

**„Problematische Entlassungen –  
Anforderungen an die Zusammenarbeit zwischen Gericht,  
Staatsanwaltschaft, Maßregelvollzug und Führungsauf-  
sicht.“**

**Gemeinsame Veranstaltungen im LWL-Zentrum für forensi-  
sche Psychiatrie Lippstadt am 25. September 2014**

Thema:

Anrechnung von Maßregelvollzugszeiten auf verfahrensfremde Freiheitsstrafen – die Auswirkungen der Härtefallrechtssprechung auf die Praxis des Maßregelvollzuges.

Sehr geehrter Herr Vogt,  
sehr geehrter Herr Hollweg,  
sehr geehrter Herr Helmkamp,  
sehr geehrte Frau Dr. Saimeh, als Gastgeberin dieser Veranstaltung,  
sehr geehrte Damen und Herren.

Nachdem Herr Posthoff die rechtlichen Aspekte eingeführt und erläutert hat bin ich in der glücklichen Lage nunmehr aus Sicht der Behandler einen Bezug zur Therapierealität herzustellen, Anregungen und Denkanstöße zu geben.

Einige der dringendsten Fragen, die Patienten direkt bei Aufnahme umtreiben, sind die nach der Dauer des Klinikaufenthaltes und die Frage nach den Freiheitsgraden, sprich Lockerungen. Meine Antwort, das hänge vom Therapieverlauf ab, beruhigt wenig, und wird im Zweifelsfall als Indiz, sich nicht festlegen zu wollen, gewertet, oder mit Verschwörungstheorien verknüpft. Der Richter, so ein weiterer Einwand des Patienten, habe ihm versprochen, weitere, schon zum Teil zur Bewährung ausgesetzte Taten nicht zu widerrufen oder teilverbüßte Reststrafen zur Bewährung auszusetzen. Was aber passiere mit dem Faktum, das noch komplett ausstehe und in Kürze verhandelt werde. Für diesen Fall, so meine Antwort, bliebe die Möglichkeit einen Antrag zur Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge

einzuweisen und bis zur Halbstrafe in der JVA zu verbleiben oder das ungewisse Wagnis des Gnadenweges zu wählen oder sich als Härtefall auszuweisen. Härtefälle, so der Patient mit Blick auf seine Mitpatienten, sind wir doch alle, sonst wären wir doch nicht hier. Auf meinen Einwand, dass der hier gemeinte Härtefall im juristischen Sinne nicht ein identitätsstiftendes Kollektivgefühl bediene, sondern sich unter anderem an seiner Therapiewilligkeit und Fähigkeit messe, muss dann länger erklärt werden.

Die Frage nach der Anrechenbarkeit von Freiheitsstrafen im Rahmen des Maßregelvollzuges ist ein Thema, welches sich auch außerhalb der Anrechenbarkeit für verfahrensfremde Freiheitsstrafen in weiteren Konstellationen zeigt und bezüglich ihrer Argumentation weite Parallelen zum hiesigen Thema einschließt. Die dazu vorgetragenen Pro- und Contra-Argumente, also welche Zeiten unter welchen Bedingungen anzurechnen wären, betreffen im Wesentlichen Fragen der Prognose, der Motivation, der Therapiefähigkeit, der Therapiewilligkeit, darüber hinaus aber auch weitere Fragen nach institutionellen Rahmenbedingungen, die eine Auswirkung auf die dem Patienten zugeschriebenen Merkmale haben.

Wie Eugen Roth in seinem Gedicht „Relativität“ resümiert: „Was uns auf der Welt gelingt, ist leider ungemein bedingt“, beschreibt im Kern die Abhängigkeit von Rahmenbedingungen im Bezug auf das Wollen und Streben eines Menschen im Kontext seiner Ausgangsbedingungen. Auch im System des Maßregelvollzuges bestimmen Bedingungen sowohl für den Patienten, als auch für die Behandler das Ergebnis des Therapieverlaufes. Therapieverläufe werden, so die Grundannahme, sinnvoll gestaltet und vom Patienten mitgetragen, anderenfalls münden sie, im Falle einer Verurteilung gemäß § 64 StGB in der früher so genannten Sinnloserklärung, heute Aufhebung oder Erledigung benannt.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 17. April 2012 festgestellt, dass die Anrechnung von Maßregelvollzugs-

