

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Der österreichische
Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1
StGB**

Stompe T, Schanda H

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2010; 11 (2), 30-36

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

4. RARE AND COMPLEX EPILEPSY ACADEMY



EpiCARE



Verein zur Förderung
medizinisch-wissenschaftlicher
Forschung

**SAVE THE
DATE**

21. Oktober 2024

Anmeldung unter:

<https://webcast.medwhizz.com/e/rcea-2024/signup/810>



Der österreichische Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 StGB

T. Stompe, H. Schanda

Kurzfassung: In den vergangenen 20 Jahren war ein rasanter Anstieg der Prävalenz psychisch kranker Straftäter zu verzeichnen, die nach im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit begangenen Delikten zur Behandlung in die Maßnahme nach § 21 Abs. 1 StGB eingewiesen wurden. Gegenwärtig sind 339 Personen in der Justizanstalt Göllersdorf oder in geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht. Dabei handelt es sich in nahezu 75 % der Fälle um Patienten mit Schizophrenie. Die Ursachen des Anstiegs der Einweisungen in den Maßnahmenvollzug sind vielfältig. Neben gesamtgesellschaftlichen Prozessen und medizinpolitischen Veränderungen scheint der Wan-

del von Weltanschauungen und Wertehaltungen eine Rolle zu spielen. Die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von forensisch-psychiatrischen Patienten unterliegt zum Teil anderen Zielvorstellungen als die Therapie in der Allgemeinpsychiatrie, da der Abbau der spezifischen Gefährlichkeit, die zur Einweisung in den Maßnahmenvollzug geführt hat, das entscheidende Erfolgskriterium ist.

Abstract: Offenders Judged Not Guilty by Reason of Insanity (NGRI) in Austria. Over the past 20 years, there has been a substantial increase of the prevalence of mentally disordered offenders not guilty by reason of insanity

(NGRI). In Austria, currently 339 individuals are treated in special forensic facilities. 70.6 % of them are suffering from schizophrenia. The reasons for the increase are multifarious. Aside from social processes and changes in mental health policy, changed attitudes of the population concerning mentally ill persons may play an important role. The psychopharmacological and psychotherapeutic treatment of mentally ill offenders has partly different objectives compared to the treatment of patients in general psychiatry: In forensic psychiatry, the reduction of the specific dangerousness is the main criterion for success. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (2): 30–6.**

■ Einleitung

Die forensische Psychiatrie gewinnt national und international zunehmend an Gewicht. In nahezu allen europäischen Ländern, in den USA und in Kanada sind deutliche Zuwächse zu verzeichnen. Immer mehr psychisch schwer kranke Menschen werden wegen Verbrechen, die sie im Zustand der Unzurechnungsfähigkeit begangen haben, von den Gerichten in Sonderanstalten eingewiesen. In der hier vorliegenden Arbeit sollen (1) die rechtlichen Voraussetzungen für die Einweisung in den Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 des Österreichischen Strafgesetzbuchs (StGB) erläutert, (2) die Entwicklungstrends der vergangenen 20 Jahre beschrieben und einige Erklärungshypothesen dafür entwickelt sowie (3) Einblicke in das Therapiekonzept der Justizanstalt Göllersdorf gegeben werden.

■ Rechtliche Voraussetzungen für die Einweisung in den Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs.1 StGB

Wie in Deutschland und der Schweiz ist das am 1. Jänner 1975 in Kraft getretene österreichische Strafrecht ein Schuld-Strafrecht. Strafbar ist „nur wer schuldhaft handelt“ (§ 4 StGB). Bestehen nach der Festnahme eines Straftäters Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit, ordnet der Untersuchungsrichter nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens die Behandlung des Straftäters während der Untersuchungshaft in einem psychiatrischen Krankenhaus an (§ 429/4 Strafprozessordnung [StPO]) [1].

Die erste Voraussetzung für die Einweisung in die vorbeugende Maßnahme nach § 21/1 StGB ist die Verübung einer mit

einer Strafe von mehr als einem Jahr bedrohten Straftat im Zustand der Unzurechnungsfähigkeit. Die Schuldfähigkeit wird im § 11 StGB geregelt: „Wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinn, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft.“

Das Rechtsmerkmal „Geisteskrankheit“ umfasst nach österreichischem Recht endogene und exogene Psychosen sowie himorganische Psychosyndrome und unter Umständen extrem ausgeprägte Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen. Unter „Schwachsinn“ fallen nur besonders ausgeprägte Formen der intellektuellen Behinderung, die schwerwiegende Auswirkungen auf die Dispositionsfähigkeit haben. Das Rechtsmerkmal der „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ umfasst unterschiedliche psychiatrische Zustandsbilder wie Alkohol-, Medikamenten- und Drogenintoxikation, exogene Reaktionstypen, krankhafte und nicht-krankhafte Dämmerzustände, Schlaftrunkenheit, Erschöpfung sowie schwere Affektzustände. Unter einer „anderen schweren, einem der vorgenannten Zustände gleichwertigen seelischen Störung“ sind schwere Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Impulskontrolle, organische und schizophrene Residualzustände sowie alkohol- und drogenbedingte Wesensveränderungen zu verstehen.

