

**Annette Elisabeth Töller
und Marcus Dittrich**

Die Privatisierung des Maßregelvollzugs

Die deutschen Bundesländer im Vergleich

polis Nr. 68/2010

Herausgegeben von

Prof. Dr. Helmut Breitmeier, Prof. Dr. Lars Holtkamp,
PD Dr. Dorothee de Nève, Prof. Dr. Michael Stoiber und

Prof. Dr. Annette Elisabeth Töller

Institut für Politikwissenschaft

Fakultät für Kultur- und Sozialwissenschaften

FernUniversität in Hagen

58084 Hagen

<http://www.fernuni-hagen.de/polis/>

Inhaltsverzeichnis

1. Maßregelvollzug: der tote Winkel der Privatisierungsforschung	5
2. Inhalt und Entwicklung einer heiklen Staatsaufgabe	7
2.1 Idee und Recht des Maßregelvollzugs	7
2.2 Entwicklung in den letzten 15 Jahren	9
3. Privatisierung des Maßregelvollzugs: der Befund	11
3.1 Privatisierungsverlauf	11
3.2 Privatisierungstypen	13
4. Politikwissenschaftliche Perspektiven	16
4.1 Ursachen der Privatisierung und der Varianz in der Privatisierung	17
4.2 Auswirkungen der Privatisierung	20
5. Resümee	25
Literaturverzeichnis	27

1. Maßregelvollzug: der tote Winkel der Privatisierungsforschung¹

Die *Privatisierung von Staatsaufgaben* hat in den vergangenen 20 Jahren auch in Deutschland das alltägliche und das politische Leben verändert. Während die Versorgung der Bevölkerung mit Transport-, Energie-, Telefon- und Postdienstleistungen oder die Sammlung und Entsorgung des Abfalls heute in großem Maßstab durch Private oder unter Beteiligung von Privaten erfolgen (Killian et al. 2006; Sack 2006; Schneider/Tenbücken 2004), gelten jedenfalls in Deutschland (anders als z. B. in den USA oder Großbritannien) Tätigkeiten, in denen sich das *Gewaltmonopol des Verfassungsstaates* materialisiert, wie etwa der Strafvollzug in Gefängnissen, immer noch weitgehend als nicht privatisierbare *Kernbereiche* staatlicher Aufgaben (Kammeier 2004: 74; Burgi 2008: 65; Dessecker 2008: 18ff.; Zypries 2008; Pollähne 2008: 153).

Umso erstaunlicher erscheint es, dass ein mit dem Strafvollzug eng verwandter Bereich, der *psychiatrische Maßregelvollzug* (MRV)², also die Unterbringung von heute knapp 10.000 schuldunfähigen oder gemindert schuldfähigen Straftätern in psychiatrischen Kliniken zur „Besserung und Sicherung“ auf der Basis von § 63 (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) und § 64 (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) StGB (Stolpmann 2010; Kammeier 2010), in den letzten 10 Jahren in der Mehrzahl der Bundesländer privatisiert worden ist. Ebenso überraschend ist, dass dieser „Privatisierungstrend“ (Pollähne 2008: 140) von einer politischen Öffentlichkeit verspätet (Kammeier 2004: 62) wahrgenommen worden ist, und das, obwohl das Thema „Maßregelvollzug“ seit Mitte der 1990er Jahre durch Fälle, in denen schuldunfähige Straftäter Gewalttaten an Kindern verübten, zunehmend zum Gegenstand öffentlicher Diskussionen geworden ist und 1998 gesetzliche Verschärfungen beschlossen worden sind (s.u.).

Eine verstärkte *rechtspolitische* Debatte zur Privatisierung ist seit 2005 in Gang gekommen, als sich das Landgericht Flensburg weigerte, eine private MRV-Klinik ins Handelsregister einzutragen (Pollähne 2008: 140; s.u.). Zu einer intensiveren *politischen* Diskussion in eini-

¹ Wir danken Lars Holtkamp, Heinz Kammeier, Dorothee de Nève, Renate Reiter und Detlef Sack für hilfreiche Kommentare zu einer ersten Version dieses Beitrags und Stefan Hatzenberger, Regina Herzbruch-Schütte und Sophia Schönborn für Unterstützung bei Literaturrecherche, Textkorrektur und Formatierung. Eventuell verbleibende Irrtümer liegen natürlich allein in unserer Verantwortung.

² Der Maßregelvollzug ist zu unterscheiden von der kürzlich durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in die Diskussion geratenen Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB, die bei schuldunfähigen Straftätern nach Verbüßung einer Haftstrafe verhängt werden kann, bei denen ein Hang zur Begehung schwerwiegender Straftaten besteht (Stolpmann 2010). Sicherungsverwahrung findet in Gefängnissen und nicht in Kliniken statt.

gen Ländern kam es insbesondere seit dem Urteil des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs vom Dezember 2008, das die zuvor in Niedersachsen zwischen 2005 und 2007 geführte politische Diskussion auch in andere Länder, z. B. Hamburg (Koalitionsvertrag 2008; Drucksachen 19/1759, 19/3569, 19/2773, 19/5527 und 19/7411) und Brandenburg (Hauk 2009), „überspringen“ ließ. In diesem Zusammenhang ist in den gerade genannten Ländern eine jedenfalls vorsichtige Einhegung des Privatisierungstrends zu erkennen. In Hamburg legte der Senat Ende September 2010 einen Gesetzentwurf vor, demzufolge die staatlichen Kontrollmöglichkeiten über den privat durchgeführten Maßregelvollzug gestärkt werden sollen (Drs. 19/7411).

Die bislang vorliegende wissenschaftliche Diskussion ist auf juristische und forensische Beiträge beschränkt, wovon die meisten die Frage der Privatisierung allenfalls am Rande betrachten (z. B. Köhler/Kallert 2009; Schaumburg 2010; Schalast et al. 2009; Stolpmann 2010) oder v.a. der Frage der Verfassungsmäßigkeit einer Privatisierung nachgehen (etwa Broß 2007; Grünebaum 2006; Scherer 2007; Willenbruch/Bischoff 2006). Empirische Untersuchungen sind reine Bestandsaufnahmen und entweder veraltet (Bron 2004) oder sie beschränken sich auf Teilaspekte der Privatisierung (Strohm 2008; Scherer 2007; Pollähne 2008). Systematische empirische Untersuchungen, die die bislang erfolgte Privatisierung des MRV in die gängigen Privatisierungstypologien einordnen und Ausmaß, Ursachen und Folgen der Privatisierung untersuchen, liegen bislang nicht vor. Die politik- und verwaltungswissenschaftliche Privatisierungsforschung hat sich mit der Privatisierung des Maßregelvollzugs noch gar nicht befasst.

Der vorliegende Beitrag erläutert zunächst die Natur dieser heiklen Staatsaufgabe und die mit ihr verbundenen Wandlungsprozesse der vergangenen ca. 15 Jahre (2.). In einem weiteren Schritt wird im Bundesländervergleich die bislang erfolgte Privatisierung dieser Staatsaufgabe aufgezeichnet, die insbesondere durch erhebliche Varianz zwischen den Bundesländern gekennzeichnet ist (3.). Schließlich werden die Forschungsfragen skizziert, die sich aus einer politikwissenschaftlichen Perspektive auf das Thema ergeben (4.). Diese Fragen zielen zum einen auf die Erklärung der *Varianz* zwischen den Bundesländern ab und zum anderen auf die Ermittlung der *Folgen* der Privatisierung auf die Aufgabenerfüllung, und zwar in den Bereichen *Kosten*, *Investitionstätigkeit*, *Leistungsqualität* und staatliche *Steuerungsfähigkeit*. Der Beitrag schließt mit einem Resümee (5.).

In der Beantwortung solcher Fragen liegt das spezifische *wissenschaftliche* Leistungspotential einer vergleichenden politikfeldanalytischen Herangehensweise³, auch wenn der vorliegende

³ Der Bundesländervergleich gilt als noch unterentwickeltes Genre (Hildebrandt/ Wolf 2008).

Beitrag hierzu nur eine erste Skizze liefern kann.⁴ Zugleich versteht sich der Aufsatz auch als Beitrag zu einer nachholenden *politischen* Diskussion über die Privatisierung des Maßregelvollzugs. Denn während die rechtswissenschaftliche Diskussion mit wenigen Ausnahmen (Kammeier 2010: Rn. A 76) versucht, die Frage der *Richtigkeit* der Privatisierung dieser Staatsaufgabe in Kategorien der *Verfassungsmäßigkeit* (Funktionsvorbehalt und Demokratieprinzip) zu entscheiden und eine Klärung letztlich durch Gerichtsurteile erwartet, erscheint (nicht nur) aus einer politikwissenschaftlichen Sicht jede Privatisierungsentscheidung als eine genuin politische Entscheidung (so auch Dessecker 2008: 25; Burgi 2008: 56; Kammeier 2010: Rn. A 67), die eine öffentliche Diskussion erfordert.

2. Inhalt und Entwicklung einer heiklen Staatsaufgabe

Bundesrechtliche Vorgaben für die Vollstreckung des MRV finden sich im Strafgesetzbuch (§§ 63 und 64 sowie 67d StGB) und im Strafvollzugsgesetz (§§ 136 und 137). Seit der Föderalismusreform von 2006 liegt die Zuständigkeit für die Regelung des Vollzugs der Maßregeln alleine bei den Ländern. Allerdings hatte zuvor der Bund von seiner Kompetenz in der konkurrierenden Gesetzgebung keinen Gebrauch gemacht und – anders als im Strafvollzug – kein eigenes Maßregelvollzugsgesetz verabschiedet, so dass ab 1981/82 die Länder entsprechende Rechtsgrundlagen geschaffen haben (Pollähne 2000: 65f.; Kammeier 2007: 77ff., 2010: Rn. A 53f.; Köhler/Kallert 2009: 58). Traditionell erfolgt der Maßregelvollzug überwiegend in psychiatrischen Landeskliniken (Dessecker 2008: 23).

2.1 Idee und Recht des Maßregelvollzugs

Eine Maßregel ist – wie eine Strafe auch – die Rechtsfolge einer Straftat (vgl. Bron 2004: 4). Eine Strafe setzt allerdings „die Vorwerfbarkeit des geahndeten Verhaltens“ (Grünebaum/Volckart 2009: 1), also Schuld, voraus. Schuld bedingt eine Zuschreibung von personaler Verantwortung (Grünebaum/Volckart 2009: 1). Bei krankhaften seelischen Störungen, tiefgreifenden Bewusstseinsstörungen, Schwachsinn und anderen schweren seelischen Störungen kann aber eine Schuldfähigkeit des Täters ausgeschlossen sein (Grünebaum/Volckart 2009: 1; Kammeier 2010: Rn. A 40; Schuldunfähigkeitsbestimmungen nach § 20 StGB). Eine Bestrafung ohne Schuld ist jedoch nicht mit dem Grundrecht der Menschenwürde vereinbar. Hier greift der Maßregelvollzug als Sanktion, wobei es neben freiheitsentziehenden auch nicht freiheitsentziehende Maßregeln (z. B. Entzug der Fahrerlaubnis) gibt (§§ 61 bis 72

⁴ Diesen Fragen werden die Autoren in einem Forschungsprojekt nachgehen.

StGB, Schaumburg 2010: 9). Die Rechtsgrundlage für den freiheitsentziehenden Maßregelvollzug sind die §§ 63 und 64 StGB.

