Heilung erzwingen?

Helmut POLLÄHNE

Das Thema lebt von Gegensätzen. Einerseits: Heilung kann man nicht erzwingen – also Thema verfehlt!? Anderseits: Heilung darf man nicht verweigern – sonst Beruf verfehlt?! Einerseits: Jeder hat das Recht auf Verrücktheit. Andererseits: Keiner hat das Recht, der Gesellschaft mit seiner Verrücktheit zur Last zu fallen. Einerseits: Heilung erzwingen ist Körperverletzung – andererseits: Heilung nicht erzwingen vielleicht erst recht … Die Kette der Spannungsbögen und Ambivalenzen ließe sich mühelos fortsetzen.

I. Terminologisches

Als Einführung in die Tagung wird ein eher klassisch juristischer Einstieg gewählt: Erstens erscheint es angebracht, einige Leitbegriffe des Tagungsthemas zu klären; zweitens soll ein Fall präsentiert werden (II.) und drittens wird versucht, einige offene Fragen zu formulieren (III.) – deren Beantwortung den Referenten und Referentinnen überlassen bleibt.

„Heilung erzwingen? Medizinische und psychologische Behandlung in Unfreiheit." Zwei Begriffspaare mit vier Begriffen, die klärungsbedürftig scheinen – angefangen mit dem Begriffspaar „Heilung erzwingen" (wobei das Fragezeichen zunächst einmal außer Betracht bleiben kann):

1. Leitbegriff „Heilung"

Mit „Heilung" tut sich der Jurist, der Strafrechtler allemal, zunächst schwer. Wir kennen den Begriff der Heilbehandlung, etwa im Recht der Weisungen.[1] Das bringt uns zwar der Klärung des Begriffes Heilung nicht wirklich näher, wohl aber dem Thema „Heilung erzwingen?" Es mag reichen daran zu erinnern, wie einerseits über die Einführung einer strafbewehrten Weisung zur Heilbehandlung in § 68b Abs. 1 StGB gestritten wurde, und wie problema-

[1] Gem. §§ 56c Abs 3, 59a Abs. 2, 68b Abs. 2, 183 Abs. 3 StGB und § 265a StPO sowie § 10 Abs. 2 S. 1 JGG.

tisch sich andererseits die tatsächlich eingeführte sog. Vorstellungsweisung (Nr. 11) erweist.[2]

Interessanter erscheint die Verwendung des Heil(ungs)begriffs im – gewissermaßen – einschlägigen Maßregelrecht: Wo früher noch von „Heil- und Pflegeanstalt" die Rede war, steht jetzt „psychiatrisches Krankenhaus" darauf, neudeutsch: Forensik! In § 136 StVollzG heißt es aber nach wie vor, der Untergebrachte solle soweit möglich „geheilt" oder sein Zustand so weit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist.[3] Und sowohl in § 64 S. 2 StGB als auch in § 137 StVollzG heißt es zur Behandlung des Untergebrachten in der Entziehungsanstalt, Ziel sei es, ihn von seinem Hang zu „heilen" und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben.[4]

Über die Legitimität des Maßregelziels „Heilung" mag man trefflich streiten – ungeachtet dessen gilt aber auch hier: das Ziel heiligt nicht die Mittel; das Erzwingen der anvisierten Heilung ist von jenen Vorschriften in keinem Fall gedeckt![5] Versteht man Heilung – ganz unjuristisch – als (Wieder)Herstellung eines Zustandes seelisch-körperlicher Integrität, so stellt sich unweigerlich die Frage, wie ein solcher Zustand (wieder) hergestellt werden soll durch einen so massiven Eingriff in eben jene seelisch-körperliche Integrität wie die (insb. medikamentöse) Zwangsbehandlung.

Der sog. körperliche Heil-Eingriff – auch daran ist in diesem Zusammenhang zu erinnern – gilt als tatbestandsmäßige Körperverletzung (§ 223 StGB), die einer wirksamen Rechtfertigung bedarf.[6] Über mögliche Rechtfertigungen diesseits oder jenseits einer Einwilligung und über die Grenzen solcher Rechtfertigungen wird heute und morgen einiges zu hören und zu diskutieren sein.

[2] Dazu Pollähne 2007a, 409 f. mwN, vgl. auch Ostendorf in: NK-StGB, 4. Aufl. 2013 (im Druck) § 68b Rn. 19 und 25.
[3] Dazu Pollähne in: AK-StVollzG § 136 Rn. 8.
[4] Pollähne aaO § 137 Rn. 1 sowie Pollähne in: NK-StGB (Anm. 2) § 64 Rn. 49, 80.
[5] Vgl. auch Pollähne (Anm. 3) Rn. 9 mwN; aA Schöch 2010, 806 f.
[6] Dazu Schroth 2010, häufig tatbestandsmäßig auch als gefährliche Körperverletzung gem. § 224 StGB.

