

KrimZ KRIMINOLOGISCHE
ZENTRALSTELLE E.V.

Rudolf Egg (Hrsg.)

Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug

KUP **Kriminologie und Praxis**
Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V.

Band 44

Egg (Hrsg.)

Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug

– Konzepte und Erfahrungen –

Kriminologie und Praxis (KUP)
Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ)

Band 44

Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug

– Konzepte und Erfahrungen –

Herausgegeben von

Rudolf Egg

Wiesbaden 2004

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

(c) **Eigenverlag** Kriminologische Zentralstelle e.V.

KrimZ KRIMINOLOGISCHE
ZENTRALSTELLE E.V.

Viktoriastraße 35, 65189 Wiesbaden
Alle Rechte vorbehalten
Druck: Elektra GmbH, Niedernhausen
ISBN 3-926371-65-X

Vorwort

Der Übergang vom Strafvollzug bzw. von der Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug in die Entlassung zur Bewährung ist für die Resozialisierung von Gefangenen bzw. Unterbrachten und damit nicht zuletzt auch für die Sicherheit der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung. Die ambulante Nachsorge im Anschluss an den stationären Aufenthalt stellt hierbei ein wichtiges Bindeglied dar. Schließlich sind die Ursachen der (erneuten) Straffälligkeit in aller Regel nicht eng umgrenzte Störungen, die nach intramuraler Behandlung beseitigt sind, vielmehr bedürfen stationäre Maßnahmen der Ergänzung und Fortsetzung durch nachgehende, extramurale Betreuung und Hilfsangebote, namentlich bei Straftätern mit erhöhtem Rückfallrisiko.

Die Kriminologische Zentralstelle (KrimZ) veranstaltete am 19. und 20. November 2003 im Hessischen Landeshaus in Wiesbaden eine Fachtagung zu dem Thema „Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen“. Der vorliegende Band dokumentiert die Ergebnisse dieser Veranstaltung, in deren Rahmen das komplexe Thema aus der Sichtweise und Erfahrung mehrerer Experten aus Praxis und Wissenschaft vorgestellt und diskutiert wurde. Die Schriftfassungen dieser Vorträge werden ergänzt durch eine Auswahlbibliografie von *Peter Baumeister*. Ziel der Tagung war es, einen Überblick des aktuellen Sach- und Erkenntnisstandes zu geben, ein Forum für kritische Diskussion und Fortbildung zu bieten und Perspektiven aufzuzeigen.

Die Einführung in das Tagungsthema erfolgt durch zwei Überblicksvorträge aus den Bereichen Justiz (*Axel Boetticher*) und Forensische Psychiatrie (*Norbert Leygraf*). Im weiteren Verlauf werden zum einen konkrete Praxisprojekte aus einzelnen Bundesländern, zum anderen länderübergreifende Konzepte und Projektergebnisse vorgestellt. Den Anfang macht *Heinz-Jürgen Pitzing* mit einem Bericht über die seit September 1998 in Stuttgart eingerichtete „Ambulanz für Sexualstraftäter“. *Bernd Wischka*, Leiter der sozialtherapeutischen Abteilung bei der JVA Lingen, beschreibt die in seinem Hause praktizierte kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter und die Rolle der Nachsorge. Der folgende Beitrag von *Jürgen-Helmut Mauthe* befasst sich mit der Nachsorge im niedersächsischen Maßregelvollzug. Über erste Ergebnisse aus der Begleitevaluation des bayerischen Konzeptes der „Ambulanten Sicherungsnachsorge im Rahmen der Führungsaufsicht“ berichten *Susanne Stübner* und *Norbert Nedopil*.

Der Beitrag von *Roland Freese* stellt Konzepte und Erfahrungen der „Forensischen Fachambulanz Hessen“ vor, die an vier Standorten eine regional bezo-

gene Betreuung von Patienten praktiziert. Die Konzeption einer ambulanten Nachsorge im Anschluss an den Strafvollzug in Hessen erläutert *Helmut Fünfsinn*. *Michael Osterheider* behandelt das „Projekt Ambulante Nachsorge im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt“. Über ein neues Kooperationsmodell zur beruflichen Reintegration Strafgefangener in Nordrhein-Westfalen informiert *Wolfgang Wirth*. Die Berichte aus den Ländern werden durch den Beitrag von *Christian Zürn* und *Martin Möllhoff-Mylius* zur Entstehungsgeschichte und Konzeption der „Berliner Forensisch-Therapeutischen Ambulanz“ abgerundet. Den Abschluss des Bandes bilden zwei Beiträge, die sich mit dem Thema Nachsorge aus der Sicht einer Strafvollstreckungskammer (*Thomas Wolf*) sowie mit dem Stellenwert von Bewährungshilfe und Führungsaufsicht im Rahmen der Resozialisierung besonders gefährdeter Straftäter (*Martin Kurze*) befassen.

Die Entstehung dieses Tagungsbandes wäre ohne die Unterstützung zahlreicher Personen nicht möglich gewesen. Der Herausgeber dankt daher zunächst den Autoren für ihre Vorträge und den daraus entwickelten Aufsätzen sowie den Tagungsteilnehmern für ihre aktive und engagierte Mitwirkung. Frau Bundesministerin der Justiz *Brigitte Zypries* und Herrn Staatssekretär im Hessischen Ministerium der Justiz *Herbert Landau* danken wir für ihre freundlichen Grußworte, Herrn Ministerialdirigent a. D. *Karl-Heinz Groß* als dem Vorsitzenden des Förderkreises Kriminologie und Strafrechtspflege (FKS) für die finanzielle Unterstützung, die es ermöglichte, allen Teilnehmern einen kostenfreien Tagungsband zukommen zu lassen. Nicht zuletzt gilt ein besonderer Dank allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kriminologischen Zentralstelle, die an der Tagungsvorbereitung und an der Erstellung dieses Dokumentationsbandes mitgewirkt haben, vor allem Herrn *Ralph Bergmann* für die gesamte Tagungsorganisation und Frau *Gabriele Adler* für ihren stets verlässlichen und unermüdlichen Einsatz bei der Erstellung der Druckvorlage.

Wiesbaden, im November 2004

Rudolf Egg

INHALT

Vorwort	5
Grußworte	
<i>Brigitte Zypries</i>	9
<i>Herbert Landau</i>	11
Rechtliche Rahmenbedingungen	15
<i>Axel Boetticher</i>	
Nachbetreuung nach Straf- und Maßregelvollzug	55
<i>Norbert Leygraf</i>	
Ambulante Psychotherapie mit Sexualstraftätern bei Strafaussetzung – Diskrepanz zwischen Gesetzgebung und Praxis –	65
<i>Heinz-Jürgen Pitzing</i>	
Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter und Nachsorge in einer sozialtherapeutischen Abteilung	87
<i>Bernd Wischka</i>	
Nachsorge im niedersächsischen Maßregelvollzug	121
<i>Jürgen-Helmut Mauthe</i>	
Ambulante Sicherungsnachsorge des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen – Erste Ergebnisse aus der Begleitevaluation –	143
<i>Susanne Stübner & Norbert Nedopil</i>	
Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen –	169
<i>Roland Freese</i>	

Konzeption einer ambulanten Nachsorge im Anschluss an den Strafvollzug in Hessen	185
<i>Helmut Fünfsinn</i>	
Projekt Ambulante Nachsorge im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt	193
<i>Michael Osterheider</i>	
Nachsorge im und nach Strafvollzug: Ein neues Kooperationsmodell zur beruflichen Reintegration Strafgefangener in Nordrhein-Westfalen	207
<i>Wolfgang Wirth</i>	
Zur Entstehungsgeschichte und Konzeption der Berliner Forensisch-Therapeutischen Ambulanz für Sexual- und Gewaltstraftäter	223
<i>Christian Zürn & Martin Möllhoff-Mylius</i>	
Strafvollstreckungskammer und Nachsorge	231
<i>Thomas Wolf</i>	
Nachsorge und Bewährungshilfe / Führungsaufsicht	247
<i>Martin Kurze</i>	

Anhang

Auswahlbibliografie zum Tagungsthema	267
<i>Peter Baumeister</i>	
Verzeichnis der Autoren	275

Grußwort

Brigitte Zypries

Bundesministerin der Justiz

Seit einigen Jahren wird vor allem mit Blick auf die Verhinderung von Gewalt- und Sexualstraftaten intensiv über den Ausbau der Sicherungsverwahrung diskutiert. Zwischenzeitlich wurden die Gesetze in diesem Bereich auch verschärft. Dabei haben wir freilich nicht aus dem Auge verloren, dass die Sicherungsverwahrung schon nach den Wertungen unserer Verfassung nur eine Notmaßnahme der Kriminalpolitik sein kann, um die Bevölkerung vor besonders gefährlichen Straftätern zu schützen. Die weitaus meisten Straftäter werden nach Verbüßung ihrer Strafe oder Behandlung im Maßregelvollzug wieder in die Freiheit entlassen. Für sie beginnt mit ihrer Entlassung eine „kritische Zeit“. Denn sie müssen den Anforderungen einer Freiheit gewachsen sein, in der sich viele von ihnen bereits vor ihrer Inhaftierung oder Unterbringung nicht richtig zurechtgefunden haben. Der Übergang vom Straf- oder Maßregelvollzug in die Freiheit ist mithin für die Resozialisierung von Straftätern und die Sicherheit der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung. Das Faltblatt zu dieser Tagung weist darauf mit Recht hin.

Im Vordergrund unserer kriminalpolitischen Bestrebungen steht nach wie vor die „Sicherheit durch Besserung“. Wir geben uns dabei allerdings keinen Illusionen hin: Nicht alle Täter sind mit den gegenwärtigen Behandlungsmethoden erreichbar und diejenigen, die es sind und die mit Erfolg behandelt werden, sind meist keineswegs „ein für allemal geheilt“. Sie müssen vielmehr noch für längere Zeit nachbetreut werden. Behandlung kann sich deshalb nicht auf den Straf- oder Maßregelvollzug beschränken. Gerade auch Sexualstraftäter, die die Kriminalpolitik stark beschäftigen, bedürfen der Kontrolle und der Behandlung über den Strafvollzug hinaus, wenn ein Behandlungsgewinn erhalten bleiben soll. Dasselbe gilt für psychisch kranke Straftäter, die nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug regelmäßig eine ambulante Betreuung brauchen.

Ambulante Nachsorge ist wichtig, weil sie die Sicherheit der Bevölkerung erhöht. Dies ist – und das möchte ich betonen – ihr grundlegender Aspekt. Sie hat aber noch einen anderen Aspekt, der angesichts der Überbelegung des Straf- und Maßregelvollzugs von Bedeutung ist: Sie entlastet den Vollzug. Da wir in Zeiten leben, in denen Kriminalpolitik möglichst wenig kosten soll, ist

dies ein wichtiger Gesichtspunkt. Denn das, was an Geld in die ambulante Nachsorge investiert wird, kann an anderer Stelle, insbesondere im Maßregelvollzug, eingespart werden. In vielen Fällen scheitert nämlich die bedingte Entlassung von Patienten des Maßregelvollzugs daran, dass die notwendige professionelle Nachbetreuung nicht möglich ist. Die Einrichtung von Nachsorgeambulanzen, wie sie inzwischen z. B. hier in Hessen geschaffen wurden, bietet Patienten die Möglichkeit einer vorzeitigen Entlassung aus dem Maßregelvollzug. Das ist nicht nur unter Gesichtspunkten ihrer gesellschaftlichen Reintegration wichtig, sondern trägt auch zu einer wesentlichen Entlastung der Landeshaushalte bei. Denn die Kosten einer stationären Versorgung sind deutlich höher als diejenigen einer ambulanten. Darüber hinaus wird es dem Vollzug möglich, sich wieder auf die Täter zu konzentrieren, die nicht in Freiheit behandelt werden können, und damit letztlich mehr Sicherheit für uns alle zu schaffen.

Rechtlicher Rahmen für die ambulante Nachsorge ist oft die Aussetzung des Rests der Strafe oder Maßregel zur Bewährung. Daneben sieht unser Strafgesetzbuch aber noch ein weiteres Instrument vor, in dessen Rahmen ambulante Nachsorge geleistet werden kann: die Führungsaufsicht. Sie ist allerdings schon seit Jahren vielfältiger Kritik ausgesetzt. Die in der Diskussion bislang geäußerten Bedenken beziehen sich z. B. auf den von der Führungsaufsicht betroffenen, heterogenen Personenkreis ebenso wie auf die Form der Sanktionierung von Weisungsverstößen und auf organisatorische Belange. Gleichzeitig ist keine Alternative erkennbar, die Vergleichbares für die Resozialisierung entlassener Straftäter mit zweifelhafter Prognose und für das Interesse der Allgemeinheit an ihrer Überwachung zu leisten vermag. Die vor einigen Jahren „versandeten“ Bemühungen um eine Reform der Führungsaufsicht sind nun durch eine Länderumfrage wieder in Gang gekommen. Ich sehe es als sicher an, dass uns dieses Thema in dieser Legislaturperiode noch intensiv beschäftigen wird. Das Bundesministerium der Justiz wird hier seinen Beitrag leisten.

Abschließend wünsche ich Ihnen allen anregende Begegnungen und Diskussionen im Rahmen dieser Fachtagung. Ich denke, dass sie Ihnen eine hervorragende Plattform bieten wird, sich über Stand und Möglichkeiten der ambulanten Nachsorge zu unterrichten, und wünsche ihr und Ihnen fruchtbare Ergebnisse.

Grußwort

Staatssekretär Herbert Landau
Hessisches Ministerium der Justiz

Ich habe die Ehre, Sie zu der Fachtagung der Kriminologischen Zentralstelle über die ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug zu begrüßen.

Ich bin sehr erfreut, dass Sie so zahlreich nach Wiesbaden gekommen sind, um sich mit diesem doch recht neuen kriminalpolitischen Feld der Nachsorge nach der Entlassung zu befassen.

Ein Blick auf die Teilnehmerliste hat mir gezeigt, wie viele Praktiker an dieser Fachtagung teilnehmen, ein deutlicher Hinweis darauf, welche Bedeutung Sie, die sich mit dieser Klientel beschäftigen, einer weiteren Regelung oder weiteren Konzeptionen beimessen.

Gestatten Sie mir zunächst einige Worte zur Kriminologischen Zentralstelle: Sie leistet unter der bewährten Leitung von Herrn Direktor Prof. Dr. Egg einen wesentlichen Beitrag zur kriminalpolitischen Diskussion in der Bundesrepublik.

1971 beschloss die Konferenz der Justizminister und Justizsenatoren die Errichtung einer Kriminologischen Zentralstelle. Es dauerte weitere 10 Jahre, bis die Justizministerkonferenz im Juni 1981 eine verpflichtende Bund-Länder-Vereinbarung schließen konnte. Die Kriminologische Zentralstelle in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins hat dann 1986 ihre Arbeit aufgenommen. Die Mitglieder der Kriminologischen Zentralstelle sind die Bundesrepublik Deutschland und die Bundesländer; die laufenden Kosten werden zur Hälfte vom Bund und zur anderen Hälfte von den Ländern getragen. Als Sitz wurde Wiesbaden bestimmt. Die Aufgabe der Kriminologischen Zentralstelle ist es, die kriminologische Forschung zu fördern und kriminologische Erkenntnisse für die Forschung, Gesetzgebung, Rechtspflege und Verwaltung zu vermitteln und zu erarbeiten. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt dabei in der Dokumentation kriminologischer Literatur und Forschung.

Weitere Aufgaben sind die Förderung des unmittelbaren Dialogs zwischen Wissenschaft und Praxis und die Verbesserung und Initiierung der Kooperation der an der kriminologischen Forschung Beteiligten und Interessierten. Ein Mittel hierzu sind die regelmäßigen Fachtagungen, daneben führt die Krimi-

nologische Zentralstelle jährlich einige Expertenanhörungen zu bestimmten Themen durch.

Alle Aufgaben wurden von der Kriminologischen Zentralstelle hervorragend wahrgenommen, so dass diese Institution auf dem weiten Feld der kriminologischen Forschung unverzichtbar geworden ist.

Lassen Sie mich auch noch einige Anmerkungen zum Thema dieser Fachtagung machen:

In den Erläuterungen zum Programm dieser Veranstaltung hat die Kriminologische Zentralstelle mitgeteilt, dass der Übergang vom Strafvollzug bzw. der Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug in die Entlassung zur Bewährung für die Resozialisierung des Gefangenen bzw. Untergebrachten und die Sicherheit der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung ist.

Dies deckt sich mit unseren Erfahrungen in Hessen. Wir haben erkannt, dass die sich direkt an die Entlassung eines Gefangenen oder Untergebrachten anschließende Zeit besonders problematisch für die Entlassenen und damit möglicherweise auch für die Allgemeinheit gefährlich ist. Daher ist es nur folgerichtig, Überlegungen anzustellen, wie hierauf zu reagieren ist und wie die bedingt Entlassenen besonders zu führen, zu betreuen aber auch unter Kontrolle zu halten sind. In Hessen wurde mit der ambulanten Nachsorge im Anschluss an den Maßregelvollzug schon vor einigen Jahren begonnen, weil eine Reihe von schweren Rückfalldelikten bei bedingt entlassenen Patienten zu verzeichnen waren. Im Jahr 2001 wurde die ambulante Nachsorge im Anschluss an den Maßregelvollzug institutionalisiert. Im selben Jahr haben wir von der Justizseite eine Expertenkommission unter der Leitung von Herrn Richter am Bundesgerichtshof Dr. *Boetticher* eingesetzt. Die Arbeitsgruppe hat einen Bericht und Empfehlungen zu „geeigneten Maßnahmen zur Nachsorge von entlassenen Strafgefangenen“ erstellt. Ich will den Ausführungen von Herrn Dr. *Fünfsinn*, der Ihnen morgen unsere Konzeption im Einzelnen, deren Entwicklung und den Kontext mit anderen von uns ergriffenen Maßnahmen darstellen wird, nicht vorgreifen.

Ich möchte allerdings betonen, dass alle unsere Anstrengungen im und außerhalb des Strafvollzugs darauf gerichtet sind, Rückfälle zu vermeiden. Der Schutz und die Sicherheit der Bevölkerung vor Straftätern ist ein wesentliches Anliegen der Hessischen Landesregierung. Dazu gehört zum einen ein die Menschenwürde achtender, aber den maximalen Sicherheitsbedenken Rechnung tragender Strafvollzug und zum anderen die Befassung mit entlassenen Straftätern. Dabei haben wir sowohl zur Bewährung entlassene Straftäter als auch sogenannte Vollverbüßer im Blick. Das Projekt „Ambulante Nachsorge“ wird sich zunächst nur mit bedingt aus der Sozialtherapeutischen Anstalt in

Kassel entlassenen Gewalt- und Sexualstraftätern befassen. Im Hinblick auf die nach voller Verbüßung entlassenen Gefangenen, die unter Führungsaufsicht stehen und damit eine erheblich schlechtere Prognose haben, versuchen wir, das rechtliche Instrumentarium der Führungsaufsicht in intelligenter und möglichst intensiver Art und Weise zu nutzen. Der im Sommer d. J. begonnene Modellversuch der „Konzentrierten Führungsaufsicht“ bei dem Landgericht Darmstadt konzentriert sich ganz auf dieses als besonders schwierig geltende Klientel, um auch hier die Sicherheit der Bevölkerung zu verbessern. Auch hierauf wird Herr Dr. *Fünfsinn* detaillierter eingehen.

Ich wünsche Ihnen einen spannenden und anregenden Verlauf der Tagung und hoffe auf Erkenntnisse, die uns auf unserem eingeschlagenen Weg weiter voranbringen.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Axel Boetticher

I. Einleitung

Geduld ist die Kunst zu hoffen!¹

Als eine Expertengruppe und die Justizstaatssekretäre von Hessen und Sachsen-Anhalt am 8. März 2002 im Hessischen Staatsministerium der Justiz die Schrift „Geeignete Maßnahmen zur Nachsorge von entlassenen Strafgefangenen“ der Presse vorstellten², verkündeten die Staatssekretärin *Mathilde Diederich* aus Sachsen-Anhalt und Staatssekretär *Herbert Landau* für das Land Hessen, dass mit der Einrichtung bei der sozialtherapeutischen Anstalt der JVA Kassel II angebundenen Nachsorgeambulanz begonnen werden sollte. Mit dem Projekt sollte erprobt werden, inwieweit die positiven Erfahrungen einer ambulanten Nachsorge mit Sexual- und Gewaltstraftätern im hessischen Maßregelvollzug³ auf den Regelstrafvollzug und insbesondere auf die sozialtherapeutischen Anstalten übertragen werden könnten. Für ein zweijähriges Modellprojekt sollten im hessischen Haushalt 2003 die notwendigen Mittel bereitgestellt werden, woraus zwei Sozialarbeiterstellen sowie die Sachausgaben hätten finanziert werden können. Oberstes Ziel dieser Maßnahme sollten eine Verbesserung der Resozialisierungschancen durch ein kontrolliertes therapeutisches Angebot und damit ein verbesserter Schutz der Bevölkerung vor Rückfalltätern sein.

Der Regierungswechsel in Sachsen-Anhalt und damit andere politische Prioritäten sowie der Sparzwang im Land Hessen haben in beiden Ländern dazu geführt, dass dieses Modellprojekt bisher noch nicht anlaufen konnte. Nunmehr stand als neuer Beginn Januar 2004 im Raum.

Geduld und Überzeugungsarbeit für das erfolgversprechende Projekt ambulanter Nachsorge sind gefordert. Die Politik streitet statt dessen lieber vehement um die Anordnung der nachträglichen Sicherungsverwahrung – auf die

1 Aktualisierte und um Einblicke aufgrund des Vortrags vom 29. September 2003 bei der Bewährungshilfe Stuttgart e. V. ergänzte Fassung (Stand 29.10.2004).

2 Bericht und Empfehlungen einer Expertenkommission, Hessisches Staatsministerium der Justiz (2002).

3 *Freese, Roland*, Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter, Psychiatrische Kriminaltherapie, Band 2, Müller-Isberner R./Gretenkord (Hrsg.)

später kurz eingegangen werden soll – und ist eher bereit, das vorhandene Geld für neue kostenintensive Justizvollzugsanstalten auszugeben.

Immerhin ist positiv, dass jedenfalls in der Politik die Botschaft angekommen ist, dass eben nicht für alle Sexualstraftäter die Sicherungsverwahrung angeordnet werden kann, sondern im Justizalltag sogar die Regel ist, dass Sexualstraftäter zu zeitigen Freiheitsstrafen verurteilt werden, die nach Verbüßung ihrer zeitig begrenzten Strafe aus dem Regelvollzug, einer sozialtherapeutischen Anstalt oder aus einer Maßregeleinrichtung entlassen werden und einer qualifizierten ambulanten Nachsorge bedürfen.

II. Die aktuelle Situation nach dem Gesetz vom 26. Januar 1998⁴

1. Es lässt sich seit dem Erlass dieses Gesetzes sicher konstatieren, dass sich die Justiz und die Justizverwaltungen mit Sexualstraftätern intensiver befassen als vorher. Es wird jedem Delikt mehr Aufmerksamkeit gewidmet, die Suche nach Ursachen der Delikte ist verstärkt worden und die Täter werden härter und nachhaltiger bestraft als früher. Auch die Zahl der Sicherungsverwahrten ist merklich angestiegen. Die von der Allgemeinheit und vom Gesetzgeber gewollte repressive Linie gegenüber den Sexualstraftätern hat sich auf breiter Linie durchgesetzt.

Nunmehr hat auch das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom 5. Februar 2004 – 2 BvR 2029/01⁵ – die Vereinbarkeit einer im Einzelfall lebenslang zu vollstreckenden Sicherungsverwahrung mit der Menschenwürde bestätigt. Mit Urteil vom 10. Februar 2004 – 2 BvR 834/02 und 2 BvR 1588/02⁶ – hat es zwar die polizeirechtlich ausgerichtete nachträgliche Sicherungsverwahrung in den Straftäterunterbringungsgesetzen von Bayern, Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Niedersachsen für nicht vereinbar mit der Kompetenzverteilung des Grundgesetzes erklärt, dem Bundesgesetzgeber aber deutliche Signale übermittelt, dass nichts gegen eine Regelung der nachträglichen Sicherungsverwahrung auf Bundesebene spreche.

Das Urteil vom 5. Februar 2004 enthält zwar den Auftrag an die Justizverwaltungen, den Resozialisierungsauftrag nach § 2 StVollzG auch gegenüber den Sicherungsverwahrten anzuwenden und ihnen mit Vergünstigungen nach den §§ 129 ff. StVollzG und Hafterleichterungen nach den §§ 10 ff. StVollzG die

4 BGBl I. S. 160.

5 NJW 2004, 739 ff.

6 NJW 2004, 750 ff.

konkrete Aussicht auf Entlassung in die Freiheit zu belassen. Das Gericht meint auch, dass zukünftig nach Ablauf der ersten zehn Jahre der Verbleib in der Sicherungsverwahrung die Ausnahme und die Entlassung die Regel sein werde. Dennoch kommt – zwar versteckt, aber um so deutlicher – die rechtspolitische Grundlinie der Entscheidungen zum Umgang mit Sexualstraftätern in folgenden Satz des Urteils vom 5. Februar 2004 zum Ausdruck:

„Der Freiheitsentzug durch unbefristete Sicherungsverwahrung bietet im Einzelfall offensichtlich einen höheren Schutz als jede denkbare Behandlungsmaßnahme unter gelockter Aufsicht.“

Dieser Satz könnte für das Handeln der für den Strafvollzug verantwortlichen Justizminister für längere Zeit maßgeblich bestimmend sein. Nicht von ungefähr werden trotz knappen Geldes in den Justizhaushalten neue feste Anstalten gebaut, während gleichzeitig die öffentlichen Zuschüsse für viele ambulante Projekte, die insbesondere von Trägern der freien Straffälligenhilfe für entlassene Straftäter betrieben werden, zusammengestrichen werden.

Der vom Bundesverfassungsgericht erteilte Auftrag, die Justizverwaltungen müssten künftig Erhebungen darüber anstellen, „ob den Sicherungsverwahrten hinreichende Resozialisierungsangebote, insbesondere Behandlungs-, Therapie- oder Arbeitsmöglichkeiten angeboten werden“, wird im politischen Raum ebenso ungehört verhallen wie gleichlautende Erhebungsaufträge nach der Entscheidung über die lebenslange Freiheitsstrafe vom 21. Juni 1977⁷ und der zur Handhabung des § 57a StGB in der Entscheidung vom 3. Juni 1992⁸.

Der Bundesgesetzgeber hat auch schon als Reaktion auf die beiden Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts einen Gesetzentwurf zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung vorgelegt⁹, mit der es möglich werden soll, auch bei den Tätern die Sicherungsverwahrung anzuordnen, bei denen sich die Gefährlichkeit erst nach dem Urteil entweder im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug herausstellt. Damit wird das Sicherheitsprogramm vorläufig abgeschlossen.

2. Das System der „Bekämpfungsgesetze“ und die diversen Sicherungsmaßnahmen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es weiterhin im gesamten Strafverfahren, insbesondere im Vollstreckungsverfahren, strukturell

7 BVerfGE 45, 187 ff.

8 BVerfGE 86, 288.

9 Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 10. März 2004.

bedingte Schutzlücken gibt, die Rückfälle von Sexualstraftätern eher begünstigen¹⁰.

Es ist insbesondere schwer hinnehmbar, dass sich die Justiz zwar um die entlassenen Sexualstraftäter in der Weise sorgt, dass sie alle Möglichkeiten der nachträglichen Sicherungsverwahrung ausschöpfen will, sich jedoch für die Mehrzahl der aus zeitiger Freiheitsstrafe entlassenen Sexualstraftäter nicht kümmert, sondern sie in vielen Fällen sich selbst überlässt und den häufig schwerwiegenden Rückfall in Kauf nimmt.

a) Das Maß der persönlichen Tatschuld

Durch das Gesetz vom 26. Januar 1998 ist der fundamentale Widerspruch zwischen der strafenden Justiz und den behandelnden Therapeuten keineswegs abgemildert worden. Aufgabe des Strafverfahrens ist es, eine Sexualstraftat aufzuklären und gemessen an der persönlichen Schuld des Beschuldigten eine an dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierte Sanktion zu bestimmen. Nach den dort geltenden rechtlichen Regeln und unter Beachtung der Sicherheitsregeln kann die Rehabilitation stattfinden.

Dabei sind Sexualstraftaten für die Justiz kein Massenphänomen; statistisch ist die Gruppe der Sexualstraftäter eher klein und bewegt sich auf einem konstanten Niveau¹¹. Dies böte die Möglichkeit, die Durchführung des Strafverfahrens gegen Sexualstraftäter mehr auf die therapeutischen Notwendigkeiten auszurichten und nicht nach den Regeln durchzuführen, die für ein Delikt wie den Diebstahl, Raub oder Betrug gültig sind, denn:

- das Strafverfahren mit seinem Sanktionensystem steht mit dem therapeutischen Ansatz zur Korrektur von sexuellen Abweichungen in einem Spannungsverhältnis,
- der im Strafverfahren elementare nemo tenetur-Grundsatz passt schwerlich mit dem therapeutischen Grundsatz zusammen, dass am Anfang je-

10 Vgl. die Darstellung des Verlaufs des Strafverfahrens gegen A. S. wegen Sexualmordes an der 12-jährigen *Natalie A.* am 20. September 1996 in Schriftenreihe der KrimZ Bd. 29 S. 47 ff.

11 Die Polizeiliche Kriminalstatistik sagt dazu folgendes aus:

1. Pol. registrierte Straftaten: 2001: 6.363.865; 2002: 6.507.394
2. Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung: 2001: 59.902; 2002: 53.860
3. Sexualmorde: angezeigt 33, aufgeklärt 31, vollendet 27, versucht 16
4. Sexualmorde an Kindern: 2001: 6; 2002: 3, 2 vollendet, 1 versucht
5. Sexueller Missbrauch an Kindern, Gesamthäufigkeitszahl 2002: 20 pro 100.000 Einwohner
6. Untersuchung *Berner* zum Verhältnis:

Registrierung	Aufklärung	Verurteilung bei Sexuellem Missbrauch 1996:
16.000 Taten angezeigt,	11.000 aufgeklärt,	2000 Täter verurteilt (12,5 %)

der (erfolgreichen) Therapie die Auseinandersetzung und das Einstehen für die Tat stehen; viele Beschuldigte decken ihre Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung und ihre sexuellen Wünsche im Strafverfahren nicht auf,

- das Strafverfahren mit seinen unterschiedlichen Zuständigkeiten und seinem streng formalisierten Verfahrensablauf bewirkt, dass bei einer (noch nicht erheblichen) ersten Tat eines noch jugendlichen, heranwachsenden oder noch jungen Täters das gesamte Arsenal: U-Haft, Gerichtshilfe, Gutachter aufgefahren wird und auch die Jugendpsychiater insbesondere beim Störungsbegriff „schwere andere seelische Abartigkeit dem noch jungen Täter nicht „den Stempel des Endgültigen und grundsätzlich Devianten“ aufdrücken wollen“¹² Die Justiz sieht sich vielfach aufgrund des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit daran gehindert, gerade bei jungen Tätern die Chancen für rechtzeitige therapeutische Interventionen wahrzunehmen.

b) Die verfahrensrechtlichen Bedingungen für die Erkenntnis der Gefährlichkeit des Beschuldigten

Das Strafverfahren (Ermittlungs-, Erkenntnis- und Vollstreckungsverfahren) in der gegenwärtigen Form enthält strukturell bedingte Unzulänglichkeiten, Verzögerungen und Lücken, die es eher begünstigen, dass Täter, die sich wegen einer oder mehrerer konkreter Straftaten in der Obhut des Staates befinden, Freiheit wieder erlangen, ohne dass die Justiz alle Möglichkeiten ausgeschöpft hätte, die der Tat zugrunde liegenden Defizite und Störungen in ihrer Entwicklung und ihrer Gesamtheit zu erkennen und die notwendigen Interventionen anzubieten. So besteht vielfach die Gefahr, dass Verurteilte nicht nur einschlägig, sondern insbesondere mit einer Steigerung ihrer sexuellen Abirrungen rückfällig werden und erhebliche Straftaten begehen, die wir dann vor Gericht als schlichte Rückfalltat ins Strafregister aufnehmen und nunmehr mit einer erheblicheren Sanktion reagieren. An Hand von konkreten Beispielen kann verdeutlicht werden, wo die Schwachstellen im Umgang mit Sexualstraf Tätern auf Seiten der Justiz liegen, die unbedingt abgestellt werden müssen, damit es nicht zu solchen Rückfällen wie im Fall der *Natalie A.* kommt, die bisher zum Justizalltag gehören und achselzuckend hingenommen werden.

¹² *Freisleder* in Nedopil, Forensische Psychiatrie, 2. Aufl. S. 187.

Dabei könnte der Gesetzgeber auf Erkenntnisse aus Untersuchungen der KrimZ¹³ in Wiesbaden zurückgreifen, in der die Dipl. Pädagogin und Juristin *Jutta Elz* 779 Straftaten des Jahrgangs 1987 ausgewertet und die Strafverfahren und die Bedingungen für die Rückfälligkeit der Sexualstraftäter untersucht hat. Sie hat mit den Straftaten die BZR-Auszüge vom Dezember 1996 verglichen, davon 230 Fälle sexueller Missbrauch von Kindern: 22 % dieser Täter wurden in den ersten 6 Jahren rückfällig. Prof. *Berner* aus Hamburg hat bei einer Untersuchung der 5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualstraftätern (1995) festgestellt, dass 30 % spezifisch im Sexualdelikt und 20 % in einem anderen Delikt rückfällig wurden.

Entscheidend an diesen Untersuchungen sind nicht die genauen Prozentsätze und die Rückfallquoten selbst. Wichtiger ist die Erkenntnis, dass sich die therapeutische Behandlung von Sexualstraftätern lohnt!

Aus den Untersuchungen geht eindeutig hervor, dass Verurteilte ohne ausreichende therapeutische Betreuung besonders rückfallgefährdet sind, wenn sie wieder entlassen werden müssen. Dagegen ist die Zahl der Rückfälle bei therapeutisch Behandelten deutlich geringer.

c) Fehler im Ermittlungsverfahren

Schon die bisherige Form der Sammlung von Erkenntnissen über die in der Regel einzelnen Taten und den gesamten persönlichen Hintergrund des Täters, insbesondere seiner sexuellen Entwicklung, weist Defizite auf. Die Polizei und die Staatsanwaltschaft müssen sich mühsam Einzelheiten zusammensuchen. Es stellt sich als schwierig dar, Informationen von Jugendämtern, Sozialbehörden oder sozialpsychiatrischen Diensten zu erhalten. Häufig sind allein die Angaben des Beschuldigten Grundlage für die Ermittlungen und häufig auch der späteren Exploration durch den Sachverständigen. In den mangelnden Informationen über die Persönlichkeit des Täters liegt bereits ein wesentlicher Faktor für die fehlerhafte Einschätzung der Gefährlichkeit des Beschuldigten. Damit erhält das Strafverfahren bereits an dieser Stelle eine falsche Weichenstellung:

- mit welchem Täter hat es der Staatsanwalt und der Richter bei der Beurteilung *einer* oder *mehrer Sexualstraftaten* im Verfahren zu tun,
- steht vor ihm ein Ersttäter, dem ein Ausrutscher passiert ist,

13 KUP, Schriftenreihe der KrimZ e. V., 2002, „Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Bd. 33 Sexuelle Missbrauchsdelikte; Bd. 34 Sexuelle Gewaltdelikte.“

- oder geht es um den unerkannt schwer gestörten Täter, der sich noch von einem jungen Täter zu einem potentiellen Sexualmörder entwickelt,
- oder geht es um den schwer oder kaum noch beeinflussbaren Kernpädophilen?

Danach richtet sich im Justizalltag die Intensität des eigenen Einsatzes für die Sache,

der Aufwand im Ermittlungsverfahren, der Vorrang einer Sache vor anderen Sachen (Haftsachen, andere Kapitaldelikte),
die zeitliche Abfolge des Verfahrens.

Dabei ist es eine Binsenweisheit, dass sich Fehler im Ermittlungs- oder Erkenntnisverfahren über die beim Täter vorliegende psychopathologische Störung und über die Notwendigkeit und die Möglichkeit ihrer Behandlung bis ins Vollstreckungsverfahren fortsetzen und in vielen Fällen vom Strafvollzug nicht ausreichend korrigiert werden können.

aa) Die Einordnung des Täters und der Tat

Es ist ebenso eine Binsenweisheit, dass es den Sexualstraftäter nicht gibt; auch die Vielzahl von kriminologischen Konzepten und Modellen haben nicht zu einer absoluten Klärung beitragen können; neuere kriminologische Erkenntnisse fehlen:

systemorientiertes Modell:	gestörte Interaktion des Familiensystems
täterorientiertes Modell: (Schorsch)	ausgerichtet an der Gefährlichkeit kontaktarmer, retardierter Jugendlicher, sozial rückständiger, minderbegabter Jugendlicher, unsteter Krimineller des mittleren Alters, pädophiler Lehrer, Erwachsener mit progredienter suchartiger Verlaufsform, Alterspädophiler.

Die schlichte Einordnung in eine der kriminologisch beschriebenen Gruppen hilft dem Staatsanwalt oder Richter indes nicht weiter, denn ihm fehlen verlässliche praktische Maßstäbe dafür, wonach er in der Persönlichkeit des Beschuldigten und in seinem sozialen Umfeld mit welchen Hilfsmitteln suchen soll. Es liegt an der persönlichen Erfahrung und dem eigenen Engagement,

wie intensiv und gründlich die Erhebung der maßgeblichen Tatsachen erfolgt. Weder sind Justizjuristen in ihrer Ausbildung auf diese Tätigkeit vorbereitet, noch gibt es bisher dafür verbindliche und flächendeckende Fortbildung.

Einheitliche praktische Standards zur Beurteilung von Tatabläufen und zur Einschätzung von Täterverhalten gibt es in der Justiz nicht. Anleitungen wie das von *Bintig*¹⁴ in seiner Beratungsarbeit für Pro Familia in Nordrhein-Westfalen verwendete Vier-Faktoren-Modell des amerikanischen Psychologen *Finkelhor* sind in der Justiz unbekannt:

Danach begehen Männer sexualisierte Gewalttaten in der Regel dann, wenn vier Faktoren zusammentreffen:

- wenn eine Disposition („Neigung“) vorhanden ist, innere Spannungszustände durch die Begehung einer Sexualstraftat zu reduzieren,
- wenn die vorhandenen inneren Hemmungen (Normen, Gewissen) überwunden werden; dies wird durch mehr oder weniger bewusstes oder geplantes sich Hineinsteigern, durch Überwinden mit Hilfe von Alkohol erreicht; dadurch gibt der Täter sein Bemühen auf, den Spannungen selbstbestimmt zu widerstehen,
- wenn äußere Hemmnisse überwunden werden durch das Aufsuchen von Kindern auf Spielplätzen oder im Schwimmbad, regelmäßiges Spannen, das Gewinnen von Vertrauen (grooming),
- wenn der Widerstand des Opfers überwunden wird durch gewalttätiges Gefügigmachen, durch Fürsorge oder Spielen, durch Gefälligkeiten, Geschenke, Erpressung.

Mit diesen Beschreibungen lässt sich jedenfalls die Entwicklung sexuell motivierten Verhaltens eines Beschuldigten gut abgleichen.

bb) Die Verlagerung der Ermittlungen auf den Sachverständigen

Aufgrund fehlender Standards legen Staatsanwalt und Richter die Ermittlung des Tätertyps und seiner Gefährlichkeit gerne in die Hand des psychiatrischen

¹⁴ *Bintig, A.* (1994). Ambulante Psychotherapie mit Sexualstraftätern. In: *M. Gegenfurter & B. Bartsch* (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: V. Hilfe für Opfer und Täter*, 131-139. Essen: (Westarp Wissenschaften).

Bintig, A. (2001). Täterarbeit als Beitrag zum Opferschutz. Leitlinien der Pro Familia NRW e. V. für die Arbeit mit Männern, die sexualisierte Gewalt ausüben. Wuppertal: Pro Familia NRW. Hofaue 63, 42103 Wuppertal; nach *Finkelhor, D.* (1979). *Sexually victimized children*. New York: The Free Press.

Sachverständigen, der dabei behilflich sein soll, den Täter und die Tat zu beurteilen. Dabei geschieht dies nicht einmal in dem Maße, wie es notwendig erscheint. Gerade bei jungen Tätern, die möglicherweise am Beginn ein Karriere als Sexualstraftäter stehen, ist sogar eher die Regel, bei „kleinen jugendtümlichen“ Delikten nicht gleich so nachhaltig vorzugehen und gleich einen Sachverständigen zu beauftragen.

- So hat Frau *Elz* festgestellt, dass sich bei den Vergewaltigern nur 31 % einer Begutachtung unterziehen mussten, und dies auch dann erst, wenn die Täter bereits rückfällig waren (Bd. 33 S. 155). Bei sexuellem Missbrauch lag die Zahl etwas höher, weil bei den Taten häufig Alkoholgenuß behauptet wird und der Sachverständige die mögliche BAK zu berechnen hat, anstatt sich mit der Täterpersönlichkeit zu befassen.
- Sie hat auch dargelegt, dass die Beauftragung des Sachverständigen überwiegend auf die Prüfung der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB im Hinblick auf die Schuldmilderung gerichtet war. Deshalb verwundert es nicht, dass sich in den untersuchten Gutachten keine Hinweise auf die Gefährlichkeit des Täters und die notwendigen therapeutischen Überlegungen zu seiner Rehabilitation befinden.

Prof. *Wille* aus Kiel führt sogar aus, es gebe viele Gutachten (auch jugendpsychiatrische), in denen die Sexualanamnese in einem einzigen Nebensatz enthalten ist. Er verweist auf die Monographie von *Maneros* über Sexualmörder, in der Gutachtenpatienten berichtet haben: „Die Untersuchung dauerte eine Stunde, zu meiner Sexualität wurde ich kaum befragt; ich wollte ja darüber reden, aber niemand wollte etwas hören; ich wusste schon damals, dass ich töten kann.“

So fällt nach seinen Erkenntnissen auch in vielen forensischen Gutachten bei Sexualstraftätern die notwendige vollständige biographische Anamnese häufig unzureichend aus. Es fehlt – unmittelbar nach der Tat – in vielen Fällen eine über die Einzeltat hinausgehende ausführliche Sexualanamnese.

cc) Die Eigenheiten der strafrechtlichen Dokumentation in den Akten und den strafrechtlichen Urteilen

Die Untersuchung der KrimZ zeigt deutlich auf, dass die Strafakten vor allem der Kommunikation unter den Juristen und der Legitimation im Strafprozess dienen. Dies überrascht nicht, birgt aber erhebliche Fehlerquellen für die Beurteilung der Persönlichkeit des Beschuldigten, die sich bis in die therapeutische Arbeit fortsetzen, soll diese nicht ganz von vorn unter anderen Blickwinkeln beginnen:

- die Strafakten geben nicht notwendig den tatsächlichen Geschehens- und Entscheidungsablauf vollständig wieder, sondern enthalten Lücken und stellen damit eine Realität eigener Art dar,
- die durch das Verfahren ermittelte Wirklichkeit wird häufig von den Verfahrensbeteiligten – einschließlich des Beschuldigten – konstruiert (Beweisschwierigkeiten über eingesetzte Gewalt zur sexuellen Nötigung oder zur Vergewaltigung, Häufigkeit des Sexualkontakts etc. hängen von subjektiven Wahrnehmungen und persönlichen Bewertungen und Vereinbarungen ab),
- das Geständnis des Beschuldigte sagt nichts darüber, dass das tatsächliche Geschehen entsprechend seines subjektiven Wollens und Planens so abgelaufen ist,
- das Ergebnis des Strafverfahrens ist nicht unbedingt als Bestätigung oder Widerlegung psychologisch-psychiatrischer Erkenntnisse über die tatsächlichen Ursachen der Sexualstraftat anzusehen,
- die erhobenen biographischen Persönlichkeitsmerkmale hängen oft von der Schwere des Vorwurfs, von der Beweislage und der Verteidigungsstrategie ab (einerseits § 21 StGB für die Schuldmilderung, andererseits ja keine Maßregel),

Damit steht fest, dass die Strafakten in vielen Fällen nicht ausreichend etwas über die tatsächliche Gefährlichkeit des Beschuldigten aussagen.

d) Die Steuerung der therapeutischen Interventionen über §§ 20, 21 StGB

Bei genauer Betrachtung hat es sich als Kardinalfehler des Strafverfahrens herausgestellt, dass von der in der Hauptverhandlung angestellten rechtlichen Beurteilung der Frage nach der Schuldfähigkeit entsprechend den §§ 20, 21 StGB bei der konkreten Sexualstraftat – die immer nur einen Ausschnitt aus einer Persönlichkeitsentwicklung darstellt – nicht nur die Wahl des anzuwendenden Strafrahmens und damit die anzuordnende Höhe der Strafe für den Beschuldigten abhängt, **sondern auch die Art (d. h. das therapeutische Konzept, die Person und das Konzept des Therapeuten, die durchschnittliche Länge der Unterbringung u. ä.) sowie die unterschiedlichen Formen der Lockerungen und der Vorbereitungen auf die Entlassung und der Nachbetreuung.**

Im Regelfall, d. h. in jedem durchschnittlichen Fall des sexuellen Missbrauchs, der sexuellen Nötigung oder der Vergewaltigung laufen das Erkennt-

nisverfahren und die Hauptverhandlung – wie bei jedem Diebstahl, Raub oder Betrug – folgendermaßen ab:

Im Mittelpunkt des streitig geführten Strafverfahrens steht zunächst die Tatfrage. Aus der Sicht des Angeklagten und der Verteidigung geht es insbesondere darum, ob der Angeklagte überführt werden kann und welche Strafe er zu erwarten hat. Wird der Angeklagte einer Sexualstraftat überführt, wird in der Regel von der Verteidigung eingewandt, die Tat könne nur im Zustand eingeschränkter Steuerungsfähigkeit begangen sein. Der „Kampf“ um die Anwendung des § 21 StGB und um die nach § 49 StGB mögliche Strafrahmenverschiebung mit dem Ergebnis einer möglichst niedrigen Strafe bestimmt die weitere Hauptverhandlung. Die Fokussierung auf die Vermeidung einer Strafe verhindert somit, dass das Strafverfahren auch dazu genutzt wird, die über die angeklagten Einzelaten hinaus möglicherweise vorhandene latente Gefährlichkeit des Angeklagten und die Ursachen für das strafrechtliche Verhalten vollständig aufzuklären. Sie verhindert insbesondere eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention.

Dabei stimmt die These nicht:

§ 21 StGB liegt vor = behandlungsbedürftig = schlechte Prognose

§ 21 StGB liegt nicht vor = nicht behandlungsbedürftig = gute Prognose

Gerät im Strafverfahren beim „Kampf“ um die Schuldfähigkeit die Rehabilitation aus dem Blick, besteht die Gefahr, dass die Gefährlichkeit des Täters für den Rest des Strafverfahrens verborgen bleibt und neue Sexualstraftaten mit weiteren Opfern drohen und der Beschuldigten aufgrund einer Rückfallkarriere langfristige Freiheitsstrafen zu verbüßen hat oder in der Sicherungsverwahrung endet.

aa) Die Unterschiede in den Rechtsfolgen aus den §§ 20, 21 StGB:

Bei Sexual- und Gewaltstraftätern finden sich nach *Nedopil*¹⁵ in der forensischen Praxis bei aller Unterschiedlichkeit in den Typologien drei Grundtypen: der neurotisch-aggressivgehemmte und depressive Täter, der dissoziale egozentrische Täter und der sexuell deviante Täter. Die bei Sexualstraftätern am häufigsten gestellte Diagnose ist die „Persönlichkeitsstörung“, die im Fall des Vorliegens der psychiatrischen Voraussetzungen rechtlich als „schwere ande-

¹⁵ *Nedopil*, Forensische Psychiatrie 2. Aufl. S. 200 f.

re seelische Abartigkeit“ im Sinne des vierten Merkmals des § 20 StGB anzusehen ist.

Es kommt im gerichtlichen Alltag auf das Maß der zutreffenden Feststellungen, auf die Explorationsmöglichkeiten des Sachverständigen und auf das Zusammenspiel zwischen dem Sachverständigen und dem Gericht an, welcher Schweregrad der Persönlichkeitsstörung festgestellt werden kann und welche Rechtsfolgen sich aus dem Ergebnis der Anwendung bzw. der Nichtanwendung des § 21 StGB – § 20 StGB kommt bei diesen Störungsbildern kaum in Betracht – ergeben.

(1) Bei der in ICD-10 F 60 (DSM-IV 301.0) genannten Störungsgruppe „Persönlichkeitsstörung“ handelt es sich um einen Oberbegriff. Es werden völlig unterschiedliche typologisch definierte Varianten beschrieben, die je nach Ausprägung als normal oder abnorm zugeordnet werden. Sie reichen von einer Vielzahl normalpsychologisch wirksamer Ausprägungen und Beeinträchtigungen des Empfindens und Verhaltens bis zu einer abnormen Persönlichkeit, die von ihrem Gewicht her durchaus Krankheitswert erreichen kann¹⁶. Gelangt der Sachverständige zur Diagnose einer „dissozialen oder antisozialen Persönlichkeitsstörung“ (ICD-10 F 60.2 und DSM-IV 301.7: „Missachtung sozialer Normen“) und einer „schizoiden Persönlichkeitsstörung“ (ICD-10 F 60.1 und DSM-IV 301.20: „Distanziertheit in sozialen Beziehungen, eingeschränkte emotionale Ausdrucksmöglichkeiten“), so ist diese psychiatrische Diagnose nicht automatisch mit dem juristischen Begriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ in § 20 StGB gleichzusetzen.

(2) Ob beim Vorliegen einer schweren anderen seelischen Abartigkeit eine Verminderung der Steuerungsfähigkeit „erheblich“ im Sinne des § 21 StGB ist, ist eine Rechtsfrage, die der Tatrichter ohne Bindung an Äußerungen von Sachverständigen in eigener Verantwortung zu beantworten hat. Hierbei fließen normative Gesichtspunkte ein. Entscheidend sind die Anforderungen, die die Rechtsordnung auch an einen Täter stellt¹⁷. Diese Anforderungen sind umso höher, je schwerwiegender das in Rede stehende Delikt ist¹⁸.

16 Vgl. *Venzlaff* in *Venzlaff/Foerster*, Psychiatrische Begutachtung 3. Aufl. S. 237, 238; *Nedopil*, Forensische Psychiatrie 2. Aufl. S. 149, 152 f.; *Saß* in *Saß/Herpertz*, Persönlichkeitsstörungen S. 177, 180.

17 Vgl. für den „berauschten Täter“ BGHSt 43, 66, 77; BGH NStZ-RR 1999, 295, 296 jew. m. w. N.

18 BGH, Urt. v. 21. März 2001 – 1 StR 32/01.

(3) Von dem Ergebnis des Sachverständigengutachtens und dem Grad der Überprüfung der Diagnose durch die Staatsanwaltschaft oder den Richter hängt es ab, ob der Verurteilte im Rahmen einer Bewährungsstrafe eine ambulante Therapie machen soll, in den Maßregelvollzug (§§ 63, 64) oder in den Regelvollzug oder gar in die Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) gelangt.

§§ 20, 21 StGB	
Rechtsfolgen:	
Strafen: kein § 21 StGB	Maßregeln: § 20 (nicht ausschließbar) oder § 21 (positiv) Psychiatrisches Krankenhaus
Freiheitsstrafe mit Bewährung (§ 56c)	Ambulante Nachsorge! § 21 (nicht ausschließbar)
Freiheitsstrafe: Regelvollzug, Sozialtherapie Führungsaufsicht Ambulante Nachsorge?	Entziehungsanstalt Sicherungsverwahrung nachträgliche SV? Führungsaufsicht

- Ist der Beschuldigte für seine – nicht so schwerwiegende – Tat strafrechtlich voll verantwortlich, liegt also kein § 21 StGB vor, so kann eine Freiheitsstrafe verhängt werden, die nach § 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB nicht nur zur Bewährung, sondern auch mit einer Therapieweisung versehen werden kann.
- Wird eine Freiheitsstrafe ohne Bewährung verhängt, so gelangt der Sexualstraftäter in den Regelvollzug, wenn eine Einschränkung der Steuerungsfähigkeit nicht vorliegt. Ob der Sexualstraftäter dort einer Behandlung zugeführt wird, ist abhängig von dem Therapieangebot der dann für die Strafvollstreckung zuständigen Strafvollzugsanstalt. Zwar hat der Gesetzgeber im Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen schweren Straftaten vom 26. Januar 1998 in § 9 StVollzG der Strafvollzugsverwaltung aufgegeben:

„Ein Gefangener ist in eine sozialtherapeutische Anstalt zu verlegen, wenn er wegen einer Straftat nach den §§ 174-180 oder 192 StGB zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden ist und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 6 Abs. 2 Satz 2 oder § 7 Abs. 4 angezeigt ist“.

Der Wortlaut der Vorschrift weist schon auf die Schwächen hin: Während die Abgrenzung des Täterkreises und die zeitlichen Voraussetzungen für eine zwingende Verlegung eindeutig geregelt sind, bestehen bei der Feststellung der Eignung Auslegungsspielräume. Denn es ist zu prüfen, ob die Behandlung zum gegenwärtigen Zeitpunkt angezeigt ist. Das Gesetz lässt somit offen, nach welchen Kriterien diese Prüfung vorzunehmen ist. Zwar gibt es in einigen Ländern Ausführungsbestimmungen, die Kriterienkataloge sind jedoch sehr unterschiedlich. Darüber können die Justizverwaltungen den Umfang der Verlegungen steuern. Am Ende der Vollstreckung einer zeitigen Freiheitsstrafe gibt es von Gesetzes wegen bisher keine nachbetreuende Nachsorge für Sexualstraftäter. Es gibt das nicht auf die neuen Verhältnisse eingestellte Instrument der Führungsaufsicht:

- Ist der Täter für seine Sexualstraftaten voll verantwortlich und ist neben den formellen Voraussetzungen nach § 66 Abs. 1 Nr. 3 StGB ein Hang zur Begehung weiterer erheblicher Taten feststellbar, kann es neben der verhängten Freiheitsstrafe auch zur Anordnung der Maßregel der Sicherungsverwahrung kommen. Bei der Sicherungsverwahrung wirken sich die seit dem Gesetz vom 26. Januar 1998 abgesenkten Anordnungsvoraussetzungen in erheblichem Maße aus.
- Wird durch den Sachverständigen das Vorliegen der Voraussetzungen der eingeschränkten Steuerungsfähigkeit nach § 21 StGB positiv festgestellt und besteht die Gefahr, dass der Beschuldigte zu Lasten der Allgemeinheit weitere erhebliche Sexualstraftaten begeht, kann die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet werden. Einheitliche Kriterien darüber, wann bei einer Persönlichkeitsstörung die Einschränkung der Steuerungsfähigkeit positiv feststeht, sind bisher nicht erkennbar.
- Die Erwartung, dass in einem psychiatrischen Krankenhaus mit einem Sexualstraftäter gegenüber dem Strafvollzug ein ärztlich geleitetes Therapieprogramm durchgeführt wird, führt in vielen Fällen dazu, dass in ihrer Persönlichkeit gestörte Sexualstraftäter von den Tatrichtern in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden.
- Ergeben die Tatumstände sogar Hinweise darauf, dass es sich um einen besonders problematischen Täter handelt, bei dem die Prognose für eine

erfolgreiche Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt unklar ist, gehen die Prüfungsschritte weiter. Der Tatrichter hat in diesen Fällen die Notwendigkeit der Anordnung mehrerer Maßnahmen nach § 72 StGB zu prüfen. Dabei setzt die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB den Erfolg einer Therapie nicht zwingend voraus. Nach der gesetzlichen Regelung sind von einer Maßnahme nach § 63 StGB solche Täter nicht ausgenommen, bei denen die Aussicht auf Besserung von vornherein zweifelhaft ist. Wenn sich während des Aufenthalts in einem psychiatrischen Krankenhaus herausstellen sollte, dass entgegen der ursprünglichen Prognose eine erfolgreiche Behandlung nicht möglich ist, hat sich damit die Maßregel nicht zwangsläufig erledigt. Denn mit der Unterbringung nach § 63 StGB wird – im Gegensatz zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt – ergänzend über die Behandlung hinaus ein bloßer Sicherungszweck verfolgt. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus dauert daher fort, solange vom Angeklagten die in § 63 StGB genannte Gefahr besteht. Der Sicherungszweck erfordert deshalb bei einer Maßnahme nach § 63 StGB auch bei zweifelhaften Heilungsaussichten nicht regelmäßig die kumulative Anordnung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung, während im Gegensatz dazu bei einer Maßnahme nach § 64 StGB im Hinblick auf den Behandlungserfolg ein hohes Maß an prognostischer Sicherheit gegeben sein muss, um von zusätzlicher Anordnung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung, wenn deren Voraussetzungen im übrigen gegeben sind, absehen zu können. Auch für die Allgemeinheit besonders gefährliche Täter sind von der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nicht auszuschließen. Zwar müssen bei der Unterbringung gemäß § 63 StGB wegen des Vorrangs der Therapie zunächst ärztlich-psychiatrische Gesichtspunkte Vorrang haben. Solange vom Verurteilten eine Gefahr ausgeht, sind jedoch – wie im Strafvollzug – die für den Maßregelvollzug verantwortlichen Berechtigten verpflichtet, im Einzelfall Maßnahmen zu ergreifen, die das Verbleiben des Untergebrachten auch gegen dessen Willen in der Anstalt gewährleisten. Die zusätzliche Anordnung von Sicherungsverwahrung (§ 72 Abs. 2 StGB) kommt neben der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus dann in Betracht, wenn nach Wegfall des von § 63 StGB vorausgesetzten Zustandes die Gefährlichkeit aufgrund eines aus anderen Gründen gegebenen Hangs zu erheblichen Straftaten fortbestehen wird.

bb) Der Einfluss der forensischen Gutachten auf diese Entscheidungen

Die Justiz ist sowohl bei der Schuldfähigkeit als auch der Anordnung der therapeutischen Maßnahme weitgehend abhängig von der Erfahrung des forensischen Sachverständigen:

- Der Prüfung der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB vorgeschaltet ist bereits die Auswahl des richtigen Sachverständigen. Bereits *Wilfried Rasch* hat die Auswahl des – psychologischen oder psychiatrischen – Gutachters zu den „heißesten Problemen der ganzen Gutachtenerstattung“ gezählt.
- Es fehlen den Gerichten (geeignete) Gutachter, bei Sexualstraftaten auch geeignete Sexualwissenschaftler. Die wenigen erfahrenen Gutachter sind nicht immer für die Gerichte verfügbar und es entstehen lange Wartezeiten für die Erstellung von Gutachten; sinnvoll zu nutzende Zeiten der Vorbereitung für therapeutische Interventionen bleiben ungenutzt¹⁹.
- Es fehlen (noch) von allen Gutachtern einzuhaltende Mindestanforderungen für Schuldfähigkeit und Prognosegutachten. Mindestanforderungen wie die, die *Prof. Dittmann* aus Basel vorstellen wird, müssen zum Handwerkszeug jedes Vollstreckungsrichters werden. **In der Schweiz werden den vom Gericht bestellten Gutachtern Mindestanforderungen für forensische Gutachten auf der Grundlage der Strafprozessordnung im Wege einer allgemeinverbindlichen Verordnung vorgegeben.**
- Es fehlt bei vielen Staatsanwälten und Richtern ein psychologisch-psychiatrisches Basiswissen, das einen gleichberechtigten Dialog zwischen Richter und Gutachter möglich macht. Dies ist nur durch eine verpflichtende gemeinsame Fortbildung von Psychiatern, von Psychologen mit Richtern und Staatsanwälten zu erreichen.

Diese Probleme führen dazu, dass sich viele Staatsanwälte und Richter noch nicht klar genug machen, dass mit der von ihnen zu treffenden Entscheidung nach den §§ 20, 21 StGB nicht nur die Strafraumen bestimmt werden, sondern auch ein therapeutisches Programm in Gang gesetzt wird, das auch Einfluss auf die Behandlungsmöglichkeiten, die Vorbereitung auf die Entlassung und die ambulante Nachbetreuung hat. Dies ist daran erkennbar, dass in vielen Fällen der Lösungsweg (= Therapie) festgelegt wird, bevor die Fragestellung (= veränderungsbedürftiger Ist-Zustand) ausreichend aufgeklärt und das Ziel (= Soll-Zustand) formuliert ist.

Von der Güte des Sachverständigengutachtens und den Kenntnissen des Staatsanwalts oder Richters hängt es aber insbesondere beim vierten Merkmal

¹⁹ *Mauthe, Jürgen-H.*, Zur psychiatrischen Begutachtung von Sexualstraftätern, DRiZ 1999, 262 ff.

des § 20 StGB, der schweren anderen seelischen Abartigkeit ab, ob der Verurteilte in den Maßregelvollzug nach § 63 StGB oder in den Regelvollzug gelangt.

f) Die Fehler in den Strafurteilen

In den Strafurteilen der Tatrichter kommt es zu Fehlern, die die später am Vollstreckungsverfahren beteiligten Institutionen dazu zwingen, eigene zeitaufwendige Ermittlungen zur Persönlichkeit des Verurteilten anzustellen. Hier sollen nur stichwortartig Fehlerquellen aufgeführt werden:

- Kritiklose Übernahme der Zusammenfassung im psychiatrischen Gutachten.
- Keine Trennung zwischen Befundtatsachen und den Wertungen des Psychiaters.
- Vermischung der psychiatrischen Voraussetzungen und der rechtlich-normativen Entscheidung über die Erheblichkeit der Einschränkung der Steuerungsfähigkeit.
- Flucht in die Nichtausschließbarkeit des § 21 StGB zum Zweck der Strafmilderung zur Beruhigung der Verteidigung und zur Vermeidung von Rechtsmitteln. Solche Urteile enthalten häufig keine näheren Ausführungen zur Gefährlichkeit und zur Behandlungsbedürftigkeit des Verurteilten. Sie sind als Vollstreckungsgrundlage nur eingeschränkt brauchbar. Die Vollzugs- und Maßregelanstalten müssen mit neuen Ermittlungen über den Täter und die Tat beginnen.
- Deal zwischen Gericht, Verteidiger und Staatsanwalt über eine möglichst „schonende“ Maßregel. Wenn der Verteidiger mit Deal nur um die Sicherungsverwahrung herumkommt, wird soviel wie notwendig gestanden. Dafür bleibt die Gefährlichkeit im Dunkeln.
- Deal über die Reihenfolge der Vollstreckung der Freiheitsstrafe und der Maßregel nach § 67 Abs. 1 und 2 StGB.

g) Lösung durch eine Fachkommission?

Ist eine Trennung der Verknüpfung Schuldfähigkeitsbeurteilung nach den §§ 20, 21 StGB und der Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus oder in eine Entziehungsanstalt wegen der weitreichenden dogmatischen Einschnitte nicht zu erreichen, sollte diskutiert werden, ob die Rechtsfolge der Zuweisung der notwendigen und sachgerechten Behandlung des Verurteilten nicht

losgelöst von der Hauptverhandlung durch eine interdisziplinäre Fachkommission nach Schweizer Vorbild festgelegt werden sollte, die fachlich die richtige Maßnahme findet und auch den genaueren Überblick über die möglichen Therapieangebote hätte²⁰.

2. Haben die gesetzgeberischen Instrumente des Bundes- und des Landesgesetzgeber der Justiz weitergeholfen?

Im Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26. Januar 1998 hat der Gesetzgeber allein in § 56 c Abs. 1 Nr. 3 StGB und in § 9 StVollzG den therapeutischen Aspekt betont, im Übrigen setzt er ganz auf die Sicherung der erkannten und vom Gericht verurteilten Täter.

a) Die Therapieweisung des § 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB

Die Weisung nach § 56 c Abs. 3 Nr. 1 StGB scheint sich nach Berichten aus der Praxis als Fehlschlag herauszustellen. Es fehlt an einem „Netzwerk“ geeigneter Therapeuten, ausgebildeten Bewährungshelfern und vor allem an Kostenträgern. Die Bewährungshelfer haben erhebliche Probleme, einen geeigneten niedergelassenen Therapeuten für eine ambulante Therapie eines Sexualstraftäters zu finden²¹.

Eine nur allgemein gefasste Therapieweisung ist zudem deshalb problematisch, weil sie bei der Anordnung nicht den konkreten Therapeuten benennen kann und der Richter die Kostenfrage nicht klären kann. So bleibt die Weisung unter dem Gesichtspunkt eines möglichen Verstoßes gegen die Weisung problematisch, weil im Falle einer nicht vermittelbaren Therapie Widerruf der ausgesetzten Strafvollstreckung zur Bewährung nicht möglich sein wird. Die Bewährungsaufsicht läuft leer, wenn die Therapie an organisatorischen Schwierigkeiten scheitert und der Proband sich der Bewährungsaufsicht entzieht. Ein für den Rückfall gefährlicher Zeitraum nicht ausreichender Anbindung entsteht zwangsläufig.

20 *Dittmann*, Die schweizerische Fachkommission zur Beurteilung gemeingefährlicher Straftäter, in Müller-Isberner, R./Gonzalez Cabeza, S. (Hrsg.), Forensische Psychiatrie (1998); Boetticher, Anforderungen des Gesetzes vom 26.1.1998 in KrimZ Bd. 29 S. 61 ff.

21 *H. J. Pitzing* wird im Einzelnen darüber berichten.

b) Die Vorschriften über die vorzeitige Entlassung

Die Vorschriften über die vorzeitige Entlassung nach § 57 Abs. 1 Nr. 2 und § 67 d Abs. 3 StGB verlangen von den Gerichten für die vorzeitige Entlassung eine tiefere Prüfungsdichte, bevor sie einen verurteilten Sexualstraftäter vorzeitig in die Freiheit entlassen. Der Gutachter hat sich nach § 454 Abs. 2 Satz 2 StPO namentlich zu der Frage zu äußern, „ob bei dem Verurteilten keine Gefahr mehr besteht, dass dessen durch die Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht“. Diese neuen Anforderungen an die Entlassungsbeschlüsse und der öffentliche Druck auf die Gerichte haben dazu geführt, dass die vorzeitige Entlassung gerade von Sexual- und Gewalttätern erheblich zurückgegangen ist. Vollstreckungsrichter haben den höher gewordenen Prüfungs- und Begründungsaufwand zum Anlass genommen, vorzuschlagen, ob Sexualstraftäter ohne aufwendige Prüfung regelmäßig nach § 57 StGB vorzeitig entlassen werden sollten, damit regelmäßig ein Drittel der Strafen für einen eventuellen Widerruf und damit als Druckmittel verbleibt. Zynisch mag der Vorschlag sein, die Regelung des § 57 StGB vollständig abzuschaffen, so dass alle Verurteilten ihre zeitigen Freiheitsstrafen vollständig zu verbüßen hätten. Aber die Praxis zeigt, dass es die für eine vorzeitige Entlassung notwendige Erprobung des Verurteilten durch Vollzugslockerungen kaum noch gibt. Eine vorzeitige Entlassung ohne solche Vollzugslockerungen kann von einer Strafvollstreckungskammer kaum noch verantwortet werden. Dies gilt wohl im großen Umfang auch für den Maßregelvollzug.

c) Die Führungsaufsicht

Die bisher wenig erfolgreiche Führungsaufsicht nach §§ 68 ff. StGB harrt angesichts dieser Probleme mit einer großen Anzahl von „Endstraflem“ und weiterhin betreuungsbedürftigen verurteilten Sexualstraftätern der völligen Neugestaltung:

- Zunächst bedarf es auch in diesem Zusammenhang der Besinnung darauf, dass endlich die Strafvollstreckungskammern im Rahmen der Gerichtsorganisation und bei der Stellenausstattung so attraktiv gestellt werden, dass engagierte und sachkundige Richterpersönlichkeiten mit den vielschichtigen Problemen der Vollzuges und der Prognose befasst werden. Es ist angesichts der weitreichenden und im Blickpunkt der öffentlichen Diskussion stehenden Entscheidungen nicht weiter hinnehmbar, dass gänzlich unerfahrene Richterinnen und Richter diese Arbeit „nebenbei“ machen. Die Tätigkeit verlangt besondere psychologisch-psychiatrische Sachkunde über die vielfältigen Störungsbilder, über Prognoseentscheidungen und auch über Kostenfragen; erst diese Kennt-

nisse und Fähigkeiten schützen die Allgemeinheit vor fehlerhaften Entlassungen und falschen Einschätzungen der beteiligten Institutionen und Gutachter.

- Bei einer solchen Ausstattung der Strafvollstreckungskammern gehören die daneben agierenden Führungsaufsichtstellen abgeschafft.
- Die Weisungen müssen neu geordnet und spezifiziert werden.
- Die Verstöße gegen Therapieweisungen müssen in die Strafbarkeit einbezogen werden und
- es muss über präventiv wirkende, möglicherweise auch nachhaltige Sanktionsmöglichkeiten nachgedacht werden, wenn ambulant durchgeführte therapeutische Maßnahmen nicht strikt durchgehalten werden.

d) Die mangelnde Durchlässigkeit der Maßregeln

Über die in § 61 Nr. 1 bis 4 StGB aufgezählten Maßregeln der Besserung und Sicherung muss hinsichtlich der Sexualstraftäter eine grundlegende interdisziplinäre Diskussion geführt werden.

Dies beginnt schon bei der unterschiedlichen Zuständigkeit der Ressorts in den Ländern: Für die ärztlich geleiteten Maßregeln der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB und in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB sind die Sozialministerien zuständig. Für diese Einrichtungen steht (noch) das Geld zur Verfügung, das für eine langjährige und kostenintensive „Behandlung“ benötigt wird.

Für die Justizvollzugsanstalten und die sozialtherapeutischen Anstalten sind dagegen die Justizministerien zuständig, die traditionell die kleinsten Haushalte haben und bei denen sich Kürzungen besonders stark niederschlagen.

