

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

17. Wahlperiode

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie

26. Sitzung am 17.01.2019
– Öffentliche Sitzung –

Auswärtige Sitzung
in den Räumlichkeiten der
Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie
an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
Am Nette-Gut 2, 56575 Weißenthurm

Protokoll

Beginn der Sitzung: 14:30 Uhr
Unterbrechung: 17:42 Uhr bis 17:46 Uhr
Ende der Sitzung: 17:53 Uhr

Tagesordnung:

1. Besichtigung der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie
– nicht öffentlich –
2. Angemessenheit der Regeln des Maßregelvollzugsgesetzes
zur Gewährleistung der Sicherheit unserer Bevölkerung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
[– Vorlage 17/3363 –](#)

Ergebnis:

Besichtigung durchgeführt

Anhörung durchgeführt; ver-
tagt
(S. 5 – 33)

Tagesordnung (Fortsetzung):

- | | Ergebnis: |
|--|-----------------------------------|
| 3. Landesgesetz zur Stärkung der Qualifikation und Weiterbildung von Amtsärztinnen, Amtsärzten und nicht akademischer Heilberufe sowie zur Stärkung des Kammerwesens
Gesetzentwurf
Landesregierung
– Drucksache 17/7668 – | Annahme empfohlen
(S. 34 – 35) |
| 4. Rettungsdienst weiter überlastet
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/4129 – | Schriftlich erledigt
(S. 3) |
| 5. Situation der ärztlichen Versorgung in der Verbandsgemeinde Diez
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/4130 – | Schriftlich erledigt
(S. 3) |

Vors. Abg. Dr. Peter Enders eröffnet die Sitzung und begrüßt die Anwesenden, insbesondere die Damen und Herren Anzuhörenden, die teilweise einen sehr weiten Weg auf sich genommen hätten.

Ein herzlicher Dank richte sich an Herrn Dr. Gerald Gaß, Geschäftsführer des Landeskrankenhauses, sowie an die Leitung und Mitarbeiter der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, in deren Räumlichkeiten die Sitzung des Ausschusses stattfindet. Die nötige Vorarbeit, die geleistet worden sei, um dies zu ermöglichen, wisse der Ausschuss sehr zu schätzen.

Vor Eintritt in die Tagesordnung:

Punkte 4 und 5 der Tagesordnung:

4. Rettungsdienst weiter überlastet

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

[– Vorlage 17/4129 –](#)

5. Situation der ärztlichen Versorgung in der Verbandsgemeinde Diez

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

[– Vorlage 17/4130 –](#)

Die Anträge sind erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung gemäß § 76 Abs. 2 Satz 3 GOLT.

Punkt 1 der Tagesordnung:

Besichtigung der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie
– nicht öffentlich –

Besichtigung durchgeführt.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Angemessenheit der Regeln des Maßregelvollzugsgesetzes zur Gewährleistung der Sicherheit unserer Bevölkerung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der CDU

[– Vorlage 17/3363 –](#)

Anhörverfahren

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Ich schlage vor, dass wir nach Beendigung der heutigen Anhörung den Tagesordnungspunkt vertagen, bis das Protokoll vorliegt, und noch keinen Auswertungstermin ansetzen. Es liegt dann im Benehmen der Fraktionen, ob er beantragt wird; das kann man jederzeit nachholen.

Zu Beginn der Sitzung habe ich die Anzuhörenden begrüßt; ich darf sie nun in der Reihenfolge, in der sie vortragen, noch einmal namentlich nennen:

Wir beginnen mit Herrn Dr. Frank Goldbeck, Ärztlicher Direktor der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach in Weißenthurm.

Neben ihm sitzt Frau Dr. Eva Biebinger, Chefärztin der Forensischen Psychiatrie im Pfalzkrankenhaus Klingenstein.

Des Weiteren begrüße ich Herrn Professor Dr. Norbert Nedopil, Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Ich glaube, Sie hatten heute die weiteste Anreise.

Neben ihm sitzt Frau Dr. Dorothea Gaudernack, Leiterin des Amtes für Maßregelvollzug des Zentrums für Bayern Familie und Soziales (ZBFS) mit Sitz in Nördlingen.

Schließlich begrüße ich Frau Margret Osterfeld, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin in Dortmund.

Die Damen und Herren verfügen über eine breite Palette an Erfahrung und Expertise, die wir uns heute gern zunutze machen wollen. Sie haben freundlicherweise Vorlagen eingereicht, die den Abgeordneten und der Öffentlichkeit über das Offene Parlamentarische Auskunftssystem des Landtags Rheinland-Pfalz (OPAL) zur Verfügung gestellt worden sind.

Ich gehe davon aus, dass die Vorlagen gelesen wurden, weshalb ich Sie bitten darf – so wurde es im Vorfeld auch abgesprochen –, Ihren mündlichen Vortrag auf maximal 10 Minuten begrenzen, sodass wir unseren Zeitplan einhalten können.

Zunächst erfolgen die Vorträge, und im Anschluss haben die Abgeordneten die Gelegenheit, Ihnen Fragen zu stellen. Gibt es dazu Änderungswünsche? – Ich stelle fest, das ist nicht der Fall.

Damit darf ich Sie, Herr Dr. Goldbeck, bitten, Ihren Vortrag zu halten.

Dr. Frank Goldbeck

Ärztlicher Direktor der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Weißenthurm

[– Vorlage 17/4212 –](#)

Dr. Frank Goldbeck: Herzlichen Dank, Herr Dr. Enders, für die freundliche Einladung und dafür, dass ich etwas über den Maßregelvollzug berichten darf. Ich versuche auch, mich an die 10 Minuten zu halten.

Das, was ich im Rahmen der beiden pressewirksamen Entweichungen und der wirklich sehr umfangreichen Pressearbeit, die wir zu ihnen gemacht haben, einmal so festgestellt habe in der Diskussion mit ganz vielen Menschen, war, dass man vom Maßregelvollzug als etwas ausgeht, das als Strafe gedacht ist. Das ist aber nicht so, sondern Maßregelvollzug ist immer noch ein Sonderopfer. Die Patienten, die hier untergebracht sind, sind nicht da, weil sie bestraft werden. Keine Frage, sie haben eine Straftat begangen und sind für die Allgemeinheit gefährlich, aber es ist nur das weitere Vorliegen der Gefährlichkeit für die Allgemeinheit, die die Unterbringung im Maßregelvollzug rechtfertigt. Das wird als Sonderopfer bezeichnet.

Das schlägt sich auch in den Gesetzen nieder. So steht im neuen rheinland-pfälzischen Maßregelvollzugsgesetz, dass Sicherungsmaßnahmen nur so lange durchgeführt werden dürfen, wie es die Gefährlichkeit erfordert, ansonsten sind die Patienten zu lockern.

Damit bin ich – ich kann jetzt nicht alle Bereiche ansprechen – beim Bereich der Lockerungen. Lockerungen sind ein ganz entscheidender Aspekt in der Therapie von Maßregelvollzugspatienten. Wo, wenn nicht im Rahmen von Lockerungen, sollen Patienten erproben und uns zeigen, was sie in der Therapie geleistet haben? Es geht darum, dass Patienten zunehmend wieder in die Lebenswirklichkeit außerhalb des Maßregelvollzugs hineingebracht werden. Dabei sind Lockerungen ganz entscheidend.

Lockerungen sind notwendiger Bestandteil der Behandlung, sie haben einen therapeutischen und prognostischen Zweck, und sie dienen der Motivation der Patienten, an der Behandlung teilzunehmen. In meinen schriftlichen Ausführungen haben Sie gelesen, dass wir in der Klinik Nette-Gut eine durchschnittliche Belegungszeit im Maßregelvollzug von zehn Jahren haben. Ich werde immer einmal wieder gefragt: Zehn Jahre, was macht Ihr denn zehn Jahre lang an Therapie? – Von diesen zehn Jahren sind sehr häufig sieben Jahre Motivationsarbeit, zwei Jahre Therapie und ein Jahr Erprobung von dem, was dann kommt.

Lockerungen sind ganz wichtig, um den Patienten eine Perspektive, ein Ziel zu geben, weiter herauszukommen. Am neuen rheinland-pfälzischen Maßregelvollzugsgesetz finde ich sehr gut, dass wir jetzt darüber nachdenken müssen, im Grunde schon mit dem Tag der Aufnahme Entlassvorbereitungen zu treffen, damit wir dem Patienten eine Perspektive geben können.

Wir haben ein entsprechend dem Therapiestand und der Gefährlichkeit der Patienten gestuftes Lockerkonzept. Ich bin gerade noch einmal gefragt worden: Wie viele Patienten bewegen sich denn hier im Bereich der hohen Sicherungsmaßnahmen innerhalb des Zauns? – Das sind fast alle. Ich bin davon überzeugt, dass sicherlich 90 % der Patienten die Möglichkeit haben, innerhalb des gesicherten Geländes hinauszugehen. Es sind aber noch einmal ungefähr 60 % der Patienten, die vor den Zaun gehen.

Wir hatten im Jahr 2017 – die Zahlen aus dem Jahr 2018 konnte ich leider noch nicht vorlegen – über 23.000 Ausführungen und Ausgänge von Patienten. Das heißt, über 23.000-mal waren Patienten aus dem Maßregelvollzug hier in der Klinik vor dem Zaun, davon ungefähr 12,5 Ausgänge pro Tag mit Begleitung, bei ungefähr 60 Ausführungen pro Tag. Bei den anderen ungefähr 40 Ausführungen ist kein Personal mit dabei. Wir haben also eine sehr große Ausrichtung nach draußen, weil Lockerungen etwas ganz Wichtiges für uns sind.

Das heißt aber nicht, dass Lockerungen gegeben werden, ohne dass wir eine Gegenleistung dafür haben wollen. Es geht darum, dass man entsprechend den Lockerungen vonseiten der Patienten etwas erreicht werden muss. Das ist zum Beispiel, dass Patienten keine akute psychotische Symptomatik haben, also dass sie nicht wahnhaft sind, keine Halluzinationen haben. Es geht aber auch darum, wie gut der Kontakt zu den Mitarbeitern, zum Personal ist, und wie gut der Patient in Krisen erreichbar ist.

Das sind die ersten Voraussetzungen. Wir haben dann noch nicht unbedingt viel an Therapie gemacht, die Patienten aber schon sehr gut kennengelernt. Dann können sie mit Begleitung, mit den Mitarbeitern herausgehen.

Sobald die Patienten allein vor die Tür gehen, müssen sie wissen, warum es zum Delikt gekommen ist, und sie müssen eine Vorstellung darüber haben, was man machen muss, damit es nicht wieder zum Delikt kommt. Man muss also Krisenintervention zumindest theoretisch antizipieren können, und man muss eine Idee davon haben, wie man sich in solchen Krisensituationen verhält, damit es nicht zu erneuten Straftaten kommt.

Aus diesem Grund wird eine Lockerungsentscheidung nie nur von einer einzigen Person getroffen, sondern wir haben ein abgestuftes Lockerungskonzept, laut dem es die Entscheidung auf der Stationsebene gibt, die dann über den Oberarzt und den Chefarzt an den Ärztlichen Direktor geht. Von daher gibt es immer viele Personen, die einer Lockerungsentscheidung zustimmen oder sie ablehnen müssen.

So viel dazu, dass wir tatsächlich viele Lockerungen haben. In meinen schriftlichen Ausführungen habe ich auch dargelegt, dass es natürlich immer wieder Missbräuche von Lockerungen oder eine Flucht gibt. Die Zahlen schwanken zwar zwischen zwei und zuletzt sieben Lockerungsmissbräuchen, aber wenn Sie nochmals die Zahl von über 23.000 Lockerungen reflektieren, liegen wir bei sieben Lockerungsverstößen im Promillebereich. Das ist also etwas, bei dem wir dann schon sehr genau hinschauen, ob wir eine Gefährdung der Allgemeinheit haben oder eine Lockerung machen können.

Man muss auch sagen: Im Fall der im letzten Jahr stattgefundenen presserelevanten Entweichungen war eine Gefährdung der Allgemeinheit so nicht gegeben. Der eine entwichene Patient war jemand, der mit der Entlassvorbereitung überfordert war. Er war gut medikamentös eingestellt, es zeigte sich keine psychotische Symptomatik, das heißt eine Gefährdung der Allgemeinheit war nicht gegeben.

Beim zweiten Patient war es etwas anders, weil er schon lange Zeit im Maßregelvollzug untergebracht war und wir zunehmend in die Entlassvorbereitung mit hineingegangen sind. Mit der Entlassvorbereitung hatte er Probleme, weil er die Klinik eigentlich nicht verlassen wollte. Da war seine Intention im Zusammenhang mit der Entweichung, ich muss Druck haben, damit ich mich suizidieren kann. – Er wollte nicht herausgehen, um jemandem etwas anzutun, sondern er wollte herausgehen, um sich etwas anzutun. Dafür – so war zumindest seine Idee – muss es mir schlechter gehen, damit ich diesen letzten Schritt machen und mich suizidieren kann. –

Das war sozusagen eine Einschränkung; ansonsten hätten wir sagen müssen, wir haben eine erhebliche Gefährdung der Allgemeinheit. Stattdessen war eine Eigengefährdung gegeben. Aber trotzdem gab es dann, was auch richtig war, die öffentliche Fahndung. Eine öffentliche Fahndung machen wir nicht nur, wenn die Allgemeinheit gefährdet ist, sondern auch, wenn Patienten gefährdet sind. – So viel zu den Lockerungen; wenn gleich noch Fragen dazu gestellt werden, bin ich gerne bereit, weiter auszuführen.

Ein weiteres Thema ist die Änderung der Unterbringungs Voraussetzung nach § 63 StGB und das, was vom Bundesgesetzgeber an den Maßregelvollzug herangetragen wurde. Diese Änderungen sind ja auch entstanden, um Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs umzusetzen; es geht darum, die Verhältnismäßigkeit der Maßregelvollzugsunterbringung zunehmend auf den Prüfstand zu stellen.

Das Gesetz ist im Jahr 2016 in Kraft getreten. Es gab tatsächlich Erledigungsbeschlüsse, die wir dann eben doch hatten im Maßregelvollzug. Bis Ende 2018 hatten wir 32 Patienten, bei denen die Maßregel erledigt war. Was bedeutet „Erledigung der Maßregel“? Es bedeutet nicht, dass wir von heute auf morgen unvorbereitet entlassen. Viele der Patienten, bei denen die Maßregel erledigt wurde, durchliefen ein ganz normales Entlassprozedere.

Ein Patient war hier, der Brandstiftung begangen hatte; er hatte eine sehr unreife Persönlichkeitsstörung. Wir haben ihn hier behandelt. Wir haben die Entlassung vorbereitet. Er hat eine Handwerkslehre gemacht; er war einer der Besten in Rheinland-Pfalz. Wir haben eine Wohnung mit ihm gesucht. Er hatte eine Freundin, er war aktiv in der DLRG. Dann gab es in der Beurlaubung die Erledigung. Eigentlich hätte man da sagen können, früher hätte es eine ganz normale Bewährungsentlassung gegeben,

**26. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 17.01.2019
– Öffentliche Sitzung –**

aber das war ein Patient, bei dem die Maßregel erledigt wurde; sie war auch am Ende. Herr Professor Nedopil und Frau Dr. Biebinger werden mir sicher Recht geben: Arbeit, Nachreifung, sozialer Empfangsraum, mehr können wir nicht tun, um eine Entlassung hinzubekommen.

Es ist durchaus unser Ziel, dass wir Erledigungsentlassungen vermeiden, weil wir damit weniger Angriffsmöglichkeiten haben, wenn der Patient ambulant weiterbetreut wird. Wir möchten schon auch, dass wir die Möglichkeit der Krisenintervention nach § 67 h StGB haben. Das ist aber nur möglich, wenn der Maßregelvollzug als solcher noch angeordnet ist und auch nur zur Bewährung ausgesetzt wird, weil wir dann die Möglichkeit haben, in einer Krisensituation rasch zu reagieren und Patienten wieder, zumindest zur Krisenintervention, in den Maßregelvollzug aufzunehmen.

Deshalb haben wir ein ureigenes Interesse daran, dass wir Bewährungsentlassungen dann auch hinbekommen. Ich finde, wir haben das sehr gut gemacht. Es gab zwar 26 Erledigungsentlassungen im Jahr 2017, aber auch vorher hatten wir schon einmal zwei bis vier Erledigungsentlassungen gehabt. Im Jahr 2018 hatten wir nur noch vier Erledigungsentlassungen. Nach der Gesetzesänderung gab es sehr viele Patienten, bei denen die Maßregel erledigt wurde, aber das ist nicht der Standard, sondern es war der Gesetzesänderung geschuldet, der geänderten Rechtsprechung, dass wir das gemacht haben.