§ 63 StGB lautet:

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“

Die Unterscheidung zwischen schuldfähigen und unzurechnungsfähigen Tätern wurde in Deutschland erstmals 1871 ins Strafgesetzbuch eingeführt, seither wurden schuldunfähige Täter nicht mehr bestraft. Allerdings mussten diese zunächst auch dann in die Freiheit entlassen werden, wenn sie als gefährlich galten, mit entsprechenden erheblichen Risiken für die Allgemeinheit (Kammeier 2010: Rn. A 4ff., 29ff., mit Differenzierungen im Einzelnen). Die heutige Regelung des Maßregelvollzugs geht zurück auf ein Gesetz aus dem Jahre 1933, das trotz einiger problematischer Elemente im Kern nicht als „typisch nationalsozialistisches Unrecht“ gelten kann, sondern vielmehr als Ergebnis einer langjährigen Fachdiskussion zu verstehen ist (der Entwurf stammt aus dem Jahre 1927; Kammeier 2010: Rn. A 29ff.).

Ab 1960 kam es zunächst auf Bundesebene durch verschiedene Gesetzesänderungen zu einer „Verrechtlichung des Straf- und Maßregelvollzugs“ (Kammeier 2010: Rn. A 49). In den 1970er Jahren rückte – zeitgemäß – der Resozialisierungsgedanke in den Vordergrund (Kammeier 2010: Rn. A 50ff.). Dies schlug sich in der Strafrechtsreform 1975 nieder, als fortan das Wort Besserung vor dem Wort Sicherung stand (Kammeier 2007: 75). Gleichwohl schätzte die legendäre Psychiatrie-Enquete-Kommission 1975 den Maßregelvollzug noch äußerst kritisch ein (BT-Drs. 7/4200: 26f.).

Wie an den Worten Besserung und Sicherung deutlich wird, verfolgt der Maßregelvollzug ein „Doppelmandat“ (Stolpmann 2010: 30): die Unterbringung in Maßregelvollzugseinrichtungen erfolgt nicht nur, um die Allgemeinheit vor gefährlichen Tätern zu schützen (Sicherung), sondern auch, um die Gefährlichkeit zu senken bzw. zu beseitigen (Besserung). Damit wird letztlich eine Entlassung des Täters angestrebt (vgl. Stolpmann 2010: 30f.). Aus diesem Doppelmandat lässt sich ebenfalls ableiten, dass der Maßregelvollzug zwar eine juristisch angeordnete Zwangsmaßnahme ist, aber in einem psychiatrischen Krankenhaus unter ärztlicher Leitung vollzogen wird (vgl. Stolpmann 2010: 29). Von der allgemeinspsychiatrischen Behandlung unterscheidet sich der Maßregelvollzug insbesondere durch das Kriterium der (krankheitsbedingten) Gefährlichkeit. Der Maßregelvollzug nach § 63 StGB ist unbefristet, da eine Entlassung erst bei einer entsprechenden Prognose über die Gefährlichkeit erfolgen kann und womöglich einige Patienten damit lebenslanglich in einer Maßregelvollzugseinrichtung untergebracht werden müssen (Willenbruch/Bischoff 2006: 1776). Die Unterbringung nach § 64 StGB ist hingegen auf höchstens zwei Jahre begrenzt (vgl. Schaumburg 2010: 10).

In den letzten Jahren wurden zunehmend psychiatrische Behandlungskonzepte für den Maßregelvollzug entwickelt, womit die Behandlung deutlich verbessert worden ist (Strohm 2008: 175; Stolpmann 2010). Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Maßregelvollzug für die ihm Unterworfenen massive (wenn auch rechtsstaatlich abgesicherte) Grundrechtseingriffe mit sich bringt. Die dem Maßregelvollzug zugewiesenen Straftäter werden nicht nur eingesperrt, sie können in den meisten Ländern auch nicht frei über Beginn und Beendigung ihrer Therapie entscheiden (Stolpmann 2010: 31; Kammeier 2004: 73). Weitere Grundrechtseingriffe betreffen die Beschränkung des persönlichen Besitzes, des Besuchsrechts, der Kommunikation und der Religionsausübung (Scherer 2007: 622) sowie die Anwendung unmittelbaren Zwangs. Die Möglichkeit zu diesen Eingriffen wiegt umso schwerer, als – anders als im Strafvollzug – die Dauer des Grundrechtseingriffs für Untergebrachte nach § 63 StGB nicht begrenzt wird (Willenbruch/Bischoff 2006: 1776).

2.2 Entwicklung in den letzten 15 Jahren

Seit Mitte der 1990er Jahre ist in Deutschland die Anzahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten nach § 63 und § 64 (wie auch in anderen Ländern) kontinuierlich gestiegen. Die Anzahl der nach § 63 Untergebrachten stieg von 2724 im Jahr 1994 auf 6287 in 2008 (Kammeier 2010: 19).⁵ Die Anzahl der nach § 63 und der nach § 64 Untergebrachten liegt derzeit bei knapp unter 10.000 Menschen bundesweit.

Diese steigende Anzahl der Untergebrachten lässt sich auch in einer steigenden *Prävalenzrate* (Anzahl der Untergebrachten pro 100.000 Einwohner) zum Ausdruck bringen, die bundesweit von 3,9 in 1994 auf 9,1 in 2008 stieg (Kammeier 2010: Rn. A 69). Dabei ist der Unterschied zwischen den Bundesländern allerdings erheblich: in einigen Bundesländern (Baden-Württemberg und Hessen) liegt die Prävalenz bei etwa 6, während sie beispielsweise in Berlin und im Saarland bei 14 und in den anderen Bundesländern dazwischen liegt (Traub/Weithmann 2008: 596). Diese gestiegene Prävalenzrate ist das Resultat von zwei Entwicklungen. Zum einen stieg die Anzahl der nach § 63 Abgeurteilten, also der dem MRV *Zugewiesenen*: 1994 waren dies bundesweit 551 Personen, 2007 waren es 1023 Personen (Kammeier 2010: Rn. A 68). Aus diesen Zahlen ergibt sich die *Inzidenzrate*, also die Zahl der jährlichen Aburteilungen pro 100.000 Einwohner. Diese stieg in allen Bundesländern an, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. In Schleswig-Holstein nahm sie zwischen 1993 und 2003 mit 10 % am we-

⁵ Dabei handelt es sich aber offenbar nicht um das Resultat einer bloßen „Verschiebung“ zwischen Strafvollzug und Forensik – auch im Strafvollzug sind in den vergangenen 12 Jahren steigende Belegungen zu verzeichnen (Pollähne 2008: 145). Mit einer Unterbringungsrate von 9,1 pro 100.000 Einwohner im MRV nimmt Deutschland im europäischen Vergleich nur einen mittleren Rang ein (die Bandbreite erstreckte sich 2002 von 1,5 in Spanien bis zu 14,3 in Schweden; Dessecker 2008: 24; Kammeier 2010: 19).

nigsten zu, in Rheinland-Pfalz stieg sie um 153 % und in Berlin um 168 % (Traub/Weithmann 2008: 597). Zum anderen entließen die Strafvollstreckungskammern weniger Straftäter aus dem Maßregelvollzug, wobei hierfür offizielle Daten im Zeitverlauf fehlen (Kammeier 2010: Rn. A 69). Nach den von Traub berechneten Daten ist die Zahl der Entlassungen in den frühen 1990er Jahren bis 1998 gesunken, blieb dann beinahe konstant und stieg ab 2003 wieder, was angesichts gestiegener Gesamtzahlen nicht überraschend ist.⁶ Außerdem wurden – vor allem auf der Basis geänderter Verwaltungsvorschriften – Lockerungen des Maßregelvollzugs deutlich restriktiver gehandhabt (Kammeier 2010: Rn. A 64, 69).

Verschiedene Faktoren werden als *Ursachen* für diese Gesamtentwicklung diskutiert: u. a. eine Verschiebung von allgemeinspsychiatrischen Patienten in die forensische Psychiatrie (Traub/Weithmann 2008), zunehmende Schwere der Störungen der im Maßregelvollzug Untergebrachten (Stolpmann 2010: 30) sowie eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung, die nur unzureichend als eine „Verschärfung des Sicherheitsdiskurses“ beschrieben werden kann. Seit den 1990er Jahren ist der Maßregelvollzug in Deutschland durch einige spektakuläre Fälle, in denen schuldunfähige Straftäter insbesondere Gewalttaten an Kindern verübten, zunehmend zum Gegenstand öffentlicher Diskussionen geworden (Kammeier 2010: Rn. A 62). Dies setzte einerseits politische Entscheidungsträger unter Handlungsdruck (berühmt wurde hier Gerhard Schröders „Wegschließen für immer“, Bild am Sonntag 8.7.2001) und brachte auch eine gesetzliche Verschärfung durch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.1.1998 (BGBl. I, 160) hervor. Der Kern der neuen Regelungen war, dass die Anforderungen für die Entlassung aus dem Maßregelvollzug in § 67dII StGB verschärft, die Entlassung also erschwert wurde.

Allerdings ist es nicht ganz einfach, Aussagen darüber zu treffen, inwieweit Veränderungen in den Einweisungs- und Entlassungszahlen *kausal* auf die geänderte Gesetzeslage oder auf einen darüber hinausgehenden verschärften „Sicherheitsdiskurs“ (Kammeier 2010: 17; Schott 2007: 105f.; Freise/Jehle 2009: Rn. 5; Traub/Weithmann 2008: 594) zurückzuführen sind. Die von allen Autoren vermutete restriktive *Entlassungspraxis* entwickelte sich vor allem bis zur Gesetzesänderung von 1998 (s.o., Traub/Weithmann 2008: 584; Traub 2010), das verschärfte Gesetz hinkte also eher der Vollzugspraxis hinterher. Die zunehmende *Einweisung* in den MRV erfolgt bei unveränderten gesetzlichen Schuldfähigkeits- und Einweisungsvoraussetzungen und erscheint daher ausschließlich als Resultat eines neuen rechtspolitischen Klimas, in dem der Präventionsgedanke insgesamt mehr Bedeutung erfährt, aber auch eine „neue Lust

⁶ Mangels Verfügbarkeit von Entlassungsdaten hat Traub aus den jährlichen „Aburteilungen“ und dem Patientenbestand am Jahresende, unter Rückgriff auf den Patientenbestand vom Vorjahr, die „Kompensationsleistung“ errechnet, also eigentlich die „Entlassungen“ (Traub 2010).

auf Strafe“ (Hassemer 2000) zum Tragen kommt (Kammeier 2010: Rn. A 18). Dass in der Umsetzung der rechtlichen Vorgaben insgesamt erheblicher Spielraum besteht, zeigt sich auch in den deutlichen Unterschieden der Inzidenz- und Prävalenzzahlen zwischen den Bundesländern trotz gleicher strafrechtlicher Grundlagen (Traub/Weithmann 2008).

Zur beschriebenen „Klimaveränderung“ gehört auch – dezentral auf der lokalen Ebene – die Formierung von Bürgerprotesten und zum Teil Bürgerinitiativen, insbesondere gegen die Einrichtung neuer und die Erweiterung bestehender MRV-Einrichtungen (Strohm 2008: 175).

Betrachtet man die *Folgen* der gerade skizzierten Entwicklung, dann zeigt sich erstens, dass die massiv zunehmenden Unterbringungszahlen steigende Belastungen für die Länder mit sich bringen, die die Kosten des MRV zu tragen haben. Die Länder stehen dabei vor dem Problem, dass sie diese Entwicklung praktisch nicht steuern können, da sowohl die Einweisung in den Maßregelvollzug als auch die Entlassung aus dem Maßregelvollzug durch Gerichte erfolgt (Pollähne 2008: 143; Kammeier 2010: Rn. A 65). Dass die Kostenfrage zunehmend die Diskussion beherrscht (Kammeier 2010: Rn. A 71), hat aber nur zum Teil mit dem Anstieg der Kosten zu tun. Hinzu kommt, dass die Kostensteigerung in eine Situation der staatlichen Austerität trifft, in der aus vielfältigen Gründen der Anteil der verfügbaren Mittel immer weiter sinkt und Politiken zur Haushaltskonsolidierung die Agenda bestimmen (Streek/Mertens 2010).

