

des Landes Nordrhein-Westfalen

Uwe Dönisch-Seidel

Horionplatz 1

40213 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/4598

A14, A01, A04

STELLUNGNAHME

Öffentliche Anhörung des Rechtsausschusses

Des Landtages Nordrheinwestfalen

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Jugendstrafvollzuges und zur Änderung der Vollzugsgesetze in Nordrhein-Westfalen vom 16.11.16 (LT Ds 16/13470) werden in Artikel 7 des Entwurfes Änderungen des Maßregelvollzugsgesetzes vom 15. Juni 1999, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. Oktober 2009 (GV. NRW. S. 540) vorgeschlagen.

Laut Begründung sind diese erforderlich, um die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011, 12. Oktober 2011 und vom 20. Februar 2013 umzusetzen. Mit diesen Entscheidungen hatte das Gericht die grundsätzliche Zulässigkeit der Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug festgestellt, diese aber an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Die Begründung zum Gesetzentwurf enthält hierzu nähere Ausführungen.

Die Änderungen des Maßregelvollzugsgesetzes schaffen nunmehr die gesetzliche Grundlage für medizinische Behandlungen gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Personen im Maßregelvollzug (sog. Zwangsbehandlung).

Es handelt sich hierbei einmal um die Zwangsbehandlung der Anlasserkrankung (im Notfall und ggf. für längere Dauer) und einmal um die sonstiger, sog. interkurrenter Erkrankungen.

Zugleich trägt das Gesetz dem Umstand Rechnung, dass der Behandlung auf freiwilliger Basis besonders hohe Bedeutung zukommt, da sie am meisten Erfolg verspricht.

Als Landesbeauftragter für den Maßregelvollzug in NRW, der im ständigen Austausch mit den forensischen Kliniken im Lande steht und als psychologischer Psychotherapeut und Rechtspsychologe begrüße ich diese Änderungen ausdrücklich.

Dies begründe ich wie folgt:

Zunächst sieht der neu in § 17 MRVG eingefügte Satz 4 in Absatz 1 vor, dass eine Behandlungsvereinbarung mit dem Patientinnen und Patienten angestrebt werden soll. Eine Solche ist bereits weitgehend gelebte Praxis des Maßregelvollzugs in NRW, gleichwohl ist das Anliegen von klinischen Praktikern an mich herangetragen worden, diesen Grundsatz gesetzlich zu verankern, um ihm so noch mehr Gewicht beizumessen und den diesbezüglichen Handlungsdruck zu vergrößern. Da sich durch viele Studien belegen lässt, dass die auf freiwilliger Basis zustande gekommene und vom Patientinnen und Patienten übernommene Mitverantwortung für den Erfolg seiner Therapie deutlich höhere Erfolge erzielt als die erzwungene Teilnahme an solchen Maßnahmen, unterstütze ich die Aufnahme dieses Punktes.

Die in § 17 a Absatz 1 MRVGE vorgesehene und gegenüber dem jetzigen § 17 Absatz 3 MRVG geänderte Vorschrift der „akuten“ Zwangs- oder auch Notfallbehandlung begrüße ich ebenfalls. Auch wenn ich keine Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit des derzeitigen § 17 MRVG habe, halte ich es für hilfreich wenn eine Anpassung erfolgt, die unstreitig den Vorgaben des BVerfG genügen wird, sodass nicht nur Rechtssicherheit eintritt, sondern auch ein noch größerer Schutz des betroffenen Patientinnen und Patienten erreicht wird. Denn auch hier wurden die Anforderungen der Rechtsprechung des BVerfG ergänzt, denn natürlich geht es auch hier um ein wesentliches Grundrecht, in das erheblich eingegriffen wird.

Eine weitere Neuerung des Entwurfs erfolgt mit nachfolgendem Absatz 2, mit dem eine Zwangsbehandlung zur Erreichung der Entlassfähigkeit ermöglicht wird.

Das ist eine ganz andere Stoßrichtung. Im ersten Fall wird lediglich eine akute Gefahr abgewehrt- es handelt sich regelrecht um einen Gefahrenabwehrtatbestand-, im zweiten Fall soll dem Zweck der Maßregelunterbringung, wie er in § 1 Absatz 3 MRVG NRW und in § 136 StVollzG (Bund) formuliert ist, gedient werden: nämlich, der Patientin und dem Patienten in die straffreie Freiheit zu verhelfen. Und damit seinen Zustand- der sich verfassungsrechtlich zudem als Sonderopfer darstellt (vgl. dazu OLG Hamm, Beschl. V. 28.07.15 – 1 Vollz (Ws) 260/ 15 unter Verweis auf BVerfG 2 BvR 2333/ 08) zu beenden.