Die meisten dieser Patienten – das muss ich auch sagen – haben es dann noch geschafft, ein geordnetes Entlassumfeld, einen sozialen Empfangsraum vorzubereiten. Das hat uns sehr geholfen.

Es gibt sicherlich auch Probleme, auf die ich noch kurz hinweisen möchte. So gibt es durchaus Probleme, wenn wir Patienten haben, gerade im Fall von Sexualstraftätern, die in ein Wohnheim wollen. Wir hatten bereits die Rückmeldung, wir nehmen ihn gern, aber er muss mindestens zwei Jahre beurlaubt werden. – Nur, wenn das Oberlandesgericht mit Blick auf die Verhältnismäßigkeit sagt, die Entlassung steht an, kann ich keinem Wohnheim versprechen, dass man noch zwei Jahre Beurlaubung macht. Es ist dann eine Abwägungssache: Riskieren wir das, bis die Kammer sagt, wir machen eine Erledigungsentlassung – ohne Möglichkeiten zur Krisenintervention –, oder sagen wir lieber, eine kürzere Beurlaubung mit allen Unsicherheiten, aber dann mit der Möglichkeit zur Krisenintervention?

Ich weiß auch, gerade unsere intelligenzgeminderten Patienten brauchen sehr häufig nicht die hohen Zäune, sondern eine gute personelle Ausstattung in der Gemeindepsychiatrie, Menschen die sich dort mit ihnen beschäftigen. Wir haben einen Patienten entlassen, und das Wohnheim bekam 1,8 zusätzliche Pflegekräfte, weil er zwischen 8 Uhr und 16 Uhr beschäftigt war und nichts gemacht hat, aber von 16 Uhr bis 8 Uhr und am Wochenende fehlt dann sehr häufig das Personal in den Wohnheimen, um dort ein entsprechendes Angebot vorzuhalten.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Ich danke Ihnen, Herr Dr. Goldbeck. – Wir fahren fort mit Frau Dr. Biebinger.

Dr. Eva Biebinger

Chefärztin der Forensischen Psychiatrie im Pfalzkrankenhaus Klingenmünster
[– Vorlage 17/4235 –](#)

Dr. Eva Biebinger: Vielen Dank auch von mir für die Einladung.

Da Sie unsere Klinik nicht gesehen haben, möchte ich sie Ihnen kurz beschreiben. Wir sind die zweitgrößte Maßregelvollzugsklinik in Rheinland-Pfalz. Wir haben 185 stationäre Patienten und auch eine forensisch-psychiatrische Nachsorge; es befinden sich ca. 150 Patienten in ambulanter Nachsorge.

Wir behandeln ebenso wie die Klinik Nette-Gut Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind, also Patienten, die Probleme mit psychischen, psychiatrischen Erkrankungen haben, aber auch Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind, also Patienten mit Suchtmittelerkrankung, wobei bei uns schwerpunktmäßig alkoholabhängige Patienten untergebracht sind, was am Vollstreckungsplan liegt.

Wir haben insgesamt elf Stationen. Baulich unterscheiden wir uns etwas von der Klinik Nette-Gut; wir haben einen Hochsicherheitsbereich und ein Reha-Haus.

Bei uns ist es so, dass sich die Aufnahmestationen und die Therapiestationen im Hochsicherheitsbereich befinden. Im Reha-Haus befindet sich die Entlassstation. Wir haben auch eine forensische Wohngemeinschaft.

Wir behandeln unsere Patienten nach § 63 und § 64 StGB getrennt voneinander auf getrennten Stationen, und im Bereich des § 63 StGB auch nach Diagnosen getrennt.

Es ist so, dass wir ebenso wie die Klinik Nette-Gut im multiprofessionellen Team behandeln. Wir haben also alle Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen, die große Gruppe der Pflegeberufe, Sozialpädagogen, Lehrer, Sporttherapeuten.

Wir behandeln delikt- und störungsspezifisch. Wir haben spezielle Gruppen für Sexualstraftäter, für Suchtkranke. Wir haben also ein hoch spezialisiertes Therapieprogramm, das auf die Störung des Einzelnen abgestimmt ist. Die Behandlung umfasst immer Gruppen- und Einzeltherapie. Das ist der wissenschaftliche Standard in der Therapie.

Wir haben in der letzten Zeit – das habe ich auch in der Vorlage grafisch dargestellt – einen deutlichen Rückgang unserer Verweildauer zu verzeichnen. Im Jahr 2013/2014 lagen wir noch bei ca. 11 Jahren, im Jahr 2017 liegen wir bei 6,5 Jahren im Bereich des § 63 StGB. Bei den im Bereich des § 64 StGB unterbrachten Patienten liegen wir bei knapp unter 2 Jahren.

Von den Straftaten her ist auch bei uns alles vertreten, auch von den psychischen Störungen her, wir haben alle psychiatrischen Diagnosen.

Zu den Vollzugslockerungen kann ich an das anknüpfen, was Herr Dr. Goldbeck schon ausgeführt hat. Auch wir haben ein abgestuftes Vollzugslockerungskonzept. Es ist – in Absprache mit dem Ministerium – etwas anders, weil die baulichen Gegebenheiten etwas anders sind. Im Grundsatz entspricht es aber den Vorgaben des Maßregelvollzugsgesetzes. Das heißt, wir haben die Ausführungen, die Ausgänge, die Beurlaubungen, wir haben zuletzt vor der Entlassung eine längere Beurlaubung, in der die Patienten in dem Empfangsraum leben, in den sie auch entlassen werden.

Vollzugslockerungen sind auch aus meiner Sicht ganz, ganz wichtig. Auch bei uns ist es so, dass die Vollzugslockerungen in einem Team entschieden werden, also in einem Gesamtteam der Behandler. Die Grundlage für die Vollzugslockerungen sind die gängigen Prognoseinstrumente, die wissenschaftlich anerkannt sind.

Wir haben das gleiche Prognoseinstrument wie in der Klinik Nette-Gut als Grundlage, haben aber auch Zusatzprognoseinstrumente, die wir je nach Fall anwenden. Letztendlich stützt sich dann diese Entscheidung, ob jemand eine Vollzugslockerung bekommt und welche er bekommt, ganz wesentlich auf diesen Austausch im Team – das ist ganz wichtig in der Maßregelvollzugsklinik – und auf diese Prognoseinstrumente.

Der Austausch im Team ist deswegen ganz wichtig, weil die Patienten in verschiedene Therapien eingebunden sind, in denen sie verschieden erlebt werden und sich auch unterschiedlich verhalten. Deshalb braucht man immer verschiedene Blickwinkel, um einen Patienten beurteilen zu können.

Bei den Vollzugslockerungen ist es aus meiner Sicht auch deswegen ganz wichtig: Wir haben in der Vergangenheit sehr lange Aufenthaltsdauern gehabt. Wir haben auch Hospitalisierungstendenzen gehabt. Das heißt, wir wollen mit den Vollzugslockerungen diesen Hospitalisierungstendenzen entgegenwirken. Die Patienten werden ja letztendlich auch unselbständiger. Wenn man dann den Auftrag betrachtet, dass sie befähigt werden sollen, in die Gesellschaft eingegliedert zu leben, ohne Straftaten zu begehen, ist es natürlich kontraproduktiv. Die Patienten sollen zeigen – das wurde schon ausgeführt –, dass sie das in der Therapie Erlernte auch im Alltag und in einer Situation mit mehr Freiräumen umsetzen können; das ist etwas ganz Wichtiges.

Vollzugslockerungen sind aber auch wichtig, um den Kontakt zu den Angehörigen aufrechtzuerhalten – das ist ein ganz wichtiger Aspekt, wie überhaupt Angehörigenarbeit im Maßregelvollzug ein ganz wichtiger Aspekt ist –, aber auch, um den sozialen Empfangsraum aufzubauen. Das geht, wie Herr Dr. Goldbeck schon ausgeführt hat, eigentlich schon mit Beginn der Aufnahme los. Auch wir schauen schon mit der Aufnahme, wo es im Maßregelvollzug hingehen kann, wohin der Patient entlassen werden kann, was er beruflich machen kann, wo, in welchem Umfeld er leben kann. Von Anfang an behalten wir das immer im Auge und bauen das dann auch auf.

Man kann schon sagen, dass die Prognose stark davon abhängig ist, wie der soziale Empfangsraum geschaffen ist. Das ist ganz klar. Wenn ein Patient in einen stützenden Empfangsraum entlassen wird, ist die Prognose natürlich deutlich besser. Umgekehrt ist es ganz schlimm, wenn ein Patient einfach auf die Straße gesetzt wird, zum Beispiel im Rahmen der Erledigung, weil dann der Rückfall vorprogrammiert ist, da man gar nichts vorbereiten konnte, was den Patienten unterstützt hätte.

Was wir in unserer Arbeit merken, ist – da kann ich mich teilweise anschließen –, ein Teil der Patienten ist schwer zu vermitteln. Gerade Patienten, die vielleicht nicht so schwere Straftaten begangen haben, die aber doch erhebliche psychische Erkrankungen haben und Verhaltensauffälligkeiten zeigen, und Patienten mit bestimmten Straftaten – Brandstiftung und Sexualstraftaten – sind schwer zu vermitteln.

Wir haben in der Vergangenheit immer wieder Patienten gehabt, die durchaus schon in eine Einrichtung hätten gehen können. Es gab nur zu wenige Einrichtungsplätze oder auch zu wenig Bereitschaft oder Mut, diese Patienten aufzunehmen.

Mit der Novellierung des § 63 StGB hat sich bei uns auch der Kontakt zur Gemeindepsychiatrie verbessert. Wir bekommen es eher hin, die Patienten dorthin zu vermitteln. Außerdem haben wir in der Klinik ein eigenes Projekt; wir haben in unserer Einrichtung Betreuen – Fördern – Wohnen, die zum Pfalzklinikum gehört, zehn Plätze für Patienten geschaffen – „HalfWayHouse“ nennen wir es, auf halbem Weg –, die schwer in Einrichtungen zu vermitteln sind, bei denen es aber ziemlich klar ist, dass sie demnächst aus Verhältnismäßigkeitsgründen entlassen werden. Das ist sehr hilfreich. „HalfWayHouse“ heißt es deshalb, weil die Patienten dort nicht bleiben sollen. Sie sollen in weniger betreute Wohnformen in den Orten, aus denen sie kommen, vermittelt werden.

Dieses Projekt hilft uns sehr, gerade diese Gruppe der Patienten, die nicht so gefährlich, aber auffällig im Verhalten sind und die man kaum vermitteln kann, nach außen zu bringen, in Freiheit zu bringen. Das ist sehr hilfreich. Alle Plätze sind belegt.

Ich denke, im Bereich der Gemeindepsychiatrie kann noch einiges ausgebaut werden. Das Projekt, das wir in der Klinik haben, ist recht personalintensiv; letztendlich können wir die Patienten dort auch nur deswegen dauererproben und dann entlassen, weil sie in enger Kooperation mit unserer Forensisch-Psychiatrischen Ambulanz gut betreut sind, also mit viel Personal betreut sind, viel Ansprache haben, viele Gesprächsangebote bekommen.

Aber auch im Bereich unserer Forensisch-Psychiatrischen Ambulanz sehe ich, dass die Anforderungen dort immer mehr steigen, gerade auch mit Blick auf die Patienten, die dann entlassen werden, bei denen Verhältnismäßigkeit ansteht, die werden dann ja nachbetreut, auch wenn sie in andere Einrichtungen gehen. Auch da ist es so, dass die personellen Ressourcen manchmal etwas knapp sind, wenn man

**26. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 17.01.2019
– Öffentliche Sitzung –**

die Anforderungen betrachtet, die an die Ambulanzen gestellt werden im Zusammenhang mit dieser schwierigen Klientel.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Ich danke Ihnen für Ihren Vortrag. Als Nächstes hat Herr Professor Nedopil das Wort.

Prof. Dr. Norbert Nedopil

Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie,
Ludwig-Maximilians-Universität München

[– Vorlage 17/4211 –](#)

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Meine sehr verehrten Damen und Herren, auch ich danke, dass ich eingeladen worden bin.

Ich will vorwegschicken, dass ich seit 1982 forensische Psychiatrie mache und in den „goldenen Zeiten“ der forensischen Psychiatrie gearbeitet habe. Wir haben viel verändert: Wir haben den Maßregelvollzug wirklich effektiver gemacht, wenn man in die Zeit vor 30 Jahren zurückschaut. Wir haben wissenschaftliche Daten geliefert. Wir haben die ambulante Nachsorge eingeführt, welche die Rückfallrate nach Entlassungen deutlich reduziert hat. Wir haben Mindestanforderungen für Schuldfähigkeit und für Prognosebegutachtungen veröffentlicht. Wir haben die Behandlungsstandards für den Maßregelvollzug entwickelt. All das hat dazu geführt, dass die forensische Psychiatrie, dass der Maßregelvollzug die langfristige sicherste Form der Unterbringung eines Rechtsbrechers nach seiner Tat und nach seiner Verurteilung geworden ist.

Nach Daten aus Bayern geraten etwa 4 bis 5 % der aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug Entlassenen ein Jahr nach der Entlassung wieder in das Blickfeld der Strafverfolgung, aber lediglich 1 % der Entlassenen werden wieder mit Delikten rückfällig, die zu Haftstrafen oder zumindest längeren Haftstrafen führen; längere Haftstrafen sind Haftstrafen mit einer Dauer von über 1 Jahr. Auch nach längeren Beobachtungszeiten von etwa 5 Jahren sind es nicht mehr als 3 %.

Damit wäre die Frage, die zu dieser Anhörung geführt hat, eigentlich schon beantwortet. Forensische Psychiatrie ist die sicherste Unterbringungsform für Rechtsbrecher, wenn die Menschen, die dort sind, betrachtet werden.

Aber ich muss dieser Mitteilung einen Wermutstropfen beifügen. Uns ist es nämlich nicht gelungen, den Standard und die Reputation zu wahren, um das Fach auch in Zukunft attraktiv zu halten. Das Fach steht tatsächlich vor einem Niedergang. Das muss der Gesetzgeber berücksichtigen, und er muss die Konsequenzen daraus ziehen.

Wenn ich über die Auswirkungen der Gesetzesänderungen und der Rechtsprechung der obersten Gerichte auf die Praxis des Maßregelvollzugs sprechen soll, muss ich natürlich eine Prognose abgeben. Prognosen und Risikoeinschätzungen gehören zu meinen Hauptaufgaben in der Praxis. Ich muss aber vorwegschicken, dass es ein Irrtum ist, wenn man glaubt, Prognosen werden deswegen abgegeben, damit sie sich erfüllen. Nein, sie sollen dazu dienen, zumindest im zwischenmenschlichen oder gesellschaftlichen Bereich, die prognostizierten unerwarteten Entwicklungen zu verhindern. Je besser eine Risikoeinschätzung fundiert ist, desto besser gelingt es den Menschen, die mit diesen Risikoeinschätzungen umgehen, das Ziel der Vermeidung des Risikos zu erreichen.

Das wird Ihnen sehr schnell deutlich – der Sinn ist fundamental, er gilt für alle Risikoeinschätzungen –, wenn Sie an die Prognosen des Klimawandels denken und die Auswirkungen, die diese Prognosen auf unser Verhalten haben. Man merkt, die Prognosen dienen dazu, uns zu ändern, damit wir anders handeln, damit das, was prognostiziert ist, vermieden wird.

Insofern halte ich es auch hier für meine Aufgabe, Ihnen die jetzt schon sichtbaren Folgen der derzeitigen Entwicklung vor Augen zu halten, damit wir gemeinsam Lösungen finden können, um diese negativen Folgen so weit als möglich zu verhindern und möglicherweise abzumildern und die positiven Aspekte zu berücksichtigen und zu fördern.

Wenn ich das von der jetzigen Entwicklung aus betrachte, dann ist die Psychiatrie und insbesondere die forensische Psychiatrie derzeit durch neue Gesetze und neue Rechtsprechung zunehmend in eine Rolle gedrängt worden, die weder dem Selbstverständnis noch der gesellschaftlichen Rolle von Ärzten entspricht, und die im Studium und in der Facharztausbildung auch nicht erlernt wird.

Das geschah und geschieht in mehreren aufeinanderfolgenden rechtlichen und administrativen Veränderungen, die jede für sich genommen zwar sinnvoll sein mag, aber in ihrem Zusammenwirken weitreichende Konsequenzen haben, die sich jetzt bereits allmählich zeigen.

