlicher Straftaten, die er vor der neuen Tat begangen hat, schon zweimal jeweils zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt worden ist und wegen einer oder mehrerer dieser Taten vor der neuen Tat für die Zeit von mindestens einem Jahr Strafe verbüßt oder sich im Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befunden hat, und die Gefahr besteht, daß er weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, oder
2. der Täter wegen einer vorsätzlichen Straftat, die auf seinen Geschlechts-Trieb zurückzuführen ist, zu einer zeitigen Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt wird und die Gefahr besteht, daß er im Zusammenhang mit seinem Geschlechtstrieb weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

² Die Unterbringung wird nur dann angeordnet, wenn nach dem Zustand des Täters die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen einer ärztlich geleiteten sozialtherapeutischen Anstalt zu seiner Resozialisierung angezeigt sind.

(2) Wird jemand wegen einer vor Vollendung des siebenundzwanzigsten Lebensjahres begangenen vorsätzlichen Straftat zu zeitiger Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt, so ordnet das Gericht neben der Strafe die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalten, wenn

1. der Täter vor dieser Tat, aber nach Vollendung des sechzehnten Lebensjahres, zwei vorsätzliche, erhebliche Straftaten begangen hat, derentwegen Fürsorgeerziehung angeordnet oder Freiheitsstrafe verhängt worden ist,
2. vor der letzten Tat mindestens für die Zeit von einem Jahr Fürsorgeerziehung in einem Heim durchgeführt oder Freiheitsstrafe vollzogen worden ist und
3. die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten die Gefahr erkennen läßt, daß er sich zum Hangtäter entwickeln wird.

* Siehe Anm. bei § 63 Abs. II.

(3) Liegen bei einem Täter die Voraussetzungen des § 63 Abs. 1 vor, so ordnet das Gericht statt der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt an, wenn nach dem Zustand des Täters die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hufen dieser Anstalt zu seiner Resozialisierung besser geeignet sind als die Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus.

(4) ¹ In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und des Absatzes 2 gilt § 48 Abs. 3, 4 sinngemäß. ² In den Fällen des Absatzes 2 bleibt die Durchführung der Fürsorgeerziehung außer Betracht, wenn zwischen ihrer Aufhebung und der folgenden Tat mehr als zwei Jahre verstrichen sind; in die Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist.

(5) Eine Tat, die außerhalb des räumlichen Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeurteilt worden ist, steht einer innerhalb dieses Bereichs abgeurteilten Tat gleich, wenn sie nach deutschem Strafrecht eine vorsätzliche Tat wäre.

§ 67 Reihenfolge der Vollstreckung

(1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt* nach den §§ 63 bis 65 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen.

(2) Das Gericht bestimmt jedoch, daß die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird.

(3) Das Gericht kann eine Anordnung nach Absatz 2 nachträglich treffen, ändern oder aufheben, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

(4) Wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen, so wird die Zeit des Vollzuges der Maßregel auf die Strafe angerechnet.

(5) ¹ Wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen, so kann das Gericht die Vollstreckung des Strafrestes auch dann nach § 57 Abs. 1 zur Bewährung aussetzen, wenn noch nicht zwei Drittel der verhängten Strafe durch die Anrechnung erledigt sind. ² Wird der Strafrest nicht ausgesetzt, so wird der Vollzug der Maßregel fortgesetzt; das Gericht kann jedoch den Vollzug der Strafe anordnen, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

§ 67 a Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel

(1) Ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt* angeordnet worden, so kann das Gericht nachträglich den Täter in den Vollzug einer der beiden anderen Maßregeln überweisen, wenn die Resozialisierung des Täters dadurch besser gefördert werden kann.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 kann das Gericht nachträglich auch einen Täter, gegen den Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist, in den Vollzug einer der in Absatz 1 genannten Maßregeln überweisen.

* s. Anm. bei § 63 Abs. II.

(3) ¹ Das Gericht kann eine Entscheidung nach den Absätzen 1 und 2 ändern oder aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, daß die Resozialisierung des Täters dadurch besser gefördert werden kann. ² Eine Entscheidung nach Absatz 2 kann das Gericht ferner aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, daß mit dem Vollzug der in Absatz 1 genannten Maßregeln kein Erfolg erzielt werden kann.

(4) Die Fristen für die Dauer der Unterbringung und die Überprüfung richten sich nach den Vorschriften, die für die im Urteil angeordnete Unterbringung gelten.

§ 67 b Aussetzung zugleich mit der Anordnung

(1) ¹ Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt* an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, daß der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. ² Die Aussetzung unterbleibt, wenn der Täter noch Freiheitsstrafe zu verbüßen hat, die gleichzeitig mit der Maßregel verhängt und nicht zur Bewährung ausgesetzt wird.

(2) Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

§ 67c Späterer Beginn der Unterbringung

(1) ¹ Wird eine Freiheitsstrafe vor einer zugleich angeordneten Unterbringung vollzogen, so prüft das Gericht vor dem Ende des Vollzugs der Strafe, ob der Zweck der Maßregel die Unterbringung noch erfordert. ² Ist das nicht der Fall, so setzt es die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus; mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

(2) ¹ Hat der Vollzug der Unterbringung drei Jahre nach Rechtskraft ihrer Anordnung noch nicht begonnen und liegt ein Fall des Absatzes 1 oder des § 67 b nicht vor, so darf die Unterbringung nur noch vollzogen werden, wenn das Gericht es anordnet. ² In die Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist, ³ Das Gericht ordnet den Vollzug an, wenn der Zweck der Maßregel die Unterbringung noch erfordert. ⁴ Ist der Zweck der Maßregel nicht erreicht, rechtfertigen aber besondere Umstände die Erwartung, daß er auch durch die Aussetzung erreicht werden kann, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus; mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein. ⁵ Ist der Zweck der Maßregel erreicht, so erklärt das Gericht sie für erledigt.