Zweitens ergeben sich Probleme in der Arbeit der Kliniken, da die bestehenden Kliniken den zunehmenden Bedarf an MRV-Plätzen nicht decken können und die meisten deutlich überbelegt sind (PWC 2005: 54; Strohm 2008: 182). Der Neubau von Kliniken aber trifft nicht nur auf fiskalische Hindernisse, sondern auch auf die bereits erwähnten lokalen Proteste. Schließlich führt der erwähnte „Sicherheitsdiskurs“ zu einer verstärkten baulichen Sicherung der Einrichtungen, was einerseits die Kosten des MRV zusätzlich in die Höhe treibt (Schott 2007: 106; Strohm 2008: 175), andererseits die inhaltliche Schwerpunktsetzung der Behandlung beeinflusst; Kritiker sprechen von „trügerische(r) Sicherheit durch kategorisches Wegsperrn statt differenzierter Therapie“ (Schott 2007: 108; Pollähne 2006, 2008).

3. Privatisierung des Maßregelvollzugs: der Befund

Im Folgenden werden nur die wichtigsten Eckpunkte der Privatisierung des MRV der letzten 10 Jahre in chronologischer Reihenfolge skizziert und die Länder dann in eine Privatisierungstypologie eingeordnet.

3.1 Privatisierungsverlauf

Den Beginn der Privatisierung des MRV kann man auf das Jahr 2000 festlegen, als Sachsen-Anhalt die zwei MRV-Kliniken des Landes in private Rechtsformen umwandelte. Diese blieben in Landeseignerschaft (Salus gGmbH), wobei die Betriebsführung durch einen Manage-

mentvertrag von der Asklepios Kliniken GmbH übernommen wurde. 2002 verkaufte Thüringen (auf der Basis der bereits 1994 geschaffenen landesgesetzlichen Grundlagen) die drei MRV-Einrichtungen an private und frei-gemeinnützige Träger (Rhönklinikum, Asklepios, Caritas/Diakonie; Pollähne 2008: 146). In Bremen wurde 2004 die MRV-Einrichtung in eine gGmbH umgewandelt. Auf der Basis des bereits 2000 geänderten Gesetzes verkaufte Mecklenburg-Vorpommern 2004 zwei von drei MRV-Kliniken (vgl. auch Pollähne 2008: 146). Schleswig-Holstein verkaufte zum 1. Januar 2005 die zwei MRV-Klinken an private Betreiber (Damp-Gruppe, Ameos; vgl. Pollähne 2008: 146). Anfang 2005 lehnte es das Landgericht Flensburg ab, die Fachklinik Schleswig GmbH in das Handelsregister einzutragen, mit der pikanten Begründung, diese verfolge mit dem privatwirtschaftlichen Betrieb einer Maßregelvollzugseinrichtung einen verfassungswidrigen Zweck (LG Flensburg 2005; Pollähne 2008: 141). Diese Entscheidung wurde im Oktober 2005 aber durch das Oberlandesgericht Schleswig „korrigiert“ (OLG Schleswig 2006). In Hamburg veräußerte der Senat 2005 im Zuge des Verkaufs des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK) an Asklepios auch den Maßregelvollzug in Ochsenzoll „mit“, obwohl die Justizbehörde Bedenken hatte. In Bayern entschied sich 2005 die Landesregierung aufgrund des Widerstands der Bezirke, die Träger des MRV sind, nach einem Gutachten der Unternehmensberatung PriceWaterhouseCoopers im Kern gegen die Privatisierung (PWC 2005), allerdings erhielten die Bezirke die Möglichkeit, ihre MRV-Einrichtungen formell zu privatisieren. Inzwischen haben vier Bezirke ihre Bezirkskrankenhäuser in Kommunalunternehmen (i.e. AöR) und einer in eine GmbH umgewandelt. In Brandenburg wurden die MRV-Einrichtungen 2006 verkauft (an Asklepios und eine kommunale GmbH; vgl. Pollähne 2008: 146). In Hessen wurden 2007 die Maßregelvollzugseinrichtungen in eine gGmbH (Vitos) umgewandelt, die eine 100%ige Tochter des Landeswohlfahrtsverbandes (Träger des MRV) ist.

Im Frühjahr 2007 verkaufte das Land Niedersachsen nach Änderung der gesetzlichen Grundlagen acht Landeskrankenhäuser für insgesamt 107 Mio. Euro an sieben verschiedene, überwiegend privatwirtschaftlich organisierte Träger. Die ausschließlich mit dem Maßregelvollzug betrauten LKH Moringen und Brauel sowie deren Abteilungen Bad Rehburg und Göttingen blieben in der Trägerschaft des Landes, zudem gelten für die MRV-Abteilungen in den privaten Kliniken Einschränkungen der privaten Trägerschaft (Wahrnehmung von 21 grundrechtseinschränkenden Aufgaben nur durch staatliches Personal, staatliche Vollzugsleitung; vgl. Dessecker 2008: 23). Im Dezember 2008 entschied der Niedersächsische Staatsgerichtshof, den die Fraktionen der SPD und von Bündnis 90/Die GRÜNEN im niedersächsischen Landtag im Oktober 2007 angerufen hatten, das Privatisierungsgesetz stelle eine Einschränkung des Demokratiegebots dar, was zu einer Änderung des MRV-Gesetzes im Juni 2010 führte: Nun dürfen grundrechtseinschränkende Maßnahmen nur noch durch Beamte vollzogen werden, die Fachaufsicht erfolgt mit Weisung (Niedersächsischer Staatsgerichtshof 2008). In das neue brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz von 2009 floss das Urteil des Niedersächsischen Staatsgerichtshofes bereits mit ein: ärztliche Leiter der Einrichtungen in Brandenburg müssen Beamte sein. In Hamburg sah der Koalitionsvertrag zwischen CDU und GAL

von 2008 die Prüfung einer wieder stärker staatlichen Wahrnehmung des MRV vor. Im September 2010 legte der Hamburger Senat der Bürgerschaft einen entsprechenden Gesetzentwurf vor, der als Maßnahmen zur Sicherung der demokratischen Legitimation der Beschäftigten, die die hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, drei Veränderungen vorsieht, die die staatliche Steuerung und Kontrolle des privatisierten Maßregelvollzugs stärken sollen: erstens wird durch eine sogenannte *Bestellung* erstmals ein Rechtsverhältnis zwischen Behörde und den im MRV *Beschäftigten* hergestellt, innerhalb dessen die Behörde auch die persönliche und fachliche Eignung der Beschäftigten überprüfen kann (§4 Abs. 1.2); zweitens wird damit die Rechts- und Fachaufsicht mit Weisungsbefugnis, die bisher nur gegenüber dem Träger bestand, auf dessen Beschäftigte ausgedehnt (§4 Abs. 4); drittens wird die Person, die gem. § 5 Abs. 1 über Widersprüche von untergebrachten Personen entscheidet, nun von der zuständigen Behörde benannt⁷ (Drs. 19/7411).

3.2 Privatisierungstypen

Zwar dürfte der Befund der Privatisierung des Maßregelvollzugs nach diesem Überblick unstrittig sein (z. B. PWC 2005: 86ff.; Pollähne 2008; Kammeier 2010: Rn. A 75ff.), aber eine Strukturierung dieser empirischen Befunde mit Hilfe der gängigen Privatisierungstypologie (z. B. Maurer 2009) erweist sich als schwierig, auch deshalb, weil es nicht nur Varianz zwischen den, sondern auch innerhalb der Bundesländer gibt. Es gibt, wie bereits deutlich geworden ist, in diesem Feld zwei Privatisierungsformen. Die erste Form ist leicht dem Typus der *formellen Privatisierung* zuzuordnen: Krankenhäuser wandeln sich in private Rechtsformen (meist gGmbH) um, verbleiben aber in öffentlichem Besitz, der Maßregelvollzug bleibt in öffentlicher Hand.

Schwieriger zuzuordnen ist die zweite, häufigere Privatisierungsform. Hier werden einerseits die Kliniken verkauft, was den Begriff der *Vermögensprivatisierung* nahelegt (Maurer 2009: 7); das Land zieht sich aus der Zuständigkeit für die Betreuung der Kliniken zurück, was auf den ersten Blick den Begriff der *materiellen Privatisierung* zutreffend erscheinen lässt (so PWC 2005: 86). Andererseits gilt die eigentliche *Aufgabe* des MRV als nicht privatisierbar, (Scherer 2007: 618; Pollähne 2008: 152), sondern nur deren *Durchführung*, und zwar durch Beleihung (Pollähne 2008: 152). Das heißt, der Staat bleibt in der „Erfüllungsverantwortung“, und auch verfassungsrechtliche Bindungen, z. B. an die Grundrechte, bleiben bestehen (Burgi 2008: 59; Schmidt am Busch 2007). Das systematische Problem besteht darin, dass zwar ei-

⁷ Bislang ist hierfür eine „vom Träger in Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde benannte Person außerhalb der Abteilung“ (§ 5 Abs. 3 HambMVollzG) zuständig.

nerseits in der (auch juristischen) Literatur eindeutig von einer Privatisierung des Maßregelvollzugs (oder doch von einer „Privatisierung im Maßregelvollzug“; Pollähne 2008: 151) die Rede ist, dass aber andererseits streng rechtswissenschaftlich betrachtet eine *Beleihung* keine Privatisierung darstellt (Maurer 2009: 7), weil hier gerade Private *hoheitlich* tätig werden.

Das Dilemma kann hier nicht systematisch aufgelöst werden, sondern nur pragmatisch, indem der Begriff der *funktionalen Privatisierung* in dem Sinne verwendet wird, dass eine Aufgabe beim Staat verbleibt, an ihrer Erfüllung aber Private beteiligt werden (Maurer 2009: 5). Allerdings sollten zwei Prämissen für die Verwendung dieses Begriffs deutlich gemacht werden. Erstens handelt es sich bei dieser Art der Übertragung von Aufgaben mit Grundrechtseingriffen durch Beleihung um eine deutlich weitergehende Art der funktionalen Privatisierung als beispielsweise beim Outsourcen von Wäscherei oder Küche (z. B. Schulten/Böhlke 2009: 102f.). Zweitens: Auch wenn die eigentliche Aufgabe des MRV nicht materiell privatisierbar ist, der Staat sich dieser Aufgabe also nicht entäußern kann, werden mit dem Verkauf der Einrichtung, in der der MRV durchgeführt wird, Fakten geschaffen, die nicht ohne Auswirkung auf die Art der Aufgabenwahrnehmung bleiben können. Zumindest die Vorstellung einer nur bedingten und reversiblen Einbindung Privater erscheint jedenfalls fraglich. Unter diesen Prämissen wird hier mit einer Privatisierungstypologie gearbeitet, die eine nur *formelle* von einer *funktionalen Privatisierung* im Sinne der Übernahme der Durchführung des MRV durch Private unterscheidet.

Allerdings sind sowohl hinsichtlich der Typologie (Idealtypen) als auch hinsichtlich ihrer *Anwendung* auf den Einzelfall (Realtypen) einige Differenzierungen erforderlich. Erstens findet eine Übertragung des MRV nicht nur auf privatwirtschaftliche, sondern auch auf frei-gemeinnützige (kirchliche und kommunale) Träger statt (Pollähne 2008: 147). Auch dies ist zunächst einmal eine Art der Privatisierung. Ob diese Träger eher wie staatliche oder wie privatwirtschaftliche Träger zu verstehen sind, hängt von der Fragestellung ab. Im Hinblick auf die Frage der Übertragung von staatlichen Aufgaben ist die Beleihung von gemeinnützigen Trägern mit den Eingriffsbefugnissen des MRV ähnlich wie die von privatwirtschaftlichen zu sehen: es sind nicht-staatliche Akteure, die hier zu Grundrechtseingriffen befugt sind und zugleich die Sicherheit der Allgemeinheit schützen sollen. Im Hinblick auf die wirtschaftliche Orientierung sind die gemeinnützigen eher mit den staatlichen Trägern gleichzusetzen, insofern ihr Organisationsziel nicht in der Erzielung von Gewinnen liegt.

