

Maßnahmenvollzug Stellungnahme zur Ist-Situation und Prävention

1. Einleitung

Das Ziel des österreichischen Strafvollzugs ist unter anderem die Resozialisierung. Für Menschen, die auf Grund einer psychischen, psychosozialen oder psychiatrischen Beeinträchtigung keine Einsicht in ihre Straftat haben, ist eine Maßnahme mit therapeutischem Schwerpunkt – im Sinne einer psychosozialen Intervention – vorgesehen. Für jene, die ihr Unrecht einsehen können, ist eine Strafe in Kombination mit einer Therapie vorgesehen. Der Therapiecharakter muss für jene, die ihr Unrecht nicht einsehen können, Hauptanliegen, für jene, die ihr Unrecht einsehen können, ein Schwerpunkt sein.

Der Umgang mit StraftäterInnen, die psychische, psychosoziale und psychiatrische Beeinträchtigungen haben, war im Gefolge der großen Strafrechtsreform 1975 von einem sozialtherapeutischen und flexiblen Zugang geprägt, die Zahl der angehaltenen Menschen war weit unter 100 Personen. Im Jahr 2014 sind es weit mehr als 800 Personen,¹ die im so genannten Maßnahmenvollzug angehalten werden. Dazwischen liegt insbesondere der Fall von Karl-Otto Haas, der während seiner Entlassungsphase auf Freigang einen Mord beging. Obwohl Herr Haas nicht im Maßnahmenvollzug untergebracht war, verschlechterten sich die Bedingungen dort dramatisch.² Auf die Empfehlungen einer Kommission, die nach dem Vorfall

¹ Siehe zu den Entwicklungen insb. Stangl/Neumann/Leonhardmair, Wege zur Reduktion der Einweisungen zurechnungsunfähiger Rechtsbrecher in den Maßnahmenvollzug, Institut für Rechts- & Kriminalsoziologie.

² Sämtliche Zitate, so nicht anders ausgewiesen, sind in Gesprächen in den Justizanstalten Stein, Karlau, Mittersteig, Göllersdorf, dem Forensischen Zentrum Asten und der Forensik in Mauer-Öhling mit Einverständnis der SelbstvertreterInnen notiert worden. Von einem individuellen Nachweis wird bewusst Abstand genommen. Der Ausschuss bedauert, dass einige der Vorwürfe aus Schutz vor Viktimisierung nicht thematisiert werden können; dafür ist die Zahl der Interviewten zu klein.

„Am Mittersteig hast früher das Gefühl gehabt, die wollen Dir helfen; es wurde auf Kleinigkeiten eingegangen, die nicht so wichtig sind, aber dann doch.“ „Es hat [Mittersteig-]Pläne gegeben, das war für alle gleich.“ „Wenn man das [Plan am Mittersteig] erreicht hat, wurde man entlassen.“ „Man wurde gefragt [Mittersteig], es wurde erklärt und es war nachvollziehbar.“ „Die direkten Nachbarn [am Mittersteig] haben nicht gewusst, dass da ein Häf'n ist.“ „1993 hat Karl Otto Haas als Normalgefangener den Mord begangen, dann war 1994 der Stockreiter, 1995 die Geiselnahme in der Karlau – seither hat sich alles geändert. In den 90ern waren ja 20 Personen nach § 21, die waren als einzige in Zivilkleidung und hatten auch Therapie...“ „1989 wollten 99 von 100 auf den Mittersteig

eingesetzt wurde, insbesondere auf deren Teilumsetzung, wird noch einzugehen sein. Nicht zuletzt ein Bericht des Rechnungshofs 2010³ hat die Diskussion über eine Reform des Maßnahmenvollzugs in den letzten Jahren angetrieben. Die Verwahrlosung eines in der Justizanstalt Stein in einer Maßnahme untergebrachten Menschen, die im Mai 2014 publik wurde,⁴ veranlasste Justizminister Prof. Dr. Wolfgang Brandstetter, eine Arbeitsgruppe einzusetzen. Wie einer Parlamentarischen Anfragebeantwortung⁵ zu entnehmen ist, wurde der Monitoringausschuss in diese Arbeitsgruppe eingeladen.⁶ Der Ausschuss hat in diesem Rahmen eine Punktation, die dieser Stellungnahme als ANNEX beigefügt ist, erarbeitet.

Gemäß seiner Verpflichtung (Art. 33 Abs. 3) hat der Ausschuss mit einigen SelbstvertreterInnen – in den Justizanstalten Göllersdorf, Mittersteig, Karlau, Stein, dem Forensischen Zentrum Asten und der forensischen Abteilung des Landeskrankenhauses Mauer-Öhling im November und Dezember 2014 – gesprochen.⁷ Die vorliegende Stellungnahme gibt den Einsichten und Erfahrungen von SelbstvertreterInnen Raum, die de facto keine Möglichkeit haben, an der Diskussion über ihre Anhaltung teilzuhaben – ein Faktum, das der Ausschuss auf Grund der klaren Verpflichtungen gem. Art. 4 Abs. 3 für hochproblematisch hält. Weiters soll aufgezeigt werden, in welchem weiteren Kontext der Umgang mit Menschen mit psychischen, psycho-sozialen und psychiatrischen Beeinträchtigungen aus der Perspektive unzureichender Inklusion und – vor allem sozialer – Barrierefreiheit steht. Schließlich soll die von Minister Prof. Dr. Brandstetter mehrfach betonte Konformität mit internationalen Verpflichtungen – neben der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), den Mindestnormen der Vereinten Nationen für die Behandlung Straffälliger (SMR)⁸ und den Anti-Folter-Bestimmungen der Vereinten Nationen (CAT)⁹ und des Europarates (CPT)¹⁰ eben auch die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen¹¹ – aus dem Blickwinkel derselben herausgearbeitet werden.

Der Ausschuss weiß das Engagement der MitarbeiterInnen in den Justizanstalten, therapeutischen Einrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen, forensischen Abteilungen und anderen Einrichtungen zu schätzen. Ungeachtet dieses Engagements wirken im

wegen der Betreuung.“ „Nur weil du Therapie machen wolltest, warst schon entlassungswürdig.“ „Der Fall Haas hat den Strafvollzug um 20 Jahre zurückgeschmissen.“

³ Bericht des Rechnungshofes – Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher 2010.

⁴ Siehe Stadtzeitung Falter Nr. 21/14.

⁵ Siehe parlamentarische Anfragebeantwortung 2177/AB vom 7. Oktober 2014.

⁶ Siehe zum Begriff der „Behinderungen“ und seiner weiten Fassung: Punktation (Annex).

⁷ Der Ausschuss dankt den MitarbeiterInnen in den Einrichtungen für deren Unterstützung. Der Ausschuss anerkennt ausdrücklich die Zuständigkeit der Volksanwaltschaft und ihrer Kommissionen im Rahmen von Art. 16 Abs. 3 Konvention. Weiters betont der Ausschuss, dass mit den gegebenen Ressourcen des Gremiums eine eingehendere Befragung von SelbstvertreterInnen leider nicht möglich war.

⁸ Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners.

⁹ Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>.

¹⁰ European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/126.htm>.

¹¹ Vgl. BGBl. III 155/2008.

System des Maßnahmenvollzugs Kräfte zusammen, die zu struktureller Gewalt beitragen.¹²

Der Ausschuss ist sich der Notwendigkeit, die Opfer der Gewalt von Menschen, die in einer Maßnahme angehalten werden, entsprechend zu schützen. Selbstverständlich hat der Opferschutz Priorität zu haben. Aus Sicht des Ausschusses ist es möglich, dem Opferschutz im Rahmen der Resozialisierung gerecht zu werden ohne die beiden gegeneinander auszuspielen. Die folgenden Ausführungen sind dazu angetan, den Opferschutz zu stärken, auch im Sinne der Prävention.

2. Problemfelder

Perspektivenlosigkeit

„Das ist unwürdig. Unerträglich“, ist eine der vielen Beschreibungen des Maßnahmenvollzugs. Für jene, die statt Strafe Therapie machen sollen, aber vor allem jene, deren Strafe bereits seit Jahren – in manchen Fällen: Jahrzehnten – getilgt ist, stellt sich die Frage: „Wie komme ich dazu, mit Häftlingen zusammen zu sein?“, und die Feststellung: „Ich bin Patient, kein Strafgefangener.“ Eine „Anhaltung über das Strafmaß hinaus: das geht nicht.“ Und: „Du hast hier weniger Rechte als ein Strafgefangener“, sowie: „Es steht Therapiezentrum drauf, aber es ist ein Gefängnis.“

Sehr viele der angehaltenen Menschen haben keine Perspektive mehr: „Das ist eine komplette Garantie, dass nix mehr passiert.“ „Man hängt in der Luft.“ „Das ist hier 100%ige Hoffnungslosigkeit.“ Die Perspektivenlosigkeit spiegelt sich bei Dritten: „Man sieht nichts weitergehen, auch nicht bei Anderen“, und erstreckt sich auf das System, dem eine Änderung nicht zugetraut wird: „Das Problem ist denen über den Kopf gewachsen; dass sie es nicht lösen, kostet Menschen Lebenszeit.“ „Das System ist so krank, ein bisschen ändern wird nicht mehr helfen“, konstatiert ein Selbstvertreter und stellt mit Blick auf die Rigidität des Maßnahmenvollzugs fest: „Das ist ein Staat im Staat.“ Oder: „Das ist ein eigenes Territorium in der Justiz.“ Im Ergebnis ist es für die meisten „psychische und seelische Folter mit jahrelanger scheinheiliger Begründung“. Ein anderer Selbstvertreter fragt: „Wie kann es sein, dass in einer Demokratie eine Minderheit völlig hilflos und wehrlos einem System, gekennzeichnet von wissenschaftlichem Missbrauch, ausgeliefert wird?“

Eine interne Untersuchung weist mehr als acht Fremdsprachen unter den angehaltenen Menschen aus; das Therapieangebot ist ausschließlich auf Deutsch.