*Die Vorschriften über die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt und die Überweisung in den Vollzug dieser Maßregel treten erst am 1. 1. 1985 in Kraft; vgl. Art. 7 Zweites Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 4. 7. 1969 (BGBl. I S. 717) mit Änderung durch Gesetz über das Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 30. 7. 1973 (BGBl. I S. 909), Art. 18 IV Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) und § 1 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104).

§ 67 d Dauer der Unterbringung

- (1) ¹ Es dürfen nicht übersteigen
die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt zwei Jahre,
die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65
Abs. 1, 2* fünf Jahre und
die erste Unterbringung in der Sicherungsverwahrung zehn Jahre.

² Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. ³ Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzuges der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) ¹ Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.² Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

(3) ¹ Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. ² Die Maßregel ist damit erledigt.

(4) Wird der Untergebrachte wegen Ablaufs der Höchstfrist für die erste Unterbringung in der Sicherungsverwahrung entlassen, so tritt Führungsaufsicht ein.

§ 67e Überprüfung

(1) ¹ Das Gericht kann jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen ist. ² Es muß dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen.

(2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt sechs Monate,
in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer sozialtherapeutischen Anstalt * ein Jahr, in der Sicherungsverwahrung zwei Jahre.

(3) ¹ Das Gericht kann die Fristen kürzen. ² Es kann im Rahmen der gesetzlichen Prüfungsfristen auch Fristen festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag auf Prüfung unzulässig ist.

(4) ¹ Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. ² Lehnt das Gericht die Aussetzung ab, so beginnen die Fristen mit der Entscheidung von neuem.

*Die Vorschriften über die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt und die Überweisung in den Vollzug dieser Maßregel treten erst am 1. 1. 1985 in Kraft; vgl. Art. 7 Zweites Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 4. 7. 1969 (BGBl. I S. 717) mit Änderung durch Gesetz über das Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 30. 7. 1973 (BGBl. I S. 909), Art. 18 IV Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3.1974 (BGBl. I S. 469) und § 1 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104).

§ 67f Mehrfache Anordnung der gleichen Maßregel

Ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt oder in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65 Abs. 1, 2* an, so ist eine frühere Anordnung der gleichen Maßregel erledigt.

§ 67g Widerruf der Aussetzung

(1) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung, wenn der Verurteilte

1. während der Dauer der Führungsaufsicht eine rechtswidrige Tat begeht,
2. gegen Weisungen gröblich oder beharrlich verstößt oder
3. sich der Aufsicht und Leitung des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht

und sich daraus ergibt, daß der Zweck der Maßregel seine Unterbringung erfordert

(2) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung nach den §§ 63, 64 und 65 Abs. 3 * auch dann, wenn sich während der Dauer der Führungsaufsicht ergibt, daß von dem Verurteilten infolge seines Zustandes rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb der Zweck der Maßregel seine Unterbringung erfordert,

(3) Das Gericht widerruft die Aussetzung ferner, wenn Umstände, die ihm während der Dauer der Führungsaufsicht bekannt werden und zur Versagung der Aussetzung geführt hätten, zeigen, daß der Zweck der Maßregel die Unterbringung des Verurteilten erfordert.

(4) Die Dauer der Unterbringung vor und nach dem Widerruf darf insgesamt die gesetzliche Höchstfrist der Maßregel nicht übersteigen.

(5) Widerruft das Gericht die Aussetzung der Unterbringung nicht, so ist die Maßregel mit dem Ende der Führungsaufsicht erledigt.

§ 71 Selbstständige Anordnung

(1) Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer Entziehungsanstalt oder in einer sozialtherapeutischen Anstalt* kann das Gericht auch selbständig anordnen, wenn das Strafverfahren wegen Schuldunfähigkeit oder Verhandlungsunfähigkeit des Täters undurchführbar ist.

(2) Dasselbe gilt für die Entziehung der Fahrerlaubnis und das Berufsverbot.

§ 72 Verbindung von Maßregeln

(1) ¹ Sind die Voraussetzungen für mehrere Maßregeln erfüllt, ist aber der erstrebte Zweck durch einzelne von ihnen zu erreichen, so werden nur sie

* Die Vorschriften über die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt und die Überweisung in den Vollzug dieser Maßregel treten erst am 1. 1. 1985 in Kraft; vgl. Art. 7 Zweites Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 4. 7. 1969 (BGBl. I S. 717) mit Änderung durch Gesetz über das Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 30. 7. 1973 (BGBl. I S. 909), Art. 18 IV Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2.3. 1974 (BGBl. I S. 469) und § 1 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104).

angeordnet. ² Dabei ist unter mehreren geeigneten Maßregeln denen der Vorzug zu geben, die den Täter am wenigsten beschweren.

(2) Im übrigen werden die Maßregeln nebeneinander angeordnet, wenn das Gesetz nichts anderes bestimmt.

(3) ¹ Werden mehrere freiheitsentziehende Maßregeln angeordnet, so bestimmt das Gericht die Reihenfolge der Vollstreckung. ² Vor dem Ende des Vollzugs einer Maßregel ordnet das Gericht jeweils den Vollzug der nächsten an, wenn deren Zweck die Unterbringung noch erfordert. ³ § 67 c Abs. 2 Satz 4, 5 ist anzuwenden.

§ 330 b Gefährdung einer Entziehungskur

Wer wissentlich einem anderen, der auf Grund behördlicher Anordnung oder ohne seine Einwilligung zu einer Entziehungskur in einer Anstalt untergebracht ist, ohne Erlaubnis des Anstaltsleiters oder seines Beauftragten alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel verschafft oder überläßt oder ihn zum Genuß solcher Mittel verleitet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Auszug aus der Strafprozeßordnung (StPO)

i.d. F. der Bekanntmachung vom 7. Januar 1975 (BGBl. I S. 129, ber. S.650),
geändert durch Ges. vom 25. Juli 1975 (BGBl. I S. 1973, ber. S. 2464).