Die Verknüpfung zwischen den §§ 20, 21 StGB und der Zuweisung entweder in den Regelvollzug oder die sozialtherapeutischen Anstalten oder den Maßregelvollzug verdeutlicht gerade bei den Sexualstraftätern, dass dieses Klientel sowohl in den Maßregel- als auch den Regelvollzug gelangen kann, ohne dass es dafür feste nachvollziehbare Regeln gibt. Im Gegenteil führt diese Verknüpfung dazu, dass immer mehr schwer persönlichkeitsgestörte Sexual- und Gewaltstraftäter in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen werden, ohne dass es dafür fundierte medizinisch-therapeutische Gründe gibt. Viele dieser Untergebrachten sind weder bereit noch fähig, die dortigen therapeutischen Angebote anzunehmen. Die nach medizinischen Gesichtspunkten ausgerichteten Anstalten werden deshalb verstärkt zur reinen Sicherung und

Verwahrung herangezogen, wenn die Therapie nicht gelingt²². Können die Sicherungsmaßnahmen bei einzelnen Patienten nicht gewährleistet werden und kommt es zu (spektakulär aufgemachten) Ausbrüchen oder Entweichungen, verliert die gesamte Einrichtung ihre innere therapeutische Freiheit.

Stellen sich die Patienten als Fehleinweisungen heraus und ist nicht gleichzeitig auch die Sicherungsverwahrung angeordnet, fällt es den Maßregeleinrichtungen schwer, die nicht therapiebereiten und therapiefähigen Probanden in eine andere Maßregel zu verlegen, wenn eine Reststrafe nicht mehr besteht und die Maßregel wegen fortbestehender Gefährlichkeit nicht für erledigt werden kann.

Die gegenwärtige Gesetzeslage des § 67a StGB ist Ausdruck fehlender Durchlässigkeit der einzelnen Maßregeln:

- Zwar gibt es nach § 67a Abs. 2 StGB die Überweisung eines Sicherungsverwahrten in den Maßregelvollzug nach den §§ 63, 64 StGB, wenn dadurch die Resozialisierung des Verurteilten besser gefördert werden kann; es gibt aber keine Überweisung aus dem Maßregelvollzug in die Sicherungsverwahrung, wenn die Unterbringung sich als fehlerhaft erweist. Dies ist nur möglich, wenn nach § 72 StGB beide Maßregeln als nacheinander zu vollstrecken angeordnet worden sind.
- Es gibt keine Überweisung aus dem Strafvollzug in den Maßregelvollzug, es sei denn, nach § 67 Abs. 3 StGB hätten sich neue in der Strafvollstreckung ergebende Tatsachen finden lassen.
- Es gibt keine Überweisung aus dem Maßregelvollzug in die zum Strafvollzug gehörende sozialtherapeutische Anstalt, obwohl gerade die persönlichkeitsgestörten Sexualstraftäter sich ebenso gut in der Sozialtherapie einer Straftäterbehandlung unterziehen könnten.

Die Verknüpfung der schuld mindernden Anwendung der §§ 20, 21 StGB mit den Maßregeln führt verstärkt zu fehlerhaften Zuweisungen in die Maßregeln mit den bisher keineswegs gelösten Problemen des Umgangs mit Fehleinweisungen.

Ein Fall, den das Landgericht Marburg bei einem Fall einer Persönlichkeitsstörung mit Jähzornausbrüchen und schwerer abnormer Erlebnisreaktion zu entscheiden hatte, mag dies illustrieren.

²² *Kepler, H.* Straftäterbehandlung im Justizvollzug und Psychotherapie: unterschiedliche Ziele – ähnliche Methoden ZfStrVO 2003, 146 ff.

Es ist bisher nicht geklärt, ob die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB für erledigt zu erklären ist, weil die Voraussetzungen für die Unterbringung zur Zeit des Urteils zwar angenommen, sich in der Maßregel jedoch herausstellte, dass die Voraussetzungen im Maßregelvollzug **nicht mehr** vorlagen. Hat dies im Wege der Erledigungserklärung der Maßregel zu erfolgen? Eine solche Entscheidung ist bei weiterhin gefährlichen Tätern schwer zu treffen, wenn eine Reststrafe nicht mehr zu vollstrecken ist.

War die Einweisungsdiagnose von Anfang an falsch, so dass die Maßregel hätte gar nicht angeordnet werden dürfen, bliebe – wenn eine Erledigungserklärung ausgeschlossen ist – nur die Korrektur über das Wiederaufnahmeverfahren möglich.

Das Oberlandesgericht Frankfurt hat in seinem Beschluss vom 22. Oktober 2002²³ entschieden, dass in einem solchen Fall die Erledigungserklärung nur möglich sei, wenn mit Sicherheit feststehe, dass der Verurteilte **aus tatsächlichen Gründen** (also aufgrund falscher Diagnose) von Anfang an nicht unter einem Zustand nach §§ 20, 21 StGB gelitten habe (§ 67c Abs. 2 Satz 5 StGB). Dagegen müsse der Verurteilte weiter untergebracht bleiben, wenn das Tatgericht **aufgrund zutreffender Tatsachengrundlage den Zustand des Untererbachten nur rechtlich falsch eingeordnet habe** (Persönlichkeitsstörung oder klassische seelische Erkrankung). Für diesen Fall hat das OLG Frankfurt eine analoge Anwendung des § 67c Abs. 2 Satz 5 StGB abgelehnt.

Die Fälle von Fehleinweisungen harren ebenso einer Lösung wie der Verbleib gefährlicher Maßregelpatienten, bei denen die Maßregel nicht für erledigt erklärt werden kann, in „long stay units“ nach niederländischem Vorbild oder in Einrichtungen, die auch den Sicherungsverwahrten zur Verfügung stehen könnten.

e) **Die Regelungen über den Vorwegvollzug der Freiheitsstrafen vor den Maßregeln**

Die gesetzliche Reihenfolge des § 67 Abs. 1 StGB und die Ausnahmeregelung des § 67 Abs. 2 StGB, nach der die Freiheitsstrafe teilweise vor der Maßregel vollzogen werden darf, führen dazu, dass ein großer Teil der in einer Maßregel Unterbrachten bei höheren Freiheitsstrafen nur dann direkt aus der Maßregel in die Freiheit entlassen werden können, wenn kein Strafrecht zur Rückverlegung in den Strafvollzug zwingt.

23 NStZ 2003, S. 222.

Die Aufgabe des gesetzlich vorgegebenen Regel-Ausnahmeverhältnisses ist überfällig. Für die Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gibt es bereits seit längerem die Gesetzesinitiative des Landes Bayern zur Entlastung des Maßregelvollzugs (BR-Drucks. 775/01 vom 9. Oktober 2001), mit der vorgeschlagen wird, § 67 Abs. 2 StGB folgenden Satz anzuhängen:

„Bei Anordnung der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt neben einer zeitigen Freiheitsstrafe von über drei Jahren soll das Gericht bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. Dieser Teil der Strafe ist so zu bemessen, dass nach seiner Vollziehung und einer anschließenden Unterbringung eine Entscheidung nach Abs. 5 Satz 1 möglich ist“.

Gegen eine Erweiterung der Vorschrift des § 67 Abs. 2 StGB auch für die Unterbringung in der Maßregel nach § 63 StGB bestehen – jedenfalls für Persönlichkeitsstörungen – keine Bedenken, zumal nach den Maßregelvollzugsgesetzen der Länder eine Beurlaubung zur Vorbereitung der Entlassung möglich ist und auch praktiziert wird²⁴.

f) Die Lage der Sozialtherapie

Die vom Bundesgesetzgeber vorgenommenen Änderungen des Strafvollzugsgesetzes und der neue Auftrag an die Sozialtherapie können nur dann erfolgreich sein, wenn ausreichende Plätze für die Sozialtherapie mit Sexualstraftätern zur Verfügung gestellt werden. Nach einer Stichtagserhebung der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden gab es zum 31. März 2004 nur 1.742 Plätze für die Sozialtherapie für 4.277 verurteilte Sexualstraftäter²⁵. Eine Einigung über Mindeststandards für sozialtherapeutische Angebote gibt es bisher nicht.

Aufgrund der rechtlichen Konstruktion des Strafvollzugsgesetzes hat die ambulante Nachsorge für aus der sozialtherapeutischen Maßnahme entlassene Verurteilte durch die sozialtherapeutische Anstalt zu erfolgen. § 126 StVollzG wurde durch Änderungsgesetz vom 20. Dezember 1984 in zweifacher Hinsicht abgeschwächt: In § 127 StVollzG a. F. ist die Formulierung, wonach die Zahl der Fachkräfte so zu bemessen ist, dass eine nachgehende Betreuung zu gewährleisten ist, durch den relativierenden Zusatz ergänzt worden: „soweit diese anderweitig nicht sichergestellt werden kann“. Ferner wurde die Bestimmung

24 In diesem Sinne BGH, Beschl. v. 08.09.1998 – 1 StR 384/98, NStZ-RR 1999, 44 und BGH, Urt. v. 20.7.1999 – 1 StR 212/99, NStZ 1999, 613.

25 Stichtagserhebung der KrimZ zum 31. März 2004; Tabelle 2b geschlossener Vollzug 1.595 Plätze (belegt mit 1.458 Personen, offener Vollzug 147 (belegt mit 113 Personen); Tabelle 8b 870 Sexualstraftäter = 55,4 %; Tabelle 12 145 Personen in der Nachbetreuung; www.bmj.bund.de Verurteiltenstatistik 2002.

ersatzlos gestrichen, wonach sozialtherapeutische Anstalten und Heime für Beurlaubte, bedingte Entlassene und andere ehemalige Gefangene bzw. Untergebrachte in den sozialtherapeutischen Anstalten angegliedert werden sollten (betreutes Wohnen). Durch diese gesetzgeberischen Maßnahmen wurde auch die ambulante Nachsorge aus sozialtherapeutischen Anstalten ohne Erweiterung des Stellenangebots und fachlicher Fortbildung der Bewährungshilfe übertragen.

g) Die Herabsetzung der Anordnungsvoraussetzungen für die Sicherungsverwahrung

Die Änderungen im Gesetz vom 26. Januar 1998 haben mit dem eingeführten § 66 Abs. 3 StGB zu einer Herabsetzung der Anordnungsvoraussetzungen für die Sicherungsverwahrung geführt. Nicht nur die Zahl der Anordnungen ist gestiegen, sondern aufgrund des Wegfalls der Zehnjahresfrist in § 67d Abs. 3 StGB – diese ist vom Bundesverfassungsgericht gerade für verfassungsgemäß angesehen worden – ist auch die Verweildauer der in der Sicherungsverwahrung aufhaltenden Personen gestiegen. Um einen Sexualstraftäter nachhaltiger von der Gesellschaft auszuschließen, genügen jetzt bereits zwei erhebliche Vergewaltigungen oder schwerer sexueller Missbrauch, um die Maßregel der Sicherungsverwahrung anzuordnen.

Der bereits vorbestrafte „Sexualstraftäter“ kann nach § 66 Abs. 3 Satz 1 StGB wegen einer Anlasskatalogtat, wegen der er mindestens zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt wird und bereits wegen einer oder mehrerer Katalogvortat(en) mindestens drei Jahren Freiheitsstrafe vorverurteilt worden ist und schon einmal mindestens zwei Jahre verbüßt hat, in Sicherungsverwahrung genommen werden.

Der bislang unentdeckte „Sexualstraftäter“ kann nach § 66 Abs. 3 Satz 2 StGB sogar wegen zwei Anlasskatalogtaten, für die er jeweils mindestens zwei Jahren Einzelstrafe oder zur Gesamtfreiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt worden ist, selbst dann in die Sicherungsverwahrung genommen werden, wenn bisher noch keine Vorverurteilung und keine Vorverbüßung erforderlich waren.

Es ist vorstellbar, wie schwer dem Sachverständigen und dem Gericht die Beantwortung der Frage fällt, ob bei dem Täter bereits der „Hang zur Begehung erheblicher Straftaten“ vorliegt und er deshalb „für die Allgemeinheit“ gefährlich ist.

k) Die Instrumente der Landesgesetzgeber

Im parteipolitisch geführten „Kampf“ um das beste Sicherheitskonzept gingen einige Länder dazu über, eigene Straftäterunterbringungsgesetze in Kraft zu setzen, mit denen besonders gefährliche Täter mit schlechter präventiv-polizeirechtlicher Gefährlichkeitsprognose nach Verbüßung von zeitigen Freiheitsstrafen in Haft gehalten werden konnten.

**Maßnahmen der
Landesgesetzgeber**

- Gesetz zur Unterbringung von besonders rückfallgefährdeten **hochgefährlichen** Straftätern (StrUBG):
- Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen-Anhalt
- BR-Initiative für nachträgliche Sicherungsverwahrung ohne Vorbehalt

Die Justiz hatte mit diesen Landesgesetzen erhebliche Anwendungsprobleme und lehnte die meisten Anträge der Justizverwaltungen ab. In den wenigen Fällen, in denen die Straftäterunterbringungsgesetze angewendet wurden, legten die Betroffenen sofort Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht ein, die allerdings nur scheinbar zu einem Erfolg führten.

Für viele Entscheidungen von Oberlandesgerichten steht ein Beschluss des OLG Nürnberg vom 2.10.2002 – Ws 1257/02 – zum BayStrUBG:

„Das BayStrUBG ermöglicht es nicht, Versäumnisse während des Strafvollzugs durch die Anordnung einer Sicherungsverwahrung aufzufangen, um die Allgemeinheit vor dem nach dem Urteil vom 17.7.1989 wegen seiner dissozialen Persönlichkeitsstörung hochgefährlichen (Sexual-)Straftäter, die mangels Behandlung trotz seines im

wesentlichen beanstandungsfreien Vollzugsverhalten fortbesteht, zu schützen.“

Die Kommentierung im Standardwerk Leipziger Kommentar von *Häger*²⁶ hat kurz und prägnant zu den Gesetzen Stellung genommen: „Die Regelung ist mangels Landesgesetzgebungskompetenz verfassungswidrig, unterliegt zudem weiteren verfassungsrechtlichen Bedenken und ist schließlich erheblicher Sachkritik ausgesetzt. In der Sache bedeutet die Unterbringung eine nachträglich angeordnete Sicherungsverwahrung“.

Das Bundesverfassungsgericht hat in diesem Sinne mit Urteil vom 10. Februar 2004 entschieden und den Bundesgesetzgeber aufgefordert, bis zum 30. September 2004 eine Lösung zu finden. **Die Beschwerdeführer hat das Bundesverfassungsgericht bis zu diesem Zeitpunkt weiter in Haft belassen, obwohl es die für die Freiheitsentziehung maßgebliche gesetzliche Grundlage (Art. 104 GG) gerade selbst für nicht verfassungsgemäß erklärt hatte. Ein bisher einmaliger Vorgang.**

h) Die vorbehaltene Sicherungsverwahrung

Der Bundesgesetzgeber, der zunächst einer nachträglichen Sicherungsverwahrung standhaft Widerstand entgegenbracht hatte, führte statt der nach früherer Meinung der rot-grünen Regierungskoalitionen verfassungsrechtlich bedenklichen nachträglichen Sicherungsverwahrung mit dem Gesetz vom 21. August 2002 die „vorbehaltene Sicherungsverwahrung“ ein²⁷.

²⁶ *Häger* in LK 11. Aufl. vor § 38 Rdn. 57; Müller-Metz, Nachträgliche Sicherungsverwahrung – ein Irrweg der Kriminalpolitik NJW 2003, 3173; ders. Die Sicherungsverwahrung, Tätigkeit des Sachverständigen im Erkenntnis- und Vollstreckungsverfahren StV 2003, 42;

²⁷ BGBl I S. 3344.

„Vorbehaltene“ Sicherungsverwahrung (1)

- **Voraussetzungen nach § 66 a StGB**
 - Verurteilung wegen Tat nach § 66 Abs. 3 StGB
 - Es ist nicht mit hinreichender Sicherheit feststellbar, ob der Täter i. S. v. § 66 Abs. 1 Nr. 3 StGB gefährlich ist
 - Übrige Voraussetzungen von § 66 Abs. 3 StGB gegeben
- **Folge**
 - Vorbehalt der Sicherungsverwahrung im Urteil möglich

Die vorbehaltene Sicherungsverwahrung ist – wenn man die nachträgliche Sicherungsverwahrung überhaupt als Mittel der Kriminalpolitik akzeptiert – materiell die rechtsstaatlichste Lösung. Sie greift allerdings nicht für die bereits einsitzenden Sexualstraftäter ein, weil ein Vorbehalt noch nicht ausgesprochen werden konnte, der für die endgültige Anordnung nach Ablauf der zu vollstreckenden, in der Regel hohen Freiheitsstrafen, zwingend wäre. Deshalb haben die Länder teilweise auch nach Einführung der vorbehaltenen Sicherungsverwahrung weiterhin eine Schutzlücke ausgemacht.

Es beruhigt an dieser Lösung zumindest, dass der Gesetzgeber – dem Rat vieler Praktiker folgend – wenigstens die endgültige Anordnungsentscheidung wenigstens **dem Tatrichter erster Instanz** unter vollständiger Beibehaltung der Rechte einer Hauptverhandlung (§ 275a StPO) übertragen hat. Damit wird durch die Möglichkeit der Revision zum Bundesgerichtshof die Möglichkeit einer einheitlichen Handhabung im gesamten Bundesgebiet erhalten.

Gegen die nachträgliche Sicherungsverwahrung spricht, dass kein Sachverständiger seriös eine verlässliche Prognose geben kann: verstellt sich der Verurteilte im Vollzug mit Rücksicht auf den angeordneten Vorbehalt, lebt er angepasst und ist dennoch ein Risiko; bei Störungen im Vollzug ohne neue Straftaten, aber mit Disziplinarmaßnahmen bestätigt sich allein die ohnehin schon schlechte Prognose, die zum Vorbehalt geführt hat. Die Anforderung an die Erwartungsprognose in § 66a Abs. 2 Satz 2 StGB : „wenn ... ergibt, dass von ihm erhebliche Straftaten zu erwarten sind“ kann von keinem Gutachter

verlässlich prognostiziert werden, denn die Entwicklung im Vollzug kann kein Maßstab dafür sein, aus dem auf eine weitere erhebliche Straftat **konkret und in absehbarer Zeit** geschlossen werden kann.

Die Vorbehaltslösung senkt aber die Anordnungsschwelle der Sicherungsverwahrung weiter ab: denn der Vorbehalt kann nach § 66a Abs. 1 StGB angeordnet werden, wenn **„nicht mit hinreichender Sicherheit feststellbar [ist], ob der Täter für die Allgemeinheit im Sinne von § 66 Abs. 1 Nr. 3 StGB gefährlich ist“**. Nach dem Wortlaut des § 66a Abs. 1 StGB muss entsprechend der Systematik der §§ 66 ff. StGB der „Hang“ mit Sicherheit festgestellt sein. Nach dem Bericht des Rechtsausschusses, soll die Anordnung des Vorbehalts aber schon möglich sein, wenn der „Hang“ „nicht sicher festgestellt, aber auch nicht ausgeschlossen“ werden kann²⁸. Eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs liegt dazu noch nicht vor.

Folgt man den Gesetzesmaterialien, würde die Anordnung der Sicherungsverwahrung möglich sein, ohne dass der „Hang“ festgestellt wird, denn die Anordnung wäre dann möglich allein aufgrund „einer Fehlentwicklung des Gefangenen im Strafvollzug“. Damit fehlte es an einer Anknüpfung an die Anlasstat und würde zur Anordnung der Sicherungsverwahrung **„bei Gelegenheit“ der Strafvollstreckung führen**²⁹

i) Die Möglichkeit der Anordnung der Sozialtherapie durch den Richter

Heranwachsende, die aufgrund ihres Reifegrades wie Erwachsene angesehen werden, können zukünftig nach allgemeinem Strafrecht verurteilt werden und es kann, wenn die Voraussetzungen der § 66a Abs. 2 und Abs. 3 StGB vorliegen, nach § 106 Abs. 4 JGG die vorbehaltene Sicherungsverwahrung angeordnet werden.

²⁸ BT-Drucks. 14/8586 S. 7.

²⁹ So kommentiert jedenfalls *Tröndle/Fischer* StGB 51. Aufl. Rdn. 4 den neuen § 66a StGB.

Maßnahmen des Bundesgesetzgebers III

- Gesetz zur Änderung der Vorschriften über die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (BT-Drucks. 15/350) vom 3. Juli 2003: § 106 Abs. 3 und 4 JGG
- Vorbehalt der Anordnung der SV bei Verurteilung Heranwachsender nach (§ 66 Abs. 3 StGB)
- Anordnung der Sozialtherapie

Dabei kann der Tatrichter die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt anordnen:

(4) Wird neben der Strafe die Anordnung der Sicherungsverwahrung vorbehalten *und hat der Verurteilte das siebenundzwanzigste Lebensjahr noch nicht vollendet, so ordnet das Gericht an, dass bereits die Strafe in einer sozialtherapeutischen Anstalt zu vollziehen ist, es sei denn, dass die Resozialisierung des Täters dadurch nicht besser gefördert werden kann.* Diese Anordnung kann auch nachträglich erfolgen. Solange der Vollzug in einer sozialtherapeutischen Anstalt noch nicht angeordnet oder der Gefangene noch nicht in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt worden ist, ist darüber jeweils nach sechs Monaten neu zu entscheiden. Für die nachträgliche Anordnung nach Satz 2 ist die Strafvollstreckungskammer zuständig.

j) Die Entwicklung der Maßregel der Sicherungsverwahrung

Das dadurch bedingte Ansteigen der Zahlen der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung spricht für sich selbst:

Entwicklung der Sicherungsverwahrung

Bestand Stichtag: 31. März

Jahr	Männer	Frauen
1965	1.202	228
1970	696	22
1975	333	4
1980	207	1
1985	189	1
1990	181	1
1995	183	0
1996	176	0
1997	200	0
1998	202	0
1999	206	0
2000	219	0
2001	257	0
2002	299	0
2003	306	0

l) Entwurf eines Bundesgesetzes zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung

Quasi im Wettlauf um die schnellste politische Reaktionszeit zur Erfüllung des Auftrags des Bundesverfassungsgerichts hat die Bundesjustizministerin am 10. März 2004³⁰ einen Gesetzesentwurf zur nachträglichen Sicherungsverwahrung vorgelegt. Nach der Unvereinbarkeitserklärung der Straftäterunterbringungsgesetze der Länder mit der Kompetenzordnung des Grundgesetzes soll § 66b StGB neu die Lücke schließen, in dem er die bestehenden Regelungen der §§ 66 f. StGB und des § 106 Abs. 3 JGG um die Möglichkeit ergänzt, die Sicherungsverwahrung nachträglich anzuordnen, wenn zum Zeitpunkt des Urteils ein „Hang“ des Täters im Sinne von § 66 Abs. 1 Nr. 3 StGB noch nicht hinreichend sicher festgestellt werden konnte.

In Fortführung des herabgesetzten Anordnungsmaßstabs nach § 66a StGB kann jetzt die nachträgliche Sicherungsverwahrung angeordnet werden, ohne dass zum Zeitpunkt der Verurteilung ein „Hang“ positiv festgestellt wird; dieser muss wie bei § 66a StGB nur nicht ausgeschlossen sein.

³⁰ Inzwischen Gesetz vom 23. Juli 2004, in Kraft seit 29. Juli 2004, BGBl. I S. 1838.

§ 66b Abs. 1 StGB neu

(1) Werden nach einer Verurteilung wegen einer der in § 66 Abs. 3 Satz 1 genannten Straftaten vor Ende des Vollzugs der Freiheitsstrafe Tatsachen erkennbar, die auf eine erhebliche Gefährlichkeit des Verurteilten für die Allgemeinheit hinweisen, **so kann das Gericht die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung nachträglich anordnen, wenn die Gesamtwürdigung des Verurteilten, seiner Taten und seiner Entwicklung während des Strafvollzugs ergibt, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit erhebliche Straftaten begehen wird**, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden, und die übrigen Voraussetzungen des § 66 Abs. 3 erfüllt sind.

Maßgeblich für die Anordnungsmöglichkeit soll jetzt eine Gefährlichkeitsprognose aufgrund einer umfassenden Gesamtwürdigung der Anlasstat und des Verhaltens im Strafvollzug sein. Sie soll sogar dann bestehen, wenn die Anordnung einer ursprünglich vorbehaltenen Unterbringung abgelehnt worden ist.

Damit verlässt der Gesetzgeber bewusst den Grundsatz der bisherigen Vorschriften der §§ 66 ff. StGB, dass es für die Verhängung der Sicherungsverwahrung auf das Bestehen eines „Hanges“ und einer Gefährlichkeit für die Allgemeinheit nach § 66 Abs. 1 Nr. 3 StGB **auf den Zeitpunkt der Hauptverhandlung** ankommt³¹.

Würde sich diese Lösung durchsetzen, würde es künftig zwei Anknüpfungspunkte für die Sicherungsverwahrung geben. Dies ist verfassungsrechtlich sehr zweifelhaft, denn der Verurteilte weiß zum Zeitpunkt der Verurteilung nicht, ob er aufgrund seines Verhaltens im Strafvollzug und einer nur allgemeinen Gefährlichkeitsprognose nicht doch in der Sicherungsverwahrung verbleiben muss. Dies wäre eine originär polizeirechtlich ausgerichtete Sicherungsverwahrung.

Auch ein Ersttäter soll in nachträgliche Sicherungsverwahrung genommen werden können:

§ 66b Abs. 2 StGB neu

(2) Werden Tatsachen der in Abs. 1 genannten Art nach einer Verurteilung **zu einer Freiheitsstrafe von mindestens vier Jahren** wegen einer oder mehrerer Straftaten gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit oder die sexuelle Selbstbestimmung oder nach den

31 BGHSt 24, 164; 25, 61 st. Rspr.; Tröndle/Fischer aaO § 66 Rdn. 25.

§§ 239a, 239b, 250 oder 251, auch in Verbindung mit den §§ 252 oder 255 erkennbar, so kann das Gericht die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung auch unabhängig von den Voraussetzungen des § 66 Abs. 3 nachträglich anordnen, wenn die Gesamtwürdigung des Verurteilten, seiner Tat oder seiner Taten und seiner Entwicklung während des Strafvollzugs ergibt, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden.

Durch die neuen Abs. 5 und 6 des § 106 JGG wird die Anordnung der nachträglichen Sicherungsverwahrung nach den §§ 66b Abs. 1 und Abs. 2 StGB neu auch auf die Heranwachsenden ausgedehnt, bei deren Verurteilung nicht das Jugendstrafrecht, sondern das allgemeine Strafrecht angewendet worden ist.

Schließlich wird mit § 66 Abs. 3 StGB neu erstmals eine gesetzliche Regelung für die Fälle geschaffen, in denen während des Vollzugs der Maßregel in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB festgestellt wird, dass die Unterbringungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, aber eine Gesamtwürdigung des Betroffenen, seiner Taten und seiner Entwicklung während des Vollzugs der Maßregel ergibt, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden (Fall *Sabasch*). Diese Regelung würde sogar für einen Fall gelten, in dem die Unterbringung nach § 63 StGB wegen aufgehobener Schuldfähigkeit angeordnet worden ist. Damit würde die nachträgliche Sicherungsverwahrung nicht einmal an eine rechtswidrige und schuldhafte Tat anknüpfen. Eine weitere, höchst bedenkliche Ausweitung der nachträglichen Sicherungsverwahrung.

Nicht geregelt ist der bei Sexualstraftätern viel häufiger vorkommende Fall, dass sich im Laufe des Maßregelvollzugs herausstellt, dass die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung nicht vorliegt oder durch die therapeutischen Möglichkeiten des Maßregelvollzugs nicht korrigierbar ist. Diese Sexualstraftäter müssten nach der hier vorgesehenen Lösung im Maßregelvollzug verbleiben und verwahrt und bewacht werden, obwohl nach dem Störungsbild eigentlich kein Grund ersichtlich ist, diesen Täter nicht genauso unterzubringen, wie den, bei dem die Diagnose der Persönlichkeitsstörung nicht zu einem positiv festgestellten § 21 StGB geführt hat.

Den unionsgeführten Bundesländern Bayern, Niedersachsen und Thüringen geht dieser Entwurf einerseits zu weit und wird andererseits als nicht ausreichend angesehen³². Nach Auffassung dieser Länder bedarf es des § 66a StGB

32 Initiative Bayern, Niedersachsen und Thüringen vom 3. März 2004 (BR-Drucks. 177/04).

und der vorbehaltenen Sicherungsverwahrung nicht und sie halten die Schwelle für die Anordnung für die nachträgliche Sicherungsverwahrung für einen Ersttäter von vier Jahren zu hoch und lehnen eine Begrenzung der nachträglichen Sicherungsverwahrung auf die Gruppe der Sexualstraftäter ab. Sie halten auch das Verfahren vor den Strafvollstreckungskammern für praxisnäher als vor dem erstinstanzlichen Gericht.

Der „Kampf“ um die Kompetenz für das nachhaltigste Sicherheitskonzept geht weiter. Es ist zu erwarten, dass auch die neuen Vorschläge wieder vor dem Bundesverfassungsgericht landen werden.

III. Lücken im Vollstreckungsverfahren

1. Zusammenarbeit Staatsanwaltschaft, Gericht und Vollzugsanstalten

Viel gravierender als jeder politische Disput um die nachträgliche Sicherungsverwahrung sind die Mängel beim Übergang vom Erkenntnis- zum Vollstreckungsverfahren und im Vollstreckungsverfahren selbst. Man muss offensichtlich immer wieder darauf hinweisen, dass die Zusammenarbeit zwischen Gericht, Staatsanwaltschaft und Justizvollzugsanstalten weiterhin mangelhaft ist. Das Urteil und das Sachverständigengutachten müssen zu Beginn des Vollstreckungsverfahrens sofort vorliegen; alle Erkenntnisse des Sachverständigengutachtens im Erkenntnisverfahren bleiben weitgehend ungenutzt; es wird in den meisten Fällen nach völlig unterschiedlichen therapeutischen Konzepten im Vollzug wieder neu mit dem Verurteilten begonnen. Häufig reicht die Zeit der Inhaftierung nicht für eine weiterführende Intervention. Der Proband wird vielfach verwaltet.

2. Frühe Einleitung der therapeutischen Maßnahmen

Die Justizverwaltungen der Länder müssen immer wieder darauf hingewiesen werden, dass es nach § 2 Abs. 2 StVollzG Aufgabe des Behandlungsvollzuges ist, den zu Freiheitsstrafe Verurteilten und den in einer Maßregel der Besserung und Sicherung nach den §§ 63 ff. StGB Untergebrachten eine reelle Chance auf Wiedergewinnung ihrer Freiheit einzuräumen ist (gerade bestätigt für die Sicherungsverwahrung im Urteil des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 5. Februar 2004 – 2 BvR 2029/01 – S. 12).

Das setzt natürlich voraus, dass therapeutische Maßnahmen möglichst früh begonnen werden:

Vollstreckungsverfahren:

- Einbeziehung des Sachverständigen
- Beachtung junger Sexualstraftäter
- Berücksichtigung des Gutachtens
- frühe Entscheidung nach § 9 StVollzG
- frühe Einschaltung der Ambulanz
- Ausführliche Berichte über Verlauf

Dazu gehört auch, wie das OLG Karlsruhe in seinem mutigen Beschluss vom 18. September 2003 – 1 Ws 105/03 – nochmals bestätigt hat, dass sich der Vollstreckungsrichter

- „nicht mit der derzeitigen Vollstreckungssituation zufrieden geben [darf], vielmehr muss die Annahme einer ungünstigen Prognose ausreichend mit Tatsachen und nachvollziehbaren Erwägungen belegt werden.
- Die gebotene prognostische Bewertung verlangt vom Richter eine besonders sorgfältige und eingehende Prüfung aller relevanten Umstände.
- Er hat auch danach zu fragen, aus welchen Gründen Vollzugslockerungen und notwendige therapeutischen Behandlungen bislang versagt worden sind³³. Dies gilt um so mehr, wenn die Frage einer Strafaussetzung entscheidend vom Erfolg solcher Maßnahmen abhängt“.

Im zu entscheidenden Fall durfte sich der Vollstreckungsrichter nicht damit begnügen, dass dem Verurteilten derzeit noch keine günstige Prognose gestellt werden konnte, weil noch keine nachhaltige Therapie möglich war.

33 BVerfG NStZ 1998, 373 ff.; StV 2000, 265 f.

Das OLG Karlsruhe hat deutlich ausgesprochen, dass es nicht angehen könne, einen Gewalttäter nach Ablauf seiner Strafzeit nur deshalb unbehandelt und damit weiterhin für die Allgemeinheit gefährlich in die Freiheit zu entlassen, weil mit der notwendigen Therapie aus verfahrensrechtlichen Gründen oder aus Kostengründen bis kurz vor der Entlassung zugewartet werde.

Dabei hat der Senat nicht verkannt,

- „dass grundsätzlich der Gefangene die Notwendigkeit der möglichst frühzeitigen Durchführung und die Art der konkret indizierten Behandlung im Falle der Ablehnung einer solchen durch die Anstalt mittels eines Antrags auf gerichtliche Entscheidung nach § 109 StVollzG gerichtlich überprüfen lassen kann,
- wobei **jedenfalls bei Gewaltdelikten Kostenfragen keine Rolle spielen dürfen und der Staat die Auslagen einer nicht vollzugsinternen Behandlung jedenfalls dann zu tragen hat, wenn der Gefangene diese nicht selbst übernehmen kann und ein sonstiger freier Kostenträger hierfür nicht einsteht.**“

Dieser Richterspruch muss Maßstab für die Länder sein, die notwendigen Mittel für eine nachhaltige Ausstattung ihrer Vollzugsanstalten bereitzustellen, zumal das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 5. Februar 2004 ausdrücklich den Justizverwaltungen aufgegeben hat, diese die Resozialisierung fördernden Maßstäbe der Entscheidung auf Sicherheitsverwahrte anzuwenden (allerdings mit der einschränkenden Klausel: „im Rahmen des Möglichen“).

IV. Ambulante Nachsorge

1. Die Notwendigkeit der ambulanten Nachbetreuung

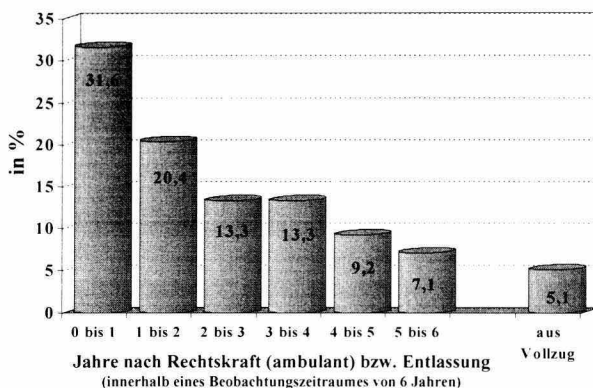
Der Gesetzgeber hat seit 1998 im Wesentlichen seine rechtspolitische Kraft in die Diskussion um höhere Strafen, die Reduzierung vorzeitiger Entlassungen und den Ausbau der symbolträchtigen Sicherungsverwahrung gesteckt. Selbst das Bundesverfassungsgericht hat offensichtlich dem öffentlichen Druck nicht standgehalten, einem unabweisbaren Zweckdenken verfassungsrechtliche Prinzipien geopfert oder zumindest uminterpretiert. Es stimmt bedenklich, dass die öffentlichen Auseinandersetzungen um die Meinungsführerschaft in den Fragen der Sicherheit den rechtspolitischen Blick für das Notwendige verstellt haben.

Dabei ist nach allen bisherigen Erfahrungen über Rückfälle von Straftätern allgemein und von Sexualstraftätern insbesondere besonders kritisch die Phase

der ersten Zeit nach der Entlassung. Hier werden – anders als in der geschlossenen Welt der Justizvollzugsanstalten – die Beobachtungen über die verborgenen sexuellen Wünsche und Begierden zwangsläufig weniger, nachdem der feste juristische Rahmen gelockert worden ist, die Bezugspersonen gewechselt haben und Betreuungspersonal tätig wird, das weder die Ausbildung noch angesichts der viel zu großen Zahl von Probanden die Zeit hat, sich auf das Verborgene einzulassen.

Deshalb ist zunächst die Entlassungsphase besonders gefährdend für den Verurteilten und gefahrgefährdet für einen Rückfall mit der naheliegenden Gefahr der Steigerung.

Rückfallgeschwindigkeit (n=98)



Quelle: KrimZ

Die Arbeit mit Männern, die ihre Spannungen durch sexualisierte Straftaten unterdrücken, fand bisher durch konfrontative Arbeit im gesicherten juristischen Rahmen statt. Dort war die Arbeit schwieriger als in einer freien, auf Selbstinitiative beruhenden therapeutischen Arbeit, denn es geht bei der therapeutischen Arbeit um das Beurteilen und das Nachvollziehen von Gefühlen, Gedanken, Phantasien, Einstellungen, Wünsche und Zukunftsplänen, die möglichst im Verborgenen gehalten werden sollen. An die inneren Regionen kommen die Beobachter und Behandler nur sehr schwer heran, insbesondere wenn sie dafür nicht ausgebildet sind und ihnen keine Instrumente für eine solche Beobachtung zur Verfügung stehen.

Um so schwieriger ist die Arbeit in der Phase, in der die Verurteilten sich in ihrer wieder gewonnenen Freiheit allein bewegen und behaupten müssen. Die Bewährungshelfer mit ihrer sozialarbeiterischen Ausbildung sind mit einer therapeutischen Betreuung dann überfordert, wenn sie nicht speziell darauf vorbereitet worden sind³⁴.

2. Ambulanz Modell Bewährungshilfe Stuttgart e. V. aus der Sicht der Justiz

Ambulanz Modell Bewährungshilfe Stuttgart e.V.

- Fonds „Psychotherapie und Bewährung“
- Ziele: Deliktsspezifische Psychotherapie
- Einzel-, Gruppentherapie, Familiengespräche
- Entbindung von der Schweigepflicht
- Enge Verzahnung mit Bewährungshilfe, Justiz
- Konfrontation mit der Tat und den Schäden

Die psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter hat ihre Positionierung als Behandlungseinrichtung mit ihren therapeutischen Angeboten als Schnittstelle zwischen Tätertherapie im Strafvollzug oder in einer sexualtherapeutischen Anstalt und der „freiwilligen Therapie“ bei niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Aspekte Kontrolle und Behandlung und Resozialisierung werden im Behandlungsangebot miteinander verbunden und qualifiziert vernetzt. Ihre Akzeptanz erhält die Ambulanz für die Justiz deshalb, weil der Bereich Kontrolle von Verhalten notwendig ist für die Überwachung der durch Gerichte angeordneten Maßnahmen.

³⁴ Vgl. *Boetticher, A.* Neue Aufgaben für die Bewährungshilfe – Zum Umgang mit Sexualstraftätern – BewHi 2000, 196 ff.

a) Erfahrungen³⁵

Beweis für die gute Arbeit der Ambulanz in Stuttgart und den guten Kontakt zur Justiz sind die steigenden Zahlen an Probanden in der Einrichtung. Aufgrund begrenzter finanzieller und personeller Möglichkeiten gibt es bereits auch hier Wartelisten. Dem muss dringend abgeholfen werden:

b) Statistik

- 1998 – 2002: 243 Klienten
- 2002: 97 Klienten
- 41 sexueller Missbrauch
- 27 Vergewaltigung/sex. Nötigung
- 19 Exhibitionismus, 10 sonstige Delikte
- rd. 9 Monate zu je 14 Behandlungsstunden
- 10 Rückfälle in 4 Jahren

c) Ungelöste Probleme

Das wichtigste ungelöste Problem ist die gesetzliche Verankerung der ambulanten Nachsorge über den § 126 StVollzG hinaus in das Instrumentarium des Strafgesetzbuches. Dies hat zu einem Mangel an finanzieller und personeller Absicherung der Ambulanz geführt. Solange die Justiz diese Arbeit nicht als Pflichtaufgabe und selbstverständlichen Teil des Umgangs mit Sexualstraftätern ansieht, bleibt diese sinnvolle und dringend notwendige Einrichtung eines freien Trägers immer der Gefahr von Haushaltskürzungen ausgesetzt.

³⁵ Einzelheiten wird *H. J. Pitzing* in seinem Referat berichten.

Der Gesetzgeber ist aufgerufen, nicht nur die Sicherungsverwahrung als Lösung des Problems medienwirksam zu „verkaufen“. Es muss eine Lösung gefunden werden, wie sie das Nachbarland Österreich in Anerkennung der Notwendigkeit ambulanter Maßnahmen gefunden hat. Dort ist in das Strafvollzugsgesetz folgende Regelung aufgenommen worden:

§ 179a österr. StVollzG

(1) Einem Rechtsbrecher, der bedingt entlassen wird, kann die Weisung, sich weiterhin einer Entwöhnungsbehandlung, einer psychotherapeutischen oder sonst einer medizinischen Behandlung zu unterziehen (§ 51 Abs. 3 des Strafgesetzbuches), ***auch mit der Maßgabe erteilt werden, dass die Behandlung für den Verurteilten unentgeltlich durch einen Arzt durchgeführt wird, der sich zur Durchführung solcher Behandlungen dem Bundesministerium für Justiz gegenüber verpflichtet hat.***

(2) Ist einem bedingt Entlassenen sonst die Weisung erteilt worden, sich einer Entwöhnungsbehandlung, einer psychotherapeutischen oder einer anderen medizinischen Behandlung zu unterziehen, ***hat der Verurteilte nicht Anspruch auf entsprechende Leistungen aus einer Krankenversicherung und würde durch die Verpflichtung zur Zahlung der Behandlungskosten sein Fortkommen erschwert, so hat die Kosten der Behandlung ganz oder teilweise der Bund zu übernehmen, jedoch nur bis zu dem Ausmaß, in dem die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter für die Kosten aufkommen könnte, wenn der Entlassene in der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert wäre;*** einen Behandlungsbeitrag (§ 63 Abs. 4 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 200/1967) hat der Entlassene nicht zu erbringen.

Die Entscheidung über die Übernahme der Kosten steht dem für die Erteilung der Weisung zuständigen Gericht zu.

(3) ***Der Bundesminister für Justiz kann mit gemeinnützigen therapeutischen Einrichtungen oder Vereinigungen über die Höhe der nach Abs. 2 vom Bund zu übernehmenden Kosten Verträge nach bürgerlichem Recht abschließen.*** Die Vereinbarung von verbindlichen Pauschalbeträgen ist zulässig. Der Bundesminister für Justiz kann die Grundsätze der Pauschalierung mit Verordnung festlegen. Dabei ist insbesondere das Betreuungsangebot der ge-

meinnützigen therapeutischen Einrichtung oder Vereinigung zu berücksichtigen.

Es würde eine wahrhaft große rechtspolitische Leistung darstellen, wenn der Bundesgesetzgeber auch in Deutschland diese Verantwortung übernehmen würde.

Ambulante Nachsorge ist Aufgabe der Justiz!

Nachbetreuung nach Straf- und Maßregelvollzug

Norbert Leygraf

Notwendigkeit ambulanter Nachsorge

Der Strafvollzug ist gemeinhin kein Hort innerer Läuterung, den man – einem Fegefeuer gleich – als eine von der Erbsünde befreite und vor allen Versuchungen gefeierte Seele verlässt. Das zeigen alle Untersuchungen zur Rückfälligkeit ehemaliger Strafgefangener, so unterschiedlich sie in den Einzelergebnissen auch sein mögen. In gleicher Weise ist auch das Psychiatrische Krankenhaus kein Ort, in den kranke Menschen hinein gehen, um es nach einer mehr oder minder kurzen Zeit als dauerhaft geheilt zu verlassen. Die meisten psychiatrischen Erkrankungen haben einen chronischen Verlauf oder bergen zumindest über weite Lebensphasen hinweg ein bleibendes Rezidivrisiko. Mit diesem Risiko umzugehen ist Aufgabe einer zumeist langfristigen ambulanten Betreuung des Patienten und zuweilen auch seiner Angehörigen. Dies ist in der allgemeinen Psychiatrie seit Jahrzehnten anerkannt und nichts spricht dafür, dass psychiatrische Erkrankungen oder schwere psychische Störungen einen günstigeren Langzeitverlauf zeigen, wenn sie zu strafrechtlichen Komplikationen geführt haben.

Im Gegenteil: Eine Betrachtung der desolaten Lebens- und Krankheitsgeschichte vieler im Maßregelvollzug untergebrachter Patienten macht oft schon auf den ersten Blick deutlich, dass sie auch nach intensiven intramuralen Behandlungsmaßnahmen die Maßregelklinik kaum als stabile, gesunde, psychisch unauffällige und in allen Lebenslagen regelkonforme Mensch werden verlassen können. Stattdessen zeichnet sich effiziente Maßregelbehandlung oft gerade durch ein frühzeitiges Nachdenken darüber aus, welches betreuende Umfeld und welcher spezifischen Kontrollen der Patient langfristig bedarf, um auf diese Nachsorgesituation langfristig hinzuarbeiten (*Schalast 2003*).

Die besondere Bedeutung des Nachsorgeaspektes wird vor allem bei Betrachtung der Fälle deutlich, bei denen es nach der Entlassung zu einem schwerwiegenden Deliktrückfall gekommen ist. Bereits *Ritzel (1978)* stellte in seiner Studie zum Verlauf nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug fest, dass lediglich bei 37 % der entlassenen Maßregelpatienten eine ambulante Weiterbehandlung erfolgte. Falls eine solche überhaupt durchgeführt worden war, erfolgte sie nur in ca. einem Drittel der Fälle durch einen Psychiater, in den übrigen Fällen lag die Behandlung dagegen in den Händen von nicht psychia-

trisch weitergebildeten Ärzten, z.B. dem Hausarzt oder einem Amtsarzt. Diese waren jedoch mit der hier vorliegenden Problematik oft gänzlich überfordert.

Auch eine in den Jahren 1984-1986 durchgeführte bundesweite Studie über den Maßregelvollzug kam zu dem Ergebnis, dass bei vielen nach einem Delikt rückfall in den Maßregelvollzug wieder aufgenommenen Patienten das ambulante Nachsorgesystem versagt hatte (Leygraf 1988).

So war ein Patient gemäß § 63 StGB in den Maßregelvollzug eingewiesen worden, nachdem er im Rahmen eines schizophrenen Eifersuchtswahns seine Ehefrau mit einem Messer bedroht und verletzt hatte. In der Unterbringung zeigte der Patient unter einer neuroleptischen Depotmedikation über fünf Jahre einen stabilen Gesundheitszustand. Bei der Entlassung wurde ihm die Weisung erteilt, die ärztlich verordneten Medikamente weiterhin einzunehmen und sich regelmäßig sowohl beim Gesundheitsamt als auch beim Bewährungshelfer vorzustellen.

Ein Jahr nach der Entlassung setzte der Patient die Medikamente jedoch wegen von ihm befürchteter Nebenwirkungen wieder ab. Hierüber war zwar der Hausarzt, nicht aber der Arzt des Gesundheitsamtes oder der Bewährungshelfer informiert. Nach einem weiteren Jahr wurden erstmals wieder Eifersuchtsideen nach außen hin deutlich. In den folgenden Monaten sprach der Patient sowohl mit dem Arzt des Gesundheitsamtes als auch mit dem Bewährungshelfer mehrfach darüber, dass er sich nun der Untreue seiner Frau absolut sicher sei und diese wieder „Anti-Sex-Mittel“ seinem Essen beifüge.

Arzt und Bewährungshelfer registrierten zwar die auffälligen Veränderungen des Patienten und vermerkten ihre Beobachtungen auch gewissenhaft in ihren Unterlagen, es erfolgte jedoch keinerlei entsprechende Reaktion. Insgesamt 2 ½ Jahre nach der Bewährungsentlassung tötete der Patient schließlich seine Ehefrau im Rahmen einer akuten Auseinandersetzung, als diese ihr „Treiben“ auch weiterhin nicht zugeben wollte.

Nun hat es in den vergangenen 20 Jahren nicht nur im stationären Maßregelvollzug sondern auch in der ambulanten Nachsorge bereits erhebliche Fortschritte gegeben. Die erste forensisch-psychiatrische Spezialambulanz wurde 1987 in Berlin aufgebaut (Warmuth 1990). Ein Jahr später wurde in Gießen eine ambulante Nachbetreuungseinheit für die hessischen Maßregelpatienten eröffnet (Freese 2003). Von 1990 - 1997 wurden mit Mitteln des Bundesgesundheitsministeriums Modellerprobungen in Düren, Lippstadt, Haina, Moringen und Stralsund durchgeführt (Knahl 1997). Weitere Spezialambulanzen entstanden 1993 in Göttingen (Poszár 2001), 1995 in Essen und 2000 in Langenfeld (Seifert u.a. 2003).

Im Folgenden soll der Nachsorgeaspekt zunächst unter dem Blickwinkel der gemäß § 63 StGB im psychiatrischen Maßregelvollzug untergebrachten psychisch kranken/gestörten Straftäter betrachtet und anschließend aufgezeigt werden, was sich hieraus für die Nachsorge nach Strafvollzug ergibt.

Nachsorgeziele

Ambulante Nachsorge zielt im psychiatrischen Maßregelvollzug im wesentlichen auf zwei Aspekte ab, nämlich auf Rückfallprophylaxe und auf Kostensenkung.

Im Rahmen der o.g. bundesweiten Maßregelstudie (*Leygraf* 1988) waren 17 % der Patienten zum wiederholten Mal im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB untergebracht, ganz überwiegend auf Grund eines Deliktrückfalles. Dabei war die Hälfte aller Wiederaufnahmen in den Maßregelvollzug bereits in den ersten 15 Monaten nach Entlassung erfolgt. Diese Übergangsphase erwies sich also als besonders kritisch, was seinerzeit insofern noch besonders ausgeprägt war, als es noch wenige Möglichkeiten einer schrittweisen Enthospitalisierung, z.B. in Form weitergehender Vollzugslockerungen und insbesondere Probebeurlaubungen, gab. Somit war der Schritt von den sehr strukturierten Bedingungen innerhalb des Maßregelvollzuges zur Situation nach der Entlassung noch sehr viel größer und störanfälliger. Viele der damaligen Wiederaufnahmen dürften sich heute als vorzeitige Abbrüche von Probebeurlaubungen abzeichnen. Aber auch bei einer in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Rückfallstudie war bei den Patienten, die in den Jahren 1991/92 aus dem Maßregelvollzug entlassen worden waren, noch ca. die Hälfte der Rückfalldelikte in den ersten zwei Jahren nach der Entlassung erfolgt (*Kudling* 2002).

Vergleichbare Zahlen gibt es auch aus dem Strafvollzug. So fanden *Ohlemacher u.a.* (2001) bei einer Studie über im Jugendstrafvollzug untergebrachte Gewaltstraftäter, dass über die Hälfte der Gewaltrückfälle bereits im ersten Jahr nach der Haftentlassung erfolgten. Auch bei der Sexualstraftäter-Katamnese-studie der Kriminologischen Zentralstelle waren über die Hälfte der neuerlichen Straftaten bereits in den ersten beiden Jahren nach der Verurteilung bzw. nach Verbüßung einer Freiheitsstrafe begangen worden, teilweise sogar noch vor der Entlassung aus dem Strafvollzug (*Elz* 2001, 2002). Allerdings gab es hier auch eine nicht geringe Zahl an Rückfällen (ca. 30 %), die erst vier bis sechs Jahre nach Verurteilung bzw. Entlassung verübt wurden. Auch aus anderen Studien ist bekannt, dass gerade Sexualstraftäter noch nach vielen Jahren tatsächlicher oder vielleicht auch nur vermeintlicher Deliktfreiheit wieder einschlägig rückfällig werden können (*Hanson* 2001).

Dies ist deshalb zu betonen, weil die Diskussion um forensische Nachsorgeambulanzen oft unter dem Gedanken geführt wird, man müsse mit Hilfe eines solchen Angebotes die Betroffenen nur über die ersten ein bis zwei kritischen Jahre bringen. Dies reicht in vielen Fällen aber nicht aus. Dass relativ viele Straftäter, ob psychisch krank oder nicht, schon kurze Zeit nach Entlassung aus einem Freiheitsentzug wieder straffällig werden, liegt nur zu einem geringen Teil daran, dass die kriminogene Wirkung der Freiheit in den ersten Monaten nach einer Entlassung am intensivsten wäre. Die Häufung von Rückfällen nach einer Entlassung erklärt sich auch daraus, dass Menschen mit einem hohen Rückfallrisiko im Mittel natürlich auch schneller rückfällig werden als andere. Wenn man also diese Risikogruppe mit Hilfe von Nachsorgemaßnahmen über die ersten ein bis zwei Jahre ohne Rückfall hinüber rettet, dann bedeutet das keineswegs, dass die Betroffenen nun, ohne weitere Nachsorge, nicht weiter rückfallgefährdet wären.

Ambulante Nachsorge bedeutet in der allgemeinen Psychiatrie oft eine Betreuung über viele Jahre, nicht selten ist sie sogar lebensbegleitend. Das gilt für die ambulante Nachbetreuung psychisch kranker/gestörter Straftäter umso mehr. Hier erscheint in einigen Fällen durchaus eine Verlängerung der Führungsaufsichtszeit über die gesetzliche Höchstdauer von 5 Jahren wünschenswert, was bislang nur in den Fällen möglich ist, in denen der Patient schon während der Führungsaufsichtszeit einer Behandlungsweisung nicht nachkommt (§ 68 c Abs. 1 Satz 1 StGB). So kann ein Psychosekranker, der mit 25 Jahren ein wahnhaft motiviertes Gewaltdelikt begeht und mit 30 Jahren aus dem Maßregelvollzug entlassen wird, durchaus wieder akut-psychotisch und entsprechend gefährlich werden, wenn er mit 35 Jahren nach Ablauf der Führungsaufsicht und Fortfall der entsprechenden Weisungen die medikamentöse Rezidivprophylaxe beendet. Zu denken, dies könne etwa mit der Einrichtung einer Betreuung verhindert werden, erweist sich nicht selten als ein gefährlicher Irrtum, der nur teilweise mit den Besonderheiten von Maßregelpatienten zusammenhängt. Hier zeigen sich zuweilen auch Besonderheiten einiger Betreuer und durchaus auch einiger Vormundschaftsrichter als verhängnisvoll.

Hinter dem Gedanken, forensische Nachsorge sei – einem Durchlauferhitzer gleich – lediglich für die passagere Überbrückung eines vulnerablen Zeitraums nach der Entlassung erforderlich, steht nicht zuletzt der Wunsch, mit Hilfe von Nachsorge einen Beitrag zur Kostensenkung zu leisten. Dieser Wunsch ist natürlich sehr nachvollziehbar, weshalb das Kostenargument gerade von den Befürwortern ambulanter Nachsorge immer wieder angeführt wird, zumal angesichts der mittlerweile sehr hohen Kosten der stationären Maßregelbehandlung. Es sieht ja auch auf den ersten Blick bestechend aus, wenn man vergleicht, dass ein ambulant betreuter Patient nur 4,7 % der Kosten verursacht, die für

eine Unterbringung im stationären Bereich des Maßregelvollzuges aufzuwenden sind (Freese 2003).

Diese Gegenüberstellung ist aber sicher etwas zu vereinfachend. Man müsste vielmehr eine Art Gesamtbilanz für das weitere Leben des Betroffenen erstellen und zwar unabhängig davon, welcher öffentliche Träger die entsprechenden Kosten zu übernehmen hat. So werden nach der bundesweiten Prognosestudie von Seifert (Seifert u. Möller-Mussavi 2004) derzeit etwa 70 % der Maßregelpatienten nicht in eine eigenständige Wohnform entlassen, sondern in eine komplementäre Wohneinrichtung, die je nach Intensitätsgrad der dortigen Betreuung durchaus kostenintensiv sind. Von daher sollte bei der Einrichtung ambulanter Nachsorgemöglichkeiten die Hauptbegründung weniger auf das Kostenargument gelegt werden. Man ließe sonst Gefahr, dass entweder die Kosten für diese Nachsorge derart niedrig gehalten werden, dass sie nicht mehr effektiv arbeiten kann, oder dass dann, wenn sich die Kosten doch höher als erwartet zeigen, man plötzlich keinen Grund mehr für ambulante Nachsorgeprogramme sieht.

Der Hintergrund der Hoffnung, durch Nachsorge Kosten senken zu können, liegt in den Annahme, ein funktionierendes Nachsorgeangebot könne zu früheren Entlassungen führen, also zu einer Senkung der intramuralen Verweildauer, u.a. unter dem Aspekt, dass komplementäre Übergangseinrichtungen vermehrt zu einer Übernahme ehemaliger forensischer Patienten bereit wären, wenn sie dabei von einer forensischen Ambulanz unterstützt und begleitet würden. Dass innerhalb des Maßregelvollzuges die Nachsorgediskussion in den letzten Jahren deutlich forciert worden ist, und zwar nicht nur seitens der Einrichtungen selbst, sondern auch seitens ihrer Träger wie auch insbesondere seitens der Kostenträger, ist sicher bedingt durch den erheblichen Anstieg der Unterbringungszahlen und der Verlängerung der mittleren Verweildauer. Die dadurch bedingten Kapazitätsprobleme sind allgemein bekannt, einschließlich ihrer Folgen: Überbelegung der Maßregelvollzugseinrichtungen, Verlagerung forensischer Patienten in die Allgemeinpsychiatrie sowie Planung und zuweilen sogar Bau neuer Maßregelkliniken. So ist in Nordrhein-Westfalen nun der Bau sechs neuer Maßregelkliniken geplant, wobei pro Therapieplatz mit einer Investitionssumme von immerhin 255.000 Euro gerechnet wird (Dönisch-Seidel u. Hollweg 2003). Es geht also um eine Menge Geld.

Ergebnisse bisheriger Nachsorge

Die Annahme, dass stationäre Unterbringungszeiten durch ambulante Nachsorgeangebote verkürzt werden könnten, ist zwar sicher gut begründet, lässt sich aber empirisch nur schwer überprüfen. Unterbringungsduern im Maßre-

gelvollzug sind von höchst unterschiedlichen Parametern abhängig, wobei die tatsächlich von einem Patienten ausgehende Gefahr wahrscheinlich zu den eher unwesentlichen Einflussgrößen zu rechnen ist. So hatte sich in der bundesweiten Maßregelstudie (Leygraf 1988) eine erhebliche regionale Varianz in der Verweildauer gezeigt, indem z.B. ein intellektuell minderbegabter Patient mit einem sexuellen Missbrauchsdelikt in Hessen eine mittlere Verweildauer von 3 ½ Jahren und in Niedersachsen eine von 16 ½ Jahren zu erwarten hatte.

Wenn also in den letzten Jahren die Verweildauer im Maßregelvollzug im Mittel von ca. 5 auf ca. 6 Jahren angestiegen ist (Seifert u. Möller-Mussavi 2004), wird man dies kaum den vermehrten Nachsorgeaktivitäten zur Last legen können. Die Verlängerung der Unterbringungszeit ist vielmehr Folge des aktuellen kriminalpolitischen Klimas, das auf vermehrten Freiheitsentzug setzt und durch das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ seit Januar 1998 erheblich höhere Anforderungen an die Bewährungsaussetzung einer Maßregelunterbringung stellt. Wenn aber Freese (2003) im hessischen Maßregelvollzug eine entgegen diesem bundesweiten Trend in den letzten Jahren relativ konstante Verweildauer hat aufzeigen können, dürfte dies nicht unwesentlich auf die hier systematisch ausgebaute Nachsorgeambulanz zurückzuführen sein.

Ebenfalls nicht einfach nachzuweisen ist der rückfallverhindernde Effekt von Nachsorgeambulanzen, auch wenn es dazu durchaus schon einige Zahlen gibt. So fanden Benter und Heinz (2002) bei 34 in der forensischen Ambulanz in Göttingen nachbetreuten Patienten innerhalb von 8 Jahre nur zwei Patienten, bei denen wegen eines Rückfalldeliktes ein erneuter Freiheitsentzug erforderlich war. In einer Studie über die forensischen Ambulanzen des Rheinlandes war bei 4 von 69 Patienten innerhalb von 4 ½ Jahre eine Wiederaufnahme in den Maßregelvollzug wegen eines Rückfalldeliktes erforderlich geworden (Seifert u.a. 2003).

Solche Zahlen sind natürlich immer mit Vorsicht zu betrachten, insbesondere mangels entsprechender Vergleichsgruppen. Aber die bei beiden Ambulanzgruppen gefundene Quote von ca. 6 % Rückfalldelikten mit erneutem Freiheitsentzug erscheint jedenfalls deutlich günstiger als die 15 - 20 % entsprechender Rückfälle, die sich sonst im Rahmen von Katamnesestudien nach einer Maßregelunterbringung gemäß § 63 StGB haben finden lassen (Leygraf 1998, Kudling 2002).

Wesentlich erscheinen hier auch die von Freese (2003) für Hessen berichteten Zahlen, der für Wiederaufnahmen in den Maßregelvollzug bei der zuvor in der forensischen Ambulanz betreuten Patientengruppe eine erheblich geringere Rate an Deliktrückfällen als Grund für die Wiederaufnahme hat aufzeigen

können (24,1 statt 75,9 %). Nun lässt sich natürlich schwer nachweisen, dass ein hoher Teil der von der Nachsorgeambulanz wieder in den Maßregelvollzug zurückgebrachten Patienten auch wirklich delikt rückfällig geworden wäre, wenn man nicht vorsorglich die Reißleine gezogen hätte. Aber bei der Betrachtung tatsächlich erfolgter Rückfalldelikte drängt sich doch recht oft der Gedanke auf, hier hätte eine spezialisierte und forensisch erfahrene Ambulanz zumindest mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Gefahr im Vorfeld erkannt und entsprechend reagiert.

Die wesentliche Besonderheit einer forensischen Nachsorge besteht nämlich darin, dass sie generell aktiver, strukturierender und insbesondere auch kontrollierender und notfalls auch restriktiver reagierend ist als eine ambulante Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie. Die rückfallpräventive Effizienz einer solchen Nachsorge hängt sehr davon ab, wie professionell die einzelnen Patienten nicht nur betreut, sondern auch unter gefährlichkeitsprognostischen Aspekten beobachtet werden und wie schnell und konsequent auf sichtbar werdende Gefahren reagiert wird.

Nachbetreuung nach Strafvollzug

Dass auch im Bereich des Strafvollzugs über eine psychosoziale Hilfestellung hinaus ein hoher Bedarf an ambulanter Nachsorge besteht, darüber weiß wohl jeder Bewährungshelfer zu klagen. So war laut *Krupinski u.a.* (1998) bei 192 Probanden der Bewährungshilfe in München in 47 % der Fälle laut Bewährungshelfer eine zumindest mit einer psychiatrischen Diagnose spezifizierte Erkrankung oder Störung festgestellt worden. 40 % hatten eine Behandlungsweisung, davon zur Hälfte als Entzugsbehandlung. Bei 7 % der Probanden bezog sich die Weisung auf eine psychiatrische und bei 4 % auf eine spezifische psychotherapeutische Behandlung. Die Bewährungshelfer selbst schätzten gar, dass bei 63 % der Probanden behandlungsbedürftige psychische Probleme vorlägen und hatten 42 % der Probanden auch eine spezielle psychotherapeutische Behandlung nahegelegt. Tatsächlich befanden sich aber nur insgesamt 20 % in ambulanter therapeutischer Betreuung, die sich bei 9 % eher locker gestaltete. Lediglich 11 % hatten eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne, d.h. zumindest 1 Gespräch pro Woche. Das Resümee der Untersuchung war also eine im Bereich der Bewährungszeit erhebliche Diskrepanz zwischen Therapiebedarf und tatsächlich erfolgten Behandlungen, obgleich in München die höchste Therapeutendichte in ganz Deutschland zu verzeichnen ist.

Hier ist der Nachholbedarf also sicher noch erheblich, und zwar nicht nur im Bereich der ambulanten Nachsorge. Die aktuelle Betonung des Nachsorgebe-

reiches darf nicht dazu verleiten, die notwendigen Verbesserungen im intramuralen Therapiebereich zu übersehen. Im psychiatrischen Maßregelvollzug käme auch niemand auf die Idee, den Patienten während der Unterbringung bewusst nur zu verwahren mit der Hoffnung, dass ihm die erforderliche Behandlung später im Rahmen der Nachsorge zuteil werden möge. Nachsorge beinhaltet im Wesentlichen dafür zu sorgen, dass die intramural erreichten Therapieerfolge auch nach der Entlassung weiterhin bestand haben. Also darf auch im Strafvollzug, wenn denn der Täter eine im Zusammenhang mit seiner Delinquenz stehende behandlungsbedürftige psychische Störung aufweist, der Behandlungsaspekt nicht einfach auf die Zeit danach verschoben werden.

Ähnlich wie im Maßregelvollzug wäre es auch im Strafvollzug sinnvoll, intra- und extramurale Behandlungen aufeinander abzustimmen. Es wäre sinnvoll, wenn die später ambulant Zuständigen schon frühzeitig vor der Entlassung in Kontakt mit dem Betroffenen treten und an den Entlassungsplanungen beteiligt werden könnten. Es müsste gewährleistet sein, dass die Ambulanz schon vor der Übernahme alle Informationen über den Betroffenen zur Verfügung gestellt bekommt, um diesen auch unter gefährlichkeitsprognostischen Aspekten hinreichend einschätzen zu können. Es müsste geklärt sein, dass die in der Ambulanz tätigen Mitarbeiter nicht nur fürsorgliche Helfer sind, sondern auch Kontrollfunktionen haben.

Und vor allem: Die ambulante Behandlung von Straftätern, seien sie psychisch krank bzw. gestört oder nicht, ist ein schwieriges Geschäft. Man hat es vielfach mit Menschen zu tun, denen man – wegen ihrer auch außerhalb der Delinquenz problematischen Verhaltensweisen – privat eher aus dem Wege gehen würde, und die nicht unbedingt freudig und hochmotiviert jede Möglichkeit therapeutischer Hilfe in Anspruch nehmen. Zudem sind die Konsequenzen eventuell begangener Fehler hier ausgesprochen weit reichend, sowohl für den Probanden selbst als auch für den von seinem Handeln Betroffenen und möglicherweise auch für den zuständigen Therapeuten.

Forensische Nachsorge ist also eine Aufgabe, für die man ein stabiles Selbstwertgefühl, hinreichend Zeit und ein entsprechendes Rüstzeug und Erfahrung braucht. Eine Nachsorgeambulanz mit unterbezahlten, auf unsicheren Kurzzeitarbeitsverträgen sitzenden und nicht ausreichend professionalisierten Mitarbeitern erhöht allenfalls die Risiken, die sie eigentlich verringern sollte.

Literatur

- Benter, Ch. & Heinz, G.* (2002). Ambulante Nachsorge in der Forensischen Psychiatrie. *Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*. 9(2):19-28.
- Dönisch-Seidel, U. & Hollweg, T.* (2003). Nachsorge und Wiedereingliederung von (bedingt) entlassenen Maßregelvollzugspatienten in Nordrhein-Westfalen. *Recht & Psychiatrie* 21:13-16.
- Elz, J.* (2001). Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: sexuelle Missbrauchsdelikte. *Kriminologie und Praxis (KUP)*. Band 33. *KrimZ*. Wiesbaden.
- Elz, J.* (2002). Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: sexuelle Gewaltdelikte. *Kriminologie und Praxis (KUP)*. Band 34. *KrimZ*. Wiesbaden.
- Freese, R.* (2003). *Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter*. Pabst, Lengerich.
- Hanson, R. K.* (2001). Sex Offender Risk Assessment. In: Hollin CR (Hrsg.) *Handbook of Offender Assessment and Treatment*. Chichester, New York, Weinheim. S. 85-96.
- Knahl, A.* (1997). Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten: Synopse der Modelerprobung des BMG. *Nomos*, Baden-Baden.
- Kudling, R.* (2002). Legalbewährung bzw. erneute Straffälligkeit nach Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *Dissertationschrift*, Essen.
- Krupinski, M., Schoechlin, C., Fischer, A. & Nedopil, N.* (1998). Annäherung an ambulante Therapie bei Straffälligen. In: H.-L. Kröber & K. P. Dahle (Hrsg.) *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf, Behandlung, Opferschutz*. *Kriminalistik Verlag*, Heidelberg, S. 169-174.
- Leygraf, N.* (1988). *Psychisch kranke Straftäter*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Leygraf, N.* (1998). Zur Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzuges. In: H.-L. Kröber & K. P. Dahle (Hrsg.) *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf – Behandlung – Opferschutz*. S. 164-173. *Kriminalistik-Verlag*, Heidelberg.

- Ohlemacher, T., Sögding, D., Höynck, T., Ethé, N., Welte, G.* (2001). Anti-Aggressivitätstraining und Legalbewährung: Versuch einer Evaluation. In: M. Bereswill & W. Greve (Hrsg.) *Forschungsthema Strafvollzug*. Nomos, Baden-Baden. S. 345-386.
- Poszár, C.* (2001). Nach der Maßregelbehandlung gemäß § 63 StGB – Praxis der ambulanten und stationären Nachsorge. *Recht & Psychiatrie* 19:82-88.
- Ritzel, G.* (1978). *Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker und geistig behinderter Rechtsbrecher*. Habilitationsschrift, Göttingen.
- Schalast, N.* (2003). *Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten*. Projektbericht: Landschaftsverband Rheinland.
- Seifert, D. & Möller-Mussavi, S.* (2004). Aktuelle Rückfalldaten der Essener retrospektiven Prognosestudie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* (in Druck).
- Seifert, D., Schiffer, B. & Leygraf, N.* (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge – Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *Psychiat. Prax.* 30: 235-241.
- Warmuth, M.* (1990). Drei Jahre forensisch-psychiatrische Ambulanz in Berlin-West. *Aufbau – Erfahrungen – Konsequenzen*. *Recht & Psychiatrie* 8:109-120.

