

Alternativansätze zur Senkung überlanger Verweildauern im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB

Ein Überblick aus Sicht der Versorgungsepidemiologie und Behandlungspraxis

von Dr. Jan Querengässer und
Prof. Dr. Boris Schiffer*

Abstract

Die 2016 erfolgte und damit jüngste Novellierung des Maßregelrechts zielte primär darauf, die Verweildauern im Rahmen einer Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB zu reduzieren. Dies geschah in erster Linie durch die Stärkung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes bei der jährlichen Überprüfung der weiteren Vollstreckung der Maßregel durch die Strafvollstreckungskammern. Bereits kurz nach der Novelle wurden vermutete Probleme und zu überwindende Herausforderungen benannt, die sich durch die rechtspraktische Umsetzung der Neuregelungen für Maßregelvollzugskliniken und Nachsorgeeinrichtungen ergaben. Nicht wenige dieser Befürchtungen traten mittlerweile ein, ohne dass bisher eine nachhaltige Verringerung der Verweildauern – und damit des Belegungsdruckes im stationären Maßregelvollzug – erreicht werden konnte. Der vorliegende Aufsatz fasst daher Alternativansätze zur Senkung überlanger Verweildauern zusammen, die sich auf das erkennende Verfahren, die laufende Vollstreckung bzw. den Vollzug der Maßregel sowie die Behandlung nach der Unterbringung gem. § 63 StGB beziehen, aber auch auf der Ebene der Gesetzgebung, der Rechtsprechung sowie der Vollzugs- und Behandlungspraxis ansetzen. Allen diskutierten Vorschlägen, die aus der versorgungsepidemiologischen und therapeutischen Perspektive der Autoren hervorgehen, ist gemein, dass sie zwar komplexer daher kommen als die Novelle einzelner Strafrechtsparagrafen – dass sie aber mutmaßlich nachhaltiger und mit weniger „Nebenwirkungen“ versehen das erklärte Ziel der Senkung von Belegung und Verweildauern im psychiatrischen Maßregelvollzug bewirken würden.

The 2016 amendment to the German law on special measures, which is the most recent, was primarily aimed at reducing the length of stay in psychiatric hospitals pursuant to Section 63 of the German Criminal Code (StGB). This was predominantly accomplished by strengthening the principle of proportionality in the annual review of the further enforcement of the detention measure by the Chambers for the Execution of Sentences. Shortly after the amendment, suspected problems and challenges to overcome were identified that arose from the practical legal

implementation of the new regulations for forensic psychiatric hospitals and aftercare facilities. Quite a few of these fears have since materialized, without any sustainable reduction in lengths of stay, which results in occupancy pressures in the inpatient psychiatric hospital, having been achieved to date. Therefore, this paper summarizes alternative approaches to reducing excessively long lengths of stay, which relate to the adjudicatory process, the ongoing enforcement or execution of the measure, and treatment after placement pursuant to Section 63 of the Criminal Code, but also addresses the legislative, judicial, and correctional and treatment practice aspects. All the proposals discussed, which are based on the authors' epidemiological and therapeutic perspectives, have in common that they are more complex than the amendment of individual paragraphs of criminal law, but that they would presumably achieve the declared goal of reducing the occupancy rate and length of stay in forensic psychiatric hospitals more sustainably and with fewer "side effects".

I. Ausgangslage

1. Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB und zur Änderung anderer Vorschriften von 2016

Die letzte größere Novellierung der Maßregelparagrafen und ihrer Begleitvorschriften in 2016 erfolgte nicht zuletzt mit dem Ziel, den ansteigenden Verweildauern und der Belegungszunahme in den Kliniken des Maßregelvollzugs (MRV) gemäß § 63 StGB Einhalt zu gebieten.¹ Überlange Unterbringungen sollten insbesondere durch die Stärkung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes deutlich erschwert werden. Die normative Umsetzung in § 67d Abs. 6 StGB erfolgte in Form einer Etablierung zweier Zeitschwellen, ab deren Überschreitung die Fortdauer einer Unterbringung durch die zuständige Strafvollstreckungskammer regelhaft für unverhältnismäßig zu erklären ist, sofern vom Untergebrachten außerhalb des MRV keine Straftaten mehr drohen, die mit einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung der potentiellen Opfer einhergingen (Zeitschwelle 10 Jahre) oder diese zumindest in die Gefahr einer solch schweren Schädigung brächten (Zeitschwelle 6 Jahre).

* Dr. Jan Querengässer und Prof. Dr. Boris Schiffer koordinieren bzw. leiten den Fachbereich Versorgungsforschung der LWL-Akademie für forensische Psychiatrie (LWL-AFoPs). Prof. Dr. Boris Schiffer ist zudem Leiter der Abteilung Forensische Psychiatrie

und Psychotherapie am LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum.

¹ BT-Drs. 18/7244.

2. Vermutete und beobachtete Folgen der Novellierung

Während große Zustimmung und Einigkeit hinsichtlich des Ziels der Senkung der Unterbringungszahlen und -dauern vorherrschte, erhob sich doch deutliche Kritik an der Art und Weise, wie dieses Ziel vom Gesetzgeber zu erreichen versucht wurde.² Insbesondere auf das – im Vergleich zu Bewährungsauisetzungen gemäß § 67d Abs. 2 StGB – eingeschränkte Arsenal an Reaktionsmöglichkeiten auf Krisen oder problematischen Entwicklungen nach einer Erledigung der Maßregel wurde eindringlich hingewiesen³ und weitere Herausforderungen für Therapie und Sozialarbeit im Maßregelvollzug wurden beschrieben und problematisiert.⁴

Eine umfassende empirische Evaluation der Reform steht zwar noch aus, jedoch werden mittlerweile erste versorgungsepidemiologische Folgen sichtbar. Während sich in einigen Bundesländern offenkundig nichts oder nur wenig an der gerichtlichen Entlasspraxis änderte,⁵ erlebte insbesondere Nordrhein-Westfalen mit dem bundesweit höchsten Patientenbestand und vergleichsweise langen Unterbringungsauern in den ersten beiden Jahren nach der Novelle eine „Welle“ an Erledigungen aus Gründen der Verhältnismäßigkeit: Kamen in 2014 und 2015 nur je rund 15% (n = 28 bzw. 26) der entlassenen Patienten im Rahmen einer Verhältnismäßigkeitserledigung frei, so verdoppelte sich dieser Anteil (nach einem moderaten Anstieg auf 23% bzw. n = 38 in 2016⁶) auf 32% (n = 83) in 2017 und 30% (n = 72) in 2018.⁷ Der Gesamtpatientenbestand wurde im selben Zeitraum (2014 – 2018) um knapp 9% (n = 177) Patienten reduziert. Hieraus eine nachhaltige Zielerreichung abzuleiten, wäre jedoch verfrüht. Erstens lag der Bestand an Patienten gemäß § 63 StGB in NRW 2018 – also nach der „Entlassungswelle“ – immer noch um 3% über jenem von 2008, während er bundesweit im selben Zeitraum um gut 5% zurückging. Zweitens scheint die Welle an Verhältnismäßigkeitserledigungen zuletzt auch in NRW wieder abzubauen. Vorläufigen Zahlen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zufolge sank die Zahl entsprechender Erledigungsentscheidungen von je über 70 in 2017 und 2018 auf 41 in 2019 und auf unter 20 in 2020.⁸