Eine weitere Voraussetzung ist eine ungünstige krankheitsbedingte Kriminalprognose, d. h. es muss zumindest ein weiteres schweres Delikt zu erwarten sein: § 21 (1) „Begeht jemand eine Tat, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und kann er nur deshalb nicht bestraft werden, weil er sie unter dem Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes (§ 11) begangen hat, der auf einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad beruht, so hat ihn das Gericht in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher einzuweisen, wenn nach seiner Per-

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien und der Justizanstalt Göllersdorf

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Stompe, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20; E-Mail: thomas.stompe@meduniwien.ac.at

son, nach seinem Zustand und nach der Art der Tat zu befürchten ist, dass er sonst unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen begehen werde.“ Die vorbeugende Maßnahme nach § 21/1 StGB wird auf unbestimmte Zeit angeordnet. Die Notwendigkeit der Fortsetzung der Maßnahme wird einmal jährlich vom regionalen Vollzugsgericht überprüft. Aus einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher sind die Eingewiesenen stets nur unter Bestimmung einer Probezeit – für gewöhnlich 5 oder 10 Jahre – bedingt zu entlassen (§ 47/2 StGB). Das Gericht kann Weisungen unterschiedlichster Art (z. B. Fortsetzung der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung, Kontrolle der Alkohol- und Drogenabstinenz, Aufenthalt in einem Wohnheim etc.) erteilen (§ 54 StGB). Im Falle eines Weisungsbruchs kann das Gericht die bedingte Entlassung widerrufen. Seit 2002 ist eine gerichtliche Verlängerung der Probezeit möglich. Ebenfalls seit 2002 gibt es im österreichischen Strafrecht die Möglichkeit der bedingten Einweisung in die Maßnahme nach § 45/1 StGB: „Die Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher ist bedingt nachzusehen, wenn [...], insbesondere nach einem während vorläufiger Anhaltung nach § 429/4 StPO [...] erzielten Behandlungserfolg anzunehmen ist, dass die bloße Androhung der Unterbringung in Verbindung mit einer Behandlung außerhalb der Anstalt und allfälligen weiteren in den §§ 50–52 vorgesehenen Maßnahmen ausreichen werde, um die Gefährlichkeit, gegen die sich die vorbeugende Maßnahme richtet, hintanzuhalten [...]. Die Probezeit [...] beträgt zehn Jahre, ist die der Unterbringung zugrunde liegende Handlung aber mit keiner strengeren Strafe als einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren bedroht, fünf Jahre.“

■ Entwicklungstrends im Maßnahmenvollzug nach § 21/1 StGB

Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, ist ein deutlicher Anstieg der jährlichen Einweisungen in den Maßnahmenvollzug vor allem seit 1990 zu verzeichnen. Seit 2003 wurden jedes Jahr zwischen 80 und 100 Personen neu eingewiesen. Im Vergleich dazu wurden nahezu jedes Jahr deutlich weniger Untergebrachte entlassen als aufgenommen, es kam daher meistens zu einem „Nettozugewinn“ an Maßnahmenpatienten.

Aus diesen beiden Effekten (Anstieg der Einweisungsinzidenz, Entlassungsinzidenz niedriger als Einweisungsinzidenz) resultiert ein deutlicher Anstieg der Prävalenz. Während die jährliche Prävalenz bis 1990 ein stabiles Plateau von etwa 100 Insassen zeigte, kam es danach zu einem rapiden Anstieg. Gegenwärtig sind bereits 339 Patienten im Maßnahmenvollzug gemäß § 21/1 StGB untergebracht (Abb. 2).

Bis zum Beginn der 1990er-Jahre konnten bis zu ¾ dieser Patienten in der Justizanstalt Göllersdorf (JAGÖ) betreut werden. Die JAGÖ ist nach wie vor mit einer Bettenkapazität von 136 Betten an den Wohnstationen und 17 Akutbetten die zentrale Institution zur Behandlung von Unterbrachten, die in den Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 eingewiesen wurden. Seit 1990 reichen die Behandlungsplätze der JAGÖ bei Weitem nicht mehr aus. Gegenwärtig kann nur etwas mehr als ein Drittel der Patienten dort behandelt werden. Die restlichen

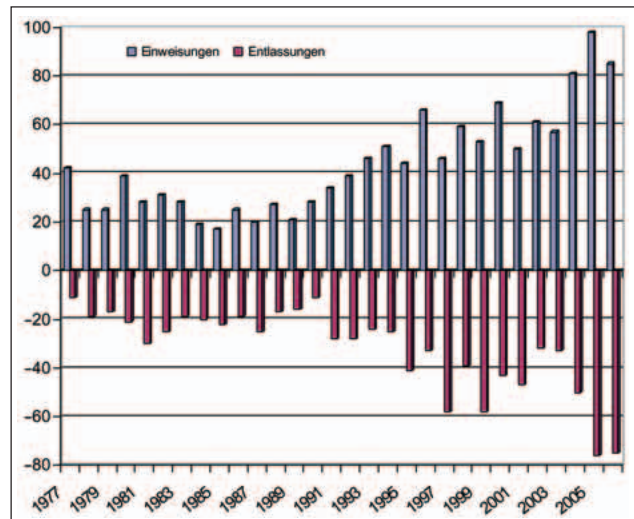


Abbildung 1: Einweisungs- und Entlassungsinzidenz zurechnungsunfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher (§ 21/1 StGB) in Österreich, 1979–2006. Erstellt nach Daten aus [2].

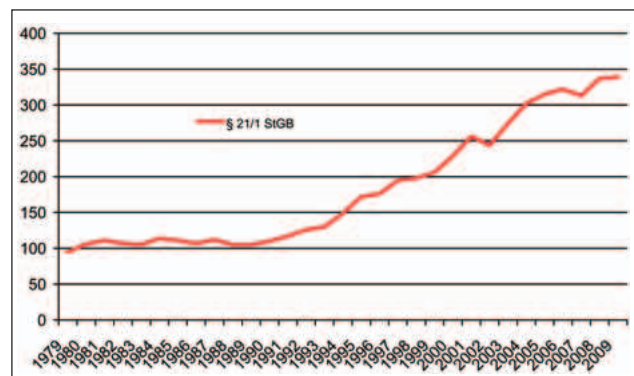


Abbildung 2: Prävalenz (am 1.1. jeden Jahres) zurechnungsunfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher (§ 21/1 StGB) in Österreich, 1979–2009. Erstellt nach Daten aus [2].

