

Haftentlassung in die Wohnungslosigkeit? Psychisch Kranke zwischen Psychiatriereform und Justiz: Die Zukunft des österreichischen Maßnahmenvollzugs nach § 21/1 StGB

Monika Hochstöger, Justizanstalt Göllersdorf

In den letzten Jahren kam es in Österreich zu einem massiven Anstieg von Inzidenz und Prävalenz zurechnungsunfähiger Straftäter. In allen europäischen Ländern wird eine deutliche Zunahme von Einweisungen schwer psychisch kranker Patienten in forensisch-psychiatrische Spezialabteilungen beschrieben. Die Ursachen werden international diskutiert. Angesprochen werden im Besondern die schrittweise umgesetzten Psychiatriereformen, welche einschneidende Veränderungen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung mit sich brachten. Allerdings beschränkt sich diese Diskussion allzu oft auf die Anschuldigung einzelner Faktoren (Mangel an psychiatrischen Betten, fehlende ambulante Versorgungsmöglichkeiten, geänderte gesetzliche Bestimmungen zur unfreiwilligen stationären Aufnahme bzw. Behandlung), welche jeweils für den Anstieg der forensisch-psychiatrischen Klientel verantwortlich sein sollten. Auch ein allgemeiner Anstieg der Kriminalitätsraten sowie eine sich möglicherweise ändernde Spruchpraxis der Gerichte werden immer wieder genannt.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten ist für die geschilderte Zunahme der Einweisungen nach § 21/1 StGB in Österreich keiner der genannten Faktoren für sich allein verantwortlich zu machen. Trotz Halbierung der Zahl psychiatrischer Betten (zw. 1970 und 1990) ohne nennenswerte Verbesserung der ambulanten Dienste (Ausnahme Wien) blieb die Zahl der Maßnahmepatienten zunächst konstant. Paradoxerweise erfolgte der Anstieg der Einweisungen in den Maßnahmenvollzug erst mit einer deutlichen Verbesserung der komplementären ambulanten Dienste und einer zunehmenden Regionalisierung psychiatrischer Abteilungen. Auch die jährliche Inzidenz von Verurteilungen zu Gefängnisstrafen blieb im angegebenen Zeitraum konstant. Die Ursache für die beschriebene Entwicklung dürfte vielmehr in einer Änderung des Umgangs der Allgemeinpsychiatrie mit einer Risikogruppe schwer kranker psychotischer Patienten mit hohen Raten von komorbidem Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen liegen, aus der sich der überwiegende Teil der Maßnahmepatienten rekrutiert. Die suffiziente Versorgung dieser Risikogruppen wird zunehmend vernachlässigt. Dies könnte das Vorliegen vergleichbarer Probleme in sämtlichen Europäischen Staaten trotz unterschiedlicher psychiatrischer Versorgungssysteme, Bettenschlüssel und Raten unfreiwilliger stationärer Aufnahme erklären.

Derzeit ist nicht absehbar, auf welchem Niveau sich die seit Beginn der 1990er Jahre stetig ansteigende Kurve der Prävalenz zurechnungsunfähiger Straftäter stabilisieren wird. In diesem Zusammenhang ist zu überlegen, dass die Psychiatriereform in Österreich noch nicht abgeschlossen ist. Die Zahl der verfügbaren Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern wird noch weiter sinken, in Einzelfällen ist auch die komplette Schließung vorgesehen. Die stationäre Versorgung wird noch mehr in kleinere psychiatrische Abteilungen regionaler Schwerpunktkrankenhäuser verlagert werden. Analog zur internationalen Entwicklung weisen Untersuchungen aus Österreich nach, dass sich die Klientel solcher kleiner regionaler psychiatrischer Abteilungen von den psychiatrischen Großkrankenhäusern unterscheidet. Erstere werden deutlich weniger zur Versorgung einer schwer und chronisch kranken, mehrfach behinderten Risikoklientel genutzt, aus der sich der überwiegende Teil der Maßnahmepatienten rekrutiert.