Hinzukommt, dass v.a. die Zunahme vorläufiger Unterbringungen gemäß § 126a StPO den Belegungsrückgang der letzten Jahre in NRW zuletzt nicht nur kompensierte, sondern gemeinsam mit dem weiterhin ungebrochenen Wachstum bei Neueinweisungen gem. § 64 StGB sogar zu einer dramatischen Überbelegung im MRV des Landes

NRW führt. Dies sei in Ermangelung der Werte für Gesamt-NRW mit Zahlen aus den Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) illustriert: Der Patientenbestand aller gem. § 63 StGB (Anzahl zzgl. gem. § 126a StPO Untergebrachter) untergebrachter Patienten betrug dort am 31.12.2016, also ein knappes halbes Jahr nach in Krafttreten des Gesetzes, n = 671 (n = 720), blieb auch 2 ½ Jahre nach Inkrafttreten mit n = 654 (n = 721) am 31.12.2018 in Summe stabil und steigt aufgrund der relativ hohen Zahl bei den vorläufig Untergebrachten sogar an; zum Stichtag 31.12.2019 auf n = 657 (n = 747) bzw. zum Stichtag 31.12.2020 auf n = 667 (n = 774). Die Anzahl der gem. § 63 StGB Untergebrachten erscheint zu den Stichtagen also recht stabil (zw. 654 und 689), während sich die Zahl der vorläufig Untergebrachten in den 4 ½ Jahren nach Novellierung mehr als verdoppelt hat (von 49 zum 31.12.2016 auf 107 zum 31.12.2020).

Unabhängig von den Zahlen bleibt im Einzelfall auch offen, ob ein Teil der auf Grundlage der Verhältnismäßigkeitsregelung entlassenen Patienten nicht ohnehin entlassen worden wäre – nach der Novelle nun aber eben auf einer anderen Rechtsgrundlage.

Insofern stellt sich die Frage, ob es nicht andere und möglicherweise effektivere Wege geben könnte, das Ziel eines Rückgangs der Verweildauern und des Bestandes an Maßregelvollzugspatienten gem. § 63 StGB insgesamt zu erreichen.

II. Alternativvorschläge

Der vorliegende Text soll daher einen Überblick über Alternativvorschläge geben, wie das Ziel einer Senkung der Verweildauern im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB erreicht werden könnte. Nicht alle Vorschläge oder Ansatzpunkte sind neu oder innovativ (im Gegenteil: vieles wird seit mehreren Jahren gefordert), doch erscheint es auch in Anbetracht der oben beschriebenen Belegungsentwicklung wichtig, dem Thema erneut die nötige Aufmerksamkeit zu schenken. Als Gliederung wurde eine konsekutive Form gewählt – beginnend mit dem erkennenden Verfahren, über die Ausgestaltung der Unterbringung, bis hin zur Entlassung – auch wenn sich die Ebenen, auf die sich die Vorschläge beziehen (z.B. Gesetzgebung, Rechtsprechung, Vollzugs- und Behandlungspraxis), teilweise mischen bzw. in schneller Abfolge abwechseln.

² Baur, JR 2017, 413 (419); Schmidt-Quernheim, Kerbe 4 2017, 28 (31); Baur/Querengässer, MSchrKrim 2017, 313 (327).

³ A.a.O.

⁴ Querengässer/Jörges/Schiffer, R&P 2019, 68 (74).

⁵ Dies betrifft beispielsweise Bayern, Hessen und Baden-Württemberg. Die Ursachen sind jedoch mutmaßlich verschieden: Während Baden-Württemberg wegen seiner insgesamt kurzen Verweildauern weniger Patienten „im kritischen Bereich“ aufweist, wurde in Hessen der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz bereits vor der Novelle durch die Rechtsprechung konsequenter als anderswo umgesetzt. Dass in Bayern trotz eher längerer durchschnittlicher Verweildauern (bislang) kaum von § 67d Abs. 6 StGB Gebrauch gemacht wurde, hängt wohl mit den Besonderheiten der freistaatlichen Justizkultur zusammen.

⁶ Das Gesetz trat am 1. August 2016 in Kraft.

⁷ Alle Daten entstammen dem Kerndatensatz von CEUS.

⁸ Persönliche Emailkorrespondenz mit dem Referat Therapie und Sicherheit (IV B2) des MAGS NRW vom 15. Januar 2021.

1. Im erkennenden Verfahren

a) Vermeidung des § 126a StPO als „verdeckte forensische Krisenintervention“

Dass es in den letzten Jahren offenbar zu einer Zunahme bei den Anordnungen einer einstweiligen Unterbringung gem. § 126a StPO kommt, darf überraschen, da die Verschärfung der Anforderung an eine Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB im Rahmen der Gesetzesnovellierung von 2016 eher auch einen Rückgang bei den Anordnungen gem. § 126a StPO hätten vermuten lassen. Denn in der entsprechenden Vorschrift wird in Absatz 1 explizit Bezug auf die zu erwartende Anordnung einer Unterbringung genommen: „Sind *dringende* Gründe für die Annahme vorhanden, daß jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und daß seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so *kann* das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, *wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert*“ (kursive Hervorhebungen durch die Autoren). § 63 StGB spricht von *erheblichen* rechtswidrigen Taten, die vom Täter zu erwarten sind und die mit *erheblichem* körperlichen oder seelischen Schaden für die Opfer oder mit *schwerem* Sachschaden einhergehen. § 126a StPO ist damit nicht nur eine Kann-Regelung (und keine Soll- oder gar Muss-Vorschrift), sie stellt durch die Beziehung zu § 63 StGB auch relativ hohe Hürden für ihre Anwendung auf.

Dem klinischen Eindruck zufolge werden diese Anforderungen jedoch zunehmend liberaler ausgelegt.⁹ Es steigt nicht nur die Anzahl der Unterbrachten nach § 126a StPO,¹⁰ sondern tendenziell auch der Anteil jener, deren vorläufige Unterbringung in der folgenden Hauptverhandlung nicht in einer Verurteilung gem. § 63 StGB resultiert. Dies kann primär zwei Gründe haben: Entweder lagen die Voraussetzungen gem. § 63 StGB bereits zu Beginn der vorläufigen Unterbringung nicht vor (s.o.) – oder aber bereits die während der vorläufigen Unterbringung erfolgten Behandlungsinterventionen reichten aus, um die Gefährlichkeit des vorläufig Unterbrachten unter die geforderte Erheblichkeit der zu besorgenden zukünftigen Taten zu drücken. Man könnte in diesen Fällen auch von verdeckten „forensischen Kriseninterventionen“ sprechen, die sich oft auf Patienten mit psychotischen Störungen beziehen, die in Allgemeinpsychiatrien oder anderen institutionellen Settings (auch im Rahmen öffentlich-rechtlicher Unterbringung nach den Landesgesetzen über die Unterbringung psychisch Kranker) nicht ausreichend behandelbar erscheinen oder als „untragbar“ gelten.¹¹ Eine neuere Auswertung¹² aus Baden-Württemberg deutet zusätzlich

daraufhin, dass zuletzt zwei weitere Gruppen zunehmend häufiger gem. § 126a StPO untergebracht werden: Wohnsitzlose und Migranten, die als Flüchtlinge in den letzten Jahren erst nach Deutschland zugewandert sind. Bei aller Vorläufigkeit der Befunde und der noch offenen Frage, ob sie auf das gesamte Bundesgebiet generalisierbar sind, könnten diese Phänomene ebenfalls so interpretiert werden, dass die Forensik zunehmend eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe übernimmt, die ihr nicht zugeordnet ist – nämlich jene der (Re-)Integration eher sozial randständiger Menschen.