Tabelle 1: Typen der Privatisierung des Maßregelvollzugs in den Bundesländern

Funktionale Privatisierer	Formelle Privatisierer	Nicht-Privatisierer
Länder, die die Einrichtungen verkauft und die Aufgabe des MRV durch Beleihung einem oder mehreren privaten Träger(n) übertragen haben.	Länder, die die MRV-Einrichtungen in eine private Rechtsform (GmbH oder gGmbH) umgewandelt haben, deren Eigentümer jedoch vollständig das Land (bzw. ein Kommunalverband) bleibt.	Länder, die rechtlich keine Übertragung auf Private vorsehen oder diese jedenfalls nicht in relevantem Umfang wahrgenommen haben.
<ul style="list-style-type: none"> - Thüringen (2002) - Mecklenburg-Vorpommern (2004) - Hamburg (2005) - Schleswig-Holstein (2005) - Brandenburg (2006) - Niedersachsen (2007) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sachsen-Anhalt (gGmbH 2000) - Bremen (gGmbH 2004) - Hessen (gGmbH des LWV 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bayern - NRW - Berlin - Sachsen - Baden-Württemberg - Rheinland-Pfalz - Saarland

Zweitens stimmt die in den Ländern vorfindbare Realität immer nur bedingt mit diesen Idealtypen überein. Hier sind zwei Ebenen zu unterscheiden: zum einen die *gesetzliche* Ebene, auf der eine Privatisierung des MRV durch Beleihung vorgesehen sein muss, zum anderen die Ebene der konkreten Kliniken. Die rechtliche Möglichkeit, MRV-Einrichtungen an nicht-staatliche Träger zu übertragen, besteht inzwischen in 15 von 16 Bundesländern (Volckart/Grünebaum 2009: 299; Baur 2010: Rn. C 61). Erst wenn eine oder mehrere Einrichtungen tatsächlich an einen privaten Betreiber verkauft werden und dieser Betreiber durch einen Beleihungsvertrag die Durchführung des MRV übertragen bekommen hat, liegt eine *funktionale Privatisierung* im hier verstandenen Sinne vor. Die Gesetzesänderung ist somit eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine Privatisierung. Der Befund für ein Land kann dementsprechend gemischt sein. Das heißt, es gibt Länder, die zwar gesetzlich eine Privatisierung vorsehen, diese aber nicht oder nur in untypischen Ausnahmefällen tatsächlich realisiert haben (z. B. NRW und Bayern⁸). Diese werden hier unter die Nicht-Privatisierer

⁸ In NRW gibt es zwei Ausnahmen für MRV-Kliniken mit speziellem Auftrag. Diese befinden sich in kirchlicher Trägerschaft (Diakonie in Duisburg für § 64-Unterbringungen; Alexianer-Brüdergemeinschaft in Münster für intelligenzgeminderte Personen nach § 63). In Bayern wurde den Bezirken die Möglichkeit einer formellen Privatisierung einräumt; diese Möglichkeit wurde nur vom Bezirk Oberpfalz wahrgenommen. Die Bezirke Oberbayern, Oberfranken, Mittelfranken und Schwaben haben ihre Bezirkskliniken inzwischen in Kommunalunternehmen umgewandelt. Weiterhin als Regiebetriebe laufen die MRV-Kliniken

subsumiert. Ebenfalls in die Kategorie der Nicht-Privatisierer wird Berlin gefasst, weil hier der Maßregelvollzug als solcher bewusst in staatlicher Verantwortung bleibt, wenngleich in größerem Umfang periphere Dienstleistungen ausgelagert wurden.

In Niedersachsen ist das Bild sehr gemischt, aber der Umfang der Privatisierung (sieben von neun Einrichtungen privatisiert, davon drei an gewerbliche und vier an gemeinnützige Träger) rechtfertigt es, das Land unter die funktionalen Privatisierer zu fassen, auch wenn hinzukommt, dass die Aufgabenübertragung gerade im Bereich der Grundrechtseingriffe vielfältige Ausnahmen vorsieht.

Wie in diesem Abschnitt geschildert und in Tabelle 1 dargestellt, gehören Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Schleswig-Holstein, Brandenburg und Niedersachsen zu den *funktionalen Privatisierern*, Sachsen-Anhalt, Bremen und Hessen zu den *formellen Privatisierern*. Bayern, NRW, Berlin, Sachsen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und das Saarland sind hingegen (bislang) *Nicht-Privatisierer*.

Die bisherigen Erhebungen zur Trägerschaft der insgesamt bestehenden MRV-Kliniken sind unvollständig: Strohm konnte bei ihrer Befragung von 67 Klinikleitern 2007/2008 einen Rücklauf von 76 % verzeichnen. Von den 50 Kliniken, für die Strohm Informationen vorlagen, befinden sich 58 % in öffentlicher Trägerschaft, 15 % in rein privater Trägerschaft und der Rest in privat-gemeinnütziger Trägerschaft (kirchlich, kommunal etc.). In den ostdeutschen Bundesländern liegt der Anteil rein privater Kliniken bei 21,5 %, in den westdeutschen bei 11,1 % (Strohm 2008: 183). Nach unserer Gesamterhebung befinden sich von 72 Maßregelvollzugseinrichtungen 53 (73,6 %) weiterhin in staatlicher Hand, sieben Einrichtungen sind in den Händen gemeinnütziger Träger. 12 Einrichtungen (16,7 %) befinden sich in „echter“ privater Trägerschaft. Pollähne geht davon aus, dass sich knapp 30 % der Plätze bundesweit in privaten Einrichtungen befinden (Pollähne 2008: 147). Dieser Wert wird in etwa erreicht, wenn man auch die formell privatisierten und gemeinnützigen Einrichtungen hinzurechnet.

4. Politikwissenschaftliche Perspektiven

Auch wenn bereits die Erfassung von Privatisierungsmustern und damit die Identifikation des Ausmaßes der Privatisierung (mithin die Erhebung der abhängigen Variable) einen deutlichen Erkenntnisfortschritt darstellen kann, verfolgt die verwaltungswissenschaftliche wie auch die

politikfeldanalytische Privatisierungsforschung zwei wesentliche, darüber hinausgehende Ziele: erstens geht es darum, die *Ursachen* der Privatisierung insgesamt und die Gründe für die *Varianz* in der Privatisierung zu erklären (Boix 1997; Fink/Schneider 2004; Schneider/Tenbücken 2004; Zohlnhöfer/Obinger 2005): Warum haben sechs von 16 Bundesländern den MRV funktional und weitere drei formell privatisiert, sieben aber nicht? Zweitens geht es darum, die *Auswirkungen* der Privatisierung auf die Aufgabenerfüllung zu ermitteln (z. B. Blum/Schubert 2009: 15; Kuhlmann 2009). Beides sind anspruchsvolle Anliegen, die der systematischen Analyse vielfältiger Entwicklungen in den 16 Ländern bedürfen. An dieser Stelle können nur erste Überlegungen hierzu skizziert werden.

4.1 Ursachen der Privatisierung und der Varianz in der Privatisierung

Über die Gründe für die Privatisierung allgemein finden sich in der wissenschaftlichen Literatur über den Maßregelvollzug allenfalls implizite, alltagstheoretisch inspirierte Annahmen. Demnach wurde der MRV vor allem privatisiert, um leichteren Zugang zu Investitionskapital für den Ausbau bestehender und die Errichtung neuer Einrichtungen zu erhalten. Auch wird die Vermutung geäußert, die Privatisierung sei erfolgt, weil man von den Privaten eine effizientere und kostengünstigere Erledigung der Aufgabe erwarte (Bron 2004; PWC 2005: 8; Willenbruch/Bischoff 2006; Schwerdtfeger 2008; Kammeier 2007: 87; Schott 2007; Strohm 2008; vgl. auch Salewski 2001; Mühlenkamp 2008; kritisch: Pollähne 2008: 149f.; Kammeier 2010: Rn. A 77ff.). Mit der geringfügig anders gelagerten Frage, *warum* sechs von 16 Bundesländern den MRV funktional privatisiert haben, drei „nur“ formell und immerhin sieben nichts dergleichen unternommen haben, befassen sich selbst diejenigen Beiträge nicht, die sich ausgiebig den Unterschieden zwischen den Ländern widmen (z.B. Pollähne 2000; Bron 2004; Kammeier 2007; Köhler/Kallert 2009). An dieser Stelle können nur, ausgehend von den allgemeinen Befunden der vergleichenden Privatisierungsforschung (z. B. Boix 1997: 495; Fink/Schneider 2004; Zohlnhöfer/Obinger 2005), erste Eindrücke aus dem Feld der MRV-Privatisierung und plausible Vermutungen in Hypothesen überführt werden, die dann im weiteren Forschungsverlauf systematisch überprüft werden müssen.

Was die Triebkräfte der Privatisierung des MRV insgesamt betrifft, erscheint die Interpretation, die Privatisierung sei eine Antwort auf die oben skizzierten Probleme des Maßregelvollzugs, eher als eine „retrospektive Rationalisierung“ (Lascombes/Le Gales 2007: 9), die dem verbreiteten Problemlösungsbias⁹ der Politikfeldanalyse (vgl. Mayntz 2001; Greven 2008)

⁹ Als Problemlösungsbias bezeichnet man (kritisch) eine Sichtweise politischer Prozesse in der Steuerungstheorie und der Politikfeldanalyse, die nicht fragt, „ob politische Akteure primär an der Lösung gesellschaftlicher Probleme orientiert sind, sondern unterstellt, dass dieses ihr dominantes Ziel [...] ist“ (Mayntz

zuzurechnen ist. Vielmehr gibt es in vielen Ländern deutliche Hinweise darauf, dass die Privatisierung des MRV eher als „Nebenprodukt“ der Privatisierung der Landeskrankenhäuser insgesamt zustande gekommen (vgl. hierzu Klenk/Nullmeier 2010: 34) und eben nicht als „Lösungsstrategie“ für die Probleme des Maßregelvollzugs selbst zu verstehen ist. Dafür spricht u. a., dass in keinem einzigen Land der MRV alleine privatisiert worden ist, sondern dies immer im Kontext einer Privatisierung aller Landeskliniken erfolgte (PWC 2005: 103). Die „Mit-Privatisierung“ des Maßregelvollzugs, der zumeist an die Allgemeinpsychiatrie angebunden ist (vgl. Grünebaum/Volckart 2009; Kammeiner 2010), war dabei offenbar entweder bewusst eingeplant bzw. mit bedacht worden, was aus den Parlamentsprotokollen und Drucksachen z. B. für Brandenburg (vgl. Drucksache 3/6951), Hamburg (vgl. Drucksache 18/849) oder Sachsen-Anhalt¹⁰ hervorgeht, oder aber sie erfolgte „versehentlich“, worauf die sehr späte Schaffung der notwendigen rechtlichen Grundlagen etwa in Bremen (s. u.) und Schleswig-Holstein hindeuten (vgl. Landtagsprotokolle 15/118, 15/126). So beschreibt Pollähne beispielsweise die (nur formelle) Privatisierung in Bremen:

„Nach der politischen Grundsatzentscheidung zur Privatisierung aller Kliniken geriet schließlich auch die Psychiatrie in den Blick, die konsequent in die Privatisierung einbezogen wurde, wobei man aber zunächst [...] die Forensik übersah. Deren Privatisierung wurde eilig nachgeholt und sondergesetzlich abgesichert.“ (Pollähne 2008: 139).