Besorgniserregend ist die hohe Zahl der Menschen, die ohne Aufenthaltstitel in der Maßnahme angehalten werden. Die Gefahr eines Aufgreifens durch die Polizei und eine Rückschiebung in das Ursprungsland ist zu groß. Neben einer Rückkehr in die Umgebung, die in den überwiegenden Fällen wohl indirekte Ursache für die Straftat ist, ist auch die adäquate Betreuung in den meisten Ländern nicht gewährleistet.

Was ist einweisungsrelevant?

„De facto“, meint ein Selbstvertreter „sind ja alle Menschen außer der Norm, alle gehören in die Maßnahme.“ Tatsächlich werden viele Menschen wegen Drohungen eingewiesen, die in einem anderen Kontext als sogenannte „milieubedingte

¹² Siehe zu struktureller Gewalt insb. Stellungnahme des Ausschusses zu Gewalt und Missbrauch; <http://monitoringausschuss.at/stellungnahmen/gewalt-und-missbrauch-24-02-2011/>.

Unmutsäußerung“ ohne Konsequenz bleibt. Auffällig ist die große Zahl der Einweisungen infolge einer Drohung gegen öffentliche Funktionsträger.¹³

Auch ist „schlechtes Benehmen“ nicht per se psychiatrisch. Auffälligkeiten in Reaktion auf traumatische Erfahrungen oder eine drastische Umgebungsänderung bzw. Wechsel der Bezugsperson sollten nicht einweisungsrelevant sein. Fakt ist, dass die Zahl jener Menschen, die aus diesen Gründen eingewiesen wird, stetig steigt.

„Gefährlichkeit“

„Seit wann kann die Seele abartig sein?“ fragt ein Selbstvertreter mit Blick auf die Begrifflichkeit der strafrechtlichen Regelung des § 21 StGB.¹⁴ In der Praxis ist es die „Gefährlichkeit“, die für die Anhaltung entscheidend ist: „Die Gefährlichkeit? Wird scheinheilig begründet.“ Angehaltene Menschen werden mit der Anmerkung „Sie sind zu gefährlich“, von Lockerungsmaßnahmen ausgeschlossen und für unbestimmte Zeit angehalten. Viele erleben das auch als eine bequeme Lösung: „Es ist halt einfacher, ‚gefährlich‘ zu sein, als mir zu helfen.“ Der Eindruck, dass mit der „Gefährlichkeit“ wenig bis kein Umgang gefunden wird, ist schwer zu widerlegen: „Die sagen ich bin gefährlich, aber sie tun nix für mich.“

Die vermeintliche Gefährlichkeit wird über die „Abartigkeit“ („Abnormalität“) aus einer statistischen Rückfallswahrscheinlichkeit abgeleitet. Notwendig wäre – im Zusammenspiel mit anderen, auch ICF¹⁵ basierten Kriterien – die Ergründung der individuellen „Störung“, die spezifisch die vermeintliche Gefährlichkeit erhöht. Beachtlich ist auch, dass Tests und Skalen zur Beurteilung herangezogen werden, die für andere kulturelle Kontexte entwickelt wurden und daher für Österreich nicht adäquat sind.

Die Betonung der vermeintlichen Gefährlichkeit ist menschenrechtlich problematisch, insbesondere da das Stigma, das mit diesem Etikett entsteht, viele Handlungen – aber auch Unterlassungen – rund um Menschen im Maßnahmenvollzug nach sich zieht. Aus Sicht der Konvention ist der Fokus auf die vermeintliche Gefährlichkeit mit dem Verbot von Diskriminierung (Art. 2) nicht in Einklang zu bringen; auch ist die Anhaltung einzig auf Grund der Beeinträchtigung nicht konventionskonform (Art. 14).

„Ich hab eine Störung, aber ich kann denken.“ Andere Aspekte, insbesondere die Ressourcen¹⁶ müssen eine äquivalente Rolle spielen. Einer der Erlässe¹⁷ zu Lockerungsmaßnahmen sieht diese Gewichtung vor, in der Bewertung der Einweisung und im Alltag scheint das noch nicht angekommen zu sein: „Alles was für mich positiv gewesen wäre, ist bei Gericht nicht erwähnt worden.“ „Man lernt dazu, auch durch Rückschritte, aber das wird hier nicht gesehen.“ Oder auch: „Die

¹³ Siehe Stangl/Neumann/Leonhardmair, Wege zur Reduktion der Einweisungen zurechnungs-unfähiger Rechtsbrecher in den Maßnahmenvollzug, IRKS 21.

¹⁴ BGBl. Nr. 60/1974 idFd BGBl. I Nr. 111/2010; Abs. 2 spricht u.A. von „geistig abnorm“ und „geistiger und seelischer Abartigkeit“. Siehe dazu auch die Punktation des Ausschusses: Die Tatsache, dass Menschen mit den Zahlen korrespondierender strafgesetzlicher Bestimmungen „benannt“ werden – „die 21er“ – scheint symptomatisch für die Sicht eines „Systems“ auf die darin angehaltenen Menschen.

¹⁵ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

¹⁶ Siehe dazu auch die Ausführungen in der Punktation Annex S 2.

¹⁷ Erlass Zl. BMJ-VD52231/0011-VD2/2008.

Vorstrafen wissen sie ganz genau, die werden gleich ausgewiesen, die Dinge, die sich verändern, werden nicht gesehen.“ Insbesondere die Einsicht in die Erkrankung und ihre Auswirkungen – „Ich seh ja selbst, ab wann die Störung Probleme macht“, – ist bei länger angehaltenen Menschen tendenziell kein Thema.

Missachtung der Würde & mangelnde Rechtssicherheit

Der Ausschuss hat schon an anderer Stelle¹⁸ darauf hingewiesen, dass Respekt die eklatanteste Mangelerscheinung im Umgang mit Menschen mit Behinderungen ist. Das trifft auch auf den Maßnahmenvollzug zu. Insbesondere die Glaubwürdigkeit von angehaltenen Menschen wird regelmäßig in Zweifel gezogen: „Den Verrückten, Kranken glaubt man ja nicht.“ Oder „Du bist ein 21er¹⁹ – Du bist ein Volltrottel.“ „Die halten mich für einen Trottel, das ist degradierend.“ Und: „Niemand glaubt mir.“

Das Vorhandensein einer Beeinträchtigung kann und darf nicht dazu führen, dass Menschen die Fähigkeit abgesprochen wird, Situationen und Befindlichkeiten einzuschätzen, eine Meinung zu haben, in respektvoller Weise angehört zu werden und eine Replik auf Augenhöhe zu erhalten. „Die Versprechen, die gegeben werden, werden nicht eingehalten“, ist eine wiederholt gemachte Aussage. Jene, die bereits Jahrzehnte in der Maßnahme angehalten werden, betonen, dass das bis 1994 gänzlich anders war: Vereinbarungen wurden klar kommuniziert und auch eingehalten; in der Justizanstalt Mittersteig war das 2003-2009 ebenfalls so. Aussagen wie: „Stell Dich darauf ein, dass du hier stirbst“, zeugen von völliger Respektlosigkeit, Missachtung rechtsstaatlicher Prinzipien und verdeutlichen die Grundannahme des Systems, dass es keine Veränderungen geben wird. „Man weiß nicht, wann man rauskommt, da ist das Ungewisse.“ „Es werden Hoffnungen gemacht und dann zerstört.“²⁰

„Die meisten geben sich auf. Das ist auch eine Art von Verwahrlosung.“

Für viele ist die Dauer der Anhaltung nicht nachvollziehbar: „Viele sehen sich als Opfer, weil die Straftat ist ja schon verbüßt.“ Denn: „Bis Ende der Haftstrafe hat man Hoffnung, da ist auch noch ein Sinn zu sehen. Was danach [Straf-Ende] passiert, kann man nicht in Worte fassen – das ist ein Loch, da kommt man nicht raus.“ Anhaltungen Jahre und auch Jahrzehnte nach Ende der Strafe sind häufig, bei einer mittleren Strafdauer von 965 Tagen war die durchschnittliche Anhaltedauer knapp doppelt so hoch: 1.862 Tage.²¹

Besonders problematisch ist die Erhaltung der eigenen Glaubwürdigkeit vis-a-vis Verwandten und FreundInnen: die unerklärliche Verlängerung der Maßnahme ist ein oder zwei Mal plausibel, aber „die glauben ja dann, man ist selbst schuld“.