Neben der Frage einer möglicherweise kritikwürdigen Auslegung des Gesetzes zur einstweiligen Unterbringung durch die jeweiligen Gerichte, stellt sich zum einen die gesellschaftliche Frage, ob eine solche Integration durch eine zunächst einmal hoch desintegrativ ausgelegte Institution gelingen kann und zum anderen auch die individuelle Frage, ob es nicht doch andere Behandlungsmöglichkeiten und -settings für diese Menschen geben könnte oder sogar geben müsste. Denn selbst wenn (v.a. kurzfristig) nach § 126a StPO behandelte Patienten zunächst in keinem Kontext zu überlangen Behandlungsdauern im MRV stehen – sie erhöhen die ohnehin schon bestehende Überbelegungssituation in den Kliniken und binden dabei überproportional viele Ressourcen. Dies hängt einerseits mit der oftmals eher akut imponierenden Psychopathologie und andererseits mit den rechtlichen Besonderheiten des Status zusammen: vorläufig Unterbrachte haben keine Mitwirkungspflicht bei Behandlungsangeboten und unterliegen zugleich höheren Sicherungsauflagen.

Neben der mutmaßlich gesunkenen Schwelle, gewalttätiges oder auch anderweitig deviantes Verhalten in anderen Behandlungs- oder Versorgungssettings zu dulden, drängt sich der Verdacht auf, dass der MRV in diesen Fällen systemisch bedingte Probleme auffängt v.a. in Bezug auf die Möglichkeiten einer längerfristigen öffentlich-rechtlichen Unterbringung,¹³ die eine konsequente Behandlung der z.T. sehr „schwierigen“ Patienten mit einer geringen Compliance über einen längeren Zeitraum erlauben würde. Die Tatsache, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung täglich aufs Neue überprüft, begründet und dokumentiert werden muss (vgl. § 17 Abs. 3 PsychKG NRW, das seit dem 1.1.2017 eine tägliche Überprüfung vorsieht – in der zuvor gültigen Fassung war lediglich eine „fortlaufende“ Prüfung vorgesehen), führt i.d.R. zu insuffizienten Behandlungen und dem bekannten Drehtürpatientenphänomen, welches vermutlich Gerichte wie zuständige Kliniken im Ergebnis gleichermaßen resignieren lässt.

Natürlich kann es sinnvoll sein, die Möglichkeit oder Notwendigkeit forensischer Kriseninterventionen als Primärsanktion¹⁴ zu diskutieren. Dies sollte dann aber auch

⁹ Um mit den Worten von *Garlipp/Ziegenbein/Haltenhof*, *Nervenheilkunde* 2013, 514 (519) zu sprechen, scheint sich das Spannungsfeld zwischen Forensifizierung (gewalttätiges Verhalten wird vorrangig als Delikt verstanden) und Neglect (gewalttätiges Verhalten wird vorrangig als Symptom im psychopathologischen und -dynamischen Zusammenhang gesehen) zugunsten von ersterem aufzulösen.

¹⁰ *Schmidt-Quernheim*, *Bewährungshilfe* 2020, 253 (268).

¹¹ Siehe dazu auch *Saimen*, *Kerbe* 4 2013, 19 (21).

¹² *Traub*, Digitaler Vortrag auf der virtuellen 35. Münchner Herbsttagung der AGFP am 8. Oktober 2020.

¹³ Je nach Bundesland wird eine solche Unterbringung zumeist geregelt durch ein eigenständiges PsychKG oder PsychKHG.

¹⁴ Als solche zu unterscheiden von einer Krisenintervention gem. § 67h StGB, die erst nach Aussetzung einer erfolgten Unterbringung gem. § 63 StGB angeordnet werden kann.

so benannt werden, anstatt dass es unter dem Deckmantel einer Rechtsvorschrift erfolgt, die zu einem ganz anderen Zweck konzipiert wurde. Diese Überlegungen stellen auch eine passende Überleitung zum zweiten Punkt dar.

b) *Ausdifferenzierung der forensisch-psychiatrischen Maßregel*

Gegenwärtig ist die Behandlung psychisch kranker und gem. §§ 20, 21 StGB mindestens als erheblich vermindert schuldfähig eingestuft Straftäter im deutschen Rechtssystem dichotom geregelt: entweder es erfolgt die zeitlich unbefristete stationäre Unterbringung gemäß § 63 StGB oder sie erfolgt nicht.¹⁵ Dieses Regelsystem ist historisch erklärbar, spiegelt den aktuellen Wissensstand über störungs- und deliktsspezifische Behandlungsnotwendigkeiten jedoch nur unzureichend wider. Dabei geht es weniger um *Behandlungsinhalte*, denn selbstverständlich gilt es in MRV-Kliniken als *state of the art* individuelle Behandlungspläne zu erstellen und -elemente anzubieten. Doch der starre Rahmen des § 63 StGB setzt enge Grenzen und es sollte überlegt werden, wie auch strukturell ein individuelleres Eingehen auf *Behandlungsnotwendigkeiten* im forensischen Kontext möglich werden könnte. Dazu lohnt auch ein Blick auf die Regelungen anderer Länder, wie etwa der Schweiz.

Schon die Ausdifferenzierung in eine ambulante, teilstationäre, befristet stationäre (im Sinne einer Krisenintervention s.o.) und wie gehabt unbefristet stationäre Maßregel – etwa im Sinne eines gestuften Maßregelsanktionensystems – würde wesentlich individuellere Behandlungsverläufe ermöglichen, die sicherlich mit einem deutlich positiven Effekt auf die Behandlungsdauern insgesamt einhergehen würden ohne dabei die Sicherheit der Allgemeinheit unverhältnismäßig stark zu gefährden. Wie entsprechend differenzierte Maßregelstufen genau aussehen könnten, soll im Folgenden exemplarisch kurz skizziert werden:

aa) *Ambulante Maßregel*

Hierunter könnte zweierlei verstanden werden. Zunächst eine „klassische“ Behandlungsaufgabe, bei der ein psychisch kranker Straffälliger mit eher moderatem Gefährdungspotential initial zunächst unbefristet dazu verurteilt wird, regelmäßig (ggf. auch hochfrequent) an forensischen Einzel- und/oder Gruppentherapien im Sinne einer Komm-Struktur¹⁶ teilzunehmen. Das Novum an einer solchen Maßregel wäre, dass die Therapeuten als Angehörige des MRV-Systems über das nötige forensische Wissen und Verständnis verfügten, direkt der Strafvollstreckungskammer (StVK) berichtspflichtig wären und ggf. auf kur-

zen Verfahrenswegen die Umwandlung in eine eingriffsintensivere Maßregel anregen könnten (bei deren Durchführung sie selbst im Sinne einer Behandlungskontinuität dem Betroffenen als Therapeut im Idealfall erhalten blieben).