Um die erhebliche Varianz in den Privatisierungsentscheidungen zwischen den Bundesländern zu erklären, müsste man daher die gängige erklärende Variable „*Problemdruck*“ (Zohlhöfer/Obinger 2005: 609; Hildebrandt/Wolf 2008: 16) nicht auf die MRV-immanente Entwicklung, sondern auf die Haushaltslage des Landes im Allgemeinen und die Situation der Landeskrankenhäuser im Besonderen anwenden (Hohagen 2007: 1087). Demnach ist eine Privatisierung des MRV dort wahrscheinlich, wo die Haushaltslage des Landes und die Situation der Landeskliniken bzw. eine dezidierte Haushaltskonsolidierungspolitik eine Privatisierung der Kliniken als Lösung erscheinen lassen – weil das Land damit der Finanzierung von Defiziten und den Investitionen entkommt und durch den Verkauf des „Tafelsilbers“ auch noch kurzfristig den Haushalt entlasten kann (siehe exemplarisch die Diskussion in Niedersachsen, Plenarprotokolle 15/69, 15/79, 15/92, 15/99, 15/109 und 15/113; zur Konsolidierungspolitik der Länder: Wagschal/Wenzelburger 2009).

2001: 19). Diese Sichtweise führt zu einer Idealisierung von Politik als „Problemlösung“ und blendet systematisch Aspekte wie Macht, Ideologien oder Zufall aus (Greven 2008: 27; Töller 2011).

¹⁰ Aufgrund rechtlicher Bedenken wurde die MRV-Privatisierung zunächst ausgenommen, aus fachlichen Gründen später aber vollzogen (vgl. Landtagsprotokoll 3/8, Drucksache 3/783).

Ein weiterer Erklärungsfaktor ist die *Pfadabhängigkeit*: Dort, wo Modernisierungsstrategien *im öffentlichen Bereich* erfolgreich waren (wie die Umwandlung der Landeskliniken in AöR in Baden-Württemberg, siehe Landtagsprotokoll 14/53ff.), so dass die Landeskliniken nicht als fiskalisches Problem erscheinen, ist eine Privatisierung der Landeskliniken (und damit auch des MRV) weniger wahrscheinlich.¹¹ Einem anderen Entwicklungspfad folgten die meisten ostdeutschen Länder. Hier musste die Forensik nach der Vereinigung überhaupt erst aufgebaut werden, daher waren die Strukturen weniger verfestigt und eine Privatisierung leichter möglich.

Des Weiteren wird auch *Institutionen* eine Rolle zur Erklärung von Privatisierungspolitiken zugerechnet, da sie Akteurshandeln ermöglichen und beschränken und auch Einfluss darauf haben, wie Akteure ihre Interessen definieren (Hall/Taylor 1996; Zohnhöfer/Obinger 2005: 611). In unserem Zusammenhang sind vor allem zwei institutionelle Settings von Bedeutung: zum einen die Eignerschaft der MRV-Einrichtungen und zum anderen die Trägerschaft. In Ländern, in denen die MRV-Einrichtungen dem Land nicht gehören, ist der Anreiz für eine Privatisierung geringer, weil das Land damit auch nicht den Erlös für den Verkauf des „Tafelsilbers“ einstreichen kann. In Ländern, in denen der MRV von eigenständigen, vom Land mehr oder weniger unabhängigen organisatorischen Einheiten (und nicht vom Land selbst) wahrgenommen wird, gibt es zudem einen „natürlichen Widerstand“ gegen jegliche Privatisierungsbestrebungen. Beides zusammen wirkt als Privatisierungsbremse. Damit erklärt sich die ablehnende Haltung sowohl Bayerns als auch Nordrhein-Westfalens gegen eine Privatisierung des MRV daraus, dass im ersten Fall die Bezirke, im zweiten Fall die Landschaftsverbände für die Durchführung des MRV zuständig sind. Beide hätten im Fall einer Privatisierung fundamentale Aufgabenbereiche einzubüßen. In Bayern haben die Bezirke eine Privatisierung explizit verhindert, in NRW ist eine Diskussion hierzu gleich weitgehend unterblieben.¹² Näher betrachtet werden müsste auch die Größenordnung der MRV-Kliniken in den einzelnen Bundesländern, da sich z.B. die Übernahme für die potentiellen privaten Träger erst ab einer bestimmten Größenordnung lohnt.

¹¹ In Hamburg scheiterte hingegen eine solche Modernisierungsstrategie *im öffentlichen Bereich* mit dem LBK: Die Zentralisierung der städtischen Krankenhäuser im Landesbetrieb Hamburger Krankenhäuser (LBK) in den 1980er Jahren und dessen Umwandlung in eine AöR 1995 konnten die bestehenden finanziellen Probleme nicht lösen bzw. verursachten neue Probleme (Ries-Heidtke/Böhlke 2009: 132). Zwar heißt das nicht, dass damit eine Privatisierung zwingend gewesen wäre, aber es bestand ein erheblicher Problemdruck, der eine Privatisierung für politische Akteure als bedenkenswerte Option erscheinen ließ.

¹² Aber auch über diese sehr prägnanten institutionellen Unterschiede hinaus weisen die Länder große Variationen zwischen den psychiatrischen Versorgungssystemen auf (Kammeier 2007: 75), etwa im Hinblick darauf, ob der MRV in Spezialkliniken oder integriert in die sonstige psychiatrische Versorgung stattfindet.

Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob die Verwaltungsstruktur der Länder eine Rolle spielt. Jedenfalls haben die dreigliedrig strukturierten Länder (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, NRW und Rheinland-Pfalz; Reiners 2010) den MRV bislang nicht privatisiert, während Niedersachsen, welches die Mittelinstanzen 2004 abgeschafft hat, als Privatisierer ins Auge fällt.

Zwar wird allgemein auch der *Parteiendifferenzhypothese* hohe Erklärungskraft für unterschiedliche Privatisierungspolitiken eingeräumt, da die ideologischen Positionen der politischen Parteien zu Staat und Markt im Allgemeinen und zu öffentlichen Unternehmen im Besonderen eine elementare Trennschiene zwischen linken und konservativen Parteien darstellen (Zohlnhöfer/Obinger 2005: 609). Nachdem noch in den 1980er Jahren konservative Regierungen eindeutig eine größere Disposition zu umfassenden Privatisierungsmaßnahmen aufgewiesen hatten als linke Regierungen (Boix 1997: 495), schwächte sich jedoch in den 1990er Jahren insbesondere innerhalb der EU der Einfluss von Parteiendifferenzen auf Privatisierungspolitiken stark ab (Fink/Schneider 2004: 228ff.; Allan/Scruggs 2004): rechte und linke Regierungen privatisierten gleichermaßen, mit einigen begrenzten Ausnahmen (Zohlnhöfer/Obinger 2005: 606; 609f.). In der neueren Gesundheitspolitik erscheint Parteipolitik ebenfalls nicht als entscheidender Bestimmungsfaktor (Gerlinger/Mosebach 2009: 15). Diese parteipolitische Nullhypothese scheint sich bei vorläufiger Betrachtung auch für den Maßregelvollzug zu bestätigen. Grundsätzlich gibt es (wider Erwarten) Länder, die unter SPD-Regierungen privatisiert haben (z. B. Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern), ebenso wie CDU-geführte Länder, die nicht (z. B. Baden-Württemberg, NRW, Saarland) oder nur formell (Hessen) privatisiert haben. Parteien, die in einem Land für eine Privatisierung stimmten, waren in anderen Ländern dagegen (z. B. Position von SPD [Befürworter] und FDP [Gegner] in Schleswig-Holstein vs. SPD [Gegner] und FDP [Befürworter] in Niedersachsen).

4.2 Auswirkungen der Privatisierung

In einem weiteren Schritt sind auch die Folgen der Privatisierung zu ermitteln. Dieses Anliegen folgt letztlich einem institutionentheoretischen Ansatz, wonach die institutionellen Strukturen, in denen Leistungen erbracht werden, Auswirkungen auf die Leistungen selbst haben (siehe z. B. Kuhlmann 2009).

In der Literatur werden die möglichen Folgen der Privatisierung des MRV allenfalls am Rande und keinesfalls systematisch untersucht (z. B. Pollähne 2008; Schott 2007). Allerdings winden sich vielfältige Befürchtungen durch die Publikationen. Kritiker der Privatisierung des MRV fürchten u.a., das Personal in den privatisierten Kliniken könnte in die Lage geraten, „die unausweichlichen Gegensätze zwischen den markt- und betriebswirtschaftlichen Interessen der neuen Dienstherren und dem rechts- und sozialstaatlichen Schutzauftrag der Gesellschaft aushalten und ggf. ‚ausbaden‘ zu müssen“ (Pollähne 2007: 142). Erwartet werden „reduzierte Qualitätsstandards durch Personalverringerung, Senkung der Qualifikationsrate der Mitarbeiter und Minimierung der therapeutischen Angebote, Rückgang der Lockerung bei mangelnden Rehabilitationsbemühungen zur Steigerung der Belegung, vermehrte Zwischen-

fälle und Sicherheitsmängel...“ (vgl. Strohm 2008: 176; PWC 2005: 8), die Ersetzung von teurem qualifiziertem Personal durch billiges Bewachungspersonal, trügerische Sicherheit durch kategorisches Wegsperrern statt differenzierter Therapie (Schott 2007: 108; Pollähne 2006, 2008). Empirische Erhebungen zu den Auswirkungen der Privatisierung liegen jedoch bislang nicht vor (Strohm 2008: 176).

Die Annahmen, die den skizzierten Überlegungen zugrunde liegen, sind allerdings meist diffus. Bei einer systematischen Rekapitulation der in der Literatur diskutierten Effekte lassen sich eine Reihe von vermuteten Wirkungen der Krankenhausprivatisierung im Bereich des MRV herausdestillieren: Angenommen wird, dass privatwirtschaftliche Unternehmen aufgrund ihrer Strukturen, insbesondere des betrieblichen Managements und der unternehmerischen Kompetenz, und auch aufgrund ihres Gewinnstrebens effizienter mit vorhandenen Mitteln umgehen (PWC 2005: 102; Franke 2008: 207; Schulden/Böhlke 2009: 97). Hier müsste die Aufgabenübertragung auf nicht-gewinnorientierte frei-gemeinnützige Träger als ‚Sonderfall‘ der Privatisierung in den Blick genommen werden. Zudem kann man davon ausgehen, dass private Betreiber „Überschüsse“ für ihre Anteilseigner erwirtschaften (Klenk/Nullmeier 2010: 34). Beides, Effizienzsteigerung und Profitstreben, könnte auf moderaten bis starken Druck v. a. auf die Personalkosten (die etwa 60 % der Kosten in Kliniken betragen) hinauslaufen (Schulden/Böhlke 2009: 108). Druck auf die Ausgaben kann zu Kompromissen bei der Qualität der medizinischen Versorgung und ggf. auch bei der Sicherung führen (s. u.).

Außerdem sind private, anders als öffentliche Betreiber an viele Auflagen (z.B. Tarifverträge für den öffentlichen Dienst, Schulden/Böhlke 2009: 108) nicht gebunden, so dass sie auf vielfältige Herausforderungen flexibler reagieren können. Auch nimmt man an, dass Private verstärkt periphere Aufgaben wie Küche und Reinigung auslagern (PWC 2005: 93). Zudem erwartet man von den privaten Trägern, die einem zunehmenden Konzentrationsprozess unterworfen sind (Klenk/Nullmeier 2010: 47), dass sie über eine Spezialisierung und eine Expertise in der Führung von Kliniken verfügen und auch nach außen hin durchsetzungsfähig sind. Schließlich wird angenommen, dass die private Rechtsform den Zugang zu Investitionskapital erleichtert (Franke 2008: 209).¹³ Für die Zukunft ist es denkbar, dass mit der zunehmenden Börsennotierung der Klinikkonzerne auch Krankenhäuser verstärkt ins unsichere Fahrwasser der Kapitalmärkte geraten (Klenk/Nullmeier 2010: 49; Gerlinger/Mosebach 2009: 30).