Zwar befindet sich Österreich in einer relativ günstigen Situation: Die Kriminalitätsraten sind relativ niedrig, ebenso die Raten von Substanzmissbrauch (Alkohol ausgenommen), die medizinische Versorgung ist flächendeckend, die Versicherungssituation der österreichischen Bevölkerung im Vergleich zu der mancher anderer Länder besser. Als problematisch erweist sich jedoch der Umstand, dass seit 1975 das Justizressort die

alleinige administrative und vor allem auch finanzielle Verantwortung für zurechnungsunfähige psychisch kranke Straftäter trägt. Dies bestärkt viele in der Allgemeinpsychiatrie Tätige in der Meinung, dass mit Aggression oder Gewalttätigkeit zusammenhängende Probleme psychisch Kranker ausschließlich ein Problem der Justizbehörden und nicht der Gesundheitsversorgung sind.

Auch zeigen Länder und Sozialversicherungsträger in den letzten Jahren eine zunehmende Tendenz, sich ihrer (finanziellen) Verantwortung für versicherte Patienten auch nach deren Entlassung aus dem Maßnahmenvollzug zu entziehen – dies üblicherweise mit dem Hinweis, dass die Entlassung schließlich nur bedingt und unter (medizinischen und sozialtherapeutischen) Auflagen erfolge, weshalb alle dafür erforderlichen Aufwendungen in die Verantwortlichkeit des Justizressorts fielen. Die Folge ist, dass diese in zunehmendem Maße auch für die Behandlungskosten nach erfolgter Entlassung aufkommen muss, darüber hinaus aber auch, dass Patienten trotz günstiger Prognose aufgrund des Mangels an Nachsorgeeinrichtung bzw. aufgrund der Weigerung existierender Einrichtungen, eine forensisch-psychiatrische Klientel zu betreuen, nicht entlassen werden können. Darüber hinaus zeigt die jüngste Erfahrung, dass seit 2002 von den Ländern bzw. Sozialversicherungsträgern bereits bei der Finanzierung der Behandlung von bedingt eingewiesenen Personen vermehrt auf die Zuständigkeit des Justizressorts verwiesen wird.

Erfordernisse: Der steigenden Prävalenz zurechnungsunfähiger Straftäter kann nicht ausschließlich mit der Bereitstellung zusätzlicher Einrichtungen begegnet werden. Erforderlich sind vielmehr die Inzidenz steuernde qualitative Verbesserungen innerhalb des Maßnahmenvollzugs, vor allem aber Eingriffe an den beiden Schnittstellen zwischen Allgemeinpsychiatrie und Forensischer Psychiatrie, Einweisung und Entlassung.

Der Anstieg der Zahl forensischer Patienten ist ein international zu beobachtendes Phänomen und als Konsequenz allgemeiner gesellschaftlicher Veränderungen zu verstehen. Gesetzliche Vorgaben allein können wohl nur beschränkt wirksam werden, da sie erfahrungsgemäß nicht automatisch eine grundsätzliche Änderung der Einstellung bewirken. Rechtliche Einflussmöglichkeiten ergäben sich allenfalls im Rahmen des Unterbringungs- bzw. Sachwalterrechts. Erforderlich wäre aber vor allem eine Änderung der Haltung der in der Allgemeinpsychiatrie Tätigen gegenüber den mehrfach zitierten Risikopatienten, die eindeutig – nicht nur in Österreich – zu den „Verlierern“ der Psychiatriereform zählen.

Verkürzung der Behandlungsdauer im Maßnahmenvollzug: Die aufgrund der Entwicklung der Jahre 1990 bis 2003 zu erwartenden Entlassungszahlen sind ein Hinweis auf die zunehmenden Probleme im Maßnahmenvollzug, aber auch auf die langsam schwieriger werdende Klientel – letzteres ebenfalls eine im Ausland bereits seit längerem bekannte Erfahrung.