Eine andere Form der ambulanten Maßregel (die v.a. für Patienten in Frage kommen dürfte, die in einem institutionellen Setting straffällig wurden) könnte die Etablierung forensischer „Task-Force“-Teams sein, die – bestehend aus erfahrenen forensischen Therapeuten, Sozialarbeitern und/oder Pflegekräften – die bereits involvierte Institution beraten, unterstützen und in Form einer Geh-Struktur¹⁷ Patienten in dem ihnen bekannten Umfeld aufsuchen und behandeln.

Der Vorteil beider Regelungen wäre, dass Patienten in ihrem gewohnten Lebensumfeld und der etablierten Tagesstruktur verbleiben könnten. Denn für viele Patienten bedeutet allein die Aufnahme in eine forensische Klinik – ein Umfeld mit eigenen Regeln und Strukturen, und die damit einhergehende Notwendigkeit, sich neu zurechtzufinden – eine Destabilisierung, d.h. der Patient ist oftmals mehrere Monate vor allem damit beschäftigt, sich in der neuen Situation zurecht zu finden. Hinzu kommt, dass nach erfolgter MRV-Behandlung in der Regel wieder mit viel Aufwand ein institutioneller Empfangsraum geschaffen werden muss.

bb) *Teilstationäre Maßregel*

Eine andere Gruppe forensischer Patienten mit ebenfalls eher moderatem Gefährdungspotential wiederum dürfte von teilstationären Maßregeln gut profitieren. Auch hierbei wären zwei Varianten denkbar. Einerseits forensische tagesstationäre Angebote wie sie in der Allgemeinpsychiatrie inzwischen zum Standard gehören. Patienten würden hier nur tagsüber spezifische forensisch-psychiatrische Behandlungsangebote wahrnehmen und abends wieder in ihr gewohntes Lebens- und Wohnumfeld zurückkehren. Andererseits forensische Wohneinrichtungen, in denen Patienten wohnen, aber zu geregelten Tätigkeiten oder auch ausgewählten Freizeitaktivitäten die Einrichtung verlassen können. Natürlich fände in beiden Formen dieser teilstationären Maßregel spezifisch forensische, mithin deliktpräventive Behandlung statt. Während tagesstationäre Angebote für jene Patienten gedacht wären, die über ein stabiles Wohnumfeld und/oder gute familiäre Anbindung verfügen, aber durch mangelnde Tagesstruktur (einhergehend mit ihrer psychischen Erkrankung) ein manifestes Delinquenzrisiko aufweisen, wären forensisch geführte Wohnheime eher für jene Patienten geeignet, die Unterstützungsbedarf im Alltag aufweisen, aber schon etablierten tagesstrukturierten Tätigkeiten nachgehen. Ein

¹⁵ Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle auf die Möglichkeit verwiesen, die stationäre MRV-Unterbringung initial zur Bewährung auszusetzen (gem. § 67b StGB) und das Wahrnehmen anderer Behandlungen als Bewährungsaufgabe auszusprechen. Praktisch wird davon aber nur selten Gebrauch gemacht, was sicherlich auch an hohen Hürden hinsichtlich Zuständigkeit, Finanzierbarkeit und Kontrollierbarkeit liegt. Siehe dazu auch *Schmidt-Quernheim* (Fn. 10), der nicht zu Unrecht häufigere Entlassungen gem. § 67b StGB anmahnt und dabei auch die Gerichtshilfe in die Pflicht nimmt.

¹⁶ Der Betroffene kommt zu seinen Behandlern.

¹⁷ Der Betroffene wird von seinen Behandlern aufgesucht.

typischer Fall wäre ein chronifiziert psychotischer Patient, der bei seinen Eltern lebt, mit denen es aber – resultierend aus gegenseitiger Überforderung – immer häufiger zu handgreiflichen Streitereien kommt, während er in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung eigentlich ganz gut eingegliedert ist.

cc) *Befristet stationäre Maßregel*

Für jene Patienten mit (akut) höherem Gefährdungspotential sollte die Möglichkeit einer (initial ausgesprochenen) zeitlich befristeten Krisenintervention geschaffen werden, bei der im Rahmen der bestehenden MRV-Strukturen Patienten mit klar umschriebenen Behandlungsauftrag zunächst nur für eine gewisse Zeit behandelt werden. Ein solcher Zeitrahmen könnte beispielsweise 6 oder auch 12 Monate darstellen, verbunden mit einer Möglichkeit einer weiteren befristeten Verlängerung um weitere max. 6 oder 12 Monate. Für den prototypischen Fall eines ausschließlich im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung zu Gewalttaten neigenden Patienten ohne komorbide Störungen oder im engeren Sinne dissozialen bzw. kriminellen Entwicklung sollte dieser Zeitrahmen in der Regel ausreichen, eine rückfallpräventive Behandlung sowohl im Hinblick auf die Grunderkrankung als auch im Hinblick auf die damit in Zusammenhang stehende Gefährlichkeit zum Ziel zu führen.

Dass auch diese (eigentlich recht unkompliziert zu behandelnde) Gruppe von Patienten auch in Kliniken mit speziell auf diese Klientel zugeschnittenen sog. Schnellläuferstationen wesentlich länger in der Maßregel verbleibt, hängt vielleicht ein Stück an der Eigenlogik des Systems § 63 StGB, das mit seinen relativ starren Überprüfungs- und Behandlungsplanungsfristen sowie auch Lockerungsanforderungen nicht auf kürzere Verweildauern ausgelegt ist. Eine Befristung der Maßregel würde diese Logik umkehren und die Schaffung entsprechend effizienter Behandlungsstrukturen quasi erzwingen.

dd) *Unbefristet stationäre Maßregel, die der aktuellen Form des § 63 StGB entspräche*

Mit einer solchen Ausdifferenzierung einhergehen würde ein erweiterter Auftrag an gutachterliche Sachverständige, die im erkennenden Verfahren nicht nur (wie bisher) darauf eingehen müssten, ob die Eingangskriterien für §§ 20, 21 StGB und die Voraussetzung der Unterbringung gem. § 63 StGB vorliegen. Sie müssten nun in Abhängigkeit von Behandlungs-, Sozial- und Kriminalprognose beurteilen, welches das mildeste Sanktionsmittel darstellt, um die Behandlung der Anlasserkrankung zu gewährleisten und gleichzeitig die notwendige Sicherheit der Allgemeinheit zu wahren. Somit könnte auch hier das erkennende Gericht die (normative) Entscheidung, welche der Maßregelstufen geeignet erscheint, auf der Grundlage tatsächlicher Anknüpfungspunkte treffen. Um möglichen psychopathologischen Verschlechterungen und damit zunehmender

Gefährlichkeit oder (nicht zu vermeidenden) prognostischen Unschärfen gerecht zu werden, könnten und sollten in Form von verfahrensrechtlichen Begleitregelungen klare Kriterien definiert werden, unter welchen Voraussetzungen ggf. auch eingriffsintensivere Maßnahmen eingesetzt werden könnten.

