

Paul Suer
Westf. Klinik Schloß Haldem, Stemwede

Rechtliche Aspekte der forensischen Nachsorge von gem. § 64 StGB Untergebrachten aus therapeutisch-rehabilitativer Sicht

Folie 1: Das Thema

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit mehr als zwei Jahren gibt es nun die Verfügung des Landes-beauftragten für den MRV und die entsprechende Finanzierungsverordnung, wodurch die forensische Nachsorge in der heutigen Form erst möglich wurde. Seitdem hat sich auch für die Suchtkranken im Maßregelvollzug einiges geändert:

Folie 2: Konzepte, Papiere,

Konzepte und Leitlinien wurden entwickelt, Kooperationen vereinbart und Arbeitsgruppen gebildet. Mit den Gerichten und Staatsanwaltschaften sind Verfahrenswege abgestimmt usw. Vielleicht darf ich etwas salopp hinzufügen: Auch im Lager der Therapeuten und Sozialarbeiter ist es ruhiger geworden, nachdem sie gesehen haben, dass die zusätzlichen Arbeitsbelastungen sich in Grenzen hielten. Ja selbst die Verwaltungsleute - ich hoffe, ich trete niemandem zu nahe - die sozusagen per definitionem darüber zu klagen hätten, dass die forensische Nachsorge nicht kostendeckend sei, erweisen sich als moderat – zumindest bisher.

Insofern können wir als vorläufige Bilanz festhalten, dass die forensische Nachsorge – bezogen auf die nach § 64 StGB Untergebrachten in Westfalen Lippe - im Großen und Ganzen funktioniert. Da zudem für die sogenannte Terminende-Problematik ein Weg gefunden wurde, scheinen alle wichtigen Fragen geklärt und ich könnte meinen Vortrag hier beenden.

Folie 3: Übersicht

Doch wie sooft im Leben, steckt der Teufel im Detail oder anders ausgedrückt: ist das nur die halbe Wahrheit. Denn, wenn wir uns darauf besinnen, warum die forensische Nachsorge überhaupt eingeführt wurde – ich erinnere an den bekannten Aufsatz in Recht und Psychiatrie in Heft 1/2003 - so müssen wir uns eingestehen, dass wir die eigentliche Zielbestimmung nur teilweise erreicht haben. Zwar ist es gelungen, die entlassenen Suchtkranken nun besser als bisher zu betreuen und dadurch die Risiken nach der Entlassung zu minimieren. Doch die damit verbundene Erwartung - also das zweite bedeutsame Ziel - nach der die Kliniken mehr und vor allem früher entlassen können, um so Platz für neue Aufnahmen zu erhalten, hat sich bisher nur kaum erfüllt.

Denn wir dürfen nicht vergessen, dass nicht alle gem. § 64 StGB untergebrachten Suchtkranken die Behandlung erfolgreich beenden und sozial wieder eingegliedert werden. Hinzu kommt, dass nahezu alle Patientinnen und Patienten aus der längerfristigen Beurlaubung und nicht aus der stationären Unterbringung in die forensische Nachsorge gehen. Insofern wird dadurch kein einziges freies Bett geschaffen.

Folie 4: Zeitdimensionen

Damit hier aber kein Missverständnis aufkommt, möchte ich hervorheben, dass der LZU nach wie vor ein gut geeignetes Instrument zur sukzessiven Integration darstellt und eine optimale Vorbereitung auf eine selbständige Lebensführung. Vor diesem Hintergrund ist die tendenzielle Verkürzung der LZU-Dauern und die baldige Überleitung in die forensische Nachsorge inzwischen nicht nur übliche Praxis, sondern auch wirtschaftlich geboten.

Doch die Möglichkeit einer gut vorbereiteten LZU-Perspektive allein ist noch nicht ausreichend, um die Untergebrachten früher als bisher aus der stationären Behandlung zu entlassen. Das Problem liegt sozusagen auf der Lieferantenseite. Denn bekanntlich geht ein nicht unerheblicher Teil der Aufgenommenen in die Haft zurück - entweder zum Vorwegvollzug bei einer hohen Haftverpflichtung oder weil eine weitere Unterbringung in der Maßregel als aussichtslos eingeschätzt wird. Wie Sie vielleicht wissen, haben wir im „64er-Vollzug“ bundesweit eine Aufhebungsquote von 50 % und mehr, wovon die Kliniken in Westfalen-Lippe nicht ausgenommen sind - und zwar sowohl von Patienten- als auch von Therapeutenseite angeregt.