¹⁸ Siehe Stellungnahme Barrierefreie Gesundheitsversorgung, <http://monitoringausschuss.at/stellungnahmen/gesundheitsversorgung-29-01-2014/>.

¹⁹ § 21 Strafgesetzbuch ist die Bestimmung, die Grundlage für die Einweisung in die Maßnahme ist, siehe oben.

²⁰ Weitere Aussagen: „Man darf sich nicht zu viel Hoffnung machen.“ „Wir laufen wie im Rad, kommen nicht vom Fleck.“ „Es dauert alles endlos, da geht nichts weiter.“ „Nächste Woche bekommst Arbeit“, bin ich getröstet worden, ohne dass was passiert ist.“ „Ich zähl die Zeit schon lang nicht mehr mit...“

²¹ Zahlen für § 21 Abs. 2, siehe: Stangl et al, Wege zur Reduktion, IRKS, 32.

Der Weg in die Maßnahme

„Der Auftrag für ein Gutachten setzt eine Maschinerie in Gang“, und in mehr als 90% der Fälle, in denen ein Gutachten erstellt wird, werden Menschen auch in eine Maßnahme eingewiesen. Gleichzeitig kann man feststellen: „Man könnte eine Münze werfen, ob Menschen im Maßnahmenvollzug landen.“

In der Verhandlung heißt es dann u.a. „der Typ g’hört weg“. Über die Begutachtung hat es auch auf Nachfrage keine positiven Erfahrungen gegeben. Der vorgeschlagene Zeitrahmen von mindestens sechs Stunden wurde bei keinem der Gefragten auch nur annähernd erreicht: „Die Exploration? Man soll’s nicht übertreiben: hat 7 Minuten gedauert.“ Angaben variieren von 5 bis 30 Minuten. Es sei über „Allerweltsthemen“ gesprochen worden, einige geben an, die Tests nicht verstanden und „einfach gemacht“ oder gänzlich verweigert zu haben: „Der Rest hat 10 Minuten gedauert.“

Zu den Gutachten wird seitens der Selbstvertreter festgehalten: „Die Gutachten sind weder State-of-the-Art noch nachvollziehbar.“ „Die Diagnosen, die im Gutachten 2012 verwendet wurden, sind weder gültig noch zulässig.“ „Die Weltgesundheitsorganisation sagt, dass es das nicht gibt ... das ist egal.“²²

„Der Gutachter ist mir drüber’gfahren, da hab ich dann so wenig wie möglich g’sagt“, ist eine wiederholte Feststellung. Insbesondere aber auch: „Jetzt würd ich vieles nicht mehr sagen, sondern nur mehr denken im Gespräch mit dem Gutachter.“ Das Misstrauen vis-a-vis GutachterInnen ist systemweit stark ausgeprägt, auch weil die erhoffte Unterstützung ausbleibt: „Meine Erwartung an das Gutachten: wie man mir helfen kann, Lösungen zu finden.“ Oder auch: „Traurig, dass mein Gutachten nur so allgemein ist.“ Das Resultat: „Das Gespräch mit dem Gutachter ist sinnlos, wenn er nur das sieht, was die anderen sagen.“ Besonders dramatisch eine Einzelschilderung: „Der Gutachter kommt herein, gibt mir die Hand und sagt: ‚Sie sind gefährlich!’“

Neben dem Eindruck „Hauptsache er hat irgendwas“, wird man „das erste Gutachten nicht mehr los.“ Erfahrungsgemäß wird vom ersten Gutachten ausgehend, „rüberkopiert“, die erforderliche Unabhängigkeit – auch im Sinne einer völligen Neubewertung – wird durch „Aktengutachten“ konterkariert. „Wennst das eine Gutachten liest, glaubst ich bin ein Massenmörder; im nächsten (Gutachten) steht das genaue Gegenteil.“ Oder: „Der hat mich als Hannibal Lecter dargestellt, so negativ.“ Aber auch: „Da heißt es ‚der Herr ... lotet Grenzen aus‘, und deshalb wird er angehalten?“

Bei der Verhandlung „hatte ich nichts zu sagen“, „wurde ich nicht gefragt“ oder „die haben verhandelt, als ob ich nicht da wär.“ Fallweise wird kommuniziert, aber: „Der Richter fragt einen, aber wirklich was sagen ist nicht drin.“ Fazit eines Selbstvertreter: „Wennst du’s Gutachten nicht zerpfücken kannst, ... hast keine Chance.“ Beachtlich ist, dass RichterInnen und StaatsanwältInnen vielfach meinen, dass die Maßnahme der Strafhaft vorzuziehen ist: „Die Staatsanwältin hat geglaubt, sie tut mir was Gutes.“

²² Die angewendete Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation arbeitet u.a. mit Ausschlusskriterien, die in einigen Fällen anscheinend nicht beachtet wurden.

Anhörung

Im Verlauf der Anhaltung in der Maßnahme finden Anhörungen statt, bei denen RichterInnen über die Verlängerung derselben entscheiden. „Farce“, „Blitzanhörungen“ oder auch: „Anhörung? Da werden 20 Leute in 45 Minuten abgefertigt.“ „Man wird im 2-Minuten-Takt abgefertigt, mit Anwalt dauerts 10 Minuten.“ Die verbreitete Vermutung von Absprachen im Vorfeld der Anhörung verstärkt das Gefühl der Ohnmacht und den Unwillen, überhaupt zur Anhörung zu gehen: „Weil’s sinnlos ist.“

Stark kritisiert wird, dass sowohl für die Lockerung der Maßnahme als auch für deren Beendigung die praktische Zuständigkeit zwischen Gericht und Anstaltsleitung hin und her geschoben wird: „Der Wille der Richter, eigene Entscheidungen zu fällen ist ... gering.“ Neben der inhaltlichen Abhängigkeit der RichterInnen von Gutachten und Einschätzungen Dritter wird insbesondere kritisiert, dass nur das Vorblatt gelesen wird, auch wenn auf diesem schon rein technisch nichts über Fortschritte und Veränderungen zu finden ist: „Die Richter lesen ja nur den Deckzettel, es ist ganz anders, wenn man weiter [im Gutachten] schaut.“

Beachtlich ist ein Erlass des Bundesministeriums für Justiz²³, der die anwaltliche Vertretung bei der Anhörung als ein Recht im Rahmen der Anhörung zur bedingten Entlassung formuliert. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass die Rollen und Entscheidungszuständigkeiten zwischen GutachterInnen, RichterInnen und AnstaltsleiterInnen im Kontext der Anhörung sehr stark zu verschwimmen scheinen.

Alltag in der Maßnahme

„Die ersten 18 Monate passiert einmal gar nichts“, und: „Es dauert alles ewig.“ Ein Demenzkranker konnte erst nach 30 Monaten in eine adäquate Institution überstellt werden, eine Kniebandage für eine – auf Grund der Medikation – übergewichtige Person muss über das Ministerium angefordert werden. Bis Lockerungen genehmigt werden, „vergeht mindestens ein Jahr“. Oder auch „Im Gutachten von vor zwei Jahren steht, dass die Maßnahme aufzuheben ist.“ Insgesamt entsteht der Eindruck: „Wie man mit der Zeit von Menschen umgeht: eine Katastrophe.“ „Hier geht es um Lebenszeit. Die Zeit, die einem gestohlen wird, die bekommt man nicht wieder.“

Therapie, deren Absolvierung für die Aussicht auf Lockerungen – auch gemäß dem Gesetz – unabdingbar ist, wird in einigen Anstalten maximal einmal pro Woche für 50 Minuten angeboten: „Einmal pro Woche gibt’s Therapie, sonst passiert nix, was zur Zukunft beiträgt.“ Sollte die Beziehung zu TherapeutInnen nicht funktionieren, werden entsprechende Anträge teilweise abgeschmettert und bedeuten aus Sicht der angehaltenen Personen jedenfalls einen harten Kampf von mindestens ein bis zwei Jahren. Jene, die im geschlossenen Vollzug untergebracht sind, werden bis zu 23 Stunden pro Tag eingeschlossen, auch jene, bei denen Klaustrophobie Teil der Diagnose ist.

„Wenn man sagt: ‚Können Sie mir helfen?‘, da kommt nichts, obwohl sie genau wissen, was ich brauche.“ Die Versagung von Hilfestellung und Unterstützung wird als systematisch beschrieben und auch als „die Spielchen, die sie da spielen“. „Das sind Tests, wie weit du gequält werden kannst.“

Ein Selbstvertreter schildert, dass er auf die Frage nach intimen Details die Antwort verweigert hat mit dem Hinweis, dass das nichts zur Sache tue. „Für Sie gibt es

²³ BMJ-L64.028/0005-II 3/2007.

nichts Privates“, war die Replik. Der Nachsatz, dass er wohl das Einverständnis seiner Partnerin einholen müsse, wurde mit „Mit dieser Einstellung werden Sie nicht weit kommen“, quittiert, in der nächsten Beurteilung wurde „mangelnde Compliance“ attestiert.