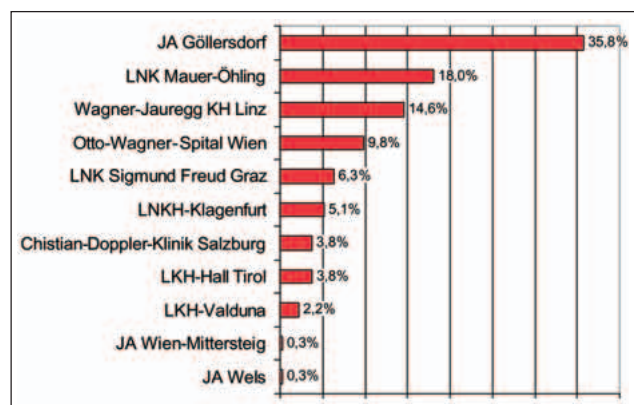


Abbildung 3: Justizanstalten und psychiatrische Krankenhäuser mit Untergebrachten nach § 21/1 StGB (Stand 2007).

Insassen verteilen sich auf andere justizeigene Einrichtungen, sowie auf die forensischen Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser in den Bundesländern (Abb. 3).

Auch die Verteilung der Erstdiagnosen veränderte sich in den vergangenen 20 Jahren. Gegenüber einer Stichzählerhebung von 1992 waren 2007 statistisch signifikant häufiger Schizophrenie im Maßnahmenvollzug untergebracht. Im Vergleich

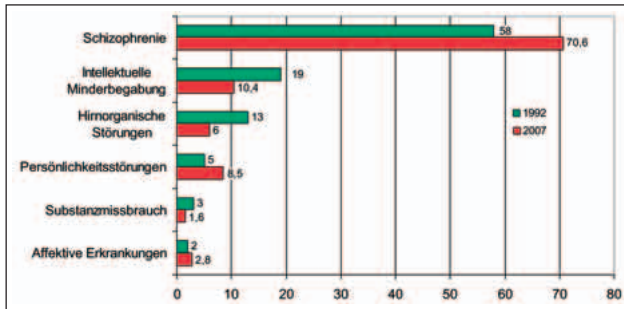


Abbildung 4: Veränderung der Prävalenz des diagnostischen Spektrums (Erstdiagnosen in %) im Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 StGB zwischen 1992 (n = 95) und 2007 (n = 316).

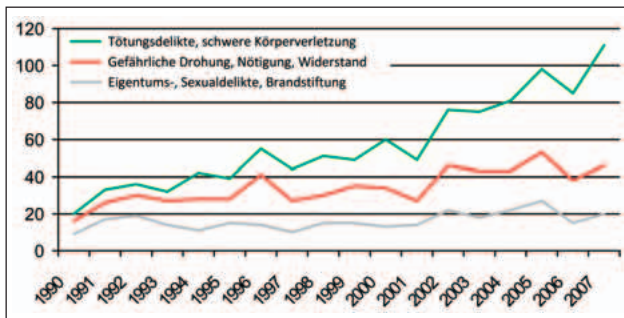


Abbildung 5: Jährliche Inzidenz der Einweisungen nach § 21/1 StGB, Österreich, 1990–2007: sämtliche Delikte.

dazu wurden Patienten mit intellektuellen Einschränkungen und hirnorganischen Störungen prozentuell seltener eingewiesen. Bei affektiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen durch Substanzmissbrauch fanden sich keine signifikanten Veränderungen (Abb. 4).

Es veränderte sich allerdings nicht nur das Spektrum der Erkrankungen, auch bei den Einweisungsdelikten ergab sich ein bemerkenswerter Wandel. Während die Zahl der Einweisungen aufgrund schwerer und schwerster Delikte wie Körperverletzung und Tötungsdelikten, aber auch von Eigentums- und Sexualdelikten sowie Brandstiftung von 1990–2007 relativ stabil blieb, stieg die Inzidenz der Einweisungen wegen gefährlicher Drohung und Nötigung kontinuierlich an (Abb. 5).

■ Erklärungshypothesen für die Veränderungen in den vergangenen 20 Jahren

Vorausgeschickt werden muss, dass Kriminalität durch verschiedene Faktoren bedingt ist [3]. Dementsprechend sind die

hier vorgestellten epidemiologischen Veränderungen nicht durch einen einzelnen Faktor erklärbar. Alle Überlegungen beruhen allerdings auf Indizien und Rückschlüssen, die zwar eine gewisse Plausibilität haben, aber im strengen Sinn nicht verifizierbar oder falsifizierbar sind. Es ist zwischen gesamtgesellschaftlichen Ursachen, Veränderungen des Anzeigeverhaltens der Bevölkerung, vermehrten Aktivitäten der Polizei und der Justiz sowie im medizinischen System liegenden Ursachen zu unterscheiden. Diese Trennung ist allerdings künstlich, es finden sich vielfältige Wechselwirkungen. Darüber hinaus kam es zu Veränderungen von Werthaltungen, die ebenfalls einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Anstieg der Inzidenz der Einweisungen haben können.