Die Antwort auf diese Situation wäre die adäquate Ausstattung vorhandener, mit einigem Vorbehalt auch die Neuschaffung (personell ausreichend dotierter!) justizeigener Einrichtungen. Die Justizverwaltung wäre schlecht beraten, auf die steigende Prävalenz ausschließlich mit der Bereitstellung „billiger“ Betten zu reagieren. Durch die zwangsläufig damit verbundene Verlängerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ist durch solche Maßnahmen keine dauerhafte Entspannung der Lage zu erwarten. Längerfristig ist eine enge Kooperation von Justiz und Gesundheitsbehörden zur suffizienten Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten anzustreben.

Nachbetreuungseinrichtungen:

Eine weitere Ursache für den Umstand, dass die steigende Prävalenz nicht durch vermehrte Entlassungen kompensiert werden kann, ist der Mangel an geeigneten Nachsorgeeinrichtungen. Ohne diese kommt es zwangsläufig zu Verzögerungen bei den Entlassungen. Analog zu den Defiziten im Bereich der Allgemeinpsychiatrie existieren zu wenig regionale Institutionen zur längerfristigen stationären bzw. teilstationären Behandlung

nach der Entlassung, welche die speziellen Defizite und Bedürfnisse von Maßnahmepatienten entsprechend berücksichtigen. Auch hier stellt sich natürlich wiederum die Frage nach der Zuständigkeit bzw. der finanziellen Verantwortlichkeit.

(Quelle: Neuropsychiatrie, Band 20, Nr. 1/2006, S. 45 - 46 - Hans Schanda, Thomas Stompe und Gerhard Ortwein-Swoboda)

Der österreichische Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 StGB

Kurzfassung: In den vergangenen 20 Jahren war ein rasanter Anstieg der Prävalenz psychisch kranker Straftäter zu verzeichnen, die nach im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit begangenen Delikte 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 Wandel 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.

Entwicklungstrends im Maßnahmenvollzug nach § 21/1 StGB

Es 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 Maßnahmepatienten.

Aus diesen beiden Effekten (Anstieg der Einweisungsinzidenz, Entlassungsinzidenz niedriger als Einweisungsinzidenz) resultiert ein deutlicher Anstieg der Prävalenz. Während die jährlich 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.

Bis zum Beginn der 1990er-Jahre konnten bis zu $\frac{3}{4}$ 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 Untergebrachten, die in den Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 StGB eingewiesen werden. 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 Insassen verteilen sich auf andere justizeigene Einrichtungen, sowie auf die forensischen Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser in den Bundesländern.

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

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 Sexualdelikten sowie Brandstiftung von 1990-2007 relativ stabil blieb, stieg die Inzidenz der Einweisungen wegen gefährlicher Drohung und Nötigung kontinuierlich an.

Erklärungshypothesen für die Veränderung in den vergangenen 20 Jahren

Vorausgeschickt werden muss, dass Kriminalität durch verschiedene Faktoren bedingt ist. 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.

Zusammengefasst:

Gesamtgesellschaftliche Ursachen

Auflösung traditioneller Strukturen (der sog. Kernfamilie)
Veränderung des Schulsystems
Erhöhung der Scheidungsrate (zerbrochene Familien)
Erhöhung des Ausländeranteils (jedoch beim Maßnahmenvollzug unerheblich)
Konsum von Alkohol und illegalen Drogen – Anstieg korreliert mit wachsender
Gewaltkriminalität

Kriminalisierung der Gesellschaft

Realer Anstieg der Delinquenz (Anstieg nicht eindeutig interpretierbar)
Veränderung des Anzeigeverhaltens der Bevölkerung
Stärkster Anstieg bei den verhältnismäßig leichten Delikten zu verzeichnen (gefährlicher
Drohung, Nötigung und Widerstand gegen die Staatsgewalt)

↳ 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 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 psychischen Kranken Anzeige erstattet wird.