Ich hoffe, dass durch solche Zwangsbehandlungen gerade bei den sog. chronifizierten Patientinnen und Patienten ihre Aufenthaltszeiten im Maßregelvollzug verkürzt werden bzw. einige Patientinnen und Patienten überhaupt erst entlassfähig gemacht werden können.

Eine medikamentöse Zwangsbehandlung könnte auch insbesondere bei floride psychotischen Patienten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Chronifizierung ihrer Krankheit verhindern und damit diesen Patientinnen und Patienten eine Chance auf Rehabilitation und Entlassung ermöglichen.

Bereits 2004 habe ich auf einer von mir durchgeführten Fachtagung mit forensisch-psychiatrischen Experten aus verschiedenen Einrichtungen der Republik und Juristen über die Möglichkeiten, diese Personen besser zu behandeln, diskutiert. Deutlich wurde ein großes ethisches Interesse der Behandler daran, diese Patientinnen und Patienten einer effektiveren Behandlung zuzuführen.

Zum Einen, um sie von ihrem Leid, hervorgerufen durch die chronische Pathologisierung und Verelendung, zu befreien, zum Anderen, um damit ihre Chancen auf eine Entlassung in die Freiheit zu erhöhen.

Dieses Interesse kann ich auch heute noch sehr gut nachvollziehen.

Andere Länder der Europäischen Union haben die rechtlichen Grundlagen für (stationäre) Zwangsbehandlungen schon lange geschaffen, wie eine Untersuchung von Dreßing und Salize aus dem Jahr 2002/2003 zeigt (die im übrigen das Ergebnis für

Deutschland in Anlehnung an Treffert (1973) mit den Worten kommentierten: "In Germany patients die with their rights on", vgl. dazu „Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker“ in „Krank oder Kriminell, Forensik 2003, Hrsg. Michael Osterheider).

Sehr zu begrüßen waren daher die o.g. Entscheidungen des BVerfG; mit denen es zwar strenge Anforderungen an die Zulässigkeit der Zwangsbehandlung formulierte, sie aber damit gleichzeitig ausdrücklich für zulässig erachtete.

Die in Absatz 2 vorgesehenen Anordnungsvoraussetzungen entsprechen diesen strengen Vorgaben. Teilweise decken sie sich mit denen des Absatz 1, teilweise gehen sie darüber hinaus. Dies ist durch den intensiveren, weil möglicherweise länger andauernden Grundrechtseingriff gerechtfertigt. So erwartet Absatz 2 Nr. 2 des Entwurfs, dass der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der Patientin oder des Patienten zu erreichen.

So verhält es sich auch mit allen weiteren, in den folgenden Absätzen befindlichen Sicherungen:

Die Maßnahme muss von einer Fachärztin oder einem Facharzt angeordnet, geleitet und überwacht werden. Dies hat zur Folge, dass eine in der Materie besonders kundige Person hinzugezogen und verantwortlich wird.

Wegen einer in NRW möglicherweise aber nicht ärztlich besetzten, psychotherapeutischen Leitung der Einrichtung, rege ich hier an, lediglich ein „Benehmen“ mit der therapeutischen Leitung vorzusehen, und um einen Konflikt mit der ärztlichen Anordnungsfreiheit zu vermeiden.

Die Einschaltung eines externen Dritten dient ebenfalls der Wahrung der Rechte des betroffenen Patienten. Der externe Dritte ist eine der Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts, wobei es die konkrete Ausgestaltung in das Ermessen des Gesetzgebers gestellt hat. Ich begrüße die hier gewählte Lösung, dass meine Behörde dieser Dritte ist, schließlich ist sie nach MRVG-NRW die zuständige Fachaufsichtsbehörde, deren Aufgabe es ist, die Recht- und Zweckmäßigkeit der Wahrnehmung solcherer Aufgaben zu überwachen. Dazu gehört konsequenterweise auch die Über-