2. Leitbegriff „erzwingen"

Aus der juristischen, speziell der strafrechtlichen Fachsprache ist die Unterscheidung verschiedener Zwangsformen geläufig, wobei zumeist auf den lateinischen Gewaltbegriff „vis" Bezug genommen und zwischen absolutwillensbrechendem sowie kompulsiv-willensbeugendem Zwang unterschieden wird. Vis absoluta ist demnach der Einsatz physischer Gewalt, mit der der ggf. entgegenstehende Wille übergangen wird; strafrechtlich gewendet handelt es sich dabei meist um Körperverletzung, oft um gefährliche Körperverletzung. Im vorliegenden Kontext hat das BVerfG in der bereits erwähnten Grundsatzentscheidung darauf auch ausdrücklich verwiesen bzw. daran erinnert: „Der Betroffene wird genötigt, eine Maßnahme zu dulden, die den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt und daher normalerweise nur mit der – in strafrechtlicher Hinsicht rechtfertigenden – Einwilligung des Betroffenen zulässig ist."[7] Vis compulsiva wäre demgegenüber der Einsatz psychischen Zwangs, oftmals auch als Androhung von Gewalt, um den entgegenstehenden Willen des zu Bezwingenden zu beugen.[8] Strafrechtlich gewendet handelt es sich meist um Nötigung, oft in einem besonders schweren Fall. Über die Verwerflichkeit dieser Nötigung können die Meinungen freilich weit auseinander gehen.

Damit ist das Kontinuum verschiedener Zwangsformen allerdings noch nicht erschöpft, wie uns aus der Vielfalt der Gewaltbegriffe ebenfalls geläufig ist – über die Zwangswirkung struktureller Gewalt ist viel gesagt und geschrieben worden, das mag als Hinweis zunächst genügen. Wenn also die Rede davon ist, ob Heilung ggf. erzwungen werden darf, so sollte immer dazu gesagt werden, welche Form des Erzwingens jeweils gemeint ist.

Das BVerfG hat in seiner Grundsatzentscheidung zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug eine Art Legaldefinition geliefert – wenn auch kontextbezogen eine enge: Zwangsbehandlung sei die „medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen".[9] Über die Willensfreiheit ist in den vergangen Jahren viel diskutiert worden, wenn

[7] BVerfGE 128, 282 Rn 43.
[8] Auch dazu BVerfGE 128, 282 Rn 41.
[9] BVerfGE 128, 282 Rn 39; vgl. auch die Definition im neuen § 1906 Abs. 3 BGB: „Widerspricht eine ärztliche Maßnahme … dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), …", sowie Bohnert 2013, 19 und Engelfried 2012, 330.

auch eher in einem biopolitischen Kontext – über die natürliche Freiheit zum Unwillen die eigene Behandlung, gar: Heilung betreffend, wird zu diskutieren sein. Dies leitet unmittelbar über zum zweiten Begriffspaar „Behandlung in Unfreiheit":

3. Leitbegriff „Behandlung"

Der Tagungstitel deutet bereits die therapeutische Variante an, also die Behandlung im engeren, nämlich medizinisch-psychiatrischen bzw. psychologischen Sinne. Das ist die Behandlung, die aus dem zusammengesetzten Begriff der Heilbehandlung geläufig ist.

In einem sehr weiten Sinne wäre Behandlung jede Form des Umgangs mit dem Gegenüber; findet solche Behandlung in Unfreiheit statt, in hierarchischen Verhältnissen totaler Institutionen[10], so ist der Anwendungsbereich des Art. 3 EMRK eröffnet, also das Verbot „unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe". Dass eine unmenschliche oder erniedrigende Heil-Behandlung von diesem Verbot gleichermaßen – wenn nicht erst recht – erfasst ist, versteht sich von selbst.[11]

Das sog. Europäische Anti-Folter-Komitee, genauer: das „Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe" des Europarats (kurz: CPT), weist in seinen Standards seit 2006 einen Abschnitt aus zu „Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene", wobei es allerdings primär um Maßnahmen gegen „erregte und/oder gewalttätige" Patienten geht und weniger um die zwangsweise Behandlung der psychischen Erkrankung; gleichwohl seien diese Standards zur Lektüre empfohlen.[12]

4. Leitbegriff „Unfreiheit"

Im engeren Sinne ist die Rede vom Freiheitsentzug, wie er in Art. 104 Abs. 2 GG oder auch Art. 5 EMRK geregelt wird: Entziehung der körperlichen

[10] Vgl. auch § 4 Abs. 1, §§ 6 f., 10 Abs. 2, 141 Abs. 1, 143 Abs. 1, 151 Abs. 2 StVollzG; zum Behandlungsbegriff des Strafvollzugsrechts vgl. Bung/Feest in: AK-StVollzG § 4 Rn. 1 ff. mwN.

[11] Zu Art. 3 EMRK vgl. Esser in LR-StPO, 26. Aufl. 2010 EMRK Art. 3 Rn. 28.

[12] www.cpt.coe.int/lang/deu/deu-standards.pdf; dazu auch Pollähne 2007b.