Psychiatriepolitische Ursachen

Inkrafttreten des neuen Unterbringungsgesetzes im Jahre 1991 (Regelung der unfreiwilligen Aufnahme von aggressiven fremdgefährlichen Kranken)
Einführung der leistungsbezogenen Krankenhausfinanzierung im Jahre 1997 (Reglementierung, welche die stationäre Langzeitbehandlung von schizophrenen Patienten erheblich erschwerte.

↳ Gerade für schwierige Patienten wurden die Aufnahmedauern kürzer, die Aufnahmen häufiger „Drehtürpsychiatrie“.
Eine Einrichtung mit 50 stationären Betten für die Langzeitbetreuung von Patienten mit

Schizophrenie wurde 1995 aus finanziellen Gründen geschlossen. 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 landeten daher in der Obdachlosigkeit oder auch in der forensischen Psychiatrie.

(Quelle: Thomas Stompe, Hans Schanda aus „Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2010; 11 (2))

Anforderungsprofil an mögliche Nachsorgeeinrichtungen für forensisch-psychiatrische Patienten

Der österreichische Strafvollzug ist schon seit geraumer Zeit mit dem Problem konfrontiert, dass für Untergebrachte nach § 21 Abs. 1 und § 21 Abs. 2 StGB eine begrenzte Anzahl an Nachbetreuungseinrichtungen vorhanden ist – sowohl im Gesamten als auch für die speziellen Bedürfnisse. Einem im Wesentlichen gleichbleibenden Angebot an Nachbetreuungseinrichtungen steht ein seit Jahren stetig steigender Bedarf gegenüber.

Der Notwendigkeit einer konsequenten Nachbetreuung von geistig abnormen Rechtsbrechern im Sinne des vorrangigen Ziels der Rückfallprävention, durch die richterliche Weisung zum Aufenthalt kann in vielen Fällen nicht mehr entsprochen werden. Der österreichische Strafvollzug ist mit einer über die Jahre messbar steigenden Zahl an Einweisungen einerseits und einem in Relation deutlich zunehmend reduzierten Nachbetreuungsangebot andererseits konfrontiert.

Die für diesen Bereich vorhandenen Nachbetreuungseinrichtungen decken lediglich einen geringen Prozentsatz des tatsächlichen Bedarfs. Dieser Umstand ergibt sich zum einen aus einem quantitativen Mangel, zum anderen aus einem Mangel an adäquater Unterbringungseinrichtung für Patienten mit erhöhtem Betreuungsbedarf.

Mit den bestehenden Versorgungsmöglichkeiten, in mehreren Quellen umfangreich dokumentiert, wird bei weitem nicht mehr das Auslangen gefunden. Die unermüdlichen Bemühungen der Sozialen Dienste der Justizanstalten, weitere Nachbetreuungseinrichtungen zu akquirieren, sind zumeist nicht von Erfolg gekrönt. Die Bereitschaft, forensisch-psychiatrische Patienten stationär nach einer bedingten Entlassung zu übernehmen, ist äußerst gering.

Die aktuellen Entwicklungen haben zusätzlich gezeigt, dass die Finanzierung des Maßnahmenvollzugs in Österreich zunehmend zum Kostenproblem für die öffentliche Hand wird. Die Finanzierung der stationären Betreuung der forensischen Psychiatriepatienten in psychiatrischen Krankenanstalten scheint nahezu unleistbar, die Unterbringungskapazitäten der zuständigen Sonderanstalten sind erschöpft, die erforderlichen Personalressourcen und Planstellen sind nicht vorhanden.

Hinsichtlich der gerichtlich angeordneten Auflagen zum Zeitpunkt der bedingten Entlassungen hat eine Erhebung gezeigt, dass in Beschlüssen zur bedingten Entlassung aus der Maßnahme nach § 21 Abs. 1 StGB zu 100 % die Weisung bezüglich des Aufenthalts an einem bestimmten Ort (siehe § 51 Abs. 2 StGB) erteilt wird.

