

**Krankenhaus der  
Berliner Vollzugsanstalten**  
Psychiatrisch-Neurologische Abteilung  
Chefarzt: Univ.-Prof. Dr. N. Konrad  
Seidelstraße 39, 13507 Berlin

Krankenhaus der Berliner Vollzugsanstalten  
- PN-Abteilung - Seidelstraße 39, D-13507 Berlin

Präsidenten des Landtags  
Nordrhein Westfalen  
Ref. 2.1 - Herrn Schlichting  
Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
12. WAHLPERIODE

**ZUSCHRIFT**  
**12/2831**

Alle Abg.

Bearbeiter:  
Prof. Dr. Konrad

(030)43 83- /Telefax: -445  
App.: 458

Datum:  
08.04.99

GeschZ.: (bei Antwort bitte angeben)  
- LPN -

Betr.: Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und  
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge am 21.04.1999

Sehr geehrter Herr Schlichting,

in der Anlage erhalten Sie die von mir angekündigte vorläufige schriftliche Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. N. Konrad  
(Chefarzt)

## **Vorläufige Stellungnahme zum Gesetzentwurf Drucksache 12/3728**

Folgende Kritikpunkte erscheinen mir wesentlich:

### ***1. Allgemeiner Teil: Ziel-Mittel-Relation***

Die Gesetzesbegründung nennt die Erhöhung der Sicherheit als Erfordernis der Gesetzesnovellierung nach der Aufgabenverantwortung des Landes und der Durchführung von Maßregelvollzugsaufgaben durch Dritte. Hierzu werden auf Seite 31 unten vier Teilziele aufgeführt, um verbleibende Restrisiken zu minimieren. Als erstes erscheint "die Qualität der Therapie". Bei den nachfolgend genannten, besonderen Erfolg versprechenden Mitteln (Seite 32 oben) rangiert die Therapie (erst) hinter dem vierten Spiegelstrich; die konkreten Gesetzesänderungen beinhalten hierzu lediglich die ganz allgemein gehaltene Gewährleistung der Behandlungsqualität und den -begrüßenswerten- Aspekt der Qualitätssicherung.

### ***2. Therapiebegriff***

In den psychowissenschaftlichen Disziplinen gilt Therapie in der Regel als bewährte, theoretisch und empirisch fundierte, lehrbare Methode zur gezielten Beeinflussung von Verhaltensstörungen und psychischen Leidenszuständen einer Person in Richtung auf ein definiertes und vom Patienten gewünschtes Ziel. Zwar müssen alle Funktionsbläufe in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt immer auch unter therapeutischen Aspekten (kritisch) betrachtet werden, dennoch beinhaltet der im Gesetzentwurf gewählte Therapiebegriff, der in seiner Legaldefinition sehr weit reicht, die Gefahr, daß entgegen den intendierten "Bemühungen um nicht therapierbare und therapieunwillige" Betroffene gerade diese noch mehr ausgegrenzt werden. Die bundesgesetzliche Besetzung des Begriffs "Betreuung" macht dessen (Weiter-)Verwendung im Kontext des Gesetzes problematisch; gleichwohl gibt es Bereiche (z.B. Ausmaß der Privatsphäre in Abhängigkeit von der Größe des Krankenzimmers oder Gewährung von Rauchen), die aus meiner Sicht Ansprüche zur Gestaltung des Lebensraumes seitens der Patienten begründen, jedoch nur bei maßloser Begriffsdehnung noch unter "Therapie" gefaßt werden können.

### *3. Sicherheitsbegriff*

Unter zulässigen Zielen der Einschränkungen der Rechte von Patienten ist in §5 "für die Sicherheit" aufgenommen worden. Dies ist sehr allgemein gehalten. Soweit es um Maßnahmen im Kontext konkreter Entweichungsvorkehrungen oder Vermeidung gefährlicher Situationen etwa durch Herstellung von Waffen durch Patienten geht, ist deren Zulässigkeit selbstverständlich nachvollziehbar. Die Allgemeinheit der Formulierung birgt meines Erachtens die Gefahr ausgiebiger Dehnbarkeit, so daß etwa die Verwendung spitzbarer Gegenstände bei der Beschäftigungstherapie oder Ausgabe von Klingen zum Rasieren mit der Begründung, daß Gegenstände theoretisch zu tauglichen Waffen umgebaut werden könnten, (generell) untersagt werden kann. Es besteht aus meiner Sicht auch die Gefahr, daß in diesem Zusammenhang durch Anweisungen (etwa Verbot des Anbringens von Produkten der Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie an den Stationswänden oder des Aufstellens von Blumenkästen mit dem Argument des möglichen Drogenreservoirs) die therapeutische Atmosphäre von Stationen nachhaltig ungünstig beeinflusst wird, wenn nicht zusätzlich die in §1(1) Satz 3 angestrebte größtmögliche Annäherung an allgemeine Lebens- und Arbeitsverhältnisse konterkariert wird.

### *4. Routinekontrollen*

§7(5) des Gesetzesentwurfs ermöglicht die -bei einzelnen Patienten sicher gerechtfertigte- routinemäßige Durchsuchung von Räumen, der Betroffenen sowie ihrer Sachen. Die generelle Durchführung von derartigen Routinekontrollen entspricht manchen Vorgehensweisen im Strafvollzug und kann die therapeutische Krankenhausatmosphäre negativ beeinflussen.