Vor allem die ersten beiden ausdifferenzierten Maßregelstufen dürften sich wesentlich weniger als der aktuelle § 63 StGB in einem Spannungsfeld zum individuellen Freiheitsgrundrecht bewegen, was Bedenken hinsichtlich der (Un-) Verhältnismäßigkeit der angeordneten Maßregel sicherlich abschwächt.

Es ist daher wahrscheinlich, dass im Vergleich zu heute zwar sogar *häufiger* von den weniger eingriffsintensiven Maßregeln Gebrauch gemacht würde. Doch dürfte deren geringere Dauer und der niedrigere Platz- und Personalbedarf unterm Strich dennoch auf eine monetäre Entlastung des Steuerzahlers hinauslaufen.

Natürlich könnte eine Ausdifferenzierung der psychiatrischen Maßregel auch anders aussehen, als die vorstehende grobe (und sicherlich nicht zu Ende gedachte) Skizze,¹⁸ grundsätzlich würde sich durch eine derartige Differenzierung jedoch auch ein anderer Webfehler des deutschen Sanktionensystems, der oben bereits angeklungen ist, beheben lassen: Die schuldstrafrechtrechtliche Spur folgt selbstverständlich einem Äquivalenzprinzip, die Höhe der verhängten Strafe (sei es Geld- oder Freiheitsstrafe) wird direkt nach der Höhe der Schuld bemessen. Eine entsprechende Äquivalenz fehlt bislang in der maßregelrechtlichen Spur. Denn unabhängig von Art und Höhe der Gefährdung, die von dem psychisch kranken Straffälligen ausgeht, steht genau eine Interventionsform zur Verfügung sobald die Erheblichkeitsschwelle überschritten ist, unterhalb dieser Schwelle praktisch keine. Dass sich die Dauer der tatsächlich vollzogenen MRV-Unterbringung wiederum flexibel darstellt, ist dabei allenfalls als Notbehelf zu sehen. Denn einerseits richtet sie sich nicht nach der *initialen* Gefährlichkeit, sondern nach der *Gefährlichkeitsentwicklung*; andererseits hängt sie am Ende des Tages eben nicht nur von dem Untergebrachten ab, sondern auch von Setting- und anderen institutionellen Faktoren sowie letztlich auch individuellen Behandlerfaktoren. Die Ausdifferenzierung der psychiatrischen Maßregel in verschiedene Eingriffsintensitäten würde daher auch erstmals eine Art Gefährlichkeitsäquivalenz dieser Spur ermöglichen, was im Umkehrschluss aber eben auch bedeutet, dass die Gesellschaft und die Verantwortlichen von der Prämisse maximaler initialer Sicherung abrücken müssten.

¹⁸ Mehr noch: Idealerweise sollte eine derartige Differenzierung einhergehen mit einer Neuordnung/-konzeptionierung des gesamten Sanktionensystems, also unter Einbezug der §§ 64, 66 StGB und unter Revision des alleinigen Eingangskriteriums der Schuldfähigkeit für eine Maßregel gem. § 63 StGB.

2. Während der Vollstreckung bzw. dem Vollzug der Maßregel

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit Möglichkeiten, wie im Rahmen einer laufenden unbefristeten Unterbringung gem. § 63 StGB überlange Unterbringungen verringert werden könnten.

a) Verhältnismäßigkeitserwägungen im Lockerungsverlauf

Seit der Gesetzesnovelle kommt es spätestens nach dem Erreichen der 6-Jahresschwelle zu einem Auseinanderdriften der Anforderungen, die für die Gewährung von Lockerungen einerseits und den Entscheid über die Fortdauer der Maßregel andererseits gestellt werden. Während bezüglich letzterer zunehmend Verhältnismäßigkeitserwägungen eine Rolle spielen, basieren Lockerungen nach wie vor auf der Erreichung vorher definierter Behandlungsziele, sei es aufgrund klinischer Konvention oder gar festgeschrieben in Vollzugsgesetzen.¹⁹ Anders ausgedrückt stehen sich Vollstreckungs- und Vollzugslogik zunehmend unverbunden gegenüber, was im Extremfall darin resultiert, dass Patienten auf der Grundlage einer Erledigung gem. § 67d Abs. 6 StGB entlassen werden, ohne vorher je einen Schritt (begleitet oder unbegleitet) vor die Kliniktür gesetzt zu haben. Dies öffnet nicht nur der Chronifizierung von Hospitalisierungseffekten Tür und Tor, es unterbindet auch die Gelegenheit der Bewährung, die mit Vollzugslockerungen verbunden ist und die ihrerseits eine wichtige Erkenntnisquelle für die Legalprognose darstellt (von der Motivationsquelle für den einzelnen Patienten, der dann wieder „etwas zu verlieren“ hat, einmal ganz abgesehen). Insofern wäre es wünschenswert, wenn bereits bei Lockerungsüberlegungen Verhältnismäßigkeitserwägungen einbezogen würden. Mit anderen Worten müsste gerade bei einer im Raum stehenden Entlassung nach § 67d Abs. 6 StGB – auch und gerade im nachhaltigen Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit – eine höhere Risikobereitschaft vonseiten der Verantwortlichen eingenommen werden. Neben der Streichung entsprechender Passagen in Vollzugsgesetzen und internen Richtlinien, sollte dabei auch diskutiert werden, inwiefern die Anordnung von Vollzugslockerungen auch vonseiten der Justiz ausgehen könnte. Die gegenwärtige Haltung, Vollzugslockerungen lägen im Entscheidungsbereich der Behandler (und werden allenfalls abgestimmt mit der Staatsanwaltschaft) führt u.E. jedenfalls vielerorts zu einer nicht unerheblichen Risikoaversion. Denn allzu oft fühlen sich Maßregelvollzugseinrichtungen und deren Aufsichtsbehörden genauso wie die vollzugsüberwachenden Staatsanwaltschaften ausschließlich dem Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit verpflichtet – nicht aber dem Freiheitsanspruch der Untergebrachten. Die Einführung von Verhältnismäßigkeitsklauseln in Lockerungsrichtlinien und Voll-

zugsgesetzen würde aller Voraussicht nach Behandlungsabläufe beschleunigen. Sie wäre daher ebenso wünschenswert wie ein Mentalitätswandel bei Strafvollstreckungskammern dahingehend, dass sie im Rahmen der Überprüfung der weiteren Unterbringung (gem. § 67e StGB) verstärkt Informationen über Lockerungsmaßnahmen verlangen und Begründungen einfordern sollten, wenn diese hinter den Erwartungen zurückgeblieben sind.