§ 80 a* (Zuziehung im Vorverfahren)

Ist damit zu rechnen, daß die Unterbringung des Beschuldigten in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet werden wird, so soll schon im Vorverfahren einem Sachverständigen Gelegenheit zur Vorbereitung des in der Hauptverhandlung zu erstattenden Gutachtens gegeben werden.

§ 81 ** (Unterbringung zur Beobachtung des Beschuldigten)

(1) Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den psychischen Zustand des Beschuldigten kann das Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen und des Verteidigers anordnen, daß der Beschuldigte in ein öffentliches psychiatrisches Krankenhaus gebracht und dort beobachtet wird.

* § 80 a ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5. Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„§ 80 a

Ist damit zu rechnen, daß die Unterbringung des Beschuldigten in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt, einer sozialtherapeutischen Anstalt oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet werden wird, so soll schon im Vorverfahren einem Sachverständigen Gelegenheit zur Vorbereitung des in der Hauptverhandlung zu erstattenden Gutachtens gegeben werden.“

** § 81 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„§ 81

(1) ¹ Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den psychischen Zustand des Beschuldigten kann das Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen und des Verteidigers anordnen, daß der Beschuldigte in ein öffentliches psychiatrisches Krankenhaus gebracht und dort beobachtet wird. ² Das Gericht kann auch anordnen, daß der Beschuldigte in eine sozialtherapeutische Anstalt gebracht und dort beobachtet wird, wenn die Unterbringung in einer solchen Anstalt in Betracht kommt.

(2) Vor der Anordnung der Beobachtung in einer sozialtherapeutischen Anstalt ist die Anstalt zu hören.

(3) ¹ Das Gericht trifft die Anordnung nach Absatz 1 nur, wenn der Beschuldigte der Tat dringend verdächtig ist. ² Das Gericht darf diese Anordnung nicht treffen, wenn sie zu der Bedeutung der Sache und der zu erwartenden Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung außer Verhältnis steht.

(4) Im vorbereitenden Verfahren entscheidet das Gericht, das für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständig wäre.

(5) ¹ Gegen den Beschluß ist sofortige Beschwerde zulässig. 'Sie hat aufschiebende Wirkung.

(6) Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach Absatz 1 darf die Dauer von insgesamt sechs Wochen nicht überschreiten.“

(2) ¹ Das Gericht trifft die Anordnung nach Absatz 1 nur, wenn der Beschuldigte der Tat dringend verdächtig ist.² Das Gericht darf diese Anordnung nicht treffen, wenn sie zu der Bedeutung der Sache und der zu erwartenden Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung außer Verhältnis steht

(3) Im vorbereitenden Verfahren entscheidet das Gericht, das für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständig wäre.

(4) ¹ Gegen den Beschluß ist sofortige Beschwerde zulässig. ²Sie hat auf schiebende Wirkung.

(5) Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach Absatz I darf die Dauer von insgesamt sechs Wochen nicht überschreiten.

§ 126 a (Einstweilige Unterbringung)

(1)* Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und daß seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

(2) ¹ Für die einstweilige Unterbringung gelten die §§ 114 bis 115 a, 117 bis 119, 125 und 126 entsprechend. ² Hat der Unterzubringende einen gesetzlichen Vertreter, so ist der Beschluß auch diesem bekanntzugeben.

(3) ¹ Der Unterbringungsbefehl ist aufzuheben, wenn die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung nicht mehr vorliegen oder wenn das Gericht im Urteil die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht anordnet. ** ² Durch die Einlegung eines Rechtsmittels darf die Freilassung nicht aufgehoben werden, ³§ 120 Abs. 3 gilt entsprechend.

*§ 126 a Abs. 1 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„(1) ¹ Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und daß seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. ² Die einstweilige Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt soll jedoch nur angeordnet werden, wenn dies aus besonderen Gründen angezeigt ist; vor der Anordnung soll die sozialtherapeutische Anstalt gehört werden.“

**§ 126 a Abs. 3 Satz 1 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„Der Unterbringungsbefehl ist aufzuheben, wenn die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung nicht mehr vorliegen oder wenn das Gericht im Urteil die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt nicht anordnet.“

§ 246 a [Ärztlicher Sachverständiger]

¹Ist damit zu rechnen, daß die Unterbringung des Angeklagten in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet werden wird, so ist in der Hauptverhandlung ein Sachverständiger über den Zustand des Angeklagten und die Behandlungsaussichten zu vernehmen.^{*2} Hat der Sachverständige den Angeklagten nicht schon früher untersucht, so soll ihm dazu vor der Hauptverhandlung Gelegenheit gegeben werden.

§ 268 a [Strafaussetzung zur Bewährung]

(1) Wird in dem Urteil die Strafe zur Bewährung ausgesetzt oder der Angeklagte mit Strafvorbehalt verwarnt, so trifft das Gericht die in den §§ 56 a bis 56 d und 59 a des Strafgesetzbuches bezeichneten Entscheidungen durch Beschluß; dieser ist mit dem Urteil zu verkünden.

(2) Absatz 1 gut entsprechend, wenn in dem Urteil eine Maßregel der Besserung und Sicherung zur Bewährung ausgesetzt oder neben der Strafe Führungsaufsicht angeordnet wird und das Gericht Entscheidungen nach den §§ 68 a bis 68 c des Strafgesetzbuches trifft.

(3) Der Vorsitzende belehrt den Angeklagten über die Bedeutung der Aussetzung der Strafe oder Maßregel zur Bewährung, der Verwarnung mit Strafvorbehalt oder der Führungsaufsicht, über die Dauer der Bewährungszeit oder der Führungsaufsicht, über die Auflagen und Weisungen sowie über die Möglichkeit des Widerrufs der Aussetzung oder der Verurteilung zu der vorbehaltenen Strafe (§ 56 f Abs. 1, §§ 59 b, 67g Abs. 1 des Strafgesetzbuches), Erteilt das Gericht dem Angeklagten Weisungen nach § 68 b Abs. 1 des Strafgesetzbuches, so belehrt der Vorsitzende ihn auch über die Möglichkeit einer Bestrafung nach § 145 a des Strafgesetzbuches. Die Belehrung ist in der Regel im Anschluß an die Verkündung des Beschlusses nach den Absätzen 1 oder 2 zu erteilen. Wird die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zur Bewährung ausgesetzt, so kann der Vorsitzende von der Belehrung über die Möglichkeit des Widerrufs der Aussetzung absehen.