Um die in der vorbeugenden Maßnahme Angehaltenen auf ein Leben in Freiheit vorzubereiten, erfolgen im Sinne des § 166 Zb StVG üblicherweise Unterbrechungen der Unterbringung. Sie werden für diese Dauer zum Teil in ihrer Familie, jedoch vorrangig in geeigneten Nachsorgeeinrichtungen untergebracht. Um einen erfolgreichen Resozialisierungsprozess einzuleiten, ein notwendiges und zweckmäßiges Erproben in

Freiheit sicher zu stellen und in Folge dem Vollzugsgericht einen Aufenthaltsort für den betroffenen Patienten im Rahmen einer positiven Eingabe vorzuschlagen, bedarf es einer geeigneten Auswahl von adäquaten Nachsorgeeinrichtungen. Die Folge ist, dass es zu keiner bedingten Entlassung kommt, obwohl unter Umständen die spezifische Gefährlichkeit bereits abgebaut ist.

Anzumerken ist, dass zwischen der nach § 21 Abs. 1 und der nach Abs. 2 StGB Angehaltenen ein deutlicher Unterschied besteht. Die Möglichkeit, nach § 21 Abs. 2 StGB Untergebrachte in ihr soziales Umfeld rückzuführen und in den Gesellschaftsprozess einzugliedern, ist gegenüber den Untergebrachten nach § 21 Abs. 1 StGB deutlich erhöht. In nahezu 100 % der Fälle nach § 21 Abs. 1 StGB bedarf es eines professionellen sozialen Empfangsraumes.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass Einrichtungen aus öffentlicher und privater Hand, wenngleich in geringer Zahl, Bereitschaft zeigen, Patienten aus der Forensischen Psychiatrie zu übernehmen. In einigen wenigen Fällen funktioniert diese Kooperation seit geraumer Zeit sehr gut. Da die Strukturen und Konzepte dieser Einrichtungen jedoch nicht in allen Fällen als passend erscheinen, möchte ich im Namen des Sozialen Dienstes aufzählen, welche **Anforderungsvoraussetzungen** Einrichtungen haben müssen, damit eine flächendeckende Versorgung gewährleistet ist und somit auch eine Entlastung des Maßnahmenvollzuges sichergestellt werden kann.

- Im Bundesland Wien steht lediglich die Kooperation mit dem Verein WOBES, Verein zur Wohnraumbeschaffung zur Verfügung. Die Strukturierung und das Konzept dieser betreuten Wohnform sind nur für einen eingeschränkten Patientenanteil passend. Der PSD Wien, der größte Anbieter von Betreuung und Versorgung für psychiatrische Patienten in Wien, lehnt die Übernahme von forensischen Patienten kategorisch ab. In Wien, dem wichtigsten Raum für eine Nachsorge, herrscht somit eine eklatante Unterversorgung
- Auf Grund des Rückgangs der bedingten Entlassungen und der zunehmenden Schwere der psychiatrischen Erkrankungen ist zu beobachten, dass das Durchschnittsalter der Population der Sonderanstalten, insbesondere der Justizanstalt Göllersdorf, immer höher wird. Der Bedarf an geriatrischen Unterbringungsformen mit entsprechender Ausgestaltung wird zunehmend größer.
- Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere nach langer Unterbringung, bedürfen kleinerer Wohneinheiten mit umfangreicher Betreuung und Unterstützung in der Bewältigung ihrer alltäglichen Lebensanforderungen. Dazu kommt, bedingt durch die angesprochene Beeinträchtigung, zumeist das Bedürfnis nach Rückzugsmöglichkeiten und nach überschaubaren sozialen Gruppen. Auch an diesen Einrichtungen gibt es so gut wie kein Angebot.
- Der Gesetzgeber hat am Ende einer Anhaltung in einer vorbeugenden Maßnahme zur Erprobung und zum Wiedereinfließen in das Leben in Freiheit die Möglichkeit vorgesehen, die Unterbringung bis zu 30 Tagen zu unterbrechen und in einer nachfolgenden Einrichtung Aufenthalt zu nehmen. Dieses durchaus sinnvolle Institut stellt allerdings Nachsorgeeinrichtungen vor hohe Anforderungen. In der Regel fällt es schwer und ist im Sinne der Kostendeckung kaum möglich, Betten für die Dauer der Absenz der betroffenen Patienten frei zu halten. Die Justizanstalt Göllersdorf wiederum kann aus verständlichen Gründen nur den Tagsatz für die tatsächlich absolvierten Tage der Unterbringung bezahlen. Es bedarf also Einrichtungen, die hinsichtlich dieser Anforderung große Flexibilität zeigen können.