Ich will das an sechs Beispielen erläutern; es ist nicht alles, aber es ist das Wesentliche. Beispielsweise der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz; er ist sicher ein gewichtiges Rechtsprinzip. Mit ihm wurden die letzten Rechtsprechungsänderungen vor allem des Bundesverfassungsgerichts und auch die Gesetze begründet. Er ist aber nicht geeignet für medizinisches Handeln im Konkreten, und Ärzte haben im Maßregelvollzug hierzu auch gar nichts zu sagen. Sie dürfen es gar nicht. Und trotzdem – wir haben es schon gehört – müssen Sie die Konsequenzen ausbaden, wenn ein Patient wegen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes aus dem Maßregelvollzug entlassen wird – und es sind nicht nur wohl vorbereitete Entlassungen, es sind auch nicht vorbereitete Entlassungen dabei.

Der zweite Punkt ist, dass die neue Gesetzgebung Neubegutachtungen während der Unterbringung einfordert, und dass diese Neubegutachtungen die Therapie behindern und selten zu neuen Erkenntnissen führen. Vom Auftrag der Begutachtung bis zu seiner Verarbeitung kann es bis zu einem Jahr dauern, und dieses Jahr geht in der Therapie verloren. Was das bedeutet, wenn nun alle drei Jahre ein Gutachten erforderlich ist, oder gar nach zehn Jahren alle zwei Jahre, kann man sich ausrechnen.

Zudem muss man fragen, welche Fortschritte innerhalb von zwei Jahren bei einem Patienten, der schon zehn Jahre im Maßregelvollzug untergebracht ist, erwartet werden können, und welche Erkenntnisse der fünfte Gutachter, der jetzt an die Reihe kommt, weil man die Gutachter ändern muss, erlangen soll. Das ist auch deswegen wichtig, weil Kosten dadurch entstehen; Gutachten kosten relativ viel Geld, und diese Kosten gehen aus dem Topf heraus, der eigentlich für die Therapie wesentlich besser eingesetzt werden würde.

Der dritte Punkt ist die juristische Regelung der Zwangsmedikation und die Entscheidungshoheit der Richter. Das führt zu einer schwerwiegenden und nachhaltigen Beeinträchtigung der Rehabilitation und der therapeutischen Sicherheit im Maßregelvollzug. Voraussetzung für diesen juristischen Zwang ist nämlich eine tatsächliche unmittelbare Gefährdung im Gegensatz zu der ärztlich denkbaren, sorgfältig erwogenen präventiven Gefahrenabwehr. Die Überlegungen, die einer ärztlichen Entscheidung zugrunde liegen, sind andere, therapeutisch gedachte, als die, die einer juristischen Entscheidung zugrunde liegen. Die jetzigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sind weitaus kustodialer als Behandlung und Medikation.

Der Arzt wird jetzt zum Verantwortlichen für Isolierung und Fesselung. Sein therapeutischer Anspruch gerät dabei in den Hintergrund. Ärzte geraten dabei auch in ein ethisches Dilemma. Den Ärzten ist es aus gutem Grund laut Berufsordnung untersagt, bei ärztlichen Entscheidungen Weisungen von Nicht-Ärzten entgegenzunehmen. Tatsächlich wird aber Art, Ausmaß und Dauer einer Zwangsbehandlung vom Gericht vorgegeben, das damit durchaus, verständlicherweise, dem Rechtsprinzip der Bestimmtheit folgt, aber eben keinem ärztlichen Prinzip.

Die Situation im Maßregelvollzug, zumindest in vielen Stationen des Maßregelvollzugs, ist für alle gefährlicher geworden. Die Zahl der Krankschreibungen beim Personal soll laut Berichten zunehmen, ebenso wie das Meidungsverhalten verschiedenen Patienten gegenüber. Das ist bedenklich.

Vierter Punkt: Die Änderung der Unterbringung nach § 64 StGB hat ebenfalls langfristig weitreichende Folgen, weitreichendere Folgen, als es auf den ersten Blick scheint. Dass man sich verabschiedet hat von der grundsätzlichen Zwei-Jahres-Frist für die Unterbringung und die Anpassung der Frist auf das Strafmaß, die man jetzt eingeführt hat, führt dazu, dass Verurteilte mit langen Haftstrafen, also mit schwereren Delikten, länger in den Entziehungsanstalten verbleiben als andere Straftäter. Dies führt zweifelsohne zu einer Verschiebung der Klientel und zu einer größeren Belastung für die Einrichtung und ihre Therapeuten.

Als fünften Punkt muss man erwähnen, dass sich administrative Hindernisse oder Problemfelder auf die Arbeit des Maßregelvollzugs auswirken. Das sollte nicht übersehen werden. Tatsächlich wirken drei, vier oder fünf unterschiedliche Aufsichts- und Kontrollorgane auf die Behandler im Maßregelvollzug ein.

Diese greifen auch zunehmend in ärztliche und therapeutische Entscheidungen und in die Behandlungsplanung ein, und sie verlangen alle irgendwann Rechenschaftsberichte. Diese Rechenschaftsberichte wirken sich sehr deutlich auf das Zeitbudget im Maßregelvollzug aus.

In welcher Weise diese fünf verschiedenen Aspekte zu messbaren Änderungen geführt haben, lässt sich derzeit noch nicht einschätzen. Deshalb lediglich einige Eindrücke und wenige Zahlen: Tatsächlich hat sich die Zahl der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten nicht geändert, sie hat nicht abgenommen. Sie hat nach einem geringfügigen Rückgang ihren Trend nach oben fortgesetzt. Leider gibt es seit 2015 keine exakten Zahlen mehr, aus welchen Gründen auch immer.

Die Zahl der Verhältnismäßigkeitsentlassungen hat lediglich, zumindest in Bayern, im Jahr 2014 geringfügig abgenommen. Der Rückgang war im Jahr 2015 vorbei, seither nimmt sie wieder zu. Es war nicht das Gesetz, sondern es war der Fall Mollath, der dafür verantwortlich war.

Die Zahl der Unterbringungen nach § 64 StGB hat weiterhin stark zugenommen und belief sich im Jahr 2015 in ganz Deutschland auf 3.900 Patienten bei jährlich 2.500 Neuaufnahmen. Die Tendenz ist, soweit man das erfahren kann, weiter steigend.

Die Zahl der geschlossen Untergebrachten und auch derer, die isoliert und abgetrennt verwahrt werden, soll, laut Auskünften aus Maßregelvollzugseinrichtungen, zugenommen haben. Die Zahl der Patienten, die sich in Lockerungen befanden, ist eher kleiner geworden.

Das Klima in den Maßregelvollzugseinrichtungen wird von den Anstaltsleitern als verschlechtert beschrieben. Die Zahl der Übergriffe von Patienten auf Personal oder Mitpatienten soll zugenommen haben. Die Zahl der Krankschreibungen und die Dauer der krankheitsbedingten Abwesenheiten von Personal soll ebenfalls gewachsen sein.

Welche Folgen sind daraus zu befürchten? Maßregelvollzugseinrichtungen werden immer mehr zu juristisch ausgerichteten und administrativ geführten Einrichtungen. Ihr Unterschied zu den Strafanstalten, in denen ja auch Therapie gemacht wird und Rehabilitation ernst genommen werden soll, wird immer geringer. Die Attraktivität des Maßregelvollzugs für Ärzte und vorwiegend therapeutisch orientiertes Personal nimmt demgegenüber erkennbar ab. Andere medizinische Aufgabenfelder sind attraktiver geworden, und im Vergleich zur forensischen Psychiatrie, die schon immer im Hintertreffen bezüglich des Renommees und ihrer Attraktivität für junge Kollegen stand, ist sie noch weniger attraktiv geworden.

Tatsächlich und objektiv gibt es immer weniger Ärzte und Auszubildende, die sich für das Fach interessieren. Auch beim qualifizierten Pflegepersonal tritt mancherorts bereits ein Mangel ein. Darüber hinaus wandern qualifizierte Fachkräfte aus der Behandlung des Maßregelvollzugs in die Begutachtung ab. Auch dort sind Spezialisten Mangelware.

Diese Entwicklung kann konkret daran gesehen werden, dass Leitungskräfte in Begutachtungspraxen wechseln und ihre Stellen nicht wieder besetzt werden können, oder dass Oberärzte des Maßregelvollzugs in bessere Positionen der allgemeinen Psychiatrie abwandern. Ähnliches wird, zwar nicht in diesem Ausmaß und in dieser Form, aber auch, beim Pflegepersonal beobachtet.

Als politisch Verantwortliche müssen Sie entscheiden, wie die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt werden, aber gegebenenfalls auch, wie die Dilemmata vermieden werden sollen. Es gibt eine Reihe alternativer Denkmöglichkeiten, die ich in meinem Manuskript aufgeführt habe, aber jetzt nicht weiter vertiefen werde. Die derzeit wahrscheinlichste Lösung wird ein prinzipielles „Weiter so“ sein. Hierzu ist es aber notwendig zu überlegen, wie man ärztliches und therapeutisches Personal weiter und vielleicht erneut für die Arbeit im Maßregelvollzug gewinnen kann.

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hat diesbezüglich erste Initiativen ergriffen und zumindest eine Kooperation von Universitäten, Maßregelvollzug, Verwaltung und Finanzen eingerichtet. Die Notlage der forensischen psychiatrischen Versorgung und deren langfristige Konsequenzen wurden dort zumindest erkannt.

**26. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 17.01.2019
– Öffentliche Sitzung –**

Es wird entscheidend sein, wieder die medizinisch-therapeutischen Aspekte in den Vordergrund zu stellen, wobei ich nicht von einer naiven Blauäugigkeit ausgehe und ihr auch nicht das Wort rede. Therapie ist in einen Rahmen zu setzen.

Es ist wichtig, dass externe Aufsichts- und Kontrollorgane da sind, aber man sollte ihre Aufgaben bündeln, damit nicht für jede einzelne Organisation eine eigene Dokumentation, ein eigener Timeslot und ein eigener Begründungsbedarf erforderlich sind, und damit dadurch nicht ein Klima der Ablehnung geschaffen wird, sondern eines der Kooperation, des gegenseitigen Respekts. Aufsicht und Kontrolle sollten nicht übersehen werden, aber bei beiden, Therapeuten und Aufsichtsorganen, sollte der Verbesserungswille im Vordergrund stehen. Dann könnte das Fach auch wieder attraktiv werden und langfristig Sicherheit garantieren.

Vielen Dank.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Vielen Dank. – Ich darf Frau Dr. Gaudernack das Wort erteilen.

Dr. Dorothea Gaudernack

Leiterin des Amts für Maßregelvollzug, Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), Nördlingen
[– Vorlage 17/4236 –](#)

Dr. Dorothea Gaudernack: Meine Damen und Herren, vielen Dank auch von meiner Seite für die Einladung.

Ich möchte und muss betonen, dass sowohl meine Ausführungen in der schriftlichen Stellungnahme als auch meine heutigen mündlichen Ausführungen meine persönliche Auffassung und nicht die offizielle Meinung des Freistaats Bayern darstellen. Sie beruhen auf meiner mittlerweile dreieinhalbjährigen Tätigkeit als Leiterin der bayerischen Fachaufsichtsbehörde, die mit dem bayerischen Maßregelvollzugsgesetz im Jahr 2015 neu geschaffen wurde.

Vielleicht ist es auch wichtig zu erwähnen, dass ich von der Ausgangsprofession her Juristin und keine Ärztin bin.

In Ergänzung meiner schriftlichen Stellungnahme möchte ich Ihnen zunächst einige Zahlen aus Bayern zur Verfügung stellen, die womöglich die hier im Raum stehenden Fragen ein bisschen in ein anderes Licht rücken.

Der Freistaat Bayern nimmt leider noch nicht am sogenannten Bundeskerndatensatz Teil, weswegen ich meine eigenen Zahlen jetzt nicht mit den anderen Zahlen vergleichen kann, aber ich denke, Sie werden dazu in der Lage sein.

In Bayern differenzieren wir zwischen sogenannten echten Entweichungen und Lockerungsmissbräuchen. Eine echte Entweichung liegt vor, wenn ein Patient aus dem geschlossenen bzw. besonders gesicherten Bereich der Klinik wirklich entflieht. Dafür müssen in aller Regel bauliche Grenzen und besondere Sicherheitsvorkehrungen körperlich überwunden werden. Solche Fälle stellen, wie es offensichtlich auch in Rheinland-Pfalz der Fall ist, die absolute Ausnahme dar. Jeder einzelne dieser Fälle bietet jedoch dringenden Anlass zur Überprüfung der baulichen Gegebenheiten und der klinikinternen Abläufe.

In den letzten Jahren stellen sich die Zahlen in Bayern wie folgt dar: Wir hatten im Jahr 2017 eine solche echte Entweichung und im Jahr 2018 zwei. Man muss aber dazu sagen, dass wir in Bayern insgesamt 14 Maßregelvollzugsklinken mit ca. 2.600 untergebrachten Personen haben. Mehr als die Hälfte davon ist nach § 64 StGB untergebracht; auch das unterscheidet, glaube ich, den rheinland-pfälzischen vom bayerischen Maßregelvollzug.

Wie gesagt, diese Fälle echter Entweichungen stellen die absolute Ausnahme dar. Man muss dazu wissen, dass zu den echten Entweichungen in Bayern auch die Flucht einer nicht gelockert untergebrachten Person im Rahmen einer sogenannten Ausführung zählt. Ich hatte in meiner schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass wir hier eine andere Begrifflichkeit haben. Bei uns ist es eine Ausführung, wenn man eine eigentlich nicht gelockerte Person aus besonderen Gründen zum Beispiel zu einem externen Arzt bringt. Der klassische Fall ist die Flucht eines gegebenenfalls sogar gefesselten Patienten beim Zahnarztbesuch.

Erfreulicherweise sind auch diese Fälle ziemlich selten. Kommen sie dennoch vor, sind in der Klinik die Prozesse im Zusammenhang mit Ausführungen zu überdenken und zu optimieren sowie gegebenenfalls die Erkenntnisse in einer Gesamtschau daraufhin zu untersuchen, ob sie strukturelle Änderungen innerhalb der Klinik nahelegen. Um beim Beispiel des Zahnarztbesuchs zu bleiben: Wenn eine Patientin oder ein Patient während des Toilettengangs entweicht – das kam in der Vergangenheit vor –, muss man über eine standardmäßige gleichgeschlechtliche Begleitung bzw. eine etwaige standardmäßige Sicherung der Außenfenster nachdenken und dies in die jeweiligen Arbeitsanweisungen integrieren.

Wenn trotz solcher Arbeitsanweisungen in einem Jahr noch drei Patienten beim Zahnarztbesuch entfliehen bzw. entweichen, könnte die Klinik zum Beispiel darüber nachdenken, ob sie vielleicht einen Zahnarztstuhl anschafft und die Behandlungen innerhalb der Klinik durchführt, was ziemlich viele Kliniken mittlerweile machen.

Aus fachaufsichtlicher Sicht muss man sagen, echte Entweichungen dürfen nicht vorkommen. Sie sind unter allen Umständen zu verhindern.

Anders sieht es bei den Zahlen für die sogenannten Lockerungsmisbräuche aus. Wenn ich Ihnen sage, dass wir in Bayern zum Beispiel im Jahr 2016 insgesamt 128 sogenannte Lockerungsmisbräuche hatten, 125 im Jahr 2017 und 131 im Jahr 2018, dann hört sich das zunächst vermutlich sehr viel an. Wenn Sie dies jetzt aber in Relation zur Patientenzahl und insbesondere – das hat ja vorhin auch Herr Dr. Goldbeck getan – in Relation zu den gewährten Lockerungen setzen, dann ist die Zahl verschwindend gering. Für das Jahr 2013 haben wir das einmal berechnet: Damals kam es in 0,027 % aller gewährten Lockerungen zu einem sogenannten Lockerungsmisbrauch.

Dazu muss man allerdings auch sagen, dass ein Lockerungsmisbrauch nicht erst dann vorliegt, wenn eine untergebrachte Person flieht, sondern man schon dann von einem Lockerungsmisbrauch spricht – zumindest in unserer bayerischen Datenerhebung –, wenn ein Patient, der sich im sogenannten Probewohnen befindet – ich habe heute gelernt, das gibt es hier in dieser Klinik nicht, das wäre dann wahrscheinlich in Ihrem Haus Nette, in einer Art Außenwohngruppe – oder einer der zahlreichen Patienten, die in eigenen Wohnungen schon so weit gelockert sind, dass sie irgendwo in der Stadt leben, sich nicht zum vereinbarten Termin in der Klinik meldet und telefonisch nicht erreichbar ist.

In dieser von mir erwähnten Zahl von 128 bzw. 131 Lockerungsmisbräuchen sind also auch all diejenigen bayerischen Patienten erfasst, die nicht rechtzeitig von dem unbegleiteten Ausgang zurückgekommen sind oder sich im Rahmen des Probewohnens nicht rechtzeitig zurückgemeldet haben.