Gesamtgesellschaftliche Ursachen

In den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die westlichen Gesellschaften von einem Individualisierungsschub erfasst, der seinen Ausgang in Nordamerika genommen und rasch auf Europa übergegriffen hat. Ursachen dafür sind langfristige Prozesse, die Luhmann als den Übergang von hierarchisch stratifizierten zu funktional differenzierten Gesellschaften beschrieben hat [4]. Andere Autoren beschrieben dieses Phänomen unter Begriffen wie „Spätmoderne“ (Habermas), „Postmoderne“ (Lyotard), „postindustrielles Zeitalter“ (Bell), „Postmaterialismus“ (Inglehart) oder „Risikogesellschaft“ (Beck). Verbunden war dieser gesellschaftliche Wandel mit einer Auflösung traditioneller Strukturen wie etwa der bürgerlichen Kernfamilie, die neben dem Schulsystem in den vergangenen 300 Jahren die zentrale Sozialisationsinstanz war. In den vergangenen 40 Jahren hat sich dieser Zerfallsprozess erheblich beschleunigt: 1970 betrug die Scheidungsrate in Österreich 18,2 %, 1990 waren es 32,8 %, im Jahre 2000 43,1 %, um 2007 den bisherigen Höhepunkt mit 47,8 % zu erreichen [2]. Nun haben eigene Untersuchungen gezeigt, dass sowohl gesunde als auch schizophrene Delinquente hochsignifikant häufiger in zerbrochenen Familien aufwachsen als nicht-delinquente Personen [5]. Anscheinend konnte der Verlust der haltgebenden Funktion der Kernfamilie bisher noch nicht ausreichend durch institutionelle Unterstützungssysteme kompensiert werden. Parallel mit dem Anstieg der Scheidungsraten stiegen zentrale Kriminalitätsparameter wie ermittelte Tatverdächtige, Anzahl der Freiheitsstrafen und die Inzidenz der Einweisungen in den Maßnahmenvollzug an (Tab. 1) [2].

Daneben spielen auch andere Faktoren eine Rolle: So kam es etwa zwischen 1992 und 2007 zu einem Anstieg des Ausländeranteils. 1992 betrug der Ausländeranteil bei den ermittel-

Tabelle 1: Demographische, kriminologische und klinische Kennzahlen (1992 und 2007). Aus [2, 6].

	1992	2007	Chi ² ; Sig.	OR (95 %-CI)
Bevölkerung	7.798.899	8.282.994		
Aufnahmen in psychiatrischen KH gesamt	37.717	64.916		
Aufnahmen UbG ¹	5658 (15 %)	17.528 (27 %)	1963,9**	2,10 (2,03–2,17)
Tatverdächtige ²	197.261 (2,5 %)	247.021 (3,0 %)	3067,5**	1,18 (1,18–1,19)
Freiheitsstrafen ²	19.637 (0,25 %)	23.464 (0,28 %)	149,0**	1,30 (1,10–1,15)
Inzidenz § 21/1 ²	61 (0,008 %)	111 (0,013 %)	11,6*	1,71 (1,24–2,37)

¹ Aufnahmen nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) vs. Aufnahmen Nicht-UbG; ² Tatverdächtige; Freiheitsstrafen, Inzidenz § 21/1 StGB vs. übrige Bevölkerung; * p < 0,01; ** p < 0,001; OR = Odds-Ratio; 95 %-CI = 95 %-Konfidenzintervall

ten Tatverdächtigen 20,9 %, 2007 waren es 27,9 %. Ähnlich war der Anstieg bei den Verurteilungen: Betrug der Ausländeranteil 1992 noch 22,9 %, so waren es 2007 bereits 30,2 %. Im Maßnahmenvollzug nach § 21/1 StGB scheint dieser Faktor allerdings keine große Rolle zu spielen, der Ausländeranteil betrug 2007 lediglich 20,3 %. Im Vergleich dazu lag der Migrantenanteil in den Haftanstalten bei 43,7 %. Bedauerlicherweise haben wir keine Daten über den Ausländeranteil im Maßnahmenvollzug aus dem Jahr 1992, weshalb über das Gewicht dieses Faktors für den Anstieg der Einweisungsinzidenz in den Maßnahmenvollzug keine abschließenden Aussagen getroffen werden können.

Ein weiterer Faktor, der einen erheblichen Beitrag zur Delinquenz von Gesunden und psychisch Kranken leistet, ist der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen [7, 8]. Aus einer australischen Studie ist bekannt, dass die Rate der Drogenkonsumenten in den vergangenen Jahrzehnten angestiegen ist. Dieser Anstieg korreliert mit wachsender Gewaltkriminalität [9]. Für Österreich stehen allerdings keine Längsschnittdaten über Veränderungen des Substanzkonsums in der Bevölkerung, bei den Haftinsassen und den Maßnahmenpatienten zur Verfügung.