Die Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes auf den tatsächlichen Grad an Freiheitsentzug, der bei weitreichenden Lockerungen als wesentlich geringer einzuschätzen ist, als bei nicht gelockerten Patienten, hätte einen weiteren positiven Nebeneffekt: Er würde auch den Druck mindern, eine rein dichotome Verhältnismäßigkeitsabwägung zu treffen: Bei einem als „moderat“ eingeschätzten Rückfallrisiko für i.S. des § 67d Abs. 6 StGB definierte Straftaten wird ein Fortdauerbeschluss nach mehr als zehnjähriger Unterbringung wesentlich eher als unverhältnismäßig anzusehen sein, wenn er sich auf einen Patienten bezieht, der im Rahmen von umfassenden Einzelausgängen einer externen Arbeitstätigkeit nachgeht, als wenn er sich auf einen Patienten ohne jegliche Lockerung(sperspektive) bezieht.

b) Verschlinkung des Begutachtungs- und Dokumentationswesens

In der gegenwärtigen Praxis des Maßregelvollzugs werden Behandlungsprozesse nicht selten verzögert oder ausgebremst durch formale Prozesse, die die MRV-Beschäftigten sehr viel Zeit kosten. Zwar unterscheiden sich die formalen Vorgaben zur Dokumentation (beispielsweise von Behandlungsinhalten, -planungen oder Lockerungsentscheidungen) nicht nur je nach Bundesland, sondern je nach Klinikträger und sogar auf Ebene der einzelnen Kliniken teilweise erheblich, doch finden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit in jeder einzelnen Klinik Beispiele für überzogene Anforderungen. Eine saubere Dokumentation der Behandlung und das Verfassen substanzieller Stellungnahmen an die Justiz liegen fraglos auch im Interesse der Untergebrachten und sind prinzipiell notwendig. Dennoch bemisst sich Behandlungsqualität nicht zwangsläufig im korrekten Ausfüllen zahlreicher Checklisten oder der pünktlichen Ablieferung oftmals redundanter Inhalte. Grundsätzlich gilt auch im MRV: Wer schreibt, behandelt nicht. Jede Minute, die im Dokumentations- und Berichtswesen eingespart wird, kann direkt in die Patientenbehandlungen investiert werden. Hinzukommt, dass der Abbau teilweiser überbordender formaler Anforderungen das Berufsfeld Maßregelvollzug für Berufseinsteiger und -wechsler attraktiver machen würde. Dies hätte wiederum den Effekt, dass freie Stellen schneller und mit motivierten Mitarbeitern besetzt werden könnten. Dies vor allem dann, wenn der Eindruck entstünde, dass Dokumentation tatsächlich in erster Linie der Reflexion und Optimierung

¹⁹ Dies trifft beispielsweise auf das aktuell gültige Maßregelvollzugsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (MRVG NRW) zu, das bald abgelöst werden soll durch ein gänzlich neu gestaltetes und in „Strafrechts-bezogenes Unterbringungsgesetz“ (StrUG NRW) umbenanntes Gesetz. Der aktuell vorliegende Gesetzentwurf rückt erfreulicherweise bereits ab von der beklagten Koppelung an den „Erfolg der Therapie“.

von Behandlungsprozessen diene – und nicht primär der rechtlichen Absicherung im Falle etwaiger kritischer Vorfälle.

Ein ähnlicher Verdacht drängt sich auf bei dem Versuch, die Motivation des Gesetzgebers zu ergründen, wieso in den letzten Jahren immer häufiger externe Gutachten vorgesehen wurden (z.B. durch die neuen Fristen des § 463 Abs. 4 StPO). Der Nutzen von Pflichtgutachten ist bei Patienten, die einen „normalen“ Verlauf aufweisen, fachlich sehr umstritten.²⁰ Dem steht gegenüber, dass jedes externe Gutachten einen hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand für die behandelnde Klinik bedeutet und dass der Zeitraum zwischen Beauftragung und Erstattung eines Gutachtens mehrere Monate (erfahrungsgemäß bis hin zu einem ganzen Jahr) umfasst. Für Patienten bedeuten Begutachtungen auch eine Belastung. Neben der physischen Belastung durch umfangreiche Explorationstermine empfinden viele Patienten einen großen Druck, sich dabei gut „präsentieren“ zu wollen, bei gleichzeitigem Unverständnis nun schon wieder einer weiteren Person die gesamte Lebensgeschichte erzählen zu müssen. Nicht zuletzt stellt das Warten auf (und die Unsicherheit über) das Gutachtenergebnis für viele Patienten psychischen Stress dar.

In der Zeit zwischen Beauftragung und Gutachtenerstattung werden selten Behandlungsänderungen vorgenommen oder Lockerungen eingesetzt, da die Verantwortlichen nachvollziehbarerweise dem externen Sachverstand nicht vorgreifen wollen. Außerdem sehen einige Maßregelvollzugsgesetze es dezidiert vor, Lockerungsentscheidungen erst nach Hinzuziehung externen Sachverständigen umzusetzen. In diesem Fall verführen Regelgutachten dazu, anstehende Entscheidungen bis zum nächsten regulär anstehenden Gutachten aufzuschieben.

Aber auch Gutachten, die anlassbezogen erstattet werden, sollten nicht unkritisch betrachtet werden. Der Wunsch, die Verantwortung (v.a. für Lockerungsentscheidungen) auf mehrere Schultern zu verteilen, erscheint verständlich – geht jedoch zeitlich betrachtet zulasten des Untergebrachten. Denn die Gutachtenvergabe erfolgt meist erst dann, wenn zumindest die Klinik eine Lockerung gutheißen würde. Erfahrungsgemäß dienen Gutachten damit selten einer Entscheidungsfindung, sondern oft der Absicherung einer bereits getroffenen Entscheidung. Zu der Zeit der Findung addiert sich somit die Zeit der Absicherung. Sowohl Regel- als auch anlassbezogene Gutachten können damit zu einem Hemmnis für Lockerungsmaßnahmen werden – obwohl sie eigentlich dazu gedacht sind, dass die Freiheitsperspektive des Untergebrachten verlässlich und objektiv im Behandlungsprozess Beachtung findet.

Es steht außer Frage, dass im Falle kritischer oder komplexer Behandlungsverläufe die Einholung externen Sachverständigen nicht nur nützlich, sondern unabdingbar ist. Durch Regelgutachten (seien sie zeitlich oder an Behandlungsschritten gebunden), werden diese Ausnahmefälle jedoch zur Regel erklärt. In der Mehrzahl der Fälle sollte die Einschätzung und Erfahrung der behandelnden Klinik im Zusammenspiel mit der kritischen Reflexion durch Aufsichts- und vollzugsüberwachende Behörden, durch den Rechtsbeistand des Untergebrachten und durch die StVK ausreichen, um verantwortungsbewusst und vernünftig über Fragen nach Lockerungen oder gar der Fortdauer der Vollstreckung zu befinden.