Bewegungsfreiheit als ggf. gesetzlich und richterlich legitimierte Freiheitsberaubung. Im weiteren Sinne wäre Unfreiheit das Fehlen der allgemeinen Handlungsfreiheit, oder auch Handlungsunfreiheit – wobei aber zugleich deutlich wird, dass die Gegenüberstellung enger vs. weiter Begriff von Unfreiheit eher verwirrt: Einerseits ist Handlungsfreiheit unter Freiheitsentzug keineswegs per se aufgehoben, und doch ist die Einwilligungsfreiheit dort andererseits per se eingeschränkt bzw. infrage gestellt.

Behandlung in Unfreiheit ist demnach also mindestens doppeldeutig. Auch deshalb mag man auf die Referate sehr gespannt sein – zurück zum Tagungsthema: Medizinische und psychologische Behandlung in Unfreiheit und die Grenzen des Erzwingens von Heilung.[13]

II. Der Fall Paul M.

Und damit zur angekündigten Falldarstellung. Es geht um einen Mandanten aus dem Bremer Maßregelvollzug, den ich nun seit etwa drei Jahren anwaltlich betreue. Nennen wir ihn Paul M. Er wurde vom *LG Bremen* mit *Urteil vom 9.6.1988* vom Vorwurf des Mordes wegen Schuldunfähigkeit freigesprochen und gemäß § 63 StGB in das forensisch-psychiatrische Krankenhaus des Landes eingewiesen, wo er bereits seit dem 13.7.1987 einstweilig untergebracht war. Dort befindet er sich noch immer – nun seit mehr als 25 Jahren, ein Ende ist nicht in Sicht.

Dem Urteil und dem ihm zugrundeliegenden psychiatrischen Gutachten zufolge hatte Paul M. seinen Mitbewohner durch 12 Stichverletzungen getötet, ihm 300,- DM entwendet und ihn dann mit einer Säge in sieben Einzelteile zerlegt, die er zunächst in einem Koffer verstaute und später in einer Grünanlage verbrannte. Zum Tatzeitpunkt habe er an einer schweren Persönlichkeitsstörung gelitten (mit Defiziten in der Realitätswahrnehmung, Suchtmittelmissbrauch und geringer Frustrationstoleranz) und sei an einer akuten endogenen paranoiden Psychose erkrankt.

Knapp zwei Jahre nach der Aufnahme wird berichtet, die psychotische Symptomatik – die bei der Aufnahme noch deutlich bestanden habe – sei abgeklungen, und zwar ohne medikamentöse Behandlung. Es liege aber

[13] Vgl. auch die Tagungsdokumentationen von Henking & Vollmann 2013 und Spengler, Siemens & Schaede 2013.

auf jeden Fall eine behandlungsbedürftige Persönlichkeitsstörung vor, darüber hinaus entweder eine endogene Psychose oder eine psychotische Dekompensation im Rahmen einer Borderline-Störung. Erstmals wird auch von Auseinandersetzungen berichtet wegen der Verweigerung der Medikamenteneinnahme.

Über die Folgejahre hinweg kommen einerseits unterschiedliche psychische Probleme zur Sprache, andererseits werden rehabilitative Fortschritte und Lockerungspläne verzeichnet. Im November 1995, also mehr als acht Jahre nach der Aufnahme, wird Paul M. in eine forensische Wohngemeinschaft entlassen. Dort bleibt er ziemlich genau ein Jahr, bevor ein Sondereinsatzkommando ihn in die Klinik zurückbringt: Es war zu einer psychotischen Dekompensation gekommen. In den Wochen zuvor habe er sich vermehrt zurückgezogen, heißt es, er habe Kneipen aufgesucht und öfter Alkohol getrunken, habe schließlich wahnhaftes Erleben angedeutet, selbst Angst verspürt und für Verunsicherung bei den Betreuern gesorgt. Schließlich habe er nicht mehr geschlafen, laut Musik gehört und sein Zimmer demoliert – weshalb er dann von der Polizei in die Psychiatrie zurückgebracht wurde. Paul M. berichtet später von Halluzinationen und von paranoiden Ängsten in der WG. Nachdem er daraufhin drei Wochen lang mit Neuroleptika behandelt worden sei, habe er jedoch jede weitere neuroleptische Behandlung abgelehnt. Diagnostisch ist jetzt auch von Schizophrenie die Rede.

Mitte 1999, nach nahezu 12jähriger Unterbringung, ordnet das AG Bremen eine Betreuung an; der Betreuer habe sich seinerzeit aber nicht – wie es heißt – zur Genehmigung einer Zwangsmedikation entschließen können. In einem Prognosegutachten ist Ende 1999 zu lesen, der Patient habe eingehend berichtet, warum er jede Medikamenteneinnahme verweigere und welche Nebenwirkungen er bei der Einnahme von Neuroleptika verspürt habe. Die Gutachter konstatieren das völlige Fehlen einer Krankheits- und entsprechenden Behandlungseinsicht. Der Zusammenhang zwischen Krankheit und Straftat werde geleugnet.

In den folgenden Jahren gleichen sich sowohl die Stellungnahmen der Klinik als auch die Fortdauerbeschlüsse: Die Medikamenteneinnahme werde verweigert, im Übrigen verhalte sich der Patient kooperativ. Etwa 15 Jahre nach Aufnahme wird die Betreuung wieder aufgehoben – offenbar hatte sie nicht den gewünschten Erfolg, nämlich die Zustimmung zur Zwangsbehandlung. Die Leiterin der Klinik bekundet wiederholt, eine Depotbehandlung mit atypischen Neuroleptika sei wünschenswert. Bei den Anhörungen bekundet Paul M. wiederholt: ich nehme keine Tabletten und fühle mich gesund!