- Bei einem Großteil, der nach § 21 Abs. 1 StGB in einer vorbeugenden Maßnahme Untergebrachten, spielt die medikamentöse Therapie zur Stabilisierung eine zentrale Rolle. Das Erarbeiten von Krankheitseinsicht und medikamentöser Compliance hat im Maßnahmenvollzug zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags große Bedeutung. Um dem gerecht zu werden, bedarf es in den Nachbetreuungseinrichtungen einer umfassenden Kooperation, die nicht zuletzt in der Überwachung der Medikamenteneinnahme zum Ausdruck kommen muss. Dazu kommt das Wissen um die Notwendigkeit der Einhaltung der gerichtlich angeordneten Auflagen und die Akzeptanz des Erfordernisses dieselbe zu kontrollieren und bei Zuwiderhandeln gegebenenfalls entsprechende Schritte einzuleiten.
- Bei vielen Patienten aus dem Maßnahmenvollzug liegen aufgrund der Grunderkrankung und der langen Anhaltedauer oft Defizite in der Bewältigung des Lebensalltags vor. Nachbetreuungseinrichtungen müssen somit Unterstützung bei täglichen Aktivitäten und Hilfe bei einer auf den Patienten abgestimmten Tagesstrukturierung anbieten.
- Wie schon erwähnt, stellt die Betreuung von Patienten aus der Forensischen Psychiatrie hohe Anforderungen an Nachbetreuungseinrichtungen. Das impliziert, dass neben Psychiatern und Allgemeinmedizinern auch Krankenpflegepersonal, therapeutische Mitarbeiter, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Freizeitbetreuer zur Verfügung stehen sollten. Zum Teil besteht sicher die Möglichkeit, Professionisten aus externen Institutionen zuzuziehen. Weiters bedarf es auch einer durchgehenden Betreuung, was eine 24-stündige Anwesenheit von Personal erfordert.
- Es handelt sich zur Zeit durchaus um ein eher marginales Problem, dass im Maßnahmenvollzug Personen vorzufinden sind, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind, um sie bei vorhandenen Nachbetreuungseinrichtungen vorzustellen. Obwohl in den Justizanstalten im Problembewusstsein dieses Umstandes Kurse in Deutsch als Fremdsprache angeboten werden, kann zumeist auf Grund der krankheitsbedingten Beeinträchtigung der mnestischen Funktionen der betroffenen Untergebrachten kaum Abhilfe geschaffen werden. Da wir davon ausgehen, dass dieses Problem in Zukunft zunehmen wird, ist es uns ein Anliegen, an dieser Stelle zu bedenken zu geben, dass Nachbetreuungseinrichtungen für forensische Patienten mit geringen Deutschkenntnissen zur Gänze fehlen.
- Die Praxis hat uns gezeigt, dass viele Nachsorgeeinrichtungen eine Pflegestufe ua. als Kriterium für eine eventuelle Aufnahme voraussetzen, zumeist handelt es sich hierbei um die Pflegestufe 3. Die wenigsten unserer Patienten erfüllen diese Voraussetzungen, da es sehr schwierig ist bzw. immer schwieriger wird, aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung eine höhere Pflegestufe zu erhalten.
- Die Arbeit mit einer forensisch-psychiatrischen Klientel erfordert ein hohes Maß an Verständnis und Frustrationstoleranz. Gerade Sexualdelikte, Körperverletzungsdelikte und Tötungsdelikte wirkten immer wieder sehr abschreckend auf das Personal von Nachsorgeeinrichtungen. Mehrfach war das Anlassdelikt ausschlaggebend dafür, dass nicht einmal eine Vorstellung des betroffenen Patienten in dieser betroffenen Nachsorgeeinrichtung erreicht werden konnte. Patienten, die dieser Deliktgruppe angehören, haben geringere Chancen, als jene, die aufgrund von „harmloseren“ Delikten in die Maßnahme eingewiesen wurden.