Ambulante Psychotherapie mit Sexualstraftätern bei Strafaussetzung

– Diskrepanz zwischen Gesetzgebung und Praxis –

Heinz-Jürgen Pitzing

Zusammenfassung

Internationale wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass die fachspezifische psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern konkrete Verhaltensveränderungen bei den Tätern bewirken und die Rückfallgefahr minimieren kann. Sie stellt damit einen wichtigen Beitrag zum Opferschutz dar.

Durch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten von 26.01.1998 (BGBl I S. 160 ff.) wird die therapeutische Behandlung von Sexualstraftätern verstärkt gefordert und ermöglicht. Die praktische Umsetzung dieses Gesetzes stößt aber auf erhebliche Probleme. Insbesondere sind große Schwierigkeiten sichtbar, gerichtlich angewiesene ambulante Psychotherapien von Sexualstraftätern durch das bestehende Gesundheitssystem der kassenzugelassenen Psychotherapeuten ausreichend und in erforderlicher Qualität umzusetzen. Niedergelassene Psychotherapeuten sind mehrheitlich nicht bereit und nicht in der Lage, Sexualstraftäter zu behandeln.

Da die Schwierigkeiten in der Behandlung dieser Tätergruppe mit der bestehenden Gesundheitsversorgung nicht zu beheben sind, betreibt der Verein Bewährungshilfe Stuttgart e.V. seit September 1998 eine fachspezifische „Ambulanz für Sexualstraftäter“, die zumindest für den Oberlandesgerichtsbezirk Stuttgart einen Großteil der durch die Gerichte angewiesenen ambulanten Therapien durchführt. Der Träger der Ambulanz – der Verein Bewährungshilfe Stuttgart e.V. – verfügt seit über 50 Jahren über bewährte Kooperationsstrukturen mit der Justiz. Diese fachspezifische Strukturen und Methoden sind für eine erfolgreiche Straftäterbehandlung erforderlich.

Trotz positiver Behandlungsergebnisse ist die Ambulanz noch immer überwiegend auf Eigenmittel des Vereins, die hauptsächlich aus Bußgeldzuweisungen stammen, angewiesen. Eine gesicherte Finanzierung ist nicht in Sicht. Die Umsetzung des o. g. Gesetzes und der gerichtlich angewiesenen ambulanten Therapien sind im OLG-Bezirk Stuttgart nicht dauerhaft durchführbar, wenn es nicht gelingt, eine gesicherte Finanzierung für die ambulante Behandlung von

Sexualstraftätern und für die Ambulanz zu finden. Strafgerichte, Strafvollstreckungskammern und Strafvollzug sind bei der Umsetzung der Therapieweisungen von Sexualstraftätern auf eine zuverlässige qualifizierte ambulante Behandlungsstruktur angewiesen, wenn Opferschutz durch Straftäterbehandlung erfolgreich sein soll.

1. Wissenschaftliche Untersuchungen zur Behandlung von Sexualstraftätern

Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung zeigen zum Teil eine erhebliche Reduzierung der Wahrscheinlichkeit von einschlägigen Rückfällen beim Einsatz von therapeutischen Behandlungen. *Gallagher, Wilson & Mackenzie* (2001) untersuchten die Effektivität der Behandlung von Sexualstraftätern in einer Meta-Analyse. Die Auswertung von 26 Studien ergab folgende Ergebnisse:

Generell konnte durch eine Behandlung die Rate für den Rückfall mit einem Sexualdelikt von 22 % auf 12 % reduziert werden. Sowohl der kognitiv-behaviorale Ansatz (vor allem bei inhaftierten Tätern) als auch die Kombination von (hormonaler) Medikation mit „klassischer“ Psychotherapie – insbesondere bei ambulanter Behandlung – führen zu signifikanter Verringerung der einschlägigen Rückfälligkeit (*Nuhn-Naber et al.*, 2002).

Auch *Alexander* (1999) kam zu ähnlichen Ergebnissen in seiner Meta-Analyse, in der er 79 Studien mit insgesamt 10.988 Personen untersuchte. Generell hatten behandelte Täter mit 13 % eine niedrigere Rückfallquote als unbehandelte Täter mit 18 %. Täterbehandlungen innerhalb des Strafvollzuges hatten mit 9 % die geringste Rückfallquote. Bei Behandlungen in klinischen Einrichtungen (Maßregelvollzug) lag sie bei 17 %. Bei ambulanten Therapien lag sie bei 12 %.

Die Ergebnisse zeigen eindeutig, dass eine Behandlung von Sexualstraftätern die Rückfallquote für einschlägige Delikte messbar senkt – besonders, wenn intramurale und extramurale Straftäterbehandlung miteinander verzahnt wird.

2. Gesetzesbestimmungen zum Umgang mit Sexualstraftaten

Aufgrund von spektakulären Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in den 80er und 90er Jahren hat der Gesetzgeber das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten von 26.01.1998 verabschiedet, das am 01.04.1998 in Kraft getreten ist. Dadurch wird der Umgang mit Sexualstraftätern vor Gericht und im Strafvollzug neu gestaltet sowie

die therapeutische Behandlung solcher Täter bestärkt und im größeren Umfang als bisher ermöglicht.

Nach dem Gesetz bedarf es nunmehr der Zustimmung des Verurteilten nur noch bei Behandlungen, „die mit einem körperlichen Eingriff verbunden (sind)“ (BGBI I S. 160). Dies gilt daher nicht mehr für psychotherapeutische Behandlung. Nach Art. 5 I ist „bei Gefangenen, die wegen einer Straftat nach §§ 174 ff. StGB verurteilt worden sind, besonders gründlich zu prüfen, ob die Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt angezeigt ist“. Bei Strafen über zwei Jahren ist nach Art. 5 III eine solche Verlegung auch *ohne Zustimmung des Verurteilten* bei gegebenen Voraussetzungen (Therapiebedürftigkeit, Therapiefähigkeit, Therapienotwendigkeit, nicht aber bereits vorhandene Therapiemotivation) zwingend vorgeschrieben.

Parallel wurde das 6. Gesetz zur Reform des Strafrechts (6. StrRG) verabschiedet. Hier wurden insbesondere Verschärfungen bei der bedingten Entlassung zur Bewährung aus Strafhaft und Maßregelvollzug (§§ 57 und § 67d StGB), der Sicherungsverwahrung (§ 66 Abs. 3 StGB) und der Führungsaufsicht (§ 68 ff. StGB) vorgenommen. Mit diesen Änderungen setzte der Gesetzgeber mit Hilfe von nachhaltigem Freiheitsentzug auf eine Verbesserung der Sicherung der Bevölkerung vor schweren Gewalt- und Sexualstraftätern.

Durch die *Einführung der Weisung* für die Dauer der Bewährungszeit (§ 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB), nach der sich ein Sexualstraftäter auch *ohne seine Einwilligung einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen* hat, kann in Einzelfällen Freiheitsentzug vermieden oder abgekürzt werden. Früher konnte der Strafrichter, der eine Freiheitsstrafe wegen eines Sexualdelikts verhängte und zur Bewährung aussetzte, die Durchführung einer Heilbehandlung nur dann anweisen, wenn der Verurteilte damit einverstanden war (§ 56c V StGB, 1987). Da die Heilbehandlung mit Hilfe von Psychotherapie nicht „mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist“ (§ 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB), bedarf es nun auch hier *nicht* der Einwilligung des Verurteilten.

Psychotherapie als Möglichkeit zur Veränderung des Verhaltens von Delinquenten ist als gerichtliche Auflage auch bei Sexualstraftätern möglich und soll auf diesem Weg zum besseren Schutz der Bevölkerung vor Sexualstraftätern beitragen – mehr Opferschutz durch Täterbehandlung und zwar auch ohne Einwilligung des Verurteilten.

3. Probleme der Behandlung von Sexualstraf Tätern durch niedergelassene Psychotherapeuten

Die Bewährungshilfe hat eine besondere Bedeutung bei der Durchführung und Überwachung von gerichtlich angewiesenen Psychotherapien von Sexualstraf Tätern. Zur Erstellung einer Differenzialdiagnose, einer Indikationsstellung als auch zur Umsetzung der Heilbehandlung sind Bewährungshelfer auf die Fachkompetenz von approbierten (niedergelassenen) ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten angewiesen.

Das öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland verfügt über ein weitgehend geschlossenes Netz von kassenzugelassenen Psychotherapeuten. Grundsätzlich sind diese Therapeuten verpflichtet, in ihrem Niederlassungsgebiet dem Auftrag zur ambulanten Behandlung von psychischen Störungen und Erkrankungen aller Versicherten sicher zu stellen – so auch bei jenen Menschen, die eine Sexualstraf tat begangen haben, bei denen eine zu behandelnde psychische Störung oder gar Erkrankung vorliegt und die sich wegen einer Gerichtsweisung in psychotherapeutische Behandlung begeben müssen.

Seit Jahren beklagen aber Probanden mit einer Therapieweisung und Bewährungshelfer, die die Weisung zur Psychotherapie eines Sexualstraf Täters zu überwachen haben, dass es kaum möglich ist, für Sexualstraf Täter (niedergelassene) approbierte Psychotherapeuten zu finden.

Im Deutschen Ärzteblatt vom 22.03.2002 wird auf eine Münchner Studie verwiesen, die zeigt, „dass selbst in einer Stadt wie München, in der es sehr viele ambulant tätige Psychotherapeuten gibt, der Behandlungsbedarf von Straftätern keineswegs gedeckt sei“. In dem Artikel ist auch die Aussage von *Christian Zürn*, dem Leiter der Sozialtherapeutischen Anstalt in der Justizvollzugsanstalt Berlin-Tegel wiedergegeben, der diese Erfahrung bestätigt: „Die Chance, Haftentlassene an niedergelassene Therapeuten zu vermitteln, sei sehr gering“ (ebenda). Auch die Institutsambulanzen der allgemeinen psychiatrischen Kliniken würden immer wieder auf die fehlende Fachkompetenz bei der Nachbetreuung von forensischen Patienten hinweisen.

Pfäfflin et al. (1998) führen aus, „selbst wenn jedoch psychiatrische Gutachter heute in 30 % der Fälle Psychotherapie für indiziert hielten, wäre kaum damit zu rechnen, dass mehr als 5 % der Verurteilten einen Therapieplatz fänden.“

Der Verein Bewährungshilfe Stuttgart e.V. hat im Juli 2002 bei insgesamt 251 KV-Psychotherapeuten in Stuttgart angefragt, ob sie Sexualstraf Täter behandeln könnten, die aus Kapazitätsgründen von der Stuttgarter Ambulanz für Sexualstraf Täter zur Zeit nicht behandelt werden können. Von den insgesamt 251 angeschriebenen Psychotherapeuten haben nur 50 (!) geantwortet, 48 lehn-

ten eine Übernahme der Behandlung ab und 2 (!) erteilten eine Zusage, jedoch nur, wenn bestimmte Probleme, wie lange Wartezeit, Kostenübernahmen etc. geklärt werden könnten.

Die Praxis bei Sexualstraftätern sieht daher so aus, dass Gerichte Weisungen zur ambulanten Psychotherapie aussprechen und durch die Bewährungshilfe überwachen lassen, aber feststellen müssen, dass es für die Probanden fast nicht möglich ist, einen qualifizierten Psychotherapeuten zu finden.

4. Ursachen der Probleme bei der Behandlung von Sexualstraftätern

Zu den Gründen dieser Probleme führt das Justizministerium Baden-Württemberg (Landesdrucksache 12/4604 vom 23.11.1999) in einer Antwort auf eine kleine Anfrage aus: „Es wurde teilweise von großen Problemen berichtet, für bedingt aus dem Justiz- und Maßregelvollzug zu entlassende Sexualstraftäter einen geeigneten Psychotherapeuten für die ambulante Weiterbehandlung zu finden. Insbesondere Patienten mit nachhaltigeren Sexualdelikten in der Vorgeschichte und sozialer Auffälligkeit sind im Rahmen einer bedingten Entlassung nur schwer zu niedergelassenen Psychotherapeuten zu vermitteln. Als Grund für die mangelnde Kapazität wird angegeben, dass die meisten niedergelassenen Therapeuten einer Zusammenarbeit mit juristischen Instanzen ablehnend gegenüberstehen und eine Übernahme der ambulanten Behandlung scheuen, da sie befürchten müssen, über das nicht völlig auszuschließende Rückfallrisiko der Sexualstraftäter in öffentlichen Misskredit zu geraten.“

Niedergelassene Psychotherapeuten sehen oftmals auch ethische Probleme, mit Straftätern zu arbeiten, besonders wenn sie schon Opfer von sexuellen Gewalttaten in ihrer Praxis behandeln. Die berufliche Sozialisation und Ausbildung von Psychotherapeuten ist zunächst darauf ausgerichtet, bedürftigen Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen zu helfen. Sie fühlen sich ausschließlich dem Patienten und dessen Wohl verpflichtet. Die strikte Einhaltung der Schweigepflicht ist Bestandteil des Behandlungsbündnisses. Viele sind daher nicht bereit, sich von der Schweigeverpflichtung entbinden zu lassen, um sich mit Justizstellen und Bewährungshilfe austauschen oder gar Therapieberichte ausstellen zu können.

Niedergelassenen Psychotherapeuten fehlt die Zeit, umfangreiche Justizunterlagen (Urteile, Beschlüsse, Vorstrafenregister, Vollzugsverläufe, Gutachten u. a.) anzufordern und diese sorgfältig durchzuarbeiten, damit diese Informationen zur Konfrontation des Probanden/Patienten in die Therapie einbezogen

werden können. Der Druck zur Wirtschaftlichkeit in freier Praxis ist groß und erlaubt kaum zusätzliche Verwaltungsarbeiten.

Unabhängig von der fehlenden Motivation zur Behandlung von Straftätern fehlen dem Großteil der niedergelassenen Psychotherapeuten die notwendigen fachspezifischen und forensischen Kenntnisse, um qualifiziert und erfolgreich psychotherapeutische Behandlung mit Sexualstraftätern durchführen zu können.

Als Hauptproblem der ambulanten Behandlung von Straftätern sehen *Pfäfflin et al.* (1998, S. 157 ff.) die „Motivation von Therapeuten, die sich u. a. vor Therapieversagern fürchten und davor, dass sie zur Rechenschaft gezogen werden oder dass ihre Praxis in Verruf kommt, wenn einer ihrer Patienten während oder nach der Behandlung rückfällig werden sollte. Auch die Unzuverlässigkeit von Patienten, die unter Auflage kommen, wird immer wieder als in der niedergelassenen Praxis schlecht verkraftbarer ökonomischer Gesichtspunkt ins Spiel gebracht.“

Weiter wird ausgeführt, dass sich für extramurale Behandlungen fast unlösbare Probleme der Finanzierung sowie der Rekrutierung geeigneter Psychotherapeuten stellen. Zur Zeit gibt es noch keine spezielle Ausbildung in forensische Psychotherapie, die Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung sein könnte. Diese befindet sich noch in der Entwicklung und im Aufbau.

Daher gibt es nur wenig qualifizierte Psychotherapeuten in Deutschland, die in der Behandlung von Straftätern oder gar Sexualstraftätern erfahren sind oder sich hierauf fachlich spezialisiert haben und sich im ambulanten Bereich dieser Problematik und Verantwortung stellen.

5. Therapeutische Probleme in der Behandlung von Sexualstraftätern

5.1 Problem einer ungenügenden Motivation zur Behandlung

Nur sehr wenige Sexualstraftäter begeben sich aus eigenem Antrieb in psychotherapeutische Behandlung. Der Grund hierfür ist ein naives Verständnis dafür, wie menschliches Verhalten entsteht. Viele Täter glauben, dass sie ihre Straftat begangen haben, „weil ihnen das halt so passiert ist“, weil dies „ein Ausrutscher“ oder eine „Verführungssituation“ war. Sie verstehen nicht, dass ihrer Straftat ein längerer kognitiver und emotionaler Prozess mit Wahrnehmungsverzerrungen vorausgegangen ist, eingebettet in einen diffusen sozialen Kontext, der sie letztlich zu ihrer Straftat motiviert hat. Die meisten Täter glauben nach der Verurteilung oder der Haft, dass sie in Zukunft keine strafbaren Hand-

lungen mehr begehen werden und dass damit schon alles getan sei. So bleiben sie häufig blind im Erkennen von Risikosituationen und ihres Risikoverhaltens und sind nicht in der Lage, rechtzeitig Anzeichen für einen drohenden Deliktrückfall zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Hier gibt es Parallelen zu Suchtpatienten. Ein Alkoholiker ist sich auch sicher, nicht mehr dem Rausch zu verfallen, weil er sich vorgenommen hat, nichts mehr zu trinken. Auch er erkennt die Gründe seiner Sucht und wird daher oftmals ohne therapeutische Behandlung wieder rückfällig.

Ein weiterer Grund der fehlenden Motivation zur Behandlung liegt in dem Gefühl der Täter/Patienten, dass sie sich selber als Opfer empfinden, da sie sich durch die Verurteilung schon genug bestraft sehen. Nun auch noch Psychotherapie machen zu müssen („wie ein Verrückter“), widerstrebt ihnen.

Eine Motivationshemmung ist auch der externe gerichtliche Druck, dem viele nicht nachkommen möchten, da für sie eine Konfrontation mit dem eigenen Strafverhalten, den Beschädigungen des Opfers, den eigenen Persönlichkeitsproblemen und den eigenen sexuellen Defiziten sehr unangenehm, beschämend und angsterzeugend ist.

Alle diese Faktoren verhindern zunächst den Beginn einer Psychotherapie erheblich. Therapieverweigerung in Form von Passivität, Widerstandsverhalten oder gar Abbruch der Behandlung sind Reaktionen der Straftäter/Patienten, die besonders häufig zu Beginn der Psychotherapie zu beobachten sind. Hier gilt es auf Seiten des Psychotherapeuten zunächst eine gewährende und annehmende therapeutische Haltung gegenüber dem Straftäter/Patienten einzunehmen, ihn als ganze Person mit seinen Schwächen *und* Stärken zu akzeptieren und *nicht nur als Straftäter* zu behandeln, damit sich ein therapeutischer Kontakt, eine professionelle Beziehung und ein erfolgreiches Arbeitsbündnis entwickeln kann. Erst dann ist ein Straftäter/Patient bereit, Veränderungen bei sich durch eine Therapie zuzulassen.

5.2 Problem des Leugnens, Verharmlosens und Bagatellisierens von Sexualstraftaten

Sexualstraftäter erleben häufig ihre Delikte als weniger gravierend, als Opfer oder Gerichte dies beurteilen. In der Psychotherapie empören sie sich gegen „Unterstellungen“ und „Übertreibungen“. Sie verfallen in ein Widerstandsverhalten, das einer Verhaltensveränderung entgegensteht. Therapeutisch sollte diese Sichtweise des Täters/Patienten nicht fälschlicher Weise als mutwillig widerständiges Verhalten interpretiert werden. Oftmals stellt sich in der weiteren Therapie heraus, dass sie ihr Strafverhalten gar nicht anders beurtei-

len können, da sie über zum Teil gravierende kognitive Verzerrungen verfügen, die ihnen eine adäquatere Wahrnehmung zunächst nicht ermöglichen.

Gerade hier ist es sehr wichtig, dass der Therapeut über genügend Fremdinformationen (Gerichtsurteile, Beschlüsse, Vorstrafenregister, Psychiatrische Gutachten, Vernehmungsprotokolle der Staatsanwaltschaft etc.) verfügt, damit er den Patienten mit der Wahrnehmung des Tatgeschehens und dem Täterverhalten konfrontieren kann. Erst diese Konfrontation mit dem Tatverhalten, die Verbindung mit den biografischen Ereignissen im Leben des Patienten/Täters und mit seinem gegenwärtigen Verhalten (in der Therapiesituation und im jetzigen realen Leben) schaffen eine Brücke, die ihm eine neue Wahrnehmung von sich und seiner Umwelt ermöglicht. Dies gelingt nur schrittweise. Daher ist es auch notwendig, die Tataufarbeitung im Laufe der Therapie zu wiederholen, da oft neue Lebensereignisse in der Gegenwart des Patienten neue Informationen erbringen, die erst eine veränderte Sichtweise ermöglichen.

5.3 Problem Komplexität der Lebensbedingungen und der Persönlichkeitsstörungen

Sexualstraftäter sind nicht nur Menschen, die eine Sexualstraftat begangen haben, sondern sie verfügen häufig über ein ganzes Bündel von psychischen, sozialen, materiellen, gesundheitlichen und biografischen Missständen und Problemen.

Typische Defizite und Probleme sind zum Beispiel: Beziehungsstörungen im Umgang mit Menschen; Partnerschaftsprobleme; Probleme im Sexualverhalten; gravierende körperliche Erkrankungen; psychische Probleme mit Alkohol und Drogen, Depressionen, mangelhaftes Selbstwertgefühl; fehlendes Selbstbewusstsein, Ängste; schwere Belastungssituationen durch Arbeitslosigkeit, sozialer Abstieg durch Frühberentung, soziale Isolation, Überschuldung.

Wenn der behandelnde Psychotherapeut nachhaltig Rückfälle verhindern will, muss er die gesamte Lebenssituation des Patienten berücksichtigen und in die Behandlungsplanung mit einbeziehen. Dies erfordert eine hohe Flexibilität, ein umfangreiches Fachwissen und ein gutes Netzwerk von Hilfesystemen, damit die Komplexität der Symptomatik adäquat behandelt werden kann. Hier ist der Psychotherapeut auch auf die Hilfe von anderen Fachleuten wie Fachärzten, Bewährungshelfern, Schuldnerberatern, Arbeitsvermittlern, Wohngruppenbetreuern u. a. angewiesen, deren Hilfen er koordinieren muss. Eine ausschließlich psychotherapeutische Orientierung auf die Straftat und das Problemverhalten greift zu kurz. Der Psychotherapeut ist auch als „Case-Manager“ gefordert, der zur Bearbeitung der Straftat und des Fehlverhaltens auf vielschichtige Weise intervenieren muss.

Die komplexen Ursachen des Fehlverhaltens sowie das derzeit drohende Risiko von Rückfällen ist die große Herausforderung für den ambulant arbeitenden Psychotherapeuten in der Behandlung von Sexualstraftätern.

6. Behandlung von Sexualstraftätern durch die Psychotherapeutische Ambulanz des Vereins Bewährungshilfe Stuttgart e.V.

6.1 Aufbau und Struktur der Ambulanz

Auf Grund der geschilderten speziellen Problematik in der Behandlung von Sexualstraftätern hat der Stuttgarter Verein für Bewährungshilfe e.V. bereits in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts nach Lösungen gesucht, die Gefahr der Deliktrückfälligkeit durch eine fachspezifische ambulante Psychotherapie zu minimieren.

Der Verein versuchte zunächst, Therapiemöglichkeiten für verurteilte Sexualstraftäter bei niedergelassenen Psychotherapeuten für die Zeit nach Verbüßung der Haftstrafe zu finden und durch bestehende Kostenträger zu finanzieren. Dies scheiterte jedoch weitgehend (s. o.).

Daraufhin wurde am 16. März 1992 auf der Jahresmitgliederversammlung des Verbands der Bewährungshilfevereine im OLG-Stuttgart e.V. ein *Fonds* „*Psychotherapie und Bewährung*“ aufgelegt. Er hatte ein Anfangsvermögen von 89.000 DM, das aus Geldbußen stammte. Der Fonds eröffnete erstmals die Möglichkeit, Sexualstraftätern eine psychotherapeutische Behandlung über ein zinsloses Darlehen zu finanzieren, sofern bei anderen öffentlichen oder privaten Kostenträgern keine Leistungspflicht besteht. Ergänzend hierzu wurde durch die Erlasse des Justizministeriums Baden-Württemberg vom 07. August 1997 und vom 28. April 2000 die externe Psychotherapie für Sexualstraftäter im Übergang vom Vollzug zur Bewährung über den Fonds des Verbands der Bewährungshilfevereine im Oberlandesgerichtsbezirk Stuttgart e.V. ermöglicht.

Trotz der finanziellen Mittel gab es jedoch nicht genügend niedergelassene Psychotherapeuten, die qualifiziert und auch bereit waren, solche Behandlungen durchzuführen (s. o.). Eine anhaltende Unterdeckung des Therapiebedarfs war die Folge. Zudem erwuchs noch weiterer Bedarf an Therapieplätzen durch das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ (BGBl. I S. 160) vom 26. Januar 1998. Hierdurch wurde Therapie für einen Großteil der Sexualstraftäter verpflichtend.

Um einen Ausweg aus diesem Dilemma zu weisen, hat der Verein „Bewährungshilfe Stuttgart e.V.“ im September 1998 auf der Grundlage internationaler Erfahrungen die „*Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter*“ eingerichtet (Pitzing, 2002). Als Modell dafür diente insbesondere die forensische Nachbetreuungsambulanz des Vereins für Bewährungshilfe und Soziale Arbeit in Wien (Wagner, Knecht, Bolterauer, 1997).

Der Stuttgarter Bewährungshilfeverein ist für die Umsetzung dieses Bereichs prädestiniert. Er ist durch sein traditionelles Hauptaufgabenfeld seit über 50 Jahren an der Schnittstelle von Justiz und Bewährungshilfe tätig. Er verfügt über bewährte Strukturen in der Zusammenarbeit mit Justiz, Strafvollzug und Bewährungshilfe. Er konnte daher auch die professionellen und fachlichen Voraussetzungen schaffen, die eine erfolgreiche ambulante Therapie für diese Täter benötigt.

Hauptziel der Behandlung sind *konkrete Verhaltensveränderungen* der Täter und damit präventiv *effizienter Opferschutz*. Psychotherapie ist in diesem Setting sowohl als Behandlung von psychischen Störungen und Erkrankungen als auch gesellschaftlich als sekundäre Prävention zu verstehen.

In der Stuttgarter Ambulanz arbeitet ein Diplom-Psychologe als Fachbereichsleiter, der Psychologischer Psychotherapeut mit einer Zusatzausbildung in Verhaltenstherapie ist, eng zusammen mit einem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und für Jugendpsychiatrie, der über eine Zusatzausbildung in Analytischer Therapie und Gruppenpsychotherapie verfügt.

Der Ambulanz steht ein Fachbeirat zur Seite, der den fachlichen Qualitätsstandard der Einrichtung sichert. Ihm gehören führende Persönlichkeiten aus Sozial- und Justizministerium, Strafvollzug, psychiatrischen Einrichtungen und der Universität Tübingen an. Die Arbeit der Psychotherapeuten in der Ambulanz wird durch einen mit Sexualstraftätern erfahrenen externen Psychiater und ärztlichen Psychotherapeuten in einer 14-tägig stattfindenden fachlichen Fallsupervision reflektiert und begleitet.

Die Psychotherapeutische Ambulanz wurde im Auftrag des Sozialministeriums über einen Zeitraum von drei Jahren wissenschaftlich durch Mitarbeiter der Universität Tübingen begleitet. Die Ergebnisse dieser Forschung wurden im Herbst 2001 veröffentlicht (Bewährungshilfe Stuttgart e.V., *Blumenstein/Knöllinger*, 2001).

Die bisherige Arbeit zeigt schon jetzt erste Erfolge der therapeutischen Arbeit: In den vergangenen 5 Jahren seit Bestehen der Einrichtung ist es bislang „nur“ zu zwölf einschlägigen Rückfällen – in der Mehrzahl Exhibitionismus – der bislang 267 behandelten Sexualstraftätern gekommen, das sind 4,5 % (Stand:

bis 08/2003). Ohne Behandlung wäre eine Rückfallwahrscheinlichkeit von 20 - 50 % zu erwarten (Elz, 2001).

6.2 Behandlungsziele und -methoden der Psychotherapeutischen Ambulanz

6.2.1 Konkrete Behandlungsziele

Neben der Linderung und Heilung der psychischen Störung, die der Sexualstraftat oftmals zugrunde liegt, werden in der Therapie von Sexualstraftätern konkrete Ziele zur Affekt- und Verhaltenskontrolle verfolgt:

- Übernahme der Verantwortung für die Tat (Verantwortungsbewusstsein)
- Entwicklung von Mitgefühl für das Opfer (Empathiefähigkeit)
- Auseinandersetzung mit der Entstehung von eigenem Gewalt- und Sexualverhalten
- Entwicklung von Selbst- und Impulskontrolle (Affekt- und Verhaltenskontrolle)
- Befähigung zur konstruktiven und adäquaten Kommunikation mit Partner und Familie
- Einüben sozialer Fähigkeiten in der therapeutischen Beziehung und im Alltag
- Entwickeln sozialer Fähigkeiten und Grundqualifikationen (Rollendistanz, Empathie und Ambiguitätstoleranz)
- Entwickeln einer Balance zwischen persönlicher und sozialer Identität (Ich-Identität)
- Entwickeln von kreativem und kritischem Denken und Handeln (Handlungskompetenz)
- Kritische Überprüfung der eigenen Werte u. Normen (Entwickeln normativen Verhaltens)
- Verbesserung von Konfliktlösungsstrategien (Konfliktfähigkeit und Copingstrategien)
- Regulierung und Kontrolle von Emotionen und Phantasien (Selfmanagement)
- Abbau von Alkohol- oder Suchtmittelgebrauch
- Entwickeln von Kompetenzen zur Integration in die Arbeits- und Berufswelt

- Resozialisierung in gesellschaftliche Strukturen (Partnerschaft, Arbeit, Wohnen, Freizeit).

6.2.2 Methoden in der Behandlung von Sexualstraftätern

Grundsätzlich kommen wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethoden der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Tiefenpsychologischen Verfahren zur Anwendung. Diese finden sowohl in Einzel- als auch in der Gruppentherapie statt. Zusätzlich werden weitere Methoden angewandt, die sich als besonders geeignet für die Behandlung von Sexualstraftätern erwiesen haben und in den folgenden Kapiteln erläutert werden.

6.2.2.1 Therapievertrag und Therapiebündnis

Zu Beginn der Therapie wird gemeinsam mit dem Patienten ein schriftlicher Therapievertrag abgeschlossen. Dieser besiegelt das vorher abgesprochene Arbeitsbündnis, regelt den gegenseitigen Umgang und klärt folgende Sachverhalte:

- aktive Mitarbeit und Mitgestaltung des Patienten am Therapieverlauf
- Klärung der Finanzierung der Behandlungskosten
- Einwilligung zur *Beschränkung der Schweigepflicht* gegenüber Kooperationspartnern
- Information vom Therapeuten, dass er verpflichtet ist, bei unentschuldigtem Fehlen oder bei Abbruch der Therapie des Patienten, die *Justiz zu informieren*
- Versicherung des Therapeuten, dass er den Patienten bei Weitergabe von bestimmten Patientendaten an Dritte informiert und bei der Weiterleitung von Schriftstücken diese *zuvor* zur Kenntnis gibt (*Transparenz der Informationsweitergabe*)
- Aufklärung über Methoden und Zeitdauer der Behandlung

Durch den Therapievertrag erhält der Patient eine große Transparenz über die Kooperationswege und -inhalte, die aus inhaltlichen und organisatorischen Gründen erforderlich sind.

Dies macht dem Patienten/Täter auch klar, dass der Therapeut nicht nur in der Dyade mit ihm, sondern auch in der Verantwortung von Justiz, Gesellschaft und potentieller Opfer handelt. Etwaige Ansprüche des Patienten/Täters auf

einseitige Parteilichkeit oder gar „Kungelei“ mit dem Therapeuten werden sogleich zu Beginn vermieden.

6.2.2.2 Therapie und Kontrolle

Damit sich der Patient/Täter mit der Realität und seiner Straftat auseinandersetzt, ist die Konfrontation mit Fakten und Dokumenten erforderlich. Hierbei handelt es sich oftmals um sehr viele und umfangreiche Unterlagen, die nach Bedarf in die Therapie mithinzugezogen werden:

- Gerichtsurteile und -beschlüsse
- Psychiatrische Gutachten
- Vernehmungsprotokolle
- Therapieberichte anderer Einrichtungen
- Schriftliche Zeugenaussagen
- Auszug aus dem Bundeszentralregister
- Bewährungsverläufe
- Vollzugsverläufe /-beurteilungen
- Stellungnahmen anderer Behörden wie Jugendgerichtshilfe, Ordnungsämter, Einrichtungen der Jugendhilfe u. a.

Weiterhin werden gemeinsam mit dem Patienten ggf. Übergabe- und Abklärungsgespräche mit Therapeuten aus Haftanstalten, Sozialarbeitern der Bewährungshilfe und z. B. Betreuern aus dem Bereich Betreutes Wohnen geführt, um die Therapieplanung darauf abzustimmen.

Ziel ist hier nicht, den „gläsernen Menschen“ zu produzieren oder eine weitere Beweisführung zum Tatverlauf vorzunehmen. Vielmehr wird der Patient mit der Wahrnehmung und der Urteilsbildung anderer Menschen konfrontiert. Die hierdurch entstehende Interaktion zwischen Patient und Therapeut wird als Werkzeug genutzt, um eine schrittweise Annäherung und Auseinandersetzung mit dem realen Verhalten des Patienten zu erzielen.

6.2.2.3 Delikt- und störungsorientierte Interventionsverfahren

Eine Arbeitshypothese in der Ambulanz lautet: Es ist eine Voraussetzung für Integration in die Gesellschaft, Realität erkennen zu können, anerkennen zu können und sich zu erleben als aktiver Gestalter seiner eigenen Realität.

Sexualstraftäter leben oftmals in sehr eigenen Gedanken- und Gefühlswelten, aus denen heraus sie die Straftat dann begehen. Auch nach der Tat versuchen die Patienten, schmerzhaft und schuldhaft Emotionen bei sich zu vermeiden. Reaktionen sind oftmals Leugnen, Verharmlosen und kognitives Verzerrern ihres Tatverhaltens.

Daher werden delikt- und zielorientierte Interventionsverfahren angewandt – Aufzeigen des Deliktszenarios (Bullens, 1998) – um den Patienten mit der Realität des Tathergangs, der Tatumsetzung und den Tatfolgen zu konfrontieren. Dies geschieht, wie oben ausgeführt, auch unter Hinzuziehung von Gerichtsakten und -daten. Auch wird der Patient mit der Situation des Opfers und der Angehörigen konfrontiert. Nur wenn der Patient diese Tat als sein persönliches individuelles Handeln anerkennen kann, ist es ihm möglich, eine Wiederholung seines strafbaren Verhaltens zu vermeiden.

Zudem werden Gruppentherapien eingesetzt, damit die Täter/Patienten sich nicht nur in der Beziehung zum Therapeuten, sondern auch in einer sozialen Einheit auseinandersetzen. Durch die Gruppe werden sie mit der Wahrnehmung, dem Verhalten und den Einstellungen anderer Patienten konfrontiert. Tataufarbeitung geschieht auch hier mit Hilfe des Aufzeigens des Delikt-szenarios (ebenda) oder von Delikt-Entscheidungs-Ketten (Marshall *et al.*, 1998), die kognitive Verzerrungen, Verleugnungen und verdeckt aggressive Impulse des Patienten in der Gruppe deutlicher werden lassen. Hier entwickelt sich eine Dynamik der gegenseitigen Kritik und Kontrolle in der Gruppe, in der schädigende Verhaltensmuster entdeckt und besprochen werden können (Berner, 2000). In der Gruppe erleben Sexualstraftäter auch, dass sie mit ihrer Problematik nicht alleine dastehen und lernen am Modell der anderen Patienten (im verhaltenstherapeutischen Sinne). Sie erkennen sich selbst im anderen Menschen, der ähnliche Defizite wie er aufweist. Auch besteht die Möglichkeit in der Gruppe, in Rollenspielen neues Verhalten auszuprobieren.

Die Rolle des Therapeuten ist ein schwieriger Balanceakt. Er ist Wegführer und Begleiter des Patienten beim allmählichen Herantasten an die Tat und deren Motive. Dazu setzt der Therapeut die Konfrontation mit Hilfe von juristischen Fakten und seine eigenen emotionalen Reaktionen gleichermaßen ein.

Die Verflechtung von Psychotherapie und Verhaltenskontrolle stellt besonders im ambulanten Bereich die größte Herausforderung für den behandelnden Psychotherapeuten dar, da der Patient immer mit dem Beziehungsabbruch drohen und sich der Behandlung entziehen kann. Hier ist oftmals der juristische Druck und die Weisung zur psychotherapeutischen Behandlung unterstützend oder gar notwendig, um vorschnelle Impulse des Patienten zur Vermeidung der Konfrontation zu stoppen.

Dennoch ist eine zu frühe und zu insistierende Konfrontation des Patienten mit seinem Tatverhalten nach unserer Erfahrung kontraproduktiv. Diese Methodik hat erst Erfolg, wenn eine stabile therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Patient besteht.

6.2.2.4 Medikamentöse Behandlung

Bei manchen Sexualstraftätern ist aufgrund ihrer gravierenden psychischen Störung oder Erkrankung eine medizinische Abklärung durch einen niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie erforderlich.

Je nach Erkrankungsbild kann eine ergänzende medikamentöse Unterstützung des Patienten durch Psychopharmaka oder andere Medikamente hilfreich oder notwendig sein. Bei Patienten mit dranghaftem Verhalten wird – wenn dies angezeigt ist – der Einsatz von Antiandrogenen bzw. LHRH-Antagonisten befürwortet. In der wissenschaftlichen Literatur wird zum Teil bei an chronischer Paraphilie leidenden Männern eine deutliche Abnahme sexueller Fantasietätigkeit und sexueller Begierde durch Verabreichung dieser Substanzen berichtet (Rösler & Witzum, 1998). Die Ambulanz stellt besonders in solchen Fällen eine sehr enge Kooperation mit dem behandelnden niedergelassenen Facharzt sicher.

6.2.2.5 Therapiedauer und Therapiebeendigung

In der Regel ist die ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern auf mindestens ein Jahr (40 Stunden) angelegt, oft auch länger (60-80 Stunden). Die Therapiedauer hängt von mehreren Faktoren ab wie z. B.:

- Ausprägung der psychischen Störung und Erkrankung
- Art des Delikts
- Art und Häufigkeit von Vorstrafen
- Qualität des sozialen Umfelds
- Berufliche und finanzielle Situation
- Familiäre Bindungen
- Kompetenz zur Umsetzung einer legalen und befriedigenden Sexualität
- Strukturiertes Freizeitverhalten
- Körperliche Konstitution
- Entwicklung des Therapieverlaufs

Die Mehrzahl der psychotherapeutischen Behandlungen (ca. 65 %) werden durch die Ambulanz schon während der Inhaftierung einige Zeit vor Lockerungen und Entlassung (zum Teil auch *in* der Justizvollzugsanstalt) begonnen. Dies bindet den Patienten/Inhaftierten frühzeitig emotional an den

Therapeuten. Nach der Entlassung wird die Therapie so lange fortgesetzt, bis die Verhaltensveränderung stabil und eine Resozialisierung feststellbar ist. Gegen Ende der Therapie werden i. d. R. die Sitzungsintervalle immer länger, um die Konsistenz der Verhaltensveränderung, die in der Therapie erzielt worden ist, noch über einen längeren Zeitraum überprüfen zu können. Dies dient dazu, dass der Therapeut in einer eventuellen Krisensituation noch so lange wie möglich und nötig für den Patienten erreichbar ist.

Sowohl Anfang als auch Ende der Therapie werden mit dem Bewährungshelfer besprochen, so dass dieser seine weitere soziale Arbeit mit seinem Probanden darauf abstimmen kann.

Bei Ersttätern kann es ausreichen, innerhalb von 15 - 20 Stunden nach der Aufarbeitung der Tat, deren Tatumstände und der Abklärung von Risikofaktoren für mögliche Rückfälle die Therapie erfolgreich abzuschließen, wenn keine weiteren wesentlichen psychischen Störungen und Gefahren mehr erkennbar sind.

6.3 Finanzierung der Ambulanz für Sexualstraftäter

Finanziert wird die Ambulanz bislang überwiegend aus Mitteln des Vereins „Bewährungshilfe Stuttgart e.V.“. Zu einem geringen Teil werden die Kosten der Behandlungsstunden durch die Straftäter selber (Selbstzahler mit eigenem Einkommen) oder bei Inhaftierten oder Bewährungsprobanden durch den „Fonds Psychotherapie und Bewährung“ des Verbands der Bewährungshilfevereine im OLG-Bezirk Stuttgart e.V. finanziert.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg hat bislang eine Finanzierung der Patienten in unserer Ambulanz abgelehnt, da nach ihrer Auffassung die Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten sichergestellt sei. Unsere Patienten, die versuchten, einen Therapeuten zu finden, berichten, dass sie bei zahlreichen Psychotherapeuten eine Ablehnung erhielten mit der Begründung einer mehrmonatigen Warteliste oder dem Hinweis auf schlechte Erfahrungen mit diesen Patienten (s. o.).

Seit fünf Jahren finanziert daher der Verein Bewährungshilfe Stuttgart e.V. die Ambulanz weitgehend aus eigenen Mitteln.

Haushaltsjahr 2002

Einnahmen:

Honorarerstattungen aus Therapien	41.908,84 €
Eigenmittel des Vereins	<u>247.071,41 €</u>
insgesamt:	288.980,25 €

Aufwand:

Personalkosten	197.485,08 €
Sachkosten	<u>91.495,17 €</u>
Insgesamt:	288.980,25 €

Die **Betrag von 247.071,41 € im Jahr 2002** wurden vom Verein Bewährungshilfe Stuttgart e.V. allein getragen. Insgesamt hat der Verein seit Bestehen der Psychotherapeutischen Ambulanz **von September 1998 bis Dezember 2002 Eigenmittel in Höhe von 829.495,64 €** geleistet.

Dies hat er zum wesentlichen Teil aus Einnahmen über Bußgeldzuweisungen bestreiten können. Jedoch sind solche Zuweisungen keine konstanten Einnahmequellen – zumal bei schlechter gesamtwirtschaftlicher Lage – auf deren Grundlage langfristige betriebswirtschaftliche Verbindlichkeiten, wie z. B. Arbeitsverträge und Mietverträge, abgeschlossen werden können.

Es bedarf dringend einer gesicherten Refinanzierung der Kosten für die Ambulanz, damit die gerichtlich angewiesenen Psychotherapien von Sexualstraf Tätern durchgeführt werden können. Richter, Staatsanwälte, Vollzugsleiter, Bewährungshelfer und die Bevölkerung müssen sich darauf verlassen können, dass entsprechend der bestehenden Gesetzeslage – mit einer Behandlungsverpflichtung – Sexualstraf Täter umgehend einer fachspezifischen ambulanten Psychotherapie zugeführt werden, um die Gefahr vor Rückfällen zu minimieren.

7. Schlussbetrachtung

Nach dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten von 26.01.1998, der Verabschiedung der Gesetze der 6. Reform des Strafrechts (6. StrRG) und der Einführung der Weisung für die Dauer der Bewährungszeit (§ 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB), nach der sich ein Sexualstraf Täter auch ohne seine Einwilligung einer psychotherapeutischen Behand-

lung zu unterziehen hat, besteht eine Behandlungsverpflichtung für einen Großteil der Sexualstraftäter.

Strafgerichte und Strafvollstreckungskammern stehen vor der Aufgabe, sorgfältig zu prüfen, ob bei einer Strafaussetzung nach Teilverbüßung oder einer Strafaussetzung ohne vorherige Inhaftierung die Weisung zur ambulanten Psychotherapie ausgesprochen werden kann und muss.

Hierzu benötigen die Gerichte und der Strafvollzug die erforderliche Struktur zur Behandlung von Sexualstraftätern im ambulanten Bereich. Diese besteht jedoch durch die Gesundheitsversorgung der kassenzugelassenen Psychotherapeuten, wie oben dargelegt, nicht ausreichend. Es fehlen im Land Fachambulanzen, die die Behandlung dieses rückfallgefährdeten Täterkreises übernehmen (wollen und) können.

Die Stuttgarter Ambulanz für Sexualstraftäter des Bewährungshilfevereins hat sich hier im OLG-Bezirk Stuttgart engagiert und betreibt seit fünf Jahren eine Ambulanz, die einen Großteil der gerichtlich angewiesenen Psychotherapien fachgerecht durchführt. Sie hat eine patientenspezifische Behandlungsstruktur und -methodik entwickelt, die sich an Vorbildern im Ausland und an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Die bisherigen geringen einschlägigen Rückfälle zeigen, dass eine gute Qualität der Behandlung in enger Kooperation mit Gerichten, Strafvollzug und Bewährungshilfe gelungen ist.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es sehr wohl möglich ist, mit zum Teil gering motivierten und psychisch gestörten Sexualstraftätern erfolgreich zu arbeiten, wenn eine spezifische Behandlungsstruktur und -methodik angewandt wird.

Weitere Erfahrungen der Ambulanz zeigen, dass die psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern vereinbar ist mit dem Sicherheitsbedürfnis von Justiz und Gesellschaft. Mehr noch: Eine erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit mit dieser Tätergruppe ist nur dann möglich, wenn eine enge Verzahnung und Kooperation zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Institutionen besteht, die mit diesen Menschen in unterschiedlicher Aufgabenstellung zu tun haben. Nur dadurch wird eine Spaltung der Professionellen in den verschiedenen Bereichen durch den Patienten verhindert.

Diese Zusammenarbeit ist notwendig. Gemeinsames Ziel ist die Verhinderung von weiteren Sexualstraftaten. Sexualstraftäter müssen sich in ihrem Verhalten verändern, damit die Bevölkerung vor weiteren Sexualstraftaten besser geschützt ist. Dieses Ziel wird auch den Patienten in der Therapie vermittelt. Dies ist der wesentliche Schlüssel in der Behandlungsbereitschaft der Täter. Nur durch diese *enge Zusammenarbeit von Ambulanz und Justiz* ist eine Verhaltenskonsistenz über einen langen Zeitraum zu erzielen und sind Rückfälle zu minimieren.

Die Kooperation zwischen Justiz, Bewährungshilfe, Sozialarbeit und anderen sozialen Einrichtungen ist allerdings noch zu verbessern. Die einzelnen Behandlungsaufgaben und Behandlungsschritte in der Therapie mit Sexualstraftätern sind noch nicht einheitlich geregelt. Bei Übergabe der Patienten von der Haft in die Ambulanz hängt es zur Zeit noch wesentlich vom Therapeuten persönlich ab, ob er den Entwicklungsstand des bisherigen Therapieverlaufs dem weiterbehandelnden Psychotherapeuten in der Ambulanz vermittelt. Dies ist aber dringend notwendig, um eine effiziente Weiterbehandlung zur Verminderung des Rückfallrisikos zu erzielen.

Eine generelle konzeptionelle Abstimmung von Behandlungsinhalten und -methoden zwischen den Einrichtungen ist erforderlich, so dass eine verzahnte Therapieplanung und Kontinuität der Entwicklung des Patienten gewährleistet wird. Die Unterstützung des Justizministeriums wäre hier wünschenswert, um eine entsprechende Qualitätssicherung bei allen Therapeuten in den Anstalten und den Fachambulanzen zu garantieren.

Bislang wurden in der Ambulanz 267 Sexualstraftäter behandelt (Stand 08/2003). Mittlerweile besteht eine sehr große Nachfrage nach ambulanter psychotherapeutischer Behandlung dieser Klientel durch Gerichte, Strafvollzug und Bewährungshilfe. Der große Bedarf nach Behandlung kann von den zwei Psychotherapeuten in der Ambulanz nur befriedigend zeitgerecht gedeckt werden.

Dieser Bedarf ist auch Ausdruck einer sehr guten Kooperation mit einigen Strafvollzugsanstalten und Bewährungshilfestellen. So bestehen z. B. positive Erfahrungen in der gut strukturierten Zusammenarbeit mit der JVA Heimsheim und der JVA Heilbronn. Zu anderen Haftanstalten bestehen zwar Kontakte, aber es kam hier bislang nur zu einzelnen Therapieübergaben – die in manchen Fällen zudem fachlich einen ungenügenden Standard aufwiesen. Dennoch machen die ambulanten Psychotherapien im Übergang von Vollzug zur Bewährung mittlerweile 64 % (!) aller Patienten in der Stuttgarter Ambulanz aus.

Die Strafvollzugsbehörden sind darauf bedacht, eine Gefährdung bei der Gewährung von Lockerungen oder vorzeitigen Entlassungen auszuschließen. Deshalb greifen sie auf die Stuttgarter Ambulanz zurück, wo weiterführende ambulante Psychotherapie für Sexualstraftäter fachgerecht und zuverlässig umgesetzt wird.

Bei konsequenter Anwendung des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährliche Straftaten wird die Zahl der durchzuführenden Therapien und damit der Bedarf an geeigneten Therapieeinrichtungen innerhalb und außerhalb des Vollzugs erheblich ansteigen.

Wie hoch der Bedarf sein wird, konnte bislang noch nicht präzise prognostiziert werden. Bei jährlich 1.353 abgeurteilten Sexualstraftätern in Baden-Württemberg (Statistische Berichte Baden-Württemberg, 2001) ist damit zu rechnen, dass auch der zukünftige Bedarf an ambulanten Therapieplätzen um eine beträchtliche Anzahl von Behandlungsfällen jährlich zunehmen wird – insbesondere ab 2003 auf Grund der Gesetzesänderung (s. o.).

Auf den anzunehmenden erhöhten Bedarf an ambulanten Behandlungsplätzen im Landgerichtsbezirk Stuttgart wird sich der Verein Bewährungshilfe Stuttgart e.V. strukturell und fachlich einstellen. Das kann er jedoch mit Aussicht auf Erfolg nur, wenn die Finanzierung dieser Fachambulanz gesichert ist.

Literatur

- Alexander, M.* (1999). Sexual Offender Treatment Efficacy Revisited. Sexual Abuse 11/2 (<http://inpsyte.asarian-host.org/alexander.htm>).
- Berner, W.* (2000). Zur Differenzierung der Behandlung paraphiler Störungen. Zeitschrift für Sexualforschung 2000, Heft 13, Seite 181-193, Thieme Verlag Stuttgart & New York.
- Bewährungshilfe Stuttgart e.V., Blumenstein/Knöllinger* (2001). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojekts: Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter – gefördert durch das Sozialministerium Baden-Württemberg.
- BGBI*, Bundesgesetzblatt (1998). Jahrgang 1998, Teil I, Nr. 6. Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten von 26.01.1998 (BGBl I S. 160 ff.).
- Bullens, R.* (1998). Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern innerhalb eines gerichtlich verpflichtenden Rahmens. Vortrag beim Symposium der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart: Nicht wegschauen! Vom Umgang mit Sexualstraftätern, 19. März 1998.
- Deutsches Ärzteblatt*, Heft 12 vom 22.03.2002, Seite 584.
- Elz, J.* (Hrsg.) (2001). Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Missbrauchdelikte –. KrimZ, Kriminologische Zentralstelle e.V. Wiesbaden, Band 33.
- Gallagher, C. A. Wilson, D. B. & Mackenzie, D. L.* (2001). Effectiveness of Sex Offender Treatment Programs. <http://www.wam.umd.edu/~wilsondb/papers/sexoffender.pdf>.

Justizministerium Baden-Württemberg, Landtags-Drucksache 12/4604 vom 23.11.1999, Ziffer 3.

Justizministerium Baden-Württemberg: Erlasse vom 07. August 1997 und vom 28. April 2000 „Externe Psychotherapie für Sexualstraf Täter im Übergang vom Vollzug zur Bewährung über den Fonds des Verbands der Bewährungshilfevereine im Oberlandesgerichtsbezirk Stuttgart e.V.

Kröber, H.-L., Dahle, K.-P. (Hrsg.) (1998). *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz*, Heidelberg, Kriminalistik Verlag.

Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Hudson, S. M., Ward, T. (1998). *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*. New York, Plenum Publishing.

Nuhn-Naber, C., Rehder, U., Wischka, B. (2002). *Behandlung von Sexualstraf Täter mit kognitiv-behavioristischen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen*. *MschrKrim* 85, Jahrgang Heft 4, S. 271-281.

Pfäfflin, F. et al. (1998). *Psychotherapie mit Straftätern*. In: *Kröber, H.-L., Dahle, K.-P.* (Hrsg.). *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz*, Heidelberg, Kriminalistik Verlag, Seite 155.

Pitzing, H.-Jürgen (2002). *Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraf Täter – Grundlagen, Konzeption, Darstellung*. Verein Bewährungshilfe Stuttgart e.V. – veröffentlicht im Internet oder über den Verein erhältlich.

Rösler A. & Witzum, E. (1998). *Treatment of men with Paraphilia with a longacting analogue of gonadotropin-releasing hormone*. *The New England Journal of Medicine* 338, 7, S. 416-422.

Statistische Berichte Baden-Württemberg (2001). *Strafverfolgung 1999 und Strafvollzug 2000 in Baden-Württemberg*. Statistisches Landesamt von 17.01.2001.

StGB, Strafgesetzbuch (1987), Beck-Texte im dtv-Verlag.

StGB, Strafgesetzbuch, 32. Auflage (1998), Beck-Texte im dtv-Verlag.

StVollzG, Strafvollzugsgesetz, 14. Auflage (1999), Beck-Texte im dtv-Verlag.

Wagner, E., Knecht, G., Bolterauer, J. (1997). *Die ambulante Behandlung von Sexualstraf Tätern in einer Forensischen Nachbetreuungsambulanz*. *Zeitschrift für Sexualforschung*, S. 127 ff.

Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter und Nachsorge in einer sozialtherapeutischen Abteilung

Bernd Wischka

1. Einleitung

Durch das *Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten* vom 26.01.1998 ist Sexualstraftätern ein Rechtsanspruch auf Behandlung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung eingeräumt worden, sofern sie bestimmte formale Voraussetzungen erfüllen und die Indikation besteht. Das niedersächsische Justizministerium hat bereits frühzeitig vor Inkrafttreten des Gesetzes Planungen vorgenommen, um den Bedarf an neuen Behandlungsplätzen einzuschätzen und Konzeptentwicklungen zu initiieren (Hasenpusch 2002, Rehder et al. 1998, Wischka 2000 und 2004a). Die Planungen sind inzwischen weitgehend realisiert worden; sie haben dazu geführt, dass sich die Behandlungssituation im niedersächsischen Justizvollzug drastisch verbessert hat.

Bis 1994 gab es im niedersächsischen Justizvollzug nur eine sozialtherapeutische Anstalt für erwachsene Männer in Bad Gandersheim (24 Plätze) mit der Teilanstalt für Frauen in Alfeld (11 Plätze). 1994 erhielten die sich zeitgleich in Hannover (30 Plätze) und Lingen (16 Plätze) entwickelnden Behandlungsabteilungen den Status „Sozialtherapie“. 1996 wurde die in der Jugendanstalt Hameln seit vielen Jahren bestehende Abteilung dem Netz sozialtherapeutischer Einrichtungen angeschlossen. Durch Umwidmungen und Neubaumaßnahmen verfügt Niedersachsen inzwischen über fünf sozialtherapeutische Einrichtungen für männliche Erwachsene (154 Plätze) in Bad Gandersheim, Hannover, Uelzen, Meppen und Lingen sowie eine sozialtherapeutische Abteilung für Jungtäter in Vechta (25 Plätze), eine für Jugendliche in Hameln (31 Plätze) und eine für Frauen in Alfeld (11 Plätze). Erweiterungen sind darüber hinaus im Aufbau (25 Plätze für jugendliche Sexualstraftäter in der JA Hameln) oder vorgesehen (30 Plätze für männliche Erwachsene im Raum Hannover). Bei der Erweiterung der Behandlungskapazität hat Niedersachsen stets die Linie verfolgt, nicht nur für Sexualstraftäter, sondern auch (i. S. des Gesetzes) für andere gefährliche Straftäter Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen. Es schien außerdem unverzichtbar, die Diagnose- und Prognosemethoden sowie die Be-

handlungs- und Nachsorgekonzepte für die durch das Gesetz hervorgehobene Gruppe der Sexualstraftäter zu verbessern.

Zu den Veränderungen, die in Niedersachsen seit der Gesetzesänderung auf den Weg gebracht wurden, gehört deshalb der Einsatz differenzierterer diagnostischer Methoden für Sexualstraftäter in der zentralen Einweisungsabteilung (JVA Hannover), die Einrichtungen einer Forschungsstelle (FiJ Celle), die Förderung der Einrichtung von Behandlungsabteilungen (JVA Lingen – Abteilung Groß Hesepe, JVA Celle), die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS) und die Entwicklung von Nachsorgekonzepten.

Durch die beschriebene Erweiterung der Behandlungsplätze hat sich die sozialtherapeutische Abteilung bei der JVA Lingen mit nunmehr 46 Behandlungsplätzen zur größten sozialtherapeutischen Einrichtung im Lande entwickelt.

Im Folgenden stelle ich zunächst in groben Zügen das Konzept der sozialtherapeutischen Abteilung in Lingen dar, um dann einen zentralen Aspekt – die kognitiv-behaviorale Therapie der Sexualstraftäter – hervorzuheben und ihr Potenzial für die Nachsorge zu begründen.

2. Die sozialtherapeutische Abteilung bei der JVA Lingen

Die JVA Lingen ist mit 695 Haftplätzen die zweitgrößte Justizvollzugsanstalt Niedersachsens. In der Hauptanstalt (Lingen) befinden sich vor allem Abteilungen des „Sondervollzuges“ (Sozialtherapie, Justizvollzugskrankenhaus, Untersuchungshaft, Aufnahmeabteilung, Strafgefangene mit längeren Freiheitsstrafen). In der Abteilung Groß Hesepe (ca. 20 km entfernt) sind 331 Gefangene im „Normalvollzug“ inhaftiert. In der Abteilung Osnabrück sind U-Gefangene (70 Haftplätze) untergebracht, und es gibt ein kleines Haus für den offenen Vollzug (33 Plätze).

Die sozialtherapeutische Abteilung in Lingen besteht aus einer Aufnahmestation (10 Plätze) und 4 Behandlungsstationen (Wohngruppen mit 7, 9 und 2 x 10 Plätzen) in zwei Häusern. Die beiden Häuser sind vom übrigen Anstaltsbereich durch Zäune und eigene Freistundenbereiche abgetrennt. Der zur Erweiterung errichtete, Anfang 2004 fertig gestellte Neubau befindet sich direkt an der Pforte, was eine problemlose Abwicklung der mit Lockerungen verbundenen Maßnahmen begünstigt. Die Leitung der Aufnahme- und Behandlungsstationen sind mit weitgehenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet und erlauben eine autonome Handhabung der täglich anfallenden Aufgaben. Den 46 Behandlungsplätzen sind fünf Stellen im höheren Psychologischen Dienst,

vier Stellen im gehobenen Vollzugs- und Verwaltungs- sowie Sozialdienst und 16 Stellen im Allgemeinen Vollzugsdienst zugewiesen. Die Fachdienste sind allerdings auch in Aufgaben für die Gesamtanstalt eingebunden (insbes. Beratungsgespräche, Begutachtungen, Soziales Training und Projektarbeit).

Die Einrichtung arbeitet nach dem Konzept *integrativer Sozialtherapie* (Specht 1993, Wischka & Specht 2001). Das bedeutet, dass das gesamte Lebensfeld innerhalb und außerhalb der Anstalt berücksichtigt wird, Beziehungsformen i. S. einer therapeutischen Gemeinschaft angestrebt werden und Mitarbeiter verschiedener Professionen mit verschiedenen therapeutischen und pädagogischen Methoden im Team zusammenarbeiten. Kennzeichnende Merkmale sind die zunehmende Rückgabe von Selbstverantwortungsmöglichkeiten, eine Normalisierung der Lebensbedingungen und die Förderung von sozialen Lernprozessen in einem als problemlösende Gemeinschaft gestalteten Wohngruppenvollzug. Dazu gehört auch die schrittweise Gewährung von Vollzugslockerungen, um den Prozess der Verantwortungsübernahme dosieren, kontrollieren und reflektieren zu können.

Der gesamte Behandlungsverlauf lässt sich in *vier Phasen* unterteilen: In der *Aufnahmephase* stehen Diagnostik, Motivierung und Beziehungsaufbau im Vordergrund. In der *Behandlungsphase* findet durch verschiedene Einzel- und Gruppenmaßnahmen eine Bearbeitung der für die Delinquenz bedeutsamen Erfahrungen und Defizite statt. Dabei bewegen sich die Themen gewöhnlich im Dreieck „Lebensgeschichte – Delikt – aktuelle Beziehungen und Konflikte“. Die Lebensgeschichte und erlebten Beziehungserfahrungen bilden den Hintergrund, vor dem das Delikt erst verstehbar wird. Veränderungen spiegeln sich im aktuellen Verhalten, insbes. im Umgang mit Konflikten und in der Gestaltung von Beziehungen wider. Deshalb ist der Zugang zur Gesamtproblematik an verschiedenen Ansatzpunkten möglich und sinnvoll. Die *Entlassungsphase* ist der Übergang von der stationären Therapie in die Eigenverantwortlichkeit. *Nachsorge* hat die Aufgabe, die in der Sozialtherapie erreichten Veränderungen abzusichern.

In diesem Gesamtkonzept der Einrichtung erhalten kognitiv-behaviorale Methoden zunehmend Bedeutung.

3. Kognitiv-behaviorale Therapie

Die kognitiven Therapie, wie sie vor allem von *A. T. Beck* seit Mitte der 70er-Jahre vertreten worden ist (Beck, Rush, Shaw & Emery 1992, Beck & Freeman 1995), stellt die Kognitionen zur Erklärung eines Verhaltens in den Vordergrund. Sie befasst sich insbesondere mit schematisch ablaufenden

Denk- und Bewertungsprozessen. Lebenserfahrungen führen zu Grundüberzeugungen (Schemata oder implizite Theorien), die die Wahrnehmungs- bzw. Interpretationsprozesse in einer Situation beeinflussen und dann zu emotionalen Reaktionen und Verhalten führen.

Kognitiv-behaviorale Therapieansätze haben sich in der Behandlung von Suchtkrankheiten als sehr wirksam erwiesen. Sie rücken den Rückfallprozess und dabei ablaufenden Kognitionen in den Vordergrund. Grundlegende Konzepte konnten mit Erfolg auch bei der Behandlung von Sexualstraftätern eingesetzt werden (*Laws 1989, Marshall, Laws & Barbaree 1990*)¹.

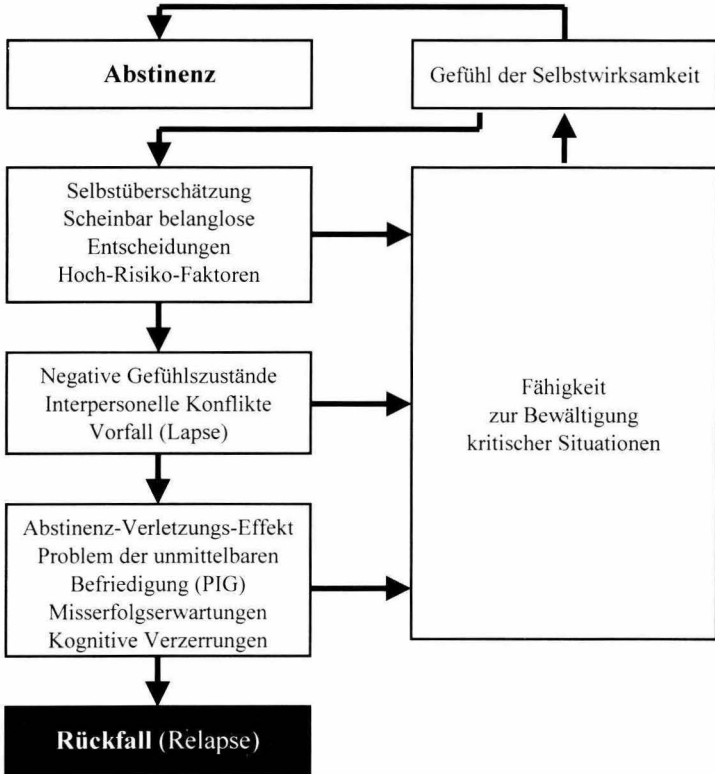
Pithers (1990) beschreibt einen typischen Ablauf von Verhaltenssequenzen, die den Rückfallprozess ausmachen:

- (1) Abstinenz führt zu der Erwartung, abstinent bleiben zu können und zu der Überzeugung, die Kontrolle über sich zu haben (Selbstwirksamkeit).
- (2) Mündet die Selbstsicherheit in Selbstüberschätzung, können Unachtsamkeiten zu scheinbar belanglosen Entscheidungen führen, die in Hoch-Risiko-Situationen münden. Werden die resultierenden Risikofaktoren gemeistert, erhöht sich die Selbstwirksamkeit und die Wahrscheinlichkeit neuer Sexualdelikte sinkt.
- (3) Treten in der Bewältigung der Hoch-Risiko-Faktoren Probleme auf, kann es zu negativen Gefühlszuständen und interpersonellen Konflikten kommen.
- (4) Fehlen entsprechende Coping-Mechanismen, führen die Risikofaktoren zu einem Lapse (Vorfall) mit devianten Fantasien und/oder Pornographiekonsum.
- (5) Der aus dem Lapse resultierende abstinence violation effect (Abstinenz-Verletzungs-Effekt, AVE) bewirkt Selbstabwertung, Misserfolgserwartung, Wunsch nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung (problem of immediate gratification, PIG) sowie Fehlannahmen (kognitive Verzerrungen), die insgesamt die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöhen.
- (6) Fehlen auch hier die entsprechenden Coping-Mechanismen, so ist ein Rückfall mit einem Sexualdelikt sehr wahrscheinlich.

1 Zur historischen Entwicklung des kognitiv-behavioralen Ansatzes siehe *McGuire* (2000), *Pfäfflin* (2001) und *Pfäfflin & Kächel* (2002).

Dabei beeinflussen bestimmte Faktoren, ob ein Fehler oder Vorfall (lapse) zu einem Rückfall (relapse) wird (s. Abbildung 1):

- Die Selbsteinschätzung, eine Therapie erfolgreich absolviert zu haben, kann mit einer aktuellen Erfahrung in Dissonanz geraten. Ein Rückfall wird begünstigt, wenn der Täter in dieser Situation die Bewertung vornimmt, die Behandlung sei gescheitert. Die Zuschreibung persönlicher Schwäche, erhöht die Wahrscheinlichkeit der Übertretung der Abstinenzschwelle
- Die Übertretung wird weiter begünstigt, wenn die positiven Aspekte früherer Sexualstraftaten bevorzugt erinnert werden (z. B. das Erleben von Intimität im Kontakt zu Kindern) und negative Konsequenzen (öffentliche Reaktionen, Inhaftierung) in den Hintergrund gedrängt werden („Problem der unmittelbaren Befriedigung“)
- Eine Übertretung wird auch durch die erwartete Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls bestimmt. Täter, die glauben, dass alle Spuren ihrer abweichenden Wünsche ausgelöscht worden sind, interpretieren einen Moment des Kontrollverlustes als unwiderruflich. Andererseits kann ein Fehler als Gelegenheit zur Verfeinerung des Selbst-Managements genutzt werden und eine größere Wachsamkeit hinsichtlich früherer Anzeichen fördern.

Abbildung 1: Rückfallmodell von *Marques* und *Pithers* (nach *Rehder*, 2004)

Das bislang wohl differenzierteste theoretische Modell zur Erklärung sexueller Gewalt auf der Basis dieses kognitiv-behavioralen Ansatzes stammt von *Ward & Hudson* (2000, s. auch *Rehder* 2004 und *Wischka, Rehder, Nuhn-Naber, Griepenburg & Foppe* 2004). Sie beschreiben neun Phasen eines Prozesses, die für die kognitive Therapie von Bedeutung sind. Diese Phasen können nahtlos ineinander übergehen. Die Abfolge der Phasen kann bei verschiedenen Individuen durchaus unterschiedlich sein und bei geeigneten Coping-Mechanismen kann der potenzielle Täter den Prozess jederzeit verlassen.

Phase 1: Auslösendes (Lebens-) Ereignis

Auslöser einer Verhaltenskette ist ein belastendes Lebensereignis (etwa Scheidung) oder ein subjektiv stark erlebtes Vorkommnis (intensive Auseinandersetzung oder Streit). Dieses Ereignis wird vom Individuum automatisch in Abhängigkeit von bereits existierenden impliziten Schemata, Bedürfnissen und Zielen bewertet. Auch individuelle Faktoren und zufällige interpersonelle Einflüsse können eine Rolle spielen.

Phase 2: Verlangen nach (devianten) sexuellen Aktivitäten

Lebensereignis und sofortige Bewertung münden in ein Verlangen nach offensivem Sexualverhalten und oft auch nach unangemessenen Aktivitäten, die mit diesem Verlangen in Zusammenhang stehen. Dieses Verlangen sowie sexuelle bzw. aggressive Fantasien und Verhaltensweisen bestehen häufig nebeneinander und können sich gegenseitig aufschaukeln. Es wird vermutlich assoziativ durch das Lebensereignis ausgelöst und kann sich außerhalb des Bewusstseins des Individuums entwickeln.

Phase 3: Entwicklung eines tatbezogenen Ziels

Das Verlangen, sich in der Fantasie mit deviantem Sexualverhalten oder unangemessenen Aktivitäten zu befassen, führt hier zur Etablierung eines tatbezogenen Ziels, das als akzeptabel angesehen wird. Zusätzlich können die in dieser Phase auftretenden begleitenden affektiven Zustände bewusst werden und ebenfalls Ziel der Selbstkontrolle werden.

Manche Täter haben Schwierigkeiten, mit starken negativen Gefühlszuständen umzugehen und entwickeln Flucht- oder Vermeidungsverhalten, wenn diese Zustände auftreten oder antizipiert werden. Andere Täter wiederum können Aufregung suchen. Sie streben dann an, positive bewertete Affektzustände wie sexuelle Erregung zu erhöhen oder aufrecht zu erhalten.

Phase 4: Strategiewahl

Zur Erreichung des tatbezogenen Ziels wird – nicht immer bewusst bzw. gezielt – eine Strategie ausgewählt. Es werden „scheinbar belanglose Entscheidungen“ getroffen. Die Ziele und die sie begleitenden Strategien können automatisch als Resultat aktivierter Skripts gewählt werden, wobei unter Skripts Sequenzen gut gelernter und habitueller Verhaltensweisen zu verstehen sind. Die Strategien können Annäherung oder Vermeidung zum Ziel haben.