¹³ Allerdings haben privatwirtschaftliche Kliniken gegenüber öffentlichen auch Nachteile: So können sie bei der Beschaffung von Kapital nicht von der Anstaltslast bzw. der Gewährträgerhaftung profitieren, die Risiken und damit Kosten reduzieren, und sie sind zunächst grundsätzlich steuerpflichtig, auch wenn es eine Reihe von Ausnahmen gibt (Franke 2008: 205ff.).

Zu untersuchen wären im Einzelnen die Auswirkungen der Privatisierung auf die *Kosten*, auf die *Investitionstätigkeit*, auf die *Leistungsqualität* und auf die staatliche *Steuerungsfähigkeit*.

Die Kostenfrage, also ob Private in diesem Bereich wirklich effizienter arbeiten, ist nicht leicht zu beantworten, da dies die Existenz valider, vergleichbarer Kostendaten erfordert. Zwar werden im sogenannten „Kerndatensatz“ seit einigen Jahren für alle Länder, außer Bayern und Baden-Württemberg, Daten über die Tagessätze im Maßregelvollzug gesammelt (Jaschke/Oliva 2010: 20). Aber es gibt in der Literatur wie auch unter Experten Zweifel an der Vergleichbarkeit dieser Daten, da sie in den verschiedenen Ländern zum Teil nur die laufenden Kosten, zum Teil aber auch Investitionskosten enthalten (vgl. Kammeier 2002, 2007). Die Beantwortung der Kostenfrage macht es mithin zunächst notwendig, die Verlässlichkeit der Kostendaten genauer zu überprüfen. Unterstellt wird in diesem Zusammenhang häufig, dass die Privaten ein Interesse an der Verlängerung der Aufenthalte hätten, um die Menge der Untergebrachten wie auch die Gesamtkosten pro Patient und damit insgesamt ihre Einnahmen zu steigern (vgl. Schott 2007: 108). Daher muss, um Fallkosten und denkbare Einsparungen ausmachen zu können, auch die Verweildauer der Patienten betrachtet werden (Kammeier 2002).

Die Problematik der Frage, ob die Privatisierung und die damit erwartbaren Kosteneinsparungen (s. o.) zu einer *Leistungsverschlechterung* führen müssen (für den Strafvollzug vgl. Mühlenkamp 2008: 40ff.), beginnt nicht mit der Verfügbarkeit valider Daten, sondern mit der Operationalisierung von Leistung. Leistungsqualität ist grundsätzlich keine leicht zu bestimmende Größe, denn die Abbildung komplexer Sachverhalte durch Indikatoren stößt prinzipiell an Grenzen (Mühlenkamp 2008: 42f.; Kuhlmann et al. 2004). Die Leistungskriterien für „normale“ Kliniken (Schulten/Böhlke 2009: 115) erscheinen nur begrenzt übertragbar¹⁴, da die Leistung im Fall des Maßregelvollzugs kaum vergleichbar ist (vgl. zum Strafvollzug Mühlenkamp 2008: 40ff.). Die im MRV angestrebte Qualität ist in sich ambivalent (s.o.): Geht es um die Qualität der psychiatrischen Behandlung („Besserung“) oder um die für die Allgemeinheit sichere Verwahrung der Straftäter („Sicherheit“)? Es geht um beides, und beides steht mitunter in einem deutlichen Spannungsverhältnis zueinander (s. u.; vgl. auch Entorf 2010; Niess 2010: 19). Sinnvoll erscheint – in Anlehnung an Mühlenkamp (2008: 42f.) –, eine Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorzunehmen (vgl. PWC 2005: 97f.).

Unter *Strukturqualität* wäre die Sicherheitstechnik, (Über-) Belegung, Zellengröße, der Personalschlüssel, die Ausbildung und der Status des Personals sowie die Entwicklung des Perso-

¹⁴ Bislang liegen Leistungsvergleiche zwischen privaten und öffentlichen Kliniken (nicht MRV) nur für die USA vor, was die Übertragbarkeit weiter einschränken dürfte (Schulten/Böhlke 2009: 115).

nals im Zeitverlauf zu ermitteln. Prinzipiell können Einsparungen im Personalbereich durch Private sowohl durch effizienteren Personaleinsatz als auch durch Lohnsenkungen und Personalabbau (insbesondere in der Pflege) erreicht werden (Mühlenkamp 2008: 41). Hier weist die Befragung von Strohm jedenfalls darauf hin, dass in privaten und privat/gemeinnützigen MRV-Kliniken bislang eher Personal reduziert wurde als in öffentlichen Einrichtungen, aber auch, dass in den ostdeutschen Bundesländern eher Personal reduziert wurde als in den westdeutschen Bundesländern (Strohm 2008: 190).

Unter *Prozessqualität* wären Therapieangebote, Beschwerden, aber auch die Häufigkeit von Zwischenfällen und „Entweichungen“ (Strohm 2008: 176; Jaschke/Oliva 2010) zu fassen.

Komplizierter ist die Bestimmung sinnvoller Kriterien für *Ergebnisqualität*: So ist jedenfalls ein wesentliches Ziel des Maßregelvollzugs nach § 63 der Schutz der Allgemeinheit, denn sonst könnte man die schuldunfähigen oder gemindert schulfähigen Straftäter auch in die Freiheit entlassen. Insofern wäre *ein* brauchbarer Indikator für die Leistungsqualität in Einrichtungen des MRV die *Rückfallquote* (z. B. Pollähne 2008: 148). Denn wer nach Entlassung einschlägig rückfällig wird, ist entweder nicht ausreichend gebessert oder zumindest nicht lange genug gesichert worden.

Wenn man den mehrfach geäußerten Verdacht, die privatisierten Kliniken strebten aus Kostengründen danach, die Patienten möglichst lange zu behalten und unterstützten daher eine restriktive Lockerungspraxis (vgl. Strohm 2008: 179; Stolpmann 2010: 30), verfolgt, dann bietet sich die Anzahl bzw. der Anteil der *Lockerungen* als Indikator für Qualität an, wobei freilich eine Lockerung nur dann eine Leistung im Sinne von Qualität darstellt, wenn von dem Untergebrachten keine Gefahr mehr ausgeht. Als ähnlich ambivalenter Indikator für die Leistung des MRV gilt die *Verweildauer* der Untergebrachten (Pollähne 2008; Niess 2010: 21).

Insbesondere für die Kosten, Investitionstätigkeit und einige Leistungsparameter liegen allerdings zum Teil Daten gar nicht, zum Teil nicht aus der Zeit vor der Privatisierung vor, was eine Ermittlung der tatsächlichen Privatisierungseffekte (vorher-nachher) erschwert. Hilfsweise können die skizzierten Parameter im Vergleich privatisierter und nicht privatisierter Kliniken erhoben werden, aber hier gibt es wiederum eine Reihe von weiteren Unterschieden, die die Varianz in den untersuchten Parametern nur schwer alleine der öffentlichen oder privaten Trägerschaft zurechnen lassen.

Zum Gemeingut der Privatisierungsforschung gehört die Erkenntnis, dass mit der Privatisierung von Staatsaufgaben meist eine Zunahme von Regulierung und Kontrolle verbunden ist. Daher stellt sich zunächst allgemein die Frage nach der Auswirkung der Privatisierung auf die staatliche Steuerungsfähigkeit in diesem Bereich (vgl. allgemein Sack 2006: 59ff.). Zwar gilt es als die Besonderheit der Privatisierung durch Beleihung, dass dem Staat erhebliche Steuerungsmöglichkeiten verbleiben (Schmidt am Busch 2007: 533), aber für die Länder mit privatisiertem MRV wäre eben noch zu untersuchen, ob und in welcher Hinsicht die Länder die Ausübung des privatisierten MRV zu steuern beabsichtigen (etwa hinsichtlich der Investitionstätigkeit, des Ausbaus von Kapazitäten, der Kosten oder der Behandlungs- oder Sicher-

heitsstandards) und ob die verbleibenden Steuerungs- bzw. Regulierungsinstrumente (z. B. Minderheitsbeteiligungen, Beleihungsverträge, Vereinbarungen über Kosten, Beamtenstatus oder Bestellung, Rechts- und Fachaufsicht, ggf. mit Weisungsbefugnis, Widerspruchsverfahren, Besuchskommissionen etc.) eingesetzt werden und ob sie relevante Steuerungsmöglichkeiten eröffnen.

In diesem Zusammenhang muss auch diskutiert werden, inwieweit diese Steuerungsinstrumente die verfassungsrechtlich gebotene rechtsstaatliche Absicherung des Grundrechtseingriffs nach der Privatisierung (noch) ermöglichen. Es wurde bereits betont, dass der Maßregelvollzug für die ihm Unterworfenen massive Grundrechtseingriffe mit sich bringt. Daher hebt die juristische Diskussion zu Recht stark darauf ab, dass im Verfassungsstaat, sofern die Privatisierung der Durchführung dieser Aufgabe durch Beleihung zulässig ist, die staatlichen Kontrollverfahren angemessen ausgestattet werden müssen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Kontrolle der Wahrnehmung dieser übertragenen Aufgabe durch die Gewährleistung staatlicher Fachaufsicht abgehoben (Grünebaum 2006: 56; Willenbruch/Bischoff 2006; Niedersächsischer Staatsgerichtshof 2008). Der Niedersächsische Staatsgerichtshof hat in diesem Zusammenhang argumentiert, das Demokratieprinzip verlange eine Überprüfung der Aufgabenwahrnehmung durch eine Fachaufsicht *mit Weisung*. Zudem wird auf die personelle Legitimation derjenigen verwiesen, die die Grundrechtseingriffe vornehmen (ärztliches und pflegerisches Personal), die das Gericht nur dann gewährleistet sieht, wenn diese Personen durch die Bestellung zu Verwaltungsvollzugsbeamten eine staatliche Legitimation erhalten (was ggf. auch einen staatlichen Zugriff, sei es über die Personalauswahl oder über beamtenrechtliche Disziplinarverfahren, erlauben würde; Niedersächsischer Staatsgerichtshof 2008).

Die Diskussion über den (mangelnden oder wünschenswerten) Beamtenstatus der Mitarbeiter in den MRV-Einrichtungen könnte aber nur dann überzeugen, wenn *vor* der Privatisierung bzw. in nicht-privatisierten Einrichtungen ärztliches und pflegerisches Personal einen Beamtenstatus inne hatte bzw. hätte, was aber meist nicht der Fall ist (Grünebaum 2006: 48); die Mitarbeiter sind auch hier häufig „nur“ Angestellte des Öffentlichen Dienstes.

So wichtig es auch erscheint, dass im Verfassungsstaat Private nicht unlegitimiert und unkontrolliert in die Grundrechte Dritter eingreifen können, so geht nach einem ersten, wenngleich noch vorläufigen Eindruck diese Diskussion doch am eigentlichen Problem vorbei. Zwar mögen sowohl der Beamtenstatus als auch das Vorsehen einer Weisung für die Fachaufsicht größere Kontroll- und Einflussmöglichkeiten des Staates erlauben, wichtiger scheint aber die institutionelle und personelle Kapazität der aufsichtführenden Fachbehörde zu sein.

5. Resümee

Die drastische Zunahme der im Maßregelvollzug Untergebrachten in den vergangenen 15 Jahren, die ihrerseits teils Folge geänderter gesetzlicher Regelungen, teils eines neuen Sicherheitsdiskurses ist, stellt die Maßregelvollzugseinrichtungen und die für sie finanziell und organisatorisch zuständigen Länder gleichermaßen vor Probleme. Dies ist der Hintergrund, aber wie es scheint nicht die Ursache für weitgehende Privatisierungsentwicklungen in den vergangenen 10 Jahren: Sechs von 16 Bundesländern haben den Maßregelvollzug funktional privatisiert, indem sie die Einrichtungen an private Betreiber verkauft und diese durch Beleihung zur Durchführung des Maßregelvollzugs ermächtigt haben. Drei von 16 Ländern haben formell privatisiert, indem sie die Rechtsform geändert, die Einrichtungen aber in öffentlicher Eignerschaft belassen haben. Immerhin sieben von 16 Ländern haben bislang keine Privatisierung des Maßregelvollzugs vorgenommen.