In einem weiteren *Prognosegutachten vom August 2005* kommen die Sachverständigen zu dem Schluss: „Ein erneuter Rehabilitationsversuch ohne medikamentöse Absicherung erscheint uns derzeit nicht angezeigt. Der Schweregrad des Unterbringungsdeliktes gebietet es … trotz der bereits lang andauernden Unterbringung, entsprechend vorsichtig und kleinschrittig zu verfahren. Auch weitergehende Lockerungen erscheinen bedenklich, solange einzelne Mitglieder des Behandlungsteams das Verhalten des Patienten phasenweise als bedrohlich erleben. Auch wenn dies sicher ausgesprochen schwierig ist, sollte man unseres Erachtens noch einmal den Versuch machen, Herrn M. zur Mitwirkung bei einer medikamentösen Behandlung zu gewinnen. Der Patient hat große Ängste in Bezug auf die Einnahme von Antipsychotika. Er scheint mit der Einnahme die Vorstellung zu verbinden, sich der Anstalt auszuliefern, gleichsam willenlos zu werden und schlimme und unkontrollierbare Nebenwirkungen zu erleiden. Vielleicht spielt auch die Angst vor einer Gewichtszunahme eine Rolle. Herr M. erscheint sehr besorgt um seinen Körper und seine Fitness. Nach Abbruch des Aufenthalts in der Wohngruppe hat er tatsächlich auch Medikamente erhalten, deren Nebenwirkungen belastend sein können (z. B. Dipiperon). Neuroleptika der neuesten Generation werden jedoch von vielen Patienten ausgesprochen gut vertragen und stehen einer aktiven Lebensgestaltung (Arbeit, Sport) nicht im Wege. Dabei wäre bei Herrn M. unseres Erachtens eine relativ niedrige Dosierung ausreichend. Wir glauben, dass eine geeignete Medikation beim Patienten das Bedrohungsgefühl mindern würde und dass die den Körper und insbesondere den Leib betreffenden Missgefühle und Ängste an Bedeutung verlören. Damit wäre auch das Risiko einer aggressiven Eskalation in eine psychotische Krise weitgehend gebannt. Besonders wichtig erscheint es, einen solchen Behandlungsversuch durch Gespräche und mit Informationsmaterial gut vorzubereiten. Um dem Patienten eine Brücke zu bauen, wäre es möglich, eine außenstehende Person seines Vertrauens in eine formelle Absprache einzubeziehen und den Behandlungsversuch zunächst auf einen Zeitraum von drei Monaten zu begrenzen. Die außenstehende Person könnte zum Beispiel ein Anwalt seines Vertrauens sein, der ihn im Unterbringungsverfahren vertritt (oder der ihm als Betreuer mit dem Aufgabenbereich Ge-

sundheitsfürsorge zur Seite gestellt wird). ... Man könnte einen Behandlungsversuch in folgender Weise strukturieren und formell vereinbaren: Zwischen Herrn M., seiner Vertrauensperson und Klinktherapeuten wird eine Vereinbarung getroffen, wonach der Patient zunächst für einen Zeitraum von drei Monaten mit einem nebenwirkungsarmen modernen Medikament in einer relativ niedrigen, aber hinreichenden Dosierung behandelt wird. Nach drei Monaten erfolgt ein Auswertungsgespräch mit allen Beteiligten. Wenn der Patient oder sein Anwalt bzw. seine Vertrauensperson dies verlangen, wird der Versuch der Medikamentenbehandlung beendet! Wenn Herr M. dagegen mit der Medikation gut zurecht kommt und stabilisiert wirkt, können neue Behandlungsziele angesteuert werden. Die Beurlaubung in eine Nachsorgeeinrichtung außerhalb der Maßregelklinik wäre dann sicher ein realistisches Zwischenziel."

Soweit das Gutachten von 2005. Nach den darauf folgenden Fortdauerentscheidungen tut sich aber weiterhin nichts Entscheidendes. In einer *Klinik-Stellungnahme vom Mai 2008* heißt es noch: „Neben dem krankheitsbedingten Verhalten muss mittlerweile gleichzeitig auch von einem Hospitalismus ausgegangen werden, aufgrund dessen Herr M. wenig flexibel auf Änderungen reagiert. ... Zu Einzelgesprächen mit der Stationstherapeutin kam es im letzten Zeitraum nur selten, da Herr M. die angemeldeten Termine meist nicht wahrnahm. In den Gesprächen äußerte er immer, dass er im Grunde nicht mehr wisse, was er zu besprechen habe. Das Thema Medikamente sprach er selber an und betonte stets seine Abneigung gegen eine Einnahme. Deutlich frustriert und mit einer längeren Phase des Rückzugs ... reagierte er, als ihm aus diesem Grund eine weitere Lockerungsstufe verwehrt wurde. Trotzdem konnte und wollte er an seiner Einstellung nichts verändern. Zu bedrohlich wirkenden Situationen ist es im letzten Berichtszeitraum nicht gekommen."