Kriminalisierung der Gesellschaft

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, ist die Zahl der ermittelten Tatverdächtigen von 197.261 im Jahr 1992 auf 247.021 im Jahr 2007, die Zahl der bekanntgewordenen Fälle strafbarer Handlungen im gleichen Zeitraum von 502.440 auf 594.240 angestiegen [2]. Dieser Anstieg ist nicht eindeutig interpretierbar, es kann sich um einen realen Anstieg der Delinquenz handeln, zum anderen kann sich auch das Anzeigeverhalten der Bevölkerung geändert haben. In diesem Zusammenhang ist auffällig, dass gerade die Rate der Patienten mit verhältnismäßig leichten Delikten wie gefährlicher Drohung, Nötigung und Widerstand gegen die Staatsgewalt am stärksten angestiegen ist (Abb. 5). Dies sind Handlungen, für die im österreichischen Rechtssystem 2 unterschiedliche Prozeduren existieren: Patienten, die gefährlich drohen oder amtshandelnden Polizisten Widerstand leisten, können entweder wegen Fremdgefährlichkeit nach dem Unterbringungsgesetz unfreiwillig an einer psychiatrischen Abteilung untergebracht werden. Wird allerdings – wie theoretisch vorgesehen – eine Anzeige gemacht, so kommt in diesen Fällen das Maßnahmenrecht zu tragen. Würde der zweite Weg konsequent beschritten, wäre die Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz wegen Fremdgefährlichkeit nahezu obsolet. Es liegt bis zu einem gewissen Grad allerdings im Ermessensspielraum nicht nur der betroffenen Opfer und der unter Umständen amtshandelnden Exekutivbeamten, ob gegen einen Widerstand leistenden psychisch Kranken Anzeige erstattet wird.

Psychiatriepolitische Ursachen

Im selben Zeitraum fanden wesentliche Veränderungen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung statt: 1991 trat das neue Unterbringungsgesetz in Kraft, das unter anderem die unfreiwillige Aufnahme von aggressiven fremdgefährlichen Kranken regelte. 1997 wurde die Leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung (LKF) eingeführt, eine Reglementierung, welche die stationäre Langzeitbehandlung von schizophrenen Patienten erheblich erschwerte. Zwischen 1992 und

2002 fand ein Abbau psychiatrischer Betten von 6282 auf 4496 statt. Im Zeitraum von 1992–2007 steigerte sich die Zahl der jährlichen Aufnahmen von 37.717 auf 64.916 [6, 10, 11]. Gerade für schwierige Patienten wurden die Aufnahmedauern kürzer, die Aufnahmen selbst häufiger, ein Phänomen, das durchaus die Bezeichnung „Drehtürpsychiatrie“ verdient. Eine Einrichtung wie das Rehabilitationszentrum der Caritas Wien mit 50 stationären Betten für die Langzeitbetreuung von Patienten mit Schizophrenie wurde vom Betreiber 1995 aus finanziellen Gründen geschlossen. Auch dadurch entstand eine Betreuungslücke, die durch Tagesklinikplätze nie wirklich geschlossen werden konnte. Diese Deinstitutionalisierung und Deregulierung traf also gerade die schwerstkranken Patienten am härtesten. Viele von ihnen landeten in der Obdachlosigkeit, einige eben auch in der forensischen Psychiatrie.

Waren noch 1970 70 % der psychiatrischen Aufnahmen unfreiwillig, so reduzierte sich diese Zahl bereits in den vergangenen Jahren vor dem Inkrafttreten des Unterbringungsgesetzes 1991 deutlich. Seit 1992 ist die jährliche Zahl der unfreiwilligen Aufnahmen allerdings wieder kontinuierlich angestiegen (Tab. 1). Ob dies auf einen Anstieg aggressiver Verhaltensweisen psychisch kranker Menschen zurückzuführen ist, kann aufgrund der vorhandenen Datenlage gegenwärtig nicht mit ausreichender Sicherheit gesagt werden. Allerdings bietet nach Meinung vieler in der Allgemeinpsychiatrie Tätiger das Unterbringungsgesetz nur beschränkte Möglichkeiten, aggressive „schwierige“ Patienten ausreichend lange zu behandeln, da ja immer alle 3 Unterbringungskriterien erfüllt sein müssen [12].

Wertehaltungen und Weltanschauungen

Alle bisher besprochenen Änderungen des medizinischen Systems und der Gesellschaft sind allerdings für sich nicht ausreichend, um den Anstieg der Einweisungsinzidenz in den Maßnahmenvollzug zu erklären. Übergreifend dürften Wertehaltungen und Weltanschauungen eine zentrale Rolle spielen.

Weltweit waren die Psychiatriereformen von einem aufklärerischen Impetus getragen. Missstände sollten beseitigt werden, der Zwang in der Psychiatrie sollte auf ein Minimum reduziert werden, die Bürgerrechte psychisch Kranker, die oft zu Unrecht beschnitten worden waren, sollten zurückerstattet werden. Dies traf sich zumindest teilweise mit den Intentionen der antipsychiatrischen Bewegung der 1960er-Jahre. Ihre radikalen Exponenten wie etwa Sasz gingen so weit, psychiatrische Erkrankungen zu bestreiten [13]. Die Anliegen der Antipsychiatrie wurden in der Folge von verschiedenen Antistigmatisierungsbewegungen übernommen, die auf die randständige gesellschaftliche Position von psychisch kranken Menschen, im Besonderen solchen mit Schizophrenie, aufmerksam machten. Niemand wollte die Rolle des autoritären „paternalistischen“ Nervenarztes übernehmen, der Patienten anleitet, die in psychotischen Episoden die Konsequenzen eigener Entscheidungen nicht ausreichend abschätzen können. Die Psychiater strebten nicht nur die Entstigmatisierung der Kranken, sondern vor allem ihrer eigenen Disziplin an. Als Konsequenz sind oft gerade die schwierigen aggressiven Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch diejenigen, die am kürzesten stationär behandelt werden, da Freiwilligkeit und Compliance gerade

hier zumeist nicht im Vorhinein gegeben sind. Die meisten Straftäter, die in den Maßnahmenvollzug gemäß § 21/1 StGB eingewiesen werden, rekrutieren sich aus dieser Patienten-
gruppe.