Generell bestehen bei den Vermeidungsversuchen eher negative Gefühlszustände, weil die selbst gesteckten Ziele verfehlt wurden, und bei den Annäherungswünschen eher positive Gefühlszustände, weil die Antizipierung der Verhaltenskonsequenz positiv erscheint.

Phase 5: Eintritt in Hoch-Risiko-Situationen

Als Konsequenz der expliziten Planung oder einer kontraproduktiven Strategie kommt es in dieser Phase zum Kontakt mit dem Opfer. Dadurch werden Bewertungsprozesse ausgelöst, die in Beziehung zu den Ausgangszielen gesetzt werden: Für diejenigen, die ihr Verhalten kontrollieren/unterdrücken wollten, bedeutet das Ergebnis „Versagen“, für jene, die die Situation angestrebt haben, dagegen „Erfolg“.

Phase 6: Lapse (Vorfall)

In dieser Phase stehen die unmittelbaren Wegbereiter des Sexualdelikts im Vordergrund. Der Täter ist entschlossen, ein Sexualdelikt zu begehen (*Lapse*). In dieser Phase des Ablaufs ist anzunehmen, dass die Täter ihre Opfer auf einen funktionalen Status reduziert haben: sie dienen als Ventil für die eigenen Bedürfnisse.

Phase 7: Sexualdelikt

Die Tatausführung ist davon abhängig, worauf der Täter fokussiert ist:

- *Selbstfokussierung*: der Täter ist auf sich selbst und seine Bedürfnisse zentriert (meist verbunden mit kurzem und heftigem Delikt),
- *Opferfokussierung*: für den Täter steht das Opfer im Vordergrund, mit der Rechtfertigung er „kümmere“ sich um das Opfer oder
- *wechselseitige Fokussierung*: der Täter wertet bzw. erlebt die Tat als „Beziehung“ mit einem Partner, der in die Beziehung eingewilligt hat (meist längere

und weniger weitreichende Tat, die als gegenseitige Handlung aufgefasst wird).

Phase 8: Nach-Tat Evaluation

Nach dem Delikt wird das eigene Verhalten beurteilt. Diese Nach-Tat-Evaluation kann von Schuld- über Versagensgefühlen bis zu positiven Affekten führen.

Phase 9: Einstellung zu zukünftigen sexuellen Übergriffen

Die abschließende Phase beschäftigt sich mit der Frage, welche Wirkung das Sexualdelikt auf zukünftige Absichten und Erwartungen hat. Die Selbstkontrolle kann verstärkt werden oder völlig zusammenbrechen, sie kann auch Verhaltensskripte verstärken oder zu Verfeinerungen des Tatverhaltens führen.

Zu diesen neun Phasen haben *Ward* und *Hudson* **vier Verhaltensklassen** beschrieben; danach verhalten sich Täter in den Phasen unterschiedlich:

(1) Avoidance passive (passive Tatvermeidungssuche)

Täter dieser Klasse haben den Wunsch, Sexualdelikte zu vermeiden, sind aber unfähig, sie tatsächlich zu verhindern. D. h., es versagt die Verhaltenskontrolle oder die emotionale Kontrolle und das Individuum agiert ungehemmt. Als Therapieziel kann hier die Verbesserung der Selbstkontrollmechanismen definiert werden.

(2) Avoidance active (aktive Tatvermeidungssuche):

Hier wird der aktive Versuch unternommen, Sexualdelikte zu vermeiden. Deviante Gedanken und Fantasien oder affektive Zustände, die zu Kontrollverlust führen können, sollen unter Kontrolle gebracht werden. Die gewählten Strategien sind aber nicht angemessen und erhöhen paradoxerweise die Wahrscheinlichkeit eines Delikts (z. B. Masturbation zu devianten sexuellen Fantasien). Therapieziel sollte die Wahl anderer Vermeidungsstrategien sein.

(3) Approach automatic (automatische Tatannäherung):

Hier existieren stark verinnerlichte Skripts, deren Inhalte auf Sexualdelikte abzielen. Das resultierende deviante Sexualverhalten ist relativ impulsiv und nur ansatzweise geplant; es tritt scheinbar völlig unerwartet auf

und entwickelt sich oft in relativ kurzer Zeit. Therapieziel sollte hier ein besserer Umgang mit Risikosituationen sein.

(4) *Approach explicit (ausdrückliche Tatannäherung):*

Dieses Verhalten beruht auf bewusster und expliziter Planung sowie auf ausgefeilten Strategien, die zu Sexualdelikten führen. Es besteht eine intakte Selbstregulierung, aber es liegen unangemessene und gefährliche Ziele vor. Die eigentlichen Ziele kognitiv-behavioraler Therapie greifen hier nicht. Mit diesen Tätern kann allenfalls eine Zieldiskussion geführt werden.

Ziel kognitiv-behavioraler Therapie ist also eine verbesserte Selbstregulierung in Richtung nicht-devianter Sexualität. Dies setzt voraus, dass ein Sexualstraftäter dieses Ziel auch anstrebt. Im Fokus kognitiv-behavioraler Therapie ist somit der Täter, der künftig sexuell deviante Verhaltensweisen vermeiden möchte, dessen interne Bewertungen sozialer Ereignisse aber verzerrt und unempathisch und dessen Vermeidungs- oder Bewältigungsstrategien in Risikosituationen ineffektiv sind. Das gern zitierte neue Paradigma „no cure but control“, die Abkehr vom Ziel einer „Heilung“ innerhalb eines medizinischen Krankheitsmodells bezieht sich vor allem auf diese – quantitativ sicher sehr große – Tätergruppe. Dieses therapeutische Generalziel gilt sowohl für den Maßregelvollzug als auch für den Strafvollzug, denn „zwischen der Population des Strafvollzuges und der des Maßregelvollzuges gibt es mehr Verbindendes als Trennendes“ (Müller-Isberner 1998, S. 60).

Grenzen sind allerdings da erreicht, wo wir Täter vorfinden, deren soziale Wahrnehmungen und Selbstregulationsstrategien intakt sind, und die bewusst sexuell deviante Ziele anstreben („Approach explicit“). Dies ist z. B. häufig bei sadistischen, pädophil fixierten oder deutlich persönlichkeitsgestörten Tätern der Fall. Wir wissen, dass es sich hierbei um besonders rückfallgefährdete Tätertypen handelt. Kognitiv-behaviorale Therapie ist somit nicht bei Tätern indiziert, die aus den Tatschilderungen anderer Anregungen für die raffiniertere Planung der nächsten eigenen Sexualstraftat beziehen könnten oder die aus der Thematisierung der Leiden von Tatopfern einen Lustgewinn beziehen. Wie Pithers (1990) betont, muss ein Minimum an Empathie mit potentiellen Tatopfern entwickelt sein, um mit kognitiv-behavioralen Methoden arbeiten zu können. Die Grenzen dieser Methode sind damit umrissen (s. auch Nuhn-Naber, Rehder & Wischka 2002).

4. Ergebnisse der Behandlungsforschung

Verschiedene Rückfallstudien belegen, dass kognitiv-behaviorale Behandlungsmethoden sehr wirksam sind (Hall 1996, Alexander 1999, Gallagher, Wilson & McKenzie 2001, Rooke 2002). Alexander (1999) hat 79 Studien mit insgesamt 10.988 Personen in ihrer Meta-Analyse berücksichtigt. Als Rückfall wurde bereits die Festnahme wegen eines erneuten Sexualdelikts definiert. Diese Definition wurde gewählt, weil sie auch die möglichen bzw. wahrscheinlichen Täter erfasst.

Die Rückfallquote der unbehandelten Sexualstraftäter lag mit 18 % in der Größenordnung anderer Untersuchungen aus Nordamerika (Hanson & Bussière 1998, Gallagher et al. 2001) oder aus Deutschland (Elz 2001, 2002). Durch Behandlung konnte die Rückfallquote im Durchschnitt um 5 % gesenkt werden. Diese Reduzierung erscheint zunächst nicht sehr beeindruckend. Es ist eine differenzierte Betrachtung notwendig, denn – wie in anderen Bereichen der Therapieforschung auch – zeigte sich eine unterschiedliche Wirksamkeit der Behandlungsmethoden und auch bessere Effekte bei jüngeren Studien. In Tabelle 1 wird die Überlegenheit kognitiv-behavioraler Rückfallpräventionsprogramme deutlich. Hier konnte die Rückfallquote mehr als halbiert werden.

Tabelle 1: Wirksamkeit der Behandlung von Sexualstraftätern bei unterschiedlichen Interventionen (Alexander 1999)

Untersuchte Tätergruppe	Rückfallprävention	Gruppe/behavioral/andere	unspezifisch	unbehandelt
Jugendliche (N = 1025)	9,8 % (10 von 102)	6,8 % (63 von 923)	n.a *	n.a *
Vergewaltiger (N = 528)	8,3 % (6 von 72)	n.a *	22,7 % (73 von 321)	23,7 % (32 von 135)
Täter, die Kinder sexuell missbraucht haben (N = 2137)	8,1 % (18 von 221)	18,3 % (96 von 524)	13,6 % (127 von 931)	25,8 % (119 von 461)
Exhibitionisten (N = 331)	0 % (0 von 13)	20,5 % (61 von 297)	n.a *	57,1 % (12 von 21)
Nicht spezifiziert (N = 6967)	5,6 % (17 von 305)	14,3 % (699 von 4872)	8,7 % (70 von 802)	12,0 % (119 von 988)
Gesamt (N = 10.988)	7,2 % (51 von 713)	13,9 % (919 von 6616)	13,1 % (270 von 2054)	17,6 % (282 von 1605)

* keine verfügbaren Daten in dieser Kategorie

Alexander (1999) stellt zusammenfassend fest, dass die Behandlung bei den meisten Sexualstraftätern als effektiv zu bezeichnen ist. Jugendliche sprechen gut auf Behandlungsmaßnahmen an. Während viele andere Tätergruppen

ebenfalls gut auf Behandlungsmaßnahmen reagieren, bleiben Täter, die männliche Kinder missbraucht haben, therapeutisch schwer erreichbar. Für diese Gruppe sind offenbar massivere Interventionen angezeigt.

Neuere bzw. länger bestehende („gereifte“) Behandlungskonzepte brachten bessere Ergebnisse, wohl weil die Erfahrung der Therapeuten stieg, Ergebnisse der Rückfallforschung in immer stärkeren Ausmaß berücksichtigt werden konnten und die Behandlungskonzepte einen positiven Entwicklungsprozess durchlaufen hatten.

Eine weitere Studie hat die Quote einer erneuten Inhaftierung wegen eines Sexual- oder Gewaltdelikts von Teilnehmern am Sex Offender Treatment Programme (SOTP) in England und Wales nach zweijährigem Erprobungszeitraum ermittelt (Rooke 2002). Dieses kognitiv-behaviorale Programm wurde in Anlehnung an nordamerikanische Programme entwickelt und wird seit 1992 in mittlerweile 27 Gefängnissen eingesetzt (s. Mann 1999, Rooke 2002). In sozialtherapeutischen Einrichtungen Hamburgs wird es zz. erprobt (Berner & Becker 2001, Thiel & Fuchs 2004).

Die Stichprobe behandelter Täter umfasst 647 Männer, die zu mindestens vier Jahren Haft verurteilt waren, zwischen 1992 und 1996 aus der Haft entlassen wurden und zum Zeitpunkt der Datenerhebung seit mindestens zwei Jahren entlassen waren. Sie hatten alle am ursprünglichen SOTP-Kernprogramm teilgenommen und wurden mit einer Kontrollgruppe von 1910 im gleichen Zeitraum unbehandelt entlassenen Sexualstraftätern verglichen (Tabelle 2). Die Autoren der Studie berücksichtigten als Rückfall zusätzlich zu Sexualdelikten jede Gewalttat.

Tabelle 2: Quote einer erneuten Inhaftierung wegen eines Sexual- oder Gewaltdelikts von Teilnehmern am SOTP nach zweijährigem Erprobungszeitraum (Rooke 2002)

Risikokategorie	Vergleichsgruppe	Behandlungsgruppe	Signifikanz	Reduktion
gering	2,6 % von 969	1,9 % von 263	ns	27 %
mittel – gering	12,7 % von 655	2,7 % von 225	$p < 0.0001$	79 %
mittel – hoch	13,5 % von 229	5,5 % von 109	$p < 0.05$	59 %
hoch	28,1 % von 57	26,0 % von 50	ns	7 %

Unterschieden wurden die Sexualstraftäter hinsichtlich des bestehenden Rückfallrisikos. Zur Ermittlung diente ein einfacher, aus vier Items bestehender Algorithmus von Fisher und Thornton (Beech, Fisher & Beckett 1999), der statische Rückfallprädiktoren berücksichtigt, die sich in der Forschung als besonders valide erwiesen haben².

Die absolute Zahl an Rückfällen bei der Gruppe mit geringem Risiko ist relativ klein, weil bei dieser Gruppe die Rückfallwahrscheinlichkeit auch ohne Behandlung geringer als bei den anderen berücksichtigten Gruppen ist. Dennoch ließ sie sich durch Behandlung mit dem ursprünglichen Basisprogramm noch weiter senken. Bei den untersuchten Tätern mit mittlerem Risiko zeigen sich die beeindruckendsten Behandlungseffekte. Männer der Hoch-Risiko-Gruppe haben dagegen auf die Behandlungsmaßnahme nicht gut angesprochen. Damit werden die Grenzen dieser (und wahrscheinlich auch anderer) Behandlungsmaßnahmen deutlich.

Insgesamt zeigt sich durch die Behandlungsforschung, dass die Rückfallquote bei Sexualstraftätern erheblich gesenkt werden kann. Dabei haben sich kognitiv-behaviorale Maßnahmen als besonders wirksam erwiesen, die konkret den Rückfallprozess in das Zentrum der Behandlung rücken. Es erscheint realistisch davon auszugehen, dass sich durch angemessene Behandlungsmaßnahmen die (häufig überschätzte) Rückfallquote bei Sexualstraftätern mindestens halbieren lässt.

Damit sind die Erfolgsaussichten bei der Behandlung von Sexualstraftätern eher günstiger als bei anderen Deliktgruppen. Meta-Analysen von Rückfallstudien bei Straftätern insgesamt belegen, dass durchschnittlich eine Rückfallreduzierung von ca. 10 %, mit optimalen Methoden eine Rückfallreduzierung bis zu ca. 30 % erreicht werden kann (Lösel 1994, Lösel & Bender 1997, Egg, Pearson, Cleland & Lipton 2001). Dabei zeigt sich auch hier, dass eine Behandlung dann besonders erfolgversprechend ist, wenn sie gezielt an kriminogenen Faktoren ansetzt, Denkmuster verändert, Fertigkeiten und Selbstkontrolle fördert und Maßnahmen zur Rückfallprävention einbezieht (Egg et al. 1998, Egg et al. 2002, Lösel 1994 und 2001, Lösel & Bender 1997, McGuire 1995, Pfäfflin & Kächel 2002, Wischka & Specht 2001). Freese (2004) berichtet von jüngeren Behandlungsprogrammen, die ganz oder überwiegend ambulant angesiedelt waren, dass eine Rückfallreduzierung um bis zu 40 % erreicht

2 Es handelt sich um die Items „Vorverurteilung wegen Sexualstraftaten jeder Art“, „Vier oder mehr Vorverurteilungen jeder Deliktart“, „Aktuelle oder frühere Verurteilung wegen nicht-sexueller Gewalt“ und „Verurteilung wegen Sexualstraftaten gegen drei oder mehr verschiedene Opfer“. Zur Bedeutung statischer Prädiktoren im Verhältnis zu dynamischen s. Nedopil (2002) und Rehder (2002).

werden konnte. Seine eigene Untersuchung von 222 Patienten, die nach § 63 StGB im Maßregelvollzug in Haina untergebracht waren, erbrachte einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen Betreuung in der Nachsorgeambulanz und weniger häufiger sowie weniger schwerer Rückfälligkeit.

5. Folgerungen für Behandlungskonzepte

Aus den oben beschriebenen kognitiven Prozessen, die zu einem Sexualdelikt führen können, lassen sich direkt Therapieziele ableiten. Es müssen aber auch allgemeine kriminogene Faktoren berücksichtigt werden, die tatunterstützend wirken. *Perkins, Hammond, Coles & Bishopp* (1998) nennen aus der Analyse der Fachliteratur zur Behandlung von Sexualstraftätern Faktoren, die zum Rückfall führen können, wenn sie unverändert bleiben³. Daraus ergeben sich Behandlungsziele, die letztlich unabhängig von der Behandlungsmethode berücksichtigt werden müssen:

- Deviante sexuelle Erregungen / gedankliche Vorwegnahme von Tathandlungen
- Schwache Selbstverpflichtung gegenüber einer Vermeidung der Rückfälligkeit
- Kognitive Verzerrungen, die Straffälligkeit unterstützen
- Begrenzte / unangemessene Reaktionen auf Stressreaktionen der Opfer
- Impulsiver, antisozialer Lebensstil
- Schwierigkeiten, persönliche Risikofaktoren zu erkennen
- Schwierigkeiten, Bewältigungsstrategien für persönliche Risikofaktoren zu generalisieren / einzusetzen
- Defizite in (intrapersonellen / interpersonellen) Problemlösungsfähigkeiten für Risikosituationen
- Soziale Unterstützung zur Begehung von Sexualstraftaten
- Geringe emotionale Kontrolle
- Emotionale Einsamkeit
- Geringe empathische Fähigkeiten

3 Sie sind auch aus den dynamischen, also veränderbaren Risikofaktoren ableitbar, die sich in der Rückfallforschung als bedeutsam zur Vorhersage eines neuen Sexualdelikts erwiesen haben (*Hanson & Bussière* 1998, *Nedopil* 2002, *Rehder* 2002). *Müller-Isberner* (1998) hat eine ähnliche Liste von Behandlungszielen aufgestellt.

- Begrenzte / unangemessene persönliche Fähigkeiten (Umgang mit Zurückweisung, Eifersucht usw.)
- Durch frühe Beziehungsmuster geprägte dysfunktionale Schemata (z. B. Misstrauen)
- Missbrauch von Drogen oder Alkohol.

Schaut man sich die Liste von *Perkins et al.* (1998) oder auch *Müller-Isberner* (1998) an, so lassen sich Ziele ausmachen, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Sexualdelinquenz stehen und solche, die generell zu grenzverletzenden Verhaltensweisen disponieren. Wir wissen auch aus der Rückfallforschung, dass Faktoren wie antisoziale Persönlichkeitsstörung, frühere Delikte auch nicht sexueller Art (insbesondere aggressive Straftaten), Probleme der Impulskontrolle oder geringe Beziehungsfähigkeit einen Wert zur Vorhersage von (erneuten) Sexualdelikten haben (*Hanson & Bussière* 1998, *Beier* 1997, *Rehder* 2002). Dissozialität und mangelhafte soziale Kompetenzen sind bei einem nicht unbeträchtlichen Teil der Sexualstraftäter somit unbedingt bei der Behandlungsplanung zu berücksichtigen.

6. Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)

Im Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS), das auf Veranlassung des niedersächsischen Justizministeriums für die Vollzugsanstalten und sozialtherapeutischen Einrichtungen von einer Projektgruppe (*Foppe, Griepenburg, Nuhn-Naber, Rehder & Wischka*) unter der Leitung des Autors entwickelt wurde, wird diesem Umstand durch einen zweiteiligen Aufbau Rechnung getragen: durch einen deliktunspezifischen und durch einen deliktspezifischen Teil, die zeitlich aufeinanderfolgend durchgeführt werden (*Wischka et al.* 2004, *Wischka* 2004b; s. Übersicht 1).

Es werden verschiedene, auf die jeweilige Zielsetzung bezogene Methoden eingesetzt. Dadurch wird die Arbeit abwechslungsreich: themenzentrierte Gruppengespräche, Wissensvermittlungen, Rollenspiele, Übungen, Exploration jedes Teilnehmers in der Gruppe, Protokollierungen von Ergebnissen auf Flip-Charts, Aushändigung von Arbeitsmitteln zur Vor- und Nachbereitung von Gruppensitzungen (Hausaufgaben).

Übersicht 1: Die Programmeinheiten des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS)	
Deliktunspezifischer Teil (Teil U)	Gesprächsverhalten Selbst- und Fremdwahrnehmung Rückmeldung geben und empfangen Wahrnehmung von Gefühlen Kontakt- und Kommunikationstraining Moralisches Handeln und Empathie Geschlechtsrollenstereotypen Stressmanagement Suchtmittelkontrolle Menschliches Sexualverhalten
Deliktunspezifischer Teil (Teil S)	Persönliche Lebensgeschichte Kognitive Verzerrungen Stufen der Begehung von Sexualstraftaten Scheinbar belanglose Entscheidungen Risikosituationen Das Problem der unmittelbaren Befriedigung Kontrolle sexueller Fantasien Ablauf der Straftat (Deliktsszenario) Opfer-Empathie Rückfallprävention

6.1 Der deliktunspezifische Teil

Durch den Beginn mit dem Teil U werden mehrere Ziele verfolgt, nämlich

- der Aufbau von sozialen Kompetenzen und von Fähigkeiten zur Selbststeuerung, die generell befriedigende soziale Kontakte und angemessene Problemlösungen begünstigen;
- ein niederschwelliger Einstieg in die Behandlung, mit dem auch Sexualstraftäter erreichbar sind, die (noch) nicht zu ihren Straftaten stehen;
- der Aufbau von kommunikativen Kompetenzen und die Entwicklung eines Gruppenklimas, das die Basis für eine offene deliktunspezifische Arbeit schafft;
- die Erarbeitung von Erkenntnissen, die eine Entscheidung darüber erlauben, ob der nachfolgende deliktunspezifische Teil für jeden Teilnehmer indiziert ist.

Der Teil U ist auch für Straftäter, die keine Sexualdelikte begangen haben, zur Entwicklung sozialer Kompetenzen geeignet.

6.2 Der deliktspezifische Teil

Ein wesentlicher Bestandteil des Programms ist die Bearbeitung des Tatgeschehens im Deliktszenario. Beabsichtigt ist, dass sich der Täter als aktiv Handelnder erlebt, der in einer bestimmten Situation, die durch bestimmte Gefühlszustände, Gedanken und Handlungen beschreibbar ist, eine Reihe von (scheinbar belanglosen) Entscheidungen getroffen hat, die ihn schrittweise in die Nähe des Sexualdelikts geführt hat. Wird dieser Entscheidungsprozess, die zugrundeliegenden Fantasien und die verzerrten Kognitionen transparent, kann der Täter Verantwortung dafür übernehmen.

Die vorhergehenden Sitzungen dienen vor allem dazu, ein Grundverständnis zu erzeugen, das Vokabular zur Beschreibung der Abläufe zu entwickeln und das eigene Delikt in Ansätzen zu verstehen, so dass im Deliktszenario darauf zurückgegriffen werden kann. Wenn der Täter seine eigene verdeckte Tatplanung verstanden hat, für den Entscheidungsprozess Verantwortung übernimmt und das Motiv entwickelt, künftig ähnliche Ausgangssituationen und Handlungsabläufe zu vermeiden, ist eine wichtige Schwelle zur Rückfallvermeidung aufgebaut.

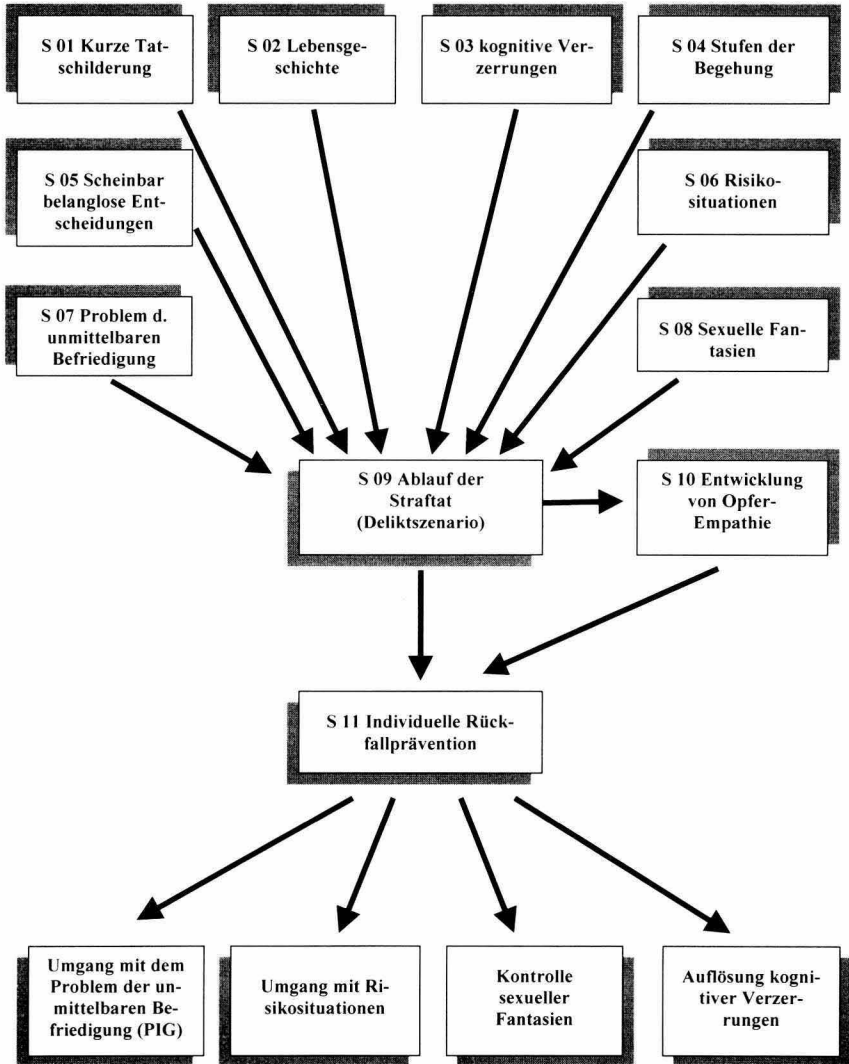
Eine weitere Schwelle zur Begehung weiterer Sexualdelikte entsteht dann, wenn es gelingt, dem Täter deutlich zu machen, was er dem Tatopfer angetan hat. Fehlende Empathie, Fehlinterpretationen von Signalen des Opfers und die Verharmlosung von Tatfolgen sind häufige Bestandteile von Rechtfertigungen der Täter. Die Auflösung solcher kognitiver Verzerrungen geschieht durch Konfrontation mit Opferschilderungen und durch Rollenspiele, in denen sich der Täter in die Situation seines Opfers versetzen soll.

An dieser Stelle sei noch einmal daran erinnert, dass dieses Vorgehen nicht bei Tätern angezeigt ist, bei denen kein Vermeidungsmotiv erkennbar ist und bei denen die Selbststeuerung intakt ist und für die gerade die adäquate Wahrnehmung der Leiden des Opfers das Tatmotiv darstellt.

In der abschließenden Programmeinheit geht es dann darum, konkrete Planungen zu erarbeiten, wie künftig mit Gefühlen, Fantasien und Risikosituationen umgegangen wird. Dazu gehört auch die Etablierung eines Hilfesystems, d. h. die Einbeziehung von Bezugspersonen und Bewährungshilfe oder andere Personen der Nachsorge.

Abbildung 2 veranschaulicht die Beziehung der einzelnen Programmeinheiten im Teil S zueinander.

Abbildung 2: Die Beziehungen der Programmeinheiten des deliktspezifischen Teils des BPS untereinander



6.3 Programmdurchführung und Aufbau des Behandlungsmanuals

Der Teil U besteht aus 32, der Teil S aus 51 Gruppensitzungen zu 1 ½ Std. Bei der Planung wurde eine Gruppengröße von 8 Teilnehmern zugrunde gelegt, die von zwei Personen geleitet wird. Zu empfehlen sind 2 Gruppensitzungen pro Woche, so dass das Programm (Ausfallzeiten eingerechnet) in einem Jahr abgeschlossen werden kann. Das Manual (*Wischka et al.* 2004) hat folgende Struktur:

- **Ziele:** Was soll mit der Programmeinheit erreicht werden? Welche für die Sexualstraftat und zur Verhinderung künftiger Sexualstraftaten relevanten Faktoren sollen bearbeitet werden?
- **Durchführung:** Beschreibung, mit welchen Hilfsmitteln, in welchem methodischen Ablauf, mit welchen Instruktionen und mit welcher Zeitvorgabe die beschriebenen Ziele erreicht werden sollen.
 - *Material/Hilfsmittel:* Was ist zur Durchführung der Einheit notwendig? (z. B. Flip-Chart, Overheadprojektor, Folien aus dem Programm, Einstellungskarten etc.). Was benötigen die Teilnehmer (Papier und Stift etc.). Die Hilfsmittel werden bereitgestellt, bzw. es erfolgt zuvor die Aufforderung, die Hilfsmittel zur Gruppensitzung mitzubringen.
 - *Ablauf:* Beschreibung und Reihenfolge der einzelnen Schritte, evtl. mit Zeitvorgaben.
 - *Instruktion(en):* Was sollen die Teilnehmer tun? Instruktion in wörtlicher Rede, die modifiziert werden kann, ohne die wesentlichen Punkte zu entstellen oder wegzulassen.
 - *Dauer:* Gesamtdauer der Programmeinheit, evtl. Dauer einzelner Schritte.
- **Hinweise für die Programmleitung:** Hier erscheinen praxisbezogene Hinweise zu möglichen Problemen und Fragestellungen (Missverständnisse und Widerstände, die auftreten könnten. Worauf sollte geachtet werden? Was sollte vermieden werden? Antworten auf zu erwartende Fragen der Teilnehmer).

Das Manual enthält alle zur Durchführung erforderlichen **Arbeitsmaterialien:** Overhead-Folien für die Wissensvermittlung und Arbeitsblätter für die Teilnehmer. Sie enthalten grundlegende Informationen sowie Aufgabenblätter für Hausaufgaben, die gesammelt und nachgelesen werden können. In einem gesonderten Grundlagenband sind die dem Behandlungsprogramm zugrundeliegenden Theorien und Forschungsergebnisse zusammengefasst (*Wischka et al.* 2004).

Zur Programmdurchführung gehören Verlaufsmessungen, die dazu dienen sollen eine Beurteilung der Wirksamkeit zu ermöglichen. Sie geben den Programmautoren auch die notwendigen Rückmeldungen, um Optimierungen der Programmeile vornehmen zu können. Eine Vergleichbarkeit von Untersuchungsergebnissen mit anderen Befunden wird dadurch ermöglicht, dass (teilweise) die selben Instrumente eingesetzt werden wie bei der Evaluation des SOTP in England/Wales und in Hamburg.

6.4 Fortbildungskonzept

Das BPS erfordert Gruppenleiter, die über therapeutische Basiskompetenzen verfügen und die in die Besonderheiten der Zielgruppe und der Methoden eingewiesen sind. Angesprochen sind vor allem Psychologinnen und Psychologen, die ihre therapeutischen Kompetenzen in das Behandlungsprogramm einbringen können. Die aus anderen Berufen (Sozialarbeiter, Pädagogen, allgemeiner Vollzugsdienst, Pflegedienst) stammenden Trainer sollten Erfahrungen in der Leitung von Gruppen haben.

Fortbildungen erfolgen bislang in Einheiten von insgesamt 12 Tagen (ca. 88 Unterrichtseinheiten), z. B. in Blöcken von 4 x 3 Tagen innerhalb eines Jahres. Solche Seminarreihen haben bisher für Bedienstete des Justizvollzuges (insbesondere sozialtherapeutische Einrichtungen) und des Maßregelvollzuges in Niedersachsen und anderen Bundesländern stattgefunden.

6.5 Bisherige Erfahrungen mit dem BPS

Das BPS ist z. Z. in 10 sozialtherapeutischen Einrichtungen, mehreren Behandlungsabteilungen des Normalvollzuges und 4 Maßregelvollzugseinrichtungen etabliert. In weiteren Einrichtungen ist der Einsatz geplant. Es liegen somit einige Erfahrungen und auch Evaluationsergebnisse vor, die allerdings noch nicht systematisch ausgewertet worden sind. Es lässt sich bis jetzt jedoch folgendes berichten:

- Das BPS eignet sich besonders gut zum Einsatz in einer frühen Phase der Behandlung. Es wird ein breites Spektrum deliktrelevanter Themen bearbeitet, so dass nach Beendigung eine genaue Diagnose darüber möglich ist, ob bzw. in welchen Bereichen weitere therapeutische oder pädagogische Maßnahmen einsetzen müssen.
- Es ist nach der Teilnahme auch eine genauere Risikoabwägung für bestimmte Entscheidungen (Lockerungen, Entlassung) möglich, weil Aussagen darüber getroffen werden können, inwieweit sich dynamische Risiko-

faktoren verändert haben. Durch Berücksichtigung von Risikofaktoren können Vollzugslockerungen angemessen gestaltet und nachbereitet werden.

- Das BPS eignet sich gut als Baustein in einem integrativen Gesamtkonzept. Es sind bislang keine Schwierigkeiten berichtet worden, Themen aus der Gruppenarbeit mit dem BPS in anderen Settings, z. B. in gruppendynamisch orientierten Gruppen oder in der tiefenpsychologisch orientierten Einzeltherapie aufzugreifen bzw. mit anderen Themen zu ergänzen. Das „Basispersonal“ – der allgemeine Vollzugsdienst im Strafvollzug oder der Pflegedienst im Maßregelvollzug – lässt sich durch das BPS besonders gut einbinden. Sowohl in der Rolle als Co-Trainer bzw. Co-Therapeut als auch in der Rolle des persönlich zugeordneten Betreuers können ganz konkrete Aufgaben (z. B. Unterstützung bei den Hausaufgaben) übertragen und damit der Stellenwert im Team verstärkt werden.
- Das BPS wirkt sich förderlich auf das therapeutische Klima und die Compliance aus. Erworbene Erkenntnisse und das Vokabular werden im Alltag verwendet. Die Teilnehmer werden sensibler gegenüber den Verhaltensweisen anderer, können ihre Beobachtungen z. B. als „Risikosituation“ oder „kognitive Verzerrung“ interpretieren und kommunizieren. Regeln, z.B. das Verbot des Besitzes von pornographischem Material, können nachvollziehbar begründet werden. Die Teilnehmer unterstützen sich gegenseitig durch Gespräche oder Hilfe bei der Erledigung der aufgetragenen Hausaufgaben.
- Das BPS wird von den Teilnehmern zwar als intensiv und auch belastend erlebt, wird aber gern angenommen. Dies gilt auch für die Gruppenleiter. Es wurde nicht selten berichtet, dass die Gruppe die regelmäßige Durchführung einfordert und Vorschläge zu einer höheren Frequenz macht.
- Durch die enthaltenen pädagogischen Elemente und die Fokussierung auf verantwortungsfähige Anteile der Persönlichkeit wird die Maßnahme für viele leichter annehmbar. Die Zuschreibung „krank“ ermöglicht eher die Ablehnung von Verantwortung. Durch die Mobilisierung der Selbstkontrolle wird dieser Verantwortungsabwehr entgegengewirkt.
- Der gesamte Teil U eignet sich auch gut für die Gruppe der Nicht-Sexualstraftäter. Die im Teil S eingeführten Elemente (kognitive Verzerrungen, scheinbar belanglose Entscheidungen, Risikosituationen, Fantasien als Tatvorläufer) erscheinen grundsätzlich auch zur Deliktbearbeitung und Rückfallpräventionsplanung von Tätern, die keine Sexualdelikte begangen haben (insbes. von Gewalttätern) sinnvoll. Gegenwärtig gibt es deshalb Bemühungen, das Programm für andere Deliktgruppen zu adaptieren.

- Durch den erarbeiteten Rückfallpräventionsplan ist das Programm für Institutionen der Nachbetreuung gut anschlussfähig. Konkret definierte Risikosituationen und Coping-Strategien erlauben eine gezielte Planung von Bewährungsaufgaben, Kontrollen und Hilfen.
- Die bisherigen Evaluationsergebnisse hinsichtlich der Veränderung delikt-relevanter Einstellungen zeigen Effekte, die in die gleiche Richtung weisen wie die Ergebnisse mit ähnlichen Methoden (SOTP). Es lässt sich z. B. ein Rückgang deliktfördernder kognitiver Verzerrungen und problematischer Einstellungen gegenüber Tatopfern und den Tatfolgen feststellen. Rückfallstudien gibt es bislang nicht.

7. Rückfallpräventionsplanung und Nachsorge im integrativen Konzept der sozialtherapeutischen Abteilung Lingen

Innerhalb des integrativen Gesamtkonzepts der sozialtherapeutischen Abteilung in Lingen gibt es für die Rückfallprävention in den verschiedenen Phasen der Sozialtherapie sich ergänzende Ansatzpunkte, die in Übersicht 2 zusammengestellt sind.

Eine möglichst frühzeitige Analyse von Risikosituationen, problematischen Einstellungen und sozialen Defiziten im Rahmen des BPS ist sowohl für die weitere Behandlungsplanung als auch für Prüfung der Lockerungseignung und die therapeutische Bearbeitung von Erfahrungen innerhalb der Wohngruppe als auch außerhalb der Einrichtung während gewährter Vollzugslockerungen hilfreich. Sie hilft auch in der Entlassungsphase Fehlentscheidungen (z. B. bei der Berufs- und Wohnungswahl) zu verhindern. In der Übersicht 3 ist beispielhaft der Rückfallpräventionsplan eines Täters aufgeführt, der Kinder sexuell missbraucht hat. In der Phase der Nachsorge ist der Plan Basis für die Gestaltung der Nachsorge und für die Zusammenarbeit mit Bewährungshilfe und Führungsaufsicht.

**Übersicht 2: Rückfallprävention und Nachsorge
im Verlauf der Behandlungsphasen in der Sozialtherapeutischen Abteilung Lingen****1. Behandlungsphase**

- Erarbeitung von Risikosituationen
 - die vermieden werden müssen
 - die bewältigt werden müssen
- Schrittweise Öffnung des Vollzuges und Bearbeitung von Lockerungserfahrungen
- Ggf. Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie
- Erarbeitung eines Rückfallpräventionsplans (BPS)
- Vorbereitungen von Schuldenregulierungen und Opferentschädigungen

2. Entlassungsphase

- Freigang gem. § 11 StVollzG und Entlassungsurlaub gem. § 124 StVollzG, wenn
 - eine Wohnung vorhanden ist
 - eine Arbeit oder Umschulung aufgenommen werden kann
 - die Beziehung zum Behandlungspersonal tragfähig ist
- Wiedereingliederungshilfen unter Berücksichtigung von Risikosituationen (Orte, Personen, Berufe, Hobbys)
- Kontaktaufnahme zur Bewährungshilfe bzw. Führungsaufsicht
- Bericht an die Strafvollstreckungskammer mit Vorschlägen zu Weisungen
- Ggf. Sondermaßnahmen (z. B. gerichtliche Betreuung oder betreutes Wohnen)
- Planung der Nachsorge unter Berücksichtigung des Therapiefortschritts, des Rückfallpräventionsplans und des Beschlusses der StVK

3. Nachsorge

- Klärung der Aufgabenverteilung zwischen der sozialtherapeutischen Einrichtung und der Bewährungshilfe/Führungsaufsicht
- Weisungen/Absprachen
 - Tagebuch
 - Einzeltherapie / Einzelgespräche
 - Gruppenmaßnahmen (Nachsorgegruppe)
 - Hausbesuche, Kontrollen, Kontakte zum Arbeitgeber
- Krisenintervention
 - Gesprächsangebot
 - Aufnahme auf freiwilliger Grundlage gem. § 125 StVollzG

Übersicht 3: Rückfallpräventionsplan eines Täters, der Kinder sexuell missbraucht hat**1. Riskante Stimmungen und Gefühle**

- Gefühl der Überforderung
- Niedergeschlagenheit
- Wut / Ärger
- Hilflosigkeit
- Enttäuschung
- unerfüllte Zärtlichkeit / Wunsch nach Zuneigung
- Zuneigung zu Kindern (auch sexuell)

Umgang mit riskanten Stimmungen und Gefühlen

- über riskante Stimmungen und Gefühle reden
- ansprechen, was mich bedrückt
- Überforderung deutlich machen / Grenzen setzen

2. Riskante Fantasien und Gedanken

- in der Fantasie Zärtlichkeiten und sexuelle Handlungen mit Kindern austauschen (eigene und fremde Kinder)
- Kinder im Kopf älter machen
- Erinnerungen an M. (oder andere Missbrauchs-situationen)

Umgang mit riskanten Fantasien und Gedanken

- Ursachenforschung
- Ablenken, mich beschäftigen (z.B. Karten spielen)
- mit einem Freund reden
- mich selbst in die Verantwortung nehmen (Selbstinstruktion: „Halt! Das darf ich nicht!“)
- mit meiner Frau sprechen

3. Riskante Ereignisse

- Stresssituationen, die Überforderung auslösen (wenn ich „in den alten Trott falle“, z. B. zuviel arbeite, um alle zufrieden zu stellen)
- wenn meine Kinder zu mir ins Bett kommen
- Werbung mit Kindern im Fernsehen oder in Zeitschriften
- wenn meine Kinder nackt durch die Wohnung laufen

Umgang mit riskanten Ereignissen

- mit meiner Frau reden
- riskante Werbung wegschalten
- „Nein“ sagen, wenn riskante Angebote kommen (z. B.: „Geh‘ doch mal zu Onkel H., der nimmt dich auf den Arm!“)
- Absprachen mit der Frau treffen (z. B., sie badet die Kinder)
- Grenzen setzen

4. Riskante Situationen und Orte

- wenn ich wahrnehme, dass Kinder aus sozial schwachen Verhältnissen stammen
- wenn fremde Kinder bei uns übernachten wollen
- Schulhöfe
- Schwimmbäder
- Kinderspielabteilung in Kaufhäusern
- mit dem Auto umherfahren, in einer riskanten Stimmung

Umgang mit / Vermeidung von riskanten Situationen und Orten

- nicht ins Schwimmbad gehen
- riskante Situationen und Orte meiden

5. Warnsignale / 6. Woran merken es andere?

- wenn ich mich zurückziehe, von der Familie distanzieren
- wenn ich abwehrend bin, nicht mehr über Probleme reden will
- Fantasien, die sich auf Kinder beziehen
- wenn ich keine Lust habe, nach Hause zu gehen
- wenn ich meine Frau nicht mehr attraktiv finde
- wenn ich beim Sex mit meiner Frau an Kinder denke

7. Riskante Personen

- 10 – 15-jährige, neugierige Mädchen
- kokette Mädchen („Lolita“, sexy Kleidung, geschminkt)
- Mädchen aus sozial schwachen Familien
- eigene Kinder

8. Riskante Berufe, Hobbys

- Jugendwart in Sportvereinen
- Schwimmmeister
- Berufe, die zu häufigen Kontakten mit Kindern führen
- Tanzen mit Kindern

9. Helferkreis

- meine Frau
- meine Eltern
- mein Tanzverein
- meine Geschwister
- mein Freund H.
- mein Einzeltherapeut
- Bewährungshelfer

Die Bedeutung der Nutzung der durch das Strafvollzugsgesetz gegebenen Möglichkeiten zur schrittweisen Integration in die Gesellschaft durch Vollzugslockerungen und Urlaub soll an dieser Stelle hervorgehoben werden. Gerade die Übergangsphase ist notwendig, um wirklich feststellen zu können, ob sich kognitive Veränderungen vollzogen haben und ob diese tatsächlich verhaltenswirksam geworden sind. Hier sind Fehleinschätzungen sowohl auf Seiten der Klienten als auch auf Seiten des Behandlungspersonals möglich. Neu eröffnete berufliche Chancen, eine neue Partnerin oder ein anderer Freundeskreis und die Angst all dies wieder zu verlieren, können zu gefährlichen Überschätzungen der eigenen Kompetenzen oder zur Missachtung gemeinsam erarbeiteter Verhaltensregeln für Risikosituationen führen. In der Entlassungsphase ist auch der Wunsch normal, sich von der Institution und dem Behandlungspersonal zu lösen, der „Gängelei“ zu entgehen und selbst Verantwortung zu übernehmen. Probleme und auch krisenhafte Verläufe sind in dieser Phase die Regel. Gerade deshalb sind hier effektive Kontrollen und eine therapeutische Begleitung notwendig, die die Probleme der Übergangsphase im Auge haben. Sozialtherapie auf ein intramurales Training zu reduzieren, würde Illusionen auf beiden Seiten Vorschub leisten. Denn dafür, dass ein (anscheinend) einsichtiges und kooperatives Therapieverhalten und Anpassungen an sozial erwünschtes Gruppenverhalten längst kein ausreichender Indikator für die Beurteilung der Rückfallgefahr ist, gibt es nicht nur Erfahrungen, sondern inzwischen auch Untersuchungsbefunde (Seto & Barbaree 1999).

Die Verschiebung dieser kritischen Übergangsphase, die manchmal sehr lange dauern kann, auf die Zeit nach der Entlassung, evtl. noch verbunden mit einem Wechsel des Bezugspersonals (Bewährungshilfe, Führungsaufsicht) vergrößert nicht nur Chancen, sie kann auch das Rückfallrisiko erhöhen.

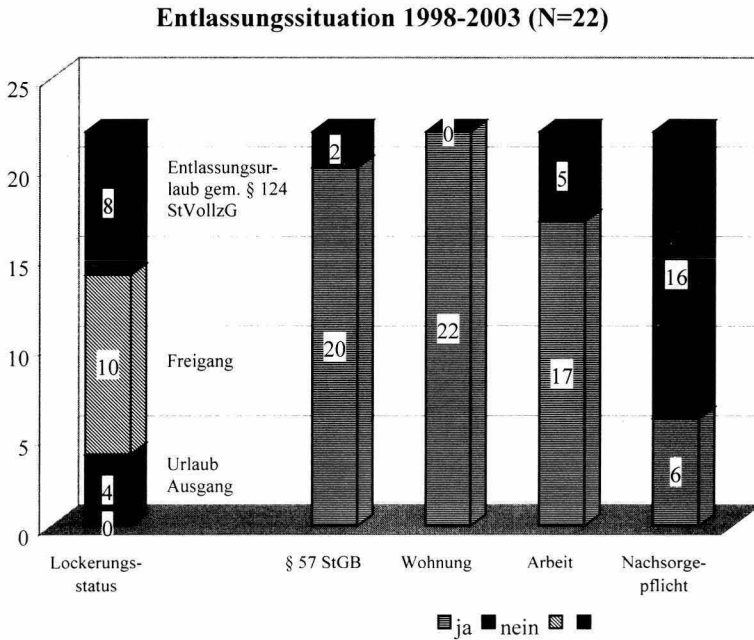
Der im Zuge des Ausbaus der Sozialtherapie in Deutschland zu beobachtende Trend zur Reduzierung der Lockerungsgewährung ist deshalb sehr kritisch zu bewerten. Nach den Stichtagserhebungen der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden hatten 1997 47,8 % der Insassen sozialtherapeutischer Einrichtungen keinerlei Vollzugslockerungen; 2003 waren es 60,9 %. Der Anteil der Freigänger ging im selben Zeitraum von 13,2 % auf 5,7 % zurück. Entlassungsurlaub nach § 124 StVollzG reduzierte sich von 7,9 % auf 4,0 % (Kröniger 2003, S. 49). Diese Entwicklung ist sicherlich einerseits darauf zurückzuführen, dass viele neue Einrichtungen ihre Arbeit erst begonnen haben und entsprechend mehr Insassen in der Anfangsphase ihrer Behandlung sind. Es ist aber auch eine Tendenz erkennbar, unter dem Druck der Öffentlichkeit und dadurch entstandenen restriktiveren innervollzuglichen Regelungen, Vollzugslockerungen zu reduzieren. Dabei besteht die Gefahr, dass Risiken für die Öff-

fentlichkeit nicht reduziert, sondern nur zeitlich verschoben und evtl. noch verstärkt werden.

Die Bedeutung der Notwendigkeit einer sorgfältigen Gestaltung dieser „transmuralen Phase“ ist in Konzepten anderer Staaten, wie Holland und England längst erkannt (*Kröger 2004, Rooke 2002*). In Deutschland gibt es nur wenige, aber vielversprechende Modelle (z. B. *Freese 2004* und *Pitzing 2004*). Die Gesamtsituation für die sozialtherapeutischen Einrichtungen ist längst nicht zufrieden stellend (*Kröniger 2003, S. 49*).

Die sozialtherapeutische Abteilung der JVA Lingen hat der Übergangsphase stets viel Aufmerksamkeit gewidmet. Dass die Zielsetzung einer schrittweisen Integration weitgehend erreicht werden konnte, zeigt Abb. 3. Beim überwiegenden Teil der in den letzten 5 Jahren bis 2003 aus der sozialtherapeutischen Abteilung Lingen entlassenen Insassen konnte in der Entlassungsphase Freigang oder Entlassungsurlaub gem. § 124 StVollzG zur Aufnahme eines freien Beschäftigungsverhältnisses oder einer Umschulung gewährt werden (82 %). Keiner wurde entlassen, ohne vorher Vollzugslockerungen erhalten zu haben (mindestens Urlaub gem. § 13 StVollzG). Allen konnte eine Wohnung erhalten oder vermittelt werden und 17 von 22 hatten zum Zeitpunkt der Entlassung einen Arbeitsplatz. Die Strafvollstreckungskammer konnte bei 20 Klienten (91 %) einen Strafstrest gem. § 57 StGB zur Bewährung aussetzen. Der Anteil der Insassen, bei denen durch Beschluss der StVK die sozialtherapeutische Abteilung in die Nachsorge eingebunden wurde, war mit 27 % insgesamt relativ gering, weil diese nach dem Konzept neue Regelung erst in der letzten Zeit getroffen worden ist.

Abbildung 3: Entlassungssituation der in den Jahren 1998 bis 2003 aus der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Lingen entlassenen Klienten (N = 22, davon 11 Sexualstraftäter)



Im Rahmen der Nachsorge ist es wohl kaum leistbar, therapeutische Prozesse erst zu beginnen oder die Übertragung intramural erreichter kognitiver Veränderungen auf Realsituationen komplett zu begleiten. Sie muss sich vor allem darauf beschränken – und das ist mehr als genug – erzielte und erprobte Veränderungen stabilisieren zu helfen, erarbeitete Veränderungen im Umgang mit Risikosituationen, im Beziehungsverhalten oder in Konfliktsituationen zu überwachen und ggf. zu modifizieren und verlässliche Angebote für krisenhafte Entwicklungen anzubieten.

Das hier vorgestellte Nachsorgekonzept ist noch nicht ausreichend erprobt und wirft noch mancherlei Probleme und Fragen auf. An erster Stelle steht das Problem der vorhandenen personellen Ressourcen. Schon die Gewährung von Entlassungsurlaub nach § 124 StVollzG erhöht die Arbeitsbelastung für das Behandlungspersonal, weil die so frei werdenden Plätze wieder belegt werden. Zusätzliche Aufgaben für die Mehrzahl der aus der sozialtherapeutischen Abteilung entlassenen Klienten für eine wirksame Nachsorge erscheinen ohne zusätzliches Personal kaum leistbar. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist es notwendig, in jedem Einzelfall zu verabreden, ob und wie die Mitarbeiter der sozialtherapeutischen Einrichtung in die Aufgaben der Bewährungshilfe oder Führungsaufsicht eingebunden sind.

Bei dieser Aufgabenverteilung ist die Entlassungsadresse von Bedeutung. In einem großen Bundesland wie Niedersachsen ist die Anbindung an die Sozialtherapeutische Abteilung in Lingen nur möglich, wenn die für die Klienten und Mitarbeiter zu überwindenden Entfernungen zumutbar sind. Große Entfernungen sind auch für die Inanspruchnahme von Kriseninterventionsangeboten ein Hindernis. Deshalb wird im Verbund der sozialtherapeutischen Einrichtungen Niedersachsens über Vernetzungen nachgedacht.

8. Schlussbemerkung

Kognitiv-behaviorale Programme erweitern und optimieren gegenwärtig das Angebot in Einrichtungen zur Behandlung von Straftätern, insbesondere zur Behandlung von Sexualstraftätern erheblich. Sie greifen die Bereiche auf, die sich seit einiger Zeit als Quintessenz aus der Behandlungsforschung ergeben haben: sie setzen an kriminogenen Faktoren an, verändern gezielt Denkmuster und Fähigkeiten zur Selbstkontrolle, legen Schwerpunkte auf die Rückfallprävention und liefern eine gute Basis für eine effektive Nachsorge, in die sich externe Kräfte integrieren lassen. Manualisierte Gruppenprogramme sind außerdem ökonomisch und dazu geeignet, das „Basispersonal“ effektiver einzubinden.

Dass diese Vorgehensweise wirksam ist, belegt die Rückfallforschung. Eine grundsätzliche Kritik an kognitiv-behavioralen Methoden ist deshalb unangebracht und „vergeudete Energie“ wie *Pfäfflin & Kächel* (2002) treffend bemerken: „Der größte Teil der Energie, der auf den Streit der verschiedenen Psychotherapierichtungen untereinander verwandt wird, ist vergeudet. Nur insoweit die Konkurrenz verschiedener Zugänge die Wahrnehmung schärft und zur Verbesserung von Therapiemethoden und -ergebnissen führt, lohnt sich die Auseinandersetzung. Es gibt keine Methode, mit der allein alle (forensisch-) psychotherapeutischen Aufgaben zu lösen wären. Auf dem Feld der Straftäterbehandlung ist so viel zu beackern, und alle können von Zusammenarbeit nur profitieren, würden sie sich nicht bekriegen bzw. immer nur gegen das Unkraut angehen, das angeblich jeweils die anderen gesät haben“ (S. 261).

Konstruktive Kritik besteht z. B. darin, auf die Gefahr hinzuweisen, die in einer allzu technokratischen, „kochbuchartigen“ Anwendung unter Nichtbeachtung gruppenspezifischer Prozesse liegt und auf die Mängel, die sich ergeben, wenn keine Erprobungsräume innerhalb eines unterstützenden Milieus und außerhalb der Institution bereitgestellt werden und wenn die Nachsorge vernachlässigt wird. Denn auch dies hat die Behandlungsforschung gezeigt: Behandlung ist wirksam, wenn kriminogene Einflüsse und negative Hafteffekte reduziert werden, wenn das Institutionsklima und die therapeutische Beziehung sowie die Gruppenkohäsion stimmen und wenn effektive Entlassungsvorbereitungen und Nachsorge zum Standard des Behandlungskonzepts gehören. Deshalb werden kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme vor allem als Baustein in einem integrativen Gesamtkonzept ihre optimale Wirksamkeit entfalten.

Literatur

- Alexander, M.* (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse* 11, No. 2 (<http://inpsyte.asarian-host.org/alexander.htm>).
- Beck, A. T.; Rush, J.; Shaw, B. & Emery, G.* (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A. T. & Freemann, A.* (1995). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 3. Aufl., Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beech, A.; Fisher, D. & Beckett, R.* (1999). STEP 3: An evaluation of the prison Sex Offender Treatment Programme. A report for the Home Office, Nov. 1998. Crown.

- Beier, K. M.* (1997). Prognose und Therapie von Sexualstraftätern aus sexualmedizinischer Sicht. *Kriminalpädagogische Praxis* 25, (Heft 37), 13–25.
- Berner, W. & Becker, K. H.* (2001). „Sex Offender Treatment Programme“ (SOTP) in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg-Nesselstraße. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus. S. 206-217.
- Egg, R., Kälberer, R., Specht, F. & Wischka, B.* (1998). Bedingungen der Wirksamkeit sozialtherapeutischer Maßnahmen im Justizvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 47 (6), 348-351.
- Egg, R., Pearson, F. S., Cleland, C. M. & Lipton, D. S.* (2001). Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland: Überblick und Meta-Analyse. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, S. 321-247.
- Elz, J.* (2001). *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Mißbrauchsdelikte*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Elz, J.* (2002). *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Gewaltdelikte*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Freese, R.* (2004). Effektivität ambulanter Straftäterbehandlung am Beispiel der Forensischen Fachambulanz Hessen. In: G. Rehn, R. Nanninga & A. Thiel (Hrsg.). *Freiheit und Unfreiheit: Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges*. Herbolzheim: Centaurus, S. 3447-457.
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B. & MacKenzie, D. L.* (2001). Effectiveness of sex offender treatment programs. (<http://www.wam.umd.edu/~wilsondb/papers/sexoffender.pdf>).
- Hall, G. C. N.* (1996). *Theory-Based Assessment, Treatment, and Prevention of Sexual Aggression*. New York; Oxford: Oxford University.
- Hanson, R. K. & Bussière, M. T.* (1998). Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hasenpusch, B.* (2002). Stand der Erweiterung der Sozialtherapie sowie des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter in Niedersachsen und Überlegungen zu einer ambulanten Nachsorge für Sexualstraftäter. In: *Expertenkolloquium „Sozialtherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern“*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, S. 61-66.

- Kröger, U.* (2004). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern im niederländischen Maßregelvollzug. In: G. Rehn, R. Nanninga & A. Thiel (Hrsg.). Freiheit und Unfreiheit: Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges. Herbolzheim: Centaurus, S. 324-336.
- Kröniger, S.* (2002). Sozialtherapie im Strafvollzug 2002: Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung vom 31.3.2002. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Laws, R.* (1989). Relapse Prevention with Sex Offenders. New York; London: Guilford Press.
- Lösel, F.* (1994). Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In M. Steller, K.-P. Dahle & Basqué, M. (Hrsg.), Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. Pfaffenweiler: Centaurus, S. 13-34.
- Lösel, F.* (2001). Behandlung oder Verwahrung? Ergebnisse und Perspektiven der Interventionen bei „psychopathischen“ Straftätern. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.), Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, S. 36-53.
- Lösel, F. & Bender, D.* (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In Steller, M. & Volbert (Hrsg.). Psychologie im Strafverfahren: ein Handbuch. Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 171-201.
- Mann, R. E.* (1999). Kognitiv-behaviorale Therapie von inhaftierten Sexualtätern in England und Wales. In G. Deegener (Hrsg.). Sexuelle und körperliche Gewalt: Therapie jugendlicher und erwachsener Täter. Weinheim: Psychologie Verlags Union. S. 340-360.
- Marshall, W. L., Laws, D. R. & Barbaree, H. E.* (Eds.) (1990). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender. New York: Plenum Press.
- McGuire, J.* (Ed.) (1995). What Works: Reducing Reoffending. New York: Wiley.
- McGuire, J.* (2000). Cognitive-behavioural approaches – An introduction to theory and research. (<http://www.homeoffice.gov.uk/hmprob/hmprob.htm>).
- Müller-Isberner* (1998). Prinzipien der psychiatrischen Kriminaltherapie. In R. Müller-Isberner & S. Gonzalez Cabeza (Hrsg.). Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose. Mönchengladbach: Forum, S. 51-63.

- Nedopil, N.* (2002). Klinische Prognose und Risikoeinschätzung. In B. Wischka, J. Jesse, W. Klettke & R. Schaffer (Hrsg.). Justizvollzug in neuen Grenzen: Modelle in Deutschland und Europa. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, S. 168-179.
- Nuhn-Naber, C., Rehder, U. & Wischka, B.* (2002). Behandlung von Sexualstraftätern mit kognitiv-behavioralen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 85, 271-281.
- Perkins, D., Hammond, S., Coles, D. & Bishopp, D.* (1998). Review of sex offender treatment programmes. Department of Psychology/Broadmoor Hospital. Prepared for the High Security Psychiatric Services Commissioning Board (HSPSCB) (<http://www.ramas.co.uk/report4.pdf>).
- Pfäfflin, F.* (2001). Rückfallpräventionsprogramme für Sexualstraftäter. Recht & Psychiatrie, 19, 140-151.
- Pfäfflin, F. & Kächel, H.* (2002). Muss forensische Psychotherapie neu erfunden werden? In B. Wischka, J. Jesse, W. Klettke & R. Schaffer (Hrsg.). Justizvollzug in neuen Grenzen: Modelle in Deutschland und Europa. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, S. 254-271.
- Pithers, W. D.* (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In W. L. Marshall, R. D. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender. New York: Plenum Press, S. 343-361.
- Pitzing, H. J.* (2004). Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern. Ist Therapie mit Kontrolle vereinbar? . In: G. Rehn, R. Nanninga & A. Thiel (Hrsg.). Freiheit und Unfreiheit: Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges. Herbolzheim: Centaurus, S. 458-469.
- Rehder, U.* (2002). Ziel und Umfang der Behandlungsuntersuchung. In B. Wischka, J. Jesse, W. Klettke & R. Schaffer (Hrsg.). Justizvollzug in neuen Grenzen: Modelle in Deutschland und Europa. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, S. 180-198.
- Rehder, U.* (2004). Theoretische Überlegungen zu einem Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter. 18. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie: Krank und/oder kriminell? Behandlungs- und Organisationsmodelle der Forensik, 5. bis 7. März 2003 in Lippstadt. Dortmund: PsychoGen Verlag (in Vorbereitung).

- Rehder, U., Fistéra, P., Frank, A., Griepenburg, P., Karsten, R., Specht, F., Weßels, O., Wischka, B., Bennefeld-Kersten, K. & Hasenpusch, B. (1998). Sexualstraftäter im Justizvollzug: Bericht der vom Niedersächsischen Ministerium der Justiz und für Europaangelegenheiten eingesetzten Arbeitsgruppe. Hannover: Selbstverlag.
- Rehder, U. & Wischka, B. (2002). Behandlung von Sexualstraftätern: Meta-Evaluationsergebnisse und Folgerungen für die Entwicklung von Behandlungskonzepten. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30, Heft 42, 70-76.
- Rehn, G. (1990). Sozialtherapie: Strafvollzug plus Behandlung? Kritische Bemerkungen am Beispiel sozialtherapeutischer Abteilungen. *Kriminalpädagogische Praxis* 18, Heft 30, 7-13.
- Rehn, G. (2000). Kommentierung zu §§ 9 und 123 ff. StVollzG. In J. Feest (Hrsg.). *Alternativkommentar zum Strafvollzugsgesetz*. Neuwied und Darmstadt: Luchterhand.
- Rehn, G. (2001). „Wer A sagt ...“ – Haftplätze und Haftplatzbedarf in Sozialtherapeutischen Einrichtungen. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, S. 264-275.
- Rooke, A. (2002). Das Sex Offender Treatment Programme (SOTP) in England und Wales. In B. Wischka, J. Jesse, W. Klettke & R. Schaffer (Hrsg.). *Justizvollzug in neuen Grenzen: Modelle in Deutschland und Europa*. Lingen: *Kriminalpädagogischer Verlag*, S. 271-287.
- Rüther, W. (1998). Internationale Erfahrungen bei der Behandlung von Sexualstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 81, 246-262.
- Seto, M. C. & Barbaree, H. E. (1999). Psychopathy, Treatment Behavior, and Sex Offender Recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 12, 1235-1248.
- Specht, F. (1993). Entwicklung und Zukunft der Sozialtherapeutischen Anstalten im Justizvollzug der Bundesrepublik Deutschland. In: R. Egg (Hrsg.). *Sozialtherapie in den 90er Jahren*. Wiesbaden: *Kriminologische Zentralstelle*, 11-17.
- Thiel, A. & Fuchs, A. (2004). Das Sex-Offender Treatment Programme (SOTP) im Hamburger Strafvollzug. In: G. Rehn, R. Nanninga & A. Thiel (Hrsg.). *Freiheit und Unfreiheit: Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges*. Herbolzheim: Centaurus, S. 307-323.

- Ward, T. & Hudson, S. M.* (2000). A self-regulation model of relapse prevention. In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders*. Thousand Oaks: Sage, S. 79-101.
- Wischka, B.* (2000). Möglichkeiten der Behandlung von Sexualstraftätern im niedersächsischen Justizvollzug. In: Egg, R. (Hrsg.). *Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Folgerungen aus den Gesetzesänderungen*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, S. 201-248.
- Wischka, B.* (2004a). Gesetzliche Rahmenbedingungen und Erfolgsaussichten für die Behandlung von Sexualstraftätern. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch. Band 1: Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe, S. 599-622.
- Wischka, B.* (2004b). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS): Entwicklung – Inhalte – Erfahrungen. In: M. Osterheider (Hrsg.). *Forensik 2003: Krank und/oder kriminell? 18. Eickelborner Fachtagung*. Dortmund: PsychoGen Verlag, S. 74-86.
- Wischka, B., Foppe, E., Griepenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U.* (2004). *Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag (in Vorbereitung).
- Wischka, B., Rehder, U., Nuhn-Naber, C., Griepenburg, P. & Foppe, E.* (2004). *Sexualstraftäter: Grundlagen der Behandlung in Institutionen*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag (in Vorbereitung).
- Wischka, B. & Specht, F.* (2001). Integrative Sozialtherapie: Mindestanforderungen, Indikation und Wirkfaktoren. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, S. 249-263.

Nachsorge im niedersächsischen Maßregelvollzug

Jürgen-Helmut Mauthe

Vielen Dank, Herr Professor *Egg*, für die Einladung.*

Wie Sie aus der Folie entnehmen mögen, trete ich hier für den Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen auf und möchte Anmerkungen zur Nachsorgeentwicklung in diesem Bundesland machen. Ich spreche damit also nicht für die Landesregierung und nicht für das Ministerium, bin aber beratend tätig und habe in dieser Funktion, zusammen mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen kürzlich einen umfangreichen Expertenbericht zu Problemen des Maßregelvollzugs in Niedersachsen mit entsprechenden Empfehlungen vorgelegt. Darin geht es auch um Qualitätsstandards bei der Begutachtung, um Probleme der Begrenzung im Maßregelvollzug, aber auch um Fragen der Nachsorge. Ich darf an dieser Stelle erwähnen, dass Sie, Herr Professor *Egg*, uns bei dieser Arbeit, neben anderen ausgewiesenen Experten, beraten haben; die Arbeit liegt dem Ministerium nunmehr vor. Zentrale Anliegen dieses Berichtes, die aus meiner Sicht zu wenig beachtet werden, sind zum einen der kommunikativen Aspekt, d. h. um die Betrachtung und Veränderung informeller Strukturen, zum anderen um eine systemische Beurteilung des Maßregelvollzugs als Ganzes und schließlich haben wir uns zur Aufgabe gestellt, sozialpsychiatrische Grundannahmen auch im Bereich der Forensik zur Geltung zu bringen.

Der informelle Ansatz bedeutet, dass an vielen Stellen kommunikativ vermittelt werden muss, auch um die „öffentliche Angst“ zu relativieren, die systemische Betrachtung ist erforderlich, um die Dinge nicht nur punktuell sondern entsprechend der Dynamik im Maßregelvollzug mit den verschiedenen Einflussgröße und Steuerungsmöglichkeiten zu behandeln und der sozialpsychiatrische Ansatz bedeutet, dass im Einklang mit den rechtlichen Zielsetzungen der rehabilitative und integrative Aspekt beibehalten und auch im Rahmen des Maßregelvollzugs umgesetzt werden soll. Wir verfügen über genügend Erfahrungen im Bereich der Entwicklung in der Allgemeinpsychiatrie, von denen der Maßregelvollzug profitieren kann und sollte: Öffentlichkeitsarbeit, systemischen Betrachtung, Netzwerkbildung oder die Verzahnung verschiedener Hilfsangebote sind im Bereich der Sozialpsychiatrie Gang und Gäbe und sollten mehr und mehr auch in die Entwicklungen der forensischen Psy-

* Der Vortragsstil wurde beibehalten.

chirurgie Eingang finden. Voraussetzung hierfür ist u. a. ein fachöffentlicher Dialog zwischen Psychiatrie bzw. Psychologie und Justiz, der i. S. einer positiven Wendung die Chancen einer Weiterentwicklung der forensischen Psychiatrie insbesondere auch im Bereich der Nachsorge thematisiert.

Auf der nächsten Folie sehen Sie im Überblick, wozu ich im Folgenden Stellung nehmen will:

Nachsorge im niedersächsischen Maßregelvollzug

- Allgemeine Daten
- Anmerkungen zur Entwicklung
- Ergebnisse einer Umfrage
- Aktuelle Empfehlungen
und Planungen
- Resümee

Es sind allgemeine Daten, Anmerkungen zur Entwicklung, Ergebnisse einer Umfrage, die mein Mitarbeiter Herr *Krause*, der Leitender Arzt des Bereiches Maßregelvollzug im Landeskrankenhaus Königslutter ist, durchgeführt hat sowie aktuelle Empfehlungen und Planungen, die in einem Resümee enden sollen.

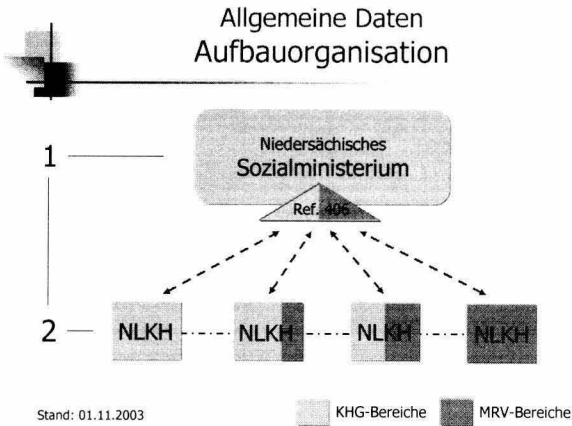
Ich darf an dieser Stelle auch auf die Arbeit von Herrn *Benter* von der Forensischen Ambulanz in Göttingen hinweisen, der sich unter den Zuhörern befindet und sicher ergänzend Stellung nehmen kann, wenn dies erforderlich sein sollte.