Im Sommer 2008 zeichnet sich jedoch eine Wende ab – im *Anhörungsprotokoll vom 7.8.2008* heißt es dazu: „Der behandelnde Arzt erklärt, dass der Untergebrachte seit ca. 1 Woche Medikamente nehme. Es sei vor kurzem zu einer bedrohlichen Situation gegenüber einem Mitpatienten gekommen, der Untergebrachte sei daraufhin ins Beobachtungszimmer gebracht und ihm sei gesagt worden, dass er jetzt Medikamente nehmen müsse. Man habe mit einer niedrigen Dosierung >Risperidol< angefangen, die Wirkung müsse abgewartet werden, da der Untergebrachte zum ersten Mal Me-

dikamente einnehme. Geplant sei, ihn mit Depotspritzen zu behandeln. Auf der Station gehe es seitdem wieder gut, der andere Patient sei verlegt worden. ... Paul M. erklärt: Ich ziehe es jetzt vor, die medikamentöse Behandlung mitzumachen. Ich merke die Nebenwirkungen, das wird aber besser. Ich fühle mich durch die Medikamente schwach und kriege nicht so gut Luft. Ich möchte wieder die Arbeit aufnehmen und die Ausgänge. Aber ich will ehrlich sein. Zunächst habe ich nicht eingesehen, dass ich sie nehmen soll. Der Arzt erklärte mir dann aber, dass sie sich entschieden hätten, bei mir Zwangsmedikation durchzuführen. Ich war wirklich daneben. Mein Gefühl sagte mir dann: >mach da besser mit<. Jetzt will ich es aber auf jeden Fall durchhalten. Ich schaffe das auch. Ich habe es auch geschafft mit dem Rauchen aufzuhören."

In einer *Stellungnahme der Klinik von Anfang 2009* heißt es ergänzend u.a. wörtlich: „Herr M. hatte im Vorfeld – wahrscheinlich durch Stressbelastung infolge eines Konflikts mit einem Mitpatienten – ein zunehmend auffälliges Verhalten gezeigt. Er führte ein Brotmesser bei sich und bedrohte verbal den Mitpatienten mit körperlichen Verletzungen. Er wirkte darüber hinaus deutlich agitiert, distanzlos und angespannt, was er selbst jedoch nicht so wahrnahm. Herr M. wurde daraufhin für mehrere Tage abgesondert und ihm deutlich gemacht, dass nach nunmehr 20jähriger Unterbringung eine medikamentöse Therapie, auch gegen seinen Willen, unumgänglich sei. Trotz Bedenken stimmte Herr M. der Therapie zu und erhält mittlerweile >Abilify<, was er gut verträgt. Eine Beruhigung des agitierten Verhaltens sowie eine höhere Konzentrationsfähigkeit in den Gesprächen lassen sich mittlerweile beobachten. Das früher oftmals gezeigte bedrohliche und abwertende Verhalten sowie starke Misstrauen ist seit der medizinischen Einstellung nicht mehr vorgekommen."

Etwa zu diesem Zeitpunkt übernehme ich das Mandat – ich soll Paul M. dazu verhelfen, endlich aus der Klinik herauszukommen, in der er sich nun bereits seit mehr als 21 Jahren befindet. Nach Aufnahme der medikamentösen Behandlung schien das kein aussichtsloses Unterfangen ... aber bereits wenige Monate später heißt es, der Mandant arbeite nicht mehr und liege viel im Bett. Er selber klagt über mangelnden Antrieb, er sei schlapp, körperlich, auch sexuell, das Gitarrespielen falle ihm schwer – aus seiner Sicht liege das an der zu hohen >Abilify<-Dosierung; ich solle mich dafür einsetzen, die Dosis zu reduzieren. Er nimmt das Medikament aber weiter,

auch wenn er damit hadert – „Ich muss ja", sagt er mir, Einsicht hört sich anders an. Es findet eine Konferenz statt, es wird ein externer Pharmaexperte eingeschaltet, schließlich wird die Dosis auf 10mg reduziert und auf zwei Gaben pro Tag verteilt.

Das *Anhörungsprotokoll vom 28.09.2009 vermerkt:* „Im Rahmen des Vorgesprächs teilte die Klinik mit, dass der Untergebrachte weiterhin seine Medikamente einnehme. Er sei zwar nicht vollständig krankheitseinsichtig, aber nehme die Medikamente mit den Worten: >Sie meinen: Ich muss das!< Auch sei der Untergebrachte im Verhalten etwas ruhiger geworden. Ein Arbeitsversuch in der Fahrradwerkstatt sei gescheitert, weil er mit den zuständigen Personen nicht zurecht gekommen sei. Es müsse weiter einer Hospitalisierung entgegengewirkt werden. ... Die gegenwärtige Medikation stelle das Minimum dar, mit der eine Schizophrenie wirksam behandelt werden könne. Soweit der Untergebrachte einzelne Nebenwirkungen beklage, seien diese Folgen der Psychose. So gehe die chronische Erkrankung einher mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie einer Verflachung der Persönlichkeit. Die Medikamente würden auch eher auf die Positivsymptomatik der schizophrenen Erkrankung einwirken als auf die Negativsymptomatik. ... Paul M. erklärt sinngemäß: Es schaue nicht gut aus mit ihm. Er könne nämlich seinen Sport nicht mehr machen. Sein Desinteresse an allem - sogar aus Frauen mache er sich nichts mehr! – werde durch die Medikamente ausgelöst. Er stehe nicht mehr richtig auf. Zudem habe er anzumerken, dass er nicht einmal den Beipackzettel für die Medikamente bekommen habe."