Sie können sich auch vorstellen, dass bei 14 verschiedenen Kliniken die Meldepraxis relativ unterschiedlich ist, also wie schnell ich dann tatsächlich einen Lockerungsmisbrauch melde, zum Beispiel schon nach 5 Minuten oder erst nach 1 Stunde.

Ich glaube, Sie können meinen Ausführungen entnehmen, dass aus fachaufsichtlicher Sicht der Lockerungsmisbrauch an sich noch kein echtes Problem darstellt. Natürlich ist die Entwicklung der Lockerungsmisbräuche, also die Entwicklung der Zahlen, grundsätzlich zu beobachten. Eine signifikante Steigerung wäre auf ihre Ursachen hin zu untersuchen. Ein Einschreiten wäre und ist aus meiner Sicht insbesondere dann geboten, wenn es während der Lockerungsmisbräuche zu Straftaten, insbesondere zu erheblichen Straftaten kommt.

Mir ist nicht bekannt, ob in Rheinland-Pfalz diese Zahlen erhoben werden, also in wie vielen Fällen von Lockerungsmisbräuchen es zu Straftaten kommt. Ich halte das auf jeden Fall für sinnvoll, wobei man noch differenzieren muss, zu welcher Art von Straftat es im Rahmen der Lockerungsmisbräuche gekommen ist. Man müsste sicherlich unterscheiden, ob es zu einer Bagatelldat gekommen ist, also irgendwo jemand in einem Supermarkt vielleicht eine Flasche Schnaps mitgenommen hat – das sage ich jetzt einmal vereinfacht –, oder ob es zu einer Gewalt- oder Sexualstraftat gekommen ist.

Man muss natürlich sagen, wenn es im Rahmen eines Lockerungsmisbrauchs zu einer Gewalt- oder einer Sexualstraftat kommt, ist das für alle Beteiligten der absolute Super-GAU, insbesondere natürlich wegen der dramatischen Auswirkungen auf die Opfer dieser Straftaten. Das darf man nicht kleinreden und verharmlosen, und es ist auch schon passiert. Ich denke, das ist in der Vergangenheit wahrscheinlich schon in allen Bundesländern passiert.

In solchen Fällen muss man zunächst klinikintern, gegebenenfalls aber auch fachaufsichtlich als Kontrollbehörde untersuchen, ob die falsche Prognose, die ja offensichtlich der Lockerungsentscheidung zugrunde lag, vermeidbar gewesen wäre, insbesondere ob es sich um einen Prognosefehler oder einen Prognoseirrtum gehandelt hat.

Die ständige Verbesserung der Qualität dieser Prognoseentscheidungen, die von der Klinik tagtäglich zu treffen sind, ist letztlich Aufgabe aller Berufsgruppen im Maßregelvollzug, und es ist eine Daueraufgabe. Es sollte alles unternommen werden, um qualifiziertes Personal zu akquirieren und dieses kontinuierlich fortzubilden; dazu hat Herr Professor Nedopil bereits einige Ausführungen gemacht.

Allerdings ist es so, dass auch wenn kein Fehler bei dieser Entscheidung gemacht wurde, wenn das entsprechende Lockerungsverfahren, das vorhin geschildert wurde, mit allen Beteiligten korrekt durchgeführt wurde, wenn alle zu beteiligenden Stellen beteiligt wurden, wenn wissenschaftlich anerkannte Methoden und Prognoseinstrumente korrekt angewandt wurden, es aufgrund der allgemeinen Unvorhersehbarkeit menschlichen Verhaltens zu einem Prognoseirrtum kommen und eine als relativ ungefährlich eingeschätzte Person während einer Lockerung eine erhebliche Straftat begehen kann.

So schwer dies auch fällt, muss man doch konstatieren, dass es die absolute Sicherheit im Maßregelvollzug im Spannungsfeld zwischen den Freiheitsrechten des Einzelnen und seinem Therapiebedarf sowie dem Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft niemals geben wird. Verbessern und erhöhen kann man sie meines Erachtens nicht mit einer restriktiven Lockerungspraxis.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang ausführen, ohne dass ich dazu als Juristin geeignet wäre: Es gibt die Untersuchung von Professor Schalast zu den § 64-StGB-Patienten, aus der sich, wenn ich das richtig verstanden habe, ableiten lässt, dass die Legalprognose bei denjenigen Patientinnen und Patienten, die früher gelockert wurden, sogar besser ist als bei jenen, die später gelockert wurden. All das spricht also eigentlich für eine eher frühere Lockerung der Patientinnen und Patienten – so, wie es das rheinland-pfälzische Gesetz auch vorsieht.

Verbessert und erhöht werden kann die Qualität von Prognoseentscheidungen letztlich nur mit einem hohen Qualifikationsniveau bei den im Maßregelvollzug Beschäftigten und einer ständigen internen Reflexion und Optimierung der klinischen Prozesse.

Bestrebungen, wie mancherorts erfolgt – da habe ich einige andere Bundesländer vor Augen –, wie etwa die Einbindung weiterer zusätzlicher Instanzen wie zum Beispiel der Einbindung sogenannter Kompetenzzentren oder der noch intensiveren Einbindung von Polizei und Vollstreckungsbehörden, sehe ich persönlich sehr kritisch, soweit diese keine weitergehenden qualifizierten prognostisch relevanten Aspekte beitragen können.

Solche Instanzen neigen naturgemäß zu einer Entscheidung in dubio pro securitate contra libertatem, im Zweifel für die Sicherheit und gegen die Freiheit, was meiner persönlichen Meinung nach verfassungsrechtlich bedenklich ist.

Am Ende liegt die Verantwortung für eine Lockerungsentscheidung, wie für jede prognostische Entscheidung, beim Maßregelvollzugsleiter bzw. der Maßregelvollzugsleiterin. Diese können und dürfen insbesondere unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht durch Einbindung von forensisch-psychiatrisch ungeschulten Stellen ausgehebelt werden. Es besteht ein gesamtgesellschaftlich zu tragendes Restrisiko, das muss man in aller Deutlichkeit so sagen.

Bei diesem im Sinn einer Verantwortungsgemeinschaft zu schulternden Restrisiko gilt es, die Verantwortungsträger innerhalb der Maßregelvollzugskliniken grundsätzlich zu stärken und ihnen Unterstützung zukommen zu lassen. Es gehört jedoch auch dazu, etwa aus fachaufsichtlicher Sicht zum Beispiel, ein transparentes und wissenschaftlich fundiertes Prognose- und Lockerungsprozedere innerhalb der Kliniken zu fordern.

Ein „Daumen hoch“ oder „Daumen runter“ oder „Nach Bauchgefühl entschieden“ ist, wenn man als Fachaufsicht eine Lockerungsentscheidung nachzuprüfen hat, relativ schwierig. Ich spreche hier aus leidvoller Erfahrung, weil wir vor einiger Zeit während eines Lockerungsmissbrauchs ein Tötungsdelikt hatten. Es ist dann fachaufsichtliche Aufgabe, nachzuprüfen, ob die Lockerungsentscheidung korrekt getroffen wurde. Wir haben uns dazu auch sachverständig, psychiatrisch noch einmal extern beraten lassen. Allein in diesem Zusammenhang erkennt man zum Beispiel die Bedeutung einer geordneten und guten Dokumentation. Ich muss wissen, wer an der Lockerungskonferenz teilgenommen hat, welche Berufsgruppen beteiligt waren, welche Stellungnahmen eingeholt wurden, ob die Staatsanwaltschaft als Vollstreckungsbehörde angehört wurde usw.

Zum Abschluss meiner Ausführungen möchte ich noch einen Sonderfall ansprechen, denn ich denke, die Formulierung des Themas, wie sie gewählt wurde, gibt dazu Anlass, indem es Bezug nimmt auf die Novellierung des § 63 StGB. Aufgrund der Novellierung – letztendlich haben wir es auch schon vorher getan, Herr Professor Nedopil sprach es an –, beobachten wir in Bayern eine Zunahme von Fällen

**26. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 17.01.2019
– Öffentliche Sitzung –**

insbesondere bei langjährig untergebrachten Personen, in denen die Kliniken nach wie vor von einer hohen Gefährlichkeit bezüglich der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten ausgehen, die Strafvollstreckungskammern jedoch die baldige Erledigung der Maßregel aus Gründen der Verhältnismäßigkeit in Aussicht stellen.

Nicht selten ordnen die Gerichte dann auch an, die untergebrachte Person nunmehr zu lockern bzw. weitergehend zu lockern. Dies bringt die in den Kliniken Beschäftigten in ein großes Dilemma. Sie gehen selbst von einer Gefährlichkeit aus, sollen dennoch lockern und tragen am Ende die Verantwortung dafür, wenn etwas passiert, was aus ihrer Sicht letztlich die Erfüllung und Bestätigung ihrer eigenen Prognose wäre.

Auch in diesen Fällen gilt es, den Maßregelvollzugskliniken in gewisser Weise den Rücken zu stärken, wenngleich festgestellt werden muss, bisher kann nicht gesagt werden, dass zum Beispiel in Bayern im großen Stil die aus Verhältnismäßigkeitsgründen entlassenen Personen erhebliche rechtswidrige Taten begangen hätten. Es gibt Einzelfälle – eine große wissenschaftliche Datenerhebung steht dazu noch aus –, aber es ist nicht so, dass alle die aus Erledigungsgründen Entlassenen wieder schwere Straftaten begehen würden.

Wir haben in Bayern für diese Fälle im Sinne der bereits angesprochenen Verantwortungsgemeinschaft ein Konzept für die Durchführung spezifischer Fallkonferenzen für Fälle entwickelt, in denen sich das Auffinden eines geeigneten Anschlusssettings als besonders schwierig darstellt – das wurde gerade schon genannt: vor allem die entsprechenden Anlassdelikte – oder in denen erhebliche Sicherheitsbedenken bestehen. In diesen Fällen setzen sich im Rahmen dieses Konzepts verschiedene Beteiligte, also selbstverständlich die Klinik, aber auch die Staatsanwaltschaft und gegebenenfalls die Polizei sowie die Fachaufsicht zusammen und suchen nach Lösungsmöglichkeiten für den individuellen Patienten.

Auch dies trägt dazu bei, zu verdeutlichen, dass der Umgang mit psychisch kranken Straftäterinnen und Straftätern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Die Tatsache, dass sie sich als dafür zuständiger Ausschuss die Zeit nehmen, sich darüber zu informieren, ist meines Erachtens ebenfalls Ausdruck Ihres Bewusstseins für diese gesamtgesellschaftliche Verantwortung.

Vielen Dank.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Danke schön. Jetzt erteile ich Frau Osterfeld das Wort.

Margret Osterfeld

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin, Dortmund

[– Vorlage 17/4237 –](#)

Margret Osterfeld: Auch ich danke für die Einladung. Manches ist schon gesagt worden, ich glaube, ich kann mich etwas kürzer fassen.

Ich möchte einleiten mit den Worten, die vor einer Woche erst der Forensik-Professor Kröber in der ZEIT geschrieben hat; der Artikel ging über eine Seite. Er sagte dort: Vielen schizophrenen Gewalttätern macht alles Mögliche Angst, und oft können sie sich erst spät entscheiden, wen sie als aktuellen Hauptbedroher ansehen und gegen wen sie das Mittel der gewaltsamen Notwehr ergreifen. –

Anschließend belehrte er die Leser, es gäbe – Zitat – bei den Opfergruppen, auf die die Täter zielen, regelrechte Moden, und die hingen sehr wohl mit der politischen Stimmung im Land zusammen. –

Traurig fand ich daran, dass so sehr verallgemeinernd das stigmatisierende Klischee vom gefährlichen Menschen mit der Diagnose Schizophrenie erneut einer breiten Leserschaft vermittelt wurde.

Ich möchte hier von den Opfern einer anderen Mode sprechen, der Mode der Forensifizierung, die sehr viel auch aus der Allgemeinpsychiatrie heraus passiert.

Ich wiederhole das Wort – ich glaube, Herr Dr. Goldbeck hat es schon gesagt –, wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass die Menschen in der Forensik bereits ein Sonderopfer bringen durch den unbefristeten Freiheitsentzug. Sie bringen alle ein Sonderopfer zur Gewährleistung der Sicherheit der Bevölkerung.

Das Problemkind Forensik hingegen leidet auch unter einer „Abflussstörung“. Eigentlich alle haben darüber berichtet, wie schwer es ist, Menschen wieder zu reintegrieren, auch wenn der Verlauf gut war.

Ich möchte ich ausdrücklich Frau Dr. Gaudernack danken, die mir vor etwa einem halben Jahr in einem Telefonat die besondere Problematik mit den § 64-StBG-Patienten juristisch erläutert hat, und was sich da entwickelt. Ich habe das immer erst einmal als die leichtere Form wegen der klaren Befristung angesehen. Es ist aber inzwischen so, dass sich sehr viele Straftäter mit langen Strafen rund um den Halbstrafenzeitpunkt gern in die Forensik begeben, um dann frühzeitig wieder entlassen zu werden. Ich kann jetzt nicht sagen, wie die Rückfallhäufigkeit ist, aber man kann sich vorstellen, darin sind Menschen aus dem Dealermilieu und Ähnliches.

Ich habe ganz frisch, vor wenigen Tagen erst, die Entwicklung der eingegangenen Aufnahmeersuchen in Westfalen-Lippe bekommen – sie habe ich auch meinen schriftlichen Ausführungen angehängt. Bemerkenswert ist der Anstieg innerhalb von vier Jahren nur von § 64-StGB-Patienten.

Das wird noch zu einem anderen außer dem hier erwähnten Problem. Es führt nämlich dazu, dass für diejenigen suchtkranken Menschen, die durch kleine Delikte – das geklaute E-Bike oder Ähnliches mehr – ihre Sucht finanzieren und in einer forensischen Zeit eigentlich sehr gut auf ein drogenfreies Leben vorbereitet werden können, also mit hohen Erfolgchancen, oft kein Platz und keine Zeit mehr ist.

Das ist eine Stelle, wo, wie ich finde, das System Forensik dann gerade für die Schwächsten und Kränksten kaum noch Kapazitäten hat und somit die Ideale der Psychiatriereform verraten werden.

An diesem Punkt ändere ich ein bisschen die Ebene und erzähle Ihnen mehr aus der Perspektive meiner beiden Mandate. Als Psychiaterin bin ich im Ruhestand, aber dafür bin ich seit fünf Jahren Expertin bei den Vereinten Nationen im Unterausschuss zur Verhütung von Folter und anderen grausamen und unwürdigen und erniedrigenden Behandlungen oder Straftaten (Unterausschuss zur Verhütung von Folter; Subcommittee on Prevention of Torture, SPT). Ich hoffe, Sie haben davon schon einmal etwas gehört.

Zuständig ist dieser Unterausschuss für alle Menschen im Freiheitsentzug. Mit der Ratifizierung musste auch Deutschland einen solchen nationalen Präventionsmechanismus einrichten. Das ist die Nationale

Stelle zur Verhütung von Folter und Misshandlung in Wiesbaden. Dort habe ich seit vier Jahren ein Mandat und bin gerade bestätigt worden.

Wir besuchen natürlich auch Forensiken, und ich habe damit Gelegenheit, Forensiken nicht nur in anderen Ländern, sondern auch in allen deutschen Bundesländern zu besuchen und zu schauen, was eigentlich getan wird, um die Menschenwürde dieser Menschen in diesen geschlossenen Institutionen auch wirklich zu wahren.

Sie müssten sie eigentlich kennen – in meinen schriftlichen Ausführungen habe ich sie in einer Fußnote angegeben –: Wir schreiben Jahresberichte, die auch an die Länderparlamente gehen. Deshalb mache ich es jetzt ganz kurz. Schlimm finde ich, dass es sie durchaus wieder gibt, die elenden und unwürdigen Zustände, in denen Menschen in der Forensik über Monate in Einzelzellen isoliert werden, auf dem Boden schlafen ohne eigene Bettstelle und auf dem Boden essen müssen.

Es gibt Menschen, die sicher eine erhebliche Straftat begangen haben, ein Beziehungsdelikt, aber schon weit über 80 Jahre alt sind; das ist der Gattenmord. Die kommen dann in die Forensik. Das kann ich mir gar nicht vorstellen, ich habe sie aber gesehen. Worauf ich aufmerksam machen möchte, ist, dass dort in falsche Wege gelenkt wird, einfach weil man es so gewohnt ist. Eine über 80-jährige Dame, die ihren Mann umgebracht hat, kann man in jeder allgemeinen Gerontopsychiatrie besser medizinisch versorgen als in der Forensik. Darauf möchte ich hinweisen.