§ 331 [Verbot der reformatio in peius]

(1) Das Urteil darf in Art und Höhe der Rechtsfolgen der Tat nicht zum Nachteil des Angeklagten geändert werden, wenn lediglich der Angeklagte zu seinen Gunsten, die Staatsanwaltschaft oder sein gesetzlicher Vertreter Berufung eingelegt hat.

* § 246 a Satz 1 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„Ist damit zu rechnen, daß die Unterbringung des Angeklagten in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt, einer sozialtherapeutischen Anstalt oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet werden wird, so ist in der Hauptverhandlung ein Sachverständiger über den Zustand des Angeklagten und die Behandlungsaussichten zu vernehmen.“

(2) * Diese Vorschrift steht der Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht entgegen.

§ 358 [Bindung des Untergerichts; Verbot der reformatio in peius]

(1) Das Gericht, an das die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung verwiesen ist, hat die rechtliche Beurteilung, die der Aufhebung des Urteils zugrunde gelegt ist, auch seiner Entscheidung zugrunde zu legen.

(2) ¹ Das angefochtene Urteil darf in Art und Höhe der Rechtsfolgen der Tat nicht zum Nachteil des Angeklagten geändert werden, wenn lediglich der Angeklagte, zu seinen Gunsten, die Staatsanwaltschaft oder sein gesetzlicher Vertreter Revision eingelegt hat,² Diese Vorschrift steht der Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht entgegen.**

§ 373 [Urteil nach erneuter Hauptverhandlung; Verbot der reformatio in peius]

(1) In der erneuten Hauptverhandlung ist entweder das frühere Urteil aufrechtzuerhalten oder unter seiner Aufhebung anderweit in der Sache zu erkennen.

(2) ¹ Das frühere Urteil darf in Art und Höhe der Rechtsfolgen der Tat nicht zum Nachteil des Verurteilten geändert werden, wenn lediglich der Verurteilte, zu seinen Gunsten die Staatsanwaltschaft oder sein gesetzlicher Vertreter die Wiederaufnahme des Verfahrens beantragt hat. ² Diese Vorschrift steht der Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht entgegen.***

§ 463 [Vollstreckung von Maßregeln der Besserung und Sicherung]

(1) Die Vorschriften über die Strafvollstreckung gelten für die Vollstreckung von Maßregeln der Besserung und Sicherung sinngemäß, soweit nichts anderes bestimmt ist.

* § 331 Abs. 2 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„(2) Diese Vorschrift steht der Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65 Abs. 3 des Strafgesetzbuches nicht entgegen.“

** § 358 Abs. 2 Satz 2 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„Diese Vorschrift steht der Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65 Abs. 3 des Strafgesetzbuches nicht entgegen.“

*** § 373 Abs. 2 Satz 2 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„Diese Vorschrift steht der Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65 Abs. 3 des Strafgesetzbuches nicht entgegen.“

(2) § 453 gilt auch für die nach den §§ 68 a bis 68 d des Strafgesetzbuches zu treffenden Entscheidungen.

(3) ¹ § 454 gilt auch für die nach § 67 c Abs. 1, §- 67 d Abs. 2, § 67 c Abs. 3, den §§ 68 e, 68 f Abs. 2 und § 72 Abs. 3 des Strafgesetzbuches zu treffenden Entscheidungen.
² In den Fällen des § 68 c des Strafgesetzbuches bedarf es einer mündlichen Anhörung des Verurteilten nicht.

(4) ¹ § 455 Abs. 1 ist nicht anzuwenden, wenn die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet ist. ² Ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet worden und verfällt der Verurteilte in Geisteskrankheit, so kann die Vollstreckung der Maßregel aufgeschoben werden.* ³§ 456 ist nicht anzuwenden, wenn die Unterbringung des Verurteilten in der Sicherungsverwahrung angeordnet ist.

(5) § 462 gilt auch für die nach § 67 Abs. 3, Abs. 5 Satz 2, den §§ 67 a, 67 c Abs. 2, den §§ 67 g, 69 a Abs. 7, den §§ 70 a und 70 b des Strafgesetzbuches zu treffenden Entscheidungen.

(6) Für die Anwendung des § 462 a Abs. 1 steht die Führungsaufsicht in den Fällen des § 67 c Abs. 1, des § 67 d Abs. 2, 4 und des § 68 f des Strafgesetzbuches der Aussetzung eines Strafrestes gleich.

* § 463 Abs. 4 Satz 2 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 2 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„Ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, einer sozialtherapeutischen Anstalt oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet worden und verfällt der Verurteilte in Geisteskrankheit, so kann die Vollstreckung der Maßregel aufgeschoben werden.“

Auszug aus dem Gerichtsverfassungsgesetz (OVG)

i. d. F. der Bekanntmachung vom 9. Mai 1975 (BGBl. I S. 1077)

§ 24* [Zuständigkeit in Strafsachen]**

(1) In Strafsachen sind die Amtsgerichte zuständig, wenn nicht

1. die Zuständigkeit des Landgerichts nach § 74 Abs. 2 oder § 74 a oder des Oberlandesgerichts nach § 120 begründet ist;
2. im Einzelfall eine höhere Strafe als drei Jahre Freiheitsstrafe oder die Unterbringung des Beschuldigten in einem psychiatrischen Krankenhaus, allein oder neben einer Strafe, oder in der Sicherungsverwahrung zu erwarten ist oder
3. die Staatsanwaltschaft wegen der besonderen Bedeutung des Falles Anklage beim Landgericht erhebt.

(2) Das Amtsgericht darf nicht auf eine höhere Strafe als drei Jahre Freiheitsstrafe und nicht auf die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, allein oder neben einer Strafe, oder in der Sicherungsverwahrung erkennen.