Insofern wäre es sicherlich nicht gänzlich abwegig, darüber nachzudenken, Regelgutachten gänzlich zu streichen. Stattdessen könnte überlegt werden, interdisziplinär klare Kriterienkataloge zu entwickeln, in welchen Einzelfällen externer Sachverstand wichtig bzw. unabdingbar sein sollte. Eine solche Änderung dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit die Senkung der Behandlungsdauern in der Breite zur Folge haben – ob sie durchsetzbar wäre, bleibt jedoch fraglich. Denn es drängt sich der Eindruck auf, dass vom gegenwärtigen System hochfrequenter Begutachtungen zu viele der Beteiligten auf die eine oder andere Weise profitieren (eben mit Ausnahme des Patienten).

c) (Erneute) Etablierung von Bewährungsaussetzungen als reguläre Entlassungsform

Vor dem Hintergrund schlagkräftigerer Ausgestaltungsmöglichkeiten der Führungsaufsicht sind Bewährungsaussetzungen aus präventiver Sicht grundsätzlich als günstiger zu betrachten als Erledigungen einer Unterbringung.²¹ Seit der angesprochenen Novelle 2016 sind Verhältnismäßigkeitserledigungen jedoch – spätestens nach Erreichung der zehn-Jahres-Schwelle – der gesetzlich vorgesehene Regelfall für eine Entlassung aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug. Diese „ungünstige“ Entlassungsform trifft dabei also regelhaft jene langjährig untergebrachten Patienten, bei denen Hospitalisierungen und ungünstige Behandlungsverläufe gehäuft vorkommen. Auch bezüglich Diagnosen, Eingangsdelikten und soziodemographischem Hintergrund legen neuere Auswertungen eines NRW-weiten Forschungsprojekts zum Thema nahe, dass bestimmte Patientengruppen ein größeres Risiko für lange Unterbringungsdauern und eine Entlassung auf dem Wege der Erledigungsentscheidung aufweisen als andere.²²

Zwar ist es prinzipiell möglich, auch nach Überschreiten der zehn-Jahres-Schwelle eine Bewährungsaussetzung

²⁰ Schallast/Lindemann, R&P 2015, 72 (84); Pfäfflin, Sexual Offender Treatment 2014, 1 (9); Pfäfflin, R&P 2014, 62 (63).

²¹ Vgl. Baur, JR 2017, 413 (419) sowie Baur/Querengässer, MSchr-Krim 2017, 313 (327): Bei einer Erledigung können im Rahmen der Führungsaufsicht nur Weisungen nach § 68b Abs. 1 StGB (darunter z.B. eine „Vorstellungsweisung“) ausgesprochen werden, bei Bewährungsentlassungen auch solche nach § 68b Abs. 2 StGB (z.B. eine „Therapieweisung“). Auch bestehen ausschließlich bei letzterem die Möglichkeiten einer Krisenintervention gem. § 67h StGB oder eines Widerrufs der Maßregelauflösung gem. § 67g StGB.

²² Hein/Querengässer/Schiffer, eingereicht bei Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (FPPK).

auszusprechen,²³ doch wird hiervon praktisch kaum Gebrauch gemacht. Sicherlich hängt dies mit dem hohen argumentativen Aufwand und der verbleibenden Rechtsunsicherheit zusammen.

Es wäre daher wünschenswert, wenn es gelänge, bereits vor der Erreichung der Zeitschwellen mehr Patienten gem. § 67d Abs. 2 StGB zu entlassen. In diesem Zusammenhang wirkt es wie eine verpasste Chance des Gesetzgebers im Zuge der Novelle 2016 nicht auch die Hürden dieser Entlassvorschrift abgesenkt zu haben bzw. die Verschärfung aus dem Jahre 1998 nicht revidiert zu haben.²⁴ Bis dato lautete die wesentlich bewährungsfreundlichere Gesetzesfassung, dass die Vollstreckung bereits zur Bewährung ausgesetzt werden kann, sobald „...verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“²⁵

Doch selbst solch eine wünschenswerte Senkung der Anforderungen würde wohl weitgehend folgenlos bleiben, wenn sich die oft beschworene Verantwortungsgemeinschaft aus Strafvollstreckungskammer, MRV-Klinik, Staatsanwaltschaft und den externen Sachverständigen weiterhin nicht selten als „Verantwortungsdiffusionsgemeinschaft“ präsentierte. Nicht nur in Einzelfällen drängt sich der Eindruck auf, dass sich im Sinne eines falsch verstandenen Konsensprinzips ein unausgesprochenes Veto-Prinzip etabliert hat – in dem Sinne, dass die Fortdauer ausgemacht ist, sobald eine der beteiligten Parteien leise Zweifel an einer im Raum stehenden Entlassung äußert. An dieser Stelle kann daher erneut nur an den Mut zu einer weniger risikoaversiven Grundhaltung appelliert und auf die Nutzung anderer Instrumente des Risikomanagements verwiesen werden.

3. Nach Entlassung aus dem (stationären) Maßregelvollzug

a) Ganzheitliches Verständnis deliktpräventiver Interventionen bei psychisch kranken Straftätern

Mit diesem Punkt sollen weniger konkrete Vorschläge angesprochen, als vielmehr ein Haltungswandel angemahnt werden. Weder das (akut-)medizinische Paradigma, eine Erkrankung könne behandelt werden, danach sei sie überstanden, noch die Metapher einer chronischen Erkrankung, die immerwährender Behandlung bedarf, passen auf Straftäter, die aufgrund einer psychischen Problematik „gefährlich“ sind. Ersteres resultiert in der falschen Erwartung, Patienten seien nach der Behandlung eben nicht mehr gefährlich, letzteres in der ebenso falschen Annahme, sie bräuchten „ewig“ Behandlung. Bei den wenigsten forensischen Patienten beruht die Gefährlichkeit ausschließlich auf der psychiatrischen Komponente, sondern auf einem mehr oder weniger komplexen Zusam-

menspiel unterschiedlicher (mehr oder weniger krankheitswertiger) intrapsychischer und situationaler Faktoren. Ein sozial-psychiatrischer oder auch systemischer Blickwinkel wird dieser Gemengelage viel eher gerecht. Im Idealfall sollten die mit „der Behandlung“ betrauten Personen ein ganzheitliches Verständnis anstreben. Denn erst auf dessen Grundlage können die unterschiedlichsten Maßnahmen des Risikomanagements nachhaltig etabliert werden. An dieser Stelle sei nochmals auf die eingangs aufgeführten forensischen „Task-Forces“ verwiesen, die auch und gerade nach erfolgter Entlassung aus stationärem Maßregelvollzug das weitere Leben des ehemaligen Patienten (und wenn es auch nur übergangsweise wäre) begleiten. Solche Task-Forces, die im Idealfall auch personell eine Behandlerkonstanz ermöglichen könnten, müssten jedoch personell, finanziell und von den Eingriffsbefugnissen her gestärkt werden im Vergleich zum gegenwärtigen System der forensischen Nachsorge. Auch wenn es bundesweit erhebliche Unterschiede gibt, wie forensische Nachsorgeeinrichtungen organisiert sind und auf welche Ressourcen sie zurückgreifen können, würden alle Beteiligten von einheitlich höheren Standards profitieren.

So sollte eine interdisziplinäre Zusammensetzung der Teams zur Regel werden, in denen neben sozialarbeiterischer auch ärztliche und psychotherapeutische Kompetenzen vertreten sind. Neben der empfangenden und aufsuchenden Behandlung und Betreuung der (ehemaligen) MRV-Patienten sollten die Teams dadurch auch Zusatzaufgaben übernehmen können, wie etwa die Beratung anderer professioneller (z.B. Wohnheime, Arbeitgeber) oder privater Beteiligten im Ausgliederungsprozess (z.B. Angehörigengruppen, Vermieter). Zudem könnte überlegt werden, weitere hoheitliche Aufgaben an diese Task-Force-Teams zu übertragen – bis hin zu der Möglichkeit, dass das Team in Akutfällen (und selbstverständlich unter klar definierten Rahmenbedingungen) eigenständig eine stationäre Behandlung anordnen und durchsetzen kann, jedenfalls solange, bis die zuständige StVK über einen Sicherungshaftbefehl oder eine Krisenintervention gem. § 67h StGB entschieden hat. Im Moment vergeht in entsprechenden Fällen nämlich oftmals wertvolle Zeit, bis es zu einer juristischen Entscheidung kommt.