Die Literatur beschränkt sich bislang auf rechtswissenschaftliche und forensische Studien. Die in dieser Literatur vorherrschende Interpretation der Privatisierung des Maßregelvollzugs als Maßnahme, um die oben skizzierten Probleme des Maßregelvollzugs zu lösen, erscheint nach vorläufiger Sichtung der Daten aus den politischen Prozessen fraglich. Vielmehr entsteht der Eindruck – der aber noch der systematischen empirischen Überprüfung bedarf –, dass die Privatisierung des Maßregelvollzugs eine Art „Kollateralschaden“ der allgemeinen Privatisierung von Landeskrankenhäusern darstellt. Die Frage drängt sich auf, ob man dabei den besonderen Anforderungen des MRV gerecht werden konnte.

Auch hinsichtlich der Ursache der erheblichen *Varianz* zwischen den Ländern konnten bislang lediglich erste Hypothesen entwickelt werden, die die allgemeinen Erkenntnisse der Privatisierungsforschung mit den ersten empirischen Ergebnissen aus den Fallstudien verbinden. Demnach könnte durchaus „Problemdruck“ eine erklärende Variable sein, dieser resultiert aber weniger aus der spezifischen Situation im Maßregelvollzug, sondern vielmehr aus der Haushaltssituation des jeweiligen Landes sowie aus der Aufstellung der jeweiligen Landesklini(en). Während die Parteiendifferenzhypothese hier wenig erklärungskräftig erscheint, sind es insbesondere die institutionellen Kontexte, in denen der MRV organisiert ist, die als Privatisierungsbremse wirken können, wie man insbesondere an den Fällen Bayern und NRW zeigen kann.

Noch weniger Anhaltspunkte gibt es derzeit hinsichtlich der Frage, wie sich die Privatisierung auf den Maßregelvollzug auswirkt. Im Hinblick auf die Kosten gibt es erhebliche Probleme, vergleichbare Daten aufzutun. Ob Private die Aufgabe wirklich effizienter wahrnehmen, kann daher derzeit nicht gesagt werden; das Ergebnis der PWC-Studie für Bayern, die von einem Kosteneinsparungspotential von 4 % ausging, lässt diese Erwartung als eher übertrieben erscheinen. Auch kann eine Aufgabendurchführung durch Private nichts daran ändern, dass die Länder am Ende die laufenden Kosten für den Maßregelvollzug zu tragen haben, auch wenn sie nicht mehr Träger der MRV-Einrichtungen sind.

Ebenfalls Unklarheit herrscht darüber, ob die Privatisierung, wie von vielen vermutet, aufgrund von Personaleinsparungen zu einer Reduzierung der Sicherheit führt, oder ob die privaten Betreiber vielmehr (schon aus Imagegründen) Sicherheit betonen, die Privatisierung aber möglicherweise zu Lasten differenzierter Behandlungsmethoden geht. Anhand der oben skizzierten Parameter müssten hier Daten im Ländervergleich erhoben und ausgewertet werden (siehe ansatzweise Jaschke/Oliva 2010).

Die Frage der staatlichen Steuerungsfähigkeit ist von Bedeutung sowohl im Hinblick auf Kostenaspekte als auch im Hinblick auf die Qualität der „Besserung und Sicherung“. Die rechtswissenschaftliche Diskussion ist zwar hilfreich, indem sie anhand des Kriteriums des Grundrechtseingriffs auf die Sensibilität dieser Staatsaufgabe hinweist. Allerdings ist neben den Grundrechten der Untergebrachten auch das Schutzbedürfnis der Öffentlichkeit vor gefährlichen, massiv gestörten Straftätern zu beachten. Die juristische Diskussion geht aber u. E. in ihrer Fokussierung auf den Beamtenstatus und ggf. die Weisungsbefugnis der Aufsichtsbehörde am eigentlichen Problem vorbei.

Die Privatisierung des Maßregelvollzugs hat in den meisten Bundesländern – mit Ausnahme Niedersachsens – stattgefunden, ohne dass in der Öffentlichkeit diskutiert worden wäre, ob dies eine Staatsaufgabe ist, deren private Durchführung wirklich wünschenswert ist. Dies könnte man als „Schnee von gestern“ abtun, wenn nicht die neueren Entwicklungen Widersprüche aufwerfen würden, die eine – zumindest nachholende – politische Diskussion geboten erscheinen lassen. Einerseits weist der Maßregelvollzug in den letzten zwei Jahren mit einer zunehmend kritischen Diskussion in einigen Ländern und entsprechenden rechtlichen Änderungen eine vorsichtige Trendwende auf – dies ist am Fall Hamburg und der aktuellen Diskussion dort exemplarisch zu zeigen. Damit befindet sich der MRV in guter Gesellschaft mit anderen zuvor privatisierten Staatsaufgaben (man denke an die „Rekommunalisierung“ der Abfallent- und Energieversorgung; Röber 2009); ob dies einen Gesamttrend der Wiederverstaatlichung darstellt, ist derzeit noch nicht abzusehen. Andererseits wird in der Gesundheitspolitikforschung damit gerechnet, dass es in naher Zukunft in Folge der Wirtschaftskrise zu einer „dritten Welle“ der Krankenhausprivatisierung (Schulten/Böhlke 2009: 117) und damit möglicherweise auch weiterer MRV-Einrichtungen kommen wird. Vor dem Hintergrund dieser widersprüchlichen Entwicklungen erscheinen substantielle Erkenntnisse über Muster, Ursachen und Auswirkungen der Privatisierung des Maßregelvollzugs entlang der in diesem Beitrag skizzierten Linien ebenso wichtig wie eine nachholende politische Diskussion.

Literaturverzeichnis

- Allan, James / Scruggs, Lyle 2004: Political Partisanship and Welfare State Reform in Advanced Industrial Societies, in: American Journal of Political Science, Jg. 48, Nr. 3, 496-512.
- Baur, Fritz 2010: Vollzugsgrundlagen, Organisation und Finanzierung, in: Kammeier, Heinz (Hg.): Maßregelvollzugsrecht: Kommentar, 3. neu bearb. Aufl., Berlin, New York: 69-106.
- Blum, Sonja / Schubert, Klaus 2009: Politikfeldanalyse, Wiesbaden.
- Boix, Charles 1997: Privatizing the Public Business Sector in the Eighties: Economic Performance, Partisan Responses and Divided Governments, in: British Journal of Political Science, Jg. 27, Nr. 4, 473-496.
- Bron, Karsten 2004: Maßregelvollzug (Parlamentarischer Beratungs- und Gutachterdienst des Landtags NRW), Information 13/1208 Düsseldorf.
- Broß, Siegfried 2007: Privatisierung öffentlicher Aufgaben: Gefahren für die Steuerungsfähigkeit von Staaten und für das Gemeinwohl? Unter besonderer Berücksichtigung des Straf- und Maßregelvollzugs, in: Saimeh, Nahlah (Hg.): Maßregelvollzug in Zeiten ökonomischer Begrenzung: Forensik 2007, Bonn: 9-27.
- Burgi, Martin 2008: Möglichkeit und Grenzen der Privatisierung von Aufgaben der Strafrechtspflege, in: Dessecker, Axel (Hg.): Privatisierung in der Strafrechtspflege, Wiesbaden: 55-70.
- Dessecker, Axel 2008: Privatisierung in der Strafrechtspflege: Einführung und Überblick, in: Dessecker, Axel (Hg.): Privatisierung in der Strafrechtspflege, Wiesbaden: 11-30.
- Entorf, Horst 2010: Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundsätze einer Kosten-Nutzen-Analyse, in: Fegert, Jörg M. / Schläfke, Detlef (Hg.): Maßregelvollzug zwischen Kostendruck und Qualitätsanforderungen, Lengerich: 87-135.
- Fink, Simon / Schneider, Volker 2004: Die Determinanten nationaler Privatisierungspfade: Parteipolitik, Globalisierungsdruck und institutionelle Rahmenbedingungen, in: Schneider, Volker / Tenbücken, Marc (Hg.): Der Staat auf dem Rückzug: Die Privatisierung öffentlicher Infrastrukturen, Frankfurt am Main: 209-240.
- Franke, Ulrich 2008: Asset Securitization im Gesundheitswesen – Erfahrungen in den USA und anderen Ländern als Basis einer Abwägung von Einsatzmöglichkeiten in Deutschland, Wiesbaden.
- Freise, Ulrich / Jehle Martin-Jörg 2009: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Erziehungsanstalt, in: Schwind, Hans-Dieter/Böhm, Alexander/Jehle, Martin-Jörg / Laubenthal, Klaus (Hg.): Strafvollzugsgesetz – Bund und Länder, Berlin: De Gruyter, S. 921-933.
- Gerlinger, Thomas / Mosebach, Kai 2009: Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik, in: Böhlke, Nils / Gerlinger, Thomas / Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Torsten (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern: Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg: 10-42.
- Greven, Michael Th. 2008: Politik als Problemlösung – und als vernachlässigte Problemursache. Anmerkungen zur Policy-Forschung, in: Janning, Frank / Toens, Katrin (Hg.): Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen, Wiesbaden: 23-33.
- Grünebaum, Rolf 2006: Zur Privatisierung des Maßregelvollzugs – Wie eine Diskussion haarscharf am Kern vorbeigeht, in: Recht & Psychiatrie (R&P), Jg. 24, Nr. 2, 55-59.
- Hall, Peter A. / Taylor, Rosemary C. R. 1996: Political Science and the Three New Institutionalisms (MPIFG Discussion Paper), Köln.