§ 74 [Zuständigkeit in Strafsachen in 1. und 2. Instanz]

(1) Die Strafkammern sind als erkennende Gerichte des ersten Rechtszuges zuständig für alle Verbrechen, die nicht zur Zuständigkeit des Amtsgerichts oder des Oberlandesgerichts gehören.² Sie sind auch zuständig für alle Straftaten, bei denen eine höhere Strafe als drei Jahre Freiheitsstrafe oder die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, allein oder neben einer Strafe, oder in der Sicherungsverwahrung zu erwarten ist oder bei denen

*** § 24 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 3 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch Art. 8 Nr. V Erstes Gesetz zur Reform des Strafverfahrens rechts vom 9. 12. 1974 (BGBl. I S. 3393) und § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1.1. 1985 gilt folgende Fassung:

„§24

(1) In Strafsachen sind die Amtsgerichte zuständig, wenn nicht

1. die Zuständigkeit des Landgerichts nach § 74 Abs. 2 oder § 74 a oder des Oberlandesgerichts nach § 120 begründet ist,
2. im Einzelfall eine höhere Strafe als drei Jahre Freiheitsstrafe oder die Unterbringung des Beschuldigten in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer sozialtherapeutischen Anstalt, allein oder neben einer Strafe, oder in der Sicherungsverwahrung zu erwarten ist oder
3. die Staatsanwaltschaft wegen der besonderen Bedeutung des Falles Anklage beim Landgericht erhebt.

(2) Das Amtsgericht darf nicht auf eine höhere Strafe als drei Jahre Freiheitsstrafe und nicht auf die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer sozialtherapeutischen Anstalt, allein oder neben einer Strafe, oder in der Sicherungsverwahrung erkennen."

die Staatsanwaltschaft wegen der besonderen Bedeutung des Falles Anklage beim Landgericht erhebt (§ 24 Abs. 1 Nr. 3).*

(2) ¹ Für die Verbrechen

1. des sexuellen Mißbrauchs von Kindern mit Todesfolge (§ 176 Abs. 4 des Strafgesetzbuches),
2. der Vergewaltigung mit Todesfolge (§ 177 Abs. 3 des Strafgesetzbuches),
3. der sexuellen Nötigung mit Todesfolge (§ 178 Abs. 3 des Strafgesetzbuches),
4. des Mordes (§ 211 des Strafgesetzbuches),
5. des Totschlags (§ 212 des Strafgesetzbuches),
6. der Kindstötung (§ 217 des Strafgesetzbuches),
7. der Aussetzung mit Todesfolge (§ 221 Abs. 3 letzter Halbsatz des Strafgesetzbuches),
8. der Körperverletzung mit Todesfolge (§ 226 des Strafgesetzbuches),
9. der Vergiftung mit Todesfolge (§ 229 Abs. 2 letzter Halbsatz des Strafgesetzbuches),
10. der Freiheitsberaubung mit Todesfolge (§ 239 Abs. 3 des Strafgesetzbuches),
11. des erpresserischen Menschenraubes mit Todesfolge (§ 239 a Abs. 2 des Strafgesetzbuches),
12. der Geiselnahme mit Todesfolge (§ 239 b Abs. 2 in Verbindung mit § 239 a Abs. 2 des Strafgesetzbuches),
13. des Raubes mit Todesfolge (§ 251 des Strafgesetzbuches),
14. des räuberischen Diebstahls mit Todesfolge (§ 252 in Verbindung mit § 251 des Strafgesetzbuches),
15. der räuberischen Erpressung mit Todesfolge (§ 255 in Verbindung mit § 251 des Strafgesetzbuches),
16. der besonders schweren Brandstiftung (§ 307 des Strafgesetzbuches),
17. des Herbeiführens einer Explosion durch Kernenergie (§ 310 b Abs. 1 bis 3 des Strafgesetzbuches),
18. des Herbeiführens einer Sprengstoffexplosion mit Todesfolge (§ 311 Abs. 1 bis 3 des Strafgesetzbuches),
19. des Mißbrauchs ionisierender Strahlen gegenüber einer unübersehbaren Zahl von Menschen (§ 311 a Abs. 2 des Strafgesetzbuches),

§ 74 Abs. 1 Satz 2 ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 32§ Abs. 5 Nr. 3 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„Sie sind auch zuständig für alle Straftaten, bei denen eine höhere Strafe als drei Jahre Freiheitsstrafe oder die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer sozialtherapeutischen Anstalt, allein oder neben einer Strafe, oder in der Sicherungsverwahrung zu erwarten ist oder bei denen die Staatsanwaltschaft wegen der besonderen Bedeutung des Falles Anklage beim Landgericht erhebt (§ 24 Abs. 1 Nr. 3).“

20. des Herbeiführens einer lebensgefährdenden Überschwemmung mit Todesfolge (§ 312 letzter Halbsatz des Strafgesetzbuches),
21. des Angriffs auf den Luftverkehr mit Todesfolge (§ 316 c Abs. 2 des Strafgesetzbuches),
22. der Beschädigung wichtiger Anlagen mit Todesfolge (§ 321 Abs. 2 letzter Halbsatz des Strafgesetzbuches),
23. der gemeingefährlichen Vergiftung mit Todesfolge (§ 324 letzter Halbsatz des Strafgesetzbuches)

ist eine Strafkammer als Schwurgericht zuständig. ²§ 120 bleibt unberührt.

§ 171 a * [Ausschluß der Öffentlichkeit in Unterbringungssachen]

Die Öffentlichkeit kann für die Hauptverhandlung oder für einen Teil davon ausgeschlossen werden, wenn das Verfahren die Unterbringung des Beschuldigten in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt, allein oder neben einer Strafe, zum Gegenstand hat.