„Wir sind die Patienten, müssen behandelt werden und müssen im Mittelpunkt sein, aber es ist der Computer, das Berichtschreiben, die Medikamentenausgabe“, fasst es ein Selbstvertreter zusammen. Die BetreuerInnen und JustizwachebeamtenInnen schildern ihre korrespondierende Frustration über wachsende Anforderungen an Dokumentation, umfassende schriftliche Reaktion auf Beschwerden und die damit verbundene Einschränkung ihrer Ressourcen für die Arbeit mit den angehaltenen Personen.

Problematisch sind übereinstimmende Berichte über den systemweiten Umgang mit Rückmeldungen. Es scheint, dass diese tendenziell als Kritik gewertet werden, und diese de facto reflexartig sowie mit Konsequenzen zurückgewiesen wird. „Wenn man auf Widersprüche hinweist, heißt es, man ist aggressiv, uneinsichtig und fällt ins alte Schema.“ „Kritik hat eine Verlängerung der Maßnahme zur Folge.“ „Jede Bewegung hat eine Maßnahme zur Folge, ich bin schon ganz starr.“ „Zu allem ein nettes Gesicht machen: sonst kommst du nie raus.“ „Entweder du machst mit oder du wirst erledigt.“ Und: „Du lernst still zu sein.“²⁴

Neben dem Eindruck „Wennst a Maßnahme hast, bist Freiwild“, und „Wenn du die Maßnahme hast, bist du Gedeih und Verderb ausgesetzt“,²⁵ fällt insbesondere die Rigidität im Weg aus der Maßnahme auf: „Die haben einen Weg, der wird gegangen“, und: „Da wird nicht verhandelt, da wird bestimmt.“

Die Mehrheit der SelbstvertreterInnen skizziert im Gespräch einen plausiblen, adäquaten Weg, um die Lockerungen und deren Herausforderungen zu meistern. Ansinnen wie zum Beispiel externe Therapie im Rahmen des Ausgangs, in deren Kontext dann gleich die Probleme in der Freiheit diskutiert werden können, sind angesichts der Ursachen für die Anhaltung sinnvoll. Ebenso die klare Formulierung eigener Grenzen in der Freiheit und das Bedürfnis nach Unterstützung, so zum Beispiel durch dauerhaften Verbleib in einer Wohngruppe oder die Möglichkeit, mit Fußfessel zur Unterstützung der Pflege eines Angehörigen entlassen zu werden. „Sie wollen eine sichtbare Veränderung, aber es wird nicht gesagt, wie die ausschauen soll.“

„Ich hab’ meine Probleme beim Ausgang thematisiert, anstatt Hilfe zu bekommen gab’s Konsequenzen. Eigentlich sollte ich ja therapiert werden?“, schilderten mehrere SelbstvertreterInnen die Schwierigkeiten einer adäquaten Vollzugs-

²⁴ Weitere Rückmeldung: „Wenn man sich ungerecht behandelt fühlt, wird’s schwierig.“

„Wehe du hast widersprochen: da ist der Zug abgefahren. Du musst viel schlucken ... wenn du’s nicht machst: kannst du Jahre vegetieren, wenn sie dann Lust haben, holen sie Dich heraus.“ „Man wird schikaniert.“ „Fragen werden nicht beantwortet, und das tut weh.“ „Du wirst hingehalten.“ „Die Systemkritik wird sehr kritisch gesehen.“ „Ich hab mir schon oft gedacht, dass das g’sagt g’hört, aber ich will meine Ruhe.“ „Es g’hört so viel gesagt, aber ich sag nix mehr.“

²⁵ Weitere Rückmeldungen: „Denen ist Tür und Tor geöffnet zu tun, was sie wollen.“ „Einiges passiert aus Bosheit.“ „Du bist kein Mensch, du musst funktionieren.“ „Erpressung ist hier eine pädagogische Maßnahme.“ „Wenn du nicht spurst, dann ... das find ich nicht richtig.“ „Das ist alles Schikane.“ „Was hält ‚der‘ aus – das wird hier getestet.“ „Obwohl das Verfahren eingestellt wurde, werde ich so behandelt, als ob ich’s gemacht hab.“ „Die Willkür, der man da ausgesetzt ist.“ „Sie übersehen offensichtlich, wo Sie hier sind, Sie sind in der Maßnahme’, meinte die Beamtin.“

lockerung. Neben individuellen Konsequenzen – die auch eine Unterbrechung der Lockerung von mehreren Jahren bedeuten können – gibt es auch den Eindruck von „Kollektivstrafen“: Aus „Sicherheitsgründen“ würden für sämtliche Menschen im Maßnahmenvollzug Lockerungen gestrichen, weil „einem“ was passiert ist. Obwohl Therapie und eben nicht Strafe, werden Ausführungen regelmäßig in Handschellen gemacht.

Ein Flaschenhals ist der eklatante Mangel an Nachbetreuungseinrichtungen. Es gibt quantitativ, aber auch qualitativ – die adäquate Spezialisierung – zu wenige Einrichtungen, in denen im Rahmen der Entlassung das sogenannte Probewohnen stattfinden kann. Das hat zur Folge: „Hast keinen Wohnplatz? Dann bleibst’ da.“ Selbst Personen, die eine eigene Wohnung haben oder bei der Familie wohnen könnten, müssen über den Weg des Probewohnens in einer Nachbetreuungseinrichtung hinaus: „Ich hab’ eine Wohnung und muss über Probewohnen raus, ich nehme jemandem anderen damit den Platz weg.“ Dort, wo die Finanzierung der Leistung zwischen Gesundheits- und Sozialabteilungen gesplittet wird, scheint die Betreuung sowie die Koordination gut zu funktionieren. Der Ausschuss erinnert angesichts der föderalen Dimensionen der Nachbetreuung nachdrücklich an die einschlägige Empfehlung des CRPD Fachausschusses.²⁶

Therapie

Der Therapiebegriff im Maßnahmenvollzug umfasst zum einen die pharmakologische (medikamentöse) und die vor allem gesprächstherapeutische Dimension. In einigen Anstalten wird auch Ergotherapie, Beschäftigungstherapie und Sozialtraining angeboten.

„Es ist Zwangstherapie: man macht’s, weil es Konsequenzen gibt.“ „Es ist eigentlich Erpressung: ich muss das [Medikament] nehmen, damit ich rauskomme.“ Die Zwangsbehandlungen führen unter anderem zu Schilderungen wonach: „Der war so ferngesteuert, dem hat nur noch die Antenne gefehlt.“

Die Abgabe von „Schaufeln an Tabletten“ wird ebenso regelmäßig geschildert wie ein fragwürdiger bis völlig fehlender Umgang mit starken Nebenwirkungen auf Medikamente. Insgesamt macht sich eine Tendenz aus, die statt der vorgegebenen Multi-Dimensionalität des bio-psycho-sozialen Modells Züge von „bio-bio-bio“²⁷ hat. Implizit ist klar: „Wenn du die Medikamente verweigerst, dann macht’s das länger.“ Einer der angehaltenen Menschen meinte über seine eigene Verfassung: „Wegen der Medikamente spreche ich leicht bewölkt.“

Die Gabe von Medikamenten, insbesondere unter Zwang, aber auch ohne adäquate Aufklärung über Nebenwirkungen ist grundsätzlich und insbesondere im Lichte der Konvention hinterfragenswert.²⁸

²⁶ United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of Austria, adopted by the Committee at its tenth session (2–13 September 2013) http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fAUT%2fCO%2f1&Lang=en, insbesondere Punkte 10 und 11.

²⁷ Begrifflichkeit des früheren Präsidenten der US-amerikanischen Psychiatrievereinigung, Stephen Scharfstein.

²⁸ Siehe dazu auch eingehend: Fundamental Rights Agency, Involuntary Placement and Treatment of Persons with Mental Health Problems, 2012.

Der überwiegende Teil der Probleme, die zu einer Anhaltung in der Maßnahme führen, ist jedoch mit Medikamenten nicht zu lösen: „Man muss sich mit dem Menschen beschäftigen.“

Die angebotenen Gesprächstherapien werden sehr unterschiedlich bewertet; jene, die eine für sie passende Therapie und eine/n passende/n Therapeuten/in finden, berichten durchaus von Fortschritten. Jene, bei denen das nicht der Fall ist, beanstanden die großen Schwierigkeiten in der Erlangung von Alternativen.²⁹ Systemweite Therapiestandards scheint es nicht zu geben.

Neben der großen Dominanz von medikamentöser Therapie fällt auf, dass jene Menschen, bei denen die Therapie seit langem nicht greift, de facto aufgegeben werden und für „austherapiert“ befunden werden, ohne dass es zu einer Entlassung kommt. Jene, für die alternative Therapieformen notwendig wären, erhalten kein Angebot, verbleiben jedoch weiter in der Maßnahme.