(Quelle: Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Raus aus der Forensischen Psychiatrie“ von Dezember 2007 bis Mai 2008, verfasst von DSA Petra Hillebrand-Wiesinger)

Finanzierung

§ 179a StVG

Ärztliche Nachbetreuung

§ 179a. (1) Einem Rechtsbrecher, der bedingt entlassen wird, kann die Weisung, sich weiterhin einer Entwöhnungsbehandlung, einer psychotherapeutischen oder einer medizinischen Behandlung zu unterziehen (§ 51 Abs. 3 StGB) oder in einer sozialtherapeutischen Wohneinrichtung Aufenthalt zu nehmen (§ 51 Abs. 2 StGB), auch mit der Maßgabe erteilt werden, dass die Behandlung oder die sozialtherapeutische Betreuung für den Verurteilten unentgeltlich durch eine Forensische Ambulanz, durch eine sozialtherapeutische Wohneinrichtung, durch einen Psychotherapeuten oder durch einen Arzt durchgeführt wird, die oder der sich zur Durchführung solcher Behandlungen und Betreuungen dem Bundesministerium für Justiz gegenüber verpflichtet hat. Die Durchführung einer solchen Behandlung oder Betreuung schließt erforderlichenfalls unbeschadet des § 3 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. Nr. 169 (Anm.: richtig: BGBl. I Nr. 169), ihre Unterstützung durch andere hierfür geeignete Personen ein, die sich hiezu in gleicher Weise verpflichtet haben.

(2) Ist einem bedingt Entlassenen sonst die Weisung erteilt worden, sich einer Entwöhnungsbehandlung, einer psychotherapeutischen oder einer medizinischen Behandlung zu unterziehen oder in einer sozialtherapeutischen Wohneinrichtung Aufenthalt zu nehmen, hat der Verurteilte nicht Anspruch auf entsprechende Leistungen aus einer Krankenversicherung und würde durch die Verpflichtung zur Zahlung der Behandlungskosten sein Fortkommen erschwert, so hat die Kosten der Behandlung oder des Aufenthaltes ganz oder teilweise der Bund zu übernehmen. Der Höhe nach übernimmt der Bund die Kosten jedoch grundsätzlich nur bis zu dem Ausmaß, in dem die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter für die Kosten aufkommen könnte, wenn der Entlassene in der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert wäre; einen Behandlungsbeitrag (§ 63 Abs. 4 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, [BGBl. Nr. 200/1967](#)) hat der Rechtsbrecher nicht zu erbringen. Die Entscheidung über die Übernahme der Kosten steht dem für die Erteilung der Weisung zuständigen Gericht zu und soll nach Möglichkeit zumindest dem Grunde nach bereits bei der Entscheidung über die bedingte Entlassung in geeigneter Form berücksichtigt werden.

(3) Der Bundesminister für Justiz kann mit gemeinnützigen therapeutischen Einrichtungen oder Vereinigungen über die Höhe der nach Abs. 2 vom Bund zu übernehmenden Kosten Verträge nach bürgerlichem Recht abschließen. Die Vereinbarung von verbindlichen Pauschalbeträgen ist zulässig. Der Bundesminister für Justiz kann die Grundsätze der Pauschalierung mit Verordnung festlegen. Dabei ist insbesondere das Betreuungsangebot der gemeinnützigen therapeutischen Einrichtung oder Vereinigung zu berücksichtigen.