zeiten auf verfahrensfremde Freiheitsstrafen teilweise verfassungswidrig sei und begründete dies mit dem Vorliegen eines sogenannten Härtefalles. Die dazugehörige Nomenklatur deckt sich in weiten Teilen mit der Argumentation, die bei suchtkranken Patienten den Ausschluss der Anrechnung der Maßregelvollzugszeit jenseits von zwei Drittel der Parallelstrafe begründet. Im Falle des Scheiterns einer Therapie wechselt der Patient, unserem vikariierenden System folgend in die Rolle des Strafgefangenen. Die für das Scheitern einer Therapie vorgebrachten Gründe folgen in weiten Teilen der Begründung für das Nichtvorliegen eines Härtefalles, zumindest was die Therapieunwilligkeit betrifft. Unberücksichtigt bleibt in beiden Fällen die Würdigung eines bis dato erreichten Therapie- oder Therapieerfolges, ganz zu schweigen von der Sicherung der Nachhaltigkeit des bis dato in der Therapie Erreichten. Bei der fachpsychiatrisch, gutachterlichen Beurteilung der für den Härtefall zutreffenden Kriterien sind in diesem Zusammenhang mehrere Konstellationen zu prüfen.

-Kann er nicht

-Will er nicht

-Könnte er, wie er wollte

-Wollte er, wenn er könnte

Hieraus leitet sich die Erkenntnis ab, dass neben der Schwere des Krankheitsbildes weitere, auch strukturelle Hemmnisse außerhalb auch der Einflussnahme durch den Patienten einen Härtefall begründen könnten.

Was aber sind objektivierbare Faktoren, die eine Therapieunwilligkeit nahelegen? Sind es Fluchten oder nachgewiesene Rückfälligkeit mit psychotropen Substanzen während des Klinikaufenthaltes, ist es die Tatsache, dass ein Patient verbal oder körperlich übergriffig ist oder er Gespräche mit dem Therapeuten ablehnt. Ist es die Tatsache, dass er sich nicht in die Patientengemeinschaft einfügt und den Stationsfrieden durch seine Weigerung, am gemeinsamen Kochen, Putzen oder Organisationsgruppen teilzunehmen, stört. Und dann die entscheidende Frage, worauf dieses beobachtbare Verhalten gegründet und wem zuzurechnen ist.

Schon 1994 diskutierte das Bundesverfassungsgericht bei der Frage nach der Anrechenbarkeit der Maßregelvollzugszeit auf die Strafzeit diese Fragestellung und unterschied renitente von schwachen Personen. Es gäbe, so die Ausführungen, eben psychophysische Zustände ohne Renitenz, die hier der Therapieunfähigkeit entsprächen, nämlich verfestigte Suchthaltungen aus denen sich der Kranke auch mit therapeutischer Hilfe der Entziehungsanstalt nicht befreien könne...überdies sei Renitenz oftmals ein Ausdruck einer Abwehrhaltung, bei dem es um die Bewahrung des restlichen Selbstwertgefühles des Verurteilten gehe. Der Therapeut könne im Sinne einer Motivationsbehandlung aufbauen. Therapieunwilligkeit, allein wegen seines Verhaltens, seien auch vom Maßregelzweck nicht zurechtfertigende Umstände. Die Ursache des Scheiterns einer Behandlung könne auch im Verhalten der Therapeuten und ihrer Einrichtungen liegen. Hier hat das Bundesverfassungsgericht einen wichtigen Hinweis zum Bedingungsgefüge einer möglicherweise negativen Beurteilung des Patienten gegeben.

1. Die Beurteilung einer Therapieunwilligkeit kann nicht nur ein einzelnes problematisches Verhalten des Patienten implizieren
2. Der Therapiewille unterliegt der Tatsache, dass für einen Erfolg eine vertrauensvolle Beziehung zu den Behandlern entsteht.

Zu den strukturellen Voraussetzungen sind daher eine personelle, räumliche und mit Sachmitteln ausreichend ausgestattete Klinik unabdingbar um das Therapieziel, nämlich die Reintegration in die Gesellschaft, zu ermöglichen. Dies umso mehr, als primäre Therapieunfähigkeit schwerer erkrankte Patienten ausschließt, die im Längsschnitt der Therapiezeit häufiger eine längere Zeitspanne benötigen, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Somit unterliegt die Beurteilung ebenso der Schwere der Erkrankung, der Psychodynamik, sowie den Ressourcen des einzelnen Patienten. Überwiegt nach eingehender Prüfung des Behandlungsverlaufes die prognostische Einschätzung, dass mit den vorhandenen Mitteln des Maßregelvollzuges

keine positive Prognose gestellt werden kann und auch eine solche in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, prüft das Gericht nach entsprechender Stellungnahme der Klinik und Anhörung des Patienten die Sinnhaftigkeit der Fortsetzung der Therapie im Maßregelvollzug. Das Restdrittel wird in diesem Fall nicht zur Bewährung ausgesetzt, auch nicht für den Fall, dass die Entscheidung zeitlich nah am Terminende oder zum Terminende erfolgt. Verfahrensfremde Freiheitsstrafen werden ebenso nicht angerechnet.