Jene, die die positiven Auswirkungen von Gesprächstherapie betonen, sind zu dieser Erkenntnis mehr oder weniger via Gruppentherapie gedrängt worden. Die Möglichkeit einer Peer-Beratung – die auch in der Konvention (Art. 26) vorgesehen ist – wurde in der Vergangenheit genutzt, wird aber derzeit anscheinend nicht eingesetzt.

Besonders dramatisch ist die Schilderung von Menschen, denen vor Begehung ihrer Straftat eine Therapie verweigert wurde bzw. die bei einer früheren Anhaltung keine Therapie erhalten haben und betonen, dass ein früheres Einsetzen von Therapie die Straftat verhindert hätte. „Ich wollte Therapie, aber man hat mich nicht ernst genommen.“ Schilderungen, wonach Anträge auf Therapie als schikanös abgetan werden, sind erschreckend zahlreich.

Vorgeschichte

„Ich habe Entschädigung als Opfer - im Kinderheim mussten wir auf Legosteinen knien, weil wir miteinander geredet haben – erhalten, das ist jetzt weg, als Schmerzensgeld an den, den ich verletzt habe, das ist ok.“

„Mein erster längerer Psychiatrieaufenthalt? Da war ich 18.“

„Ich hab fünf Selbstmordversuche gemacht.“

„Ich hab mich aufnehmen lassen [auf der Psychiatrie] für ein warmes Essen.“

„Ich bin auch ein Opfer vom Dr. W.“³⁰

„Ich hab meine Mordgedanken thematisiert, daraufhin bin ich gleich eingewiesen worden.“

Ohne die Taten zu verharmlosen zeigt sich eine deutliche Tendenz der Anhaltung von Menschen im Maßnahmenvollzug, die selbst Opfer von Gewalt waren, eine psychiatrische Vorgeschichte aufweisen, öffentliche Einrichtungen (insbesondere Jugendwohlfahrt) überfordert haben, und bei denen es „eine Frage der Zeit war“, bis die Maßnahme als „Möglichkeit“ bzw. „Abhilfe“ in Anspruch genommen wird.

²⁹ Weitere Rückmeldungen: „Der Therapeut hat mir zwei Monate erzählt, dass er da nicht arbeiten mag – und das war meine Therapie.“ „Der Anstaltsleiter hat gemeint: ‚Der therapiert meine Therapeuten, nicht umgekehrt.‘“

³⁰ Eine Anklage des Dr. W. wegen sexueller Nötigung mehrerer Minderjähriger unterblieb bekanntlich wegen Verjährung.

Vielfach kippt renitentes Verhalten in Überforderung und wird zur Drohung. Die Tendenz, mit der Drohungen gegen öffentliche Funktionsträger mit einer Einweisung in die Maßnahme enden, ist belegt.³¹

Die Maßnahme als eine akzeptable Alternative zu anderen Unterbringungsformen ist ein alarmierendes Indiz für die Überforderung ebendieser. Den Strafvollzug als ein therapeutisches Mittel für Gewalterfahrungen zu positionieren, ist mehrfach – und wohl hinreichend augenscheinlich – hoch problematisch.

Alarmierend ist aber auch die offensichtliche Gewalt, die in der Summe aus Vorgeschichte und Anhaltung in der Maßnahme entsteht: Menschen, die ÄrztInnen nicht mehr ernst nehmen können, die den Suizid als erste Alternative benennen und im Hungerstreik den verbleibenden Schritt dorthin sehen.³²

Der Maßnahmenvollzug ist längst Teil eines Systems struktureller Gewalt: „Die psychologischen Probleme, die sich aus der unbefristeten Anhaltung ergeben, kann man gar nicht verarbeiten.“ Die Aufarbeitung muss u.a. auf Art. 16 Abs. 4 CRPD basieren.

„Der Raum ist einfach abgeschlossen, da gibt's keine Klinke, damit wir nicht raus können; das mit der Klinke macht mir zu schaffen, ich träum davon ... von der Klinke.“

Sicherheitsgefühl: Würde des Risikos

Im Vordergrund sämtlicher Diskussionen über Reformen des Maßnahmenvollzugs steht das Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinbevölkerung. Die Furcht vor einer negativen Schlagzeile ist dabei so allumfassend, dass sie einem Denkverbot gleich kommt. Das Faktum, dass die Rückfallzahlen für aus der Maßnahme entlassene Personen sehr gering und eklatant geringer ist als für aus dem Normalvollzug entlassene Personen, wird ignoriert. Das ist ein eindeutiger Hinweis auf die überschießende Rigidität des derzeitigen Systems.

Aber: „Das Sicherheitsdenken ist so vorherrschend, dass sicherheitshalber nichts gemacht wird“, weil: „Die Erwartungshaltung ist ein unrealistisch hohes Sicherheitsgefühl.“

Der – angebliche – Bedarf nach Feindbildern in Form von Monstren und Bestien überwiegt den Anspruch auf Resozialisierung und das Aushalten von gesellschaftlichen Grundrisiken. Die Vollkasko-Mentalität,³³ die hier scheinbar aufrechterhalten wird, konterkariert nachgerade die Resozialisierung: je „unmenschlicher“ man Personen darstellt, desto schwieriger wird zum einen die Reintegration, aber auch – wichtiger Weise – die Prävention von Gewalttaten.

³¹ Stangl et al, 21.

³² Weitere Rückmeldungen: „Ich hab' mir die Pulsadern aufgeschnitten, das war meine einzige Chance.“ „Hungerstreik ist die einzige Möglichkeit, die ich sehe, damit ich gehört werde.“ „Wenn ich in fünf Jahren noch immer da bin? Dann bin ich tot.“ „Ich hab das alles schon 50 Mal erzählt, ich erleb ja nix.“ „Ich hab gesagt, es passt, obwohl's mir dreckig gegangen ist.“

³³ „Aus dem Auge, aus dem Sinn“ – Strafrechts-Experten kritisieren Behandlung psychisch kranker Gefängnisinsassen

http://www.jku.at/PR/content/e13544/e13537/e190045/e193064/e218870/PA_Strafvollzug_ok_ger.pdf

Eine risikofreie Gesellschaft gibt es nicht, es gehört auch zur Würde einer Gesellschaft, Risiken zuzulassen und damit – im vorliegenden Kontext – die Resozialisierung überhaupt möglich zu machen: Prinzip der Würde des Risikos.

„Bestie‘ ist halt spektakulärer, als ob das nicht weh tät, wenn man andere verletzt.“
„Die Fälle aus der Zeitung? Die kommen einem hier nicht entgegen. Zerrüttete Familien, Menschen, die niemanden haben, dem sie sich anvertrauen können“, trifft man im Maßnahmenvollzug. Aus einer Handvoll Straftaten, die besonders verwerflich ist, wird ein anders-sein konstruiert, mit dem das Wegsperrten auf unbestimmte Zeit gerechtfertigt wird. Aber auch jene, deren Straftaten besonders verabscheuungswürdig sind, haben ein Recht, sich zu verändern und – manche vielleicht mit Auflagen – in die Gesellschaft reintegriert zu werden.

3. Handlungsempfehlungen

Die überfällige Reform des Maßnahmenvollzugs muss jedenfalls drei Hauptbereiche umstrukturieren:

- Spezifische und rasche Unterstützung für jene, die auf Grund der bestehenden Regelungen Opfer von struktureller Gewalt wurden, sowie ein adäquates Übergangsszenario für deren rasche Entlassung;
- eine Reform der Einweisungskriterien mit Standards für die Begutachtung, sowie
- umfassende Maßnahmen von Gesundheits-, Sozial- und Jugendressorts zur Prävention der Eskalationsneigung in Einrichtungen, sowie Gewalterfahrungen und psychiatrischen Vorgeschichten.

1. Rechtssubjektivität

- a. Menschen mit psychiatrischen Beeinträchtigungen sind Menschen mit Rechtssubjektivität, ihnen ist als solchen zu begegnen, eine Novellierung der Formulierung „geistig und seelisch abnorme Rechtsbrecher“ ist ebenso geboten wie eine systemweite Infragestellung des Bildes, das man von untergebrachten Menschen hat (Art. 1 CRPD).
- b. Die potentielle Diskriminierung durch das Stigma einer psychiatrischen Beeinträchtigung – verstärkt durch die Straftat – ist durch entsprechende Schulungsmaßnahmen und Bewusstseinsbildungskampagnen zu begegnen (Art. 4 & 8 CRPD), insbesondere ist die Würde des Risikos als ein individuelles und gesamtgesellschaftliches Prinzip zu etablieren.
- c. Die Umschreibung der Einweisungskriterien muss die Ressourcen der Person in jeder Phase einer potentiellen Anhaltung in den Mittelpunkt stellen, die Beeinträchtigung per se kann nicht einweisungsbestimmend sein (Art. 14 CRPD),³⁴ Gutachtenskriterien müssen entsprechend angepasst werden.

³⁴ Siehe dazu auch die sehr klare Interpretation des Fachausschusses: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15183&LangID=E> .