Foucault, einer der geistigen Väter der Antipsychiatriebewegung, hat in seinem Werk „Wahnsinn und Gesellschaft“ darauf hingewiesen, dass jede Epoche ihr eigenes „Hôpital général“ hat, eine Institution also, die relativ undifferenziert störende Elemente beherbergt, die gesellschaftlich schwer integrierbar sind [14]. Gegenwärtig scheint es, dass der Maßnahmenvollzug diese Rolle übernehmen muss. So kann das Bild aufrechterhalten werden, dass von psychisch Kranken grundsätzlich keine die der Allgemeinbevölkerung übersteigende Gefahr ausgeht. Die Psychiatrie kann sich als „anti-autoritär“ verstehen, sie entgeht diesbezüglichen Anfeindungen durch liberale Medien, der „Zwang“ wird in den Maßnahmenvollzug ausgelagert, die Gesellschaft als Ganzes kann sich als liberal und tolerant erleben, zugleich ist dem Sicherheitsbedürfnis aller damit formal korrekt Genüge getan.

Um die steigende Zahl der Maßnahmenpatienten besser, schneller und suffizienter behandeln zu können, wurde in der Justizanstalt Göllersdorf 2006 ein Therapiekonzept entwickelt und implantiert, das hier vorgestellt werden soll.

■ Behandlungskonzepte für Maßnahmeninsassen

Psychopharmakotherapie

Die Pharmakotherapie folgt in der forensischen Psychiatrie grundsätzlich dem State-of-the-art-Vorgehen der übrigen Psychiatrie. Allerdings verlangen die besonderen Eigenschaften der forensischen Klientel andere Schwerpunktsetzungen:

- Forensische Patienten sind zumeist durch eine erhebliche Komorbidität (Persönlichkeitsstörungen, multipler Substanzmissbrauch) belastet. Daraus ergibt sich einerseits, dass die Mitbehandlung dieser Störungsbilder häufig höhere Medikamentendosierungen erfordert, andererseits der Einsatz von suchterzeugenden Medikamenten wie Benzodiazepinen zu vermeiden ist.
- Die Tatsache, dass psychisch kranke Rechtsbrecher im Vorfeld des Delikts häufig medikamentös non-compliant sind, erfordert neben intensiven psychoedukativen Maßnahmen den Einsatz von Medikamenten, die entweder intramuskulär appliziert werden können (Depotneuroleptika) oder deren Einnahme durch Spiegelbestimmungen routinemäßig, preisgünstig und valide kontrollierbar ist (Lithium, Carbamazepin, Valproat etc.).

Psychotherapie und Kriminaltherapie

Voraussetzung für wirksame Therapieprogramme in der forensischen Psychiatrie sind nach Andrews et al. [15] die 3 folgenden Kriterien:

1. Risikoprinzip: Täter mit hohem Rückfallsrisiko benötigen intensivere Maßnahmen, Täter mit geringem Risiko weniger intensive.
2. Bedürfnisprinzip: Die Behandlung muss spezifisch auf solche Merkmale abzielen, die nach empirischem Erkenntnisstand kriminogene Faktoren darstellen.

3. Ansprechbarkeitsprinzip: Die Therapiemethoden müssen an die jeweilige Lernweise und Fähigkeit des Täters angepasst sein.

Die psychologische Behandlung von psychisch kranken Straftätern erfolgt in 2 Stufen:

Psychotherapie und Kompetenztraining

Angepasst an die Bedürfnisse und Fähigkeiten psychisch kranker Straftäter ist Psychotherapie in der modernen forensischen Psychiatrie handlungsorientiert auf Übungen und Rollenspiele in der Gruppe aufgebaut. Einen zentralen Stellenwert nimmt dabei die kognitive Verhaltenstherapie ein, die Behandlungsmodule speziell für psychisch kranke Straftäter entwickelt hat [16].

Die erste Stufe besteht aus problemzentrierten Behandlungsmodulen und Kompetenztrainingseinheiten. In der Behandlung psychisch kranker oder persönlichkeitsgestörter Straftäter erwiesen sich Konzepte als erfolgreich, die folgende Kriterien erfüllten: Hochstrukturierte, multimodale kognitiv-behaviorale Programme, die dem handlungsorientierten Lernstil gerecht werden (Modelllernen, Rollenspiele, abgestufte Erprobung, Verstärkung, konkrete Hilfestellungen, Bereitstellung von Ressourcen, kognitive Umstrukturierung). Als wenig wirksam oder kontraproduktiv erwiesen sich psychodynamische Therapien, nicht-direktive klientenzentrierte Therapien, „bestrafende“ Strategien, primär auf nicht-kriminogene Bedürfnisse abzielende Programme sowie Programme, die den Umstand der multikausalen Genese von Kriminalität bei psychisch Kranken vernachlässigen [17].

Innerhalb der ersten 3 Monate des stationären Aufenthaltes in der JAGÖ wird der Patient einer Basisgruppe zugewiesen. Diese umfasst 12 Einheiten und soll eine erste Auseinandersetzung mit Themen des Maßnahmenvollzugs (Therapie, Gefährlichkeit, Anstaltsstrukturen etc.) sowie mit der eigenen Person (Verhaltensanalyse, Rollenspiele etc.) herbeiführen. Es erfolgt eine erste Einschätzung der Gruppenfähigkeit.