* § 171 a ist in der Zeit vom 1. 1. 1975 bis zum 31. 12. 1984 gemäß Art. 326 Abs. 5 Nr. 3 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. 3. 1974 (BGBl. I S. 469) mit Änderung durch § 2 Gesetz vom 22. 12. 1977 (BGBl. I S. 3104) in dieser Fassung anzuwenden. Ab 1. 1. 1985 gilt folgende Fassung:

„§ 171 a
Die Öffentlichkeit kann für die Hauptverhandlung oder für einen Teil davon ausgeschlossen werden, wenn das Verfahren die Unterbringung des Beschuldigten in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt, allein oder neben einer Strafe, zum Gegenstand hat.“

Auszug aus dem Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch (EGStGB)

vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469)

Art. 301 Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt

Wegen einer Tat, die vor dem 1. Januar 1978 begangen worden ist, darf die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65 sowie nach § 63 Abs. 2 des Strafgesetzbuches nicht angeordnet werden.

Art.302 Anrechnung des Maßregelvollzugs auf die Strafe

Ist vor dem 1. Januar 1975 die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt nach § 456 b Satz 2 der Strafprozeßordnung in der bisherigen Fassung vor der Freiheitsstrafe vollzogen worden, so wird die Zeit des Vollzuges der Maßregel auf die Strafe angerechnet.

Art.306 Selbstständige Anordnung von Maßregeln

Die Vorschriften des neuen Rechts über die selbständige Anordnung von Maßregeln der Besserung und Sicherung (§ 71 des Strafgesetzbuches) gelten auch für Taten, die vor dem 1. Januar 1975 begangen worden sind. Dies gilt nicht, wenn die Maßregel nach den Artikeln 301 und 305 auch neben der Strafe nicht angeordnet werden darf.

Art.312 Gerichtsverfassung und Strafverfahren

(1) Soweit sich auf Grund der Vorschriften dieses Gesetzes die sachliche Zuständigkeit der Gerichte ändert, gilt dies für gerichtlich anhängige Strafsachen nur dann, wenn das Hauptverfahren noch nicht eröffnet ist oder das Revisionsgericht das Urteil aufhebt und die Sache nach § 354 Abs. 2 der Strafprozeßordnung zurückverweist

(2) Der Bundesgerichtshof ist auch dann zur Verhandlung und Entscheidung über das Rechtsmittel der Revision zuständig, wenn die Revision sich gegen ein Urteil des Richters beim Amtsgericht oder des Schöffengerichts oder gegen ein Berufungsurteil der kleinen oder großen Strafkammer richtet, durch das die Unterbringung des Angeklagten in einer Heil- oder Pflegeanstalt angeordnet ist, und Termin zur Hauptverhandlung vor dem Oberlandesgericht noch nicht bestimmt ist.

(3) Ist vor dem 1. JanuaM975 auf Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt, auf Untersagung der Berufsausübung oder der Betriebsführung oder auf Zulassung der Urteilsbekanntmachung erkannt worden und ist das Revisionsgericht der Auffassung, daß die Revision im übrigen unbegründet ist, so berichtigt es den Urteilsspruch dahin, daß an die Stelle

1. der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus,

2. der Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt,
3. der Untersagung der Berufsausübung oder der Betriebsführung das Berufsverbot,
4. der Zulässigkeit der Urteilsbekanntmachung deren Anordnung tritt.

(4) Ist das Revisionsgericht der Auffassung, daß ein vor dem 1. Januar 1975 ergangenes Urteil allein wegen der Artikel 299 und 307 dem Gesetz nicht entspricht, so kann die Revision auch dann verworfen werden, wenn eine wesentlich andere Entscheidung über die Höhe der Geldstrafe oder den Verfall nicht zu erwarten ist.

(5) Das Revisionsgericht kann auch in einem Beschluß nach § 349 Abs. 2 der Strafprozeßordnung nach den Absätzen 3 und 4 verfahren, wenn es die Revision im übrigen einstimmig für offensichtlich unbegründet erachtet.

Art.314 Überleitung der Vollstreckung

(1) Eine vor dem 1. Januar 1975 verhängte und noch nicht oder erst zum Teil vollzogene Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt wird als Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, eine Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt als Unterbringung in einer Entziehungsanstalt vollzogen.

(2) Ist die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt oder in der Sicherungsverwahrung vor dem 1. Januar 1975 bedingt ausgesetzt, so tritt Führungsaufsicht ein. Die Auferlegung besonderer Pflichten nach § 42 h Abs. 2 des Strafgesetzbuches in der bisherigen Fassung gilt als Weisung gemäß § 68 b Abs. 2 des Strafgesetzbuches.

(3) Eine vor dem 1. Januar 1975 angeordnete Untersagung der Berufsausübung oder der Betriebsführung hat die Wirkung eines Berufsverbots.

(4) Eine vor dem 1. Januar 1975 ausgesprochene Befugnis zur Öffentlichen Bekanntmachung des Urteils wird so vollstreckt, als wenn auf Anordnung der Bekanntmachung des Urteils erkannt wäre.

(5) Ist vor dem 1. Januar 1975 neben der Strafe auf Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder auf Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt erkannt worden, so ist § 67 Abs. 1 bis 3 des Strafgesetzbuches mit der Maßgabe anzuwenden, daß die begonnene Vollstreckung der Freiheitsstrafe nach diesem Zeitpunkt noch drei Monate fortgesetzt werden kann.

Gesetz über das Inkrafttreten der Vorschriften über die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt

Vom 22. Dezember 1977

§ 1 Änderung des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts

Artikel 7 des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 4. Juli 1969 (BGBl. I S. 717), zuletzt geändert durch Artikel 18 IV des Gesetzes vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469), wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 wird die Jahreszahl „1978“ durch die Jahreszahl „1985“ ersetzt.
2. In Absatz 3 wird in den Eingangsworten die Jahreszahl „1977“ durch die Jahreszahl „1984“ ersetzt.