Niedersächsische Landeskrankenhäuser

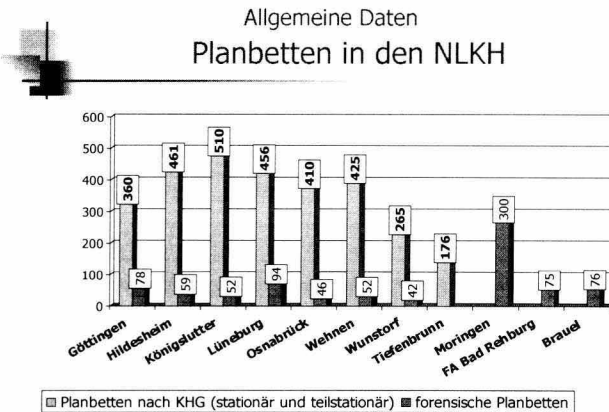


Die Übersichtsfolie zeigt das Land Niedersachsen und die dortigen Landeskrankenhäuser. Niedersachsen hat 7,9 Mio. Einwohner und die Versorgung im Maßregelvollzug wird ausschließlich von den Landeskrankenhäusern Moringen, Brauel, Hildesheim, Lüneburg, Königslutter, Osnabrück, Wunstorf/Bad Rehburg und Wehnen vorgenommen. Bad Rehburg, Moringen und Brauel sind überwiegend oder ausschließlich Einrichtungen für die Durchführung des Maßregelvollzugs nach § 63 bzw. § 64 StGB.

Die Niedersächsischen Landeskrankenhäuser sind unmittelbar dem Ministerium nachgeordnet und die organisatorische Zuständigkeit ist im Wesentlichen in einem Referat versammelt worden. Diese zentralen Dienste sind im Vergleich wohl zu allen anderen Bundesländern, in denen zentrale Zuständigkeiten bestehen, ausgesprochen knapp besetzt, sodass für Fragen des Maßregelvollzugs, je nachdem, wie man rechnet, praktisch nur 2 - 3 Kräfte zuständig sind. Dieser geringe Zentralisationsgrad ist aus meiner Sicht auch das „Geheimnis“ für die relativ geringe Rate an Zwischenfällen im niedersächsischen Maßregelvollzug: Die Verantwortung liegt vor Ort und das ist richtig so, denn der, der die Betroffenen kennt, soll die Versorgungsbedingungen herstellen und sicherstellen und das gilt im Übrigen auch und gerade für die Nachsorge. Das Prinzip, die Entscheidungskompetenz und die Verantwortung vor Ort zu bringen und zu belassen, hat sich in Niedersachsen so entwickelt und, jedenfalls in soweit, auch bewährt.



Die allgemeinen Daten – Planbetten der Landeskrankenhäuser – weisen die Zahl der Behandlungsplätze im KHG-Bereich und im Maßregelvollzugsbereich aus. Das ist allerdings der Plan, die Ist-Zahlen sind ganz anders und wesentlich höher.



Länderumfrage

Forensische Planbetten / 100.000 E.

Land	Einwohner	Planbetten	Planbetten je 100.000 E.
Thüringen	2.431.000	132	5,43
Nordrhein-Westfalen	18.010.000	1150	6,38
Baden-Württemberg	10.524.000	703	6,68
Brandenburg	2.602.000	187	7,19
Bremen	660.000	55	8,33
Hamburg	1.715.000	157	9,15
Niedersachsen	7.926.000	831	10,48
Berlin	3.382.000	376	11,12
Bayern	12.230.000	1400	11,35
Sachsen-Anhalt	2.615.000	315	12,05
Saarland	1.069.000	150	14,03

Stand: 7/2002

Im Rahmen unserer Untersuchungen haben wir eine Erhebung durchgeführt und die Zahl der Planbetten für den Maßregelvollzug pro 100.000 Einwohner je Bundesland erfragt. Es haben leider nicht alle Länder, jedoch die Mehrzahl geantwortet und Sie sehen hier 10,8 Planbetten, für Niedersachsen. Dies ist relativ hoch, wenn Sie etwa die Zahlen von Thüringen damit vergleichen, allerdings betrifft dies die Situation vor der dortigen Privatisierung. Danach wird sich das ändern und ich darf auch etwas provokativ sagen: Der Maßregelvollzug wird zunehmen als Geschäft entdeckt: Was gibt es sozusagen Besseres als ein Hotel, dessen Belegung man ebenso selbst bestimmt wie die Aufenthaltsdauer der Gäste, wobei die täglichen Kosten verbindlich von Dritten – vom Land – und zwar nach dem alten Selbstkostendeckungsprinzip übernommen werden: Was an Kosten entstanden ist, wird auch erstattet. Ich denke, der relativ hohe Wert für Sachsen-Anhalt – ebenso ein neues Bundesland wie Thüringen – lässt sich zumindest auch von daher erklären.

Herr *Leygraf* hat ja heute morgen zu Recht erklärt, dass Menschen in Baden-Württemberg nicht gefährlicher als in Schleswig Holstein, in Hamburg oder in Sachsen-Anhalt sind, gleichwohl sind die Unterbringungsraten hier und dort unterschiedlich und ebenso die Unterbringungsauern. Es sind eben, um es zu wiederholen, vielfach informelle Strukturen, die man entdecken und entziffern muss, um solche Unterschiede klarzulegen.

Anmerkungen zur Entwicklung

„Zielkonzeption für den Maßregelvollzug
2000 in Niedersachsen“ (3/1997)

- Dezentralisierung mit Kriterien zur Aufnahme in einzelne Einrichtungen
- Auf- und Ausbau teilstationärer und ambulater Versorgungsstrukturen
- Kooperation zwischen stationären und ambulanten Diensten
- Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes
- Impulse für die forensische Psychiatrie durch den eingerichteten Lehrstuhl an der Universität Göttingen
- Erwartete Bettenzahl für 2003: 547

Kersting, 1997, 2001

Die zentralen Planungsüberlegungen in Niedersachsen aus dem Jahre 1997 sind sozusagen im Jahr 2001 in praktisch gleicher Form „upgedatet“ worden. Was die einzelnen Punkte angeht: Die Dezentralisierung ist erfolgt – wenngleich die quantitative Entwicklung weit über die Planzahl von 547 hinausgegangen ist, aktuell sind rd.1000 Patienten in Niedersachsen im Maßregelvollzug untergebracht –, Kriterien zur Aufnahme in einzelne Einrichtungen gibt es bisher nur ansatzweise und der Auf- und Ausbau teilstationärer und ambulater Versorgungsstrukturen ist nur rudimentär entwickelt. Die Kooperation zwischen stationären und ambulanten Diensten ist im Bereich des Maßregelvollzugs ebenfalls nur ansatzweise, jedoch über den Landesfachbeirat und die Psychiatrie Akademie in Königslutter in mehreren regionalen Veranstaltungen zumindest in die laufende Diskussion gebracht worden. Dabei hat sich ein starker Widerstand und viel Angst bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der traditionellen sozialpsychiatrischen Versorgungsnetze gezeigt, die überwiegend die Auffassung vertreten, dass sie mit der Nachsorge forensischer Patienten überfordert seien, was durchaus nachvollziehbar und begründbar ist: Der unmittelbare Übergang von der Psychiatrie des Maßregelvollzuges in die allgemeine Versorgungspsychiatrie ist grundsätzlich nicht ohne Zwischenschritt vertretbar. Das Maßregelvollzugsgesetz von 1982 ist bisher nicht novelliert worden, wobei eine derartige Gesetzesänderung zum jetzigen Zeitpunkt auch mit vielen Unwägbarkeiten verbunden wäre. Es ist auch nachvollziehbar, dass von dem eingerichteten Lehrstuhl für Forensische Psychiatrie an

der Universität Göttingen Impulse erwartet worden sind, über die Ergebnisse lassen Sie mich bitte schweigen.

Anmerkungen zur Entwicklung II

Ambulante (und stationäre) Nachbetreuung in Niedersachsen (§63 StGB)

- **Projekt Reintegration:** Die Erschließung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote ist gescheitert¹.
- **Heimbetreuung** (N= 29,2 Heime) aufwendig, bei entspr. Strukturierung geeignet **ambulante Nachbetreuung** (NLK G6, N=23) erfolgreich, insges. uneinheitlich².
- Psychiatrische Wohnangebote grundsätzlich geeignet, jedoch **besondere Problematik bei „Persönlichkeitsstörungen“**³.
- Wohnangebote sind quantitativ unzureichend bei „**zweifelhaften Anbietern**“⁴.
- **Entgeltsituation:** Zuschlag in Höhe von ~10 €/tgl. zum Pflegesatz bis ~75 €⁵.
- **Ergebnisse ambulanter Behandlung** (NLK Göttingen): N=34 (seit 10/93), überw. Persönlichkeitsstörungen, überw. selbständig lebend, Rückfallzahl rel. gering: <6%⁶.
- **Modellrechnung** für ambulante Nachsorge: ~571 €/Fall/Quartal⁷.
- **Gemeindepsychiatrische Vorbereitung:** Tagungen zur ambulanten psychiatrischen Versorgung ehemaliger forensischer Patienten⁸.
- **Exposé:** Empfehlungen zur Entwicklung des MRV in Niedersachsen⁹.

¹ Schott, 1996, ² Pozsár, 2001, ³ Boyan, 2001, ⁴ Ausschussbericht nach NPsychKG, 2003.

⁵ überörtl. Sozialhilfeträger, 12/2000 ⁶ Benter, 2003, ⁷ Spengler, 2002, ⁸ Psychiatrie Akademie, 2001 - 2002, ⁹ Mauthe, 2003

Einige wesentliche Projekte, die in Niedersachsen durchgeführt worden sind, sind in der obigen Folie, allerdings nur kurz, zusammengefasst worden. Was das erstgenannte Projekt der Reintegration forensischer Patienten betrifft, so ist es, ich darf hier Herrn *Schott* zitieren, „gescheitert“. Es hat sich hier schon gezeigt, und ich verkürze das etwas, dass der direkte Schritt von der Maßregelvollzugseinrichtung in die gemeindepsychiatrische Versorgung zu groß oder zu schwierig ist, und dies selbst in dem in vieler Hinsicht vorbildhaft sozialpsychiatrisch organisierten Bereich Hannover. Es sei auch auf die Arbeit von Frau *Pozsár* hingewiesen, die eine uneinheitliche Versorgung im Heimbereich, aber gleichzeitig auch die Notwendigkeit einer ambulanten Nachbetreuung betont hat. Im Wesentlichen gibt es in Niedersachsen zwei Heime, die ausdrücklich Maßregelvollzugspatienten, sei es im Probewohnen, sei es nach ihrer bedingten Entlassung, aufnehmen. Dies ist nicht zentral so organisiert worden, sondern es hat sich, wie vieles hier, so ergeben. Um auch das offen zu sagen: Man fragt sich, wie dies geleistet werden kann, auch in Anbetracht der zum Teil sehr niedrigen Pflegesätze und damit des großen zumindest ökonomischen Abstandes zur Situation im Maßregelvollzug selbst. An dieser Stelle wird einiges, und das nicht nur ökonomisch, weiter zu entwickeln sein. Ich will auch kurz auf die Ergebnisse der Göttinger Ambulanz hinweisen, die

Fallzahl ist nicht sehr groß und die geringe Rückfallrate von $< 6\%$ ist sehr beachtenswert, wird aber dadurch auch relativiert. Hinweise auf die Problematik der Nachsorge insbesondere bei persönlichkeitsgestörten Tätern finden sich in mehreren Projekten und Arbeiten, nicht zuletzt auch in unserem Exposé, das hier am Schluss aufgeführt worden ist.

Das Problem beginnt aber früher, nämlich bei der Zuordnung derart – jedoch nicht im medizinischen Sinne – gestörter Täter zu dem Rechtsbegriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“. Wenn die Eingangsschwelle für die Unterbringung im Maßregelvollzug an dieser Stelle relativ niedrig ist, so steigt, und diese Entwicklung ist ja erkennbar, die Zahl persönlichkeitsgestörter Straftäter im Maßregelvollzug an, eine Problemgruppe, mit der erfolgreich therapeutisch zu arbeiten – auch im Bereich der Nachsorge – außerordentlich schwierig ist. Um es pointierter zu formulieren: Mir ist kürzlich ein Gutachten vorgelegt worden, dessen Ergebnis vom zuständigen Schwurgericht akzeptiert worden ist, in dem lediglich in wenigen Sätzen auf die Gesamtproblematik der Feststellungen einer Persönlichkeitsstörung, der Zuordnung zu einem der Rechtsbegriffe in den §§ 20, 21 StGB und der Notwendigkeit der Unterbringung eingegangen worden ist. Es handele sich um eine „narzisstische Störung“, so meinte der Gutachter, dies entspreche dem Rechtsbegriff der schweren anderen seelischen Abartigkeit und ohne Therapie werde es gefährlich. Das hat ausgereicht. Aber es darf nicht ausreichen, wenn es um eine derart einschneidende Maßnahme wie eine möglicherweise lebenslange Unterbringung geht.

Das Wohngruppenangebot, das hat der Psychiatrieausschuss des Landes Niedersachsen festgestellt, sei quantitativ unzureichend und die Anbieter zum Teil zweifelhaft – nun, wo sind Anbieter nicht manchmal zweifelhaft?

Die Entgeltsituation ist aus meiner Sicht derzeit zu gering, um ordentlich arbeitende Heime zu veranlassen, sich diesem Personenkreis verstärkt zu öffnen.

Forensische Ambulanzen gibt es, abgesehen von der Ambulanz in Göttingen, deren Entgeltsituation mir nicht genau bekannt ist, nicht. Es gibt Modellrechnungen für den ökonomischen Aufwand in der Nachsorge, in denen von 571 Euro pro Fall pro Quartal gesprochen wird, das ist zu niedrig. In Nordrhein-Westfalen rechnet man, angelehnt an Hessen, mit 10 Euro pro Tag, also fast 1000 Euro pro Quartal, was nicht nur aus meiner Sicht angemessener ist.

Die Diskussion ist in Niedersachsen noch im Gange, aber ich vertrete im Einklang mit den meisten Fachleuten die Auffassung, dass die allgemeine psychiatrische Ambulanz mit der Versorgung dieser Patientengruppe überfordert ist, es bedarf spezifischer forensischer Ambulanzen, schon weil die Krankenkas-

sen, zumindest zu einem wesentlichen Teil, nicht zur Kostenerstattung herangezogen werden können. Zudem bedarf es eben spezifischer Kenntnisse im forensischen Bereich, um solche Nachsorgefunktionen verantwortlich wahrnehmen zu können. Erst dann und sozusagen in einem „zweiphasigen Übergang“ kann das übliche psychiatrische Versorgungsnetz sicher erreicht werden.

Auf den nächsten Folien sehen Sie die aktuelle Entgeltsituation in Niedersachsen und die Entwicklung der Belegungssituation im Maßregelvollzug.

Aktuelle Zahlen für Niedersachsen

Belegung am 01.09.2003

§ 63 StGB	744
§ 64 StGB	221
§ 126a StPO	59

Gesamt: 1024 Patienten

Verweildauer (NLK Moringen)

1996:	3,95 Jahre
1999:	4,90 Jahre
2002:	6,50 Jahre

Quelle: Nieders. Sozialministerium

Entgeltaufwendungen 2002

(§ 63 u. §64 StGB)
65.657.000,00 €

(Entgeltaufwendungen 2007

-Hochrechnung-
106.075.000,00 €)

Pflegesätze für 2003

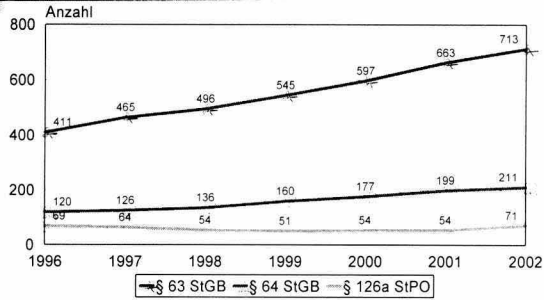
199,58 € Unterbringung nach § 63 StGB
im **Regelvollzug**

193,16 € Unterbringung gemäß § 64 StGB wg.
sonstiger Suchtstoffkrankungen

211,42 € Unterbringung gemäß § 64 StGB
wegen Betäubungsmittelabhängigkeit

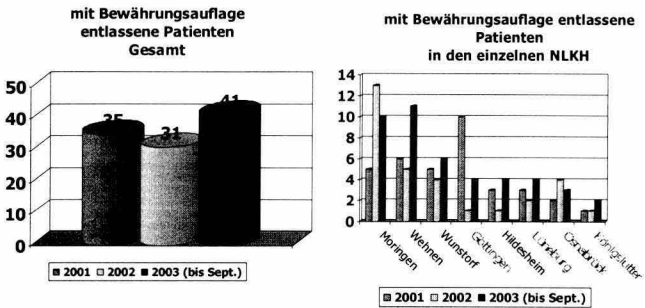
295,89 € Aufnahme intensiv (nur Moringen
und Göttingen)

Anmerkungen zur Entwicklung
Anzahl der Patienten im Maßregelvollzug
in Niedersachsen



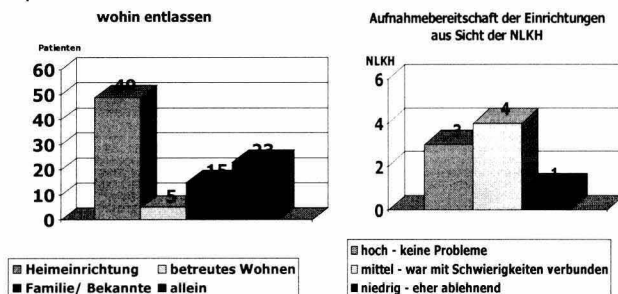
Die weiteren Folien, die ich nicht im Einzelnen zu erklären brauche, sind das Ergebnis einer Umfrage von Herrn Kollegen Krause mit zum Teil naturgemäß kleinen Zahlen, die eine statistische Aussage nicht zulassen, aber immerhin Trendergebnisse.

Umfrage
Mit Bewährungsauflage bedingt entlassene
Patienten (§63 StGB) seit 2001



Krause, 2003

Umfrage Entlassungsziel und Aufnahmebereitschaft (§63 StGB) seit 2001



Krause, 2003

Man erkennt daraus, dass Patienten überwiegend in Heimbereichen entlassen werden, aber ein strukturierter Übergang ist dies nicht, es ergibt sich jeweils aus den regionalen Gegebenheiten und den dortigen Verbindungen, abgesehen von den beiden Nachsorgeeinrichtungen in Bad Rehburg bzw. in Friedland, die sich schwerpunktmäßig um entlassene Maßregelvollzugspatienten kümmern.



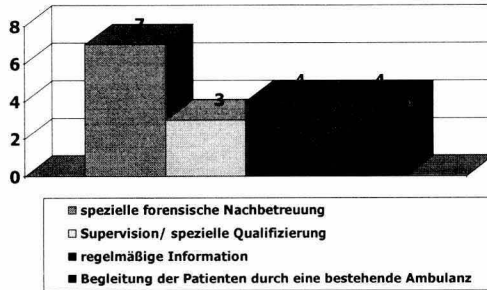
Krause, 2003

Nach alledem, was wir wissen und worauf ich auch schon hingewiesen habe, ist es nahe liegend, dass bestimmte Delikte als besonders problematisch für die Aufnahme in nachsorgende Einrichtungen angesehen werden. Dies gilt natürlich für Sexualdelikte oder Tötungsdelikte.

Die Angaben zur aktuellen ambulanten Betreuung der Landeskrankenhäuser sind sehr uneinheitlich und nicht ganz zu klären. Offensichtlich werden viele Patienten ambulant „irgendwie“ nachbetreut, in Göttingen ist dies am klarsten organisiert, weitere forensische Spezialambulanzen gibt es in vergleichbarer Form noch nicht, Institutsambulanzen sind mehr oder weniger stark beteiligt, am stärksten wohl in Wunstorf.

Die nächsten Folien sind selbsterklärend, wobei ich ausdrücklich darauf hinweisen möchte, dass aus der fachlichen Sicht der überwiegenden Mehrheit der Landeskrankenhäuser die Notwendigkeit gesehen wird, forensische Patienten durch die in diesem Bereich erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachsorgend betreuen zu lassen.

Umfrage
Benötigte Hilfestellungen für nachsorgende Einrichtungen

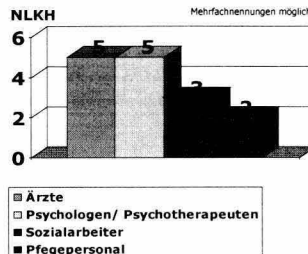


Krause, 2003

Umfrage
Personelle ambulante Betreuung forensischer Patienten

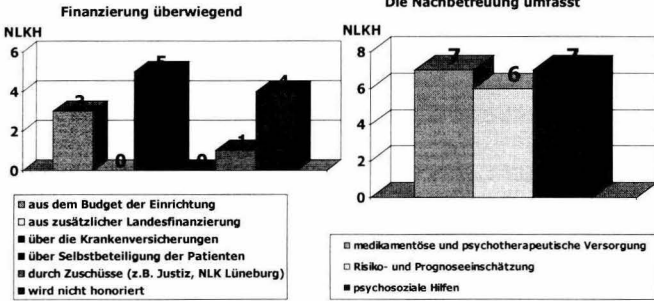
- 8 NLKH halten es für fachlich notwendig, die forensischen Patienten durch die klinisch-forensischen Mitarbeiter nachsorgend zu betreuen.
- 1 NLKH hält es für denkbar, die forensischen Patienten an die Institutsambulanz (andere Mitarbeiter) zu übergeben.

Personelle ambulante Betreuung forensischer Patienten überwiegend durch



Krause, 2003

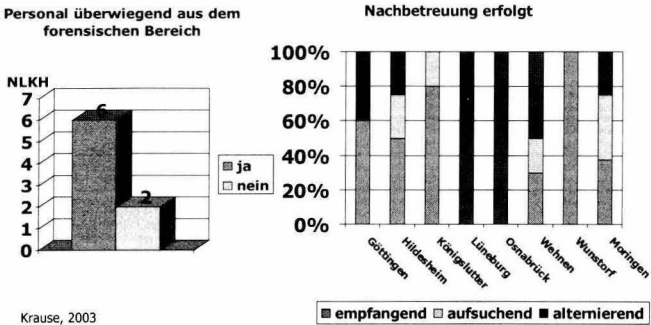
Umfrage Finanzierung und Umfang forensischer Nachbetreuung



Krause, 2003

Mehrfachnennungen möglich

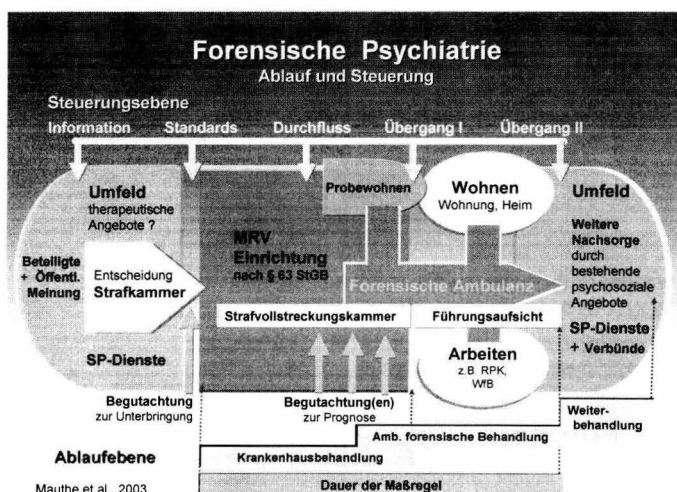
Umfrage Art der Nachbetreuung



Krause, 2003

Auch die Finanzierungsformen sind augenscheinlich unterschiedlich und möglicherweise, was nicht verwundert, auch die Art der Nachbetreuung, wenngleich das Personal überwiegend, was ja fachlich richtig ist, aus dem forensisch-psychiatrischen Bereich der Landeskrankenhäuser kommt.

In der nächsten Folie, die aus unserem Exposé stammt, haben wir versucht, den Bereich der forensischen Psychiatrie in einer Art Schaubild zusammenzufassen, das die Wege und die Steuerungsmöglichkeiten im Bereich der forensischen Psychiatrie deutlich macht.



Auf die Eingangssteuerung, auf die ich kurz eingegangen bin, will ich nicht erneut abheben, allerdings ist es eben schon von Bedeutung, wer im Bereich des Maßregelvollzugs als Patient betreut wird, ob es sich um psychotische Patienten handelt, mit denen die Psychiatrie seit langem und immer schon vertraut ist, oder um – im Sinne von *Hare* – „psychopathische“ Menschen, die charakterologisch und nach ihrem Verhaltensrepertoire Rückfalltätern näher stehen als psychisch Kranken im engeren Sinne.

Im Rahmen dieses Vortrages möchte ich im Hinblick auf diese Übersicht den Fokus auf den Übergang mit der Unterstützung durch forensische Ambulanzen richten. Es soll, wie erwähnt, ein „zweiphasiger Übergang“ sein, der in seiner ersten und in der Regel auch jahrelangen Phase durch eine spezifische forensische Ambulanz mit entsprechend geschulten und erfahrenen Mitarbei-

tern geleistet werden soll. Der kurze Schritt in das übliche psychiatrische Versorgungssystem ist zu riskant und in dieser Form daher fachlich nicht empfehlenswert. Insofern werden sozialpsychiatrische Grundsätze auf allerdings modifizierte Weise auch für den Bereich der Nachsorge im Maßregelvollzug angewandt: Das Ziel bleibt die Reintegration, der Weg ist jedoch mehrschrittiger und es bedarf in jedem Fall der fachlichen Absicherung in einem spezifischen Netzwerk, was in Niedersachsen allerdings erst auf- und ausgebaut werden muss.

Empfehlungen Verbesserung der Nachsorge

- **Einrichtung ambulanter forensischer Nachsorgeangebote**
 - Spezialisierung
 - Besondere Gestaltung
- **Ausbau stationärer komplementärer Angebote**
 - Ausbau bestehender Einrichtungen
 - Aufbau von Angeboten in größeren, qualifizierten Heimeinrichtungen
- **Prinzip:**
„Kurze Verweildauer, lange Nachsorge“
- **Anreize** zu einem Ausbau des Angebotes im stationären (BSHG-) Bereich
- **Fachliche Unterstützung** dieser Angebote durch ambulante forensische Dienste
- **Schwerpunktbildung** und Etablierung weiterer Ambulanzen nach einem (modellhaften) Erprobungszeitraum
- **Nachsorgeverpflichtung** (Verankerung im MRVG n.F.)
- **Vernetzung** der beteiligten Dienste: Führungsaufsicht/Bewährungshilfe, Nachsorgeeinrichtungen, Sozialpsychiatrische Dienste / Verbünde
- **Fortbildungsmaßnahmen** für die relevanten Berufsgruppen.

Mauthe et al., 2003

Die Empfehlungen gehen daher dahin, entsprechende spezifische ambulante Nachsorgeangebote einzurichten, Heimbereiche durch Anreize zur Aufnahme solcher Patienten zu motivieren, sie aber gleichzeitig fachlich ständig zu unterstützen und zu qualifizieren.

Die Aufnahme der Nachsorgeverpflichtungen in ein Maßregelvollzugsgesetz n. F. ist wünschenswert, aber es bleibt in Anbetracht der finanziellen Situation fraglich, ob dies erreicht werden kann. Erreicht werden muss die Vernetzung aller Beteiligten Institutionen und Dienste und die laufende Qualifizierung im Sinne entsprechender Fortbildungsmaßnahmen. Stationäre Nachsorgeangebote (i. S. des BSHG) sollten dort erweitert werden, wo sie sich bereits bewährt haben und darüber hinaus sollten größere qualifizierte Heimeinrichtungen bevorzugt werden, einerseits, um Betreuungskonstanz zu gewährleisten und andererseits, um einer Stigmatisierung entgegen zu wirken. Dies alles steht so-

zusagen unter dem forensisch-sozialpsychiatrischen Grundsatz: „Kurze Verweildauer, lange Nachsorge“, dies läge im Interesse der Betroffenen, im Interesse der Kostenträger und im Interesse der Öffentlichkeit, jedenfalls dann, wenn dieser Grundforderung qualifiziert und unter Berücksichtigung der Sicherungsbedürfnisse entsprochen wird.

Empfehlungen
Gestaltungsprinzipien der
ambulanten forensischen Nachsorge

- **Kontinuität** - personell und informell
- **Professionalität** (Risikoabschätzung)
- **Erreichbarkeit**
- **Mobilität**
- Möglichkeit zur **Krisenintervention**
- **Kooperation** (Helferkonferenzen / SP-Dienste)
- **Transparenz** für alle relevanten Informationen
- **Qualifizierungskompetenz**
- **„2-phasiger Übergang“**

Die Prinzipien für die Gestaltung ambulanter forensischer Nachsorge sind an anderer Stelle u. a. auch von *Seifert* und *Freese* schon erwähnt worden, ich will sie hier noch einmal schlagwortartig aufführen und meine, dass diese prinzipiellen Forderungen fachlich sehr gut begründet sind und daher unbedingt beachtet werden sollten.

Aktuelle Planungen

Spezialambulanz für Sexualstraftäter


- (Modell) Projekt zwischen MS und MJ (ab 2004)
- NLK Moringen als betreuende Einrichtung
- Standort: Hannover
- Angebot: psychotherapeutische und aufsuchende Hilfen
- Ziel: Verweildauerverkürzung, Reduktion von Wiederaufnahmen
- Finanzierung: Land Niedersachsen
- Finanzvolumen: ~150.000 € / Jahr (?)

In Niedersachsen ist aktuell geplant, eine Spezialambulanz für Sexualstraftäter einzurichten, wobei vorgesehen ist, Straftäter aus dem Justizvollzug sowie aus dem Maßregelvollzug dort zu behandeln, es handelt sich derzeit nicht um mehr als eine erste Planung, wobei auch das geschätzte Finanzvolumen aus meiner Sicht allenfalls knapp ausreichend sein dürfte. Eine nennenswerte Anzahl entlassener Sexualstraftäter aus dem Maßregelvollzug kann mit dieser Ambulanz aus meiner Sicht nicht behandelt werden, dazu bedarf es umfassenderer Angebote.

Weitere Planungen sind im Folgenden aufgeführt, wobei sicher derzeit offen bleibt, inwieweit die stationären Kapazitäten tatsächlich ausgebaut werden müssen.

Aktuelle Planungen

Weitere Maßnahmen

- 
- Stationäre Kapazitätserweiterung (~ 61 Mio. €)
 - „Optimierung der Schnittstellen zwischen Maßregelvollzug und Strafvollzug“
 - Aufbau einer Gutachterkommission („Prognoseteams“) zur Bewertung von Vollzugslockerungen und Entlassungsempfehlungen
 - Vermehrte Qualifizierungs-/ Fortbildungsmaßnahmen
 - „Forcierung wissenschaftlicher Evaluierungen“
 - „kostendämpfende Maßnahmen“ (auch Personalschlüssel)
 - **Einbeziehung der Institutsambulanzen der NLKH**
 - personell an die MRV-Abteilungen gebunden
 - Finanzierung über das Land (i.R. der Pflegesatzverhandlungen)
 - Abrechnungsmodus pauschaliert (?)

Nach meiner Einschätzung, aber dies ist durch die Daten nicht gedeckt, zeigt sich eher wieder eine gewisse Zurückhaltung im Hinblick auf die Unterbringung im Maßregelvollzug, sodass sich, aber damit wage ich mich weit hervor, nicht annehme, dass eine derartige Kapazitätserweiterung notwendig sein wird.

Es soll weiterhin eine Prognosekommission eingerichtet werden, auch um der aktuellen Koalitionsvereinbarung, wonach bei Lockerungsentscheidungen zwei Gutachten vorgelegt werden sollen, entsprechen zu können. Man hat sich hier zumindest verbal an eine vergleichbare Kommission in der Schweiz angelehnt, die aber anders zusammengesetzt ist und andere Schwerpunkte hat. Zudem ergeben sich beim Schweizer Modell verfassungsrechtliche Bedenken, da augenscheinlich gegen diese Empfehlungen kein Widerspruch möglich ist. Ob und wann „Prognoseteams“ mit welchem Finanzaufwand und welchem Erfolg arbeiten werden, ist derzeit nicht bekannt.

Vermehrte Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen werden bereits durchgeführt, vor allem auch in der Psychiatrie Akademie in Königslutter, ein Angebot, das weit überregional Bedeutung gewonnen hat.

Ob und inwieweit die derzeitigen Institutsambulanzen an den Landeskrankenhäusern auch die Aufgabe der forensischen Nachsorge übernehmen sollen, ist offen: Aus meiner Sicht, aber auch aus der deklarierten Sicht der Landeskrankenhäuser und auch nach den bisherigen praktischen Erfahrungen sollten sie

personell an die Maßregelvollzugsabteilung gebunden bleiben, vom Land finanziert werden und in jedem Fall den o.g. Gestaltungsprinzipien entsprechen.

Zusammenfassend

Resümee

■ Stationäre Versorgung

- Dezentralisierung mit
- lokaler Kompetenz und
- mangelnder Differenzierung
- Kapazitätsprobleme
- „Forensifizierung“
- Verweildauerentwicklung
- Hospitalisierungsgefahr
- Enthospitalisierung aufwendig

■ Nachsorge (stationär – BSHG)

- Heimangebote vorhanden
- Jedoch ungenügend
- Angebote z.T. „zweifelhaft“
- Widerstände z.T. groß
- Anreize zu gering

■ Nachsorge (ambulant)

- Punktuell entwickelt
- Heterogen
- Wenig transparent
- Gesetzlich nicht verankert
- Im Planungsstadium
- „Spezialambulanz“ (nur) für Sexualstraftäter
- Einbeziehung von Institutsambulanzen
- Finanzierung unsicher

Mauthe, 2003

kann ich zur Situation in Niedersachsen als Mitglied des Landesfachbeirates feststellen, dass der Schritt zur Dezentralisierung erfolgt, die damit verbundene „Regionalisierung“ jedoch an ihre Grenzen gestoßen ist. Es ergeben sich Kapazitätsprobleme, auch Schwierigkeiten im Hinblick auf Aufnahmekriterien und Differenzierung, es zeigt sich eine Verdrängung der KHG-Bereiche durch Maßregelvollzugsabteilungen und problematisch bleibt die deutlich negative Verweildauerentwicklung. Viel zu selten wird auf die Gefahr der Hospitalisierung hingewiesen, die einer Reintegration unabhängig von persönlichkeitsgebundenen Variablen entgegensteht: Wir wissen doch aus der Entwicklung der Allgemeinpsychiatrie, dass eine langdauernde, mehr oder weniger gleichförmige Unterbringung zu sekundären Schäden führt, die zusätzlich zu allen anderen Schwierigkeiten beachtet und abgemildert werden müssen. So ist die Nachsorge auch zum Teil Enthospitalisierung und damit zusätzlich aufwändig und umso schwieriger, je weniger organisiert das aufnehmende Netzwerk im stationären (BSHG) wie im ambulanten Bereich ist. In Niedersachsen gibt es Heimangebote, jedoch ist die Platzzahl ungenügend, manche

Angebote sind „zweifelhaft“, die Anreize sind zu gering und die Widerstände, insbesondere bei bestimmten Deliktformen – durchaus verständlich – groß. Die Nachsorge im ambulanten Bereich ist in Niedersachsen nur punktuell entwickelt, bisher heterogen, wenig transparent und Spezialambulanzen gibt es nur ansatzweise oder im Bereich der Planung. Andererseits ist beispielsweise eine spezielle Hilfebedarfsgruppe für entlassene Maßregelvollzugspatienten, die ambulant betreut werden sollen, gebildet worden, sodass man diesem Problem hier und da doch entgegen kommt.

Noch aber ist die Finanzierung unsicher und noch ist der gesamte Weg nicht geklärt. Klar aber ist, dass auch in Niedersachsen der Nachsorge größere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss und wohl auch wird, was in einem Flächenland sicher schwieriger zu organisieren ist als in einem Stadtstaat.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Ambulante Sicherungsnachsorge des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

– Erste Ergebnisse aus der Begleitevaluation –

Susanne Stübner & Norbert Nedopil

1. Einleitung

In den letzten Jahren stand die Forensische Psychiatrie zunehmend im Fokus des öffentlichen Interesses und der öffentlichen Diskussion. Drei Kernziele werden in unterschiedlichem Ausmaß und mit jeweils unterschiedlicher Akzentuierung von Öffentlichkeit, Klinik und Wissenschaft sowie Politik gefordert. Es sind dies eine möglichst hohe Sicherheit der Allgemeinbevölkerung, eine spezifische Behandlung und Betreuung psychisch kranker Rechtsbrecher und kostengünstige und einsparende Maßnahmen und Lösungen.

In anderen Ländern werden bereits seit längerem wissenschaftliche, klinische und auch juristische Akzente auf die ambulante Nachsorge psychisch kranker Rechtsbrecher gelegt (*Wilson 1995*). Unter forensisch-psychiatrischen Klinikern und Wissenschaftlern herrscht seit langem Konsens darüber, dass eine forensisch-psychiatrische Nachsorge nach der Unterbringung im Maßregelvollzug sinnvoll und notwendig ist (u. a. *Rasch 1989; Leygraf 1988; Nedopil und Banzer 1996; Müller-Isberner 1996*).

In den einzelnen Bundesländern entstanden in den letzten Jahren verschiedene Nachsorge-Institute und Evaluationsprojekte (u. a. *Freese 2003; Seifert 2003*; weitere Arbeiten in diesem Band).

Zum vorliegenden Projekt

In Bayern wurde vom Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Oktober 2000 ein zweiteiliges „Konzept zur ambulanten

Wir bedanken uns bei den teilnehmenden Institutionen, insbesondere bei den Leitern, Herrn Dr. *Steinböck*, Herrn Dr. *Wörthmüller* und Herrn Dr. *Leipziger* sowie bei den hauptverantwortlich in der Ambulanz tätigen Kollegen, Frau Dipl. Soz. Päd. *M. Werner* und Herrn Dipl. Soz. Päd. *G. Hahn* für die gute Zusammenarbeit, die anregenden Gespräche und den regen Ideenaustausch.

Sicherungsnachsorge im Rahmen der Führungsaufsicht“ entworfen; ein Teil A für aus dem Maßregelvollzug entlassene Patienten, auf den sich die folgenden Ausführungen ausschließlich beziehen; und ein Teil B betreffend eine entsprechende Behandlung aus dem Strafvollzug entlassener Häftlinge.

In diesem Konzept waren im Wesentlichen folgende Ziele formuliert worden:

1. Erhöhung von Prognosesicherheit.
2. Verbesserung des Schutzes der Allgemeinheit und Minderung der Rückfallgefahr.
3. Institutionalisierung einer spezifischen und professionellen kriminalpräventiven Interventionsmöglichkeit und Nachbetreuung nach bedingter Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt.
4. Ermöglichung einer zeitgerechten Entlassung auf Bewährung ohne Verlust von Sicherheit in sinnvollen Fällen.
5. Verringerung der Zahl der mit den Rückfällen in der Regel verbundenen Widerrufe der Bewährungsaussetzung einer Maßregel.
6. Langfristige Kostendämpfung im Maßregelvollzug insgesamt.

Eine Zuweisung eines Patienten solle davon abhängig gemacht werden, ob die verfügbaren allgemeinspsychiatrischen Strukturen als ausreichend zu erachten sind. Eine Therapiebereitschaft und grundsätzliches Einverständnis des Patienten mit den in richterlicher Unabhängigkeit von den Strafvollstreckungskammern erteilten Bewährungs- und Führungsaufsichtsweisungen und mit der Betreuung durch die ambulante Sicherungsnachsorge waren des weiteren gefordert, ebenso wie eine räumliche Nähe zu den ausgewählten Institutionen.

Das forensikspezifische Leistungsspektrum der Sicherungsnachsorgeambulanz wurde im Wesentlichen folgendermaßen umrissen:

1. Ausübung von Kontrolle, Sicherung und bei entsprechenden Konstellationen Zwang.
2. Enge Zusammenarbeit von Ambulanz und stationärer Maßregelunterbringung.
3. Wirkungsvolle Zusammenarbeit mit Stellen der Justiz.
4. Information, Unterstützung und Beratung von mitbetreuenden ambulanzkomplementären Diensten und Einrichtungen der psychiatrischen Nachsorge.
5. Sozialintegrative Funktion und Alltagsunterstützung.
6. Krisenmanagement und Krisenintervention.

7. Beendigung der Sicherungsnachsorge durch schrittweise geplante Abgabe der Nachsorge und Einfädeln des Patienten in die ambulante Versorgung und die psychosoziale Nachsorgekette.

Mit der Installierung einer entsprechenden Sicherungsnachsorgeambulanz wurden die Bezirkskrankenhäuser Haar (Leiter: Dr. H. Steinböck), Bayreuth (Leiter: Dr. Leipziger) sowie der Maßregelvollzug im Klinikum am Europakanal in Erlangen (Leiter: Dr. Wörthmüller) beauftragt.

Gleichzeitig wurden die Autoren mit einer entsprechenden Begleitevaluation beauftragt.

2. Methoden

Der Beginn des Projektes der ambulanten Sicherungsnachsorge des Staatsministeriums erfolgte im März 2002.

2.1 Praktische Durchführung der forensischen Ambulanz im BKH Haar

Zur Geschichte ist anzumerken, dass der Bedarf an einer forensischen Nachsorgeambulanz an dieser Institution bereits seit langem wahrgenommen wurde, und Einzelfälle bereits etwa seit 1994 durch die Therapeuten der stationären Maßregel, insbesondere durch das multiprofessionelle Team der offenen Entlassstationen weiterbehandelt wurden.

Von der Forensik in Haar (Leiter: Dr. Steinböck) wurden freundlicherweise auch Daten der in der vorliegenden Begleitevaluation als Vergleichsgruppe dienenden Population der stationären Maßregelvollzugspatienten zur Verfügung gestellt.

Der stationäre Bereich der forensischen Psychiatrie im Bezirkskrankenhaus Haar umfasst 300 Betten, die sich in etwa 2 : 1 auf die gemäß § 63 im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten und auf die gemäß § 64 StGB in der Entziehungsanstalt untergebrachten Patienten verteilen.

2.2 Forensische Ambulanz am Klinikum am Europakanal in Erlangen

Ebenfalls im Klinikum am Europakanal in Erlangen war bereits seit langem der klinische Bedarf einer ambulanten Nachsorge deutlich geworden, so dass auch hier bereits seit ca. 1995 eine ambulante Betreuung einzelner Patienten durch die Therapeuten der Forensischen Klinik angeboten wurde.

Der stationäre Maßregelvollzug in Erlangen umfasst die Betreuung von 100 stationären nach §§ 63 und 64 StGB untergebrachten Patienten in 4 Stationen.

2.3 Methodik der Begleitevaluation

Der Entwurf zur Begleitevaluation enthielt einen Zeitplan zur Erhebung sowie mehrere Dokumentationsbögen, die sich an der Praxis der bereits bestehenden Basisdokumentation und der forensischen Zusatzdokumentationen orientierten. Es waren dies im einzelnen bei Studieneinschluss: Zwei alternative Basisdokumentationsbögen (u. a. enthaltend eine Einschätzung der Diagnosen nach ICD 10 (WHO 1992) und DSM IV (American Psychiatric Association 1994), des CGI-Scores (Clinical Global Impression (Guy 1976)) und GAF-Scores (Global Assessment of Functioning Scale (American Psychiatric Association, 1994)), ein Strafdokumentationsbogen, eine Dokumentation zu Substanzmittelkonsum, sowie ein Prognosemodul (enthaltend u. a. die PCL-R Skala (The Hare Psychopathy Checklist – Revised; Hare 1990) die HCR-20 Skala (Webster et al. 1997; adaptierte und modifizierte Übersetzung; Müller-Isberner et al., 1998) und die FPDS-Skala (Forensisch-Psychiatrisches Dokumentations-System; Nedopil und Graßl 1988)). Des weiteren wurden Verlaufsbögen zur Dokumentation in vierwöchigen Intervallen sowie Zwischenfallmodule zur Erfassung etwaiger besonderer Vorkommnisse ausgegeben.

Im Mai 2002 erfolgte ein ganztägiges Ratertraining für alle Mitarbeiter der teilnehmenden Institutionen; es erfolgten des weiteren zahlreiche formelle und informelle Treffen und Rücksprachen.

Die ausgefüllten Bögen der Dokumentationen wurden der zentralen Auswertungsstelle der Universität München übergeben.

Eine studentische Hilfskraft gab unter Anleitung und Kontrolle die den ausgefüllten Dokumentationsbögen zu entnehmenden Daten in die Datenbanken im SPSS-System ein.

Auswertung und Darstellung erfolgten mit den Programmen SPSS for Windows, Darstellungen der Ergebnisse in den Programmen Excel und Power Point.

3. Ergebnisse

Da das Projekt noch nicht abgeschlossen ist, und die ausgefüllten Bögen die zentrale Auswertungsstelle in unterschiedlicher Geschwindigkeit und lediglich portionsweise erreichen sowie Geschwindigkeit und Verfügbarkeit der Eingabe und Auswertung durch weitere Faktoren limitiert sind, handelt es sich bei der jetzt vorgelegten Arbeit lediglich um einen Zwischen- bzw. Werkstattbericht.

Im Klinikum am Europakanal in Erlangen konnten seit März 2002 inzwischen 20 Patienten in die ambulante Sicherungsnachsorge eingeschlossen werden.

Seit März 2002 wurden im BKH Haar insgesamt 114 Patienten in die ambulante Sicherungsnachsorge übernommen – wobei diese Zahl die ambulante Behandlung durch die Therapeuten der Forensik sowie die Dokumentation nach dem Sicherungsnachsorge-Evaluations-Modus betrifft, nicht aber die Finanzierung über das SicherungsnachSORGEMODELLprojekt impliziert. Zudem waren hierunter auch Patienten, die bereits vorher entlassen und aus einer bereits bestehenden ambulanten Behandlung in die spezifische Sicherungsnachsorge übernommen worden waren. 27 Patienten waren zum Zeitpunkt der Zwischenberichtabfassung bereits aus der Sicherungsnachsorge in eine weiterführende Nachsorge entlassen worden.

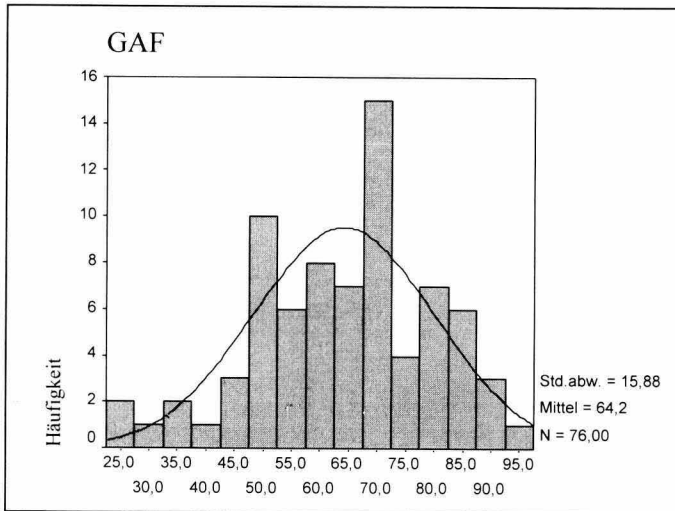
Informationen wurden in den Gesprächen mit den Mitarbeitern der am Projekt beteiligten Institutionen eingeholt und aus den Auswertungen der gesammelten Dokumentationsbögen gewonnen.

3.1 Auswertung der Dokumentationsbögen

Daten aus Basisdokumentationen ($n = 77$), Strafdokumentationen ($n = 71$), Prognosemodulen ($n = 84$) und Verlaufsbögen ($n = 87$) wurden ausgewertet. Aus den anhand des Basisdokumentationsmoduls bei Einschluss in das Projekt erhobenen Daten ergab sich zunächst ein Umriss der betreffenden Patientenpopulation.

Der GAF-Wert (Global Assessment of Functioning Scale (1 – 90); *American Psychiatric Association* 1994) lag im Mittel bei 64,2 entsprechend dem Punktrang 61 – 70 “Einige leichte Symptome oder einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit, aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen“. Der Gipfel lag bei einem Wert von 70 (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: GAF-Score



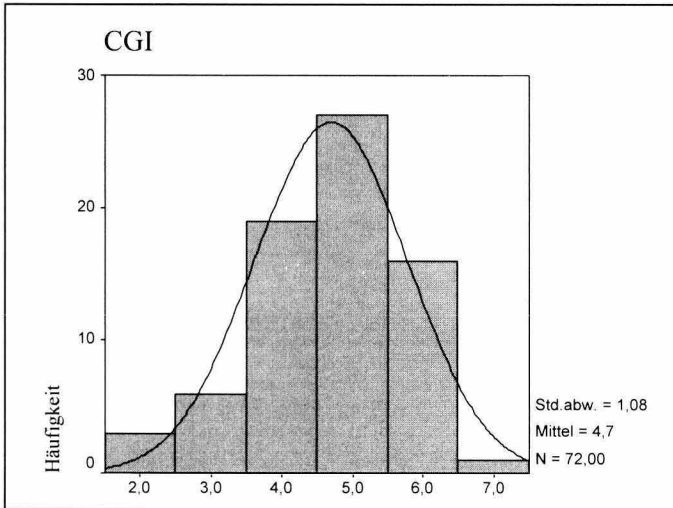
Der CGI-Wert (Clinical Global Impression (1 – 8); *Guy* 1976) lag bei einem Mittelwert von 5,7 entsprechend der Bewertung „deutlich krank“ (CGI = 6) (Abbildung 2). Die einzelnen Institute unterschieden sich nicht signifikant (siehe auch Tabelle 1).

Tabelle 1: Vergleich zwischen den Institutionen hinsichtlich GAF- und CGI-Wert

Gruppenstatistiken					
	INSTNR	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
GAF	Erlangen	14	66,64	20,64	5,52
	Haar	62	63,60	14,75	1,87
CGI	Erlangen	14	4,64	1,39	,37
	Haar	58	4,71	1,01	,13

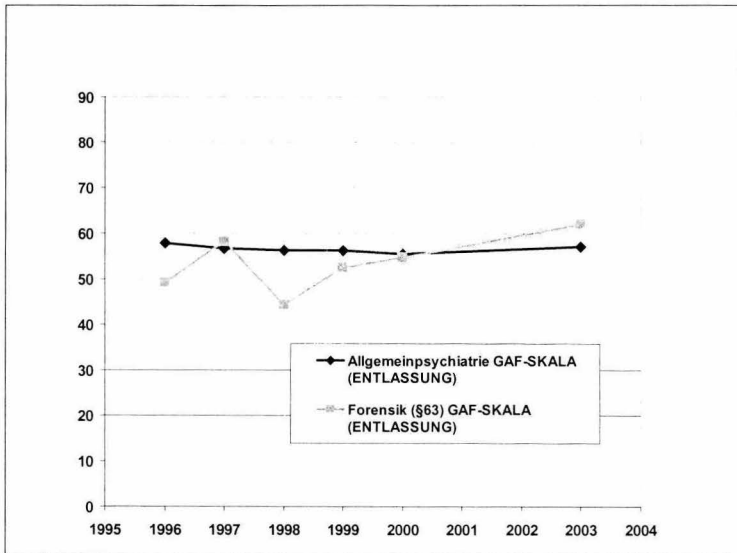
Range: CGI 2 (nicht krank) bis 7 (schwer krank)

Abbildung 2: CGI-Werte



Ein Vergleich mit den Entlassungswerten hinsichtlich der GAF-Skala von stationär-forensischen Patienten mit Patienten, die aus der Allgemeinpsychiatrie entlassen wurden, ergab, dass die GAF-Werte der forensischen Patienten im Mittel im Jahr 2003 um etwa 5 Punkte höher lagen (62 : 57) gegenüber denen der aus der Allgemeinpsychiatrie entlassenen Patienten (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Darstellung der Entwicklung des durchschnittlichen Entlassungs-GAF-Scores im Vergleich zwischen Forensik und Allgemeinpsychiatrie



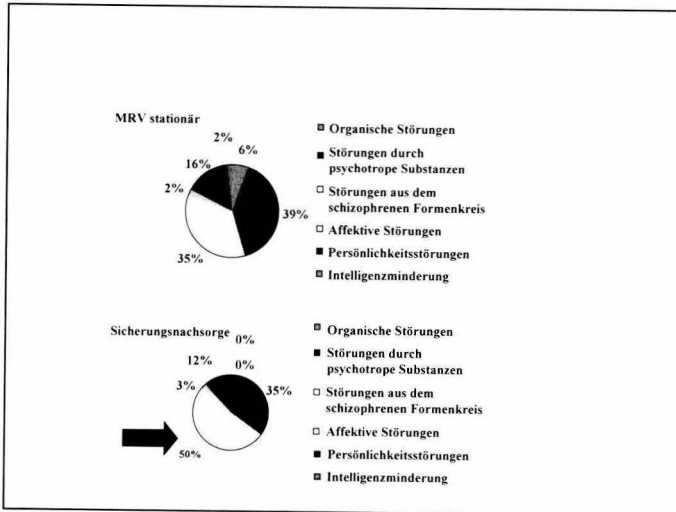
Bei dem Klientel der ambulanten Sicherungsnachsorge handelte es sich zum Großteil um Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. 39-mal war ICD 10: F2 (entsprechend einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis) als Hauptdiagnose eingetragen. Gefolgt wurde diese Diagnose hinsichtlich der Häufigkeit von Störungen durch psychotrope Substanzen (ICD 10: F1) (n = 27). Mit deutlichem Abstand folgten Persönlichkeitsstörungen (ICD 10: F 6) (n = 9) und affektive Störungen (ICD 10: F3) (n = 2) (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Diagnoseverteilung in der Sicherungsnachsorge

Diagnosen		
ICD 10 F	Störung	N
1	Störungen durch psychotrope Substanzen	27
2	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis	39
3	Affektive Störungen	2
6	Persönlichkeitsstörungen	9

Ein Vergleich mit einer Querschnittserhebung von allen stationären Maßregelvollzugspatienten ergab eine Differenz, besonders hinsichtlich des Anteils der schizophrenen Psychosen, der mit 35 % im stationären Maßregelvollzug deutlich niedriger lag als bei dem Klientel der ambulanten Sicherungsnachsorge mit 50 % (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Vergleich zwischen Diagnoseverteilungen in Sicherungsnachsorge und stationärem Maßregelvollzug



Bei 27 von insgesamt 77 Patienten (= 35 %) waren Zweitdiagnosen angegeben, bei 7 Patienten Drittdiagnosen und bei 5 Patienten somatische Diagnosen.

In einer Aufschlüsselung der Art der Erst- und Zweitdiagnosen fand sich am häufigsten die Kombination von einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis als Hauptdiagnose (ICD-10: F2) mit einer Störung durch psychotrope Substanzen als Zweitdiagnose (ICD-10: F1), $n = 14$. Zusätzlich fand sich noch in weiteren 2 Fällen die umgekehrte Kombination, das heißt eine Störung durch psychotrope Substanzen als Haupt-, und eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis als Nebendiagnose. Insgesamt zeigten demnach 16 Patienten eine Kombination von Störung aus dem schizophrenen Formenkreis und Störung durch psychotrope Substanzen.

Im Vergleich hierzu wurde wiederum ein Querschnitt aus den sich stationär im Maßregelvollzug befindlichen Patienten ($n = 405$) herangezogen. Hier zeigte sich demgegenüber in lediglich 16,5 % der Fälle eine „echte“ Doppel-diagnose (d. h. die erste numerische Stelle des ICD-10-Codes trägt eine unter-

schiedliche Ziffer). 11,2 % wiesen eine Kombination von ICD-10: F1 und F2, das heißt die Kombination einer Störung aus dem schizophränen Formenkreis und einer Störung durch psychotrope Substanzen auf (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Vergleich der Zweitdiagnosen zwischen stationärem Maßregelvollzug und Sicherungsnachsorge

	„Echte“ Doppeldiagnose	ICD 10 F1 und F2
Maßregelvollzug stationär	16,5 %	11,2 %
Sicherungsnachsorge	35 %	20,8 %

Unterschiedliche Zahlen fanden sich – aus den entsprechenden Instituten stammend – hinsichtlich der früheren psychiatrischen Vorbehandlung. In 30 % (Erlangen) bzw. 70 % (BKH Haar) war keine frühere psychiatrische Vorbehandlung angegeben.

Aus der Strafdokumentation ergab sich ein mittleres Alter beim Indexdelikt von 32 Jahren und ein Alter bei erster Straftat im Mittel von 23,81 Jahren mit einem Streubereich von 8 - 55. Die Kliniken unterschieden sich hierbei nicht.

13 Patienten, entsprechend 18,1 %, hatten bereits vor ihrer Einweisung einen Bewährungswiderruf erhalten, davon 6 nach einer erneuten Straftat.

Der Rechtsgrund der Unterbringung war bei insgesamt 48 von 71 Patienten mit dem § 63 angegeben, wovon in 41 Fällen der § 20 StGB ebenfalls zur Anwendung gekommen war und in 7 Fällen der § 21 StGB. Von den 21 nach § 64 untergebrachten Patienten war keiner nach § 20 StGB für schuldunfähig erklärt worden, 14 als vermindert schuldfähig gemäß § 21 StGB (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Rechtsgrund der Unterbringung

	n = 71	§ 20	§ 21
§ 63	48	41	7
§ 64	21	-	14

Es handelte sich überwiegend um Taten mit einer niedrigen Anzahl von Opfern (bei 36 Fällen handelte es sich um 1 Opfer, bei 6 um 2 Opfer, bei 10 war kein Opfer angegeben). Es handelte sich überwiegend um Einzeltäter, um Taten mit geringem Schaden, mit geringer oder ohne Verletzung. In der Mehrzahl handelte es sich um unbekannte Opfer.

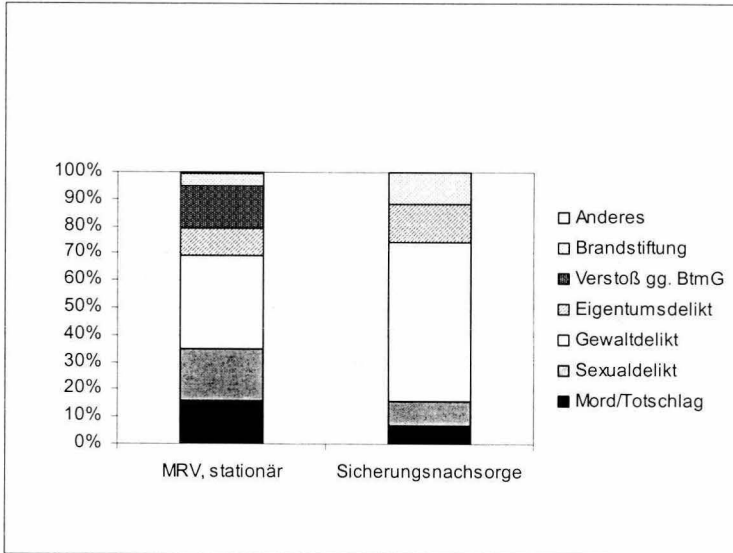
Hinsichtlich des Indexdeliktes handelte es sich im Großteil der Fälle um Körperverletzung (n = 25), in 4 Fällen um Mord und Totschlag, in 9 Fällen um Raub, in 8 um Diebstahl, in 7 um Brandstiftung und in 5 Fällen um Sexualstraftaten (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Indexdelikt

Indexdelikt	Gesamt
Mord/Totschlag	4
Körperverletzung	25
Raub	9
Vergew./Nötigung	5
Diebstahl	8
Brandstiftung	7

Ein Vergleich mit einem Querschnitt der stationären Maßregelvollzugspatienten ergab eine deutlich andere Verteilung der Indexdelikte in dem Sinne, dass Patienten im stationären Maßregelvollzug häufiger wegen Sexualdelikten und seltener wegen Gewaltdelikten untergebracht waren (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Deliktverteilung: Vergleich zwischen stationärem Maßregelvollzug und Sicherungsnachsorge



In der Strafdokumentation waren für viele Patienten psychosoziale Belastungen, die in direktem Kontext zur Indextat gelegen hatten, angegeben. Dabei handelte es sich überwiegend um Probleme im zwischenmenschlichen Bereich (n = 22), davon 10 in der Partnerschaft. Ebenfalls häufig angegeben wurden Probleme am Arbeitsplatz (n = 24) und Probleme im Bereich der Finanzen (n = 25) (siehe auch Tabelle 6), Probleme in Rechtsstreitigkeiten (n = 4), in der Entwicklung (n = 2) sowie durch eine Krankheit (n = 5) spielten demgegenüber eine eher untergeordnete Rolle. In 32 Fällen (44 %) war angegeben, dass das Indexdelikt auf einen Substanzkonsum rückführbar war.

Tabelle 6: Psychosoziale Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit dem Indexdelikt

Psychosoziale Belastungen zum Zeitpunkt der Tat	
Zwischenmenschlich	22
<i>Partnerschaft</i>	10
<i>Als Eltern</i>	2
Beschäftigung	24
Finanzen	25
Rechtsstreit	4
Entwicklung	2
Krankheit	5

Indexdelikt rückführbar auf Substanzkonsum: 32 (44 %)

Der PCL-Score (*Hare* 1990) der sich in der Sicherungsnachsorge befindlichen Patienten ($n = 84$) lag im Mittelwert bei 8,09. Demgegenüber hatten die stationären Maßregelvollzugspatienten ($n = 405$) einen Mittelwert von 12,71.

Der HCR-20-Score (*Webster et al.*, 1997) lag bei den Patienten der Sicherungsnachsorge im Mittel bei 12,2 (im Gegensatz dazu bei stationären Maßregelvollzugspatienten bei 23,2). Deutliche Unterschiede zeigten sich auch im H-Score (7,6 in der Sicherungsnachsorge vs. 14,2 im stationären Maßregelvollzug). Noch deutlichere Unterschiede fanden sich hinsichtlich des C-Scores (1,8 in der Sicherungsnachsorge und 7,9 im stationären Maßregelvollzug) und im R-Score (2,7 in der Sicherungsnachsorge und 9,6 im Maßregelvollzug) (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Vergleich der HCR-20 Scores in stationärem Maßregelvollzug und Sicherungsnachsorge

	MRV, stationär (n=405)	Sicherungsnachsorge (n=84)
C-Score	7,9	1,8
R-Score	9,6	2,7
H-Score	14,2	7,6
HCR	23,2	12,2

Webster et al. (1997)

HCR-20 Assessing Risk for Violence – Version 2

Eine Auswertung der Verlaufsbögen (n = 87 Fälle) ergab, dass 19 Fälle bereits länger als 11 Monate beobachtet werden konnten und 62 länger als 7 Monate.

Am BKH Haar war bei den seit März 2002 aus der stationären Unterbringung gemäß § 64 StGB entlassenen und in die Sicherungsnachsorge übernommenen Patienten in 3 Fällen ein Sicherungshaftbefehl ausgesprochen worden und in einem Fall ein Widerruf der Bewährung erfolgt. Unter den vormals nach § 63 StGB untergebrachten Patienten hatten 3 während der Zeit der Sicherungsnachsorge einen Sicherungshaftbefehl erhalten.

Unter den in Erlangen in die ambulante Sicherungsnachsorge übernommenen und betreuten Patienten war es während dieser Zeit zu keinem Widerruf oder Sicherungshaftbefehl gekommen.

Eine Straftat war unseres Wissens nach unter den Patienten insgesamt nicht erfolgt.

Bei 20 von 87 Patienten (= 23 %) war es zu Zwischenfällen in Form von Alkoholkonsum gekommen, bei 13 von 87 Patienten (= 15 %) zu Drogenkonsum. Ein Polizeikontakt war bei 5 Patienten erfolgt, eine Gewaltandrohung bei 7, eine Gewalttat in einem Fall, wohingegen Probleme mit Zuverlässigkeit bei 15 Patienten angegeben wurden.

Unter den seit März 2002 aus dem stationären Maßregelvollzug in Haar entlassenen Patienten war in 36 Fällen eine Entlassung in weiterführende Einrichtungen lediglich durch Zusicherung der Übernahme in die Sicherungsambulanz möglich.

Ähnliche Erfahrungen wurden auch aus dem Klinikum am Europakanal in Erlangen berichtet.

3.2 *Qualitativ deskriptive Aspekte*

In den Berichten der behandelnden Therapeuten wurden ein erheblicher zeitlicher Aufwand und eine hohe Arbeitsintensität, die zur Durchführung der ambulanten Sicherungsnachsorge nötig waren, deutlich. Die Therapeuten mussten zu sehr findigen und phantasievollen Interventionen greifen und die Fälle sehr individuell betreuen. Besonderheiten und Schwierigkeiten der Behandlung lassen sich derzeit zwar an Kasuistiken, aber noch nicht in einer quantitativen Analyse darstellen.

4. Diskussion

Zu den Kernzielen, die mit einer spezifischen forensischen Nachsorge verfolgt werden sollen, einer Zunahme an Sicherheit, einer spezifischen Therapie und einer Kostendämpfung ist zum gegenwärtigen Stand des Projektes Folgendes anzumerken:

Zu dem Sicherheitsaspekt kann auf dem Boden der vorliegenden Untersuchung bei der kurzen Laufzeit und bei der noch unvollständigen Datenerhebung noch keine Aussage getroffen werden.

Eine Untersuchung hinsichtlich einer etwaigen Zunahme der Sicherheit wirft hinsichtlich einer quantitativen Untersuchung methodische Probleme auf. Diese sind zum einen darin begründet, dass es aus ethischen Gründen nicht möglich ist, die Patienten randomisiert einer Sicherungsnachsorge oder einer allgemein-psychiatrischen Betreuung zuzuweisen.

Ein weiteres methodisches Problem im Hinblick auf eine Rekrutierung einer Kontrollgruppe ergibt sich in der vorliegenden Untersuchung insofern, als Patienten zumindest nicht mit dem gleichen Instrumentarium untersucht werden können, ohne dass diese Untersuchung bereits eine ergebnisverfälschende Zunahme an Betreuung bedingen würde. Es ist auch nicht möglich, etwaige Risiken wahrzunehmen und möglicherweise auch noch zu dokumentieren und dann nicht korrigierend in das Geschehen einzugreifen.

In der Methodik der Betrachtung von Sicherheitsaspekten erscheint generell zu beachten, dass durch eine vermehrte Zuwendung und Dokumentation etwaige Frühwarnsymptome eher bemerkt werden und somit Interventionen allein durch Teilnahme an einem entsprechenden Projekt zu erwarten sind. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass wenn auch Rückfälle ausbleiben, da diese möglicherweise verhindert werden können, so doch Zwischen-

fälle und Interventionsnotwendigkeiten im Rahmen eines Projektes öfters registriert werden als außerhalb eines solchen.

Zu dem Sicherheitsaspekt können aber der Literatur einige Informationen entnommen werden: Zu einer spezifisch forensischen Nachsorge wurden bereits internationale und nationale Studien durchgeführt, die eine Zunahme der Sicherheit belegen konnten (*Seifert et al.* 2003; *Müller-Isberner et al.* 1997; *Krawitz und Kelly* 1999).

Für einen indirekten oder umgekehrten Beleg für die Wirksamkeit spezifisch forensischer Nachsorge lassen sich des weiteren Erfahrungen aus Finnland heranziehen, die von einem Anstieg von Rückfallquoten nach Abschaffung von Bewährungsauflagen nach Entlassung psychisch kranker Rechtsbrecher berichteten (*Vartianen und Hakola* 1992).

In den Jahren, als es noch nicht genügend ambulante Behandlungsplätze gab, wurde ein Teil der Patienten in ambulante Behandlung an andere Einrichtungen weitergegeben, ein Teil wurde in die forensische Ambulanz übernommen. Ein solches Projekt wurde zu Beginn ambulanter Nachbehandlung in Hessen durchgeführt. In der damaligen Untersuchung konnte bei den forensisch Nachbetreuten eine geringere Rückfallrate nachgewiesen werden (*Müller-Isberner* 1996).

Bereits in anderen Arbeiten (*Seifert et al.* 2003; *Wiederanders und Bromley* 1997) wurde darauf hingewiesen, dass eine geringere Rate erneuter Delinquenz möglicherweise auf häufige Interventionen und Rückverlegungen zurückgeführt werden kann.

Auch in den vorliegenden vorläufigen Auswertungen der vorliegenden Studie finden sich Hinweise auf ein solches Phänomen. Die Aussprache eines Sicherungshaftbefehls ist für einige Fälle dokumentiert. Aus den Falldarstellungen geht hervor, dass vielfach auch anderweitige Interventionen nötig gewesen waren, die einen gewissen Druck von Seiten der Therapeuten enthielten.

Zum zweiten Kernziel, der Einführung einer spezifischen Intervention, kann angemerkt werden, dass es sich beim betreffenden Klientel um ein sehr schwieriges Patientengut handelt – was sich nicht nur in den Einzelfalldarstellungen widerspiegelt, sondern auch quantitativ abbilden lässt.

Die Diagnoseverteilung unserer Stichprobe war mit anderen Untersuchungen vergleichbar insofern, als auch dort etwa 50 % der Patienten an Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis litten (*Seifert et al.* 2003; *Freese* 2003).

Es zeigt sich, dass bei einem überdurchschnittlich großen Anteil der Patienten eine Doppeldiagnose gestellt wurde. Auch bei diesem Phänomen mag eine gewisse Verfälschung durch eine Zunahme der Dokumentation im Vergleich mit den stationär untergebrachten Maßregelvollzugspatienten angenommen

werden. Dennoch ist der Anteil an Zweitdiagnosen sicher überdurchschnittlich groß und spiegelt die Problematik des Klientels wieder.

Insbesondere die Kombination von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Störungen durch psychotrope Substanzen gilt in der Psychiatrie im Allgemeinen als besonders problematisches Klientel. *Hambrecht* und *Häfner* schrieben in ihrem Übersichtsartikel 1996 über die Problematik der Differentialdiagnose und Komorbidität dieser Störungen (*Hambrecht* und *Häfner* 1996). Im klinischen Alltag wird die Frage nach potentieller Ursache und Wirkung oder Komorbidität dieser beiden Störungen im Einzelfall häufig kontrovers diskutiert. Übereinstimmend lässt sich jedoch ganz allgemein festhalten, dass sich beide Störungen gegenseitig triggern und verschlimmern können. Besonders im forensischen Kontext wurde die Problematik der Konstellation einer solchen Doppeldiagnose bereits mehrfach aufgezeigt. So wurde das Vorliegen einer solchen Kombinationsdiagnose als ein hohes Risiko für Gewaltdelikte nachgewiesen (*Swanson et al.* 1990; *Wallace et al.* 1998; *Stueve* und *Link* 1997; *Walsh et al.* 2002; *Soyka* 2000).