Es ist hier nicht der Ort, um darüber zu diskutieren, ob wir nun die falschen Patienten haben oder ob die gestiegenen Erfolgs- bzw. Sicherheitsanforderungen auf eine Zielgruppe treffen, die diese gar nicht erfüllen können. Möglicherweise sind diese auch der Grund dafür, dass die Zahl der Langzeitbeurlaubten – zumindest kann ich das für Haldem sagen – in den letzten Jahren gesunken sind. (Es ist noch nicht sehr lange her, da hatten wir 35 bis 40, mitunter sogar Patienten im LZU. Aktuell sind es gut 20.)

Folie 5: Verlaufskurve LZU

Anscheinend ist es so, dass diejenigen, die bereits eine stabile Motivation und Abstinenzhaltung mitbringen, auch am ehesten den gestiegenen Erwartungen genügen. Etwas provokativ könnte ich es so ausdrücken: Diese hätten auch ohne eine Therapie die Behandlung erfolgreich abgeschlossen.

Doch was ist mit den zahlreichen Patientinnen und Patienten mit sogenannten komplexen Hilfebedarfen, die nach etlichen Regelverletzungen und Suchtmittel- oder Verhaltensrückfällen in die Haft zurückgehen? Menschen also, bei denen neben der Suchtproblematik eine erhebliche Persönlichkeitsstörung vorliegt, die aus problematischen Familienverhältnissen kommen, extrem verschuldet und sozial desintegriert sind? Denn das genau sind die Patienten, mit denen wir in der Regel zu tun haben.

Wenn wir also den Auftrag, den Anteil der ambulant Betreuten zu erhöhen – wirklich ernst nehmen, dann müssen wir früher als bisher damit beginnen, die Patientinnen und Patienten zu integrieren.

Folie 6: Auszug aus dem MRVG

Das Maßregelvollzugs-Gesetz von NRW trägt außer dem erwähnten § 1 Abs. 3 MRVG dem schon lange Rechnung, indem es fordert, hiermit so früh als möglich zu beginnen.

Um aber dieses Ziel zu erreichen, ist es erforderlich, motivierte, gleichwohl behandlungsbedürftige Untergebrachte in ambulante bzw. betreute Wohnformen zu vermitteln, in denen soziales Lernen auch außerhalb der stationären Unterbringung möglich ist. Und zwar unter sorgfältiger Abwägung möglicher Risiken und Gefahren. Dieses verlangt nicht nur große fachliche Kompetenzen auf der Behandler- und Betreuerseite, sondern insbesondere auch des Mutes, ein kalkulierbares Risiko zu verantworten.

Folie 7 Risiko-Checkliste Teil 1

Teilweise erklären sich die besorgniserregend hohen Aufhebungszahlen dadurch, dass die Neuaufgenommenen mit völlig unrealistischen Zeitvorstellungen in der Klinik kommen und noch auf der Aufnahmestation die Aufhebung beantragen, nachdem sie erfahren haben, dass sie deutlich länger in der MR verbleiben müssen, als man ihnen bei Gericht oder durch einen Anwalt erklärt hatte. (Auch wenn die Betroffenen bei dieser Rechnung übersehen, dass sie ja letztlich nur deshalb mit einer geringeren Haftstrafe „davongekommen“ sind, weil sie ihr Delikt ohne bzw. im Zustand verminderter Schuld begangen haben – so ist deren Sichtweise nachzuvollziehen.)

Aber auch diejenigen, die ihre Strafzeitberechnung kennen, sind den Zeitdimensionen im Maßregelvollzug vielfach nicht gewachsen. Mag sie ihnen als quälend und unentrinnbar erscheinen, so ist sie aus therapeutischer Sicht vielfach zu kurz. Mitunter kann der Eindruck entstehen, als wenn die Auseinandersetzungen um „zu früh“ oder „zu spät“ gewährte Vollzugslockerungen – je nach Perspektive – das einzige Behandlungsthema sind.

Dabei zeigt sich, dass die für Suchtkranke typischen Diskontinuitäten durch Rückfälle, Krisen oder somatische Krankheiten ein bedeutsames Strukturelement darstellen, das einige Therapieverfahren – beispielsweise die Transaktionsanalyse - sogar als eigenständige Qualität behandeln. Das folgende kurze Fallbeispiel mag verdeutlichen, dass die scheinbar so reichhaltige Ressource „Zeit“ auch motivierte Patienten in Bedrängnis bringen kann.

Folie 7: Fallbeispiel Herr K.