Im *Fortdauerbeschluss vom 30.9.2009* heißt es u.a.: „Der Untergebrachte leidet an einer chronifizierten, paranoiden Schizophrenie sowie einer emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung. Seitdem er seit Anfang August 2008 ein neuroleptisch wirkendes Medikament einnimmt, hat sich seine psychotische Symptomatik deutlich gebessert. Wegen aus seiner Sicht belastenden Nebenwirkungen lehnte er aber im Dezember 2008 ab, sein Medikament einzunehmen. Zudem verweigerte er sich im Januar 2009 der Medikation. Gegenwärtig nimmt er die Medikamente regelmäßig. Der Untergebrachte zeigt auch weiterhin ein abgeflachtes und inaktives Verhalten, das immer wieder damit zusammentrifft, dass er sich verstärkt zurückzieht und in depressive Phasen eintritt. Falls er seine Medikamente nicht zuverlässig einnimmt, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Untergebrachte

wieder rückfällig wird, weil er ohne medikamentöse Stütze seine aggressiven Impulse nicht ausreichend steuern kann. Angesichts der zeitweise fehlenden Bereitschaft, die Medikamente einzunehmen, ist davon auszugehen, dass der Untergebrachte die Medikamente außerhalb einer geschlossenen Unterbringung absetzt. Die Gefahr, dass er psychotisch dekompensiert und es zu erneutem aggressiven Verhalten kommt, ist dann sehr hoch. Angesichts der Anlasstat und der weiterhin hohen Gefahr, die von dem Angeklagten ausgeht, dass er derartige Taten begeht, ist die weitere Unterbringung auch verhältnismäßig."

Ich sah mich zu einer Klarstellung veranlasst, die ich zur Akte reichte: „Die Begründung kann so verstanden werden, und Herr M. hat sie auch so verstanden und entsprechend resignativ reagiert, als sei eine Entlassung nicht nur gegenwärtig, sondern auch zukünftig ausgeschlossen. (...) Wegen der belastenden Nebenwirkungen des Medikaments >Risperidol< lehnt Herr M. es nicht schlichtweg ab, >sein Medikament einzunehmen<, sondern mit dem behandelnden Arzt wurde einverständlich ein anderes Medikament bestimmt, um die Nebenwirkungen, die keineswegs nur >aus seiner Sicht belastend< waren, zu reduzieren. Seitdem nimmt mein Mandant das Medikament >Abilify<. Im Januar 2009 >verweigert< Herr M. sich auch nicht schlicht >der Medikation<, sondern es finden erneut Gespräche über die Dosierung statt. In der Folge wurde die Dosis reduziert und auf zwei Gaben pro Tag verteilt. Die Feststellung, er nehme >gegenwärtig< Medikamente regelmäßig, bedarf insoweit der Präzisierung, als er dies eben nicht nur gegenwärtig, sondern bereits seit Anfang des Jahres, also seit nun mehr rund 10 Monaten, tut. ... Dass in der Vergangenheit >zeitweise< die Bereitschaft fehlte, die Medikamente einzunehmen, ist unbestritten – ob dies auch zukünftig so sein wird, steht dahin: Immerhin arbeitet Herr M. daran mit, eine regelmäßige Medikamenteneinnahme unter gelockerten Bedingungen zu gewährleisten. In dieser so wichtigen therapeutischen Phase sollte alles unterlassen werden, was meinen Mandanten auf seine alte Verweigerungshaltung zurückwerfen könnte. ... Ob in absehbarer Zeit von einer entsprechenden Stabilisierung ausgegangen werden kann, werden ohnehin ... Gutachter zu beurteilen haben."

In einem *Schreiben an die StVK vom 25.11.2009* teile ich u.a. mit – der Mandant war nunmehr über 22 Jahre untergebracht – er habe sich „offenbar weiter stabilisiert. Die Auseinandersetzungen um die Dosierung der

Medikation sind abgeschlossen, mein Mandant hat sich auf die regelmäßige Medikamenteneinnahme eingestellt und will hierüber keine weiteren Auseinandersetzungen führen; offenbar kommt er mit den Medikamenten nunmehr auch besser zurecht. Seit zwei Wochen befindet er sich in Arbeit. Was Vollzugslockerungen betrifft, hat er inzwischen die Stufe 4a erreicht. Vor dem Hintergrund dieser positiven Entwicklung sollte die für 2010 ins Auge gefasste externe Begutachtung frühzeitig in die Wege geleitet werden."