Eindeutiger liegt aus meiner Sicht die Empfehlung der Anrechenbarkeit bei guter Prognose. Der Leitsatz des Bundesverfassungsgerichtes, zweiter Senat, Entscheidung vom 16.09.1994 führte schon aus, dass Anrechnungsausschlüsse nicht ohne Beziehungsgrund und Ziel der Unterbringungsmaßnahmen stehen mögen. Auch wenn sich dieser Leitsatz auf die Maßregelvollzugszeit bezog, so gilt im Umkehrschluss, dass Grund und Ziel positiver Prognose im Maßregelvollzug nicht durch Anrechnungsausschlüsse gefährdet werden mögen. Jedem dürfte ersichtlich sein, dass eine der Maßregel folgende Inhaftierung keine in der Therapie erarbeiteten Ziele unterstützt. Im besten Fall gelingt eine Anpassungsleistung, in der Regel reaktivieren sich dissoziale Verhaltensweisen, die Verfügbarkeit psychotroper Substanzen in Verbindung zur individuellen Funktionalität der Sucht führt zu Rückfällen, die Reintegration auf den Arbeitsmarkt, Ausbildung, Schule und vieles mehr sistieren, die vorbereitete Erprobung in soziale Bezüge findet nicht statt. Gerade im Rahmen von Bewährungszeiten und Zeiten der Führungsaufsicht begleiten wir mit Erfolg Patienten im Rahmen der Forensischen Nachsorge. Aber auch hier gibt es spezifische rechtliche Konstellationen, die unseren Handlungsspielraum insbesondere in Krisensituationen einschränken.

Wie oben ausgeführt, sind in Bezug auf die Anrechenbarkeit verfahrensfremder Freiheitsstrafen nicht allein die Zuordnung zu den Kategorien Therapieunwilligkeit versus Therapieunfähigkeit ausschlaggebend, sondern der dem Patienten zugeschriebene Anteil daran. Für die Fälle einer positiven Prognose

möchte ich dazu anregen, es zu ermöglichen, Zeiten aus verfahrensfremden Freiheitsstrafen, die im Übrigen auch häufig einen kausalen Zusammenhang zur aktuellen Maßregelvollzugsunterbringung haben, als Bewährungszeit der Maßregel verlängert zuzurechnen. Dies wäre auch mit Blick auf die Nachbetreuung in der forensischen Nachsorge für die Patientengruppe hilfreich, die zum Terminende entlassen und das Restdrittel zur Bewährung ausgesetzt wurde, da bei diesen Patienten eine kriseninterventorische Behandlung nach § 67h StGB nicht erfolgen kann. Somit verblieben diese Patienten, so diese Bewährungszeiten der Maßregel zugerechnet würden, sinnvollerweise im Maßregelvollzugssystem. Die Kliniken könnten schneller reagieren und Straftaten könnten verhindert werden. Die bisherige Praxis zeigt, dass die Hürde bis zum Bewährungswiderruf doch recht hoch angesetzt ist und häufig mit einer immensen zeitlichen Verzögerung auf Berichte von Rückfälligkeit, kompletten Beziehungsabbrüchen zur Forensischen Nachsorge oder auch Straftaten reagiert wird. Ein Bewährungswiderruf mit nachfolgender Inhaftierung bleibt aus therapeutischer Sicht aber immer nur das Mittel zweiter Wahl.

Zusammenfassend möchte ich an das Land appellieren, den Kliniken, sprich Landschaftsverbänden, ausreichend Mittel zur Aufgabenerfüllung zur Verfügung zu stellen, so dass eine Therapieunwilligkeit infolge mangelnder Angebote nicht dem Patienten zugeschrieben wird.

Dem Gesetzgeber möchte ich empfehlen, Strafzeiten aus verfahrensfremden Straftaten, ebenso wie das Restdrittel bei Erreichen des Terminendes als Bewährungszeit der Maßregel zuzuschreiben, um sinnvolle Kriseninterventionen im Maßregelvollzugssystem zu ermöglichen. Die Entscheidung zur Krisenintervention sollte sinnvollerweise primär durch die Klinik entschieden werden um eine schnelle Intervention bei sich verschlechternder Prognose herstellen zu können.

So ein solches Procedere nicht in diesem Sinne zu modifizieren ist, sollte auf eine Weisung, an der Forensischen Nachsorge

teilzunehmen, für Patienten, die zum Terminende entlassen werden, unterbleiben.

Den Gerichten möchte ich empfehlen , nicht einzelnes, problematisches Verhalten kategorial einer Therapieunwilligkeit des Patienten zuzuschreiben sonder einzelfallbezogen die oben angeführten Kriterien zu prüfen und in die Entscheidung mit einzubeziehen.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, sich mit den Bedingungen und Fragestellungen der Kliniken auseinanderzusetzen und freue mich über eine lebhaftige Diskussion der aufgezeigten Hypothesen.

Dr Ingbert Rinklake