prüfung eines solch erheblichen Grundrechtseingriffs. Auch die weitere Sachbearbeitung durch meine Behörde- wie sie der Absatz 6 des Entwurfs vorsieht- erscheint daher sachgerecht und konsequent. Es kann auch nicht eingewandt werden, meine Behörde sei aufgrund ihrer fachaufsichtlichen Stellung und Weisungsbefugnis nicht objektiv genug. Zu fachlichen Weisungen in ärztlichen oder therapeutischen Einzelfällen ist sie gerade nicht befugt, als objektive Instanz aber besonders prüfkompetent. Das Dezernat „Therapie und Sicherheit“ wird immer von einer forensisch erfahrenen und psychiatrisch und therapeutisch kompetenten Person geleitet, die sich zudem jederzeit eine externe Meinung einholen kann. Zusammen mit dem gerichtlichen Rechtsschutz nach §§ 109 ff Strafvollzugsgesetz Bund sowie der Einholung eines klinikexternen Gutachtens in Falle einer erneuten Anordnung nach drei Monaten (Absatz 6 des Entwurfes) wird der gewünschte Schutz des betroffenen Patientinnen und Patienten erreicht.

Wünschenswert ist es, die Übermittlung des Einzelfalles an meine Behörde mit der Stellungnahme eines klinikunabhängigen Sachverständigen zu verbinden, der bestätigt, ob die Voraussetzungen der Zwangsbehandlung vorliegen oder nicht. Dies wäre eine weitere Kontrollinstanz und würde die Prüfung durch mein Haus deutlich erleichtern.

Da im Falle des Absatzes 1 keine Zeit für eine Zustimmung durch meine Behörde bleibt, ist diese nicht vorgesehen. Da ich aber außerdem zum Ziel habe, die Zahl der akuten Zwangsbehandlungen zu reduzieren, begrüße ich es sehr, dass Absatz 4 Satz 2 des Entwurfs meine zeitnahe Unterrichtung darüber vorsieht. So habe ich die Möglichkeit, die Recht- und Zweckmäßigkeit auch dieser Maßnahmen lückenlos zu überprüfen und mir ein Bild über die Notwendigkeit und Quantität dieser Behandlungen zu verschaffen.

Weiterhin sieht der Entwurf die Möglichkeit einer Behandlung sonstiger, dh interkurrender (somatischer) Erkrankungen vor. Hier ist umstritten, ob das Land über die diesbezügliche Gesetzgebungskompetenz verfügt (verneinend zB Kammeier/Marschner, Maßregelvollzugsrecht, 3. Aufl., Rd E 21 unter Verweis auf Volckart/Grünebaum 2009, 232 f.).

Ich interpretiere dagegen die Entscheidung des BVerfG vom 26.07.16 – 1 BvL 8/ 15- so, dass es für alle Patientinnen und Patienten, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, einzusehen, dass eine Behandlung ihrer Erkrankung erforderlich ist, eine staatliche Schutzpflicht besteht, die eine solche Zwangsbehandlung geradezu gebietet, um sie vor schwerwiegenden Gesundheitsschäden zu schützen- also auch und insbesondere Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs. Wenn aber das Gericht eine solche Schutzpflicht annimmt, dann resultiert daraus meines Erachtens auch die entsprechende Gesetzgebungskompetenz. Hierfür im MRVG eine eigene Rechtsgrundlage zu schaffen- und nicht etwa den Weg über das Betreuungsrecht zu wählen-, halte ich im übrigen- auch aus rein praktischen Erwägungen- für eine eindeutige Lösung.

Zu § 17a Absatz 5 des Entwurfs habe ich die Anregung, die gesetzlichen Vertretungen aufzunehmen; deren Unterrichtung ist zwar in Absatz 7 der Vorschrift vorgesehen, allerdings nur unverzüglich und nicht zeitgleich mit dem Patienten und auch nicht schriftlich. Da sich aber gerade diese chronifiziert erkrankten Patienten in einem sehr schlechten Zustand befinden, erscheint es zu ihrem Schutz sachgerechter, die nötigen Informationen über diesen erheblichen Grundrechtseingriff ihren Interessenvertretern zeitgleich und umfassend zukommen zu lassen, damit tatsächlich ausreichend Zeit bleibt, sich mit der geplanten Maßnahme vertraut zu machen und ggf. Rechtsschutz zu suchen.

Schließlich halte ich es für sachgerecht, dass die einstweilig Untergebrachten denselben Regelungen unterliegen wie die endgültig im Maßregelvollzug Untergebrachten (vgl. Artikel 7 Ziffer 4 des Entwurfs).

Dies bedeutet für die Praxis eine übersichtlichere, einfachere und damit rechtssichere Regelung.

gez. Uwe Dönisch-Seidel