Es wird angeregt, die Gutachter von 2005 mit einer Folgebegutachtung zu beauftragen, um dem Mandanten den Weg in die Freiheit zu weisen. Das *Gutachten* kommt im *März 2010* zusammenfassend zu der Einschätzung, dass „das Risiko erneuter strafrechtlicher Handlungen seitens Herrn M. wesentlich günstiger einzuschätzen ist, als vor fünf Jahren, dass Herr M. von der antipsychotischen Behandlung erheblich profitiert und dass nun weitere vorbereitete und wohldosierte Schritte mit dem Ziel einer Enthospitalisierung und letztendlich Entlassung aus dem Maßregelvollzug gerechtfertigt erscheinen."

So weit so gut. Im Sommer 2010 zeichnet sich jedoch erneut eine Wende ab: Der geplante Übergang in eine offene Einrichtung wird nun plötzlich – für den Mandanten ebenso überraschend wie für seinen Anwalt – von Seiten der Klinik davon abhängig gemacht, dass Herr M. ein zusätzliches Depot-Präparat nehmen solle, evtl. >Haldol<. Die derzeitige Medikation reiche nicht, sei zu niedrig dosiert; bei regelmäßiger Einnahme könne es zu Psychosen kommen, das sei keine gute Behandlung. Außerdem gebe es >Abilify< nicht als Depotpräparat.

Hätte man all das nicht vorher wissen können? Paul M. fühlt sich jedenfalls – so wörtlich – „total verarscht": Er lehnt nicht nur die geplante Verschärfung und Umstellung der Medikation ab, sondern weigert sich seitdem beharrlich, überhaupt noch irgendwelche Medikamente zu nehmen. Das war im Sommer 2010, und im Sommer 2013 wird es genauso sein – und im Sommer 2017 (wenn er 30 Jahre untergebracht sein wird) wird es vermutlich auch noch genau so sein, diese Prognose sei einmal gewagt.

III. Offene Fragen

Und damit zu den Fragen, deren Beantwortung den heute und morgen hier am Pult und im Plenum versammelten Fachleuten überlassen sei:[14]

(1) Müssen wir, genauer: muss der Maßregelvollzug Herrn M. – ggf. gegen seinen Willen, aber zu ‚seinem Besten' – helfen, den Weg zurück in die Freiheit zu finden, auch wenn dies nur zwangsmedikamentös realisierbar erscheint?[15]

(2) Kann man nach dem, was ich – zugegeben: als sein Anwalt – berichtet habe, davon ausgehen, Herrn M. fehle die innere Freiheit, sich gegen die medikamentöse Behandlung und damit – jedenfalls mittelbar – für die Fortdauer des Freiheitsentzuges im Maßregelvollzug zu entscheiden?[16]

(3) Was ist von Behandlungsvereinbarungen zu halten, wenn diese von der Klinik (z.B. nach einem Wechsel des behandelnden Arztes, was so selten nicht ist) einseitig aufgekündigt werden können – im Fall des Paul M. würde man wohl von einer einseitigen Änderungskündigung sprechen: werden die im rechtsfreien Raum abgeschlossen?[17]

(4) Darf angenommen werden für den Fall, dass Herr M. in eine schwerwiegende Psychose verfällt, dass er dann nicht mehr in der Lage wäre, frei über Behandlungsnotwendigkeiten zu entscheiden – obwohl er früher (z.T. sogar unter der Wirkung von Antipsychotika) klar zum Ausdruck gebracht hat, dass er das nicht möchte?[18] Sollte die Klinik nicht vielmehr verpflichtet sein, Herrn M. auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinzuweisen?[19]

---

[14] Vgl. auch die bei Engelfried/Gehlsen 2012, 328 aufgelisteten Fragen.

[15] So BVerfGE 128, 282 = BtPrax 2011, 112 m. Anm. Kammeier, vgl. auch Grotkopp 2012, 286, Olzen/Metzmacher 2011, 233 f., Meyer-Mews 2011 und Pollähne 2011 sowie BVerfGE 129, 269 = R&P 2012, 31, dazu Sachs JuS 2012, 475 f.; ausf. zur weiteren Rechtsprechung nach den Entscheidungen des BVerfG: Pollähne 2013a und Kammeier 2012, 192 ff.

[16] Zur Schwierigkeit, jene natürliche Entscheidungsfreiheit zu bestimmen resp. festzustellen, ob dem ggf. zwangsweise zu Behandelnden jene Freiheit fehlt: Bublitz 2011 mwN; zur Gefahr, dass dies gerade im Maßregelvollzug unter Bezugnahme auf die §§ 20, 21 StGB zum Automatismus wird, Meyer-Mews 2011, krit. auch Kammeier BtPrax 2011, 120.

[17] Zur Zwangsbehandlung auf „rechtsgeschäftlicher Grundlage" Bohnert R&P 2013.

[18] Zu den Grenzen der Antizipation einer Einwilligung Bohnert 2013, 21 mwN sowie Bublitz 2011.

[19] Zur Patientenverfügung gem. § 1901a BGB vgl. auch Bohnert 2013, 20 f.