2. Therapie, nicht Strafe, und: Resozialisierung als Kernaufgabe in den Mittelpunkt

Therapie hat frühestmöglich einzusetzen und gemeindenah angeboten zu werden (Art. 19, 25 lit. c und 26 Abs. 1 lit. b CRPD). Das Therapieangebot hat neben Gesundheitsversorgung (Art. 25), auch Rehabilitation (Art. 26) und Bildung, insbesondere den Erwerb „lebenspraktischer Fähigkeiten und sozialer Kompetenz“ (Art. 24 Abs. 3 CRPD) zu umfassen.

3. Nicht-Diskriminierung (Art. 5 iVm PP lit. p CRPD)

- a. Erhöhung des Bewusstseins für die Auswirkungen des Stigmas;
- b. Mehrfachdiskriminierung auf Grund des Alters, insbesondere Jugendliche, junge Erwachsene und ältere Menschen, deren Unterbringung grundsätzlich abzulehnen ist;
- c. Aufhebung der Anhaltung und Sicherstellung eines Aufenthaltstitels für Menschen ohne einen solchen, deren Gewalttat höchstwahrscheinlich ursächlich mit ihrem Fluchtgrund zusammenhängt.

4. Rechtsschutz

- a. Der Zugang zum Recht muss in der Anhaltung gewährleistet werden, anwaltliche Vertretung ist verpflichtend auch für Anhörungen vorzusehen (Art. 13 CRPD iVm Judikatur des EGMR zu Art. 5 Abs. 4 EMRK).
- b. Eine dem Unterbringungsrecht analoge Vertretung der Interessen von im Maßnahmenvollzug angehaltenen Menschen ist zu etablieren (Art. 12 Abs. 3 CRPD).
- c. Für Einwilligungsfragen ist Art. 12 iVm Art. 25 lit. d CRPD maßgeblich, der Rechtsschutz für diesen Bereich hat den Maßgaben des Art. 12 Abs. 4 CRPD Genüge zu tun.

5. Adäquate Therapie

- a. Der Rehabilitationsbegriff der Konvention liest sich weiter als das derzeitige Angebot (Art. 26 sowie Art. 24, insbesondere Abs. 3 CRPD).
- b. Insbesondere für Opfer von Gewalt, aber auch jene, die durch die strukturelle Gewalt des herrschenden Systems unter Druck geraten sind, ist Therapie sicherzustellen (Art. 16 Abs. 4 CRPD).
- c. Therapie hat unmittelbar angeboten zu werden, wo notwendig, auch in der Untersuchungshaft.
- d. Zwangsbehandlungen sind mit der Konvention nicht in Einklang zu bringen, die Diskussion um die praktische Umsetzung ist international im Gang, die forensische Psychiatrie sollte sich in diese einbringen.³⁵

6. Angemessene Vorkehrungen: Assistenz & Unterstützung

- a. Der Assistenz- und Unterstützungsbegriff der Konvention macht alternative Herangehensweisen im Resozialisierungsprozess notwendig, u.a. die Ermöglichung von Therapie als Teil der Vollzugslockerung; siehe dazu auch den Begriff der angemessenen Vorkehrungen (Art. 2, aber auch Art. 16 Abs. 4 CRPD).

³⁵ Siehe Verweis in Fußnote 19 der Punktation Annex S 6.

7. Qualitative Untersuchungen:

- a. Die Häufung der Einweisung von Menschen, die Betreuungseinrichtungen überfordern, die nach Wechsel des Betreuers „auffällig“ werden, die eine psychiatrische Vorgeschichte haben, muss qualitativ beleuchtet werden.
- b. Die Hürden, die das System in der Lockerung aufstellt und somit „Rückfälle in der Lockerung produziert“, müssen qualitativ hinterfragt werden.

8. Präventionsmaßnahmen

Psychiatrische Vorgeschichten, Eskalationen in Versorgungseinrichtungen, Gewaltspiralen und dergleichen können anders und zu einem früheren Zeitpunkt abgefangen werden, dazu braucht es unter anderem ein Zusammenspiel der Bereiche:

- Gesundheitsversorgung
- Elternberatung
- Jugendwohlfahrt
- Sozialtherapeutische Angebote
- Bildungsbereich.

9. Stärkere Rolle für die Soziale Arbeit

Die Begleitung von zu Entlassenden, aber auch die Prävention von Gewaltspiralen sind zwei von vielen Bereichen, in denen eine adäquate Soziale Arbeit Fachlichkeit und Unterstützung einbringen kann. Ein Berufsbild und eine damit verbundene stärkere Anerkennung sind überfällig.

10. Partizipation: Verpflichtung zur Involvierung von SelbstvertreterInnen

Der Ausschuss betont die Verpflichtung, SelbstvertreterInnen in sämtliche Prozesse zu involvieren (Art. 4 Abs. 3 CRPD) und fordert für die nächsten Reformdiskussionen die Partizipation von SelbstvertreterInnen.

11. Begleitung des Reformprozesses: Überprüfung

Die Umsetzung der Empfehlungen der sogenannten Haas-Kommission 1994 hätte viele Fehlentwicklungen abgefangen.³⁶ Der Ausschuss regt daher dringend an, die Umsetzung sämtlicher Reformvorschläge begleiten und evaluieren zu lassen.

Für den Ausschuss

Die Vorsitzende

4. Annex – Punktation

³⁶ Siehe zur Haas Kommission, Fußnote 2, S 1.

Unabhängiger Monitoringausschuss
zur Umsetzung der UN-Konvention über die
Rechte von Menschen mit Behinderungen
MonitoringAusschuss.at

11. Dezember 2014

Punktation für die Arbeitsgruppe „Maßnahmenvollzug“ im Bundesministerium für Justiz¹

Vorbehalt:

Der Monitoringausschuss nimmt auf Grund der Zeitlinien und der Expertise der Arbeitsgruppe in einer stark modifizierten Art in Form einer Punktation Stellung. Es wird ausdrücklich betont, dass eine den Standards des Ausschusses entsprechende ausführliche Stellungnahme für Jänner 2015 geplant ist.²

1. Grundlagen:

Grundprinzipien

Aus Sicht des Ausschusses sind in Ergänzung der Grundprinzipien der Konvention (Art. 3 CRPD) folgende Grundprinzipien für die Diskussion maßgeblich:

- Resozialisierung als Ziel des österreichischen Strafvollzugs
- Therapie als Kernanliegen, insbesondere der Gesundheitsversorgung
- Verhältnismäßigkeit als verfassungsrechtliches Prinzip
- Nicht-Diskriminierung
- Würde des Risikos als Dimension von Resozialisierung

Anwendungsbereich der Konvention

Die Nicht-Definition (non-definition) des Artikel 1 CRPD erfasst Menschen mit psychischen, psycho-sozialen und psychiatrischen Beeinträchtigungen explizit. Wie an anderer Stelle betont, ist insbesondere die Wechselwirkung mit verschiedenen – darunter einstellungsbedingten – Barrieren (Präambel lit. e CRPD) für die Umschreibung von Menschen mit Behinderungen maßgeblich.

Rechtssubjektivität

Die Rechtssubjektivität von Menschen mit Behinderungen wird in verschiedenen Dimensionen eingeschränkt, paternalistische Haltungen führen u. A. dazu, dass Menschen mit Behinderungen vielfach nicht selbst entscheiden dürfen, auch wenn dies gesetzlich vorgesehen ist. Über Menschen hinweg zu entscheiden, sie gar nicht zu fragen, ist eine der vielen Ausformungen dieses Paradigmas.

¹ Der Ausschuss ist zahlreichen ExpertInnen für hilfreiche Hinweise zu Dank verpflichtet. Insbesondere Dr.in Julia Kozma, LL.M., Mitglied des CPT (Folterpräventionskomitee des Europarats), sowie den MitarbeiterInnen der Weltgesundheitsorganisation, Abteilung „mental health“ und Prof. Arthur Kleinman, Harvard.

² Sämtliche Stellungnahmen des Ausschusses sind online unter www.monitoringausschuss.at einsehbar.

Die Tatsache, dass Menschen mit den Zahlen korrespondierender strafgesetzlicher Bestimmungen „benannt“ werden – „die 21er“ – scheint symptomatisch für die Sicht eines „Systems“ auf die darin angehaltenen Menschen. Es ist vielsagend, dass es offenbar keine gemeinsame Bezeichnung für Menschen im Maßnahmenvollzug – jenseits von StGB-Paragraphen – gibt. Darin liegt auch eine Tendenz, Menschen unmündig zu halten bzw. in ein vermeintliches „Anders-Sein“ zu verweisen, das den Brückenschlag zum „Normal-Sein“ wesentlich erschwert.³

Die Erhaltung der Rechtssubjektivität hat angesichts der gravierenden Einschnitte in das Leben von Menschen, die in einer Maßnahme angehalten werden, besondere Bedeutung.

Eine Dimension der Rechtssubjektivität ist das Recht zu wählen, dieses ist fast ausschließlich für Menschen in Haft, jedoch nicht darüber hinaus eingeschränkt.⁴

Defizit-Fokus und Diskriminierung

Beeinträchtigung bzw. Behinderung ist in Österreich mit großen Vorurteilen und vielfach mit Stereotypen belegt. Das gilt gerade auch für psychische, psycho-soziale und psychiatrische Beeinträchtigungen. Im Kontext der Forensik kommt dazu noch die Dimension einer vermeintlichen „Gefährlichkeit“ – sich selbst und anderen gegenüber –, die ein Stigma und Ängste erzeugt, welches die Ausgrenzung verstärkt.