§ 2 Änderung des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch

Das Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469), zuletzt geändert durch § 182 des Gesetzes vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581), wird wie folgt geändert:

1. In Artikel 301 wird die Jahreszahl „1978“ durch die Jahreszahl „1985“ ersetzt.
2. Artikel 326 wird wie folgt geändert:
 - ä) In Absatz 4 wird die Jahreszahl „1978“ durch die Jahreszahl „1985“ ersetzt;
 - b) in Absatz 5 wird in den Eingangsworten die Jahreszahl „1977“ durch die Jahreszahl „1984“ ersetzt.

§ 3 Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin.

§ 4 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Auszug aus dem Jugendgerichtsgesetz (JGO)

i. d. F. der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3427).

§ 3 Verantwortlichkeit

Ein Jugendlicher ist strafrechtlich verantwortlich, wenn er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Zur Erziehung eines Jugendlichen, der mangels Reife strafrechtlich nicht verantwortlich ist, kann der Richter dieselben Maßnahmen anordnen wie der Vormundschaftsrichter.

§ 5 Die Folgen der Jugendstrafat

(1) Aus Anlaß der Straftat eines Jugendlichen können Erziehungsmaßregeln angeordnet werden.

(2) Die Straftat eines Jugendlichen wird mit Zuchtmitteln oder mit Jugendstrafe geahndet, wenn Erziehungsmaßregeln nicht ausreichen.

(3) Von Zuchtmitteln und Jugendstrafe wird abgesehen, wenn die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt die Ahndung durch den Richter entbehrlich macht.

§7 Maßregeln der Besserung und Sicherung

Als Maßregeln der Besserung und Sicherung im Sinne des allgemeinen Strafrechts können die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt, die Führungsaufsicht oder die Entziehung der Fahrerlaubnis angeordnet werden (§ 61 Nr. 1, 2, 5 und 6 des Strafgesetzbuches).

§ 10 Weisungen

(1) Weisungen sind Gebote und Verbote, welche die Lebensführung des Jugendlichen regeln und dadurch seine Erziehung fördern und sichern sollen. Dabei dürfen an die Lebensführung des Jugendlichen keine unzumutbaren Anforderungen gestellt werden. Der Richter kann dem Jugendlichen insbesondere auferlegen,

1. Weisungen zu befolgen, die sich auf den Aufenthaltsort beziehen,
2. bei einer Familie oder in einem Heim zu wohnen,
3. eine Lehr- oder Arbeitsstelle anzunehmen,
4. Arbeitsleistungen zu erbringen,
5. den Verkehr mit bestimmten Personen oder den Besuch von Gast- oder Vergnügungsstätten zu unterlassen oder
6. bei einer Verletzung von Verkehrsvorschriften an einem Verkehrsunterricht teilzunehmen.

(2) Der Richter kann dem Jugendlichen auch mit Zustimmung des Erziehungsberechtigten und des gesetzlichen Vertreters auferlegen, sich einer heilerziehe-

rischen Behandlung durch einen Sachverständigen oder einer Entziehungskur zu unterziehen. Hat der Jugendliche das sechzehnte Lebensjahr vollendet, so soll dies nur mit seinem Einverständnis geschehen.

§ 39 Sachliche Zuständigkeit des Jugendrichters

(1) Der Jugendrichter ist zuständig für Verfehlungen Jugendlicher, wenn nur Erziehungsmaßregeln, Zuchtmittel, nach diesem Gesetz zulässige Nebenstrafen und Nebenfolgen oder die Entziehung der Fahrerlaubnis zu erwarten sind und der Staatsanwalt Anklage beim Strafrichter erhebt. § 209 Abs. 2 und 3 der Strafprozeßordnung gilt entsprechend.

(2) Der Jugendrichter darf auf Jugendstrafe von mehr als einem Jahr oder von unbestimmter Dauer nicht erkennen; die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus darf er nicht anordnen.

§ 40 Sachliche Zuständigkeit des Jugendschöffengerichts

(1) Das Jugendschöffengericht ist zuständig für alle Verfehlungen, die nicht zur Zuständigkeit eines anderen Jugendgerichts gehören. § 209 Abs. 2 und 3 der Strafprozeßordnung gilt entsprechend.

(2) ...

§ 73 Unterbringung zur Beobachtung

(1) Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Entwicklungsstand des Beschuldigten kann der Richter nach Anhören eines Sachverständigen und des Verteidigers anordnen, daß der Beschuldigte in eine zur kriminalbiologischen Untersuchung Jugendlicher geeignete Anstalt gebracht und dort beobachtet wird. Im vorbereitenden Verfahren entscheidet der Richter, der für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständig wäre.

(2) Gegen den Beschluß ist sofortige Beschwerde zulässig. Sie hat aufschiebende Wirkung.

(3) Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten.

Auszug aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

vom 18. August 1896 (RGBl, S. 604)

A. Unterbringung durch den Vormund oder Pfleger

§ 1800

(1) Das Recht und die Pflicht des Vormundes, für die Person des Mündels zu sorgen, bestimmt sich nach den für die elterliche Gewalt geltenden Vorschriften der §§1631 bis 1633.

(2) Eine Unterbringung des Mündels, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig; das Vormundschaftsgericht soll den Mündel vor der Entscheidung hören. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Mündels die Unterbringung nicht mehr erfordert.

§1896

Ein Volljähriger erhält einen Vormund, wenn er entmündigt ist.

§1897

Auf die Vormundschaft über einen Volljährigen finden die für die Vormundschaft über einen Minderjährigen geltenden Vorschriften Anwendung, soweit sich nicht aus den §§ 1898 bis 1908 ein anderes ergibt...

§ 1901

(1) Der Vormund hat für die Person des Mündels nur insoweit zu sorgen, als der Zweck der Vormundschaft es erfordert.

§ 1906

Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet

§ 1910

(1) Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er infolge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

(2) Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Ver-

mögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

(3) Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

§ 1915

(1) Auf die Pflegschaft finden die für die Vormundschaft geltenden Vorschriften entsprechende Anwendung, soweit sich nicht aus dem Gesetz ein anderes ergibt.