Vom klinischen Standpunkt lässt sich hierzu anmerken, dass sowohl in der Behandlung schizophrener Psychosen gewisse Kontrollmaßnahmen zur Verfügung stehen – wie z. B. regelmäßige Erhebungen des psychopathologischen Befundes, Achten auf Frühwarnsymptome, die Applikation von Depotinjektion, Möglichkeit der Medikamentenspiegelmessungen – die ein strukturiertes Arbeiten gut ermöglichen. Häufig benötigen schizophrene Patienten eine engmaschige Kontrolle und Supervision. Bekannt ist im klinischen Umgang mit schizophrenen Patienten deren „doppelte Buchführung“, das heißt, dass es schizophrenen Personen häufig möglich ist, ihren Wahn oder ein verzerrtes Selbstbild vollkommen unabhängig von ihrer Bereitschaft, sich in Behandlung zu begeben, weiterführen können. Dies mag eine Erklärung sein, dass auch schizophrene Patienten im Maßregelvollzug möglicherweise besser profitieren können als andere Patienten. Es könnte sein, dass es ihnen besser möglich ist, von Zwang und Kontrolle, das heißt von Struktur zu profitieren, ohne sich – ermöglicht durch diese doppelte Buchführung – zu sehr in ihrer Persönlichkeit eingeschränkt und manipuliert zu sehen.

In der Behandlung von Störungen durch psychotrope Substanzen kommt ebenfalls einerseits der Kontrolle ein großer Stellenwert zu – hier sind auch viele objektive Maßnahmen wie Blut- und Urinanalysen verfügbar, die ein strukturiertes und klares Konzept unterstützen und möglich machen –, andererseits auch der Behandlungskontinuität sowie der Verfügbarkeit spezifischer Interventionsmöglichkeiten in Krisensituationen.

Zusammenfassend lässt sich zum Punkt der Doppeldiagnose daher anfügen, dass es sich um ein schweres Krankheitsbild handelt, das einer kontinuierlichen wachsamem und mit Kontrollfunktionen versehenen Behandlung bedarf, dass hierzu eine therapeutische Qualifikation in spezialisierter Weise nötig ist, dass sich beide Krankheitsbilder u. a. mit Elementen von Kontrolle und Zwang konzeptuell gut behandeln lassen, und möglicherweise sowohl Sucht- als auch schizophrene Patienten – sicherlich in unterschiedlichen Bewusstseinsgraden – von Kontrolle und Führung, die Struktur bieten mag, profitieren. In der Literatur wurde bereits auf die besonderen Bedingungen, Qualitäten und Qualifikationen hingewiesen, die in der Behandlung solcher Störungen auch im speziellen forensischen Kontext notwendig sind (*Bloom et al.* 2000).

Die hohe Betreuungsintensität einer spezifisch forensischen Nachsorge zeigt auch der in der Literatur veranschlagte sehr hohe Stellenschlüssel von etwa 1:12 (*Seifert et al.* 2003), wobei hier zum Teil auch noch Patienten in der organisatorisch sehr aufwändigen Phase vor Entlassung eingeschlossen waren.

Zum dritten wichtigen Punkt, der angestrebten Kostendämpfung, lassen sich zum derzeitigen Zeitpunkt bereits überraschende Aussagen treffen.

Allein aus dem BKH Haar wurde berichtet, dass bei 36 Patienten eine Entlassung in eine weiterführende Institution, in der ein Aufenthalt mit deutlich niedrigeren Kosten verbunden ist als im Maßregelvollzug, ausschließlich möglich war, da die Patienten durch die forensische Sicherungsnachsorge weiter mitbetreut wurden. Für die Weiterbetreuung der forensischen Patienten stehen fast ausschließlich allgemeinpsychiatrische Netze zur Verfügung, und häufig steht einer sehr begrenzten Anzahl allgemeinpsychiatrischer Versorgungsplätze (speziell Wohngemeinschafts- oder Heimplätze) eine hohe Anzahl von Bewerbern gegenüber. In einer solchen Situation hätte für einen forensischen Patienten ohne den Hintergrund und die Hilfsmöglichkeiten durch eine qualifizierte forensisch-psychiatrische Nachsorge keine Chance bestanden, einen Platz zu erhalten. Auch aus dem Klinikum am Europakanal wurden ähnliche Erfahrungen berichtet.

Und auch in der Literatur wurden bereits ähnliche Feststellungen getroffen: So konnte z.B. Freese zur finanziellen Effizienz einer forensischen Nachsorgeambulanz berichten, dass nach einer Erhebung von 1988 12 % (28/238) aller stationären Patienten ohne Ambulanzzuweisung nicht entlassbar gewesen wären, und einer Schätzung zufolge es sich 2001 sogar um einen Anteil von 12 - 30 % (35-87/290) handelte (*Freese* 2003).

Aus der vorliegenden Untersuchung zeichnet sich demnach bereits jetzt ein ganz deutlicher kostendämpfender Faktor ab.

Hinsichtlich der klinischen Einschätzung des Krankheitszustandes der entlassenen Patienten, ablesbar am CGI (Guy 1976), der im Mittel bei 5,7 (entsprechend einem Krankheitsstadium zwischen 5 mäßig krank und 6 deutlich krank) eingeschätzt wurde, kann angemerkt werden, dass es sich um Patienten handelte, die nicht vollkommen remittiert und weiterhin krank erschienen. Demgegenüber wurde die generelle Leistungsfähigkeit, ablesbar am GAF-Score (American Psychiatric Association 1994) im Mittel mit 64,2 bewertet, entsprechend einiger leichter Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit.

Hier ist eine gewisse Differenz zu ersehen zwischen der Einschätzung einer weiter bestehenden Krankheit und deduktiv einer weiteren Behandlungsbedürftigkeit und Beobachtungsnotwendigkeit und einer überwiegend positiv bewerteten Leistungsfähigkeit.

Im Vergleich mit den GAF-Scores der aus der Normal-Psychiatrie entlassenen Patienten lassen sich unterschiedliche Tendenzen in der Entlassungspraxis zwischen Forensik und Allgemein-Psychiatrie vermuten. Während noch vor einigen Jahren die Patienten, die aus der Forensik entlassen wurden, hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit als deutlich geringer eingestuft wurden, verglichen mit denen, die aus der Allgemein-Psychiatrie entlassen wurden, so hat sich in den letzten Jahren die Tendenz umgekehrt. Inzwischen liegt das Leistungsniveau der forensischen Patienten über dem der aus der Allgemeinpsychiatrie entlassenen Patienten. Diese Entwicklung mag auf zwei veränderte klinische Praxen zurückzuführen sein: Zum einen ist dies eine generelle Tendenz in der Allgemeinpsychiatrie aus Gründen der Kostendämpfung und nach dem Vorbild der USA, die Patienten möglichst nach kurzer Verweildauer zu entlassen. Hierdurch ergibt sich die Situation, dass Patienten häufig lediglich in stabilisiertem, aber noch nicht in remittiertem Zustand entlassen werden können, was sich in den niedrigeren GAF-Scores ausdrücken könnte.

Zum anderen ist in den letzten Jahren in der Forensik ein vermehrtes Sicherheitsbedürfnis deutlich spürbar, so dass davon ausgegangen werden kann, dass nach längerer Behandlung leistungsfähigere Patienten entlassen werden können. Dies kann wiederum auch langfristige Konsequenzen haben auch auf die Sicherheit. In einer jüngst erschienen Arbeit wiesen *Hodgins et al.* nach, dass es bei forensisch nachbetreuten schizophrenen Patienten seltener gewalttätige Handlungen gibt, als bei Patienten, die aus allgemein-psychiatrischen Kliniken entlassen werden (*Hodgins et al.* 2003).

Die Tatsache, dass ein relativ hoher Anteil an Patienten ohne psychiatrische Vorbehandlung war, könnte darauf hinweisen, dass es sich um ein der psychiatrischen Erkrankung vorangehendes Initialdelikt gehandelt haben könnte oder dass es sich insgesamt um ein Klientel handelt, das von der Allgemein-

Psychiatrie möglicherweise nicht erreicht wird. Insofern könnte dieses Phänomen nicht unbedingt dahingehend interpretiert werden, dass es sich um weniger schwere Verläufe handelt, die bereits eine umfassende psychiatrische Vorgeschichte aufweisen, sondern möglicherweise sich insofern um ein besonders schwieriges Klientel handelt, welches durch die Allgemein-Psychiatrie nicht aufgefangen werden kann.

Die Deliktverteilung der Patienten, die sich in der Sicherungsnachsorge befanden, zeigt einen hohen Anteil von Gewaltdelikten und einen niedrigen Anteil von Sexualdelikten, was wiederum der Verteilung der Indexdelikte unter den stationär im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten widerspricht, bei denen ein wesentlich höherer Anteil an Sexualdelikten zu verzeichnen ist. Dieses Phänomen dürfte am ehesten dadurch erklärbar sein, dass sich die Unterbringungspraxis von Sexualstraftätern in den letzten Jahren im Sinne einer deutlichen Zunahme der Einweisungen und einer restriktiveren Entlassungspraxis (*Nedopil* 1999) gewandelt hat. So wurden beispielsweise im BKH Haar 2001 etwa viermal so viele Patienten mit Sexualdelinquenz behandelt als noch im Jahr 1996, also 5 Jahre zuvor.

Hinsichtlich bedeutsamer psychosozialer Belastungsfaktoren im Vorfeld des Indexdeliktes zeichnete sich ein hoher Anteil an Problemen am Arbeitsplatz, mit finanziellen Angelegenheiten und im zwischenmenschlichen Bereich ab. Andere Belastungsfaktoren, z. B. eine Krise im Rahmen der Entwicklung oder eine Krankheit spielten demgegenüber eine eher untergeordnete Rolle.

Dieses Muster an tatrelevanten Problembereichen dürfte in der Einschätzung etwaiger Frühwarnsymptome oder Krisensituationen, die eine erneute Gefährdung des Patienten oder durch den Patienten bedeuten könnten, eine Rolle spielen.

Auf der anderen Seite ist anzumerken, dass gerade in diesen Bereichen eine Intervention durch die Sicherungsnachsorge mit dem komplexen Geflecht der medizinischen, sozialen und juristischen Organe und einer therapeutischen Beziehung ein gutes Netz darstellt. Finanzielle Angelegenheiten werden über Sozialdienste und, falls notwendig, über Zwischenglieder und Schuldenberatung geregelt, was zu einer deutlichen Entlastung führen kann.

Ein wesentlicher Fokus der Arbeit im stationären und ambulanten forensisch-psychiatrischen Bereich liegt auf einer Gestaltung von Tagesstruktur und Arbeitsplatz, wobei darauf geachtet wird, dass die betreffenden Personen durch die anfallenden Arbeiten nicht überfordert werden, dennoch aber ein festes, strukturgebendes Regelwerk und eine entsprechende Aufwertung und Bestätigung erfahren.

Die Pflege zwischenmenschlicher Kontakte ist im therapeutischen Kontakt implizit, wesentlicher Fokus der therapeutischen Arbeit liegt auch auf der

Aufarbeitung von Beziehungs- und Alltagsproblemen mit den Betroffenen sowie im direkten Kontakt mit Partnern und anderen Angehörigen.

Die Auswertung einiger als prognoserelevant evaluierter Skalen ergab einen Mittelwert der PCL-Score (Hare 1990) von 8,09, der deutlich niedriger lag als der Mittelwert von 12,71 bei den stationär-psychiatrischen Maßregelvollzugspatienten. Auch dieser Befund kann in Zusammenhang mit Diagnose und Deliktverteilung wieder als Beleg dafür gewertet werden, dass Persönlichkeitsstörungen schwerer zu behandeln sind und weniger leicht in eine ambulante Betreuung überführt werden können. Besonders interessant gestaltete sich die Auswertung des HCR 20-Scores (Webster et al. 1997) im Vergleich zu dem der stationär-psychiatrischen Maßregelvollzugspatienten. Es zeigte sich ein Unterschied des H-Scores, der für die historischen und nicht veränderbaren Variablen gewertet werden kann, zwischen stationären und ambulanten Patienten. Er lag bei den ambulanten Patienten halb so hoch wie bei stationär behandelten Patienten. Noch deutlicher aber war der Unterschied – und dies kann als Beleg für den Erfolg der stationär-psychiatrischen Arbeit gewertet werden – unter den beeinflussbaren und veränderbaren C- und R-Variablen, die die klinischen Parameter und die Risikoparameter im Sinne einer Perspektivenentwicklung betreffen. Hier waren die Werte bei den stationären Patienten viermal so hoch wie bei den ambulanten. Die prognostisch relevanten Faktoren unterschieden sich in den Einrichtungen nicht signifikant.

In den VerlaufsvARIABLEN zeigte sich ein relativ hoher Anteil von Alkoholkonsum und Drogenkonsum als Zwischenfälle. Der Anteil von Drohungen oder Gewalt war dagegen gering. Als problematisch wurde häufig die Zuverlässigkeit eingeschätzt. All diese Parameter sind als Risikofaktoren bekannt, deren relativ häufige Erfassung zeigt, wie wichtig Kontrolle ist. Die Aufdeckung solcher Zwischenfälle kann auch einer therapeutischen Bearbeitung zugeführt werden und entsprechende Interventionen bei Bedarf nach sich ziehen, wie es in der vorliegenden Untersuchung auch in einigen Fällen erfolgt ist. Insgesamt fanden sich 6 Sicherungshaftbefehle und ein Bewährungswiderruf.

Besonders in der qualitativen Auswertung, wie beispielsweise der Einzelfallbetrachtung wird deutlich, mit welcher Kreativität und individuellen Anpassung und Gestaltung die Behandler tätig werden und welche große Fachkompetenz im psychiatrischen, sozialpädagogischen, psychologischen, suchtspezifischen, psychosespezifischen und forensischen Wissen hier vonnöten waren. Dieser Aspekt war in der vorläufigen Auswertung und in Zahlen nicht abzubilden, darf aber nicht unerwähnt bleiben.

Bedeutsam erscheint, dass es in mehreren Fällen zu der Ausbildung eines tragfähigen Kontaktes kam, der die Patienten über ein Ende die Führungsaufsicht hinaus weiter freiwillig in die forensische Ambulanz kommen ließ. Dies deu-

tet auf eine für den Patienten sehr befriedigende Behandlung und auch auf eine Zunahme des Sicherheitsaspektes hin. Die Patienten bleiben erreichbar.

Literatur

- American Psychiatric Association* (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington, D. C.
- Bloom, J. D.; Mueser, K. T.; Müller-Isberner, R.* (2000). Treatment implications of the antecedents of criminality and violence in schizophrenia and major affective disorders. In: Hodgins, S. (ed.): Violence among the Mentally Ill. NATO Science Series, Kluwer Academic Publishers.
- Freese, R.* (2003). Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. Psychiatrische Kriminaltherapie, Band 2, Müller-Isberner, R.; Gretenkord, L. (Hrsg.) Pabst Verlag.
- Guy, W.* (1976). Clinical global impressions [CGI]. National Institute of Mental Health, Early Clinical Drug Evaluation, Psychopharmacology Research Branch. ECDEU assessment manual for psychopharmacology 217-222.
- Hambrecht, M. und Häfner, H.* (1996). Führen Alkohol- oder Drogenmissbrauch zu Schizophrenie? *Nervenarzt* 67(1), 36-45.
- Hare, R. D.* (1990). The Hare Psychopathy Checklist – Revised. Multi-Health Systems, Niagara Falls, Multi-Health Systems, Niagara Falls.
- Hodgins, S.; Hiscoke, U. L.; Freese, R.* (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with Schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 21, 523-556.
- Krawitz, H. M.; Kelly, J.* (1999). An outpatient psychiatry program for offenders with mental disorders found not guilty by reason of insanity. *Psychiatric Services* 50, 1597-1605.
- Leygraf, N.* (1988). Betreuung oder Überwachung: Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs? *Bewährungshilfe* 3, 341-351.
- Müller-Isberner, R.* (1996). Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. *Int. J. Law Psychiatry* 19, 81-86.
- Müller-Isberner, R.; Rohdich, R.; Gonzalez Cabeza, S.* (1997). Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe* 3, 272-285.

- Müller-Isberner, R.; Jöckel, D.; Gonzalez Cabeza, S. (1998). Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20 (Version 2 - D1). Institut für Forensische Psychiatrie, Haina.
- Nedopil, N. (1999). Änderung bei der Inhaftierung und Unterbringung von Sexualstraftätern – Vorläufer einer Gesetzesänderung oder ihre Folge? *Sexuologie* 6, 119-122.
- Nedopil, N.; Banzer, K. (1996). Outpatient Treatment of Forensic Patients in Germany: Current structure and Future Developments *Int. J. Law Psychiatry* 19(1), 75-79.
- Nedopil, N.; Graßl, P. (1988). Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationsystem (FPDS). *Forensia* 9, 139-147.
- Rasch, W. (1989). Situation und Perspektiven des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozialpsychiatrische Informationen* 4, 8-15.
- Seifert, D.; Schiffer, B.; Leygraf, N. (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge. Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *Psychiat Prax* 30, 235-241.
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br. J. Psychiatry* 176, 345-350.
- Stueve, A.; Link, B. G. (1997). Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatry Q* 68, 327-342.
- Swanson, J. W.; Holzer, C. E.; Ganju, V. K.; Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community; evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp and Comm Psychiatry* 41, 761-770.
- Vartianen, H. and Hakola, H. P. A. (1992). How changes in mental health law adversely affect offenders discharged from a security hospital. *J. Forensic Psychiatry* 3, 564-570.
- Wallace, C.; Mullen, P.; Burgess, P.; Palmer, S.; Ruschena, D.; Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br. J. Psychiatry* 174, 477-484.
- Walsh, E.; Buchanan, A.; Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 180, 490-495.
- Webster, C. D.; Douglas, K. S.; Eaves, D.; Hart, S. D. (1997). *Assessing Risk for Violence – Version 2*. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby, Canada.

- Wiederanders, M. R.; Bromley, D. L.* (1997). Forensic conditional release Programs and Outcomes in Three States. *International J. Law and Psychiatry* 20, 249-257.
- Wilson, D.; Tien, G.; Eaves, D.* (1995). Increasing the community tenure of mentally ill offenders. An assertive case management program. *Int J. Law Psychiatry* 18(1), 61-69.
- World Health Organization* (1992). *The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva.

Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug

– Konzepte und Erfahrungen –

Roland Freese

Einleitung

Der Maßregelvollzug für psychisch kranke Straftäter (§ 63 StGB) unterscheidet sich in seiner grundsätzlichen therapeutischen Struktur deutschlandweit kaum. Inhaltlich wird man regelmäßig drei Phasen unterscheiden können. Einer Aufnahmephase mit umfassender biographisch-anamnestischer, psychologischer, psychiatrischer, neurologischer sowie allgemeinmedizinischer Diagnostik schließt sich eine Therapiephase an, in der entsprechend des gesetzlichen Auftrages die zukünftige Deliktfreiheit im Zentrum der Interventionen steht. Nach erfolgreichem Abschluss auch dieser Phase erfolgt üblicherweise in einem dritten Abschnitt eine Erprobung des Erreichten in gelockerteren stationären Strukturen und/oder außerhalb der Klinik im Rahmen von Beurlaubungen. Beweist der Untergebrachte auch hier, dass von ihm keine weitere Gefährlichkeit ausgeht, wird er durch Beschluss der zuständigen Strafvollstreckungskammer bedingt aus dem Vollzug der Maßregel entlassen. Faktisch allerdings wechselt der Patient quasi nur von einer Maßregel in eine neue, denn es tritt qua Gesetz Führungsaufsicht (§ 68 StGB) mit Auflagen und Weisungen ein. Gleichwohl endet die Arbeit des stationären Maßregelvollzuges mit dem formalen Rechtsakt der bedingten Entlassung – zumindest vorläufig.

Tatsächlich allerdings beginnt die stationäre Maßregel nicht selten bereits kurz nach der Entlassung wieder von neuem, dann nämlich, wenn wegen sich neuerlich abzeichnender Gefährdung der Allgemeinheit Sicherungshaftbefehl ergeht, ein Widerruf erfolgt oder möglicherweise eine abermalige Straftat den bedingt entlassenen, ehemals Untergebrachten wieder stationär werden lässt. In Hessen war eine Häufung derartiger Ereignisse Ende der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts Anlass, die Entlassungspraxis aus dem stationären Maßregelvollzug genauer unter die Lupe zu nehmen. Dabei wurde offenbar, dass die entlassenen Patienten ganz offensichtlich erhebliche Schwierigkeiten hatten, die Angebote der psychosozialen Nachsorge zu erreichen. Dort, wo dies gleichwohl gelang, erfolgte keine konsequente Nachbehandlung durch alltagspsychiatrische Profis, psychosoziale Kontrolle war verpönt und fand nicht statt, es be-

stand ein unzureichendes forensisch-psychiatrisches Problembewusstsein, nicht selten fehlte überhaupt jegliche forensische Sachkenntnis und diffuse Ängste oder gar krasse Ablehnung verhinderten oftmals schon die bloße Kontaktaufnahme mit der Forensik und ihren Patienten. Deutlich wurde auch, dass die übergroße Mehrheit der entlassenen Patienten samt des sie betreuenden Nachsorgenetzwerkes – so sich eines gebildet hatte – einer sehr intensiven Betreuung und Begleitung bedurfte, ein nachgehendes, aufsuchendes Arbeiten von großer Bedeutung für die Stabilität der Patienten war, die Aufrechterhaltung sozialer Kontrolle viel zur Stabilität beitrug, hierfür gelegentlich auch assertives Vorgehen unumgänglich war und bloße Therapieangebote, ohne Einbeziehung von Risikoerwägungen, regelmäßiger Prognosebildung und adäquatem Risikomanagement, nur ausnahmsweise in der Lage waren, ehemalige Maßregelvollzugspatienten vor einer Wiederaufnahme zu bewahren. Schlussendlich wurde in dem Reflexionsprozess auch noch deutlich, dass all das, was aus Sicht der stationären Einrichtung für ein erfolgreiches Bestehen der Patienten außerhalb mindestens notwendig, teilweise auch unabdingbar war, „draußen“ entweder niemand machen wollte, niemand machen konnte oder es schlicht nicht tat. Zu sehr ähnlichen Erkenntnissen kamen im übrigen deutschland- wie weltweit verschiedene Autoren (*Warmuth, 1990; Nowara, 1992; Schellbach-Matties et al., 1993; Müller-Isberner et al, 1993; Müller-Isberner, 1996; Nedopil & Banzer, 1996; Müller-Isberner et al, 1997; Deutsches Ärzteblatt 2002; Freese, 2003; Wilson et al, 1995; Bloom et al, 1991; Dvoskin, 1989; Heilbrun & Griffin, 1993; McGreevy et al, 1991; Swartz et al 2000; Wiederanders, 1992; Wiederanders & Choate, 1994; Wiederanders et al, 1997*).

Aus diesen Erkenntnissen heraus kam es zur Gründung von Nachsorgeambulanzen, deren gedachte Funktion wesentlich darin bestehen sollte, bedingt entlassene – in anderen Regionen Deutschlands auch langfristig beurlaubte – Patienten des Maßregelvollzuges innerhalb des oben skizzierten „Nachsorge-Niemandslandes“ zu betreuen. In Hessen begann diese Nachsorge 1988 (zur Historie s. *Freese, 2003*). Seither stützt sich Maßregelvollzug in Hessen auf eine vierte Behandlungssäule, institutionalisiert als Forensische Fachambulanz Hessen.

Die Forensische Fachambulanz Hessen

Der formale Rahmen

Die Forensische Fachambulanz Hessen (FFH) versorgte Mitte 2004 über 180 bedingt entlassene Patienten des 63er-Maßregelvollzugs. Die Ambulanz hat vier Standorte in Hessen, von denen regional bezogen die Patienten betreut werden (Haina, Gießen, Schotten, Eltville-Eichberg). Sie ist als Psychiatrische Institutsambulanz an der Klinik für Forensische Psychiatrie Haina anerkannt. Das Ambulanzteam setzt sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen. Aktuell sind 19 MitarbeiterInnen (3 Fachärzte, 3 Ärzte, 5 Psychologen, 4 Sozialarbeiter/Pädagogen und 4 (Fach-) Krankenpfleger) auf 16,7 Vollkraftstellen beschäftigt. Die Finanzierung der Ambulanz erfolgt im Rahmen eines selbständigen Budgets.

Nachdem das Land Hessen per 1.1.2002 den Betrieb einer Ambulanz qua Erlass vom Modell- in den Regelbetrieb überführt hat, tritt das Land auch als Kostenträger der Maßnahme ein. Anerkannt ist eine caseload-gestützte Finanzierung auf Basis von einem Mitarbeiter für 11 betreute Probanden. Durch die Abrechnung von Behandlungsscheinen über die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein geringer Teil der entstehenden Kosten (ca. 15 %) erwirtschaftet. Für das Jahr 2000 sind Nettokosten von knapp einer Million Euro zu erwarten. Damit liegen die Jahreskosten pro ambulant betreutem Probanden bei ca. 6.000 Euro, die Tageskosten bei rund 16 Euro.

Der juristische Kontext

Den Auftrag an die Fachambulanz, im Rahmen der Führungsaufsicht nachsorgend tätig zu werden, formuliert die zuständige Strafvollstreckungskammer oder das im Hauptverfahren erkennende Gericht innerhalb des Beschlusses, der die bedingte Entlassung eines stationär Untergebrachten begründet. Innerhalb dieses Beschlusses ist eine sog. Ambulanzweisung formuliert, die zur Zeit regelmäßig den folgenden Wortlaut hat (Zitat): „Der Untergebrachte wird angewiesen, ...

(b) mit der Ambulanz der Klinik für forensische Psychiatrie in Verbindung zu bleiben, die vereinbarten Termine einzuhalten und sich besonders in Krisen von ihr beraten zu lassen und dabei stets offen über all seine Probleme zu sprechen sowie dem jederzeitigen Austausch von Informationen über seinen Zustand zwischen der Ambulanz und allen anderen ihn betreuenden Personen zuzustimmen; ...“.

Eine Einbettung der ambulanten Nachsorge in das Hessische Maßregelvollzugsgesetz existiert derzeit (noch) nicht; dies ist im Rahmen einer Gesamtrevision des Gesetzes avisiert, die allerdings derzeit noch auf sich warten lässt.

Das inhaltliche Konzept

Der Arbeitsauftrag der Fachambulanz leitet sich aus dem Gesetz (§ 68 ff. StGB) her, wonach das generelle Ziel der Führungsaufsicht, nämlich „...den Betroffenen zu unterstützen und ihm bei der Resozialisierung zu helfen, aber auch die Allgemeinheit zu sichern“ zur Aufgabe der Fachambulanz wird. Aus diesem Auftrag ergibt sich zudem, dass eine Balance zwischen den Rechten der Betreuten mit ihrem Anspruch auf Hilfe und Behandlung einerseits und der öffentlichen Sicherheit andererseits die Arbeit prägen muss.

Kommt es bei Ambulanzprobanden zu Situationen, in denen dieses Gleichgewicht gefährlich ins Wanken gerät oder in denen der Proband seine Belange in einer die Allgemeinheit möglicherweise gefährdenden Weise über deren Sicherheit oder die Unversehrtheit Einzelner stellt, so ist es Aufgabe der Ambulanzmitarbeiter, eindeutig und klar Prioritäten zusetzen. Das Bemühen eines im Grundsatz sozialpsychiatrisch geprägten therapeutischen Arbeitens mit dem Probanden unter der Zielvorstellung einer schnellen und problemlosen Reintegration in die Gesellschaft endet zwingend an dem Punkt, an dem neue Straftaten durch den Probanden mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind. Die forensische Nachsorge übernimmt an dieser Stelle damit bewusst und sehr entschieden Aufgaben, die man sicher besser als sekundäre oder gar noch spätere Prävention denn als Therapie bezeichnen muss.

In der Alltagsroutine bedeutet ambulante Nachsorge im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und Hilfe die immer wiederkehrende Prüfung der Frage, ob ein Proband sich in einem Setting befindet, das ihn mit genügend hoher Wahrscheinlichkeit davor bewahrt, neuerlich durch gravierende Straftaten und/oder schwerwiegende psychische Störungen auffällig zu werden.

In diesem Bereich liegt nicht nur der Schwerpunkt einer spezifisch forensischen Nachsorge, sondern eben auch ihre besondere Qualität. Durch die oft langjährige klinische Vorkenntnis der Patienten und die Erfahrung der Ambulanzmitarbeiter mit der speziellen forensischen Problematik besteht eine Sensibilisierung für wesentliche Risikofaktoren und Situationen – es existiert eine **kriminalpräventive Identität**. Und eben aus dieser Identifizierung heraus ergeben sich mehr oder weniger zwangsläufig eine Reihe von unabdingbaren Eckpunkten für eine erfolgreiche Nachsorge, die in **12 Prinzipien ambulanter Kriminaltherapie** (Freese, 2003) dargelegt sind und deren Kernpunkte die Aspekte Akzeptanz des **Doppelmandats** „Kontrolle und Hilfe“ mit der

Schwerpunktsetzung „Rückfallvermeidung vor Therapie“, **Autorität** über die Behandlung, **Casemanagement** und die drei großen „**K** (Kooperation, Kommunikation und Koordination)“ darstellen.

Nachsorge in praxi

Nachsorge beginnt in der Praxis der Forensischen Fachambulanz Hessen weit vor dem Zeitpunkt, an dem der Patient tatsächlich aus der Klinik entlassen wird.

Die Nachsorger benötigen für eine erfolgreich Arbeit umfassende Kenntnis der Ressourcen, Wünsche und innewohnenden Risiken des später zu betreuenden Probanden, sie müssen sich mit Delikt- und Diagnosezyklen vertraut machen, die Biographie, ggf. die fortbestehende Psychopathologie und das Entlassungssetting kennen, Rückfallvermeidungsplan und Medikation internalisieren, kurzum: den gesamten „Nachsorge-Fall“ möglichst umfassend begreifen. Dies setzt forensische, klinisch-psychiatrische und Lebenserfahrung voraus und verlangt ein breites forensisches Fachwissen. Bewährt haben sich eine Orientierung an gängigen Prognosekriterien und -checklisten sowie die Erstellung eines strukturierten Ablaufplanes für nie gänzlich auszuschließende Krisen (Alarmplan) und die schriftliche Fixierung des geplanten Nachbetreuungssettings bereits vor Beginn der eigentlichen Nachsorge.

Stellen in dieser Anlaufphase der Nachsorge die Abschätzung möglicher Risiken die wesentlichen Aspekte der Arbeit dar, liegt der Schwerpunkt in der praktischen Nachsorge in Prognosebildung und Risikomanagement. Jeder Kontakt mit dem Probanden verlangt eine aktuelle Überprüfung der bestehenden Risikoeinschätzung und eine neue, ggf. aktualisierte Risikoeinschätzung mit einer Kurzzeitprognose bis zum nächsten geplanten Routineambulanztermin. In Abhängigkeit von dieser Prognose erfolgt die Festsetzung des weiteren Procederes nach dem „Ampelprinzip“. Steht nach Bildung der Kurzzeitprognose die Ampel auf „Rot“, sind Risiken erkennbar, die im aktuellen Setting nicht mehr beherrschbar sind oder ist eine Krise bereits eingetreten, erfolgt umgehend und unmittelbar eine stationäre Intervention. Ob diese dabei innerhalb oder außerhalb des Maßregelvollzuges stattfindet, ist immer eine Einzelfallentscheidung und muss viele Faktoren berücksichtigen. Nicht unwesentlich spielt dabei neben der Qualität der aktuellen Risiken oder der konkreten Krise auch die Frage eine Rolle, ob eine allgemeinpsychiatrische Klinik überhaupt zur Aufnahme bereit ist. Mindestens ebenso wichtig ist aber auch die Frage, ob der Proband zu einem solchen Schritt freiwillig zu bewegen ist und ob eine eventuelle Bereitschaft hierzu auch verlässlich und von ausreichend langer zeitlicher Dauer tragen wird.

In der Praxis oftmals sehr viel schwieriger als das Vorgehen bei einer auf „Rot“ stehenden Ampel ist der Umgang mit einer auf „Gelb“ gesprungenen Ampel. Dann nämlich muss es zunächst immer darum gehen, zusätzliche Sicherungsmaßnahmen dahingehend zu etablieren, dass ein nochmaliges, weiteres Umspringen auf „Rot“ verhindert werden kann. Beispielhaft sei ein Psychoterapeut erwähnt, der im Kontakt berichtet, sein Mitbewohner habe ihn bereits wiederholt nachts sexuell missbraucht, im Moment sei dies aber kein Problem, da dieser gestern nach Betreuungsrecht für zunächst vier Wochen stationär in einer psychiatrischen Abteilung untergebracht worden sei. Bei dieser Konstellation könnte der Proband trotz einer Zunahme der Risiken wahrscheinlich dann zunächst im Wohnheim verbleiben, wenn eine gute Therapeut-Patient-Beziehung besteht, er ausreichend Störungs- und Behandlungseinsicht mitbringt, bereit ist, sich medikamentös höher dosiert behandeln zu lassen, die Kontaktfrequenz verkürzt werden kann und die Betreuer im Heim ihrerseits ebenfalls intensiver in den Kontakt zu diesem Patienten gehen und die Bereitschaft aufbringen, die offenkundige psychische Krise innerhalb des Wohnheimes mit zu tragen. Das Beispiel zeigt, dass nahezu regelhaft in einer „Gelb-Phase“ Maßnahmen der Intensivierung der Nachsorge angezeigt sind, sei es durch Hinzuziehung weiterer Betreuer, sei es durch Verkürzung des Betreuungsintervalls, durch die Gabe oder eine Erhöhung der Gabe von Medikamenten, durch eine Etablierung oder Intensivierung tagesstrukturierender Maßnahmen oder durch mehrere der genannten oder gar alle Maßnahmen gemeinsam. Daneben wäre sicher immer auch zu versuchen, eventuell vorhandene Stressoren zu reduzieren – wenn diese erkennbar sind und sich ohne weiteres reduzieren oder eliminieren lassen, was nicht in jedem Fall gegeben sein wird.

Und nur wenn die Ampel bei der Kurzzeit-Prognose auf „Grün“ steht, ist Raum für die therapeutischen Maßnahmen, die im geplanten Therapieregime des Probanden zu seiner psychosozialen Reintegration führen soll.

Von der ambulanten Nachsorge zur ambulanten Kriminaltherapie

Das ursprüngliche Konzept der Nachsorge sah vor, die in der Versorgungssituation anfangs der 80er-Jahre erkannten Defizite dadurch zu beseitigen, dass durch die Mitarbeiter der Ambulanz die Pharmakotherapie sichergestellt und ein bestehendes Nachsorgenetzwerk in der Zusammenarbeit koordiniert wird, Nachsorger in ihrer Arbeit forensik-spezifisch supervidiert und daneben den Probanden stützende Einzelpsychotherapien, Psychoedukation und begleitende Soziotherapie angeboten werden, um eine frühestmögliche Überleitung in allgemeinpsychiatrische Versorgungsstrukturen darstellen zu können.

Es hat sich allerdings sehr schnell und über die Jahre überdauernd und nachhaltig herausgestellt, dass dieses Konzept der Nachsorge häufig zu kurz greift. Bereits in den Anfangsjahren bedurfte etwa 1/3 der Probanden einer intensiveren Form der Nachbetreuung, mittlerweile benötigen nahezu 2/3 ein kriminaltherapeutisch intensiveres Angebot, bestehend aus dem oben skizzierten, ursprünglichen Nachsorgeangebot, ergänzt um psychosoziale und medikamentöse Kontrollen, Etablierung und/oder Restrukturierung von Nachsorgenetzwerken und forensik-spezifischen, überwiegend kognitiv-behavioral ausgerichteten Einzel- und Gruppentherapien. Außerdem gestaltet sich die Netzwerkarbeit sehr viel öfter als erwartet mehr in Form von Schulung und Training in Fragen forensisch-psychiatrischer Sichtweisen und Zusammenhänge und sehr viel weniger als Supervision. Im Ergebnis bedeutet dies eine sehr viel zeitintensivere Nachsorge, als in den Anfängen erwartet.

Erfolge und Misserfolge in der Nachsorge (Wiederaufnahme- und Rückfallquote)

Wenn es um entlassene Patienten aus dem Maßregelvollzug und deren Nachsorge geht, stellt sich immer auch die Frage, ob eine spezifische Nachsorge für diese Klientel nötig und effektiv ist. Während in Fachkreisen die Notwendigkeit einer derartigen Nachsorge im Grundsatz unbestritten ist, mangelt es noch vielfach an konkreten Belegen für die Effizienz einer solchen forensischen Nachsorge. In einer aktuellen Untersuchung haben wir diese für das in Hessen praktizierte Modell klar belegen können (Freese, 2003; Freese, 2003a).

Die Betrachtung eines 13-Jahres-Zeitraumes von 1990-2002 ergibt, dass die forensische Klinik in Haina in dieser Zeit 222 Wiederaufnahmen insgesamt oder durchschnittlich 17 Wiederaufnahmen im Jahr von Personen, die neuerlich strafrechtlich in Erscheinung getreten sein konnten, zu verzeichnen hatte. Dies entspricht einer **Wiederaufnahmequote von 14,8 %**. Rund 60 % dieser Wiederaufnahmen waren ohne (N=131), 40 % (N= 91) mit forensisch orientierter Nachsorge außerhalb der Klinik.

Während von den Wiederaufnahmen aus der Nachsorge heraus lediglich gut 23 % neuerlich – und im Vergleich zur ursprünglichen Indexdelinquenz nahezu ausnahmslos weniger schwerwiegend – strafrechtlich in Erscheinung traten, waren es bei den Probanden ohne spezifisch-forensische Nachsorge mehr als 80 % aller Wiederaufnahmen!

Aus den analysierten Daten errechnet sich eine **Rückfallquote** unter den ambulant nachbetreuten Probanden von **lediglich 8,2 %!**

Wichtiger noch: während die Wahrscheinlichkeit, ohne ambulante Nachsorge wieder in der Klinik aufgenommen zu werden, lediglich 50 % höher ist als die von ambulant nachbetreuten Patienten, ist das Risiko, wegen einer neuen Straftat aufgenommen zu werden, **ohne ambulante Nachsorge 5x so hoch!**

Diese Ergebnisse sind hoch signifikant und deutlicher Beleg dafür, dass forensische Nachsorge so, wie sie in Hessen seit Jahren praktiziert wird, unter kriminologischen Gesichtspunkten betrachtet ein effektiver Ansatz zur Senkung des Rückfallrisikos ist.

Die Erfahrung aus vielen Jahren ambulanter Nachsorge hat auch den Blick dafür geschärft, wer in der Zeit der Führungsaufsicht in der Klientel der Forensischen Fachambulanz ein erhöhtes Risiko hat zu scheitern. Dies sind insbesondere Probanden mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung oder erheblichen dissozialen Anteilen, Probanden mit einem polyvalenten Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte und Probanden, die mit fehlender intrinsischer Akzeptanz von Medikation und Nachbetreuung sowie des gewählten Entlassungssettings, ggf. verschärft noch durch finanzielle Probleme und labilisierende Bezugspersonen, entlassen werden. Dabei hat sich erwiesen, dass Schizophrene und psychotische Doppeldiagnosepatienten, insbesondere mit relativ kurzen stationären Behandlungsdauern, eher mit einem Verstoß gegen Weisungen aber ohne neuerliche Delinquenz wieder in die Klinik zurückkehren, während persönlichkeitsgestörte Patienten mit Lernbehinderung eher mit neuen, wenn auch in aller Regel weniger gravierenden Straftaten widerrufen werden müssen.

Die aktuelle „Marktposition der FFH“ im psychosozialen Umfeld

Begehrlichkeiten von allen Seiten

Die guten Behandlungsergebnisse in der Nachsorge einer schwierigen Klientel haben dazu geführt, dass sich die Forensische Fachambulanz Hessen, die vom Grunde her lediglich für die Betreuung bedingt entlassener Patienten aus dem 63er-Maßregelvollzug anerkannt ist, Nachfragen aus vielen Bereichen der Gesellschaft stellen muss.

Der Grund hierfür liegt ohne Frage darin, dass das Konzept der Ambulanz abgestimmt ist auf einen Personenkreis, der offenbar auch in anderen Institutionen und Systemen der Gesellschaft anzutreffen ist, dort aber offenbar keine adäquate Versorgung findet. Es handelt sich dabei regelhaft um Menschen mit psychischer Störung, die auf Grund komorbider Störungen (Sucht, Lernbehinderung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung), komplizierender Personeneigen-

schaften (geringe Compliance und Störungseinsicht, geringe Empathiefähigkeit, geringes Selbstwertgefühl, erhöhte Hostilität, Neigung zu impulsivem Acting-out) sowie Problemen in ebenfalls für ein ungestörtes Zusammenleben innerhalb unserer Gesellschaft relevanten Lebensbereichen wie Normen- und Wertesystem, soziale Kontakte und Beziehungsfähigkeit, Ausbildung und Beruf, Tages- und Freizeitstrukturierung sowie realistische Zukunftsorientierung erhebliche Schwierigkeiten haben, in der Gesellschaft zu bestehen, respektive deren Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

Außer im Bereich der Forensik finden sich solche „Menschen mit komplexem Hilfebedarf“ im Strafvollzug/Justizsystem, aber auch in der Obdachlosen- und Suchthilfe sowie in erheblicher Zahl im Bereich der Allgemeinpsychiatrie, deren Nachsorgeketten oder irgendwo zwischen all den genannten Bereichen außerhalb jeder klaren Systemzuordnung.

Nach sehr konservativen Schätzungen kann man für Hessen mit seinen 6,1 Millionen Einwohnern von mindestens 15.000 Menschen (unberücksichtigt Jugendliche und die große Zahl suchtkranker Menschen) ausgehen, die diesem Personenkreis zuzurechnen sind. In Hessen ist damit jeder 400. Bürger oder jeder 17. psychisch kranke Erwachsene als Person mit komplexem Hilfebedarf anzusehen und derzeit nicht oder zumindest nicht adäquat versorgt! Dies ist nicht nur unter medizinischen Gesichtspunkten eine besorgniserregende Zahl, es muss auch unter Sicherheits- bzw. Gefährlichkeitsaspekten erschrecken, denn wir wissen heute, dass die Gefährdung der Allgemeinheit, die von unbehandelten Menschen des hier genannten Personenkreises ausgeht, um ein Vielfaches höher ist als die, die psychisch kranke, aber adäquat betreute Menschen mit sich tragen (*Erb et al, 2001; Eronen et al, 1996; Hodgins, 1992, 1993; Hodgins, Mednick et al, 1996; Hodgins, Toupin et al, 1996; Lindquist & Allebeck, 1990*).

Nun soll an dieser Stelle nicht vertieft in eine Diskussion darüber eingetreten werden, ob diese Zahlen viel zu hoch oder eher vernachlässigbar gering sind. Nachdenklich sollte aber stimmen, dass es in einer immer noch vermögenden Volkswirtschaft wie der unsrigen offenbar opportun ist, einerseits unter Einsatz erheblicher personeller und finanzieller Energien ein Gesundheitssystem zu „reformieren“ und im Ergebnis dabei die sachgerechte Betreuung eines in die Tausende zählenden Personenkreises völlig zu ignorieren, ihn möglicherweise sogar noch auszuweiten, und andererseits zeitgleich für eine verschwindend kleine Zahl von Straftätern ganze Gesetzbücher und Vollstreckungsregularen im Bereich Maßregeln/Sicherungsverwahrung neu zu verfassen.

Zurück zu den Begehrlichkeiten und zur Frage nach den Ursachen dieser Entwicklung. Wie so oft hilft dabei ein Blick über den „großen Teich“, um zu

verstehen, was sich – und nicht erst seit gestern oder in Verbindung mit dem umstrittenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz – derzeit auch in Deutschland entwickelt. In den USA hat es rund 50 Jahre gedauert, bis der eingeleitete Prozess der Deinstitutionalisierung, der massiven Reduktion von Behandlungsplätzen in den psychiatrischen Asylen, mithin der amerikanischen Psychiatriereform dazu geführt hat, dass sich heute mehr psychisch Kranke in Gefängnissen als in psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern befinden¹!

Auch andere Länder, besonders skandinavische Staaten und England hatten ihre Psychiatriereform; in Deutschland läuft der durch die Psychiatrie-Enquête angestoßene Prozess unterdessen ca. 30 Jahre. Die Erfahrungen all dieser Staaten sind in hohem Maße vergleichbar und spiegeln sich allenthalben wider in einem dramatischen Anstieg psychisch kranker Personen unter Obdachlosen und Strafgefangenen, in einem deutlichen Anstieg des Anteils psychisch Kranker unter Gewalttätern, in einem ebenso deutlichen Anstieg der Berichterstattung über tatsächlich oder vermeintlich durch diesen Personenkreis begangene schwere Straftaten in den Medien und – nicht nur in Deutschland – in einer Kostenexplosion sowie massiven Kapazitätsproblemen des forensisch-psychiatrischen und Strafvollzugssystems. Dies alles erzeugt einen erheblichen Druck, dem dadurch öffentlichkeitswirksam begegnet werden soll, dass vorrangig mehr Sicherheit, bspw. durch die Änderungen im Strafgesetzbuch seit 1998 oder die Schaffung neuer Vollzugsplätze, angeboten wird. Zusätzlich wird von höchster politischer Stelle suggeriert, man könne durch „dauerhaftes Wegsperrn gefährlicher Straftäter“ mehr Sicherheit erzeugen, geflissentlich übergehend, dass, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, jeder psychisch kranke wie gesunde Straftäter in Deutschland darauf rechnen kann, irgendwann, und sei er noch so gestört oder gefährlich, wieder in der Gesellschaft leben zu können. Und schließlich ist ein höchst gefährlicher Trend dahingehend zu beobachten, man müsse nur „Therapie“ – was immer das im Einzelfall sein soll und durch wen auch immer sie dann angewandt werden soll – anbieten, und schon schaffe man mehr Sicherheit. So richtig diese Annahme für einen (kleineren) Teil von Straftätern ist, so falsch ist sie für das Gros der Klientel. „Therapie“ ist sicher nicht das Allheilmittel für „den Straftäter schlechthin“. Therapeutische Maßnahmen helfen in Einzelfällen, darauf wird abschließend noch einzugehen sein. Aus der Medizin wissen wir aber, dass Therapie ohne Indikation sinnlos ist – wo ist diese Indikation bei antisozialen, kriminellen Gewalt- und Sexualstraftätern? Wir wissen, dass Therapie ohne die Bereitschaft des zu Therapierenden sinnlos ist – so wird das Bronchialkarzinom eines Rauchers dann nicht kurativ zu behandeln sein, wenn der Raucher das Rauchen nicht einstellt. Und wir sollten uns bewusst sein, dass es

1 S. Lowry, R. (31.07.2003) Mistreating the menatly ill; Internet-Publikation, TownHall.com.

längst nicht für jedes individuelle – oder, um im Kontext dieses Beitrags zu bleiben, gesellschaftliche – Leiden Therapieoptionen gibt. Es ist eine Illusion anzunehmen, „Therapie“ löse im hier besprochenen Kontext alle Probleme. Ebenso, wie es eine Illusion ist zu glauben, rein punitiv angelegter Vollzug erziele durch seine generalpräventive Intention in jedem Fall den gewünschten Rückfallvermeidungseffekt. Rückfallquoten von bis zu 40 % im Erwachsenen- und bis zu 80 % im Jugendstrafvollzug sollten uns alle eines anderen belehren – allein solche Daten werden in der breiteren Öffentlichkeit wie in Fachkreisen nur ungern rezipiert. Würde man sich allerdings diesen Realitäten stellen, ließe sich ein Weg eröffnen, sich dem eigentlichen Problem anzunähern. Der Frage nämlich, wer durch welche Therapie überhaupt erreichbar, wer durch Strafe beeindruckbar und wer weder durch die eine noch die andere Maßnahme dazu bewegt werden kann, sein Leben zukünftig innerhalb des Rahmens unseres Normen- und Wertesystems auszurichten.

Fokussiert man auf diese Problematik, wird sich nicht nur im Maßregelvollzug, sondern auch im Strafvollzug eine Population herauskristallisieren, die sowohl während des Vollzuges, besonders aber danach, von therapeutischen Angeboten nicht nur profitiert, sondern dieser dringlich bedarf. Unterbleiben solche Angebote, gelingt keine Integration in therapeutische Versorgungsangebote, wird man der weiteren Chronifizierung von Defizienzen und Störungsbildern ins Auge sehen müssen, erhöhte Rückfall- und Wiederaufnahmequoten zu erwarten haben, ebenso eine Zunahme von Suizidraten und Mortalität. Weiteres soziales Abgleiten, eine Zunahme der Ausgrenzungsproblematik und Delinquenz, menschliches Leid und immense volkswirtschaftliche Kosten werden die sichere Folge sein.

Sind Lösungen vorstellbar oder Ansätze erkennbar?

Es zeichnet sich ab, dass sich das Ursprungskonzept der forensischen Nachsorge in Hessen mehr und mehr Konzepten angleicht, die im angelsächsischen Raum unter dem Oberbegriff „Mandatory Outpatient Treatment (MOT)“ (*Petrila & Monahan, 2003*) in Form von bspw. „Assertive Community Treatment (ACT)“ (*Wilson et al, 1995; Cosden et al, 2003; Marshall & Lockwood, 2004*), „Intensive Community Treatment (ICT)“ oder „Court Mandated Community Treatment (CMCT)“ (*Swartz & Swanson, 2004*) bekannt geworden sind. Einzig der Anspruch der hessischen Fachambulanz, statt einer „24-Stunden-7-Tage-die-Woche-Betreuung“ – und damit der Etablierung eines Parallelversorgungssystems – auch weiterhin bestehende psychosoziale und allgemeinpsychiatrische Strukturen zu nutzen, unterscheidet noch die Konzepte. Ob dies auf Dauer so Bestand haben wird, ist in Anbetracht der

über alle Jahre der Tätigkeit fortbestehenden Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit bestehender Strukturen eher kritisch zu sehen. Sollte sich die Aufsplitterung der psychosozialen Versorgungsstrukturen fortsetzen, wird man kaum umhin kommen, parallele Versorgungsstrukturen vorzuhalten, da man andererseits einer höchst problematischen, vollständigen Ausgrenzung von schwierigen Menschen aus Psychiatrie und Strafvollzug aus allen Strukturen (weiteren) Vorschub leisten würde.

Ein Lösungsansatz für die Klientel des Strafvollzuges könnte darin liegen, das im Bereich des 63er-Maßregelvollzuges seit vielen Jahren in Hessen etablierte Nachsorgemodell in wesentlichen Momenten auch auf einen Teil nicht psychisch kranker Straftäter zu übertragen (Freese, 2002; Freese, 2003a).

Dies ist allerdings an einige grundlegende Voraussetzungen gebunden, unten denen eine professionelle und qualifizierte Indikationsstellung sicher eine hervorragende Rolle beanspruchen muss.

Außerdem benötigt eine Nachsorgeambulanz eine klare Positionierung sowohl im strafjustiziablen und gesellschaftlichen Kontext, als auch in der Wahrnehmung der von ihr Betreuten. Letztere müssen wissen, dass die Ambulanzmitarbeiter (Psycho-) Therapie und (psychosoziale) Hilfe anbieten, sich aber auch als Kontrollinstanz und ggf. als Informationsquelle und –übermittler für die Strafvollstreckungsbehörde(n) verstehen. Die Vollstreckungsbehörde(n) ihrerseits muss die Sicherheit einer Nachsorgeambulanz als „verlässlicher und dauerhafter Partner“ haben. Gesamtgesellschaftlich ist der Aufbau eines derartigen Instrumentes dann am besten zu vermitteln und am effektivsten umzusetzen, wenn es sich hierbei um eine qua Gesetz oder Rechtsverordnung fest verankerte Maßnahme handelt, deren Umsetzung damit auch langfristig als primäre Aufgabe der Justiz verstanden wird.

Die Mitarbeiter einer Nachsorgeambulanz für (bedingt) entlassene Strafgefangene benötigen zudem frühen Zugang zu den Probanden und einen gesicherten Zugriff auf Informationen über den Probanden. Letzteres gilt für Akten aus Strafverfahren und JVA-Zeiten, aber auch für formale und inhaltliche Therapieangebote innerhalb des Vollzuges, um kontinuierlich arbeiten zu können. Insbesondere intra- und extramurale psychotherapeutische Angebote müssen sauber abgestimmt und kompatibel sein. Ein nicht abgestimmter Neubeginn mit dem Tag der Entlassung stellt eine immense Erhöhung des Rückfallrisikos dar. Die (erfolgreiche) Durchführung intramuraler Therapien und Therapieprogramme ist ebenso unabdingbare Voraussetzung für eine suffiziente Nachsorge wie eine professionelle Einstellung und Qualifikation der ‚Nachsorger‘. Sowohl fehlende intramurale Therapien als auch schlechter Informationsfluss hierüber wie über die Probanden oder unterbezahlte, auf unsicheren Arbeits-

plätzen tätige, möglicherweise nicht ausreichend professionalisierte Nachsorgemitarbeiter erhöhen die Risiken, die eine Nachsorgeambulanz reduzieren soll!

Weiterhin muss eine Nachsorgeambulanz sowohl Transfersicherung als auch Risikoeinschätzung und Risikomanagement verantwortungsbewusst durchführen können. Hierzu bedarf es eines umfassenden und ausgewogenen Angebotes an Therapie, Hilfe und Kontrolle – nur Therapie ist ebenso wenig suffizient, wie nur Hilfe oder nur Kontrolle.

Und schließlich müssen die Mitarbeiter einer Nachsorgeambulanz Dauer und Intensität der Nachsorge bestimmen. Nach aller Erfahrung halten sich die Probanden nicht an gesetzlich vorgegebene Zeitrahmen, egal ob 18 Monate bis zum Abklingen eines statistischen Rückfallmaximums (das zudem für „Sexualstraftäter“ so nicht gilt) oder Gesetzesvorgaben wie eine 5-jährige Führungsaufsicht.

Ein zeitlich befristetes und damit finanziell limitiertes Angebot birgt wesentlich mehr Probleme, als es Nutzen bringen wird.

Literatur

Cosden, M.; Ellens, J. K.; Schnell, J. L.; Yamini-Diouf, Y. & Wolfe, M. M. (2003). Evaluation of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment. *Behav. Sci. Law*, 21, 415-427.

Deutsches Ärzteblatt (2002). Forensische Psychiatrie – Ambulanzen dringend notwendig 99; 12, B 624.

Dvoskin, J. A. (1989). The Palm Beach County, Florida forensic mental health services program: A comprehensive community-based system. In: H. J. Steadman; D. W. McCarty & J. P. Morrissey (eds.). *The mentally ill in jail: Planning for essential services*, Guilford, New York, pp 178-197.

Erb, M.; Hodgins, S.; Freese, R.; Müller-Isberner, R. & Jöckel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11(1), 6-26.

Eronen, M.; Tiihonen, J. & Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 22: 83-89.

Freese, R. (2002). Die Entwicklung der Hessischen 63er-Maßregelvollzugsambulanz – Ein Modell auch für den Hessischen Strafvollzug? In: A. Boetticher et al. *Geeignete Maßnahmen zur Nachsorge von entlassenen*

- Strafgefangenen. Bericht und Empfehlungen einer Expertenkommission. Hessisches Ministerium der Justiz, 24-31.
- Freese, R.* (2003). Ambulante Kriminaltherapie. In: R. Müller-Isberner & L. Gretenkord (Hrsg.) *Psychiatrische Kriminaltherapie – Band 2*; Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Freese, R.* (2003a). Ambulante Versorgung von psychisch kranken Straftätern im Maßregel- und Justizvollzug – Analysen, Entwicklungen, Impulse. *Recht & Psychiatrie*, 21, 52-57.
- Heilbrun, K. & Griffin, P. A.* (1993). Community-based forensic treatment of insanity acquittees. *International Journal of Law and Psychiatry* 16: 133-150.
- Hodgins, S.* (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 49: 476-483.
- Hodgins, S.* (1993a). The criminality of mentally disordered persons. In: S. Hodgins (Hrsg.). *Mental Disorder and Crime*. Sage, Newbury Park, California, 1-21.
- Hodgins, S.; Mednick, S. A.; Brennan, P. A.; Schulsinger, F. & Engberg, M.* (1996). Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 53: 489-496.
- Hodgins, S.; Toupin, J. & Côté, G.* (1996). Schizophrenia and antisocial personality disorder: a criminal combination. In: L. B. Schlesinger (Hrsg.). *Explorations in Criminal Psychopathology. Clinical Syndromes with Forensic Implications*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, 217-237.
- Lindqvist, P. & Allebeck, P.* (1990). Schizophrenia and Crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br. J. Psychiatry* 157: 345-350.
- Marshall, M. & Lockwood, A.* (2004). Assertive community treatment for people with severe mental disorder (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, John Wiley & Sons, Chichester, UK.
- McGreevy, M. A.; Steadman, H. J.; Dvoskin, J. A. & Dollard, N.* (1991). New York State's system of managing insanity acquittees in the community. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 512-517.
- Müller-Isberner, J. R.* (1996). Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. *International Journal of Law and Psychiatry* 19: 81-86.
- Müller-Isberner, R.; Lomb, J.; März, S. & Tansinna, A.* (1993). Ambulante Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe* 40: 176-185.
- Müller-Isberner, R.; Rohdich, R. & Gonzalez Cabeza, S.* (1997) Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe* 44: 272-285.

- Nedopil, N. & Banzer, S.* (1996). Out-Patient Treatment of Forensic Psychiatric Patients in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* 16: 247-255.
- Nowara, N.* (1992). Bemerkungen zum ambulanten Behandlungskonzept im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie* 10: 26-31.
- Petrila, J. & Monahan, J.* (2003). Mandated Community Treatment. Introduction to this Issue. *Behav. Sci. Law*, 21, 411-414.
- Schellbach-Matties, R.; Pelzer, W.; Schmidt-Quernheim, F.; Hourtz, M. & Hax-Schoppenhorst, T.* (1993). Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 54-95.
- Swartz, M. & Swanson, J.* (2004). Reviewing the empirical data on Involuntary Outpatient Commitment, Community Treatment Orders and Assisted Outpatient Treatment. *Canadian Journal of Psychiatry* (in press).
- Warmuth, M.* (1990). Drei Jahre forensisch-psychiatrische Ambulanz in West-Berlin. *Recht & Psychiatrie* 8: 109-120.
- Wiederanders, M. R.* (1992). Recidivism of disordered offenders who were conditionally vs. unconditionally released. *Behavioral Sciences and the Law* 10: 141-148.
- Wiederanders, M. R.; Bromley, D. & Choate, P. A.* (1997). Forensic Conditional Release Programs and Outcomes in Three States. *International Journal of Law and Psychiatry* 20: 249-257.
- Wiederanders, M. R. & Choate, P. A.* (1994). Beyond recidivism: Measuring community adjustments of conditionally released insanity acquittees. *Psychological Assessment* 6: 61-66.
- Wilson, D.; Tien, G. & Eaves, D.* (1995). Increasing the community tenure of mentally disordered offenders: An assertive case management program. *International Journal of Law and Psychiatry* 18: 61-69.

Konzeption einer ambulanten Nachsorge im Anschluss an den Strafvollzug in Hessen

Helmut Fünfsinn

Sehr geehrte Damen und Herren,*

gestatten Sie mir eine eher holzschnittartige Vorbemerkung, damit der Rahmen unserer konzeptionellen Überlegungen deutlich wird. Im Mittelpunkt steht bei diesen Überlegungen die Nachsorge. Was heißt das? Die Nachsorge ist ein eher medizinischer Begriff und wurde von der Humanmedizin auch für die Behandlung von Straftätern nutzbar gemacht. Aber Nachsorge kann auch mit Begriffen des Alltags unterlegt werden, etwa „wir machen uns weiterhin Sorgen“, aber auch „wir sorgen uns“. Man kann es auch straftheoretisch einkleiden: „Wir sorgen uns um die Besserung des Einzelnen und um die Sicherheit der Allgemeinheit“. Und damit wird das Marburger Programm von *Franz von Liszt* in allen seinen Grundzügen wieder aktuell. Zu bedenken ist allerdings eines: Wir haben – in der Sprache *Franz von Liszts* – keine Insel, wo die „Unverbesserlichen“ verwahrt werden können. Also sollte unser ganzes Streben dahin gehen, mit der Nachsorge Erfolg zu haben.

Unsere konzeptionellen Überlegungen betreffen nur einen Teilbereich der Sorge, es gibt noch kein Gesamtkonzept, nur einzelne Mosaiksteine, die ich benennen möchte. Bei diesen Mosaiksteinen spielen nicht nur die straftheoretischen Präventionsideen eine Rolle, sondern auch neueste Überlegungen zur Kriminalprävention. Ich will deshalb mit dieser Idee des Leiters der größten hessischen Jugendstrafvollzugsanstalt beginnen. Er reklamiert ein Verantwortliches auch für diejenigen, die aus dem Jugendstrafvollzug entlassen worden sind und will für das erste Jahr in Freiheit eine Betreuung über kommunale Präventionsgremien sicherstellen. Damit ist ein wesentlicher Teil benannt: Keine scharfen Zuständigkeits- und Verantwortungsgrenzen ziehen, sondern sich mit allen Beteiligten gemeinsam sorgen.

Ich möchte mit einer Vorbemerkung im engeren Sinne fortfahren und die Mosaiksteine benennen, die unserem konkreten Projekt näher sind, also unser Führungsaufsichtsprojekt, die ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug und – dies wird Sie überraschen – das sehr, sehr interessante pädagogische Konzept der elektronischen Fußfessel. All diesen Projekten ist gemein, dass sie spezielle

* Der Vortragsstil wurde beibehalten.

Personengruppen oder spezielle Straftaten betreffen, ohne in ein Gesamtkonzept eingebunden zu sein. Daraus folgt für die Zukunft, dass wir anfangen müssen, die einzelnen Teile zu einem Gesamtkonzept zusammenzufügen.

Jetzt möchte ich mich aber langsam den konzeptionellen Überlegungen einer ambulanten Nachsorge im Anschluss an den Strafvollzug in Hessen nähern.

Über was reden wir?

Zunächst unterscheiden wir bzw. die erkennenden Gerichte zwischen schuldfähigen und schuldunfähigen oder vermindert schuldfähigen Tätern, für Letztere ist das Maßregelsystem eingerichtet worden, die Unterbringung. Diesen Part hat mein geschätzter Vorredner beleuchtet.

Die eher ungenau als „dissozial“ bezeichneten Täter, die wegen Sexualdelikten oder Gewaltdelikten verurteilt werden, gelten als schuldfähig, kommen in Haft, in „normale“ Haft oder in eine Sozialtherapeutische Anstalt nach § 9 Strafvollzugsgesetz (StVollzG), der ab 1.1.2003 für einen bestimmten Gefangenengreis zwingend anwendbar ist.

Und irgendwann – die Frage der Sicherungsverwahrung und der möglichen Entwicklung dieses Rechtsinstituts will ich hier aussparen – werden diese Verurteilten entlassen, wobei hier wiederum zwei Tätergruppen zu unterscheiden sind:

Die eine Gruppe, weil diese Probanden eine schlechte Sozialprognose haben, gelangt erst nach Vollverbüßung einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren bzw. nach den Katalogstraftaten des § 181b Strafgesetzbuch (StGB) nach einem Jahr in Freiheit, mit der Folge, dass nach § 68f StGB mit der Entlassung aus dem Vollzug Führungsaufsicht eintritt.

Die zweite Gruppe wird nach § 57 Abs. 1 oder Abs. 2 StGB auf Bewährung entlassen.

Bei beiden Gruppen ist – eigentlich selbstverständlich – unser oberstes Ziel die Verhinderung von Rückfällen und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

Hierzu haben wir in Hessen Konzeptionen entwickelt, die wir zurzeit modellhaft bereits erproben bzw. deren Erprobung in Kürze beginnen wird. Der Gedanke hierbei ist eine differenzierte Nachsorge im Anschluss an die Strafhaft zu schaffen, wobei die mehr Hilfe bekommen sollen, die mehr Hilfe und weniger die, die weniger Hilfe brauchen.

Für den Kreis der unter Führungsaufsicht Stehenden, also die mit der schlechteren Prognose, und ich rede nicht von den Probanden, die aus dem Maßregel-

vollzug entlassen wurden und unter Bewährungs- und Führungsaufsicht stehen, haben wir ein Konzept der „Konzentrierten Führungsaufsicht“ entwickelt, das seit dem 15. Mai 2003 von der Führungsaufsichtsstelle bei dem Landgericht Darmstadt zusammen mit zwei Bewährungshelfer(inne)n erprobt wird.

Wir wollten eine möglichst frühzeitige und effektive Kontrolle und Betreuung von Probanden gewährleisten, bei denen während der Führungsaufsicht eine neue schwere Straftat zu befürchten ist. Unter schweren Straftaten werden in diesem Sinn insbesondere Sexualdelikte wie Vergewaltigung, sexuelle Nötigung oder sexueller Missbrauch; Gewaltdelikte wie Raub oder Körperverletzung; Tötungsdelikte und sonstige schwere Delikte wie Brandstiftung oder Verstöße gegen das Waffengesetz verstanden.

Die Strafvollstreckungskammern, die die meisten der Führungsaufsichtsbeschlüsse, die von der Führungsaufsichtsstelle Darmstadt überwacht werden, erlassen haben, wurden in die Ausgestaltung des Projekts einbezogen, genauso wie die Staatsanwaltschaft und die Generalstaatsanwaltschaft.

Das Projekt konzentriert sich in seiner Arbeit auf folgende Schwerpunkte:

Das eine ist die Konzentration eines Teams zur Betreuung und Überwachung von als besonders gefährlich geltenden Probanden. Zwei Bewährungshelfer konzentrieren sich in Abstimmung mit der Führungsaufsichtsstelle bei dem Landgericht Darmstadt ausschließlich auf als gefährlich geltende Probanden im Sinne des oben dargestellten Deliktskataloges. Die Geschäftsstelle der Führungsaufsichtsstelle wurde um eine halbe Stelle verstärkt.

Ein weiterer Aspekt des Projekts ist die Koordination bzw. bessere Koordination von wesentlichen Informationen. Die Führungsaufsichtsstelle und die Bewährungshilfe wurden häufig mit großer Verspätung über Probanden, die unter Führungsaufsicht gestellt wurden, unterrichtet. Dies führte dazu, dass der unmittelbare Übergang vom Vollzug in die Freiheit nicht unter der Kontrolle und Behandlung von Führungsaufsichtsstelle und Bewährungshilfe stattfand.

Die Auswahl, welche Probanden in das Projekt aufgenommen werden, wobei auch die „allgemeine“ Bewährungshilfe der Führungsaufsichtsstelle die Probanden melden kann, die nach ihrer Auffassung besonders gefährlich sind und daher von dem Projekt betreut werden sollten, erfolgt durch die Führungsaufsichtsstelle.

Mit diesem Projekt wollen wir der weit verbreiteten Klage, das Institut der Führungsaufsicht sei ein stumpfes Schwert, entgegenzutreten, ohne immer weitere Gesetzesänderungen zu fordern, von denen ich meine, dass sie teilweise unnötig sind, und im Übrigen sollte erst einmal mit dem bestehenden rechtlichen Instrumentarium gearbeitet werden. Damit ist nicht gesagt, dass einige

Regelungen im Bereich der Führungsaufsicht aufgrund ihrer Unpraktikabilität nicht zu verbessern sind und die Ressourcen sparer und effizienter eingesetzt werden könnten. Natürlich ist es jetzt noch zu früh, um bereits konkrete Erfolge darstellen zu können, die sich für mich wesentlich in einer Verkürzung der Dauer der Führungsaufsicht in einzelnen Fällen durch die Strafvollstreckungskammern deutlich machen würden. Ich hoffe, dass wir nach einem Jahr hier erste Schlüsse ziehen können.

Auch bezüglich der auf Bewährung aus Justizvollzugsanstalten entlassenen Gefangenen wollen wir eine Hilfestellung für eine optimale „Behandlung“ nach der Entlassung zur Rückfallprävention gewährleisten, allerdings modellhaft hier zunächst nur bei Sexualstraftätern und wegen besonders schwerer Gewaltdelikte verurteilten Männern, die aus der Sozialtherapeutischen Anstalt in Kassel kommen.

Das Hessische Ministerium der Justiz hatte eine Expertenkommission unter Vorsitz von Herrn Dr. *Boetticher* und weiteren namhaften, hier anwesenden Fachleuten – Herrn *Freese*, Herrn Dr. *Wolf*, Herrn *Erdmann* und Herrn Prof. Dr. *Egg* – einberufen. Die Kommission gab Anfang 2002 einen Bericht und Empfehlungen ab. Diese Empfehlungen wurden in der Strafrechtsabteilung des Hessischen Ministeriums der Justiz, für die ich verantwortlich bin, etwas modifiziert und konkretisiert und wir werden nach unserer Planung am 1.1.2004 mit dem Modellprojekt in Kassel beginnen können, das wir „Ambulante Nachsorge“ nennen.

Eine spezielle Nachsorge für die Täter, die schuldfähig sind und die wir „dissozial“ nennen – ich habe das bereits erwähnt –, die aus einer Justizvollzugsanstalt oder der Sozialtherapeutischen Anstalt entlassen werden, bestand bislang in Hessen nicht.

Herr *Freese* hat gerade geschildert, welche guten Erfahrungen mit der ambulanten Nachsorge im Anschluss an den Maßregelvollzug in Hessen gemacht worden sind, da sich hier nach der bedingten Entlassung grundsätzlich eine ambulante Nachsorge anschließt.