An Schizophrenie erkrankte Patienten durchlaufen für gewöhnlich mindestens einmal eine psychoedukative Gruppe. Gerade bei psychisch kranken Straftätern, die aufgrund der psychotischen Symptomatik delinquent wurden, haben eine realitätsgerechte Krankheitseinsicht und eine stabile medikamentöse Compliance eine überragende Bedeutung für eine günstige Legalprognose nach der Entlassung. Die Psychoedukation für schizophrene Patienten folgt dem PEGASUS- („Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten“-) Konzept [18]. Dieses ist in 3 Stufen aufgebaut:

- Stufe 1: Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell soll die Wechselwirkung biologischer und psychosozialer Einflüsse verdeutlichen. Dadurch soll dem Kranken ein weniger angstbesetzter und stigmatisierender Zugang zum psychotischen Geschehen ermöglicht werden.
- Stufe 2: Vermittlung der Bedeutung der Antipsychotikamedikation im Behandlungsplan, Umgang mit Nebenwirkungen, persönliche Erfahrungen und subjektive Einstellungen.

- Stufe 3: Erstellung eines individuellen Krisenplanes, der konkrete und abgestufte Handlungsmöglichkeiten für den Krisenfall enthält.

Antisoziales Verhalten bei schizophrenen Patienten kann allerdings auch die Folge eines kognitiv-affektiven Abbaus sein. Bei diesen Insassen wird das Integrierte Psychologische Therapieprogramm (IPT) eingesetzt [19], das aus 5 Unterprogrammen besteht:

- Kognitive Differenzierung
- Soziale Wahrnehmung
- Verbale Kommunikation
- Soziale Fertigkeiten
- Interpersonelles Problemlösen

Speziell für Patienten mit angeborenen oder erworbenen Störungen der frontalen Exekutivfunktionen wurde ein neuropsychologisches Funktionstraining installiert. Unter frontalen Exekutivfunktionen subsumiert man Bildung und Auswahl von Handlungszielen, vorausschauendes Denken, Abwägen der Vor- und Nachteile von Handlungsalternativen, zielgerichtete Durchführung von Handlungen, interne Überwachung und Steuerung der einzelnen Handlungsschritte, sowie die Bewertung des Erreichten. Im neuropsychologischen Funktionstraining werden räumliche, numerische, semantische sowie verbale Aufgaben vorgegeben, welche speziell der Behandlung von Störungen der kognitiven Flexibilität, des Arbeitsgedächtnisses sowie der Planungsfähigkeit dienen.

Nur bedingt gruppenfähige Insassen werden in adjuvante Therapien (Ergo-, Musiktherapie) integriert, die eine geringere Gruppenkompetenz erfordern. Patienten mit kognitiven Defiziten werden durch relativ einfache Übungen am Computer gefördert. Nicht gruppentaugliche Patienten – zumeist handelt es sich um Personen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, die Gruppenprozesse nachhaltig stören – werden nach Maßgabe der personellen Ressourcen einzelner therapeutisch behandelt. Für etwa 75 % der Maßnahmenpatienten nach § 21/1 StGB sind die pharmakologische und gruppentherapeutische Behandlung ausreichend, um einen Abbau der spezifischen Gefährlichkeit zu erreichen. Die restlichen Insassen sind überwiegend Straftäter, die bereits vor dem Einweisungsdelikt häufig straffällig geworden sind, die also als Rückfallstäter zu bezeichnen sind. Für diese Gruppe wurden in der forensischen Psychiatrie Behandlungsmodule entworfen, die unter dem Begriff Kriminaltherapie zusammengefasst werden.

Kriminaltherapie

Die in der JAGÖ angebotenen Kriminaltherapien (Antigewaltgruppe, Rückfallprävention im engeren Sinn, „Sexual Offender Therapy Program“) folgen den Prinzipien der Rückfallverhütung („Relapse prevention“), Behandlungsstrategien also, die ursprünglich in der Therapie von Suchtkranken eingesetzt wurden [20]. Unterschiedlich sind lediglich die Komplexität und die thematische Ausrichtung dieser Gruppen: Die Antigewaltgruppe etwa erfordert weniger kognitive Kompetenzen, der thematische Schwerpunkt kann auf einem adäquaten Umgang mit Aggressionen oder mit sexuellen Impulsen liegen.

„Relapse prevention“ beruht auf folgenden Grundannahmen [17]:

- Rückfälle fallen nicht vom Himmel.
- Jedem Rückfall geht ein bestimmtes Verhalten voraus.
- Je früher man dieses Verhalten unterbrechen kann, desto mehr Verhaltensalternativen hat man und desto geringer ist die Rückfallwahrscheinlichkeit.

„Relapse prevention“ besteht aus 2 konzeptionellen Bestandteilen: Im ersten Schritt erfolgt die Erarbeitung der dem Rückfallprozess vorausgehenden äußeren und inneren Bedingungen (Lebensstil, Persönlichkeit, situative Faktoren), welche die Basis für delinquentes Verhalten bilden. Danach erfolgt die Beschreibung des eigentlichen Rückfallprozesses bzw. des delinquenten Verhaltens durch den Patienten: Deliktzirkel, Rückfall (jedes deliktische Verhalten), Fastrückfall (jegliches Auftreten eines Bestandteils des Deliktzirkels), von Risikosituationen (jede Situation, die die Selbstkontrolle beeinträchtigt und die Wahrscheinlichkeit eines Fastrückfalls erhöht) und Warnzeichen (Risikosituationen werden durch Warnzeichen beschrieben).