Eine entsprechende Stärkung und Kompetenzerweiterung der poststationären Institutionen, dürfte in vielen Fällen die Bereitschaft erhöhen, die (stationäre) MRV-Unterbringung zu einem früheren Zeitpunkt als heute zu beenden. Erfreulicherweise deutet sich auch in der Politik ein entsprechender Paradigmenwechsel an, wie er etwa aus

²³ Vgl. Koller, in: Schmidt-Quernheim/Hax-Schoppenhorst, Praxisbuch Forensische Psychiatrie, Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug, 3. Aufl. (2018), 2. Kap.

²⁴ Vgl. Baur, JR 2017, 413 (414); Schöch, NJW 1998, 1257 (1258); Veh, in: MüKo-StGB, 3. Aufl. (2016), § 67d Rn. 18.

²⁵ Seither lautet die Vorschrift: „[...] setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“

den Empfehlungen der sogenannten Bosbach-Kommission²⁶ zur Sicherheit in NRW hervorgeht.

b) Ausbau der nachsorgenden Wohninfrastruktur

Zu guter Letzt soll auf die Notwendigkeit eingegangen werden, dass viele ehemalige MRV-Patienten auch nach einer erfolgreichen forensischen Behandlung (im Sinne einer Gefährlichkeitsreduktion) auf Unterstützung angewiesen sind. Patienten, die in Wohnheime oder andere professionell betreute Wohnformen entlassen werden, stellen sogar die Mehrheit aller Entlassungen aus einer Unterbringung gem. § 63 StGB dar. Meist bezieht sich deren Unterstützungsbedarf neben forensischen Themen auch auf sozialpsychiatrische oder lebenspraktische Bereiche. Oftmals hat auch die jahrelange Unterbringung selbst mit dazu beigetragen, dass entsprechende Fertigkeiten verloren gingen oder nicht weiter ausgebaut werden konnten.

Die Vermittlung forensischer Patienten in geeignete Nachsorgeeinrichtungen gestaltet sich aber vor allem in Ballungsräumen und erst recht in Bezug auf gewisse Tätergruppen leider oft sehr schwierig, was wiederum dazu führen kann, dass sich Entlassungen länger als nötig hinziehen. Es sind dabei nicht nur faktische Probleme bezüglich zu geringer Platzkapazitäten, unklarer Kostenträgerschaft oder widersprüchlicher Stoßrichtungen der Rechtsgrundlagen (Strafrecht vs. Sozialrecht), die gelöst werden müssen²⁷. Regelmäßig steht auch eine mangelnde Bereitschaft externer Einrichtungen, entsprechende Patienten aufzunehmen, einer erfolgreichen Vermittlung entgegen. Die dabei zutage tretenden Vorbehalte nur auf unreflektierte Vorurteile zu attribuieren, würde jedoch zu kurz greifen. Oftmals fehlt es Einrichtungen, insbesondere jenen in freier oder kirchlicher Trägerschaft, an Kenntnissen über das MRV-System und/oder an erfahrenem Personal, dass sich den Umgang mit vormaligen forensischen Patienten zutraut.

Wollte man dieses Problem nachhaltig abmildern, müsste also auf zwei Ebenen angesetzt werden. Zunächst sollte sich auch die Justiz und der Maßregelvollzug an Anstrengungen beteiligen, geeignete Nachsorgeeinrichtungen zu schaffen. Schließlich endet die Resozialisierung nicht mit dem Ende der formalen Zuständigkeit (siehe auch den letzten Unterabschnitt). Die Errichtung neuer Wohnheim-

plätze durch dieselben Träger, in deren Händen sich auch die MRV-Kliniken befinden, könnte dabei ebenso einen Ansatzpunkt darstellen, wie die (Mit-)Finanzierung oder die Abschließung von Rahmenverträgen über kontingentierte Plätze mit externen Trägern. Finanzielle Anreize für die Aufnahme forensischer Patienten werden aber nicht ausreichen, die angesprochenen Vorbehalte hinsichtlich des Klientels aufzulösen. Diese Ebene könnte durch enge Begleitung der ehemaligen Patienten *und* der Mitarbeiter der nachsorgenden Betreuungseinrichtungen durch forensisches Fachpersonal erfolgen. Unbürokratische, verbindliche und rasch umzusetzende Absprachen über die Rücknahme der ehemaligen Patienten im Falle von Krisen oder Zuspitzungen sowie Schulungen, Hospitationen und gegenseitiges Kennenlernen dürften ebenfalls einen Teil dazu beitragen, gewisse Vorbehalte abzubauen.

III. Fazit und Ausblick

Dass es nicht in jedem Fall gelingen wird, lange Unterbringungen zu verhindern – mehr noch: dass es in Einzelfällen auch weiterhin zu jahrzehntelangen Unterbringungen kommen wird, ist den Autoren klar. Es wird immer einen Anteil an Patienten geben, deren störungsbedingte hohe Gefährlichkeit trotz zahlreicher Interventionsversuche und -ansätze nicht hinreichend gesenkt werden kann. Aus Sicht der Versorgungsepidemiologie und der (Behandlungs-)Praxis ergeben sich dennoch viele Punkte, an denen angesetzt werden könnte, um die Behandlungsdauern im MRV gemäß § 63 StGB und damit indirekt auch den Patientenbestand *in der Breite* nachhaltig zu reduzieren.

Allerdings sind all die beschriebenen Vorschläge nicht allein mit Gesetzesänderungen umzusetzen, sondern implizieren einen mehr oder weniger umfassenden Paradigmenwechsel in MRV und Justiz. Inwiefern dieser realisiert werden kann, wird sich herausstellen. Sicher ist aber jetzt schon, dass das Ziel nur dann zu erreichen sein wird, wenn sich zu der in Fachkreisen erkannten Handlungsnotwendigkeit ein politischer Handlungswille gesellt. Da der MRV in der jüngeren Vergangenheit vor allem dann einen Platz auf der politischen Bühne einnehmen durfte, wenn es zu gravierenden Zwischenfällen kam oder höchststrichterliche Entscheidungen es unumgänglich machten, darf man diesbezüglich gespannt sein.

²⁶ Bosbach, Online-Dokument „Abschlussbericht der Regierungskommission Mehr Sicherheit für Nordrhein-Westfalen 2020“. Deziert erwähnt werden hierin die Begriffe Task-Force-Team und Behandlerkonstanz – zwar in Bezug auf suchtkranke Straftäter, die gemäß § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt untergebracht sind, aber damit eben dennoch im Kontext des Maßregelvollzugs.

²⁷ Vgl. ausführlich *Querengässer/Jörges/Schiffer*, R&P 2019, 68 (74).