- Koalitionsvertrag 2008: Vertrag über die Zusammenarbeit in der 19. Wahlperiode der Hamburgischen Bürgerschaft zwischen der Christlich Demokratischen Union, Landesverband Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hamburg, GAL, online: http://www.cdu-hamburg.de/27002/Uploaded/2008_koalitionsvertrag.pdf, 28.09.2010.
- Hassemer, Winfried 2000: Die Neue Lust auf Strafe, in: Frankfurter Rundschau, 20.12.2000.
- Hauk, Andreas 2009: Öffentlich-rechtliche Unterbringung und Maßregelvollzug nach dem neuen Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz, in: Recht & Psychiatrie (R&P), Jg. 27, Nr. 4, 174-182.
- Hildebrandt, Achim / Wolf, Frieder 2008: Die Potenziale des Bundesländervergleichs, in: Hildebrandt, Achim/Wolf, Frieder (Hg.): Die Politik der Bundesländer: Staatstätigkeit im Vergleich, Wiesbaden: 7-10.
- Hohagen, Fritz 2007: Privatisierung in Psychiatrie und Psychotherapie – zwischen Shareholder Value und öffentlich-rechtlicher Gesundheitsfürsorge, in: Der Nervenarzt, Jg. 78, Nr. 9, 1082-1093.
- Jaschke, Heinz / Oliva, Hans 2010: Kerndatensatz im Maßregelvollzug: Teil 1: Auswertungen, Kennzahlen, Relationen, Teil 2: Tabellenband.
- Kammeier, Heinz 2002: Der Preis der Sicherheit: Aufwendungen der Bundesländer für den Maßregelvollzug, Recht & Psychiatrie (R&P), Jg. 20, Nr. 3, S. 168-176.
- Kammeier, Heinz 2004: Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB durch Private, in: FS Tondorf, Münster: 61-94.
- Kammeier, Heinz 2007: Föderale Vielgestaltigkeiten im psychiatrischen Maßregelvollzug: Empirische und rechtspolitische Anmerkungen, in: Rode, Irmgard/Kammeier, Heinz / Leipert, Matthias (Hg.): Einsperren statt behandeln? Neue Wege im Straf- und Maßregelvollzug, Berlin: 75-97.
- Kammeier, Heinz (Hg.) 2010: Maßregelvollzugsrecht: Kommentar. 3. neu bearb. Aufl., Berlin, New York.
- Killian, Werner / Richter, Peter / Trapp, Jan H. 2006: Einleitung, in: Killian, Werner (Hg.): Ausgliederung und Privatisierung in Kommunen: Empirische Befunde zur Struktur kommunaler Aufgabenwahrnehmung, Berlin: 9-24.
- Klenk, Tanja / Nullmeier, Frank 2010: Welfare industries: Enterprises as providers of public goods, in: Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft, Jg. 4, Nr. 1, 29-52.
- Köhler, Norbert / Kallert, Thomas W. 2009: Forensisch-psychiatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland: Ein Vergleich zwischen Alten und Neuen Bundesländern, in: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, Jg. 3, Nr. 1, 56-66.
- Kuhlmann, Sabine 2009: Politik- und Verwaltungsreform in Kontinentaleuropa. Subnationaler Institutionenwandel im deutsch-französischen Vergleich, Baden-Baden.
- Kuhlmann, Sabine / Bogumil, Jörg / Wollmann, Hellmut (Hg.), 2004: Leistungsmessung und -vergleich in Politik und Verwaltung: Konzepte und Praxis, Wiesbaden.
- Lascoumes, Pierre / Le Gales, Patrick 2007: Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments – From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation, in: Governance, Jg. 20, Nr. 1, 1-21.
- Landgericht (LG) Flensburg 2005: Beschluss 6 T 1/05 vom 02.03.2005, in: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe (ZJJ), Nr. 2/2005, 208.
- Maurer, Hartmut 2009: Die verfassungsrechtlichen Grenzen der Privatisierung in Deutschland: Gliederungsübersicht, in: Juridica International XVI, 4-13.
- Mayntz, Renate 2001: Zur Selektivität der steuerungstheoretischen Perspektive, in: Burth, Hans-Peter / Görlitz, Axel (Hg.): Politische Steuerung in Theorie und Praxis, Baden-Baden: 17-27.

- Mühlenkamp, Holger 2008: Die Strafrechtspflege als Unternehmen? Ökonomische Überlegungen zur (Teil-) Privatisierung von Gefängnissen, in: Dessecker, Axel (Hg.): Privatisierung in der Strafrechtspflege, Wiesbaden: 31-54.
- Niess, Yorick 2010: Privatisierung des Maßregelvollzuges in Deutschland: Entwicklungen der Bundesländer im Vergleich, Bachelorarbeit in Politik und Verwaltungswissenschaften der FernUniversität Hagen, LG III (unveröffentlicht).
- Oberlandesgericht (OLG) Schleswig 2006: Beschluss 2 W 120/05 vom 19.10.2005, in: Recht & Psychiatrie (R&P), Jg. 24, Nr. 1, 37-41.
- Pollähne, Helmut 2000: Entwicklungstendenzen in der Maßregelvollzugsgesetzgebung, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie: Werkstattsschriften, Jg. 7, Heft 2, 61-101.
- Pollähne, Helmut 2006: Der hoheitliche Auftrag in der Psychiatrie. Maßregelvollzug und Privatisierung, Bericht aus der AG II. Tagung der Evangelischen Akademie Loccum: Darf Psychiatrie „verkauft“ werden?
- Pollähne, Helmut 2007: Effektive Sicherheit der Bevölkerung und schärfere Kontrolle der Lebensführung: Zur Reform des Maßregelrechts und der Führungsaufsicht, in: Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft (KritV), Jg. 90, Nr. 1/2, 386-424.
- Pollähne, Helmut 2008: Die Privatisierung psychiatrischer Krankenhäuser und ihre Folgen für den Maßregelvollzug, in: Dessecker, Axel (Hg.): Privatisierung in der Strafrechtspflege, Wiesbaden: 139-174.
- PricewaterhouseCoopers AG (PWC) 2005: Neustrukturierung des Maßregelvollzugs im Freistaat Bayern: Machbarkeit einer Privatisierung der Maßregelvollzugseinrichtungen, Vorschläge zur konkreten Umsetzung sowie Untersuchung alternativer Strukturen: Gutachten, Frankfurt am Main.
- Reiners, Markus 2010: Regierungsbezirke im Vergleich – Voraussetzungen umfassenden organisatorischen Wandels. Diverse Paradigmen, strukturelle Anpassungsleistungen und differierende Handlungsspektren deutscher Gliedstaaten, in: Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft, Jg. 4, 105-129.
- Ries-Heidtke, Katharina / Böhlke, Nils 2009: Vom LBK Hamburg zur Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, in: Böhlke, Nils / Gerlinger, Thomas / Mosebach, Kai / Schmucker, Rolf (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern: Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg: VSA-Verlag, 127-140.
- Röber, Manfred 2009: Privatisierung adé? Rekommunalisierung öffentlicher Dienstleistungen im Lichte des Public Managements, in: Verwaltung & Management, Jg. 15, Nr. 5, 227-240.
- Sack, Detlef 2006: Liberalisierung und Privatisierung in den Kommunen – Steuerungsanforderungen und Folgen für Entscheidungsprozesse, in: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften (DfK), Nr. 2/2006, 25-38.
- Salewski, Barbara 2001: Erfahrungen im Ausland, in: Stober, Rolf (Hg.): Privatisierung im Strafvollzug?, Köln: 81-85.
- Schalast, Norbert / Palaschke, Melanie / Dönisch-Seidel, Uwe 2009: Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB, in: Recht & Psychiatrie (R & P), Jg. 27, 183-190.
- Schaumburg, Cornelia 2010: Maßregelvollzug, 1. Aufl. der Neuausgabe, Bonn.
- Scherer, Joachim, 2007: Vom staatlichen zum staatlich regulierten Maßregelvollzug, in: Gornig, Gilbert H. / Frotscher, Werner (Hg.): Staat – Wirtschaft – Gemeinde: Festschrift für Werner Frotscher zum 70. Geburtstag, Berlin: 617-634.
- Schmidt am Busch, Birgit 2007: Die Beleihung: Ein Rechtsmittel im Wandel, in: Die Öffentliche Verwaltung (DÖV), Nr. 13/2007, 533-542.

- Schneider, Volker / Tenbücken, Marc (Hg.) 2004: Der Staat auf dem Rückzug: Die Privatisierung öffentlicher Infrastrukturen, Frankfurt am Main.
- Schott, Martin 2007: Recht und schlecht: Über die Organisation von Menschenleben im Maßregelvollzug, in: Rode, Irmgard / Kammeier, Heinz / Leipert, Matthias (Hg.): Einsperren statt behandeln? Neue Wege im Straf- und Maßregelvollzug, Berlin: 99-113.
- Schulten, Thorsten / Böhlke, Nils 2009: Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten, in: Böhlke, Nils / Gerlinger, Thomas / Mosebach, Kai / Schmucker, Rolf (Hg.) 2009: Privatisierung von Krankenhäusern: Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg: 97-126.
- Schwerdtfeger, Friedrich 2008: Privatisierung im Maßregelvollzug – Hintergründe, aktueller Stand, Modelle, Risiken und Möglichkeiten, in: Saarland – Ministerium für Justiz, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hg.): Dokumentation der Fachtagung „Maßregelvollzug im Kreuzfeuer – Disput oder Dialog?“, 18./19. Mai 2008 in Merzig, 30-38.
- Stolpmann, Georg 2010: Psychiatrische Maßregelbehandlung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (A-PuZ), Nr. 7/2010, 28-33.
- Streek, Wolfgang / Mertens, Daniel 2010: Politik im Defizit. Austerität als fiskalpolitisches Regime, in: Der Moderne Staat (dms), Nr. 1/2010, 7-29.
- Strohm, Ramona 2008: Erfahrungen mit Strukturreformen im psychiatrischen Maßregelvollzug, in: Dessecker, Axel (Hg.): Privatisierung in der Strafrechtspflege, Wiesbaden: 175-194.
- Töller, Annette Elisabeth 2011: Warum kooperiert der Staat? Kooperative Umweltpolitik im Schatten der Hierarchie. Schriftenreihe Staatslehre und politische Verwaltung, Baden-Baden: Nomos, i.E.
- Traub, Hans-Joachim 2010: Persönliche Mitteilung, 22.09.2010.
- Traub, Hans-Joachim / Weithmann, Gerd 2008: Maßregelvollzug nach § 63 StGB. Vergleich der Entwicklungen in den Bundesländern, in: Der Nervenarzt, Jg. 79, Nr. 5, 594-603.
- Volckart, Bernd / Grünebaum, Rolf 2009: Maßregelvollzug: Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt, 7., neu bearb. und erw. Aufl., Köln.
- Wagschal, Uwe / Wenzelburger, Georg 2009: Determinanten der Haushaltskonsolidierung der Bundesländer (1992-2006), in: Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft, Jg. 3, 33-58.
- Willenbruch, Klaus / Bischoff, Kristina 2006: Verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Privatisierung des Maßregelvollzugs, in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW), Jg. 25, 1776-1778.
- Zohlhöfer, Reimut / Obinger, Herbert 2005: Ausverkauf des „Tafelsilbers“: Bestimmungsfaktoren der Privatisierungserlöse in EU- und OECD-Staaten 1990–2000, in: Politische Vierteljahresschrift (PVS), Jg. 46, Nr. 4, 602-628.
- Zypries, Brigitte 2008: Grußwort, in: Dessecker, Axel (Hg.): Privatisierung in der Strafrechtspflege, Wiesbaden: 9-10.

Liste der polis-Hefte ab 2002

54/2002 Jörg Bogumil

Zum Verhältnis von Politik- und Verwaltungswissenschaft in Deutschland

55/2002 Jörg Bogumil/Lars Holtkamp

Die Bürgerkommune als Zusammenspiel von repräsentativer, direkter und kooperativer Demokratie. Erste Ergebnisse einer explorativen Studie.

56/2002 Maria Behrens

Internationale Technologiepolitik. Politische Gestaltungschancen und -probleme neuer Technologien im internationalen Mehrebenensystem

57/2003 Arthur Benz

Föderalismus und Demokratie. Eine Untersuchung zum Zusammenwirken zweier Verfassungsprinzipien

58/2003 Lars Holtkamp

Parteien in der Kommunalpolitik – Konkordanz- und Konkurrenzdemokratien im Bundesländervergleich

59/2004 Susanne Lütz

Von der Infrastruktur zum Markt? Der deutsche Finanzsektor zwischen Regulierung und Deregulierung

60/2004 Katrin Auel/Arthur Benz

National Parliaments in EU Multilevel Governance – Dilemmas and Strategies of Adaptation

61/2004 Nathalie Behnke

Monitoring public administrators or signalling trustworthiness to the demos? – The two functions of ethics measures

62/2006 Susanne Lütz

Zwischen Pfadabhängigkeit und Wandel – „Governance“ und die Analyse kapitalistischer Institutionenentwicklung

63/2007 Thomas R. Eimer

Zwischen Allmende und Clubgut – Der Einfluss von Free/Open Source Akteuren in der Europäischen Union

64/2007 Lars Holtkamp

Wer hat Schuld an der Verschuldung? Ursachen nationaler und kommunaler Haushaltsdefizite

65/2008 Arthur Benz

German Dogmatism and Canadian Pragmatism? Stability and Constitutional Change in Federal Systems

66/2009 Nathalie Behnke

Towards a new organization of federal States? Lessons from the process of constitutional reform in Germany, Austria and Switzerland

67/2009 Lars Holtkamp

Governance-Konzepte in der Verwaltungswissenschaft. Neue Perspektiven auf alte Probleme von Verwaltungsreformen