Die Sicherheit der Bevölkerung – jetzt komme ich wieder auf Nordrhein-Westfalen zurück – diente schon in den 1990er-Jahren als Begründung für einen Sondererlass der Exekutive in Westfalen. Man sollte, solange man wie ich auf der Gehaltsliste des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) stand, möglichst nicht darüber sprechen. Den Forensikern in Eickelborn wurde der unbegleitete Ausgang in den Landkreisen rund um Eickelborn zwei Jahrzehnte lang verweigert. Erst im November 2017 kippte das Oberlandesgericht diesen Sondererlass – ist sicher mit Begründung auch schön nachzulesen.

In der Entscheidung wurde sich auf Artikel 11 und Artikel 12 des Grundgesetzes bezogen. Wörtliches Zitat: Freiheitsbeschränkungen im Maßregelvollzug können auch keine rechtliche Legitimation in kommunal- oder anderen politischen Opportunitätserwägungen finden. – So beschrieb es Heinz Kammeier in der „Recht und Psychiatrie“, die Quelle ist in meinen schriftlichen Ausführungen angegeben.

Zur gleichen Zeit, 2016/2017, reagierte das Land Niedersachsen auf eine vergleichbare Anfrage der CDU-Fraktion mit der Einrichtung eines Kompetenzzentrums durch Ministererlass – ohne jede gesetzliche Grundlage, aber mit Vetorecht gegen Vollzugsentscheidungen der Klinikleiter.

Diese Stelle sollte mit einem A 16-Juristen und drei A 15-Juristen besetzt werden. Ich habe mich gefreut, dass schon das Landgericht Göttingen diesen Ministererlass für rechts- und verfassungswidrig erklärte und diesem Spuk damit rasch ein Ende setzte.

Ich komme zu meiner persönlichen Zusammenfassung. Ich möchte erst einmal deutlich sagen, wie jedes medizinische Fachgebiet hat auch die Forensik ihre fachlichen Grenzen. Vielen psychisch kranken und behinderten Menschen kann sie zur Besserung oder Linderung verhelfen. Als medizinisches Fach sieht sie Gefahr und Gefährlichkeit primär als Symptom einer Krankheit, deren biologische oder genetische Ursachen auch im 21. Jahrhundert noch nicht wissenschaftlich belegt werden konnten.

Als behindert im Sinne der Behindertenrechtskonvention müssen alle forensischen Patienten angesehen werden, da ihnen ja schon die Fähigkeit zur Schuld und zur Sühne vollständig oder teilweise abgesprochen wurde.

Auch diese Menschen haben Rechte. Sie haben das Recht, eine medizinische Behandlung abzulehnen, und wenn das forensische System bei solcher Ablehnung dann mit Isolierung oder Fixierung reagiert, zeigt dies Defizite im Denk- und Handlungsraum des Systems. Ich möchte das also gar nicht den Einzelnen zum Vorwurf machen. Da verhakt sich etwas ineinander.

Lockerungen hingegen sind stets auf forensische Behandlungsfortschritte gegründet. Sie sind ein durch den Patienten erworbenes Freiheitsgut. Sie administrativ zu beschneiden, raubt der forensischen Psy-

chiarie ihren Wesenskern: die Rehabilitation und die Wiedereingliederung ihrer Patienten in die Gesellschaft. Sie wird so, entschuldigen Sie mein hartes Wort, zur heimlichen Sicherungsverwahrung in einem zweigleisigen Strafsystem.

Ein bisschen anekdotisch, aber ich finde es sehr schön und klar als Schlusssatz: Wenn nach 15-jährigem Freiheitsentzug bei nachgewiesener bester Führung in einer forensischen Klinik ein forensischer Chefarzt gegenüber einem Oberlandesgericht zu diesem Patienten einräumen muss, wir können nicht sagen, dass der Patient noch gefährlich ist, doch wir können auch nicht sagen, dass er nicht gefährlich ist, dann halte ich diese Aussage für gleichermaßen ehrlich und kafkaesk.

Danke.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Vielen Dank. Wir haben jetzt die Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Abg. Hedi Thelen: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren Anzuhörende, ich möchte mich zunächst einmal bedanken für die tiefen und umfassenden Einblicke, die wir in das von uns zu untersuchende Themenfeld von Ihnen bekommen haben.

Ich will noch einmal zurückgehen zur Kernfrage, um die es uns heute geht. Wir wissen, dass wir aufgrund der Urteile des Verfassungsgerichts und der bundesrechtlichen Änderungen selbst unser Gesetz angepasst haben und damit – wie ich es einmal nennen will – den Spannungsbogen in der Behandlung forensischer Patienten etwas angespannt haben. Durch die Rechtsprechung ist ein stärkerer Zeitfaktor, um nicht zu sagen Zeitdruck mit der Perspektive einer Integration in die Gesellschaft mit zu beachten und als wichtiges Ziel ihrer Therapie zu begreifen.

Ich hoffe, ich rekapitulieren richtig – vorweg: meine Fragen richten sich an Sie alle –, und versuche ein wenig, den Bogen zu schlagen. Sowohl Herr Professor Nedopil als auch Frau Dr. Gaudernack haben festgestellt, dass die Zahlen, um die es geht, die Auslöser auch unserer Befassung mit dem Thema sind, sehr kleine Größen sind, im Prinzip zu vernachlässigen. Wir könnten also rundum zufrieden sein und sagen, alles sei gut.

Trotzdem sähe es hier und heute anders aus, wenn nur einer der beiden Patienten, die im Jahr 2018 per Fahndung gesucht werden mussten, ein schweres Verbrechen begangen hätte. Deshalb halte ich es schon für richtig, dass wir uns selbst ein Stück weit hinterfragen. Sind unsere Regeln für Sie so gut, dass Sie auch weiterhin guten Gewissens mit ihnen arbeiten können und Vertrauen darin haben, dass diese Arbeit so fundiert sein kann und Patienten gelockert werden, bei denen zumindest die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist, dass sie wieder gefährlich werden?

Trotz der niedrigen Zahlen, die angesprochen wurden, werden Anforderungen nötig sein, das hinzubekommen. Ich habe gelesen und auch eben von anderen gehört – in der Stellungnahme von Herrn Dr. Goldbeck –, dass die gute Therapie, die gute Auseinandersetzung mit den und Betreuung der forensischen Patienten sehr wohl aufwendig sind. Sie haben in einem kleinen Halbsatz durchblicken lassen, dass Sie die Leitlinie umsetzen, obwohl die in der Leitlinie vorgeschlagene personelle Ausstattung nicht gegeben ist. Ich spreche von der Behandlungsleitlinie für den Maßregelvollzug der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Es kann also ein Personalproblem sein. Herr Professor Nedopil hat angesprochen, dass es ein Problem ist vor dem Hintergrund des gesamten Ärztemangels. Insbesondere Psychiater überlegen sich, ob die Forensik für sie ein attraktives Arbeitsfeld ist. Sie beschreiben, wieso aus Ihrer Sicht diese Attraktivität durch die Regelungen sogar abgenommen hat: Es liegt daran, dass immer mehr juristische Fragen die Therapie beeinflussen.

Das spiegle ich jetzt an Herrn Dr. Goldbeck zurück. Sie haben es in Ihrer Stellungnahme weniger dramatisch geschildert bzw. haben diesen Punkt eigentlich gar nicht angesprochen. Haben Sie ihn nicht angesprochen, weil es hier alles so glattläuft, wenn man sich einfach mit dem arrangiert, was nun einmal Gesetz ist, oder wie nehmen Sie die Äußerungen von Herrn Professor Nedopil wahr? Ist es auch in der Klinik Nette-Gut ein wichtiges Thema, dass man sich eben auch mit dem Ärztemangel herumplagen muss, dass es auch schwierig ist für Ärzte, dass in ihrer Therapieentscheidung immer mehr juristische Fragen Berücksichtigung finden müssen? Und wie setzen Sie das im Alltag um?

Ich glaube, dabei will ich es im Moment erst einmal belassen. Danke.

Dr. Frank Goldbeck: Ich fange mit der letzten Frage nach dem Personal an. Wir haben sicherlich zunehmend Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu finden. Wir hatten im Oktober seit mehreren Jahren, seit drei Jahren faktisch alle Oberarztstellen hier im Haus besetzt. Das war im Oktober, im Januar ist es wieder anders. Wir suchen aktuell wieder drei Oberärzte.

Wenn Sie überlegen, dass wir in der Klinik insgesamt acht Oberärzte haben, dann ist ein Ausfall von drei Oberärzten eine ganze Menge. Schon jetzt wissen wir, dass es Monate und Jahre dauern kann, bis diese Stellen nachbesetzt werden können.

Wir haben auf der einen Seite tatsächlich ein großes Problem, geeignetes Personal zu finden, das auch über forensische Erfahrung verfügt. Das ist der Erste. Das Zweite betrifft durchaus – deshalb habe ich das auch mit hineingebracht – den Behandlungsstandard, den die DGPPN formuliert hat.

Schauen wir uns die Zahlen an; sie sind nicht geheim, sondern stehen im Qualitätsbericht 2017 der Klinik Nette-Gut. Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im ärztlichen Bereich: 50,69 %. Erfüllung der Psych-PV im psychologischen Bereich: 115,43 %. Ärzte kommen nicht; es geht zu den Psychologen. Erfüllung der Psych-PV im Sozialdienst: 76,26 %. Erfüllung der Psych-PV im Pflegedienst: 88,87 %. Das sind die Zahlen nach der Psych-PV, die für die Forensik keine Gültigkeit hat, das wissen wir alle. Sie sind aber sozusagen da gegeben.

Ich glaube, das zeigt deutlich, dass wir unabhängig davon, ob wir Stellen besetzen können oder nicht, einen deutlichen Bedarf haben, hier etwas zu machen, insbesondere dann, wenn immer wieder neue Aufgaben an uns herangetragen werden. Es ist nicht schlimm, dass ich jetzt eine Fixierung vom Gericht genehmigen lassen muss. Es ist aber ein Problem, dass ich jetzt anfangen muss, den administrativen Weg zu gehen. Das kostet mehr Manpower, das kostet mehr in allen Bereichen; all das, was dann noch umgesetzt werden muss, kostet einfach mehr.

Das sind Bereiche, für die wir wieder anfangen müssen, nachzudenken: Neue Aufgaben – gern, aber neue Aufgaben werden nicht kosten- und vor allen Dingen nicht personalneutral umgesetzt werden können.

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Anknüpfend an das, was ich gesagt habe: Meine Sorge ist nicht, was aktuell ist. Meine Sorge ist, was übermorgen ist. Da würde ich sagen: Ja, es ist so, ich bestehe darauf, ich weiß es auch: Wir kriegen keine Menschen, die in die Ausbildung kommen. Die DGPPN macht wirklich große Anstrengungen mit Sommercamps für junge Ärzte, damit Ärzte in die forensische Psychiatrie kommen. Die Ausbeute ist aber gering.

Als ich mich damals auf die Stelle in München beworben hatte, waren es neun Kandidaten gewesen; als sich mein Nachfolger auf die Stelle bewarb, waren es nur noch vier Kandidaten. Daran können Sie es sehen. Schauen wir hier nach Andernach oder Klingenmünster: Ich glaube, wenn eine Chefarzt- oder eine Oberarztstelle ausgeschrieben ist, dann können Sie angesichts dessen, wie schnell sich jemand auf sie bewirbt, sagen, Gott sei Dank bin ich nicht im Auswahlgremium.

Dr. Dorothea Gaudernack: Ich muss ein bisschen Wasser in den Wein gießen, was die Personalschlüssel, die in den DGPPN-Standards genannt sind, anbelangt. Man muss dazu sagen, die DGPPN-Standards sind eine Äußerung einer berufsständischen Vereinigung. Der Personalschlüssel, der dort zitiert ist, beruht auf einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte zur Sicherungsverwahrung und ist schon eher sportlich angesetzt. Das gebe ich zu bedenken. Ich kenne keine Klinik, die diesen Personalschlüssel so umsetzt, und auch seine Sinnhaftigkeit ist nicht überprüft. Es handelt sich um keinen allgemein akzeptierten Personalschlüssel für den Maßregelvollzug.

Was ich auch noch betonen möchte: Die personelle Situation ist in aller Regel die – ich weiß nicht genau, wie es in Rheinland-Pfalz ist, aber in Bayern zum Beispiel ist es so –, dass sie kein finanzielles Problem ist, sondern sie ist tatsächlich dahin gehend ein Problem, dass Stellen nicht besetzt werden können. Das Geld für die Stellen ist da, die Stellen würden auch bezahlt, aber es bewirbt sich schlichtweg niemand.

Ich möchte in aller Deutlichkeit sagen, das ist kein spezifisch forensisches Problem. Es ist ein Problem, das die Kliniken alle betrifft. Es ist ein Problem, das – zumindest in Bayern – die Allgemeinpsychiatrie noch verstärkter hat als die Forensik. Wir haben insgesamt zu wenige Ärztinnen und Ärzte, wir haben zu wenige Psychiaterinnen und Psychiater, und wir haben in der Konsequenz auch zu wenige Ärztinnen und Ärzte in den forensischen Kliniken.

In den forensischen Kliniken in Bayern behilft man sich zunehmend damit, dass man bestimmte Aufgaben Psychologinnen und Psychologen überträgt. Die Erfahrung zeigt, dass diese im therapeutischen Bereich wirklich gute Arbeit leisten. Es gibt ja viele Bereiche, in denen in der Therapie auch andere Berufsgruppen insgesamt sehr wertvolle Arbeit leisten können.

Das angesprochene Abwandern in die Allgemeinpsychiatrie kenne ich nicht. Es ist eher so, dass man die Forensik aus meiner Sicht insgesamt attraktiver machen muss. So muss man auch im Rahmen der Ausbildung sowohl bei der Pflege als auch bei den Ärztinnen und Ärzten zeigen, was die Forensik macht, was die Forensik leistet, weil sich viele darunter gar nichts vorstellen können. Zumindest für Bayern kann ich sagen, dass die Fluktuation in der Forensik deutlich geringer ist als in der Allgemeinpsychiatrie und den anderen medizinischen Bereichen, weil die meisten Menschen, die einmal in der Forensik arbeiten, durchaus gern dort arbeiten, weil sie zum Beispiel im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie durch die naturgemäß längeren Verweildauern auch mehr Beziehungsarbeit mit den Patientinnen und Patienten machen können und mit ihnen in einem insgesamt guten Setting auch gut arbeiten können.

Das, was Herr Professor Nedopil vor allem angesprochen hat, möchte ich nicht kleinreden. Natürlich gibt es die vermehrten Übergriffe. Man darf nicht verhehlen, sie kommen aus den Einschränkungen in der medikamentösen Zwangsbehandlung. Das ist einfach so. Wenn Sie aber meine persönliche Meinung dazu hören wollen: Es nützt einfach nichts; es ist eine bundesverfassungsgerichtliche Entscheidung, die der jeweilige Landesgesetzgeber umzusetzen hatte, und jetzt muss man schauen, wie man am besten mit dieser Situation umgehen und Zwang noch weitergehend vermeiden kann, sowohl personell als auch durch die Ausstattung.

Margret Osterfeld: Ich möchte erst einmal zum Teil, und auch deutlich, Frau Dr. Gaudernack recht geben. Ich habe vor allen Dingen in der Allgemeinpsychiatrie gearbeitet und einige forensische Patienten in die Freiheit begleiten können. Aber zunehmend, nachdem immer mehr Ökonomisierungsdruck in die allgemeinpsychiatrische Krankenhausbehandlung kam, habe ich forensische Psychiater beneidet, weil in deren Bereich noch die lange Beziehungsarbeit möglich ist. Das können Sie in der Allgemeinpsychiatrie bei einer durchschnittlichen Verweildauer von drei Wochen nicht leisten; da haben Sie Akkordbetrieb. Insoweit gebe ich Ihnen recht.

Grundsätzlicher und insgesamt möchte ich sagen und ist mir die Botschaft wichtig: Egal wo, wenn Sie nicht genügend Manpower haben, also gerade im Freiheitsentzug – das sehen wir aber auch zum Beispiel in Altenheimen oder im Strafvollzug, überall –, wenn Sie nicht genügend Manpower haben, wird es immer schwieriger, menschenwürdig und individuell zu arbeiten. Und die Gefahr von Frustration, Ermüdungserscheinungen und Krankschreibungen – so haben Sie es genannt –, aber auch von unprofessionellen Übergriffen aufgrund der Frustration, steigt eher. Ich finde es ganz richtig, finde es gut, dass Herr Dr. Goldbeck den Vergleich mit der Psych-PV genommen hat; das sind nun einmal Größen, woran man etwas berechnen kann. Inhaltlich muss man dann immer noch genau schauen. Aber eine Ärztequote von 50 % finde ich schockierend.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp: Bevor ich zu meinen Fragen komme, möchte ich mich bei der Klinik Nette-Gut für die Führung und die Einblicke in die Sicherheit, die Herausforderungen und die tägliche Arbeit bedanken. Beim Stationsrundgang durften wir den Kolleginnen und Kollegen, die diese wirklich herausfordernde Arbeit tun, unsere Wertschätzung entgegenbringen.