Nach dieser Einstiegsphase folgt die eigentliche Therapie mit dem Schwerpunkt auf der Verbesserung des Selbstmanagements:

- Vermittlung der Konzepte durch Erläuterungen, Beispiele, Parabeln, Metaphern, Übungen und strukturierte Gruppendiskussionen
- Einsatz von schriftlichen Arbeitsmaterialien
- Üben, üben, üben, Wiederholungen, viel Zeit
- Selbstbeobachtung, Hausaufgaben

Lockerungen und sozialrehabilitative Maßnahmen

Die Erprobung des Therapieerfolgs durch Lockerungen im Rahmen des Maßnahmenvollzugs ist integraler Bestandteil des Rehabilitationsprozesses. Wenn begleitete Ausgänge ohne Zwischenfälle verlaufen und sich der Patient sozial als ausreichend kompetent erweist, wird in der nächsten Phase ein sozialer Empfangsraum gesucht, in den der Patient nach der Entlassung integriert werden soll. Neben einer betreuten Wohnmöglichkeit sollen soziale Beziehungen mit Kontrollfunktion verfügbar sein. Offizielle Kontrollmöglichkeiten zur Überprüfung der Compliance und eine Weiterführung der Behandlung müssen garantiert sein. Es dürfen keine prädestinierten Opfer (z. B. Kinder bei Pädophilen) in der unmittelbaren Umgebung verfügbar sein und die finanzielle Versorgung muss vorab geklärt sein, damit nicht aus einer Mangelsituation heraus eine Deliktbereitschaft entsteht. Dieser Prozess, dessen Ziel die Entlassung ist, ist auf jeder Stufe umkehrbar, falls sich die Compliance als instabil erweist oder es zu Anzeichen einer Wiederaufnahme krimineller Verhaltensweisen innerhalb oder außerhalb der Institution kommt. Schrittweise wird dabei der Patient also wieder an die Gesellschaft herangeführt. Erst dadurch kann sich die Stabilität von Krankheitseinsicht, Compliance, Impulskontrolle und Werteneuorientierung erweisen, zentrale Kriterien also für die Reintegration in die Gesellschaft.

Dass Therapie im Maßnahmenvollzug durchaus sinnvoll sein kann, zeigen die letzten Daten zur Legalbewährung nach der bedingten Entlassung aus dem Maßnahmenvollzug: Nach

5 Jahren kam es bei 12 % der Patienten zu einer Wiederverurteilung. Der Vergleich mit den für gewöhnlich unbehandelten Gefangenen aus dem Regelvollzug spricht für sich: Von den Haftentlassenen waren nach 5 Jahren 59 % wegen neuerlichen Delikten wieder verurteilt worden [21].

■ Relevanz für die Praxis

Der Artikel beschreibt das diagnostische Spektrum und die Delinquenz psychisch kranker Straftäter, die nach § 21/1 StGB in den Maßnahmenvollzug eingewiesen wurden. Die Entwicklung der Einweisungsinzidenzen wird analysiert und verschiedene Ursachen für den deutlichen Anstieg der Prävalenz werden diskutiert. Einige der in der forensischen Psychotherapie angewandten Techniken können durchaus auch bei komorbiden aggressiven Patienten in der Allgemeinpsychiatrie angewandt werden.

Literatur:

1. Fuchs H, Maleczky O. Kodex des österreichischen Rechts. LexisNexis, Wien, 2003.
2. Statistik Austria. Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/.
3. Hiday VA. Understanding the connection between mental illness and violence. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20: 399–417.
4. Luhmann N. Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1997.
5. Stompe T, Strnad A, Ritter K, Fischer-Danzinger D, Letmaier M, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Patterns of socialization in male schizophrenic offenders. *Aus NZ J Psychiatry* 2006; 40: 554–61.
6. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Dangerous or merely difficult? The new

- population of forensic mental hospitals. *Eur Psychiatry* 2009; 24: 365–72.
7. Stompe T, Schanda H. Schizophrenie, Substanzmissbrauch und Delinquenz. In: Haller R, Jehle JM (Hrsg). *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe. Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach, 2009; 117–29.
8. Stompe T. Psychiatrische Störungen bei Haftinsassen. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2010; 11 (2): 20–3.
9. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 716–7.
10. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Psychiatry reforms and criminal behaviour. *Int J Ment Health* 2009; 8: 105–14.

11. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Psychisch Kranke zwischen Psychiatriereform und Justiz: Die Zukunft des österreichischen Maßnahmenvollzugs nach § 21/1 StGB. *Neuropsychiatrie* 2006; 19: 40–9.
12. Geretsegger C. Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2010; 11 (2): 24–7.
13. Sasz T. The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct. Harper & Row, New York, 1961.
14. Foucault M. *Wahnsinn und Gesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1969.
15. Andrews D, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT. Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 1990; 28: 369–404.
16. Stompe T. Risikomanagement in der forensischen Psychiatrie. *Clinicum neuropsy* 2008; 1: 26–8.

17. Müller-Isberner R, Gretenkord L (Hrsg). *Psychiatrische Kriminaltherapie*. Bd. 1. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2002.
18. Wienberg G, Schünemann-Wurmthaler S, Sibum S. Schizophrenie zum Thema machen. PEGASUS-Manual. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2002.
19. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (ITP). 3. Aufl. Psychologie Verlags-Union, München, 1995.
20. Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behaviour change. In: Davidson PO, Davidson SM (eds). *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. Brunner/Mazel, New York, 1980; 410–52.
21. Birklbauer A, Hirtenlehner H, Ott A, Eher R. Daten und Fakten zum österreichischen Maßnahmenvollzug bei zurechnungsunfähigen geistig abnormen Rechtsbrechern. *Neue Kriminalpolitik* 2009; 1: 21–9.

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Stompe

Studium der Medizin, Humanbiologie und Kulturanthropologie an der Universität Wien; Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für psychotherapeutische Medizin. Tätig an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien und in der Justizanstalt Göllersdorf.

Forschungsschwerpunkte: Allgemeine und klinische Psychopathologie, transkulturelle Psychiatrie, forensische Psychiatrie.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)