Doch gibt es noch eine weitere bedeutsame Komponente, die vielfach übersehen wird: Die therapeutische Beziehung, ohne die eine wirksame Behandlung kaum möglich wäre. Bekanntlich ist die Finanzierung der forensischen Nachsorge auf 1 bzw. auf 5 Jahre begrenzt. Wenn wir uns aber vor Augen halten, dass nahezu die Hälfte der sogenannten „63er“ eine zusätzliche Suchtmittelproblematik und etliche sogenannte „64er“ zudem psychiatrische Krankheitsbilder aufweisen, so erscheint

eine solche Polarisierung nicht angemessen, zumal die Einweisung in die eine oder andere Maßregel je nach Region und Spruchpraxis der Gerichte recht unterschiedlich ausfallen kann.

Vor diesem Hintergrund ist die AG Nachsorge zu der Einschätzung gekommen, dass eine allzu rasche Übergabe an eine wohnortnahe Ambulanz unter dem Aspekt der therapeutischen Beziehung problematisch ist. Denn gerade diese trägt in dem störungsanfälligen und vulnerablen Überleitungsprozess maßgeblich zur Stabilität und Stabilisierung bei, die unter dem Damoklesschwert der immer knapper werdenden Zeit in Gefahr geriete.

Insofern wäre zu prüfen, ob die Finanzierung der forensischen Nachsorge entsprechend angepasst und z.B. auf zwei Jahre ausgedehnt wird, um einerseits genügend Zeit für erforderliche Überleitungs-Prozesse zu haben und um andererseits der skizzierten Polarisierung gerecht zu werden.

Da auch meine Zeit begrenzt ist, möchte ich abschließend nur noch auf den bisher wenig beachteten Aspekt des Umganges mit einer Krise bzw. einer krisenhaften Zuspitzung zu sprechen kommen. Um eine solche möglichst frühzeitig zu erkennen, haben wir in den Kliniken eine Risiko-Checkliste erarbeitet, von der Sie den ersten Teil bereits gesehen haben.

Folie 8: Risikocheckliste

Zwar haben wir in der AG den Begriff der Fallverantwortung durch den des Fallkoordinators ersetzt, um auch sprachlich die Verantwortung da zu lassen, wo sie letztlich auch liegt, nämlich beim Gericht bzw. der Führungsaufsicht und Bewährungshilfe. Doch entbindet uns das nicht von der therapeutischen Verantwortung.

Solange wir die Entlassenen in einer krisenhaften Situation dazu bewegen können, in die Klinik zurückzukehren und auch zu bleiben, so ist das unproblematisch. Doch wenn ein Entlassener sich entzieht, Termine nicht einhält, das Handy ausstellt oder gar untertaucht, kann es schwierig werden. Ein solche Situation möchte ich abschließend mit der folgenden Folie skizzieren:

Folie 9: Falldarstellung Pat. H.

Soweit meine Ausführungen. Leider komme ich nicht mehr dazu, einige weitere m.E. bedeutsame Aspekte bei der Umsetzung des Konzeptes auszuführen. Um sie aber in die Diskussion einzubringen, möchte ich sie mit den folgenden Grafiken zumindest benennen.

Folie 10: Weitere Aspekte

Folie 11: Teil II

Folie 12: Teil III

Lassen Sie mich meinen Beitrag so zusammenfassen:

Der Prozess der strukturierten Nachsorgebetreuung für entlassene Suchtkranke hat einen guten Anfang genommen. Viele Fragen sind gelöst, während andere sich neu

stellen. Es bleibt abzuwarten, ob bzw. in welchem Umfang die Gesetzesvorlage zur Reform der Führungs-Aufsicht, von der sicherlich neue Impulse ausgehen werden, politisch umgesetzt wird.

Wenn wir jedoch das eigentliche Ziel der forensischen Nachsorge – nämlich die weitere Optimierung der ambulanten Nachbetreuung bei gleichzeitiger Entlastung der stationären Kapazitäten - erreichen wollen, sind zusätzliche Anstrengungen erforderlich.

Neben den fachlichen Kompetenzen ist vor allem die Bereitschaft und der Mut gefordert, frühzeitig - oder besser gesagt - zum richtigen Zeitpunkt, die Untergebrachten zu beurlauben bzw. zur Bewährung zu entlassen.

Insofern sind die therapeutischen Kräfte in den Kliniken wie auch die Richter und Staatsanwälte gleichermaßen gefordert, das gesellschaftliche Risiko, das immer auch die Möglichkeit des Scheiterns beinhaltet, auf viele starke Schultern zu verteilen. In diesem Sinne bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit.

[Folie 11: Abschlussfolie](#)

[Folie 12: Kontakt](#)