Wir hatten gerade im letzten Jahr eine Entwicklung von Entweichungen in meinem Wahlkreis. Wir hatten eine Entweichung aus der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, in deren Folge es in meinem Wahlkreis zu einer Körperverletzung kam. Wir beschäftigen uns im Landtag auch immer aktuell in den Ausschusssitzungen mit diesen Themenbereichen.

Aus diesem Grund ist der Spannungsbogen zwischen Entweichung und Stufen der Lockerungsverfahren für uns eine wichtige Information, die wir heute mitnehmen.

Wir konnten uns die Sicherheitsvorkehrungen der Klinik Nette-Gut anschauen und sahen, dass ständig nachgebessert wird, individuell nachgebessert wird, immer wieder auch Vorgänge nachgebessert werden.

Dass wir uns an die Bundesrechtsprechung zu halten haben, steht außer Frage. Dass wir als Länder die Gesetzgebung angepasst haben, ist selbstredend.

Aber gerade im Bereich zwischen Männern und Frauen, bei den wenigen Frauen, die in der Forensik untergebracht sind, entsteht ein Spannungsbogen in der Forensik selbst.

Der Wunsch ist, dass die Menschen am Ende zurückkommen in ein Leben – nach Sexualdelikten, nach Straftaten, nach Freiheitsentzug, nach schlimmen Dingen. Diese Menschen müssen auch in der Bevölkerung anerkannt und akzeptiert sein. Nicht nur die Menschen müssen vorbereitet sein – auch im Sozialraum –, sondern auch die Akzeptanzmaßnahmen in der Bevölkerung müssen in irgendeiner Form möglich sein. Das ist ja das, was wir in den einschlägigen und oftmals guten Illustrierten und Tagesmagazinen erleben: das, was auch an Angst gemacht wird.

Herr Professor Nedopil sagte vorhin, 1 % wird nach 1 Jahr wieder straffällig: Das ist eine ganz fantastische Information über die Wirksamkeit einer forensischen Medizin, die wirklich viel bewirken kann, wenn Faktoren zueinanderpassen.

Deswegen geht es um die Wertschätzung – da nehme ich Pflege- und ärztliches Personal gleichgestellt miteinander. Es geht um Alltagsvorbereitung und Erlernung des Krisenumgangs: Wie komme ich aus der Schleife heraus, wenn ich merke, Achtung, da droht mir eine altbekannte Krise?

Die ambulante Betreuung nach der Entlassung ist für mich ein Knackpunkt. Speziell dazu würde ich jetzt gern bei den Sachverständigen nachfragen. Wir reden ja darüber, was der Gesetzgeber tun kann, wo die Stärken sind, um dieses System zu verfestigen.

In der ambulanten Nachsorge – ich nenne es jetzt ganz breit so – liegt oftmals, nachdem man zehn Jahre, um einmal eine Zahl zu nennen, in einem strukturierten Lebensablauf verbracht hat, um dann wieder resozialisiert in einem Wohnheim, in einer Unterkunft zu leben, ohne wieder straffällig zu werden, ohne wieder in alte Muster zu verfallen – – Das ist mir nicht ganz klar geworden in der Anhörung. Dazu würde ich gerne noch einmal nachfragen.

Die vorbereitete Entlassung ist mir klar. Über die unvorbereitete Entlassung – das würde ich gern Frau Dr. Gaudernack als Juristin fragen – entscheidet dann das Team in der Forensik aufgrund eines richterlichen Beschlusses?

Das wären meine Fragekomplexe. Ich glaube, ich habe mich verständlich ausgedrückt, und ich würde um Beantwortung bitten.

Dr. Dorothea Gaudernack: Gleich zur letzten Frage: Die Entscheidung über eine Entlassung trifft das Gericht, die Strafvollstreckungskammer. Erfahrungsgemäß kündigen die Strafvollstreckungskammern Entlassungen aus Gründen der Verhältnismäßigkeit einigermäßen rechtzeitig vorher an, zum Beispiel indem sie in der Fortdauerentscheidung schreiben, ist „noch“ verhältnismäßig.

Man muss allerdings sagen, das ist juristisch gesehen manchmal etwas dünnes Eis. Es kann sein, dass es relativ rechtzeitig vorher angekündigt wird und eben geschrieben steht, er oder sie ist in drei Monaten zu entlassen. In Bayern hatten wir aber Fälle, in denen Patienten aus der Anhörung heraus sofort entlassen werden mussten. Das ist ein riesengroßes Problem, weil die Patienten ganz häufig in der Obdachlosigkeit landen. Es sind glücklicherweise Einzelfälle, und die Entlassvorbereitung hat sich in Bayern relativ gut eingespielt. Es gibt Konzepte dazu, wie das standardisiert gut abläuft.

Es passiert aber auch, dass Patientinnen und Patienten, denen die Erledigung bevorsteht und die gegebenenfalls durch das Gericht angekündigt wird, dann nicht mehr mitmachen. Wenn sie ahnen, dass

sie in einem Jahr sowieso herauskommen, verweigern sie die Therapie und machen überhaupt nicht mehr mit. Das passiert gar nicht so ganz selten, weswegen es immer eine gewisse Gratwanderung ist.

Aus diesem Grund – da möchte ich das unterstützen, was Sie vorhin gesagt haben – ist es eigentlich schöner, wenn man es schafft, die Patientinnen und Patienten regulär zu entlassen und die Maßregel zur Bewährung aussetzen zu können, sodass man dann für den Krisenfall die Rückfallebene der Krisenintervention hat.

Ich weiß nicht genau, wie die Verhältnisse in Rheinland-Pfalz sind; in Bayern, muss man sagen, kommt es in fast allen Fällen der Entlassung auch zu einer Führungsaufsichtlichen Weisung, einer Vorstellung und Behandlung in der forensischen Ambulanz.

Bei uns beträgt die Quote derer, die nach einer forensischen Klinik in der Ambulanz behandelt werden, eigentlich 100 %. Ich halte das für einen ganz, ganz wichtigen Baustein in der Legalbewährung. Herr Professor Nedopil sprach bereits die Bedeutung der Ambulanzen an. Bei diesen Untersuchungen, in denen Strafgefangene und Maßregelvollzugspatienten verglichen wurden, kam heraus, dass sich die Maßregelvollzugspatienten in der Legalbewährung deutlich besser bewährten als die Personen aus den Justizvollzugsanstalten, obwohl Zwillingspaare gebildet wurden. Ich glaube, ein ganz großer Bestandteil dessen ist die forensische Ambulanz.

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Folgendes kann ich mit einem gewissen Stolz sagen, weil ich die ambulante Nachsorge eingeführt habe. Es war 20 Jahre lang ein Kampf, bis sie kam. Und dann, fünf Jahre später, sagte das Sozialministerium zu mir: Warum haben wir das nicht schon viel früher gemacht? Es ist billiger, es ist effektiver, und es ist, was ganz wesentlich ist, ein relativ harmonischer Übergang. Es ist also kein abrupter Übergang. Es ist auch personell ein harmonischer Übergang, weil sowohl die Ambulanzbetreuer vorher in den Maßregelvollzug, in die stationäre Behandlung gehen, wie auch umgekehrt die stationär Behandelnden nachher in die Ambulanz mit hinüberwirken. Das ist wirklich sehr effektiv, und es war eigentlich auch Gott sei Dank vorherzusehen, dass es so ist.

In Bayern ist man so weit gegangen, dass man sagte, das ist so gut, dass wir auch für die Strafgefangenen, die aus sozialtherapeutischen Einrichtungen entlassen werden, die ambulante Nachsorge machen. Auch das zeigt, wie effektiv ambulante Nachsorge ist. Der Vorteil im Vergleich gerade bei der Maßregelvollzugsentlassung ist, dass es sich um eine aufsuchende Ambulanz handelt. Man steht nicht nur da und wartet, bis der Patient kommt, sondern wenn der Patient nicht kommt, fährt man zu ihm. Mittlerweile gibt es eine 20-jährige Erfahrung, wie man damit vernünftig umgeht. Es ist auch eine sehr viel engmaschigere Kooperation mit den verschiedenen Institutionen der Nachsorge. Viele Heime würden in Bayern sagen – so war es am Anfang –, ja, wenn ihr in die Ambulanz geht, dann nehmen wir Euch; wenn Ihr nicht in die Ambulanz geht, nehmen wir Euch nicht.

Die Polizei arbeitet unter Umständen mit – bei uns die Zentralstelle HEADS (Haft-Entlassen-Auskunfts-Datei-Sexualstraftäter) –, und es arbeiten auch die Bewährungshilfe oder die Führungsaufsicht zusammen, sodass so etwas wie ein runder Tisch entstehen kann, wenn es Konflikte gibt, damit man sie nicht allein lösen muss. Das ist schon ein Riesenvorteil. Aber das ist etwas, das, glaube ich, mittlerweile in allen Bundesländern einigermaßen vernünftig läuft. Ich weiß nicht, ob in Rheinland-Pfalz die Polizei mitarbeitet, aber das gibt es in Baden-Württemberg und auch in Nordrhein Westfalen.

Dr. Eva Biebinger: Ich kann für Klingenmünster sprechen. Für uns ist es tatsächlich auch so, dass die Verhältnismäßigkeitsentlassungen im Allgemeinen angekündigt werden. Das bringt aber die Klinikleitung in Einzelfällen ziemlich unter Probleme. Man hat dann das Problem, man muss entlassen, lockern. Die Alternative ist, man tut es nicht, und derjenige steht auf der Straße. Das ist also ein ziemliches Dilemma.

Auch unsere Ambulanz ist vorwiegend aufsuchend tätig. Im Vergleich zu Nervenarztpraxen haben wir den Vorteil: Wenn ein Patient nicht kommt – es ihm schlecht geht – fahren wir hin und schauen, was los ist, wir schauen also vor Ort. Damit kann man Krisen viel besser abfangen als zum Beispiel in einer Nervenarztpraxis.

Dr. Frank Goldbeck: Unvorbereitete Entlassungen haben wir auch, keine Frage. Es gab einmal einen Patienten, den wir in ein Wohnheim beurlaubt hatten, weil es bei ihm in Richtung Verhältnismäßigkeitsentlassung ging. Es funktionierte aber nicht, denn er trank und randalierte, es kam zu Polizeieinsätzen, und die Beurlaubung musste abgebrochen werden. Der Erledigungsbeschluss kam trotzdem. Der Patient ging dann mit einem Beschluss nach BGB in die Allgemeinspsychiatrie. Das ist mit Sicherheit nicht das, was wir anstreben. Aber solche Fälle gibt es auch.

In einem zweiten Fall sagte der Patient, Ihr habt mich hereingebracht, jetzt bringt Ihr mich auch heraus. – Er war nicht kooperativ, um mit uns irgendetwas zu machen. Das war dann schwierig. Deshalb haben wir unser Apartment an ihn vermietet; wir sagten, auf die Straße oder unter die Brücke wollen wir ihn nicht entlassen. Stattdessen haben wir die Sache dann anders gemacht.

Ich glaube, dass der Bereich der forensischen Ambulanz etwas sehr Effektives ist, was richtig ist und in dem der aufsuchende Charakter etwas ganz Entscheidendes ist. Das Problem, das ich habe, wenn es darum geht, einen sozialen Empfangsraum zu schaffen, ist, wie ich glaube, nicht der Maßregelvollzug und nicht die forensische Ambulanz. Das Problem sind Träger und Wohnheime, die nicht mit uns zusammenarbeiten wollen oder können. Es gibt genug Wohnheime, die sagen, Sexualstraftäter nehmen wir nicht, Brandstifter nehmen wir nicht, Gewalttäter nehmen wir nicht. Das macht die Sache ganz schwierig, auch wenn wir sagen, eigentlich ist es eine ganz hervorragende Einrichtung, um jemanden dort hinzubringen, dann geschieht so etwas einfach nicht.

Ich glaube, es ist unsere Aufgabe – auch das ist Aufgabe der Forensik –, hinzugehen und sagen, Leute, wir bleiben bei Euch, wir begleiten, wir schauen, dass er nicht gefährlich wird, das können wir. Aber die vielen 24-Stunden-Betreuungen vor Ort kriegen wir nicht mehr hin, dafür brauchen wir entsprechende Unterstützung von den Wohnheimen.

Abg. Dr. Sylvia Groß: Zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen für die Ausführungen bedanken.

Ich habe eine Frage zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Es ist auch der Bundesgerichtshof erwähnt worden. Was war denn jetzt eigentlich der Grund dafür, wer war der Kläger, und was war der Klagegegenstand, der letztendlich zu einem Urteil geführt hat, das in das Gesetz, in die §§ 63 und 64 StGB umgegossen wurde und letztendlich dann auch in den Ländern in deren Maßregelvollzugsgesetzen umgesetzt werden sollte?

Verstehe ich es richtig, dass das Urteil, wenn ich das so ausdrücken kann, ein prospektives Urteil war und gesagt wurde, wir haben jetzt nichts, worauf wir zurückgreifen, aber wir müssen sagen – so stelle ich mir das als Laie vor –, wir müssen mehr nach dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz arbeiten, es gibt ein im Grundgesetz verankertes Recht auf Freiheit eines jeden Bürgers, und wir müssen schauen, dass wir den Menschen nicht unnötige Zeiten aufoktroyieren in diesen langen Jahren der Freiheitsberaubung, die sie gar nicht brauchen, und es schneller gehen könnte? Oder, was war die Grundlage dafür, dass das Bundesverfassungsgericht überhaupt bemüht wurde?

Frau Dr. Biebinger, in Ihren schriftlichen Ausführungen schreiben Sie auf Seite 4 – ich lese nur den Hauptsatz vor: „Aufgrund des (...) Beschleunigungsgebotes und der Stärkung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes sind die Kliniken angehalten, die Untergebrachten frühzeitig und rascher mit mehr Freiheitsgraden zu erproben.“

Als ich das las, spürte ich inhaltlich einen Druck dahin gehend, dass man irgendwie beschleunigt arbeiten muss. Und wenn man bedenkt, man hat oft das Personal nicht, und man muss letztendlich die Lockerungsstufen vorverlegen: Wie soll das mit immer weniger Personal gehen? – Das ist der eine Punkt, den ich ansprechen wollte: Was der Klagegegenstand war, und wie es dazu überhaupt gekommen ist.

Das Andere ist: Wie sieht es mit der ambulanten Nachsorge aus? Es ist gut, dass die Patienten schon im Vorfeld, wenn sie noch hier sind, mit dem späteren ambulanten Betreuer Kontakt bekommen und sich ein Vertrauensverhältnis aufbaut. Wie viel Prozent der entlassenen Patienten bleiben denn nachher auch in der ambulanten Betreuung und nehmen das ernst? Und wenn sie es nicht tun, kümmert man sich dann vonseiten der Klinik darum und schaut, wie man das optimieren kann?

Vielen Dank.

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Vielleicht darf ich das Wort ergreifen, weil ich wahrscheinlich als Ältester und mit der längsten Erfahrung etwas zum Bundesverfassungsgericht sagen kann.

Im Jahr 1984 fiel die erste Entscheidung, weil ein Mann einen Pelzmantel gestohlen hatte und über sechs Jahre lang im Maßregelvollzug war. Damals wurde zum ersten Mal der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz angeführt: So lange für eine solche Tat, das ist unverhältnismäßig. –

Dieser Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ist vom Bundesverfassungsgericht immer wieder hervorgeholt worden, um im Fall eines Menschen, der aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts zu lange im Maßregelvollzug untergebracht war, zu sagen, es muss sich etwas ändern.

Entscheidend für die jetzige Gesetzesänderung war der Fall Mollath, der im Jahr 2013 dazu führte, dass das Bundesverfassungsgericht diesen Grundsatz wieder in den Vordergrund stellte. Eine Rolle spielte auch der öffentliche Druck, der mit Mollath in Verbindung stand, sodass dann auch der Gesetzgeber sagte, jetzt muss endlich etwas getan werden. Da wurden dann auch Zeiten und Zahlen genannt, sodass man dazu etwas sagen kann. – Das ist der Hintergrund gewesen. Im Jahr 2016 kam dann die Änderung des Bundesgesetzes.

Ich kann auch noch etwas zur ambulanten Nachsorge sagen. Die ambulante Nachsorge arbeitet eng mit der Führungsaufsicht zusammen. Seit dem Jahr 2007 gibt es in den gesetzlichen Regelungen zur Führungsaufsicht Möglichkeiten des rechtlichen Zusammenwirkens der Krisenintervention: Wenn jemand aus der Schiene des vorgesehenen ambulanten Nachsorgesettings herausgeht, kann es zu rechtlichen und auch strafrechtlichen Interventionen, zu Kriseninterventionen, die erzwungen werden können, kommen, sodass nicht nur der wohlwollende, therapeutisch fürsorgliche Rahmen da ist, um die Personen in der ambulanten Nachsorge zu halten, sondern dass es auch rechtliche Möglichkeiten gibt, um für eine Mitwirkung zu sorgen oder zumindest den Druck zu erhöhen, um die Mitwirkung zu erreichen.