Zu betonen ist, dass „Gefährlichkeit“ oftmals in Drohungen gründet, die je nach Situation als „milieubedingte Unmutsäußerung“, als Grundlage für eine Unterbringung oder eine Einweisung gewertet werden. Die Eskalationsneigung in Zusammenhang mit öffentlichen Funktionsträgern ist andernorts nachgewiesen worden.⁵

Menschen mit Behinderungen ausschließlich über vermeintliche Defizite zu beschreiben, wird der Vielfalt des Menschseins nicht gerecht und verstellt den Blick auf die vorhandenen Ressourcen. Eine klare Abkehr von „Defektologie“ und ähnlichen Auswüchsen dieser Sichtweise ist laut Konvention geboten. Mit der von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten ICF werden alternative Sichtweisen aufgezeigt.⁶ Eine Potentialanalyse oder ähnliche Herangehensweise hat in der Beurteilung von Menschen mit psycho-sozialen Beeinträchtigungen, die straffällig geworden sind, beweisbar eine gewichtige Rolle zu spielen.⁷

Die Diskriminierung von Menschen mit psycho-sozialen Beeinträchtigungen wird im Kontext des Maßnahmenvollzugs auch durch andere Multiplikatoren verstärkt. So scheint weder die Dimension „Alter“ (Jugendliche und ältere Menschen im

³ Der sprachliche Reformbedarf – „geistig abnorme Rechtsbrecher“ – scheint Konsens zu sein. SelbstvertreterInnen schlagen vor: „Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aufgrund der Krankheit gegen geltendes Recht verstoßen haben.“

⁴ Ausnahmen der verfassungsgesetzlichen Grundregel sind z.B. § 69 Abs. 4 NÖ Landtagswahlordnung, § 54 Abs. 3 Burgenländische Landtagswahlordnung mit Bezug auf Heil- und Pflegeanstalten.

⁵ Siehe Stangl/Neumann, Wege zur Reduktion der Einweisungen zurechnungsunfähiger Rechtsbrecher in den Maßnahmenvollzug, IRKS 21.

⁶ Siehe dazu z.B. auch: Mini-ICF-APP von Professor Linden.

⁷ Zum vermuteten Mindestaufwand anstatt vieler: Stangl et al., Von Krank-Bösen und Bös-Kranken, Der österreichische Maßnahmenvollzug als Beispiel sektoraler Detentionsakzeptanz, 22.

Maßnahmenvollzug) noch die Dimension „Herkunft“, insbesondere Sprache, entsprechend berücksichtigt zu werden. Die Stigmatisierung als „Häftling“ verstärkt all diese Faktoren wesentlich.

Besorgnis erregend ist die Anhaltung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne Aufenthaltstitel. Der Ausschuss hat an anderer Stelle auf die Relevanz von Trauma von Flüchtlingen verwiesen und alternative Vorgehensweisen eingemahnt.⁸

Der Ausschuss verweist auf die umfassende Nicht-Diskriminierungs-Bestimmung der Konvention (Art. 5 CRPD), sowie das Verbot von „mehrfachen und verschärften“ Formen der Diskriminierung (Präambel lit. p iVm Art. 6 CRPD).⁹ Darüber hinaus ist die Verpflichtung zur Aufhebung diskriminierender Praktiken (Art. 4 Abs. 1 lit. a CRPD) wie auch die Auswirkung struktureller Diskriminierung (Art. 4 Abs. 1 lit. d & e CRPD) maßgeblich.

2. Artikel 25: Gesundheitsversorgung

Die Unterstützung von Menschen mit psycho-sozialen Beeinträchtigungen ist allen voran eine Frage der Gesundheitsversorgung, die ein Menschenrecht ist.¹⁰

Beachtlich ist die hohe Zahl an Menschen, deren psycho-soziale Beeinträchtigung bereits bekannt war und deren Anhaltung in der Maßnahme „eine Frage der Zeit war“. Reformvorhaben müssen unmittelbar, bevor sich diese Frage individuell-konkret stellt, einsetzen (siehe auch die Präventionsvorgabe des Art. 25 lit. b CRPD).¹¹ Ein wachsendes Phänomen ist auch die Anhaltung von Menschen, deren Verhalten sich nach Wegfall einer wichtigen Bezugsperson dramatisch verändert und nach Grenzüberschreitungen trotz fragwürdiger „Hafttauglichkeit“ zu einer Maßnahme führt.

Therapien haben zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzusetzen. Menschen, die überdurchschnittlich lange in der Untersuchungshaft angehalten werden, müssen Zugang zu Therapie haben.

Die Zuordnung in eine Maßnahme oder nicht scheint in einigen Bereichen sehr beliebig; ein Faktum, das insbesondere in die Kompetenz von RichterInnen und den Themenkomplex „Gutachten“ fällt. Darüber hinaus ist jedoch die Frage nach der Gewährleistung von adäquater Gesundheitsversorgung, inklusive einem adäquaten Therapieangebot, im Strafvollzug grundsätzlich zu stellen.

Zum Therapieangebot ist zu betonen, dass dieses nicht nur nach Art. 25 (Gesundheitsversorgung) und wohl auch Art. 26 (Rehabilitation), sondern wohl auch nach Art. 24 (Bildung), insbesondere Erwerb „lebenspraktischer Fähigkeiten und sozialer Kompetenzen“ (Abs. 3) zu verstehen ist. Beachtlich ist auch, dass Rehabilitationsmaßnahmen auch „angemessene Vorkehrungen“ iSd Art. 2 sein

⁸ Stellungnahme zur Novelle zum Staatsbürgerschaftsgesetz, <http://monitoringausschuss.at/begutachtungen/begutachtungen-2013/>.

⁹ Hervorzuheben ist hier u. A. die mangelnde Trennschärfe zwischen einer wertfreien sexuellen Orientierung und dem verpönten sexuellen Missbrauch, die insbesondere Medien vermissen lassen.

¹⁰ Art. 25 AEMR, Art. 12 WSK (BGBl. 590/1978), Art. 25 CRPD.

¹¹ Siehe zur hohen Rate an Vorgeschichten anstatt vieler: Stangl et al., Detentionsakzeptanz, 18.

können. Gerade Therapien infolge Gewalterfahrung (Art. 16 Abs. 4) können in diese Kategorie fallen.¹²

Mit Blick auf die föderalen Zuständigkeiten betont der Ausschuss die Gültigkeit der Konvention „für alle Teile eines Bundesstaats“ (Art. 4 Abs. 5 CRPD).

3. Artikel 19 & 25: Gemeindenähe

Spätestens wenn eine Strafe verbüßt ist, hat die Versorgung von Menschen mit psycho-sozialen Beeinträchtigungen gemeindenah zu erfolgen: Art. 19, 25 lit. c und 26 Abs. 1 lit. b CRPD.¹³ Therapiesettings, wie sie im forensischen Zentrum Asten angeboten werden, müssen in gemeindenaher Form – als Teil von Sozialleistungen – möglich gemacht werden. Der Ausschuss verweist hierzu ausdrücklich auf die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation zu umfassender gemeindenaher Rehabilitation (CBR Guidelines).¹⁴

Sicherheit hat primär durch Respekt, Augenhöhe, Vertrauen und Nähe hergestellt zu werden. Es ist ein Trugschluss, zu glauben, der Bevölkerung vermitteln zu können, dass durch „Wegsperrern“ Einzelner die Sicherheit der „Allgemeinheit“ gesteigert wird. Neben der Fragwürdigkeit, ob und wessen „Sicherheitsgefühl“ durch rigoroses Trennen gefördert wird, wird das Grundprinzip der Resozialisierung bedrohlich geschmälert.

Der Ausschuss sieht hierin einen Anwendungsfall des Prinzips „Würde des Risikos“. Menschen, für die regelmäßig entschieden wird, für die „besser gewusst“ wird, haben sehr geringe bis keine Möglichkeit, Fehler zu machen und aus diesen zu lernen. Die Grundeinsicht, dass Fehler und Risiko zum Leben gehören, muss im Kontext von psycho-sozialen Beeinträchtigungen umfassender verstanden werden: eine risiko-freie Gesellschaft gibt es nicht, es gehört auch zur Würde einer Gesellschaft, Risiken zuzulassen und damit – im vorliegenden Kontext – die Resozialisierung überhaupt möglich zu machen; siehe insbesondere Art. 16 Abs. 4 CRPD.

Es ist menschenrechtlich, rechtsstaatlich und demokratiepolitisch bedenklich, dass die Konsequenzen des Wegsperrerns auf unbestimmte Zeit als „Kollateralschaden“ in Kauf genommen zu werden scheinen.¹⁵ Fakt ist, dass die – auch von gewissen Medien forcierte – „Vollkasko-Mentalität“ prinzipiell nicht gewährleistet werden kann.¹⁶ Darüber hinaus ist klar zu stellen, dass das Risiko der Resozialisierung nicht per se fatal ist: das Verhältnismäßigkeitsprinzip hat gerade auch in der Fehlerkultur einen Platz zu haben.