Wir sind davon ausgegangen und sind hierbei auch den Empfehlungen der Kommission gefolgt, dass auch bezüglich des Anteils der wegen Gewaltdelikten oder wegen Sexualstraftaten Verurteilten, die in den „normalen“ Justizvollzugsanstalten einsitzen, eine solche Maßnahme sinnvoll sein könnte. Wir haben uns allerdings dazu entschlossen, dies zunächst bei den Gefangenen zu erproben, die in der Sozialtherapeutischen Anstalt in Kassel inhaftiert waren und zur Bewährung entlassen werden.

Der Gesetzgeber hatte mit dem „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26. Januar 1998 unter anderem be-

stimmt, dass die therapeutische Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug zu verbessern ist. Seit dem 1.1.2003 können nun Sexualstraftäter auch ohne ihre Zustimmung in eine Sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden. Hintergrund dieser Regelung ist der Gedanke, dass den Störungen des Klientels mit den Mitteln der Sozialtherapie besser begegnet werden kann als mit den herkömmlichen Mitteln des Regelvollzuges. In die Sozialtherapeutische Anstalt werden im Wesentlichen Gefangene aufgenommen, die erhebliche Störungen im sozialen Verhalten aufweisen und bei denen die Gefahr erkennbar ist, dass sie sich zu Wiederholungstätern entwickeln werden. Da mit diesen Verurteilten bereits in der Haft speziell auf ihre Problematik bezogen gearbeitet wurde, meinen wir, dass wir hier mit dem Modellversuch anknüpfen sollten.

Für die Entlassung aus der Sozialtherapeutischen Anstalt ist der die nachgehende Betreuung nach der Entlassung regelnde § 126 StVollzG zu beachten. Für den Regelvollzug fehlt eine vergleichbare Regelung. Gegenstand der Nachsorge soll engagierte Sozialarbeit für die ersten Schritte bei der Wiedereingliederung über das Management von auftretenden Krisen bis zu einem Angebot von psychotherapeutischer Betreuung in Form von Einzel- und Gruppentherapie sein; sowohl intensive Dauerbetreuung als auch Ad-hoc-Krisenintervention.

Eine nachgehende Betreuung kann dort wohl am ehesten erfolgreich sein, wo bereits während der Vollstreckung einer Freiheitsstrafe eine intensive Behandlung stattgefunden hat, wie es bei den Sozialtherapeutischen Anstalten der Fall ist. Die verantwortlichen Stellen für die Durchführung nachgehender Betreuung und deren Kontrolle sind die Bewährungshilfe und die Strafvollstreckungskammern. Die Expertenkommission hielt es für notwendig, dass die Aufgaben der Strafvollstreckungskammern von Richterinnen und Richtern wahrgenommen werden, die über ein solides Grundwissen in Psychiatrie und Psychologie verfügen und Erfahrungen auf dem Gebiet der richterlichen Kriminalprognose haben, so dass die Kommission davon ausging, dass Berufsanfänger nicht mit den Aufgaben eines Vollstreckungsrichters betraut werden sollten. Auch wenn wir hierauf keinen Einfluss haben, hielte ich es doch für außerordentlich wünschenswert, wenn sich die Präsidien diesem Wunsch der Expertenkommission annehmen könnten und die Geschäfte entsprechend verteilen würden.

Ganz entscheidend bei der nachgehenden Betreuung ist auch, dass die Bewährungshilfe und die Gerichte mit den Vollzugsanstalten zusammenarbeiten, damit die Verurteilten „nahtlos“ übergeben werden können. Datenschutzrechtliche Belange dürften nunmehr durch § 182 StVollzG geklärt sein.

Das hessische Modellprojekt wird sich zunächst auf solche Probanden beschränken, bei denen die Restfreiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt wird. Die Strafvollstreckungskammer kann die Aussetzung zur Bewährung davon abhängig machen, dass sich der Entlassene der ambulanten Nachsorge im Rahmen einer Weisung nach den §§ 56c Abs. 2 und 3, 56d StGB unterzieht. Die Vorteile der Beschränkung auf Probanden, die zur Bewährung entlassen werden, sind evident, denn soweit sie der Weisung zuzustimmen haben, dürfte bei ihnen eine Bereitschaft für die Betreuung durch die ambulante Nachsorge vorausgesetzt werden. Durch den neu gefassten § 56c Abs. 3 StGB wird nun auch eine Weisung, sich einer Heilbehandlung zu unterziehen, ohne Einwilligung des Verurteilten ermöglicht, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist. In beiden Fällen dürfte die Gefahr eines Widerrufs allerdings das Verhalten des Betreffenden beeinflussen, die Motivation eines Probanden, der den Widerruf der zur Bewährung ausgesetzten Strafe zu gewärtigen hat, dürfte erheblich größer sein als die eines Probanden, der die Strafe voll verbüßt hat.

Die Arbeit der ambulanten Nachsorge soll bereits mehrere Monate vor der voraussichtlichen Entlassung eines Häftlings erfolgen, um ihn beim Übergang von der Situation in einem Gefängnis in den Alltag draußen, der ja erhebliche Anstrengungen an den Probanden stellt, zu begleiten. Neben der konkreten Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen soll sie lebenspraktische Hilfe bieten, soziale Bindungen ausbauen bzw. bei dem Entstehen solcher Bindungen helfen. Dabei soll der Proband allerdings die ambulante Nachsorge auch als einen verlängerten Arm der Justizvollzugsanstalt und der Vollstreckungsbehörde begreifen, der ihm deutlich macht, dass die Freiheitsstrafe zunächst nur zur Bewährung ausgesetzt ist.

Im weiteren Verlauf des Projekts, das zunächst einmal auf zwei Jahre beschränkt werden wird, wird überprüft werden, ob wir auch Gefangene aus anderen Justizvollzugsanstalten in das Projekt aufnehmen.

Als ein sehr wesentlicher Aspekt hat sich in den Vorarbeiten zur Projektentwicklung die Notwendigkeit erwiesen, im Vollzug begonnene psychotherapeutische Behandlungen auch nach der Entlassung möglichst nahtlos fortzusetzen. Der besonders großen Rückfallgefahr in der Zeit direkt nach der Entlassung muss mit allen Mitteln entgegengetreten werden; § 125 StVollzG, der die kurzfristige Wiederaufnahme als Krisenintervention vorsieht, führt in der Praxis lediglich ein Schattendasein. Um die psychotherapeutische Behandlung auch nach der Entlassung fortsetzen zu können, werden wir daher versuchen, im nächsten Haushaltsjahr eine gewisse Summe bereitzuhalten, um in der Sozialtherapeutischen Anstalt begonnene Therapien auch draußen ambulant fortsetzen zu können. Es muss auch für den Fall Sorge getragen werden, dass eine

Krankenversicherung oder ein anderer Träger das Krankheitsbild bei einem Probanden verneint und die Finanzierung der Therapie deswegen ablehnt.

Somit ist auch zu erkennen, welche Personen oder Organisationen wir für die ambulante Nachbetreuung von Strafgefangenen für unabdingbar halten, es sind die oben schon genannten Vollstreckungsgerichte, die Therapeuten und als direkte Koordinatoren die Sozialen Dienste in der Sozialtherapeutischen Anstalt und die Bewährungshilfe draußen. Auch die zuständigen Staatsanwaltschaften werden als Vollstreckungsbehörden in das Projekt einbezogen.

Wir haben uns allerdings – entgegen der Empfehlung der Kommission – entschlossen, das Projekt nicht unter die Trägerschaft eines freien Vereins zu stellen, sondern es bei der Bewährungshilfe, die in Hessen bei den Landgerichten angesiedelt ist, anzubinden.

Die Projektarbeit soll von erfahrenen Bewährungshelfern geleistet werden. Es ist beabsichtigt, deren Arbeit durch Supervision zu unterstützen und zu begleiten. In diesem Zusammenhang sei der Hinweis erlaubt, dass das Vorurteil, die Bewährungshilfe sei auf eine Arbeit mit Sexualstraftätern zu wenig vorbereitet, sie wolle sie nicht durchführen oder aufgrund ihrer Überlastung könne sie diese sowieso nicht abdecken, nicht richtig ist. Wir sind uns darüber im Klaren, dass Bewährungshelfer keine Therapeuten sind und auch die notwendige Therapie für einen entlassenen Sexual- oder Gewaltstraftäter nicht leisten können und dürfen. Ihnen kommt wie in jeder Bewährungsunterstellung die Aufgabe der Betreuung und Überwachung des Probanden zu. Hierzu ist die Bewährungshilfe ausgebildet und dieses kann sie leisten. In dem Projekt „Ambulante Nachsorge“ verschiebt sich der Aspekt in der Betreuung auf eine noch weitergehendere Koordinierungsarbeit. Die Sozialarbeiter in diesem Projekt müssen ein besonderes Auge darauf werfen, dass die Therapie durchgeführt oder fortgesetzt werden kann, etwa durch eine weitergehende Therapiebegleitung und Kontrolle. Weitere wesentliche Tätigkeiten sind hierbei die Klärung der Fragen: In welchen Kreis kehrt der Täter zurück? Findet er potentielle neue Opfer oder alte Tatopfer vor? Eine Sensibilisierung des Umfeldes wird, selbstverständlich unter Beachtung datenschutzrechtlicher Grundsätze, insbesondere bei Tätern, die die Tat leugnen oder verharmlosen, von erheblicher Bedeutung sein. Gerade bei Sexualstraftätern wird in diesem Projekt die Transparenz der Kommunikation, die gerade untypisch für sein bisheriges Verhalten war, eine erhebliche Rolle spielen. Wenn möglich, soll in dem Projekt eine Hinwendung des Probanden zu Opfereinrichtungen erfolgen können.

Sie sehen, in dem Projekt wird die Vernetzung mit anderen, das sog. „Case Management“, für das Gelingen unabdingbar sein, wobei das Case Management schon immer eine typische Aufgabe der Sozialarbeit war.

Fazit

Ich hoffe, dass die vorgestellten konzeptionellen Überlegungen zur ambulanten Nachsorge im Anschluss an den Strafvollzug in Hessen langfristig den Weg weisen zu einem Gesamtkonzept der erfolgreichen Nachsorge und Nachbetreuung für all diejenigen, die dieser bedürfen.

Projekt Ambulante Nachsorge im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt

Michael Osterheider & Bernd Dimmek

I. Einleitung

Die Wiedereingliederung und Nachsorge psychisch kranker Rechtsbrecher stellt eine besondere Herausforderung dar. Bei dieser Aufgabe ist die Mitwirkung von unterschiedlichen Fachleuten der regionalen Versorgung unabdingbar. Die Entlassung von psychisch kranken Rechtsbrechern ist mit der öffentlichen Erwartung verbunden, dass der Patient keine weiteren Straftaten begehen wird. Dies bedeutet aber allerdings natürlich nicht, dass eine Erkrankung oder Störung keiner weiteren Behandlung bedürfe; insbesondere bei Patienten mit Psychosen besteht oft die Notwendigkeit einer weiteren sowohl medikamentösen als auch sozial-psychiatrischen Behandlung, auch wenn diese nicht mehr unter den gesicherten Bedingungen des Maßregelvollzuges erfolgen braucht. Auch für andere Patienten besteht zudem das Erfordernis einer weiteren betreuenden oder begleitenden Hilfe, wie sie z. B. spezifische Pflege- und Fördereinrichtungen bieten. Hinzu kommt, dass viele Patienten nach der oft sehr langen stationären Unterbringung über keine ausreichenden sozialen Fertigkeiten mehr verfügen.

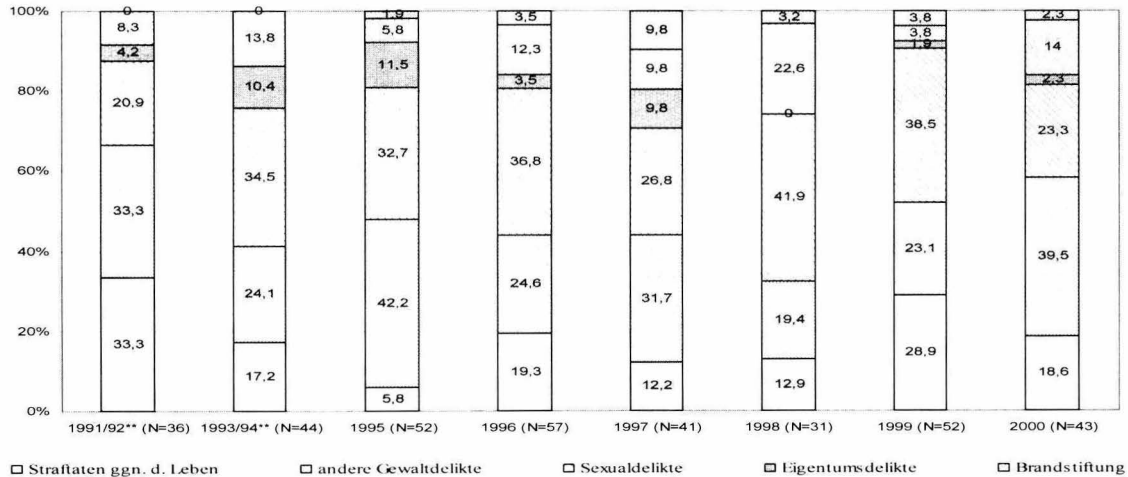
Die durchschnittliche Unterbringungsdauer im WZFP Lippstadt liegt (Stand: 2003) bei rund 5,8 Jahren.

Die Maßregelvollzugspatienten bedürfen für einige Zeit nach ihrer Entlassung eine begleitende Unterstützung im Alltag, da sie mit einem selbständigen Leben in Freiheit zunächst noch überfordert wären.

Verglichen mit der Zahl inhaftierter Straftäter stellen Patienten des Maßregelvollzuges eine relativ kleine Gruppe dar. Im Jahr 2000 waren rund 4.000 Patienten im Maßregelvollzug untergebracht, dem entgegen standen ca. 70.000 Strafgefangene im Strafvollzug.



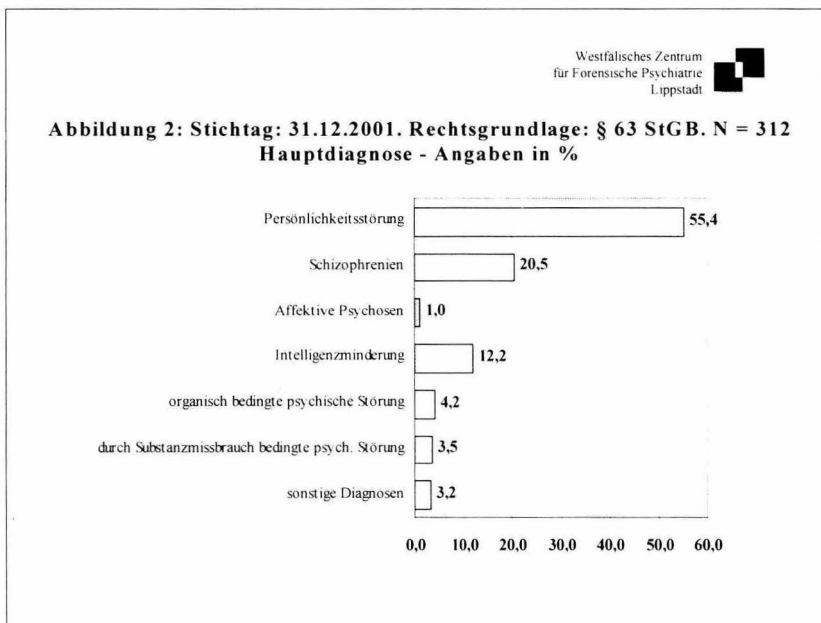
**Abbildung 1: Unterbringungen gem. § 63 StGB*
Angaben in % der Aufnahmen**



- * Datenbasis: Zugang gem. § 63 StGB oder § 126a StPO (sofern im Anschluss eine Unterbringung gem. § 63 StGB angeordnet wurde). Sofern eine spätere rechtskräftige Unterbringung erfolgte, ist als Zugangsjahr das Jahr der Aufnahme gem. § 126 StPO zugrundegelegt - insofern sind Abweichungen zu "reinen" Jahres-Aufnahmestatistiken unvermeidbar.
- ** Summe = Jahresmittel
- *** andere Gewaltdelikte = Raub, räuberische Erpressung, räuberischer Angriff auf Kraftfahrer

Patienten des Maßregelvollzuges unterscheiden sich in einigen wichtigen Punkten von Patienten, die in allgemein psychiatrischen Kliniken behandelt werden. Ein Unterschied liegt natürlich darin, dass Maßregelvollzugspatienten erhebliche Straftaten begangen haben. Exemplarisch sind hierzu Daten aus dem WFZP aufzuführen.

Straftaten gegen das Leben – also Mord und Totschlag – lagen in den Jahren 1991 bis 2000 bei durchschnittlich knapp 20 % der Gesamtklientel vor. Andere Gewaltdelikte – z. B. Körperverletzung und Raubdelikte – lagen zwischen 23 % und rund 40 %. Sexualdelikte machten 23 % bis 42 % der Gesamtklientel aus. Wenn Tötungs-, Sexual- und andere Gewaltdelikte zusammengefasst werden, dann sind es im langjährigen Mittel ca. 75 % der Patienten, die wegen solcher schwerwiegenden Straftaten untergebracht wurden.



Auch hinsichtlich der verschiedenen Krankheitsbilder gibt es Unterschiede:

Gegenwärtig leiden rund 21 % der im WZFP untergebrachten Patienten an Schizophrenien und anderen Psychosen. Bei 12 % steht die Diagnose einer Intelligenzminderung im Vordergrund. Die Hauptgruppe aber stellen Patienten mit unterschiedlichen Formen von sogenannten schweren Persönlichkeitsstörungen dar; angefangen bei dissozialen Störungen bis hin zu sexuellen Verhaltensabweichungen. Diese Gruppe macht mehr als die Hälfte der Patienten aus.

Im Jahresdurchschnitt werden rund 30 Patienten des WZFP entlassen. In der Mehrzahl führt diese Entlassung nicht in ein selbständiges Leben in Freiheit, sondern in andere Institutionen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. So werden z. B. weit über die Hälfte der Patienten derzeit in Heime entlassen, 10 % in andere psychiatrische Kliniken (i. d. R. allgemeinpsychiatrische Versorgungskliniken mit wohnortnaher Betreuung und Versorgungsangeboten) und nur 20 % in eine eigene Wohnung (in der Regel in die Wohnung von Angehörigen, meist der Eltern).



Abbildung 3: Patienten des Maßregelvollzugs gem. § 63 StGB

- **Die Patienten sind in der Regel Langzeitpatienten**
- **Die Fortsetzung einer indizierten medikamentösen Behandlung ist häufig wesentlich für die Legalbewährung**
- **Die Nachsorge findet im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle statt**

II. Differenzierte Nachsorge ist notwendig!

Es ist unter Fachleuten unumstritten, dass eine differenzierte Nachsorge für forensische Patienten eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Sicherung des Behandlungserfolges und somit auch für eine günstige Legalprognose ist.

Der Nachbetreuung von Maßregelvollzugspatienten kommt deshalb auch besondere Bedeutung zu, da verschiedene Studien belegen, dass das Risiko erneuter Straftaten eng mit der Qualität einer nachfolgenden Behandlung und Betreuung verbunden ist.

Seitens des Gesetzgebers wurde allerdings erst im Jahre 1999 eine Neufassung des nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugsgesetzes (MRVG-NW) in Kraft gesetzt, die erstmals eine Verpflichtung zur Nachsorge für entlassene Maßregelvollzugspatienten beinhaltet. Eine weitere Gesetzesänderung im Juni 2002 konkretisierte diese Verpflichtung dahingehend, dass den Maßregelvollzugskliniken diese Aufgabe zugeschrieben und hierfür auch eine Finanzierung durch das Land vorgesehen wurde.

Das Gesetz schafft die Voraussetzung dafür, dass Therapie und Beratung mit Zustimmung der Patienten nach der Entlassung fortzusetzen sind und Kooperationen mit unterschiedlichen psychosozialen Diensten und Einrichtungen der Justiz einzugehen seien. Maßregelvollzugskliniken in Nordrhein-Westfalen sind nun verpflichtet, diese erforderlichen Nachsorgemaßnahmen zu vermitteln, insbesondere aber, die Überleitung in geeignete ambulante, teilstationäre oder stationäre Angebote sicherzustellen.

Oft erhält aber nur ein kleiner Teil der Patienten die notwendigen Hilfen. Gründe liegen u. a. darin, dass ambulante und komplementäre Einrichtung oft nicht über die spezifischen Qualifikationen verfügen, die im Umgang mit einer forensischen Klientel erforderlich sind. Auch die Angst vor möglicher Gefährdung, die Sorge um das Image der eigenen Einrichtung und die Befürchtung, in Krisenfällen keine Unterstützung zu erhalten, spielen bei der zu beobachtenden Zurückhaltung eine nicht unwesentliche Rolle. Nicht zuletzt gibt es einige Besonderheiten, die Patienten des Maßregelvollzugs von anderen Psychiatrie-Patienten unterscheidet.



Abbildung 4: Erwartungen an die Nachsorge

- **Frühzeitige und umfassende Information über den Patienten**
- **Professionelles und transparentes Verfahren der Überleitung**
- **Klar definierte und verbindliche Zuständigkeiten**
- **Vernetzung/Kooperation von erforderlichen Hilfen**
- **Sicherstellung ambulanter Psychotherapie**
- **eindeutige Regelungen zur Krisenintervention**
- **Verfügbarkeit von forensischem Know how**

Die stationäre Behandlung findet im Wesentlichen unter besonderen Sicherheitsmaßnahmen statt und Kontakte zur Außenwelt sind nur begrenzt möglich. Eine praktische Auseinandersetzung mit dem Lebensalltag außerhalb des Maßregelvollzuges kann erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Therapie erfolgen, die mehrere Jahre in Anspruch nehmen kann. Kontakte zu Bezugspersonen außerhalb der Klinik dünnen in dieser Zeit oft aus oder reißen ganz ab.

Gerade Angehörige, die durch die Taten der Patienten besonders betroffen sind, ziehen sich zurück, u.a. weil sie sich zusätzlichen Stigmatisierungen und Ausgrenzungen ausgesetzt sehen. Trotz sozio- und milieutherapeutischer Maßnahmen ist daher bei vielen Patienten eine nicht unerhebliche Einschränkung ihrer lebenspraktischen Kompetenzen festzustellen.

Insbesondere bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formkreis (Psychosepatienten) bringen Rezidive immer dann ein besonderes Gefahrenpotential mit sich, wenn aggressive Impulse und/oder wahnhaftige Verkennungen mit dem psychotischen Erleben des Patienten verbunden sind.

Eine medikamentöse Behandlung wird in der Regel zwar begonnen, dann aber nach Entlassung häufig aus den unterschiedlichsten Gründen wieder abgebrochen. Das Gericht kann zwar entsprechende Auflagen aussprechen, Untersu-

chungen belegen aber, dass Behandlungsabbrüche in der Bewährungszeit nicht selten sind.

Nach der Entlassung aus der Unterbringung ist der Patient in der Regel für fünf Jahre der sogenannten Führungsaufsicht unterstellt. Auch diese Unterstellung ist in mehrfacher Hinsicht eine „Bewährungszeit“.

In dieser Zeit zeigt sich, ob die während der stationären Unterbringung geplanten Unterstützungsangebote auch dauerhaft und unter realen Alltagsbedingungen tragfähig sind. Es zeigt sich spätestens auch dann, ob die Informationsvermittlung an Kooperationspartner funktioniert, ob notwendige therapeutische Maßnahmen auch kurzfristig ambulant realisiert und ob Planungen gemeinsam entwickelt werden können.

Ein besonderes Augenmerk ist darauf zu richten, ob unter Alltagsbedingungen Entwicklungen eintreten, welche Risiken in sich bergen, die unter stationären Behandlungsbedingungen nicht zu beobachten waren. Oft sind dies soziale Einflussfaktoren, denen der entlassene Patient unterliegt. Hier ist es wichtig, inwieweit der Patient vereinbarte Auflagen einhalten kann, ob er absprachefähig ist und verlässlich. Auch ist zu beachten, ob es im psychosozialen Umfeld des Patienten besondere Ereignisse oder Belastungssituationen gibt (z. B. in Partnerschaftsbeziehungen oder am Arbeitsplatz), die zu veränderten Ausgangsbedingungen führen.

III. Bedarfsgerechte Nachsorge

Die Erfahrungen des WZFP zeigen, dass die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Nachsorge vor allem von drei Punkten abhängig ist:

1. Im Vorfeld einer Entlassungsplanung

- Die therapeutische und prognostische Beurteilung des Patienten hinsichtlich seiner Entlassungsperspektiven

Das beinhaltet auch die Frage, welche konkreten Unterstützungsbedarfe der Patient in seinem neuen Lebensumfeld haben wird.

2. In der Entlassungsplanung

- Die Klärung der realen Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten

Es ist wichtig, die zukünftigen nachbetreuenden Dienste unmittelbar in die Planung einzubeziehen. Die erforderlichen Lebensbedingungen nach der Entlassung müssen gemeinsam erörtert werden, ebenso wie die erforderliche weitere Behandlung und Förderung in medizinischer, psychotherapeutischer, pädagogischer und psychosozialer Hinsicht. Dies schließt auch die Einbeziehung von Bezugspersonen, insbesondere Angehörigen, ein.

3. In der Entlassungsvorbereitung

- Die verbindliche Absprache der zukünftigen Betreuungsmodalitäten

Hiermit ist die konkrete Ausgestaltung der Nachsorge gemeint, d. h. die Verständigung über die geplanten Maßnahmen einschließlich der ggf. nötigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Weiterbehandlung, über mögliche Interventionsbedarfe (*bei welchen Auffälligkeiten oder Regelverstößen muss gehandelt werden?*), über Interventionsinhalte (*welche Maßnahmen müssen in Krisensituationen getroffen werden?*) und über die jeweiligen Ansprechpartner (*z. B. in der Klinik, bei der Bewährungshilfe, bei psychosozialen Diensten*).

IV. Projekt Ambulante Nachsorge und Rehabilitation

Schon frühzeitig wurde im WZFP Lippstadt die Praxis der Entlassungsvorbereitung und die Nachsorge der Patienten konzeptionell entwickelt und professionell begleitet. Das WZFP Lippstadt ist als „Zentrale Maßregelvollzugsklinik“ für ein sehr großes Einzugsgebiet zuständig. In Zusammenarbeit mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe wurde ein Konzept zur Nachsorge entlassener Maßregelvollzugspatienten entwickelt. Diese Projektkonzeption war Grundlage einer finanziellen Förderung durch das Land NRW; im Jahr 2000 konnte das Projekt begonnen werden.

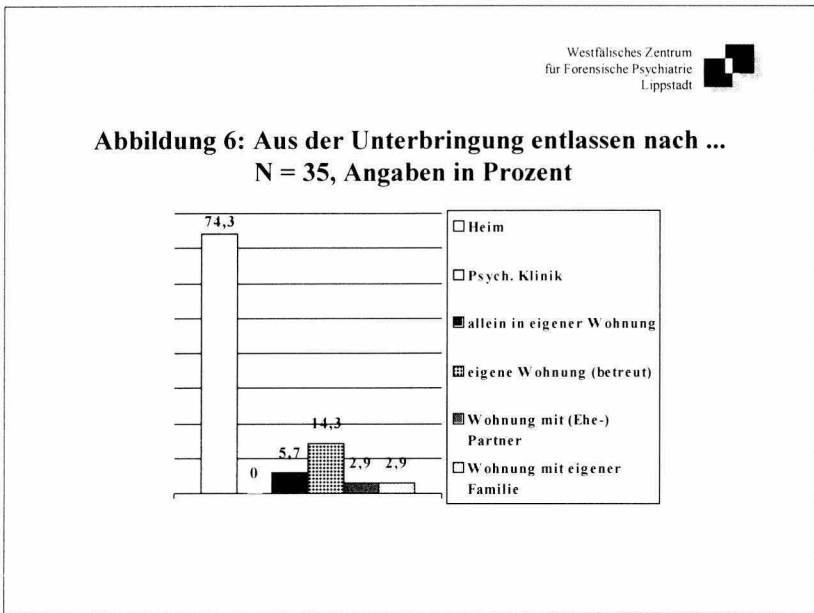
Anlässlich einer Initiativtagung wurden die Erwartungen, die seitens nachsorgender Dienste und Einrichtungen an die Vorbereitung und Durchführung einer derartigen Nachsorge gestellt werden könnten, erhoben.

Aus den formulierten Erwartungen an ein derartiges Nachsorgeprojekt resultierte eine Art „Doppelstrategie“: Einerseits Nachsorgeangebote zu erschließen und die Qualität der bereits bestehenden Nachsorgeangebote durch geeignete flankierende Maßnahmen zu verbessern. Andererseits sollte auch das Verfahren des Übergangs in die ambulante Nachsorge so gestaltet werden, dass konkrete Nachsorgebedarfe der Patienten mit den regionalen Nachsorgeangeboten optimal aufeinander abgestimmt werden sollten. Die Projektziele definierten sich insofern wie folgt:



Abbildung 5: Projektziele

- **Erschließung von weiteren Angeboten zur Betreuung und Behandlung in der Nachsorge**
- **Verbesserung des Überleitungsprozesses in die Nachbetreuung**
- **Verbesserung der Betreuungs- und Behandlungsqualität in der Nachsorge**



Die Erschließung von weiteren Angeboten zur Betreuung und Behandlung in der Nachsorge u.a. durch Informationsveranstaltungen für ärztliche und psychologische Therapeuten zu verbessern, aber auch weitere in die Entlassungsplanung involvierte Dienste und Einrichtungen zu beteiligen.

Durch von der Klinik organisierte und durch das Projekt finanzierte Supervisionsangebote für ambulant tätige Psychotherapeuten, Betreuer, Heime und Mitarbeiter der Bewährungshilfe sollte die Verbesserung der Betreuung und die Behandlungsqualität in der Nachsorge sichergestellt werden. Mit Abschluss des Projektes kann resümiert werden, dass die Mehrzahl der Zielsetzungen erfolgreich umgesetzt werden konnte.

Der gesetzlich vorgeschriebene Behandlungsplan aller Patienten wurde systematisch um die erforderlichen Lebensbedingungen nach der Entlassung erweitert. Die Beschaffenheit des Lebensumfeldes (Arbeit, soziale Einbindung) sowie die notwendige weitere Behandlung und Förderung (in medizinischer psychotherapeutischer und psychosozialer Hinsicht) wurde konkret organisiert.

Die zukünftig nachbetreuenden Dienste werden nunmehr schon sehr frühzeitig in die gemeinsame Behandlungsplanung einbezogen, um für jeden einzelnen

Patienten eine möglichst optimale Abstimmung der jeweiligen Bedarfe und Möglichkeiten sicherzustellen. Vor der (bedingten) Entlassung des Patienten aus dem Maßregelvollzug wird den nachbetreuenden Diensten und Einrichtungen sowie der Bewährungshilfe die fortgesetzte Teilnahme an „Helferkonferenzen“ und am sogenannten „runden Tisch“ angeboten.

Diese Angebote und weitere Maßnahmen sind auch Gegenstand der „Rahmenrichtlinien sowie der Eingliederungs- und Nachsorgeplanung im WZFP Lippstadt“. Sie sind verbindlich und wurden im vergangenen Jahr von der Krankenhausbetriebsleitung verabschiedet. Einen weiteren Teil der Projektaktivitäten stellten Maßnahmen dar, die auf eine Optimierung der Überleitung in die Nachsorge und weitere Verbesserungen der Nachsorgequalität abzielen.

Es wurde innerhalb des Projektes der sogenannte „Orientierungsleitfaden zu Forensischen Patienten für Mitarbeiter der Psychosozialen Versorgung“ (2001) entwickelt. Dieser Leitfaden beschreibt die wichtigsten Abläufe der Beurlaubungs- und Entlassungsvorbereitung, die damit zusammenhängenden inhaltlichen, organisatorischen und rechtlichen Fragen, gibt Hinweise auf mögliche Klärungs- und Absprachebedarfe und benennt die jeweils zuständigen Ansprechpartner innerhalb des WZFP.

Einen besonderen Stellenwert hatte die Vermittlung von spezifischen Informationen und Fachkenntnissen an ambulant tätige Psychotherapeuten, an Mitarbeiter von Heimeinrichtungen und der Bewährungshilfe.

In dem Projektzeitraum von 2000 bis 2003 fanden dazu mehr als 100 Informations- und Fortbildungsmaßnahmen statt. Diese Veranstaltungen wurden insbesondere von den in der Nachsorge tätigen Sozialarbeitern und Sozialpädagogen des WZFP durchgeführt. Sie dienten der Information über spezifische Krankheits- und Störungsbilder, Betreuungs- und Nachsorgebedarfe sowie formalrechtliche Besonderheiten und sicherheitsrelevante Fragen.

V. Resümee

Die Förderung des Projektes aus Landesmitteln endete im Jahr 2003. In der Projektlaufzeit wurden insgesamt 35 ehemals nach § 63 StGB untergebrachte Patienten in die Nachsorge entlassen. Für 28 Patienten konnte eine Beurlaubung mit dem Ziel der Entlassung begonnen werden. Weitere vier Patienten verließen die Klinik im Rahmen einer Verlegung. Insgesamt handelt es sich damit um 69 Patienten. Hierbei erwiesen sich Übergangs- und sogenannte Dauerwohnheime sowie Anbieter des sogenannten „Betreuten Wohnens“ als unsere wichtigsten Kooperationspartner.



Abbildung 7

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • <u>ERWARTUNGEN</u> <ul style="list-style-type: none"> – klare, verbindliche Zuständigkeiten – Frühzeitige, umfassende Informationen – Professionelles, transparentes Verfahren der Überleitung – spezielles forensisches Wissen – Sicherstellung ambulanter Psychotherapie – Krisenintervention – Vernetzung/Kooperation – Vermittlung von Hilfe und Kontrolle – Zuständigkeit für die Nachsorge | <ul style="list-style-type: none"> • <u>ANGEBOTE</u> <ul style="list-style-type: none"> • regionale Zuständigkeit der Mitarbeiter in Herkunftsregion • Optimierung der patientenbezogenen Information • Beurlaubungen auf Probe; Verantwortlichkeit bei Klinik • Kollegiale Intervention, Supervision, Fortbildung • Kooperation mit niedergelassenen Therapeuten, Information, Fortbildung, Finanzierung • Aufarbeitung, Rücknahme • Case-Management, Vernetzung • Arbeitsbündnisse: psychiatr./Bewährungsh./Führungsaufsicht • „Runder Tisch“ = Helferkonferenz / Beratung |
|---|--|

Die Entlassung aus der Unterbringung erfolgte vorrangig (bei rund 74 % der Patienten) in ein Heim. 17 % wurden in eine eigene Wohnung entlassen, nur knapp 9 % in eine Wohnung von Angehörigen.

Im Durchschnitt ging dieser Entlassung eine Erprobungsbeurlaubung von rund 17 Monaten Dauer voraus. Es schloss sich eine Unterstellung unter die Führungsaufsicht an, die durchschnittlich bei vier Jahren lag.

Während der Beurlaubung und natürlich auch nach der Entlassung fand eine enge Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den nachsorgenden Institutionen statt. Sie diente u.a. natürlich auch dazu, den betroffenen MitarbeiterInnen in den Einrichtungen Hilfestellung in der Forensischen Nachsorge zu bieten. Auch begleitende Hilfen – z. B. im Rahmen der Psychotherapie – wurden angeboten.

Die Kontakte zu Angehörigen konnten im Zuge der Entlassungsvorbereitungen ebenfalls erheblich intensiviert werden: Bei knapp 64 % der Patienten war es möglich, Angehörige in die Vorbereitung zur Entlassung einzubeziehen.

Die genannten Maßnahmen trugen entscheidend dazu bei, auftretende Krisen meist schon im Vorfeld zu bewältigen. Nur einmal musste die Aussetzung der Unterbringung durch das Gericht widerrufen werden.

Abschließend ist festzustellen, dass unser Projekt das bereits bestehende Netzwerk psychiatrischer und psychosozialer Hilfen für die Nachsorge forensisch modifizierte und qualifizierte.

Wir haben uns bewusst für den Weg entschieden, **keine** Spezialangebote für forensische Patienten zu schaffen. Zum einen sind forensische Patienten ohnehin eine zahlenmäßige Minderheit, so dass es nur an wenigen Orten sinnvoll gewesen wäre, überhaupt solche speziellen Angebote zu machen.

Zum anderen war für die Entscheidung aber auch ausschlaggebend, dass wir es hier mit einer Klientel zu tun haben, deren Wiedereingliederung ohnehin durch gesellschaftliche Vorbehalte, Stigmatisierungen und Ausgrenzungen erschwert ist. Forensische Nachsorge-Spezialeinrichtungen könnten diese Ausgrenzung noch verstärken.

Maßregelvollzugspatienten stellen bei der Wiedereingliederung und Nachsorge eine besondere Herausforderung dar. Bei dieser Aufgabe sind wir auf die Mitwirkung von unterschiedlichen Fachleuten der regionalen Versorgung angewiesen. Das vorgestellte Projekt hat, hinsichtlich seiner Zielsetzungen und der erzielten Ergebnisse, die Integration forensischer Patienten in ein bestehendes psychosoziales Versorgungssystem etabliert.

Nachsorge im und nach Strafvollzug: Ein neues Kooperationsmodell zur beruflichen Reintegration Strafgefangener in Nordrhein-Westfalen

Wolfgang Wirth

Die von der Kriminologischen Zentralstelle ausgerichtete Fachtagung will Konzepte und Erfahrungen mit ambulanter Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug in die öffentliche Diskussion um die Behandlung von Straftätern stellen. Zu Recht. Dabei zeigt ein Blick auf das Tagungsprogramm allerdings, dass die Nachsorge für Sexualstraftäter bzw. für psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelte Inhaftierte im Zentrum der Vorträge steht. Nicht ganz zu Recht, wie ich meine.

Nachsorgeleistungen sind vielmehr überall dort erforderlich, wo eine wie auch immer geartete Behandlungsmaßnahme in der Haft nicht zum Abschluss gebracht werden kann, weil die im Vollzug zur Verfügung stehende Zeit nicht ausreicht. Und sie sind zudem (auch) immer dann angezeigt, wenn es gilt, die während einer Haft erzielten Behandlungsergebnisse zu verbessern und/oder zu stabilisieren. Insofern ist Nachsorge, um es mit einem Wortspiel zu sagen, nicht allein die Sicherung von Folgemaßnahmen für Haftentlassene, sondern immer auch die Sicherung von Behandlungserfolgen des Vollzuges. Nachsorge wird damit zu einer wesentlichen Voraussetzung für die nachhaltige Wiedereingliederung oder Resozialisierung der Inhaftierten, die mit dem Vollzug der Freiheitsstrafe angestrebt wird, die aber angesichts der bei der Haftentlassung formal endenden Zuständigkeit der Vollzugsbehörden nur über die systematische Kooperation mit vollzugsexternen Akteuren erreicht werden kann.

Dies trifft nun nicht nur für psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen zu, die Straf- und Maßregelvollzug im „Behandlungsprogramm“ haben, sondern in wahrscheinlich sogar größerem Umfang auch für andere Behandlungsmaßnahmen, die erbracht werden, um Gefangene zu befähigen „künftig ein Leben in sozialer Verantwortung zu führen“, wie es das Vollzugsziel in § 2 des Strafvollzugsgesetzes vorschreibt. Zu denken ist hier etwa an soziale Trainingsmaßnahmen, sicherlich auch an alle Maßnahmen zur Behandlung von Suchtproblemen und vor allem an die ebenfalls relativ zeitintensiven Ausbildungs- und Qualifizierungsangebote, die im Strafvollzug vorgehalten

werden. In all diesen Bereichen machen die im Vollzug Tätigen immer wieder die Erfahrung, dass die während der Haft eingeleiteten Maßnahmen vor der Entlassung nicht erfolgreich beendet und/oder nach der Entlassung nicht dauerhaft stabilisiert werden können, was die Rückfallrisiken der Behandelten erhöht und die Effektivität der Behandlung in Frage stellt.

Dass systematisch erbrachte Nachsorgeleistungen bzw. die Schaffung strukturierter Übergänge von einer Behandlung hinter Gittern in geeignete Anschlussmaßnahmen nach der Haft umgekehrt die Legalbewährungschancen der (ehemaligen) Gefangenen erhöhen und die Wirkungspotenziale der Behandlungsmaßnahmen steigern und sichern helfen können, soll in diesem Beitrag am Beispiel beruflicher Förderungsmaßnahmen für (junge) Gefangene gezeigt werden. Dabei werden zunächst kurz Umfang und Ergebnisse der beruflichen Bildung für Inhaftierte im Strafvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Anschließend werden Zwischenergebnisse einer in NRW aufgebauten arbeitsmarktorientierten Entlassungsvorbereitung beschrieben, die unter dem Namen MABiS (**M**arktorientierte **A**usbildungs- und **B**eschäftigungs**i**ntegration für **S**trafentlassene) darum bemüht ist, bereits im Strafvollzug mit der Nachsorge zu beginnen, indem Gefangene – und zwar vornehmlich Teilnehmer beruflicher Förderungsmaßnahmen – schon während der Haft in geeignete (Folge)Ausbildungen oder Arbeitsplätze nach der Entlassung vermittelt werden. Und schließlich soll ein jüngst begonnenes Modellprojekt namens MABiS.NeT skizziert werden, mit dem zahlreiche Kooperationspartner aus Justiz und Arbeitsmarkt ein landesweites Nachsorgenetz zur Stabilisierung der beruflichen Reintegration von Haftentlassenen knüpfen wollen.

I. Ausgangspunkt: Berufsfördernde Maßnahmen im Strafvollzug

Wie notwendig das Angebot berufsfördernder Maßnahmen insbesondere im Jugendstrafvollzug ist, zeigt ein Blick auf das Qualifikationsniveau, das junge Gefangene bei Antritt ihrer Strafe „mitbringen“: Gemäß regelmäßig durchgeführter Erhebungen der Arbeitsgruppe Kriminologischer Dienst zum Jugendstrafvollzug verfügen mehr als zwei Drittel der Inhaftierten nicht über einen Schulabschluss und nur etwa jeder zehnte Gefangene hat vor seiner Inhaftierung eine berufliche Qualifikation erreicht. Dies war Anfang der achtziger Jahre nicht anders als zu Beginn des neuen Jahrtausends. Was sich jedoch verändert hat, ist der Anteil der Gefangenen, die unmittelbar vor der Haft arbeitslos waren. Die diesbezüglich registrierte Quote ist in den letzten 25 Jah-

ren kontinuierlich gestiegen: Von 50 % im Jahr 1981, über 65 % im Jahr 1990 auf nunmehr über 70 Prozent – Tendenz weiter steigend!

Allein diese gravierenden Bildungs- und Integrationsdefizite unterstreichen die Notwendigkeit eines zielgruppengerechten Angebots an berufsfördernden Maßnahmen für Inhaftierte. Da der beruflichen (Wieder)Eingliederung aber zudem ein positiver Einfluss auf die spätere Legalbewährung zugeschrieben wird¹, ist es vor diesem Hintergrund nicht verwunderlich, dass Maßnahmen der beruflichen Bildung ein besonders wichtiges Element des nordrhein-westfälischen Strafvollzuges darstellen. Und die Ergebnisse der dort angebotenen Bildungsmaßnahmen können sich sehen lassen, wie die Statistik für das Jahr 2002 belegt: Insgesamt wurden in den Justizvollzugsanstalten des Landes 1.220 Ausbildungsplätze in berufsfördernden Maßnahmen vorgehalten. Dabei handelte es sich um Maßnahmen mit einer Dauer von 6 Monaten bis zu 3 ½ Jahren, die – teilweise mit Fördermitteln der Bundesagentur für Arbeit – in über 100 Berufsfeldern angeboten werden. 3.368 Gefangenen haben in 2002 an einer dieser Maßnahmen teilgenommen. Exakt 2.399 Gefangene haben eine solche Maßnahme im selben Jahr beendet – davon 57 % erfolgreich. Lediglich 3 % haben eine ggf. vorgesehene Abschlussprüfung nicht bestanden. Knapp 6 % sind freiwillig vorzeitig ausgeschieden, und 11 % sind aus disziplinarischen Gründen abgelöst worden. Bei weniger als 4 % waren die Maßnahmen im Zuge von Entweichungen oder Nicht-Rückkehr aus Hafturlauben zu beenden, und sonstige Beendigungsgründe, zu denen auch Erkrankungen, mangelnde Arbeitsfähigkeit usw. zu zählen sind, wurden bei etwa 7 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer registriert.

Diese Bilanz hält dem Vergleich mit vollzugsexternen Einrichtungen, die berufliche Bildungsmaßnahmen für so genannte besondere Problemgruppen des Arbeitsmarktes anbieten, durchaus stand und wird insofern zu Recht als Erfolg gewertet. Bedenklich muss allerdings stimmen, dass etwas mehr als 13 % der Teilnehmer berufsfördernder Maßnahmen allein deshalb keine berufliche Qualifikation im Strafvollzug erreichen konnten, weil sie vor dem vorgesehenen Ende der Maßnahme zu entlassen waren. Ein Umstand, bei dem sich der Gedanke an eine Steigerung des Ausbildungserfolges durch eine angemessene Nachsorge – sprich: durch Schaffung von Möglichkeiten zur Fortsetzung einer im Strafvollzug begonnenen, aber nicht beendeten Förderungsmaßnahme nach der Haft – geradezu aufdrängt.

1 So zum Beispiel jüngst die Schwerpunktbeiträge zu Heft 4/2003 der Zeitschrift „Bewährungshilfe“. Kritisch zum Zusammenhang von beruflicher (Wieder)Eingliederung und (erneuter) Straffälligkeit: *Schumann, K. F.* (Hrsg.): *Berufsbildung, Arbeit und Delinquenz. Bremer Längsschnittstudie zum Übergang von der Schule in den Beruf bei ehemaligen Hauptschülern.* Weinheim und München: Juventa Verlag, 2003.

Nun könnte man zwar das hier beobachtete Phänomen der vorzeitigen Beendigung einer Qualifizierungsmaßnahme schlicht als Resultat einer verfehlten Vollzugsplanung betrachten. Man könnte weiter argumentieren, dass Gefangene, die voraussichtlich nicht lange genug inhaftiert sein werden, um eine berufliche Qualifizierung während der Haft abschließen zu können, erst gar nicht in die Maßnahmen aufgenommen werden sollten, um einen entlassungsbedingten Maßnahmeabbruch zu vermeiden. Dies würde allerdings bedeuten, dass nicht der faktische Ausbildungsbedarf, sondern allein das formale Strafmaß über die individuellen Teilnahmemöglichkeiten entscheiden würde, was den Grundprinzipien eines modernen Behandlungsvollzuges widerspräche. Und jene Maßnahmeteilnehmer, die eben nicht schon nach Verbüßung der Hälfte oder von zwei Dritteln der ursprünglichen Strafe entlassen werden (können), würden eine gleichwohl frühzeitig begonnene Qualifizierungsmaßnahme unter Umständen bereits lange vor der Entlassung (erfolgreich) abschließen, ohne deren Ergebnisse zeitnah und kontinuierlich für die berufliche Reintegration nach der Haft nutzen zu können. Und dies stünde zweifellos den Erfordernissen einer wirkungsvollen Entlassungsvorbereitung entgegen.

Statt also die Möglichkeiten zur Teilnahme an beruflfördernden Maßnahmen zu begrenzen, ist vielmehr eine Vollzugsplanung gefordert, die über den Zeitpunkt der Entlassung hinaus „denkt“ und die im Sinne einer umfassenderen Wiedereingliederungsplanung auch den Bedarf an Folgemaßnahmen und die Möglichkeiten ihrer Erbringung durch verstärkte Zusammenarbeit mit externen Trägern berücksichtigt. Konkret hieße dies hier, bereits im Vollzug die Möglichkeiten zur Fortsetzung einer während der Haft begonnenen, aber nicht abgeschlossenen, eventuell gar nicht abschließbaren Ausbildung einzuplanen – einerseits durch eine weitere Modularisierung des Maßnahmeangebotes, andererseits aber auch durch die systematische Schaffung und Nutzung vollzugsexterner Qualifizierungs- und Beschäftigungsangebote. Dies verlangt dann natürlich nach einer Entlassungsvorbereitung, die dazu beiträgt, dass die im Vollzug erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Inhaftierten möglichst nahtlos in eine Beschäftigung nach der Entlassung einmünden können.

II. Nachsorge zur Steigerung des Ausbildungserfolgs: Arbeitsmarktorientierte Entlassungsvorbereitung im Strafvollzug

Diese zunächst allein aus pädagogischer Sicht nahe liegende Forderung wird durch Befunde zu den rückfallmindernden Wirkungen beruflicher Fördermaßnahmen bestärkt und damit auch aus kriminalpolitischer Perspektive relevant.

Frühere Forschungsarbeiten der Arbeitsgruppe Kriminologischer Dienst² zum Jugendstrafvollzug konnten zeigen, dass berufliche Förderungsmaßnahmen im Strafvollzug zwar oftmals eine notwendige, nicht aber schon eine hinreichende Bedingung für die spätere Legalbewährung darstellen und dass selbst erfolgreiche Absolventen der Ausbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen einem erheblich erhöhten Rückfallrisiko ausgesetzt sind, wenn sie nach der Haft keine maßnahmegemäße Beschäftigung finden.

So zeigt sich zwar an dem vergleichsweise harten Kriterium der „*Rückkehr in den Strafvollzug*“, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit sinkt, je qualifizierter ein im Vollzug erworbener Abschluss ausfällt. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Berufsförderungsmaßnahmen, die keinerlei berufliche Qualifikation erwerben konnten, wurden 74,5 % im Laufe von vier Jahren nach der Entlassung wegen einer Straftat erneut inhaftiert. Unter den Absolventen von berufsqualifizierenden Lehrgängen, deren Abschluss als „berufliche Teilqualifikation“ gewertet werden kann, sinkt diese Quote auf 47 %. Und von jenen Gefangenen, die im Vollzug einen Gesellen- oder Facharbeiterbrief erwerben konnten, kamen später lediglich 36,5 % erneut in Haft. Doch wird dieses positive Bild relativiert, wenn man den Faktor „*Arbeit nach der Entlassung*“, der seinerseits natürlich maßgeblich durch die erworbene Berufsqualifikation beeinflusst wird, als intervenierende Erklärungsvariable in die Analyse einführt. Dabei zeigt sich Folgendes:

- Von den Gefangenen, die im Vollzug keine berufliche Qualifikation erwarben und die nach der Entlassung arbeitslos blieben, wurden 90 % rückfällig und erneut inhaftiert.
- *Jedoch*: Selbst Gefangene, die mit Erfolg an einer berufsfördernden Maßnahme teilgenommen hatten, später aber dennoch keine Arbeit fanden, wiesen eine fast genauso große „Wiederkehrerquote“ von 80 % auf.
- Vor allem eine erfolgreiche berufliche Qualifizierung im Vollzug *und* eine ausbildungsgemäße Beschäftigung nach der Entlassung erhöhen die Legalbewährungschancen: Für Gefangene, auf die beide „Positivfaktoren“ zutrafen, wurde die geringste Rückfallquote mit lediglich 32,8 % gemessen!

2 Vgl. unter anderem *Wirth, W.*: Notwendigkeit und Schwerpunkte von Arbeitsprojekten der Freien Straffälligenhilfe. In: *Hompesch, G., Kawamura, G., Reindl, R.* (Hrsg.), *Verarmung, Abweichung, Kriminalität. Straffälligenhilfe vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Polarisierung*. Bonn: Forum Verlag 1996, S. 72–95; sowie *ders.*: Prävention durch Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt: Cui bono? In: *Kawamura, G., Helms, U.* (Hrsg.), *Straffälligenhilfe als Prävention*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 1998, S. 55–75.

Daraus lässt sich wenigstens zweierlei ableiten. Erstens: Berufsförderungsmaßnahmen sind enorm wichtig, um den Gefangenen nach der Entlassung einen Zugang zum Arbeitsmarkt zu ermöglichen, und wenn dies gelingt, können wir in der Tat von eindrucksvollen Effekten auf die Rückfallvermeidung sprechen. Zweitens: Finden die Gefangenen aber nach der Entlassung keine (angemessene) Arbeit oder Anschlussausbildung, so „verpuffen“ die potenziell rückfallmindernden Wirkungen einer erfolgreichen beruflichen Qualifizierung fast vollständig. Mit anderen Worten: Die Berufsförderung ist oftmals eine *notwendige* Voraussetzung für die erfolgreiche soziale Wiedereingliederung, aber nicht schon eine *hinreichende* Bedingung zur Vermeidung weiterer Straffälligkeit. Es sind hier folglich zusätzliche, unterstützende Maßnahmen zur beruflichen Reintegration nötig, damit die Ergebnisse der Förderung im Vollzug in tragfähige Beschäftigungsperspektiven nach der Strafverbüßung „übersetzt“ werden können und auf diese Weise die angestrebte kriminalpolitische Zielerreichung verbessern und sichern.

Genau diese Schlussfolgerung führte in Nordrhein-Westfalen zur Schaffung einer *arbeitsmarktorientierten Entlassungsvorbereitung*, die gewissermaßen als ein vollzugsinternes Nachsorgeangebot für Gefangene, insbesondere für Teilnehmer berufsfördernder Maßnahmen funktioniert. Grundlage bildete das **Modellprojekt: Ausbildungs- und Beschäftigungsintegration für Straftatlassene (MABiS)**, das in der Zeit von Juni 1998 bis September 2000 in den fünf Jugendstrafanstalten des Landes durchgeführt worden ist. Gefördert von der Europäischen Kommission im Aktionsbereich INTEGRA der Gemeinschaftsinitiative BESCHÄFTIGUNG, unterstützt durch das nordrhein-westfälische Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie und in Kooperation mit dem Berufsfortbildungswerk des DGB sowie dem Kolping-Bildungswerk, zielte dieses Projekt darauf, die Effektivität der beruflichen Förderungsmaßnahmen *im* Strafvollzug systematisch durch ergänzende Angebote zur beruflichen Reintegration der Gefangenen *nach* der Entlassung zu erhöhen. Explizite Ziele waren (und sind):

- die Schaffung von Ausbildungskontinuität für Teilnehmer/innen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen durch systematische Berufswegeplanung und darauf abgestimmte Vermittlung in Anschlussausbildungen nach der Entlassung,
- die überregionale Vermittlung (ehemaliger) Gefangener in (möglichst ausbildungsgemäße) Arbeit oder zielgruppengerechte Beschäftigungsprojekte,
- der Aufbau lokaler Kooperationszirkel zur Verbesserung des für den Erfolg dieser Vermittlungsbemühungen unabdingbaren Informationsaus-

tausches zwischen Justiz- und Arbeitsmarktakteuren am Standort der Vollzugsanstalten

- sowie die Erfassung von überregional verfügbaren Ausbildungs- und Beschäftigungsangeboten für Haftentlassene in ganz Nordrhein-Westfalen.

Die dabei erzielten Ergebnisse können sich ebenfalls sehen lassen: Unter den 838 Gefangenen, für die über eine eingehende Berufswegeplanung und -beratung hinaus, Leistungen zur individuellen Vermittlung in Arbeits- oder Ausbildungsplätze erbracht wurden, war lediglich einem guten Drittel (36,4 %) keinerlei Vermittlungserfolg beschieden. Ein gemäß der Erfolgskriterien der Arbeitsämter aussichtsreicher Vermittlungsvorschlag konnte 14,3 % der Teilnehmer gemacht werden. Für weitere 14,9 % wurde eine mündliche und insofern vorbehaltliche Stellenzusage registriert, und 34,4 % konnten noch während der Haft einen Arbeits- oder Ausbildungsvertrag im Sinne eines definitiven Vermittlungserfolgs unterschreiben, so dass in der Summe (bei Addition der vorbehaltlichen und definitiven Stellenzusagen) eine etwa 50-prozentige Erfolgsquote erreicht wurde.

Die tiefer gehende Analyse dieser Daten zeigte zudem, wie sehr Art und Qualität der im Vollzug erworbenen Berufsqualifikationen auch die Vermittlungsergebnisse beeinflussen. Bei den Projektteilnehmern ohne eine erfolgreiche Qualifizierung fielen die Vermittlungsquoten mit 45 % durchgängig unterdurchschnittlich aus, während die Absolventen der Berufsförderungsmaßnahmen eindeutig besser vermittelbar waren. Besondere Beachtung verdient dabei die Vermittlungsquote von etwa 67 % bei Haftentlassenen, die es im Vollzug bis zur erfolgreich abgelegten Zwischenprüfung einer voll qualifizierenden Lehrausbildung gebracht hatten – ein schlagendes Argument dafür, langfristige Ausbildungen im Vollzug auch dann in Angriff zu nehmen, wenn die voraussichtliche Haftdauer nicht ausreicht, diese während der Haft mit einer Abschlussprüfung zu beenden. Voraussetzung dafür ist allerdings die in MABiS erfolgreich erprobte, über den Zeitpunkt der Entlassung hinausreichende Berufswegeplanung, die auf der Basis guter Kenntnisse externer Qualifizierungsangebote Möglichkeiten zur Fortsetzung der im Vollzug begonnenen Ausbildung nach der Entlassung schafft.

Die Ergebnisse des Modellprojekts waren derart überzeugend, dass der Justizminister des Landes Nordrhein-Westfalen nach Ablauf der Projektförderung durch den Europäischen Sozialfonds beschloss, die Arbeit im Rahmen eines Sonderprogramms mit Landesmitteln nicht nur fortzusetzen, sondern sogar auf 11 Justizvollzugsanstalten auszudehnen, zu denen neben den fünf Jugendanstalten alle vier Anstalten des Frauenstrafvollzuges und die beiden Anstalten für erwachsene männliche Gefangene gehören, die als zentrale Ein-

richtungen der beruflichen Bildung fungieren. Mittlerweile (Stand April 2004) haben insgesamt 3.552 Gefangene an dem Sonderprogramm MABiS teilgenommen, von denen insgesamt 43,8 %, also exakt 1.556 Gefangene in Arbeit oder Ausbildung nach der Entlassung vermittelt werden konnten. So gesehen hat die vollzugsinterne Nachsorge im Wege der arbeitsmarktorientierten Entlassungsvorbereitung erheblich zur Steigerung der erhofften Qualifizierungswirkungen beigetragen.

Aber auch Art und Qualität der seither zunehmend intensivierten Kooperation mit vollzugsexternen Trägern und Einrichtungen haben entscheidend zu diesen positiven Ergebnissen beigetragen. So waren beispielsweise dort, wo die Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern als besonders gut bewertet werden konnte, mit durchschnittlich 66 % auch besonders hohe Vermittlungsquoten zu beobachten. Dies zeigt exemplarisch, dass die Vermittlungsergebnisse nicht nur besser ausgefallen sind als ursprünglich erwartet, sondern dass sie auch durch kooperative Vernetzungen mit anderen Justiz- und Arbeitsmarktakteuren noch weiter gesteigert werden können. Dabei muss auch die Notwendigkeit der Kooperation zwischen Bewährungs- oder Straffälligenhilfe und Strafvollzug hier sicherlich nicht besonders begründet werden³. Sie leuchtet wohl unmittelbar ein und unterstreicht ebenfalls, dass der Strafvollzug zwar über seine Berufsförderungsangebote wesentliche und notwendige Voraussetzungen zur Verbesserung der Beschäftigungs- und Vermittlungsfähigkeit der Haftentlassenen schaffen kann, doch dass er allein weder über die finanziellen Ressourcen, noch über alle professionellen Kompetenzen verfügt, die für eine im obigen Sinne erfolgreiche und nachhaltige Reintegrationsarbeit erforderlich sind. Dies gilt nicht nur für die Vermittlung (ehemaliger) Gefangener in Arbeit oder Folgeausbildungen, sondern vor allem für die anschließende Stabilisierung der entsprechenden Beschäftigungsverhältnisse bzw. für die Vermeidung von (erneuten) Ausbildungs- oder Beschäftigungsabbrüchen; kurz: für die Sicherung einer möglichst dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung, die nur durch geeignete Unterstützungsleistungen nach Strafvollzug geschaffen werden kann.

III. Nachsorge zur Sicherung der Reintegrationswirkungen: Beschäftigungsbegleitende Hilfen nach Strafvollzug

Es gehört zu den Binsenweisheiten der Kriminologie und Strafvollzugsforschung, dass positive Behandlungseffekte während einer Haft durch vielfälti-

3 Vgl. dazu auch *Kurze* in diesem Band; außerdem *Wirth, W.*: Kooperation zwischen Strafvollzug und Bewährungshilfe im Rahmen der Entlassungsvorbereitung. In: Jehle, H.-J., Sohn, W., *Organisation und Kooperation der sozialen Dienste in der Justiz*, Wiesbaden: KrimZ, 1994, S. 269–275.

ge Problemlagen in der Nachentlassungszeit gefährdet werden, über deren Ausprägungen und Verlaufsformen wir nach wie vor zu wenig wissen. Nicht nur Orientierungs- und Qualifizierungsdefizite sowie die damit verbundene drohende Arbeitslosigkeit, sondern auch finanzielle Probleme, Drogenprobleme, Wohnungslosigkeit, zerbrochene Familienstrukturen und anderes mehr gefährden die berufliche und darüber hinaus auch die soziale Reintegration nach einer Haft – solange und soweit dem nicht durch wirksame Stabilisierungs- und Nachsorgeangebote begegnet werden kann. Auch die konkret an berufliche Qualifizierungs- und Vermittlungsangebote geknüpften kriminal- und sozialpolitischen Hoffnungen werden dauerhaft nur dann zu realisieren sein, wenn das erfolgreiche „Placement“ in den Arbeitsmarkt mit einer erfolgreichen Stabilisierung etwaiger Beschäftigungsverhältnisse in der Nachentlassungszeit einhergeht – insbesondere in den ersten sechs Monaten nach der Strafverbüßung, der „Hochrisikozeit“ für Rückfälle.

Der bereits zitierten Rückfallstudie der Arbeitsgruppe Kriminologischer Dienst zufolge entfallen knapp 44 % aller Rückfälle und 41 % aller neuen Inhaftierungen, die im Laufe eines Kontrollzeitraums von vier Jahren nach Entlassung aus dem Jugendstrafvollzug registriert wurden, auf das erste halbe Jahr der Nachentlassungszeit (vgl. *Wirth* 1998: 64). Dabei ist die statistische Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls schon im ersten Quartal nach der Entlassung mit Abstand am größten (Risikofunktionskoeffizient: $\sim .045$) und im weiteren Zeitverlauf deutlich abfallend (2. Quartal: $\sim .03$; 3. Quartal: $\sim .02$). In Abhängigkeit von den im Vollzug erworbenen Berufsqualifikationen, der Verfügbarkeit eines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes und – damit verbunden – der Dauer einer Arbeitslosigkeit nach der Entlassung verändern sich diese Risiken signifikant. Die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Straffälligkeit und Inhaftierung nimmt signifikant ab, wenn die Haftentlassenen nicht nur ausbildungsgemäß und rasch in Arbeit vermittelt werden, sondern auch vergleichsweise längerfristig erwerbstätig bleiben (können), also die unter Bewährungsaspekten hochriskante Phase der ersten sechs Monate in Freiheit ohne erneute Arbeitslosigkeit „überstehen“.

Genau hier setzt nun die Entwicklungspartnerschaft MABiS.NeT an, eine Projektverbund, der an die arbeitsmarktorientierte Entlassungsvorbereitung im Strafvollzug anknüpft und der im Einklang mit der Arbeits- und Kriminalpolitik der nordrhein-westfälischen Landesregierung den Aufbau eines landesweit wirkenden Qualifizierungs-, Vermittlungs- und Nachsorgenetzes für (ehemalige) Gefangene anstrebt⁴. MABiS.NeT soll die berufliche Qualifizierung und

4 MABiS.NeT wird vom Justizministerium des Landes NRW getragen, von der Arbeitsgruppe Kriminologischer Dienst dieses Ministeriums koordiniert und evaluiert und vom Ministerium für

die arbeitsmarktorientierte Entlassungsvorbereitung im Strafvollzug durch vernetzte Beratungs- und Unterstützungsleistungen ergänzen, die sowohl Haftentlassenen als auch Arbeitgebern angeboten werden, um die Vermittlungseffektivität weiter zu steigern und um wirksam Ausbildungs- und Beschäftigungsabbrüchen nach der Haft vorbeugen zu können. Im Einzelnen werden dabei folgende, miteinander verwobene Arbeitsschwerpunkte in den Blick genommen:

Programmelement N: Nachsorgete zur Gewährleistung von Ausbildungs- und Beschäftigungskontinuität sowie zum „Monitoring“ der Wiedereingliederungsgefährdungen und -wirkungen

Dieser erste Aufgabenkomplex wird durch die Schaffung von sieben miteinander vernetzten MABiS.NeT-Nachsorgestellen bearbeitet, die in der Zeit vom 1. Januar 2003 bis zum 31. Dezember 2004 mit unterschiedlicher Methodik, gleichwohl aber zentral koordiniert und vergleichend evaluiert als Anlauf- und Nachsorgestellen für bis zu 1.800 Haftentlassene fungieren und die durch die MABiS-Mitarbeiter/innen in den elf beteiligten Justizvollzugsanstalten unterstützt werden. Zur Vermeidung von Ausbildungs- und Beschäftigungsabbrüchen werden hier auf der Grundlage individueller Förderpläne stabilisierende Hilfen (z. B. Drogen-, Entschuldungs-, Wohnungshilfen usw.) im Sinne des „Case-Management-Modells“ vermittelt und darüber hinaus begleitende Berufshilfen („Job Assistance“) am Arbeitsplatz angeboten. Außerdem werden fallbezogen finanzielle Eingliederungshilfen der Agenturen für Arbeit im Rahmen der örtlich gegebenen Möglichkeiten für potenzielle Arbeitgeber oder Bildungsträger erschlossen, denen zur Einstellung Haftentlassener gleichzeitig persönliche Beratungsleistungen angeboten werden. Diese Nachsorge, die grundsätzlich auf die für die angestrebte Legalbewährung hoch riskante Phase der ersten sechs Monate nach der Entlassung befristet wird, ist ein erster Schritt zur Entwicklung eines völlig neuartigen Konzepts zielgruppenspezifischer Reintegrations-Callcenter, das ggf. im Rahmen der zweiten Förderperiode der Gemeinschaftsinitiative EQUAL praktisch umgesetzt werden könnte.

Darüber hinaus sollen die Nachsorgestellen eine detaillierte Dokumentation von Problemlagen, Problembewältigungsstrategien und Problemlösungsergebnissen auf der Grundlage standardisierter Verlaufsprotokolle ermöglichen. Die Auswertung dieser Dokumentationen erfolgt im Rahmen der geplanten Begleitforschung und trägt dem Umstand Rechnung, dass die Berufs- und Ausbildungssituation Haftentlassener in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht noch weitgehend als „black box“ betrachtet werden muss, deren Aufhellung nicht nur für zukünftige Strategien der Bewährungs- und Straffäl-

ligenhilfe, sondern auch für die (Re)Integration anderer Problemgruppen des Arbeitsmarktes von erheblichem Nutzen sein wird.

Angesichts der Tatsache, dass für einen nicht unerheblicher Anteil der (ehemaligen) Gefangenen aber (noch) keine beschäftigungsbegleitenden Hilfen, sondern ergänzende oder im Fall eines Beschäftigungsabbruches erneute Vermittlungsleistungen erforderlich werden, sollen die vollzugsexternen Nachsorgeteams aber auch dazu beitragen, die Effizienz der arbeitsmarktorientierten Entlassungsvorbereitung im Strafvollzug weiter zu steigern, indem sie sich um eine gezielte und nachfrageorientierte Bewerbersuche unter den Teilnehmern beruflicher Förderungsmaßnahmen zur Weitervermittlung an interessierte Arbeitgeber und Bildungsträger im jeweiligen Geschäftsbereich bemühen. Damit wird die aus dem Strafvollzug herauschauende und vornehmlich an den Bedürfnissen der Gefangenen orientierte Job- oder Ausbildungsplatzsuche des MABiS-Teams durch eine in den Strafvollzug hineinblickende und an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes orientierte Fachkräftesuche und -auswahl ergänzt – eine Strategie, mit der im Bereich der beruflichen Reintegration Straffgefangener völliges Neuland beschritten wird.

Programmelement e: EDV-gestützte Vermittlungsnetze für ein besseres „Matching“ vermittlungsrelevanter Bewerber- und Angebotsdatenbanken

Eine erfolgreiche „Übernahme“ der Nachsorgetätigkeit kann nur gelingen, wenn die bei der Haftentlassung oftmals unterbrochene Informationskette zwischen relevanten Akteuren in den Justizvollzugsanstalten und denen am Wohn- oder Arbeitsplatz der (ehemaligen) Gefangenen geschlossen wird. Die diesbezüglichen Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung und der Nutzung von Datenbanken im Internet sind im Rahmen des Strafvollzuges, der Straffälligenhilfe und der gezielten Vermittlung von Haftentlassenen aber bisher nur äußerst unzureichend genutzt worden. Es ist davon auszugehen, dass die Wirksamkeit von Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung Haftentlassener durch eine intensivere EDV-Nutzung deutlich gesteigert werden kann. Demgemäß wird die Entwicklung und der probeweise Einsatz zielgruppen- und problemspezifischer Software zu einem zentralen Anliegen für die erfolgreiche Etablierung des angestrebten landesweiten Informations- und Vermittlungsnetzwerkes.

Dies soll zum einen durch die Erstellung und Internet-Publikation einer („marketingfähigen“) Datenbank über das verfügbare Berufsbildungsangebot für Straffgefangene erreicht werden. Dabei soll die Datenbank in erster Linie dazu dienen, interessierte Arbeitgeber auf das Qualifizierungsprofil der Justizvollzugsanstalten aufmerksam zu machen und sie auf diese Weise zu moti-

vieren, Maßnahmeteilnehmer/innen als potenziell geeignete Arbeitskräfte anzusehen bzw. auf eigene Initiative aus den Anstalten „anzuwerben“.