(2) Die Bestellung eines Gegenvormundes ist nicht erforderlich.

Auszug aus dem Gesetz über Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
vom 20. Mai 1898 (RGBl. S. 771)

§ 55 a FGG

- (1) Eine Verfügung, durch die das Vormundschaftsgericht die Genehmigung zur Unterbringung eines Mündels, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, erteilt, wird erst mit der Rechtskraft wirksam.
- (2) Das Gericht kann die sofortige Wirksamkeit der Verfügung anordnen.
- (3) Das Gericht kann vor der Entscheidung einstweilige Anordnungen treffen.

Auszug aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

vom 18. August 1896 (RGBl. S. 604)

B, Unterbringung durch den Vormundschaftsrichter

§ 1693 BGB

Sind die Eltern verhindert, die elterliche Gewalt auszuüben, so hat das Vormundschaftsgericht die im Interesse des Kindes erforderlichen Maßregeln zu treffen.

§ 1846

Ist ein Vormund noch nicht bestellt oder ist der Vormund an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert, so hat das Vormundschaftsgericht die im Interesse des Mündels erforderlichen Maßregeln zu treffen.

Auszug aus dem Gesetz über Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
vom 20. MaM 898 (RGBl. S. 771)

§ 36 [Örtliche Zuständigkeit für Vormundschaft]

(1) ¹ Für die Vormundschaft ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Mündel zu der Zeit, in der die Anordnung der Vormundschaft erforderlich wird oder in der die Vormundschaft kraft Gesetzes eintritt, seinen Wohnsitz oder bei Fehlen eines inländischen Wohnsitzes seinen Aufenthalt hat ² Wird die Anordnung einer Vormundschaft über Geschwister erforderlich, die in den Bezirken verschiedener Vormundschaftsgerichte ihren Wohnsitz oder ihren Aufenthalt haben, so ist, wenn für einen der Mündel schon eine Vormundschaft anhängig ist, das für diese zuständige Gericht, anderenfalls dasjenige Gericht, in dessen Bezirk der jüngste Mündel seinen Wohnsitz oder seinen Aufenthalt hat, für alle Geschwister maßgebend.

(2) ¹ Ist der Mündel Deutscher und hat er im Inland weder Wohnsitz noch Aufenthalt, so ist das Amtsgericht Schöneberg in Berlin-Schöneberg zuständig. ² Es kann die Sache aus wichtigen Gründen an ein anderes Gericht abgeben; die Abgabeverfügung ist für dieses Gericht bindend.

(3) Für die Vormundschaft über einen Minderjährigen, dessen Familienstand nicht zu ermitteln ist, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Minderjährige aufgefunden wurde.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Beistandschaft und die Pflegschaft nach § 1706 des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.

§ 43 [Zuständigkeit für sonstige Verrichtungen des Vormundschaftsgerichts]

(1) Die Zuständigkeit für eine Verrichtung des Vormundschaftsgerichts, die nicht eine Vormundschaft, Beistandschaft oder Pflegschaft betrifft, bestimmt sich, soweit sich nicht aus dem Gesetz ein anderes, ergibt, nach den Vorschriften des § 36 Abs. 1, 2; maßgebend ist für jede einzelne Angelegenheit der Zeitpunkt, in welchem das Gericht mit ihr befaßt wird.

(2) Steht die Person, deretwegen das Vormundschaftsgericht tätig werden muß, unter Vormundschaft oder Pflegschaft oder ist dem Vater oder der Mutter dieser Person ein Beistand bestellt, so ist das Gericht zuständig, bei dem die Vormundschaft, Pflegschaft oder Beistandschaft anhängig ist.

§ 44 [Fürsorgemaßregeln]

¹ Für die in den §§ 1693, 1846 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und im Artikel 23 Abs. 2 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche bezeichneten Maßregeln ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk das Bedürfnis der Fürsorge hervortritt.

² Das Gericht soll, wenn eine Vormundschaft, Pflegschaft oder Beistandschaft anhängig ist, von den angeordneten Maßregeln dem nach § 43 Abs. 2 zuständigen Gerichte Mitteilung machen.

Auszug aus der Zivilprozeßordnung

i.d. F. der Bekanntmachung vom 12. September 1950 (BGBl. S. 455)

§ 655 (Sachverständige)

Die Entmündigung darf nicht ausgesprochen werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat.

§ 656 [Unterbringung zur Beobachtung]

(1) Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, daß der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die im § 646 bezeichneten Personen soweit tunlich zu hören.

(2) Gegen den Beschluß, durch den die Unterbringung angeordnet wird, steht dem zu Entmündigenden, dem Staatsanwalt und binnen der für den zu Entmündigenden laufenden Frist den sonstigen im § 646 bezeichneten Personen die sofortige Beschwerde zu.

Auszug aus dem Bundeswahlgesetz (BWG)

i. d. F. der Bekanntmachung vom 1. September 1975 (BGBl. I S. 2325)

§13 Ausschluß vom Wahlrecht

Ausgeschlossen vom Wahlrecht ist,

1. wer infolge Richterspruchs das Wahlrecht nicht besitzt,
2. wer entmündigt ist oder wegen geistigen Gebrechens unter Pflegschaft steht,
3. wer nach § 63 des Strafgesetzbuches in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht ist,
4. wer infolge Richterspruchs auf Grund landesrechtlicher Vorschriften wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht nur einstweilig in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht ist.

Autoren

- K. DEMUTH, Dr., Landessozialamt Niedersachsen, Hannover
H. HEINZE, Dr., Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover
H. LAUTER, Prof. Dr., Psychiatrische Klinik und Poliklinik der TU, München
W. RASCH, Prof. Dr., Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin
H.-L. SCHREIBER, Prof. Dr., Juristische Fakultät der Universität Göttingen
U. VENZLAFF, Prof. Dr., Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses,
Göttingen
M. WALTER, Prof. Dr., Seminar für Strafrecht und Kriminologie, Hamburg