4. Artikel 4 & 8: Training, Bewusstseinsbildung

Im Bereich psycho-soziale Beeinträchtigungen gibt es für sämtliche Berufsfelder massiven Weiterbildungs- und Schulungsbedarf: ein Mangel an FachärztInnen, ein

¹² Siehe zur Gewährleistungsverpflichtung für angemessene Vorkehrungen als Teil von Nicht-Diskriminierung, Art. 5 Abs. 3 CRPD.

¹³ Der adäquate Ausbau von geeigneten Nachsorgeeinrichtungen ist damit implizit.

¹⁴ WHO: CBR Guidelines - <http://who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>.

¹⁵ Stangl et al., Detentionsakzeptanz, 18.

¹⁶ Siehe zu Vollkasko-Mentalität: http://www.jku.at/PR/content/e13544/e13537/e190045/e193064/e218870/PA_Strafvollzug_ok_ger.pdf.

Mangel an anerkannten und spezifisch geschulten SozialarbeiterInnen, zu wenig Personal für die gemeindenahere Versorgung, zu wenig adäquat ausgebildete GutachterInnen, ressourcenbedingt kaum multi-disziplinäre Begutachtungen, RichterInnen, die Mangels Wissen von Sachverständigen abhängig sind – die Liste stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Der Ausschuss verweist auf die Verpflichtungen nach Art. 4 Abs. 1 lit. i sowie insbesondere Artikel 13 Abs. 2 (Justizpersonal) und Art. 26 Abs. 2 CRPD.

Die Rolle der Medien in der Porträtierung von Menschen mit psycho-sozialen Beeinträchtigungen ist kritisch zu hinterfragen. Der Ausschuss verweist neben der Verpflichtung zur Aufhebung von diskriminierenden Praktiken (Art. 4 Abs. 1 lit. b CRPD) sowie Art. 4 Abs. 1 lit. e auch auf die mehr als umfassende Bestimmung des Art. 8 zu Bewusstseinsbildung, die u. A. vorschreibt, Menschen mit Behinderungen in einer den Zielen der Konvention entsprechenden Weise darzustellen (Art. 8 Abs. 2 lit. c CRPD).

5. Artikel 13: Zugang zum Recht

Der Zugang zum Recht (Access to Justice, Art. 13 CRPD) ist umfassend zu verstehen.¹⁷ Gutachten haben den Ansprüchen der Konvention, insbesondere mit Blick auf die Konsultation von Menschen mit Behinderungen, Genüge zu tun. GutachterInnen haben die Methoden alternativer Kommunikation (Art. 2 CRPD) anzuwenden. Gutachten müssen unabhängig sein, auch in der Loslösung von früheren Erkenntnissen und Vorgutachten – verschiedene Phasen müssen von verschiedenen GutachterInnen beurteilt werden. Die Begutachtung sollte sich vermehrt den Standards des Recovery-Ansatzes annähern,¹⁸ wonach Menschen mit Behinderungen auf Augenhöhe im Mittelpunkt der Erwägungen stehen. Angehörige und andere Bezugspersonen müssen in die Gutachtensphase einbezogen werden.

Anhörungen müssen rechtsstaatlichen Ansprüchen Genüge tun. Der Anschein von Absprachen ist strikt zu vermeiden. Die angehaltene Person ist rechtzeitig über eine Anhörung und die damit verbundenen rechtlichen Möglichkeiten in einer der Person verständlichen Art und Weise zu informieren, ein verpflichtender Rechtsbeistand (Verfahrenshilfe) scheint angesichts der Schilderungen unausweichlich. Eine Anhörung hat eine dem Terminus adäquate Länge zu haben, Beurteilungen Dritter sollten nach Möglichkeit hinterfragt werden, und angehaltene Personen in angemessener Art und Weise nach ihrer Sichtweise befragt werden. Auf das Viktimisierungsverbot ist dabei entsprechend Rücksicht zu nehmen.

Beachtenswert ist, dass dem kritischen Hinterfragen von Therapieanschlüssen und anderen Maßnahmen durch angehaltene Personen angemessen begegnet werden muss. Vergeltungsmaßnahmen als Reaktion auf kritische Fragen sind nicht zu rechtfertigen.

¹⁷ Siehe zuletzt: Beate Rudolf: Recht haben – Recht bekommen. Das Menschenrecht auf Zugang zum Recht, Deutsches Institut für Menschenrechte, Oktober 2014.

¹⁸ Siehe z.B. Deegan P. E. (1988) Recovery: the lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11, 11-19.

6. Artikel 25 & 14 ff. – Zwangsbehandlungen & Freiheit und Sicherheit der Person

Die internationale Diskussion zum Verbot von Zwangsbehandlungen auf Basis der Konvention ist im Fluss.¹⁹ Der Ausschuss betont, dass eine völlige Verhinderung von Zwangsbehandlungen gemäß der Konvention das unabdingbare Ziel sein muss. Offensichtlich gibt es einen dramatischen Bedarf an zusätzlichen Ressourcen, um alternative Behandlungsmöglichkeiten, aber auch Herangehensweisen im Umgang mit Menschen mit psycho-sozialen Beeinträchtigungen möglich zu machen.

Der Ausschuss verweist insbesondere auf das Grundprinzip der Selbstbestimmung (Art. 3 lit. a CRPD) sowie die korrespondierende Bestimmung zur Rechts- und Geschäftsfähigkeit (Art. 12 CRPD). Darüber hinaus ist Artikel 25 lit. d CRPD für Fragen der Einwilligung maßgeblich. Der Rechtsschutz ist jedenfalls an die Vorgaben des Unterbringungsrechts anzupassen und im Lichte des Art. 12 Abs. 4 CRPD zu stärken.

Die Konkretisierung der Vorgabe „dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“, bedarf einer eingehenden Diskussion, an der ExpertInnen in eigener Sache gem. Art. 4 Abs. 3 CRPD verpflichtend zu beteiligen sind. Eine entsprechende Handlungsempfehlung des Fachausschusses an die Republik Österreich liegt bereits vor.²⁰

Auf Basis des Verhältnismäßigkeitsprinzips ist das gesamte Spektrum an Möglichkeiten, insbesondere das gelindeste Mittel, eingehend zu prüfen. Der Ausschuss betont, dass es in der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen eine Vielzahl an Möglichkeiten gibt, die in der jetzigen Phase großen Umbrüchen und global gesehen starken Entwicklungsschüben unterliegen, die das weite Spektrum an Bedürfnissen von Menschen, die derzeit in einer Maßnahme angehalten werden, widerspiegeln und damit aus Sicht des Ausschusses abdecken.

¹⁹ Siehe Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez A/HRC/22/53; CRPD Committee, General Comment Nr. 1 – Article 12: Equal Recognition before the Law, CRPD /C/GC/1, sowie die Diskussion dazu: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx>; sowie zuletzt Statement on Article 14 of the Convention, September 2014, <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15183&LangID=E>.

²⁰ Concluding observations on the initial report of Austria, Handlungsempfehlung 29 http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fA%2fUT%2fCO%2fI&Lang=enhttp://monitoringausschuss.at/stellungnahmen/handlungsempfehlungen-des-un-fachausschusses-umsetzungsstand-09-09-2014/.

7. Artikel 4 Abs. 3, sowie Umsetzung von Empfehlungen

Der Ausschuss betont die Notwendigkeit der Einbeziehung von SelbstvertreterInnen und ExpertInnen in eigener Sache.²¹ Neben der unmittelbaren Verpflichtung, die Diskussion über die Reform des Maßnahmenvollzugs mit den dort angehaltenen Personen zu führen²², verweist der Ausschuss auch auf die grundlegende Notwendigkeit von Selbstvertretung im Bereich, der nicht Strafvollzug ist.²³

Der Ausschuss merkt mit Bedauern an, dass die Empfehlungen der so genannten Haas-Kommission²⁴ nicht umfassend umgesetzt wurden; eine transparente Regelung zur nachhaltigen Umsetzung von Empfehlungen wird dringend empfohlen.

Für den Ausschuss

Die Vorsitzende

²¹ Siehe Stellungnahme Partizipation <http://monitoringausschuss.at/stellungnahmen/partizipation-19-04-2010/> sowie öffentliche Sitzung Partizipation <http://monitoringausschuss.at/sitzungen/wien-30-10-2014-politische-partizipation/>.

²² Der Ausschuss bemüht sich im Rahmen seiner Möglichkeiten diesem Anspruch teilweise Genüge zu tun, eine Stellungnahme unter Berücksichtigung der Rückmeldungen von im Maßnahmenvollzug angehaltenen Personen ist für Jänner 2015 in Aussicht genommen.

²³ Der Ausschuss sieht im Lichte der Konvention eine Notwendigkeit, über Selbstvertretung im Maßnahmenvollzug zu diskutieren.

²⁴ Beachtlich ist, dass Karl-Otto Haas im Strafvollzug ohne Maßnahme angehalten war.