### *5. Überwachung von Schriftwechsel*

Nach §8 (3) wird der Briefverkehr mit dem Rechtsanwalt nicht unterbunden, Schreiben der Betroffenen an ihre Verteidiger werden nicht überwacht. Sollte durch die redaktionelle Änderung der Absätze 1 bis 3 ermöglicht werden, daß nun aber Schreiben der Rechtsanwälte an die Betroffenen geöffnet und gelesen werden können, wäre aus meiner Sicht eine Prüfung unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten angezeigt.

### *6. Fähigkeit oder Pflicht des Betroffenen zur Mitarbeit*

Nach der Gesetzesbegründung zu §14 (1) soll der Hospitalisierung im Maßregelvollzug vorgebeugt werden. Dies ist ein wichtiges therapeutisches Anliegen. Die Formulierung des Satzes 1 läßt jedoch aus meiner Sicht unklar, ob die Pflicht zur eigenen Versorgung und zur Reinigung von Unterkunfts- und Therapieräumen nach den Fähigkeiten zur Mitarbeit oder -vielleicht allgemeiner- sozialen Kompetenzen der Patienten bemessen wird, oder ob ganz allgemein eine Mitarbeitspflicht besteht, also eine Pflicht zur Einnahme der empfohlenen Medikamente, zur Einhaltung der vorgegebenen Einzeltherapietermine etc. Dies wäre unangemessen, da bei der besonderen Motivationsstruktur der Maßregelvollzugsklientel die Aufgabe der Behandlungsinstitution im Abbau therapiebezogener Hindernisse auf Seiten des Patienten besteht und dies nicht durch eine Gesetzesvorschrift suspendiert werden kann. Ein Kernproblem der Behandlung besteht im Regelfall nicht in einem grundsätzlichen Mangel an Behandlungsbereitschaft. Vielmehr erscheint die Motivationslage oft ambivalent und von einem Konglomerat diffuser und teilweise widersprüchlicher Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen und Ängste geprägt. Erstes Behandlungsziel, nicht bereits Voraussetzung, stellt daher die Herstellung hinreichender motivationaler Voraussetzungen dar, etwa durch möglichst baldige Aufarbeitung von Hemmnissen, die der indizierten Behandlung entgegenstehen. Gezielte Motivationsförderung impliziert eine grundsätzliche Behandlungsbereitschaft auf seiten der Therapeuten: sich nämlich auf eine adaptive Indikationspraxis einzulassen und flexible Therapiegestaltungen einer starren Programmatik vorzuziehen. Eine gesetzlich festgelegte Mitwirkungspflicht an der Therapie -ob sie rechtlich zulässig ist, vermag der Unterzeichner mangels Fachkompetenz nicht zu beurteilen- wird der psychischen Realität der Patienten nicht gerecht.

### *7. Erstmilige Vollzugslockerung ohne Aufsicht durch das Einrichtungspersonal im Benehmen mit der Staatsanwaltschaft*

Gemäß §18 (5) dürfen bei Patienten mit schweren Tötungs-, Gewalt- oder Sexualdelikten -also bei der Mehrzahl der gemäß §63 StGB Untergebrachten- "...erste Vollzugslockerungen, bei denen eine Aufsicht durch Bedienstete der Einrichtungen nicht gewährleistet ist, nur...im Benehmen mit der Vollstreckungsbehörde gewährt werden". Das bedeutet also das Zustimmungserfordernis durch die Staatsanwaltschaft. Nach der Gesetzesbegründung (Seite 39) soll jedoch der jeweilige Therapiefortschritt "entscheidend" sein. Zur Beurtei-

lung von Therapieverläufen erscheint mir die Staatsanwaltschaft jedoch nicht kompetent. Der Priorität der Therapiefortschritte entsprechend wird in der Gesetzesbegründung denn auch bei Diskrepanz der Auffassungen zwischen Vollstreckungsbehörde und ärztlicher Leitung letzterer Priorität in der Entscheidungskompetenz gewährt. Diese Prioritätensetzung in der Gesetzesbegründung widerspricht meines Erachtens dem im Gesetzesentwurf nahegelegten Zustimmungserfordernis der Staatsanwaltschaft. Aus meiner Sicht wird in Streitfällen von der ärztlichen Leitung bei abweichender Auffassung der Staatsanwaltschaft kaum die eigene Position durchgesetzt werden, schon um bei -wenn auch seltenen Fehlschlägen- sich nicht umgehend einer Strafverfolgung ausgesetzt zu sehen. Um hier die unbedingt notwendige Klarheit zu schaffen, scheint mir eine Überprüfung besonders erforderlich.

Auch wenn seitens der Landesregierung, insbesondere im Hinblick auf die Überführung des Maßregelvollzuges in Landesträgerschaft, politischer Handlungsbedarf zur Gesetzesnovellierung gesehen wird und der Gesetzesentwurf eine ganze Reihe positiver Aspekte enthält (etwa Verbesserung der Grundlage von lockerungsprognostischen Entscheidungen durch Einschaltung externer Sachverständiger gemäß §18 (5), Festlegung von Qualitätskriterien für Gutachten gemäß §16 (4), Hinzuziehung von Beiräten gemäß §4), halte ich zusammenfassend eine Überarbeitung für angeraten.

Zu weiteren Erörterungen wird die Anhörung Gelegenheit geben.



Univ.-Prof. Dr. Norbert Konrad

Professor für Forensische Psychiatrie am Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin

Chefarzt der Psychiatrisch-Neurologischen Abteilung

Krankenhaus der Berliner Vollzugsanstalten

Seidelstr. 39

13507 Berlin