Dr. Dorothea Gaudernack: Als Juristin ist es mir ein inneres Bedürfnis, noch einmal etwas zum Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu sagen. In meinen schriftlichen Ausführungen streife ich das am Rande, aber man muss natürlich sagen, und ich sage es jetzt etwas plakativ: Selbst wenn Sie in Rheinland-Pfalz Ihr Maßregelvollzugsgesetz nicht so modern und gut gestrickt hätten und auf eine frühe Lockerung gewissermaßen explizit drängen würden, würde der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit aus dem Rechtsstaatsprinzip resultieren. Dieser Grundsatz, der ohnehin über allem steht, würde selbst dann gelten und dazu führen, dass die Freiheitsentziehung – und es handelt sich um eine Freiheitsentziehung – so früh wie möglich zu beenden ist.

Das Bundesverfassungsgericht hat dies in den letzten Jahrzehnten in einer Reihe von Entscheidungen immer wieder verdeutlicht. Es geht nicht nur um die absolute Dauer der Unterbringung, sondern es geht auch darum, dass während des Freiheitsentzugs die einzelnen zusätzlichen Einschränkungen verhältnismäßig sein müssen. Dazu gehört eben auch, dass, soweit gelockert werden kann – Sie formulieren es in Ihrem Gesetz mit dem Begriff der Vertretbarkeit – auch gelockert werden muss. Patienten haben gegebenenfalls einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Lockerungen.

Ich bin zwar keine Psychiaterin, aber ich glaube nicht, dass dies die Psychiater einem unnötigen, unangemessenen Druck aussetzt. Ich kann mich erinnern, als ich noch relativ frisch im Geschäft war, hielt Herr Professor Nedopil einmal einen Vortrag, in dem er von Lebenszeitverschwendung sprach, diesem früher wohl manchmal herrschenden Prinzip, dass man sagte, na ja, der Patient ist jetzt erst einmal eine Weile bei uns, den schauen wir uns in Ruhe an, und dann überlegen wir uns, was wir mit ihm tun können. – Das ist nicht verhältnismäßig, und das geht nicht, sondern die in der Klinik Tätigen müssen sich zu einem frühen Zeitpunkt überlegen, was sie mit diesem Patienten oder dieser Patientin vorhaben, wie sie gedenken, ihn oder sie zu behandeln, und wie sie dadurch den Freiheitsentzug auf ein Minimum reduzieren können, soweit dies vertretbar und mit den Sicherheitsbedürfnissen der Gesellschaft vereinbar ist.

Das Gleiche gilt im Prinzip für das Thema der Ambulanz. Herr Professor Nedopil hat es schon ausgeführt. Es handelt sich nicht um eine ambulante freiwillige medizinische Behandlung, sondern es ist im

Prinzip ein ordnungspolitisches Instrument. Zumindest in Bayern ist es so, dass wir nur für diejenigen Patienten zahlen, für die eine Führungsaufsichtliche Weisung vorliegt. Beschließt das Gericht, dass sich ein Patient in der forensischen Ambulanz vorzustellen bzw. behandeln zu lassen hat, bezahlt der Freistaat Bayern für diesen Patienten die ambulante Nachsorge. Erscheint der Patient nicht, geht das ganze Krisenmanagement los, und gegebenenfalls kommt es dann zur Krisenintervention, und der Patient landet wieder in der Klinik.

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Vielleicht darf ich noch aus der Forschung etwas nachtragen. 45 % der Patienten wünschen nach Beendigung der Führungsaufsicht, weiter in der Ambulanz zu bleiben. Das muss man sich einmal vorstellen. Es ist nicht nur ein Erfolg des Drucks, sondern es ist ein Zeichen für den Erfolg einer solchen Behandlung.

Margret Osterfeld: Ich möchte ein bisschen Wasser in den Wein gießen, ohne den Wein schlechtmachen zu wollen. Es gibt beim Problemkind Forensik durchaus noch andere Probleme, worauf sich das Wort Verhältnismäßigkeit bezieht. Mein persönlicher Fall Mollath verbrachte sieben Jahre in der Forensik. Ich war die Erste, die überhaupt einmal ein positives Gutachten schrieb, ein Jahr später ist er endlich herausgekommen; er ist übrigens nach Rheinland-Pfalz verzogen und ist, glaube ich, nicht wieder straffällig geworden. Für sein Delikt hätte er eine Bewährungsstrafe bekommen. Er hatte aber einen Gutachter, der ihm eine Schizophrenie anhängte – von der man sieben Jahre lang keine Symptome sah.

Es geht also um das Verhältnis von der Schwere der Straftat und der Länge des Freiheitsentzugs. Ich kenne einige Patienten, die 40 Jahre in der Forensik waren. Also, da war das ihr Zuhause. Dass diese Menschen nach 40 Jahren gesellschaftlichem und technischem Fortschritt nicht mehr klarkommen, ist logisch. – Das also ist es, was ich hier und für dieses Haus mit der Bezeichnung „Problemkind“ meinte.

Dr. Eva Biebinger: Es ist zwar vieles dazu gesagt worden, aber ich möchte noch etwas zur ambulanten Nachsorge ergänzen. Die Patienten bekommen sie als Auflage, und sie bekommen die fünf Jahre Führungsaufsicht und bleiben dann fünf Jahre in der forensischen Ambulanz, so lange geht das.

Kommt ein Patient in die Krise oder ist die Krise vorhersehbar, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Krisenintervention. Es wird natürlich geschaut, ob man sie nicht ambulant abfangen kann, zum Beispiel durch intensivere aufsuchende Kontakte, mehr Gespräche, eine Anpassung der Medikamente. Es gibt aber auch die Möglichkeit, jemanden zur Krisenintervention in die Allgemeinpsychiatrie oder in die Suchtklinik zu vermitteln. Das ist die niederschwelligste Intervention. Und dann gibt es von rechtlicher Seite her § 67 h StGB als Kriseninterventionsmaßnahme. Die wieder eingesetzte Unterbringung kann bis zu sechs Monate dauern. Das letzte Mittel ist dann der Bewährungswiderruf.

Das Problem ist nur, wenn ein Patient eine Erledigung hat, sind diese rechtlichen Möglichkeiten eingeschränkt. Sie können nicht mehr angewendet werden.

Aber es gibt wirklich ein abgestuftes System von Kriseninterventionsmöglichkeiten im stationären Rahmen, wo man immer schaut, dass es möglichst kurz gehalten wird. Man schaut dann auch immer, dass das soziale Umfeld, wenn es nicht wesentlich zur Krise beigetragen hat, aufrechterhalten wird.

Abg. Dr. Sylvia Groß: Ich habe noch eine Nachfrage. Aufgrund der veränderten Struktur nach dem Motto „So früh wie möglich den Patienten entlassen, bei höchstmöglicher Sicherheit der Bevölkerung“, kann ich mir das so vorstellen, dass so etwas bundesweit evaluiert wird, zehn Jahre nach Inkraftsetzung, und man schaut, wie die Sicherheitslage ist, ob sich die Lockerungsmaßnahmen positiv ausgewirkt haben und wie sich die Zahl der Rückfälle entwickelt hat, damit man sicher sein kann, dass man richtig gehandelt hat? Es geht also um die Evaluierung dessen, was in der Folge des Urteils des Bundesverfassungsgerichts in den Gesetzen niedergeschrieben wurde.

Dr. Frank Goldbeck: Ich würde jetzt einfach einmal mit einem deutlichen „Jein“ antworten. Die Verlaufsforschung gerade im Maßregelvollzug, in der forensischen Psychiatrie, müsste verbessert werden.

Herr Professor Nedopil sagte es vorhin, die jüngsten Zahlen über den Maßregelvollzug stammen aus dem Jahr 2015 – warum auch immer man aufgehört hat, sie zu erheben. Es gibt natürlich immer Untersuchungen, wie die Entwicklung ist, es gibt die große Münchner Studie, die Herr Professor Nedopil

zitierte. Herr Professor Seifert aus Münster hat einen Artikel veröffentlicht mit einem Betrachtungszeitraum von 15 Jahren, meine ich, für den er die Rückfälle in den Blick nimmt. Also, es ist immer etwas, was da ist, aber man muss ganz klar sagen, eine organisierte Verlaufsforschung im Maßregelvollzug ist das, was wir sicherlich dringend brauchen.

Abg. Dr. Christoph Gensch: Auch ich möchte mich zunächst bei den Referenten für ihre Vorträge und Ausführungen bedanken. – Meine Frage geht primär an Frau Dr. Biebinger, und gerne kann Herr Dr. Goldbeck ergänzen.

Frau Dr. Biebinger, ich habe mir Ihre Vorlage sehr genau angeschaut. Die Zahlen, die Sie uns dankenswerterweise übermittelten, haben mich doch etwas erstaunt. Ich hätte dazu noch zwei, drei Nachfragen.

Auf Seite 2 führen Sie eine Statistik auf, in der es um die Aufnahmen und Entlassungen geht. Es fällt auf, dass die Zahl der Entlassungen von § 63-StGB-Patienten von 2011 an mit jährlich ungefähr 13, 14 Patienten bis 2017 auf 27, 28, fast 30 Patienten steigt. Es gibt also eine Verdopplung der Zahl der Entlassungen.

Gleichzeitig fällt in dieser Statistik auf, dass die Anzahl der Neuaufnahmen von § 63-StGB-Patienten ziemlich konstant geblieben ist. Das kann als Erklärung also nicht herangeführt werden.

Parallel sieht man auf Seite 3, dass in den letzten fünf Jahren die mittlere Verweildauer Ihrer § 63-StGB-Patienten von über zehn Jahren im Mittel im Jahr 2013 auf knapp sechs Jahre im Jahr 2017 sinkt; es kommt zu einer deutlichen Reduzierung.

Drittens fällt auf Seite 5 die Statistik zu den Vollzugslockerungen in Ihrer Klinik für Forensische Psychiatrie in Klingenmünster auf. In den Jahren 2006 bis 2010 liegt die Zahl der Patienten, die keine Vollzugslockerungen hatten, zwischen 100 und 120, bei einer Gesamtzahl von 185 Patienten. Dieser Anteil reduziert sich bis zum Jahr 2017 auf 24. Die Zahl der Patienten, die keine Vollzugslockerung haben, fällt von 116 auf 24. Das ist eine ganz massive Entwicklung. Man würde sie als Paradigmenwechsel oder als einen kompletten Wechsel im – wie ich es jetzt einmal so nenne – medizinischen Behandlungskonzept beschreiben.

Meine Frage lautet, wie Sie diesen deutlichen Unterschied erklären. Außerdem wäre meine Frage, ob, seitdem das so ist, die Zahl der Zwischenfälle mit Entlassenen gestiegen ist, und ob vielleicht zu erkennen ist, dass man schneller wieder stationär neu aufnehmen muss.

Gestatten Sie mir auch die etwas provokante Frage: Wenn Sie diese zwei Fragen mit Nein beantworten – also sagen, dass es nicht zu mehr Zwischenfällen und auch nicht zu einer erhöhten Rate von Neuaufnahmen gekommen ist –, warum sind dann vor fünf Jahren und sechs Jahren die Patienten in diesem Ausmaß in der Klinik verblieben?

Dr. Eva Biebinger: Man muss sehen, dass es sich um eine Art Kontinuum handelt. Wir haben schon geschaut, dass wir die Patienten in den letzten Jahren, bevor die neue Gesetzgebung in Kraft trat, verstärkt lockern. Wir haben ja schon gewusst, dass dieser Verhältnismäßigkeitsgrundsatz stärker an Gewicht gewinnt. Ich will damit sagen, diese veränderte Gesetzgebung, das Beschleunigungsgebot kam für uns nicht überraschend.

Wir haben geschaut, dass wir die Patienten schneller erproben können, soweit wir das verantworten konnten, und schneller entlassen. Wir haben in diesem Zuge sehr frühzeitig unsere Kontakte zu Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie verstärkt. Deswegen haben wir einen großen Teil von Patienten entlassen können, auch in die Einrichtung, die bei uns angesiedelt ist, Betreuen – Fördern – Wohnen.

Das ist die eine Sache. – Jetzt überlege ich, wie Ihre weiteren Fragen lauteten.

Abg. Dr. Christoph Gensch: Eine der Fragen war, ob die deutlich erhöhten Entlassungszahlen – anscheinend einschließlich der Entlassungen von Patienten, die doch länger in der Klinik waren – und die Zunahme der Vollzugslockerungen dazu geführt haben, dass es vermehrt zu Zwischenfällen oder Wiederaufnahmen gekommen ist, weil man gesagt hat, hier ist noch die stationäre Behandlung vonnöten.

Dr. Eva Biebinger: Zahlenmäßig kann ich Ihnen das jetzt nicht beantworten. Wir haben eine vermehrte Anzahl von § 67 h-StGB-Patienten zur Krisenintervention, das schon. Aber das ist keine so riesige Zahl, die wir haben. Ich sage es einmal so, wir haben etwas vermehrt Wiederaufnahmen, auch Bewährungswiderrufe, aber nicht derart gravierend, wie man es vielleicht hätte erwarten können. Vollzugslockerungsmisbräuche haben wir im Jahr 2018 vermehrt gehabt. Das ist in der Vorlage noch nicht aufgeführt, weil die Statistik noch nicht ausgewertet werden konnte.

Abg. Dr. Christoph Gensch: Vielleicht kann Herr Dr. Goldbeck ergänzen, wie sich das in der Klinik Nette-Gut darstellt.

Dr. Frank Goldbeck: Ich traue mich nun nicht, die Zahlen von Klingenmünster zu kommentieren. Wozu ich aber durchaus etwas sagen kann, ist das, was Herr Professor Nedopil dargelegt hat: Wir haben eine Veränderung im Maßregelvollzug. Wenn Sie es sich anschauen, Anfang der 2000er-Jahre gab es erhebliche Rechtsprechung und auch Gesetzesänderungen. Die Sicherung wurde sehr viel höher gesetzt, gerade in der Sicherungsverwahrung. Wir hatten einen Bundeskanzler, der sagte: Wegsperrern, und zwar für immer. – Tatsächlich spielte in der Bevölkerung der Sicherheitsaspekt eine größere Rolle, und das hat sich im Maßregelvollzug widerspiegelt.

Der zweite Bereich: Die forensische Psychiatrie hat Fortschritte gemacht, was die Kenntnisse über Straftaten und Prognosen betrifft. Es gibt gute Prognoseinstrumente, die mittlerweile ausreichend evaluiert sind und konstant angewandt werden, sodass man bessere Aussagen über Patienten machen kann, wenngleich es kein Prognoseinstrument gibt, das 100-prozentig sagen kann, jemand wird strafällig oder nicht; es sind immer nur Wahrscheinlichkeitsaussagen. Aber da hat sich eine ganze Menge getan.

Wir haben Standards, was die Begutachtung angeht, sowohl für den Strafvollzug als auch für Prognosegutachten. Da hat sich also in der forensischen Psychiatrie eine ganze Menge entwickelt. Man muss auch sagen: Erst seit 2008 gibt es die forensisch-psychiatrische Institutsambulanz. Auch dahin gehend haben wir uns weiterentwickelt. Die gesellschaftlichen Ansichten haben sich verändert, weg von „Wegsperrern, und zwar für immer“. Heute gibt es mehr Kenntnisse, aber auch mehr Mut und mehr Möglichkeiten, Patienten zu lockern.

Das kann ich jetzt nicht für Klingenmünster sagen, aber ich glaube, dass es viele Bereiche mit abdeckt.

Dr. Dorothea Gaudernack: Auch ich würde gern ganz kurz noch etwas dazu sagen, wenn ich darf. Ich glaube tatsächlich, dass diese veränderte Haltung ein ganz wichtiger Gesichtspunkt ist, der dabei eine Rolle spielt.

Was aber vielleicht auch eine Rolle spielen könnte, ist – dazu kenne ich die rheinland-pfälzischen Zahlen nicht, aber in Bayern ist es so –, dass sich die Diagnosen der Patienten verändert haben. Wir haben mittlerweile weniger Persönlichkeitsgestörte, dafür aber mehr schizophrene § 63-StGB-Patienten.

Wenn man es etwas platt formuliert, sind die Persönlichkeitsgestörten ganz häufig Sexualstraftäter, auch pädophile Täter, die in der Vergangenheit über lange Jahre ungelockert in der Forensik waren, zumindest bei uns. Aufgrund der Novellierung des § 63 StGB und vielleicht auch einer veränderten gutachterlichen Praxis – das kann ich nicht so gut beurteilen – haben wir diese Patienten nun weniger, sie landen jetzt eher im Strafvollzug.