(5) Der zeitweilig eingesetzte Betreuer hat die Zustimmung zur Zwangsbehandlung verweigert: Hätte er sie überhaupt erteilen dürfen? Durfte er überhaupt zu diesem Zweck als Betreuer eingesetzt werden?[20]

(6) Nach allen mir vorliegenden Erkenntnissen hat Herr M. als Mensch mit Behinderung infolge langfristiger seelischer Beeinträchtigungen iSd UN-BRK zu gelten[21]: Abgesehen davon, ob die Unterbringung gemäß § 63 StGB in der aktuellen normativen und faktischen Ausgestaltung überhaupt mit jener Konvention vereinbar ist[22] – wäre es nicht ein Verstoß gegen diese Konvention, seine Zwangsbehandlung zu dem Zweck zuzulassen, ihm den Rückweg in die Freiheit zu ebnen; oder wird genau umgekehrt ein Schuh daraus?

Wer nach alledem den Eindruck hat, der wissenschaftliche Leiter des Instituts für Konfliktforschung weiß auch nicht so recht, was er will, und der Anwalt von Paul M. ist eher ratlos als hilfreich, liegt völlig richtig – aber wahrscheinlich geht es den LeserInnen ganz genauso.

Literatur:

Bohnert C (2013) Zwangsbehandlung auf rechtsgeschäftlicher Grundlage. R&P 31: 18-22

Bublitz JC (2011) Habeas Mentem? Psychiatrische Zwangseingriffe im Maßregelvollzug und die Freiheit gefährlicher Gedanken. ZIS 714-733

Engelfried U (2012) Folter, Hilfe oder fürsorgliche Belagerung? BJ 111: 330-331

Erb V et al. (Hg.) (2012) Die Strafprozessordnung und das Gerichtsverfassungsgesetz (zit.: LR-StPO) Band 11 (EMRK; IPBPR), 26. Aufl. Berlin: De Gruyter

Feest J & Lesting W (Hg.) (2012) StVollzG. Strafvollzugsgesetz (zit.: AK-StVollzG). Köln: Carl Heymanns

[20] Ausf. dazu – und ablehnend – Kammeier 2012 mwN.
[21] Dazu Kammeier 2012, 143.
[22] Vgl. Pollähne 2013 b mwN.

Gerlinger M (2012) Die Wohlmeinenden. Wie die Gegner betreuungsrechtlichen Zwangs in den Himmel kommen – und die Kranken auf die Straße. BJ 111: 332-336

Grotkopp J (2012) Vorerst keine Zwangsbehandlung in der Psychiatrie möglich. SchlHA 259: 285-289

Henking T & Vollmann J (Hg.) (2013) Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand. Baden-Baden: Nomos

Kammeier H (2012) Einfluss und Funktion des Betreuungsrechts im Maßregelvollzug – Eine notwendige und differenzierende Betrachtung. BtPrax 21: 140-144 (Teil 1) und 192-195 (Teil 2)

Meyer-Mews H (2011) Zu den Voraussetzungen verfassungsmäßiger medizinischer Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. NJ 65: 388-390

Kindhäuser U, Neumann U & Paeffgen H-U (Hg.) (2013) Nomos-Kommentar zum Strafgesetzbuch (zit.: NK-StGB), 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos (im Druck)

Olzen D & Metzmacher A (2011) Zulässigkeit der Zwangsbehandlung untergebrachter Personen. BtPrax 20: 233-239

Pollähne H (2005) Gutachten über „die Behandlungsaussichten" im Maßregelvollzug. R&P 23: 171-185

Pollähne H (2007a), Effektivere Sicherheit der Bevölkerung und schärfere Kontrolle der Lebensführung: Zur Reform des Maßregelrechts und der Führungsaufsicht. KritV 90: 383-421

Pollähne H (2007b) Der CPT-Bericht über den Deutschland-Besuch 2005. „Steps should be taken": Prävention unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung psychisch kranker Straftäter. R&P 25: 120-132

Pollähne H (2011) Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. Rechtslage und Regelungsbedarf nach der Grundsatzentscheidung des BVerfG vom 23. März 2011, in: Bauer et al. (Hg.) Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung. Berlin: MWV S. 109-128

Pollähne H (2013a) Hat das Bundesverfassungsgericht das Heilen verboten? Die Rechtsprechung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung, in: Henking & Vollmann (Hg.) Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand. Baden-Baden: Nomos (in Druck)

Pollähne H (2013b) Behindertenrechte im Strafprozess – Faire Verfahren für Menschen mit Behinderungen? in: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) Baden-Baden: Nomos (in Druck)

Schöch H (2010) Gesundheitsfürsorge im Straf- und Maßregelvollzug, in: Roxin & Schroth (Hg.) Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Aufl. Stuttgart et al.: Boorberg S. 778-810

Schroth U (2010) Ärztliches Handeln und strafrechtlicher Maßstab in: Roxin & Schroth (Hg.) Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Aufl. Stuttgart et al.: Boorberg S. 21-50

Spengler A, Siemens A & Schaede S (Hg.) (2013) Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie – Patientenautonomie und Verantwortung (Loccumer Protokolle).