Das heißt, dass ein gewisses Gefahrenpotenzial vom Maßregelvollzug weggegangen ist. Baden-Württemberg zum Beispiel hat deutlich geringere Verweildauern als Bayern, aber auch immer schon kaum Persönlichkeitsgestörte Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug gehabt. Das könnte also ein Aspekt sein, der auch noch eine Rolle spielt.

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Wenn Sie es vertiefen wollen, könnte ich auch noch etwas dazu sagen. Es ist ja so, dass beispielsweise in Bayern gerade für Sexualstraftäter in den Haftanstalten Therapieeinrichtungen geschaffen worden sind. Auch das hat den Druck auf den Maßregelvollzug weggenommen in Bezug auf diese Patienten. Insofern muss man sagen, es spielen viele Faktoren zusammen; es ist sicher nicht eine einzige Sache, sondern es sind viele Faktoren und die Entwicklung. Ich würde sagen, beide Aspekte, die Sie genannt haben, sind ganz wichtig, nämlich die Einstellung der Bevölkerung und

der Juristen und des ganzen Umfelds auf der einen Seite und die Fortschritte in der forensischen Psychiatrie auf der anderen Seite.

Abg. Dr. Christoph Gensch: Ich bin mir sicher, dass die Argumente, die Sie aufgezählt haben, einen Teil dieser Problematik oder dieser Zahlen erklären. Was mich bei den Entlassungen und Aufnahmen sehr verwundert, ist, dass die Anzahl der Entlassungen in den letzten zwei Jahren bis auf 30 pro Jahr gestiegen ist, die Aufnahmezahlen aber alle im Bereich zwischen drei und fünf geblieben sind. Im Zusammenhang mit dieser Statistik sieht es für mich so aus, dass sich die Verweildauer reduziert und die „Alteingesessenen“ plötzlich in hohem Maße in den letzten zwei, drei Jahren die Klinik verlassen haben.

Margret Osterfeld: Weil die oft sehr lange da waren. Das sehen Sie bestimmt richtig.

Ich möchte noch einmal an die angesprochene Entwicklung anknüpfen: Wir bekamen Mitte der 1990er-Jahre das ICD-10 – das ist die 10. Revision der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems –, was auch die Persönlichkeitsstörungen ganz anders ausdifferenzierte, als es vorher der Fall gewesen war.

Es gab dann eine Entwicklung dahin, dass Gerichte aus diagnostizierten schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen eine Schuldunfähigkeit ableiteten.

Mein Eindruck ist, diese „Mode“ ist etwas abgeklungen, also Persönlichkeitstests. Eine festgestellte Persönlichkeitsstörung heißt noch lange nicht, dass man deswegen schuldunfähig ist. Auch damit ist ja dann die Weiche in den Strafvollzug gestellt.

Dr. Eva Biebinger: Ich möchte noch etwas ergänzen. Es ist tatsächlich so, dass wir einige der Langlieger in engmaschig betreute Wohnformen, vereinzelt auch in geschlossene Wohnheime entlassen haben. Außerdem hatten wir – das ist in meinen schriftlichen Ausführungen nicht mit abgebildet, ich habe nicht alle Statistiken mit hineingenommen – vor Jahren eine höhere Belegung. Sie lag bestimmt um etwa 20 Patienten höher.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Wir kommen jetzt zur letzten Frage; sie stellt Kollege Wäschenbach. – Gibt es darüber hinaus noch weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall, und nach der Frage von Herrn Wäschenbach würde ich die Fragerunde schließen.

Abg. Michael Wäschenbach: Herr Professor Nedopil, Sie sagten, dass Sie sich mehr Kooperation, Vertrauen und – so, wie ich es verstanden habe – eine Entbürokratisierung wünschen. Demgegenüber stehen Kontrolle und Dokumentation unter anderem durch die Fachaufsichtsbehörde. Kann ich daraus schließen, dass dieser Widerspruch therapieschädigend bzw. kein Garant für einen Therapieerfolg ist, oder dass er diesen Erfolg gefährdet?

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Ich bin nicht dagegen, dass es eine Kontrolle von außerhalb des ärztlichen Bereichs gibt und diejenigen kontrolliert werden, die tatsächlich verantwortlich sind. Das sind ja nicht die Ärzte als solche. Dieser Kontrolle bedarf es. Es gab vorher auch Wildwuchs.

Das Problem aber sind die Verschiedenheiten. In meinen schriftlichen Ausführungen habe ich dargelegt, in Bayern sind es mindestens vier Organisationen, die in irgendeiner Form kontrollieren. Es gibt die Fachaufsicht, dann eine Kontrolle durch den Landtag, dann eine Kontrolle durch die Folterkommission – das Europäische Komitee zur Verhütung der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Committee against Torture – CPT), aber es gibt auch eine nationale –, und dann gibt es in Bayern noch die Bezirke, die die Träger sind und auch kontrollieren und Einfluss nehmen.

Allen Organisationen muss man Rechenschaft ablegen. Dieses Rechenschaftablegen gegenüber diesen vielen Kontrollorganen könnte sicher vereinfacht werden, indem das irgendwie gebündelt wird und nicht jeder vorbeikommt, einmal angemeldet, einmal unangemeldet. Das ist schon etwas, das sehr viel Unruhe nach sich zieht und vor allem die Souveränität oder auch das Selbstbewusstsein des ärztlichen Bereichs sehr unterminiert.

Dr. Dorothea Gaudernack: Es ist eine staatliche Aufgabe, die in Bayern den bayerischen Bezirken übertragen ist, und in dieser übertragenen Aufgabe hat der Freistaat zu kontrollieren, was dort getan

wird. Das macht die Fachaufsichtsbehörde in jedem einzelnen Bundesland. Dass darüber hinaus der Landtag in gewisser Weise ein Interesse daran hat und auch Anfragen an ihn herangetragen werden, ist in einer Demokratie so. Damit muss die Klinik leben.

Dass es darüber hinaus nationale und internationale weitere Kontrollgremien gibt, die – das muss man sagen, nehmen Sie es mir nicht übel – die einzelnen Kliniken in einer Seltenheit aufsuchen,

(Margret Osterfeld: Höchst selten!)

auch damit kann man als Klinik leben. Die Kontrolldichte hat bei uns eher für ein größeres Verständnis der jeweiligen Hintergründe und Vorgänge geführt. Das Einzige, was ich dazu sagen muss: Vorhin sprach ich über diesen Einzelfall, in dem wir zum Beispiel eine Lockerungsentscheidung auch wirklich überprüft haben. Wenn ein Patient in der Lockerung zwei Menschen tötet, finde ich es durchaus angemessen, dass ich als Fachaufsicht gern wissen möchte, wie diese Lockerungsentscheidung zustande gekommen ist. Ich glaube, das geht Ihnen als Parlament wahrscheinlich genauso.

Eine Bündelung ist aus rein praktischen Gründen nicht möglich, weil ich als bayerische Fachaufsicht nicht anderen Gremien, erst recht nicht dem Landtag, vorschreiben kann, in welcher Weise er seinen Aufgaben nachkommen kann.

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Darüber könnten wir nun lange streiten. Das ist immer eine andere Perspektive: von demjenigen, der kontrolliert, und demjenigen, der kontrolliert wird. Das muss man einfach zur Kenntnis nehmen. Ich sehe die Perspektive dessen, der kontrolliert wird. Ich persönlich werde nicht kontrolliert, aber ich merke es, wie die anderen unter der Kontrolle und der Arbeit, die die Kontrolle macht, leiden.

Margret Osterfeld: Ich möchte noch einmal deutlich sagen, natürlich ist ärztliches Tun stets hehres Tun zum Wohle des Patienten. Das ist unser Selbstverständnis. Aber wir, die Ärzteschaft, gerade in der Psychiatrie und gerade in der Forensik, müssen auch ein Bewusstsein dafür entwickeln – was übrigens auch die Zentrale Ethikkommission vor einigen Jahren in ihrer Stellungnahme sagte –, dass wir in einem rechtlichen Rahmen zu arbeiten haben, in der Forensik Freiheit entziehen, Grundrechte einschränken und dabei eine Balance gewahrt bleibt.

Auch ich werde nicht gern kontrolliert, wenn ich Staub gewischt habe, denn es war meistens nicht gut.

(Heiterkeit im Raume)

Prof. Dr. Norbert Nedopil: Darüber könnten wir lange streiten. Es bringt aber nichts, jetzt weiter – – –

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Ich bitte darum, wir haben eine Anhörung und keinen Expertendialog.

(Prof. Dr. Norbert Nedopil: Richtig!)

Es soll bitte auf konkrete Fragen geantwortet werden. Auch müssen wir die Sitzung nach der Anhörung noch fortsetzen.

Wenn es jetzt keine wichtigen Wortmeldungen mehr gibt, die für das Thema unbedingt nötig sind, würde ich vorschlagen, dass wir die Fragerunde beenden. Ich darf sie beenden mit einem herzlichen Dank an Sie, die Anzuhörenden. Sie standen uns, jeder auf seine Art und Weise, sehr intensiv und sehr fachlich fundiert zur Verfügung. Wir sind gespannt auf die Auswertung, die wir zu gegebener Zeit terminieren werden. Zunächst muss das Protokoll vorlegen; es wird auch auf der Internetseite des Landtags Rheinland-Pfalz bereitgestellt und für Sie abrufbar sein. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise, ohne Witterungseinschränkungen.

Die Beratung des Tagesordnungspunkts wird bis zur Auswertung des Anhörungsverfahrens vertagt.

– Unterbrechung der Sitzung von 17:42 Uhr bis 17:46 Uhr –

Punkt 3 der Tagesordnung:

Landesgesetz zur Stärkung der Qualifikation und Weiterbildung von Amtsärztinnen, Amtsärzten und nicht akademischer Heilberufe sowie zur Stärkung des Kammerwesens

Gesetzentwurf

Landesregierung

[– Drucksache 17/7668 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, der Entwurf des Landesgesetzes beinhalte als Artikelgesetz eine Änderung im Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst und Änderungen des Heilberufsgesetzes.

Das Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst sehe als Qualifikation der Amtsärztinnen und Amtsärzte noch die Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen für Amtsärztinnen und Amtsärzte vor. Mit dem Inkrafttreten der Laufbahnverordnung im Jahr 2006 und dem dadurch folgenden Außerkrafttreten der bisherigen Laufbahnverordnung vom Juni 1971 seien diese besonderen Einstellungsbedingungen jedoch weggefallen. Somit bestehe der Bedarf, die Qualifikation der Amtsärztinnen und Amtsärzte im Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst einheitlich zu regeln.

Die nun vorgesehene Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst hinsichtlich der Qualifikation der Amtsärzte sei vom Landesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rheinland-Pfalz und auch von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf ausdrücklich unterstützt worden. Vom Landkreistag sowie vom Kommunalen Rat habe es keine Einwände gegeben.

Um den Aufgaben nach dem Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst und anderen Gesetzen wie zum Beispiel dem Infektionsschutzgesetz weiterhin qualifiziert nachkommen zu können, solle künftig die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen als notwendige Qualifikation zur Ausübung der Funktion einer Amtsärztin oder eines Amtsarztes vorausgesetzt werden. Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt befänden, könnten die Leitung in kommissarischer Funktion ausüben.

Die dauerhafte Sicherstellung der notwendigen Qualifikation der Fachkräfte im öffentlichen Gesundheitsdienst, vor allem die der Ärztinnen und Ärzte, sei als ausdrückliches Ziel im Koalitionsvertrag der rheinland-pfälzischen Landesregierung aus dem Jahr 2016 benannt. Einen ersten wichtigen fachlichen Schritt hierzu sei Anfang des Jahres 2017 mit dem Beitritt des Landes Rheinland-Pfalz zur Akademie für öffentliches Gesundheitswesen getan worden.

Neben der Qualifikation und Weiterbildung der Amtsärztinnen und Amtsärzte wolle die Landesregierung auch die Weiterbildung der nicht akademischen Heilberufsgruppen, vor allem die der Pflegekräfte, stärken. Künftig solle es vor Beginn der Weiterbildung nicht mehr zwingend erforderlich sein, in einem Pflegeberuf eine einjährige Wartefrist einzuhalten. Die Weiterbildung solle stattdessen modularisiert aufgebaut werden, sodass die Pflegekräfte möglichst früh mit ihrer Weiterbildung beginnen könnten.

Im Hinblick auf das Kammerwesen mache die ständige Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs zum Umsatzsteuerrecht ebenfalls eine Gesetzesänderung erforderlich. Es sei eine Differenzierung hinsichtlich der unterschiedlichen ehrenamtlichen Leistungsaufwände der jeweiligen Tätigkeiten, insbesondere die der Präsidentinnen und Präsidenten und Vizepräsidentinnen und Vizepräsidenten, im Gesetz notwendig.

Es werde ein Prüfungsverfahren normiert, welches den Grundlagen der Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer entspreche, sich also am Versorgungsbedarf von Bevölkerungsgruppen in verschiedenen Lebensumfeldern orientiere. Hierzu eigneten sich Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildungen, die im Sinne einer möglichst zeitnahen Weiterbildung auf die bisher bestehende einjährige Wartefrist verzichteten. Darüber hinaus müsse das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses eine pädagogische Qualifikation sowie eine Qualifikation in der jeweils zu prüfenden Weiterbildung nachweisen können.

**26. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 17.01.2019
– Öffentliche Sitzung –**

Der Gesetzentwurf sehe außerdem vor, dass Ärztinnen und Ärzte, die neu bei den Aufsichtsbehörden angestellt seien, nach wie vor Mitglieder in den berufsständischen Versorgungswerken bleiben könnten und insoweit nicht auf ihre diesbezüglichen Anwartschaften verzichten müssten.

Bei dieser Gelegenheit werde noch eine Gesetzeslücke bezüglich der Übermittlung von Daten zwischen den Kammern und den Versorgungseinrichtungen geschlossen. Mit den gesetzlichen Anpassungen solle hier Rechtssicherheit geschaffen werden.

Mit dem Gesetz setze die Landesregierung wichtige gesundheitspolitische Zielsetzungen des Koalitionsvertrags um, und sie bitte um Unterstützung bei den vorgesehenen Gesetzesänderungen.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders führt für die CDU-Fraktion aus, sie werde dem Gesetzentwurf zustimmen. Sie begrüße es außerordentlich, dass gerade bei der Weiterbildung der Weg gewählt werde, dass man bereits Leiter sein könne, wenn man sich noch in der Weiterbildung befinde. Das sei ungewöhnlich, aber im Fall nicht vorhandener Fachkräfte eine Maßnahme, voranzukommen. In einer solchen Situation müssten neue Wege gegangen werden. Dies gelte auch für den Bereich des Pflegepersonals.

Abg. Dr. Tanja Machalet teilt mit, auch die SPD-Fraktion werde dem Gesetzentwurf zustimmen. Desgleichen kündigt **Abg. Dr. Sylvia Groß** die Zustimmung der AfD-Fraktion an; sie sehe bei dem Gesetzentwurf keine Punkte, die es noch zu diskutieren oder zu klären gäbe.

Der Ausschuss empfiehlt die Annahme (SPD, CDU, AfD bei Abwesenheit von FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN).

Mit einem Dank an die Anwesenden für ihre Mitarbeit schließt **Vors. Abg. Dr. Peter Enders** die Sitzung.

Dr. Weichselbaum
Protokollführer

Anlage

In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Machalet, Dr. Tanja	SPD
Rommelfanger, Lothar	SPD
Ruland, Marc	SPD
Teuber, Sven	SPD

Enders, Dr. Peter	CDU
Gensch, Dr. Christoph	CDU
Thelen, Hedi	CDU
Wäschenbach, Michael	CDU

Groß, Dr. Sylvia	AfD
------------------	-----

Wink, Steven	FDP
--------------	-----

Für die Landesregierung:

Bätzing-Lichtenthäler, Sabine	Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
-------------------------------	--

Anzuhörende:

Goldbeck, Dr. Frank	Ärztlicher Direktor der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Weißenthurm
Biebinger, Dr. Eva	Chefärztin der Forensischen Psychiatrie im Pfalzlinikum Klingenmünster
Nedopil, Prof. Dr. Norbert	Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie, Ludwig-Maximilians-Universität München
Gaudernack, Dr. Dorothea	Leiterin des Amts für Maßregelvollzug, Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), Nördlingen
Osterfeld, Margret	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin, Dortmund

Landtagsverwaltung:

Schlenz, Christian	Amtsrat
Weichselbaum, Dr. Philipp	Mitarbeiter der Landtagsverwaltung (Protokollführer)