Außerdem sollen individuelle Bewerbungsprofile entwickelt werden, die zielgruppenspezifische sowie vollzugs- und arbeitsmarktrelevante Erfordernisse gleichermaßen berücksichtigen. Diese Profile sollen u. a. um eine neu zu entwickelnde computergestützte Diagnostik ergänzt und unter Einbeziehung neuer Techniken und Verfahrenssysteme zur elektronischen Auswertung von Vollzugs-, Qualifizierungs- und Wiedereingliederungsplänen genutzt werden können.

Schließlich soll die bereits bestehende Datenbank zur landesweiten Erfassung von Ausbildungs- und Beschäftigungsangeboten für Straftentlassene mit modernster Software neu strukturiert und um standardisierte Angebotsprofile erweitert werden, um eine wechselseitige Verknüpfung mit den oben genannten Bewerbungsprofilen zu ermöglichen. Auf diese Weise sollen die EDV-technischen Grundlagen für die Erweiterung der traditionellen „Stellensuche“ für Haftentlassene um die ebenfalls bereits angesprochene „Bewerbersuche“ für Arbeitgeber und Bildungsträger geschaffen werden.

Programmelement T: Transfer- und Informationsnetze zum künftigen „Mainstreaming“ der geleisteten Arbeit in Kooperation von Justiz- und Arbeitsmarktakteuren

Der regelmäßige Informationsaustausch zwischen Justiz- und Arbeitsmarktakteuren ist eine wesentliche Voraussetzung für die marktgerechte Ausgestaltung der Berufsförderungsmaßnahmen des Strafvollzuges und damit für die erfolgreiche Wiedereingliederung Haftentlassener. Umgekehrt ist die Vermittlung von Informationen über Qualifizierungs- und Wiedereingliederungserfolge an Dritte, insbesondere an Arbeitgeber zwingend erforderlich, um weitere Kooperationspartner im Rahmen stabil funktionierender Vermittlungsnetze für Haftentlassene gewinnen zu können. Aber auch die gemeinsame Erörterung von Problemen, Schwierigkeiten und Verbesserungsstrategien ist notwendig, um das unabdingbare Vertrauen zwischen allen Beteiligten schaffen und erhalten zu können.

Zur Förderung des (trans)nationalen Informationstransfers und des (über) regionalen Mainstreamings werden zunächst regionale Wiedereingliederungsforen etabliert. Diese Foren sollen insbesondere die problemorientierte Verzahnung von Strafvollzugsanstalten, Nachsorgestellen sowie weiteren Justiz- und Arbeitsmarktakteuren erleichtern, aber auch dazu beitragen, die unterschiedlichen Erfordernisse regionaler Arbeitsmärkte sowohl bei der Vermittlung von Haftentlassenen als auch bei der künftigen Ausgestaltung von Berufsförderungsmaßnahmen angemessen berücksichtigen zu können. Dabei sol-

len im Sinne „runder Wiedereingliederungstische“ auch die konzeptionellen und finanziellen Grundlagen für die Fortsetzung der Arbeit nach Beendigung der EU-Förderung („Mainstreaming“) geschaffen werden.

Ergänzend werden jährliche Reintegrationskonferenzen auf Landesebene durchgeführt, in deren Verlauf u. a. die Ergebnisse der empirischen Erfolgskontrollen vorgestellt werden und die den Trägern der regionalen Wiedereingliederungsforen Gelegenheiten zum fachlichen Austausch mit Partnerverbänden aus anderen Bundesländern sowie – im Rahmen der transnationalen Zusammenarbeit – aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union eröffnen.

Schließlich soll die Herausgabe eines regelmäßig erscheinenden MABiS.NeT-Reports und eines elektronischen MABiS.NeT-Newsletters dazu beitragen, Zwischenergebnisse der Qualifizierungs- und Vermittlungsbemühungen einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen und den Gedanken der beruflichen Wiedereingliederung Haftentlassener auf breiter Basis zu fördern.

IV. Nachsorge verlangt Kooperation und Vernetzung: Einige „banale“ und doch zu selten bedachte Schlussbemerkungen

Leider kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht mit konkreten Ergebnissen des modellhaften Nachsorgeprojektes MABiS.NeT aufgewartet werden, da dessen praktische Arbeit erst Ende 2004 und die wissenschaftlichen Auswertungsarbeiten erst Mitte 2005 abgeschlossen sein werden. Deshalb muss hier für den Moment noch mit einer idealtypischen Skizzierung des angestrebten Qualifizierungs-, Vermittlungs- und Nachsorgeverlaufs für (ehemalige) Gefangene vorlieb genommen werden, der folgende Stufen enthält:

- Erstellung einer individuellen Qualifizierungsplanung im Strafvollzug, die über die traditionelle Vollzugsplanung hinaus im Sinne einer vollzugsübergreifenden Nachsorge- und Wiedereingliederungsplanung „verlängert“ werden kann.
- Beginn und/oder Absolvierung einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme im Strafvollzug, die bei Bedarf nach der Haftentlassung fortgesetzt werden kann.
- Motivierung von Teilnehmer/innen berufsfördernder Maßnahmen zur Nutzung der Angebote einer arbeitsmarktorientierten Entlassungsvorbereitung, die neben der Berufswegeplanung auch Unterstützung bei Bewerbungen um Arbeits- oder Ausbildungsplätze, vor allem aber entsprechende Vermittlungsleistungen anbietet.

- Motivierung dieser Gefangenen zur Nutzung der vollzugsexternen Nachsorgeangebote und „Übergabe“ der nachsorgerelevanten Daten an die jeweils regional oder sachlich zuständigen Nachsorgestelle.
- Erbringung (oder Vermittlung) von beschäftigungsstabilisierenden Hilfen für die Haftentlassenen in den ersten sechs Monaten nach der Entlassung und/oder Weitervermittlung in (andere) Ausbildungs- bzw. Arbeitsplätze, falls noch kein Beschäftigungsverhältnis vorliegt oder ein solches bereits (wieder) abgebrochen wurde.

Umfang und Komplexität des beschriebenen MABiS.NeT-Arbeitsprogramms machen allerdings deutlich, dass die hier implizierten Aufgaben unmöglich von einem „Akteur“ allein, sondern stets nur im Sinne einer „konzertierten Aktion“ von mehreren vernetzt und kooperativ arbeitenden Leistungsträgern bewältigt werden können. Die Zusammensetzung der an MABiS.NeT beteiligten Organisationen trägt dem Rechnung. An der praktischen Arbeit sind zunächst 13 operative Partner beteiligt, darunter das Justizministerium NRW, die Arbeitsgruppe Kriminologischer Dienst dieses Ministeriums (federführend), das Ministerium für Schule, Jugend und Kinder NRW, sieben unterschiedliche Bildungsträger, die Universität Duisburg-Essen, eine Softwareentwicklungsfirma sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe. Darüber hinaus leisten 12 so genannte strategische Partner wertvolle Unterstützungsarbeit. Dazu gehören die Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit und drei örtliche Arbeitsagenturen, das Landesjustizvollzugsamt NRW, der Arbeitgeberverband Ruhr-Lenne, der Westdeutsche Handwerkskammertag, die Kreishandwerkerschaft des Märkischen Kreises und vier weitere Bildungsträger. Schließlich wirken die bereits genannten 11 Justizvollzugsanstalten sowie eine wachsende Zahl assoziierter Partner (zur Zeit sechs) daran mit, die im Strafvollzug angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen mit vollzugsexternen Nachsorgeangeboten zu verknüpfen.

Dabei gehen alle von den folgenden, relativ banal klingenden und doch bisher zu selten bedachten Schlussfolgerungen aus, mit denen auch dieser Beitrag geschlossen werden soll:

- Nachsorge ist keine nachrangige „Kür“, sondern wird zur vorrangigen Pflicht, wenn man die im Vollzug erreichten Erfolge sichern oder gar steigern will.
- Nachsorge muss zwar auf die Nachentlassungszeit bezogen sein, gleichwohl aber bereits im Vollzug vorbereitet werden, um Reibungsverluste bei der „Klientenübergabe“ zu vermeiden.

- Nachsorge wird nur dann nachhaltig wirken können, wenn sie im Rahmen einer koordinierten Vernetzung aller relevanten Akteure innerhalb und außerhalb des Strafvollzuges erfolgt.
- Nachsorge ist insofern eine klassische Kooperationsaufgabe, doch wird die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zunehmend auch von einem Nachweis rückfallmindernder **und** kostensenkender Effekte abhängen.

Insbesondere angesichts knapper öffentlicher Kassen sind derartige „konzertierte Aktionen“, sind Kooperationen und Vernetzungen von Justiz- und Arbeitsmarktakteuren dringend erforderlich, um möglichst viele Ressourcen und Kräfte bündeln, gemeinsame Ziele besser als bisher erreichen, Synergieeffekte erzielen und unwirtschaftliche Doppelarbeit vermeiden zu können. Ob und inwieweit das Modellprojekt MABiS.Net hier Erfolg versprechende Wege aufzeigen kann, wird zu einem späteren Zeitpunkt zu berichten sein.

Zur Entstehungsgeschichte und Konzeption der Berliner Forensisch-Therapeutischen Ambulanz für Sexual- und Gewaltstraftäter¹

Christian Zürn & Martin Möllhoff-Mylius

Anlass oder um in der Fachsprache zu bleiben, Anlassdelikt, welches zur Konzeption einer Forensisch-Therapeutischen Ambulanz führte und hoffentlich noch in diesem Jahr zur Gründung führen wird,² war folgender Beschluss des Abgeordnetenhauses von Berlin vom 14. Januar 1999:

„Der Senat wird aufgefordert, bis zum 31. Mai 1999 einen Bericht zu erstellen, in dem in Zusammenarbeit mit anderen Bundesländern eine Analyse über Sexualstraftäter erstellt wird, die erneut durch Sexualstraftaten rückfällig geworden sind. Der Bericht soll die Gründe für die erneute Rückfälligkeit sowie den Erfolg unterschiedlicher Behandlungsansätze darstellen. Aus den Untersuchungen sind entsprechende Schlussfolgerungen für Maßnahmen im Land Berlin abzuleiten.“

Auf diesen Berichtsauftrag erfolgten seitens der federführenden Senatsverwaltung für Justiz sowie der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung mehrere parlamentarische Zwischenberichte³, in denen im Wesentlichen auf die einzuleitenden bzw. eingeleiteten Untersuchungen sowie auf die Quel-

1 Herrn Ltd. Sozialdirektor Dipl. Psychologen *Peter Schmidt*, Senatsverwaltung für Justiz Berlin, Hauptverfasser der zahlreichen Berichte an Senat und Abgeordnetenhaus von Berlin und steter Förderer des ambulanz-therapeutischen Versorgungskonzeptes, zur Pensionierung gewidmet.

2 Ansätze einer psychologisch-therapeutischen Ambulanz finden sich in der Vergangenheit bei den Sozialen Diensten der Justiz in der Sozialtherapeutischen Beratungsstelle, die 1972 auf Initiative von Prof. *Rasch* errichtet wurde sowie bei dem, über einen längeren Zeitraum während dem Betrieb, einer Ambulanz in der vormaligen I. Abteilung für Forensische Psychiatrie der *Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik* Ende der 80er Jahre. Personalschlüssel: Ein Arzt, ein Dipl. Soziologe bzw. Dipl. Psychologe, ein Sozialarbeiter, eine Ambulanz-Schwester, wobei das Personal aus dem stationären Bereich gestellt wurde. Zielstellung: Nachsorge und Präventionseinrichtung für ca. 50 Patienten. Diese Ambulanz musste 1993/94 aufgegeben werden, da es nicht gelang, dauerhaft die Stellen zu sichern und keine personelle Aufstockung erreicht werden konnte. Eine Wiederaufnahme der Idee wurde ab 1995 innerhalb der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung, im 1996 gegründeten Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) sowie in verschiedenen Beratungsgremien verfolgt; es fand sich seinerzeit jedoch keine parlamentarische Mehrheit zur dauerhaften Ausfinanzierung der benötigten Stellen.

3 Schlussbericht an das Abgeordnetenhaus, Drucksache 13/3255, Nr. 13/3334, Nr. 13, 3837 und Nr. 14/863.

lenlage abgehoben wurde. Darüber hinaus wurden im Zwischenbericht vom 4. Juni 1999 die Ergebnisse einer Stichtagserhebung vom 25. Februar 1999 zur Lage der Sexualstraftäter in den wichtigsten Einrichtungen des Landes Berlin dargestellt. Schon damals war klar, dass die Untersuchung durch eine erweiterte und differenzierte Befragung unter Einbeziehung externer Einrichtungen für den Stichtag 20. Juli 2001 wiederholt werden musste und sollte.

Zeitlich parallel ließen sich im Wesentlichen vier Strömungen ausmachen, die die ambulante Versorgung von Sexualstraftätern in Berlin in mehr oder minder großer Tiefenschärfe aufgriffen. Zu nennen sind

- die Initiative eines Berliner Sexualmediziners über (vermeintlich) fehlende Therapieplätze für Sexualstraftäter in Berlin sowie der im Zusammenhang stehende Artikel der Zeitschrift „Der Spiegel“ – vom 9.1.01 (Heft 5/2001) *„Warten bis es brennt – Weil der Berliner Senat konkrete Warnungen vor Sexualstraftätern ignoriert, können sich Verbrechen wie die Entführung der neunjährigen Sophia jederzeit wiederholen.“*
- der Antrag der Fraktion der PDS (in Erweiterung dann auch der Fraktion der SPD) über einen Prüfauftrag hinsichtlich der Einrichtung einer forensisch-psychiatrischen Institutsambulanz beim Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) vom 31. Mai 2001 und seine Verweisung in die entsprechenden parlamentarischen Gremien sowie
- die Überlegungen des Leiters des Instituts für Forensische Psychiatrie der Freien Universität zur Schaffung einer Berliner Psychotherapeutischen Ambulanz für bedingt entlassene Insassen des Straf- und Maßregelvollzugs (Januar 2001) sowie
- die Fachtagung des Instituts für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin:
„Aufgaben und Möglichkeiten ambulanter Kriminaltherapie“ – Über die Notwendigkeit einer forensisch-psychotherapeutischen Ambulanz nach Maßregelvollzug und Strafhafte“ vom 22. Februar 2002.

Durch den 3. Zwischenbericht – Mitteilung zur Kenntnisnahme – über Sexualstraftäter vom 5. Februar 2002⁴ der Senatsverwaltung für Justiz wurden zum Ersten die Ergebnisse einer aktuellen Befragung in den Berliner Justizvollzugsanstalten, im Krankenhaus des Maßregelvollzugs, bei den Sozialen Diensten der Justiz (Bewährungshilfe und Führungsaufsicht) sowie bei externen Betreuungseinrichtungen vorgestellt. Zum Zweiten erfolgten Hinweise auf die Er-

4 Schlussbericht an das Abgeordnetenhaus, Drucksache 15/169.

gebnisse des zwischenzeitlich abgeschlossenen Forschungsprojekts der Kriminologischen Zentralstelle (Rückfallquote, Rückfallgründe und Behandlungseffektivität) sowie weiterer wissenschaftlicher Arbeiten im Hinblick auf die Themen Rückfallquoten, Rückfallgründe und Behandlungseffektivität. Drittens konnten die Folgerungen unter Beachtung der vorliegenden Erkenntnisse, die am Ende zu einer weiteren Verbesserung der Rückfallprophylaxe dieser Tätergruppe im Land Berlin führen sollten, aufgezeigt werden.

Darüber hinaus wurde der Schluss gezogen, dass die Rückfallquote nach Lage von Forschungsergebnissen auch bei Sexualstraftätern weiter verbessert werden könnte, wenn während ihrer Strafverbüßung oder Unterbringung, vor allem aber nach ihrer Entlassung in größerem Umfang effektivere Diagnose-, Prognose- und Therapie- bzw. Nachsorgeverfahren zur Anwendung kämen. Zu diesem Zweck sollten moderne Prognoseinventare zur Verbesserung der Risikoeinschätzung bei Lockerungs-, Urlaubs- und Entlassungsmaßnahmen zur Anwendung kommen. Darüber hinaus nahm die Vorstellung, für entlassene Sexualstraf- **und** Gewaltstraftäter eine therapeutische Ambulanz einzurichten, zunehmend Gestalt an.

Ab 26. Februar 2002 kam es dann unter Vorsitz der Senatsverwaltung für Justiz zur Bildung einer Arbeitsgruppe, bestehend aus

- dem Fachlichen Leiter der Sozialtherapeutischen Anstalt (SothA) und einer Mitarbeiterin des Psychologischen Dienstes der Justizvollzugsanstalt Tegel sowie dem Aufsichtsreferenten der Senatsverwaltung für Justiz,
- der Leiterin der Sozialen Dienste der Justiz und der Dipl. Psychologin der dortigen Sozialtherapeutischen Beratungsstelle sowie dem Aufsichtsreferenten der Senatsverwaltung für Justiz,
- dem Ärztlichen Leiter und der Leitenden Dipl. Psychologin des Krankenhauses des Maßregelvollzugs (KMV) sowie dem Aufsichtsreferenten der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Nach 14 Sitzungen legte die Arbeitsgruppe Ende November 2002 ihre Vorschläge zur Verbesserung der Rückfallprophylaxe bei Sexual- und Gewaltstraftätern den Senatsverwaltungen vor, die sich deren Ergebnisse mit dem Ziel zu Eigen machten, sie entsprechend den parlamentarischen Gremien zu unterbreiten.

Eine von der Arbeitsgruppe erstellte Bedarfsanalyse für das Land Berlin führte zunächst einmal zu einer Behandlungskapazität der forensisch-therapeutischen Ambulanz von 70 Plätzen.

Als Grundlage dieser Bedarfsanalyse diente ganz unterschiedliches Datenmaterial, insbesondere jedoch Verurteilten- sowie Entlassungszahlen von Gewalt- und Sexualstraftätern in Berlin.

Die Arbeitsgruppe wies jedoch darauf hin, dass der tatsächliche Bedarf immer wieder neu eingeschätzt werden müsse, da anzunehmen ist, dass eine professionelle Arbeit in der Ambulanz mehr vorzeitige Entlassungen ermöglichen und mit einem steigenden Bedarf an Behandlungsplätzen in der Ambulanz zu rechnen sein wird.

Die Klientel sollte sich aus vier Verurteiltengruppen zusammensetzen:

Die Gruppe mit der größten Dringlichkeit für eine ambulante Nachbehandlung sollte sich aus Entlassenen der SothA und des KMV zusammensetzen.

Nachfolgend sollte die Gruppe der Entlassenen aus den übrigen Justizbereichen, die Gruppe von Verurteilten, deren Freiheitsstrafe mit gerichtlicher Therapieauflage zur Bewährung ausgesetzt wurde, sowie eine letzte Gruppe von Entlassenen, bei denen eine Behandlungsnotwendigkeit erst im Verlauf der Bewährungs- und Führungsaufsicht festgestellt wurde, Platz in der Ambulanz finden.

Des Weiteren hielt die Arbeitsgruppe die Einrichtung einer so genannten Clearingstelle innerhalb der Ambulanz für unverzichtbar. Hier sollte eine differenzierte Behandlungsindikation gestellt werden, die eine Zuweisung innerhalb und außerhalb der Ambulanz gewährleistet.

Es wurde erwartet, dass es hier zu einer engen Verzahnung mit anderen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen in Berlin, aber auch zu Verbindungen mit Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich kommen wird.

In der Wahl der Behandlungsmethoden soll die Ambulanz die Standards der forensischen Psychotherapie und der psychiatrischen Versorgung insbesondere der Entlassenen aus dem Maßregelvollzug gewährleisten können. Die ambulante Behandlung und Betreuung soll sowohl aufsuchend als auch empfangend angelegt sein.

Die Arbeit in der Ambulanz soll das notwendige kriminalprognostische Risikomanagement sicherstellen. Das primäre Anliegen soll jedoch nicht ausschließlich auf das so genannte risk-assessment zielen, sondern ebenso auf die (Weiter-) Entwicklung bzw. Fortführung von Behandlungsprozessen mit rückfallpräventiven Effekten.

Zur Frage der Behandlungs- und Betreuungsintensität bestimmte die Arbeitsgruppe ein durchschnittlich notwendiges Zeitbudget von zwei Wochenstunden pro Proband. Innerhalb dieser zwei Wochenstunden sollen alle mit der Be-

handlung und Betreuung in Zusammenhang stehenden Leistungen (Diagnostik, Verwaltung, Supervision, Austausch mit den abgebenden Einrichtungen, Analyse der Unterlagen etc.) erbracht werden.

Um bei einer Fallzahl von insgesamt 70 Klienten diese Leistungen erbringen zu können, soll das therapeutische Team die Ambulanz mit einem/einer Sozialarbeiter/in, fünf ärztlichen/psychologischen Therapeuten/innen sowie dem/der Leiter/in ausgestattet werden.

Die Fachkräfte müssen entweder als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder als Psychologische Psychotherapeuten mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren ausgebildet sein und im Weiteren über langjährige Erfahrungen im Umgang mit der Klientel verfügen.

Die Eintragungen der Fachkräfte im Arztregister der KV Berlin eröffnen die Option, Behandlungen im Rahmen von Ermächtigungen abrechnen zu können.

Entsprechende Vorgespräche lassen erwarten, dass die Ambulanz für deren einzelne Fachkräfte mit einer Ermächtigung der KV Berlin rechnen kann.

Schließlich erachtete es die Arbeitsgruppe für notwendig, die Ambulanz kontinuierlich wissenschaftlich zu begleiten, zu beforschen und zu beraten.

Für diese Aufgaben stellte sich Herr Prof. *Kröber* zur Verfügung.

Angesichts der katastrophalen Situation der öffentlichen Kassen wurde schließlich im August 2003 ein Interessenbekundungsverfahren eingeleitet.

Es sollte ein freier Träger gesucht werden, der die forensisch-therapeutische Ambulanz auf dem von der Arbeitsgruppe geforderten fachlichen Niveau einrichten und betreiben kann.

Das Interessenbekundungsverfahren wurde im Amtsblatt von Berlin Nr. 47 am 19. Oktober 2003 mit einer einmonatigen Bewerbungsfrist ausgeschrieben. Die eingehende Überprüfung der übersandten Materialien fiel jedoch negativ aus, so dass das im Bericht an das Abgeordnetenhaus von Berlin vom 23. September 2003⁵ für den Fall des Scheiterns des Interessenbekundungsverfahrens vorgegebene Modell der Zuordnung der Ambulanz an die Sozialen Dienste der Justiz zum Tragen kam. Die Fachaufsicht über die Einrichtung, die als Organisationseinheit den Sozialen Diensten der Justiz – Gerichts- und Bewährungshilfe – zugeordnet wird, wird die Senatsverwaltung für Justiz in Abstimmung mit der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung

5 Schlussbericht an das Abgeordnetenhaus, Drucksache 15/2061.

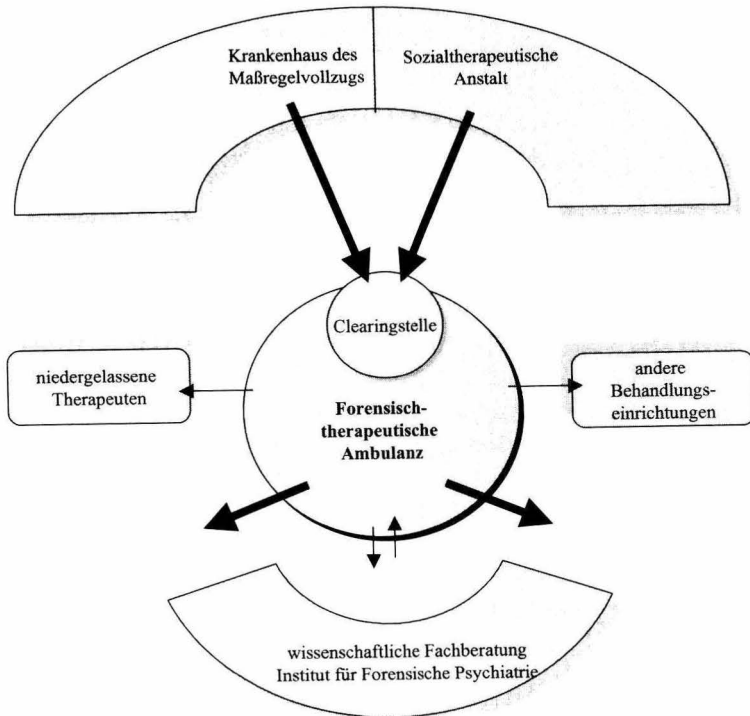
ausüben. Dienstaufsichtlich wird die Ambulanz den Sozialen Diensten unterstehen.

Schließlich reduzierte sich auch das zur Verfügung stehende Budget für die Ambulanz. Die Stellenausstattung umfasst nun neben dem Leiter der Einrichtung nur noch drei (statt ehemals fünf) ärztliche/psychologische Mitarbeiter neben einer Stelle für einen Sozialarbeiter, einen Büroleiter und einer Schreibkraft.

Um die fachlichen Standards einer ambulanten Behandlung nach Entlassung aufrechterhalten zu können, wurde die Kapazität der Einrichtung deshalb zunächst auf 40 Plätze reduziert. Es sollen zunächst nur Entlassene aus der SothA und dem KMV Behandlungsangebote in der Ambulanz finden.

Die nachfolgende Ablaufskizze veranschaulicht nun die Zugangswege der Klientel zur Clearingstelle der forensisch-therapeutischen Ambulanz, die weiteren Behandlungswege sowie die maßgeblich beteiligten Einrichtungen:

Schematische Darstellung ...



Die Arbeitsgruppe erhofft sich mit der Einrichtung einer Ambulanz, einen forensisch-therapeutischen Knotenpunkt in Berlin zu etablieren mit zentralen Verbindungen zwischen den Universitäten, dem Justiz- und Maßregelvollzug, den Gerichten, den Staatsanwaltschaften sowie den ambulanten psychiatrischen Gremien, den Nachsorgeeinrichtungen und den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten.

Eine Personalrotation zwischen der forensisch-therapeutischen Ambulanz und der SothA sowie dem KMV wird angestrebt.

Mittelfristig sollen Kooperationen mit den Berliner Ausbildungsinstituten angestrebt werden, um dem Bereich der forensischen Psychotherapie schon im Ausbildungsfeld mehr Gewicht zu verleihen.

Eine Planungsgruppe, die sich insbesondere aus Verwaltungsfachleuten beider Senatsverwaltungen zusammensetzte, bearbeitete im Weiteren ein Bündel unterschiedlich komplizierter Fragestellungen.

Im Besonderen war die Planungsgruppe mit Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Ambulanz beschäftigt; diese zwischen beiden Senatsverwaltungen erforderlichen Abstimmungen fanden mittlerweile durch ein zustimmendes Votum der Senatsverwaltung für Finanzen ihren positiven Abschluss.

Am 30.7.2004 konnte im Amtsblatt Berlin (Abl. Nr. 35) die Ausschreibung für den Leiter / die Leiterin der Ambulanz, die weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiter sowie die Sozialarbeiter und die Verwaltungsangestellten erfolgen; parallel erfolgten Annoncen im Berliner TAGESSPIEGEL und der Wochenzeitung DIE ZEIT.

Nach Ablauf der Bewerbungsfrist (20.8.2004) und Auswertung der eingegangenen Unterlagen konnte am 5. und 6.9.2004 jeweils ganztägig unter Vorsitz der federführenden Senatsverwaltung für Justiz das Bewerberverfahren um die Leitungsstelle durchgeführt werden.

Die weiteren Auswahlverfahren stehen unmittelbar bevor, so dass – nachdem mittlerweile auch geeignete Räumlichkeiten gefunden wurden – die forensisch-therapeutische Ambulanz noch in diesem Jahr ihren Betrieb aufnehmen wird.

Es wurde in den letzten Jahren viel gearbeitet und reichlich Neuland beschritten, um die forensisch-therapeutische Ambulanz einzurichten. Die Stadt kann jetzt wirklich stolz auf ihre neue Einrichtung sein.

Strafvollstreckungskammer und Nachsorge

Thomas Wolf

Einleitung

Mein Beitrag soll versuchen, einen Bogen zu dem Eröffnungsreferat von Dr. *Boetticher* zu spannen. Dort war die Rede von den allgemeinen rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen Nachsorge heute stattfinden kann. Der Blickwinkel war der des Bundesgerichtshofes (BGH), der die Aufgabe hat, eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen, und der deshalb vorrangig allgemeine rechtliche Grundlagen in den Blick nehmen muss.

Aufgabe der Strafvollstreckungskammer – und der Senate des Oberlandesgerichts, die in den meisten Fragen der Vollstreckung anders als der BGH ebenfalls ein Tatgericht sind – ist es dagegen, die Grundsätze in die kleine Münze der täglichen konkreten Rechtsanwendung zu wechseln.

Dass die vielen Beiträge dieser Tagung zu den klinischen Gesichtspunkten der Nachsorge von zwei juristischen Beiträgen gleichsam eingerahmt werden, mag manchen (vielleicht auch ein wenig schmerzlich) daran erinnern, dass die gesamte psychiatrische, psychologische, sozialarbeiterische und sonstige auf Behandlung gerichtete Arbeit auch in der Nachsorge sozusagen vorne, hinten und auch fortwährend unterwegs von juristischen Bedingungen eingegrenzt ist.

Es kann in meinem Beitrag nicht darum gehen, die Vorschriften der §§ 56 bis 72 StGB des materiellen Rechts, die der § 449 ff. StPO über das Verfahren und die der § 109 ff. StVollzG über die Kontrolle des Vollzuges im Einzelnen aufzuarbeiten, geschweige denn die höchst unterschiedlichen Bestimmungen in den Maßregelvollzugsgesetzen der 16 Länder. Sinn des Vortrags soll vielmehr sein, einzelne grundlegende Aspekte aufzugreifen und ihre Bedeutung für die tägliche Arbeit zu untersuchen.

Die Probanden

Viele Diskussionen über Stand und Veränderung der Nachsorge leiden unter einer ganz unnötigen Unklarheit, indem man nicht zwischen den beiden grundlegenden Ausgangssituationen von Nachsorge unterscheidet:

- Kann der Proband in eine (un)befristete Freiheitsentziehung zurückgeholt werden, liegt also ein Fall der Aussetzung einer (Rest-)Strafe oder Maßregel zur Bewährung vor, die widerrufen werden kann und zu unmittelbarem, zeitlich auch unbefristeten Freiheitsentzug führt (§§ 57, 57a, 67d Abs. 2 oder 3 StGB) oder
- kann auf den Probanden nur mit weichen Mitteln eingewirkt werden, wie es der Fall bei der Führungsaufsicht nach Vollverbüßung ist (§ 68f StGB), wo es de facto keine echte Sanktionsmöglichkeit gibt.

Man kann hier etwas vereinfacht unterscheiden zwischen den „Einfachen“, also Probanden, die mit einer guten Prognose entlassen werden, deren evtl. Krankheit(en) gut eingestellt sind, die in ein ordentliches Setting mit enger Kontrolle kommen, das durch eine harte Sanktionsdrohung zusätzlich abgesichert ist, und den „Schwierigen“, bei denen es sich um Vollverbüßer (§ 68f StGB), „SV-Erledigte“ (§ 67d Abs. 1) und „Sinnlose“ (§ 67d Abs. 5) handelt, die eine schlechte Kriminalprognose aufweisen, kaum Vorbereitung für die Entlassung erfahren haben, denen keine echte Sanktion droht und die ohnehin eine Negativauslese darstellen¹.

Zwischen den Ausgangsbedingungen und den Möglichkeiten dieser beiden Formen von Nachsorge liegen demnach Welten. Es ist nach meiner Erfahrung nur die Drohung des Widerrufs, die in schwierigen Situationen Zugänge zu dem Probanden eröffnet, die anders nicht möglich sind.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch auf eine andere begriffliche Unschärfe hinweisen, die ebenfalls die Diskussion oft stört: Man kann nicht sinnvoll zwischen Probanden unter Bewährungsaufsicht und solchen unter Führungsaufsicht unterscheiden, weil es nicht darauf, sondern auf die Frage eines möglichen Widerrufs ankommt. Die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung, der Entziehungsanstalt und dem psychiatrischen Krankenhaus wird nach § 67d Abs. 2 StGB zur Bewährung ausgesetzt, es tritt aber Führungsaufsicht ein.

Schließlich darf ich noch auf eine versteckte Vorschrift hinweisen, die immer wieder zu erheblicher Verwirrung führt: § 68g StGB regelt das zeitliche Verhältnis von Führungsaufsicht und Bewährung, wenn beide nebeneinander (im selben oder in verschiedenen Verfahren) bestehen. Danach dauert eine Führungsaufsicht immer so lange, wie der Proband unter Bewährung steht, aber sie endet auch in jedem Fall mit dem Straferlass (es sei denn, dass das Gericht

¹ Nur 6 % aller bei der Staatsanwaltschaft ankommenden Fälle führen am Ende zu einer unbedingten Strafe (Rössner/Maneros/Ullrich, FS-Schreiber, S. 392 ff.; bei 75 % dieser Personen liegt eine psychische Störung vor (a.a.O., 392).

ausdrücklich angeordnet hat, dass die Führungsaufsicht bis zum Ablauf der Bewährungszeit ruht, was sehr selten vorkommt).

Die Strafvollstreckungsgerichte und die darin arbeitenden Richterinnen und Richter

Zur Erinnerung: Nach dem Gesetz liegt die letzte Verantwortung beim Gericht.

Ob jemand aus der Maßregel oder vorzeitig aus dem Strafvollzug entlassen wird, ist eine richterliche Entscheidung. Richterlich bedeutet, dass sie am Gesetz ausgerichtet sein muss, dass sie wertend, normativ ist. Das Gericht darf dabei nicht blindlings übernehmen, was sachverständige Personen, welcher Fachrichtung auch immer, vorschlagen, sondern muss in eigener Selbstverantwortung entscheiden.

Das müsste nicht so sein: In vielen Rechtsstaaten wird diese Entscheidung nicht einem Gericht überlassen, sondern von den verschiedensten Komitees oder Boards getroffen, bei denen es sich um Gruppen von Personen aus verschiedenen Fachrichtungen handelt; z. T. sind auch Richter involviert, aber nur als *unum inter pares*.

Diese Modelle haben den Vorteil, dass die heikle Frage einer Aussetzung – und natürlich auch die eines Widerrufs – von Personen getroffen wird, die unmittelbar persönlich zur Verantwortung gezogen werden können. Denn wer in einer exekutiven Hierarchie eingebunden ist, kann ganz anders zur Rechenschaft gezogen werden als ein Richter.

Vielleicht ist das das Geheimnis, das sich eigentlich hinter dem deutschen System verbirgt: Richter sind unabhängig. Sie können, soweit sie sich im Rahmen des Gesetzes halten, nicht verantwortlich gemacht werden. Sie genießen das Spruchrichterprivileg – und entlasten damit die gesamte Exekutive von deren persönlicher Verantwortung in der Öffentlichkeit. Mir erscheint dies als ein sehr viel näher liegender Erklärungsversuch als die herkömmliche Dogmatik, wonach eine Freiheitsentziehung, die von einem Gericht angeordnet werden darf, eben deshalb auch nur wieder von einem Gericht aufgehoben werden darf. Man darf rechtspolitisch durchaus fragen, ob das deutsche Modell der Letztverantwortung des Gerichts auf Dauer beibehalten werden soll oder durch ein Modell der gleichwertigen rechtlichen Verantwortung aller am Behandlungs- und Nachsorgeprozess Beteiligten ersetzt werden kann und soll².

2 Vgl. *meinen* Beitrag „Zurück zum Volke!“, FS-Mahrenholz, 1993.

Das Gewicht dieser richterlichen Verantwortung steht in nicht wenigen Fällen in einem beachtlichen Spannungsverhältnis zu der hierfür eigentlich nötigen fachlichen Kompetenz der Richter. Die Tätigkeit in der Vollstreckung wird

- weder institutionell vorbereitet – oft sind es Proberichter, die in der StVK abkommandiert werden, sich dagegen infolge ihres beruflichen Status nicht wehren können und ohnehin noch über wenig Erfahrung verfügen; eine sachliche oder gar psychologische Vorbereitung findet nahezu nie statt;
- noch gezielt fortgebildet – in den meisten Bundesländern gibt es keinen Erfahrungsaustausch zwischen den StVK-Richtern, auf Bundesebene alle zwei bis drei Jahre eine (jetzt nur noch viertägige) Veranstaltung der Richterakademie in Trier. Wünsche nach einer Supervision werden innerhalb der Richterschaft, aber auch von gewichtigen Teilen der Justizministerien nicht unterstützt (anders in Hessen!), wenn sie nicht gar als Zeichen von Schwäche missdeutet werden. Damit fehlt es an einer unbedingt notwendigen „Waffengleichheit“ zwischen den nach innen und außen hochvernetzten forensischen Kliniken und der Richterschaft;
- noch gerichtsintern unterstützt – die Zuteilung der StVK-Dezernate erfolgt oft nach sachfremden Erwägungen (keiner will, der Schwächste muss, Proberichter, s. o.). Die dringend gebotene personelle Kontinuität in der StVK wird von den die Geschäftsverteilung bestimmenden Präsidien (und den ihnen vorsitzenden Präsidenten der Landgerichte) nicht hinreichend beachtet;
- noch von den Kollegen mit der gebotenen Wertschätzung bedacht (Strafvollstreckungskammer = Strafvereitelungskammer; „Wir bringen sie rein, und ihr lasst sie wieder raus!“).

Überflüssig zu sagen, dass die Situation innerhalb der Staatsanwaltschaft oft noch ärger ist. Nur wenige Behörden haben die Bedeutung der Vollstreckung erkannt und eigene Vollstreckungsstaatsanwälte bestimmt. In den meisten Fällen macht der den Fall bearbeitende Staatsanwalt auch die Vollstreckung mit, wird dafür aber nicht „entlohnt“, denn die Vollstreckung gilt als Anhang zur Sache, der nicht mehr neu gezählt wird. Es verwundert dann nicht, wenn hier ein besonderes Engagement nicht entwickelt werden kann.

Diese ungünstige Positionierung innerhalb der Justiz wiegt um so schwerer, als die Persönlichkeit vieler Richter von vornherein nicht als sehr kongruent zu den Anforderungen in der Vollstreckung erscheint. Untersuchungen haben gezeigt, dass Richter in einem besonders hohen Ausmaß ein gleiches Persönlichkeitsprofil aufweisen. Dazu gehört natürlich die Bereitschaft, in Entschei-

dungen Verantwortung zu übernehmen und diese fleißig auf gutem juristischem Niveau zu begründen. Dem stehen aber Wesenszüge gegenüber, die in unserem Bereich Hemmnisse hervorbringen können: Richter sind (in ihrer großen Mehrheit) eher konservativ und weniger innovationsfreundlich, oft nicht besonders auffällig flexibel und mit vielen Bedenken behaftet, und sie sind gar nicht so selten im Grunde ihres Herzens ängstliche Menschen, deren Beruf ja auch nicht die aktive, entwickelnde Auseinandersetzung, gar der parteinehmende Streit ist, sondern das sich Vortragenlassen, sich zur Beratung, auch mit sich selbst, zurückziehen, und vor allem das Streitentscheiden, ohne selbst von den Folgen der Entscheidung betroffen zu sein. Das will die Gesellschaft wahrscheinlich so, und in vielen Bereichen dürfte dies auch ganz richtig sein (einen Bauprozess kann man kaum spontan und innovativ entscheiden; auch die Möglichkeiten für einen vom Gericht vorzuschlagenden Vergleich sind sehr begrenzt); aber im Bereich der Strafvollstreckung und der Nachsorge sind dringend auch andere Tugenden gefragt.

Schließlich erfährt die Tätigkeit in der Strafvollstreckung, insbesondere auch im Nachsorgebereich, eine weitere Erschwernis, indem sie in 16 Bundesländern mit jeweils z. T. sehr unterschiedlichen Maßregelvollzugsgesetzen und Ausführungsbestimmungen zur Bewährungs- und Führungsaufsicht und unter der recht autonomen Aufsicht der nicht einmal länder einheitlich organisierten Oberlandesgerichte als abschließend entscheidende Organe – ohne Möglichkeit einer Vorlage zum Bundesgerichtshof – stattfindet. Sowohl die wissenschaftliche Begleitforschung – ohnehin sehr ausbaubedürftig – als auch ein praxisnaher Austausch der Richter untereinander werden dadurch sehr behindert. Man kann nur hoffen, dass in der anderen Waagschale dieser Kleinstaaterei genügend Gewichtiges liegt, um dieses Handicap auszugleichen³.

Einzelheiten zur Ausgestaltung der richterlichen Tätigkeit

Beschränkung versus aktive Mitwirkung – rechtliche Aspekte

Die Tätigkeit eines Gerichts besteht zunächst darin, Entscheidungen zu treffen und diese soweit nötig vorzubereiten. In vielen Gerichtsbereichen wird diese beschränkte Tätigkeit nicht nur ausreichend, sondern sogar um einer ruhigen Sachentscheidung willen dringend geboten sein. Auch in der Strafvollstreckung gibt es zahlreiche Entscheidungssituationen, in denen eine eigene Initiative des

³ Es wäre eine reizvolle Überlegung, ob die in Deutschland (und wohl auch weltweit) führende Ambulanz der Klinik für forensische Psychiatrie Haina z. B. in Bayern so hätte aufgebaut werden können (vgl. zur Geschichte *Freese, Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter*, 2003, Pabst, Lengerich, S. 17 ff.).

Gerichts fehl am Platz erscheint. Andererseits kennt selbst der dem Parteiprinzip unterstellte Zivilprozess, besonders in der Form des Arbeitsgerichtsverfahrens, schon immer, dass das Gericht sich durch Vorschläge zur gütlichen Einigung in die Ergebnisfindung aktiv einbringen soll. Im Straf- und Strafvollstreckungsverfahren, das vom Amtsermittlungsgrundsatz beherrscht wird, dürfte es dogmatisch unproblematisch sein, dem Gericht aktive Handlungsmöglichkeiten zuzubilligen.

Konkrete Anhaltspunkte im Gesetz finden sich in den Vorschriften, die sich mit der Krise in einer Bewährungs- oder Führungsaufsicht befassen und die Möglichkeit eröffnen, von einem Widerruf abzusehen:

- § 56f Abs. 2 Nr. 1 StGB:
- „wenn es ausreicht, weitere Auflagen oder Weisungen zu erteilen“
- § 67g Abs. 1, letzter Halbsatz StGB:
- „und sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel seine Unterbringung erfordert“
- § 145a StGB:
- „und dadurch den Zweck der Maßregel gefährdet“
- In diese Reihe von Vorschriften gehört auch
- § 62 StGB i. V. m. Art. 2 Abs. 2, Art. 20 Abs. 3 GG, Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

Der **Grundsatz der Verhältnismäßigkeit** gilt auch für Widerruf; es erscheint immer wieder fruchtbar, sich die einzelnen Elemente dieses Grundsatzes, so wie das Bundesverfassungsgericht ihn ausformuliert hat (BVerfGE 70, 297 <313 f.>), in Erinnerung zu rufen und im konkreten Fall Punkt für Punkt durchzuarbeiten: Es kommt darauf an,

- ob und
- welche Art rechtswidrige Taten von dem Untergebrachten drohen,
- wie ausgeprägt das Maß der Gefährdung ist (Häufigkeit, Rückfallfrequenz) und
- welches Gewicht den bedrohten Rechtsgütern zukommt; ferner ist
- der Grad der Wahrscheinlichkeit zu konkretisieren. Es sind
- die Besonderheiten des Falles zu beachten. Zu erwägen sind
- das frühere Verhalten des Untergebrachten und

- die von ihm bislang begangenen Taten. Abzuheben ist
- vor allem aber auf die seit der Anordnung der Maßregel veränderten Umstände, die für die Zukunft bestimmend sind. Dazu gehört nicht nur der Zustand des Untergebrachten, sondern auch
- die zu erwartenden künftigen Lebensumstände. Es kann auf
- die Wirkungen der Führungsaufsicht und die
- weiteren Maßnahmen der Aufsicht und Hilfe ankommen.

Tatsächliche Aspekte

Anlass zum Handeln, zum Mitwirken im „operativen Geschäft“, besteht, wie gesagt, in Krisen oder, um es in dem von Herrn Freese vorgestellten Bild zu halten, immer dann, wenn die Ampel auf gelb oder gar auf gelb-rot springt⁴.

Zu erkennen, dass sich eine Situation kritisch entwickelt, ist eine Folge der Anwendung von prognostischen Instrumenten. Das gesamte Anordnungs-, Vollzugs-, Aussetzungs- und Widerrufsverfahren ist von **Fragen der Prognose** durchzogen.

Es steht außer Frage, dass die Werthaltigkeit von Prognosen zur Rückfallgefahr in den letzten Jahren enorm zugenommen hat, aber man darf nicht aus dem Auge verlieren, dass dieser Fortschritt relativ zu dem Ausgangspunkt der Entwicklung gesehen werden muss: Noch bis in die beginnenden achtziger Jahre bewegte sich die Sicherheit der Vorhersage künftigen strafrechtlichen Verhaltens auf der Ebene des Würfels⁵. Nach wie vor bleibt noch viel für die kriminologische und kriminal-psychiatrische Forschung zu tun. Die auf dieser Tagung vorgestellten beeindruckenden Projekte zur Nachsorge zeigen auch auf, dass man sich im Stadium des – wenn auch gut begründeten – Experimentierens befindet. Sehr schmerzlich vermissen die Gerichte insbesondere Erkenntnisse über Probanden jenseits des 50. Lebensjahres, die doch einen erheblichen Anteil der kritischen Klientel in der Sicherungsverwahrung, bei Langstraflern und bei älteren Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges ausmachen.

Auch beim Umgang mit Prognosekatalogen gilt deshalb, ähnlich wie soeben zum Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ausgeführt, dass die einzelnen Elemen-

4 Freese, a.a.O., S. 72 ff.

5 Böhm, Gutachten zur Praxis der bedingten Entlassung in Hessen, 1982, Hess. Ministerium der Justiz.

te der verschiedenen Tabularien⁶ nicht in jeder Situation dieselbe Wertung erfahren können und dass sie für sich genommen gerade keine sicheren Aussagen zulassen⁷; jede Form eines blinden „scorism“, des bloßen Vertrauens auf Punkte in einem operationalisiert schematischen Bewertungsverfahren muss vermieden werden. Was diese Kataloge aber leisten, ist die Auflistung der wichtigsten Fragestellungen, von denen keine in einer Krise übersehen werden sollte. Neben den speziellen, täterbezogenen Kriterien, wie sie z. B. in sog. Deliktzirkeln beschrieben werden können, sind allgemeine Erkenntnisse der Prognose und Präventionsforschung immer zu berücksichtigen, z. B. klare Tagesstruktur, Arbeit, am besten adäquat bezahlte Arbeit, Freunde, gute natürlich, eine stabile Beziehung zu einem Partner, akzeptierte Wohnverhältnisse, angemessenes soziales Umfeld, Bekannte, Vereine, Freizeitstrukturen, kein Alkohol, kein Substanzge- oder gar -missbrauch, allgemeine Gesundheit⁸.

Auf dieser Grundlage haben sich eine Reihe von Aktivitäten als nützlich und zielführend zur Lösung von Krisen erwiesen, z. B.

- Gespräche mit den verschiedenen Verantwortlichen, wie Bewährungshelfer, Ambulanz, Heimträger, Betreuer, Arbeitgeber, und zwar schriftlich, telefonisch, mündlich und in unterschiedlichen Zusammensetzungen bis hin zur „großen Runde“, im Lebensumfeld des Probanden oder mit förmlicher Ladung in das Gerichtsgebäude;
- Telefongespräch mit Proband;
- Schreiben an Proband (eigenhändig unterschrieben, nicht: „Diese Androhung des Widerrufs erfolgt automatisch und ist auch ohne Unterschrift des Richters gültig“);
- Sanktionsdrohungen, aber nur genau so, wie sie auch erfolgen werden;
- Anhörung des Probanden, alleine oder mit Verantwortlichen, auch hier bis hin zur „großen Runde“;

6 Verwiesen sei nur auf die derzeit wichtigsten Instrumente: HCR (Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20, Deutsche Version von *Müller-Isberner* u. a., Haina 1998); SVR 20 (Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR 20, Deutsche Version von *Müller-Isberner* u. a., Haina 2000); *Dittmann*, Was kann die Kriminalprognose heute leisten, Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie, Band 18, 67 ff. <Zürich 2000>; *ders.*, R&P 2001, 73 ff.; *Nedopil*, Forensische Psychiatrie <Stuttgart 2000>; *Rasch*, Forensische Psychiatrie <Stuttgart 2000>; *Kröber* NSTZ 1999, 593 ff.

7 Der HCR ist ursprünglich kein Prognoseelement, sondern ein retrospektives Diagnosemodell.

8 Zur Wirksamkeit von Präventionsmodellen vgl. jüngst *Rössner*, Düsseldorf Gutachten (mit Zusammenfassung des „Sherman-Report“ über die US-amerikanischen Verhältnisse), Landesregierung NRW 2003.

- Sicherungshaftbefehl als Interventionsinstrument⁹;
- Änderungen des Settings bis hin zur Verpflanzung in neues Umfeld
- Neue lokale Verbindungen z. B. Übergabe der Behandlung an einen niedergelassenen Arzt, der dann vom Gericht auf die Besonderheiten einer Nachsorge eingestellt werden muss (oft problematisch ist der Umgang mit der Verschwiegenheitspflicht)

Es ergeben sich dabei für manche teilweise ungewohnte Aufgaben für die Richter:

- Kenntnisse anderer abrufen
- offene Kommunikation
- interdisziplinär denken, handeln
- Teamarbeit
- ständige (!) Fortbildung
- Flexibilität
- Kreativität
- schnelle Reaktion
- „großzügige Genauigkeit“ im Umgang mit dem Gesetz, solange Sicherheitsbelange nicht akut gefährdet sind
- Arbeitsmittel und Wege außerhalb der positivrechtlich vorgegebenen Wege (nicht: ungesetzlich)
- Englischkenntnisse¹⁰

Insgesamt darf man sagen, dass es weitgehend darum geht, nichtrichterliche Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben und auszubauen. Es gilt zu erreichen, dass alle an der Nachsorge Beteiligten

9 Das rechtliche Problem der Anwendung von § 453c StPO liegt auf der Hand: Die Inhaftierung erfolgt gerade nicht zum Zweck des Widerrufs, sondern zur Vermeidung desselben, und die Begründung des Haftbefehls versteckt dieses eigentliche Ziel hinter der Anknüpfung an die aktuelle Krise, die, unbehandelt, natürlich den Widerruf nach sich zöge; dem BMJ liegen konkrete Vorschläge vor, wie hier das Gesetz den Notwendigkeiten der Praxis angepasst werden kann.

10 Ein großer Teil der ganz akut wichtigen Erkenntnisse im Bereich der Kriminaltherapie wird inzwischen nur noch auf Englisch veröffentlicht, Übersetzungen erscheinen, wenn überhaupt (die forensischen Psychiater können Englisch und brauchen keine Übersetzungen), viele Jahre später.

- Gericht
- Bewährungshilfe
- Ambulanz
- Führungsaufsichtsstelle
- gesetzliche Betreuer
- stationäre Einrichtungen (Heime)
- betreutes Wohnen
- Ausbildungsstellen
- Arbeitgeber
- Gemeinde (community)
- Präventionsrat

sich zu einer **Wirkungseinheit** „Strafvermeidung“ zusammenschließen.

Die anzustrebende enge Zusammenarbeit zwischen den Genannten hat aber auch eine nicht zu unterschätzende Schattenseite: Je tiefer Zusammenarbeit und Verständnis zwischen Behandlern und Gericht erarbeitet sind, um so größer wird die Gefahr, dass im Alltag die Beachtung der **Rechte der Betroffenen** unter die Räder kommt; die Versuchung, alles – durchaus mit besten Absichten zugunsten der Betroffenen – über deren Kopf zu entscheiden, ist sehr groß. Hinzu kommt, dass die Sachkenntnis auf Verteidigerseite ebenfalls oft sehr zu wünschen übrig lässt, wenn sie nicht häufig mit Vollstreckungssachen befasst sind.

Extras

1. Der schweigsame Proband

Das alltägliche Instrument zur Implementierung der Ambulanz in die Nachsorge ist eine nach § 57 Abs. 3 i. V. m. § 56c und nach § 68b Abs. 2 StGB mögliche Weisung. Der Standarttext, der bei der StVK Marburg seit jeher verwendet wurde, lautete:

„Der Verurteilte/Untergebrachte wird angewiesen, mit der Ambulanz der Klinik für forensische Psychiatrie Haina in Verbindung zu bleiben, die vereinbarten Termine einzuhalten und sich, besonders in Krisen, von ihr beraten zu lassen“

Dann ereignete sich der folgende **Fall**:

Herr *U.* hat im Zustand einer Psychose versucht, seine Ehefrau zu töten. Nach mehreren Jahren Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus wird er entlassen und kehrt auf Wunsch der Ehefrau zu ihr zurück. Die Führungsaufsicht verläuft äußerlich unauffällig, jedoch gibt sich Herr *U.*, wie auch schon intramural, sehr schweigsam, was lange Zeit als Residuum der Psychose gewertet wird. Allein seine Frau wird zum Ende der Führungsaufsicht immer unruhiger, bekommt Bedenken, wie die Zeit danach aussehen werde. Eine Tagesbeobachtung der Bewährungshelfer, wie der sonst so schweigsame, grüblerische Herr *U.* auf einer Parkbank voller Temperament und Fröhlichkeit mit anderen Landsleuten lauthals und anhaltend palavert.

Man sieht, wo das Problem liegt: Jegliche Behandlung und insbesondere die wie auch immer im Einzelnen ausgestaltete kriminaltherapeutische Behandlung ist darauf angewiesen, möglichst viele Informationen über den Probanden zu Grunde legen zu können. Die wichtigste Quelle dafür ist und bleibt der Betroffene selbst. Das ist in unserem Feld nicht anders als bei jeder anderen medizinischen oder psychiatrisch-psychologischen Behandlung. Während des Maßregel- oder Strafvollzuges haben wir die Möglichkeit, durch große Beobachtungsdichte aus dem Verhalten des Gefangenen mit einiger Sicherheit auf seine Gedanken- und Gefühlswelt schließen zu können. Nach der Entlassung versiegt diese Quelle fast völlig. Keine Ambulanz kann eine annähernd flächendeckende, zeitdeckende Beobachtungslage herstellen. Daraus folgt, dass wir in entscheidendem Maße auf Selbstäußerungen des Betroffenen angewiesen sind. Sie erst, in der Zusammenschau mit den bisher erlangten Kenntnissen und den spärlicher gesäten Beobachtungen der Ambulanzmitarbeiter, des Bewährungshelfers und Dritter, ermöglichen die täglich neu zu stellende Gefährdungsprognose.

Der einzige Weg, den Probanden mit rechtlich verpflichtender Kraft zum Sprechen zu bringen, liegt in einer entsprechenden Fassung der Weisung über die Ambulanz. Wir müssen den Betroffenen zur Offenheit verpflichten, und zwar in einer Weise, die sozusagen „widerrufsfest“ ist, die also die Drohung und auch Durchführung des Widerrufs zulässt, wenn sich der Proband nicht an die Weisung hält.

Wir haben in einem Beschluss dazu ausgeführt, dass „Behandlung“ nicht einen Teilbereich des Menschen umfasst, sondern, weil es um potentiell schwer sozialschädliches Verhalten geht, nahezu den gesamten Menschen. Wir haben heute und gestern wieder einmal gehört, dass es nicht einzelne, völlig zu isolierende Faktoren gibt, die zur Straffälligkeit führen, sondern dass es nahezu immer ein Zusammenspiel von ganz unterschiedlichen Parametern ist, das in eine Prognose einfließt, sie positiv oder negativ werden lässt. Behandlung ver-

stehen wir deshalb als einen sozusagen ganzheitlichen Akt, der sämtliche als möglicherweise kriminogen erkannten Faktoren im Leben des Probanden umfasst und zu dem unbedingte Offenheit gehört. Weil ich dem Probanden nicht hinter die Stirn schauen kann, muss er sie für mich öffnen.

Das Rechtsproblem, das daraus folgt, liegt ebenfalls auf der Hand: Es ist der alte Rechtssatz des „*nemo tenetur*“, niemand muss sich selbst belasten.

Wir meinen aber, dass dieser Grundsatz, wie viele andere auch (z. B. der des *in dubio pro reo* oder des Verbots der *reformatio in peius*) nur im Ermittlungs- und Erkenntnisverfahren seine volle Wirkung entfaltet. Im Vollstreckungsverfahren, als dessen Teil wir die Nachsorge verstanden haben, gilt er nur sehr eingeschränkt, denn die Sanktion, die das Grundrecht auf Freiheit einschränkt, ist längst ausgesprochen: Es war das Urteil, das in einem mit allen Verfahrensgarantien ausgestatteten Verfahren ergangen ist, das die Freiheitsstrafe oder Unterbringung angeordnet hat. Dieses richterliche Urteil wirkt fort, bis sein Inhalt endgültig verbraucht ist – und das ist er erst am Ende der Führungsaufsicht. Ein Urteil nach unserem Strafgesetzbuch beinhaltet eben nicht nur z. B. drei Jahre Freiheitsstrafe, sondern, ohne dass es eines gesonderten Ausspruches bedarf, auch die regelmäßig von Gesetzes wegen eintretende Führungsaufsicht nach vollständiger Verbüßung oder die ebenfalls von Gesetzes wegen eintretende Führungsaufsicht nach Aussetzung einer Maßregel. Deshalb kann sich ein Proband nicht darauf berufen, er brauche nichts mehr von sich preiszugeben.

Unser aktueller Weisungstext lautet demzufolge:

„mit der Ambulanz der Klinik für forensische Psychiatrie Haina/Außenstelle Gießen in Verbindung zu bleiben, die vereinbarten Termine einzuhalten und sich, besonders in Krisen, von ihr beraten zu lassen **und dabei stets offen über alle seine Problem zu sprechen sowie dem jederzeitigen Austausch von Informationen über seinen Zustand zwischen der Ambulanz und anderen ihn betreuenden Personen zuzustimmen.**“

2. Der künftige Verweigerer

Auch hier haben wir es mit einem gar nicht so seltenen Phänomen zu tun: Der (meistens schizophrene) Patient nimmt während der Führungsaufsicht seine zwingend erforderlichen Medikamente, kündigt aber, mehr oder weniger deutlich, an, dass er mit Ablauf der Führungsaufsicht keine Medikamente mehr nehmen werde. Für diesen Fall muss die Krankheits- und die Kriminalprognose als sehr ungünstig angesehen werden.

Man kann natürlich in dieser Situation eine Art Freilandversuch starten, indem man die Weisung, Medikamente zu nehmen, aufhebt, den Probanden sehr eng beobachtet, bis die Psychose auszubrechen droht, um dann zu widerrufen, den Probanden wieder medikamentös einstellen, erneut zu entlassen und die Führungsaufsichtszeit von neuem beginnen zu lassen.

Dieser Weg läuft schon dann leer, wenn der Proband einigermaßen clever ist, das böse Spiel durchschaut und die Medikamente bis zum Ende der Führungsaufsicht auch ohne Weisung weiter einnimmt.

Im Übrigen kann man, abgesehen von den nie hinreichend sicher zu beherrschenden Gefahren eines schnellen Rezidivs, mit diesem Weg schwerwiegende gesundheitliche Folgen bei dem Probanden auslösen, denn es ist keineswegs so, dass man den erforderlichen Medikamentenspiegel einfach ein- und ausschalten kann. Das Rezidiv als Folge einer längeren unbehandelten Zeit kann erfahrungsgemäß einen großen Teil des Genesungsprozesses insgesamt hinfällig machen, mit der Folge einer notwendig langen erneuten Unterbringungszeit.

Die StVK Marburg ist deshalb einen anderen, deutlich weniger gefährlichen und invasiven Weg gegangen, hat dabei an das oben gerade ausgeführte Konzept der ganzheitlichen Sicht von Behandlung angeknüpft und es dahin weitergeführt, dass mit „Heilbehandlung“ im Sinne des § 68c StGB nicht nur eine bloß formale, äußerliche compliance gemeint ist, sondern das äußerlich nachvollziehbare Bemühen um eine wirkliche innere Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung (was ein gewisses Maß an Missmut keineswegs ausschließt). Wir haben auch hier unbefristete Führungsaufsicht (mit jährlicher Überprüfung) angeordnet.

Zwar sind solche Fälle, wenn sie dann in der Zeit der unbefristeten Führungsaufsicht, nach mehr als fünf Jahren, zum Widerruf geführt haben, vom OLG Frankfurt am Main in dem Sinne bestätigt worden, dass die Beschwerde gegen den Widerruf verworfen wurde; dabei hat sich das OLG Frankfurt aber (vielleicht auch ganz bewusst und weise) jeglicher näheren Auseinandersetzung mit unserer Begründung für die unbefristete Führungsaufsicht enthalten, so dass wir nicht wirklich von einem gesicherten Rechtszustand sprechen können. Dieser wäre durch eine **Gesetzesergänzung** (der Vorschlag liegt beim BMJ) zu erreichen, wobei die hervorgehobenen Tatbestandsmerkmale auf eine den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz beachtende restriktive Anwendung hinwirken sollen:

(§ 67c Abs. 2 Nr. 3)

<Unbefristete Führungsaufsicht kann auch angeordnet werden>, wenn

- aufgrund **bestimmter** Tatsachen
- **dringende** Gründe
- für die Annahme bestehen,
- ein nach § 67d Abs. 2 StGB aus dem Vollzug einer Maßregel nach § 63 StGB Entlassener
- werde nach Ablauf der Führungsaufsicht
- **alsbald**
- in einen Zustand geraten, der dem des § 67g Abs. 2 StGB entspricht

3. Führungsaufsicht nach Vollverbüßung

Viele der besprochenen Gesichtspunkte kommen nur dort zum Tragen, wo der Maßregelvollzug, seine Aussetzung und darauf gründend die folgende Nachsorge auf Behandlung beruht. Das ist im Bereich des § 63 StGB selbstverständlich, nicht aber im Regelvollzug des Strafvollzugs und im Vollzug der Sicherungsverwahrung.

Auf die Besonderheiten der nach Vollverbüßung der Strafe oder Beendigung der Maßregel unter Führungsaufsicht geratenen Probanden habe ich eingangs schon hingewiesen. Wie eine derzeit unter Federführung von Nordrhein-Westfalen laufende Umfrage unter den Ländern zeigt, besteht auch in den Justizministerien Einigkeit darüber, dass die Führungsaufsicht in ihrer derzeitigen Form nur derart begrenzte Wirkungen entfaltet, dass man sie so eigentlich nicht aufrechtzuerhalten braucht. Andererseits besteht aber offenbar ein ebenso ungeteiltes Bedürfnis, dieses einzige Instrument zur Einwirkung auf Entlassene nicht ersatzlos zu streichen. Ich möchte beides befürworten:

Die Führungsaufsicht für Vollverbüßer (§ 68f StGB) sollte wirksam ausgebaut werden. Dazu bedarf es neben einer Reihe von einzelnen Regelungen vor allem folgender Änderungen:

- **Jede** Weisung muss unter Strafandrohung stehen, auch die Behandlungsweisung des § 68b Abs. 2 StGB.
- Die Strafandrohung muss so nachdrücklich sein, dass sie in der Lage ist, einen dem Widerruf vergleichbaren Druck aufzubauen.

- Weisungsverstöße müssen als unbedingte Officialdelikte verfolgt werden; es dürfte keine Probleme bereiten, die Führungsaufsichtsstellen entsprechend anzuweisen, Fälle der Staatsanwaltschaft vorzulegen.

Im weiteren Umfeld dieser Forderung sehe ich nochmals eine Möglichkeit für die Strafvollstreckungsgerichte, aktiv in das Nachsorgegeschehen einzugreifen: Es ist eine alte Forderung der Vollzugspraxis und der Bewährungshilfe, dass der Übergang in die Freiheit im Vollzug vorbereitet werden muss. Dazu bedarf es in der Regel Lockerungen, um die notwendigen Behördengänge und sonstigen Erfordernisse für die Aufnahme eines selbstständigen Lebens zu erledigen. Andererseits sind manche Vollzugsanstalten, durchaus im Einklang mit ihren Aufsichtsbehörden, angesichts des öffentlichen Drucks immer weniger bereit, die erforderlichen Lockerungen zu gewähren, um der Gefahr vorzubeugen, dass die Gefangenen – die ja eine schlechte Prognose haben – sozusagen in den letzten Tagen des Strafvollzugs noch Straftaten begehen. Die Eingriffsmöglichkeit der Gerichte liegt hier im Verfahren nach § 109 StVollzG und dabei insbesondere in der nicht selten gebotenen einstweiligen Anordnung, die bekanntlich nicht anfechtbar ist.

Nachsorge und Bewährungshilfe / Führungsaufsicht

Martin Kurze

Einleitung

Während in den vorstehenden Beiträgen die ambulante Nachsorge im Anschluss an einen stationären Aufenthalt vorwiegend aus dem Blickwinkel psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch geprägter Modelle oder Projekte behandelt wurde, beschäftigt sich dieser Beitrag mit dem Stellenwert von Bewährungshilfe und Führungsaufsicht im Gefüge der Resozialisierungsbemühungen für besonders gefährdete Straftäter. Die bisher vorgestellten Praxisprojekte lassen dabei bereits durchaus eine beachtliche Vielfalt von Anstrengungen erkennen und zeigen Perspektiven auf, wie es vom Veranstalter dieser Tagung auch beabsichtigt war. Freilich ist gleich in mehrfacher Hinsicht darauf zu verweisen, dass eine Einbindung der ambulanten Sozialen Dienste der Justiz – also hier vornehmlich der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht – vonnöten erscheint, damit sich die in diesen Konzepten entwickelten Bemühungen auch entfalten können.

Wie vom Veranstalter bereits in das Tagungsthema einfürend erwähnt, sind die Ursachen der Straffälligkeit in aller Regel nicht eng umgrenzte Störungen, die nach einer stationären Behandlung beseitigt sind. Nach einer Entlassung aus Straf- oder Maßregelvollzug sind nicht nur ambulante Therapiekonzepte vonnöten, sondern auch Betreuungs- und Hilfsangebote zur Wiedereingliederung der Betroffenen, wie sie von den Sozialen Diensten der Justiz bereit gehalten werden. Zudem verweist der auch in diesem Band häufig gebrauchte Begriff des „Projektes“ nicht nur auf Innovation oder Aufbruch, sondern auch auf eine Schattenseite: Projekte haben leider vornehmlich einen vorläufigen, vielleicht auch vorbildlichen Charakter; es werden Neuerungen aber eben nur mit einem Teil der Klientel erprobt, bevor sie möglicherweise in der Fläche eingesetzt werden.

Eine weitere Zuspitzung – und damit ein weiteres Argument für die Einbindung der Sozialen Dienste der Justiz in Überlegungen zur ambulanten Nachsorge – erfährt dieses Thema, wenn auch der Begriff der Nachsorge selbst hinterfragt wird. *Nachsorge* impliziert, dass in irgendeiner Form vor der Entlassung aus einem stationären Aufenthalt Sorge für den Betroffenen getroffen wurde. Für die in diesem Tagungsband vorgestellten Praxisprojekte mag dies

uneingeschränkt gelten. Es wäre indessen naiv, angesichts der begrenzten Ressourcen von Straf- oder Maßregelvollzug bei jeder als notwendig erachteten Behandlung auch eine realisierte bzw. realisierbare Behandlung zu unterstellen. Doch auch in den Fällen, in denen stationäre Maßnahmen zwar für erforderlich gehalten, jedoch nicht realisiert werden konnten, stehen die Sozialen Dienste der Justiz dafür ein, dem Betroffenen zu einem zukünftigen Leben ohne Straftaten zu verhelfen.

Auch das im Rahmen der Tagung wiederholt erwähnte Sicherheitsgefühl der Bevölkerung kann an dieser Stelle aufgegriffen werden. Eine Verkürzung öffentlicher Bedenken auf Fragen des Übergangs von stationären Aufenthalten in die Freiheit erscheint mir nicht statthaft. Auch ein ausschließlich mit einer ambulanten Sanktion belegter Sexualstraftäter kann Anlass öffentlicher Sorge werden. Nicht der Aufenthaltsort eines Straftäters – also Psychiatrie, Strafvollzug oder Freiheit –, sondern die Betreuungsperspektiven entscheiden darüber, ob das Sicherheitsempfinden (erneut) beeinträchtigt wird.

Nachsorge als Aufgabe der Sozialen Dienste der Justiz

Mit diesen einführenden Bemerkungen ist allerdings nicht beabsichtigt, das Tagungsthema der Nachsorge nach Strafvollzug und Unterbringung auf die ambulante Betreuung von Straftätern allgemein auszuweiten. Ein Perspektivwechsel zu Bewährungshilfe und Führungsaufsicht setzt indessen eine solche Klarstellung voraus: Der Begriff der Nachsorge, so wie er im bisherigen Verlauf der Tagung verwandt wurde, erschließt nur einen Teil der Probanden im Zuständigkeitsbereich dieser Dienste. Einerseits ist hier ergänzend etwa an Unterstellungen gem. § 56 StGB, andererseits an Strafrestauszusetzungen gem. § 57 StGB zu denken, bei denen aus unterschiedlichen Gründen keine vorhergehende Behandlung erfolgte. Für eine an den Problemlagen der unterstellten Klientel ansetzende Arbeitsweise, wie sie in den Sozialen Diensten praktiziert wird, erweist sich der Begriff der Nachsorge also nur bedingt kompatibel.

Die Sorge um ihre Klientel ist natürlich eine Kernaufgabe der Sozialen Dienste der Justiz. Sie umfasst nach dem Gesetz die Beratung und Betreuung der ihnen unterstellten Personen, aber auch Aspekte der Kontrolle und Überwachung, einschließlich der Berichterstattung an das Gericht. Soweit eine Behandlung des Straftäters – etwa im Strafvollzug oder im psychiatrischen Maßregelvollzug, aber auch in einer ambulanten Therapie¹ – erfolgte, zählt auch

¹ Hier ist etwa an die Zurückstellung der Strafvollstreckung gem. § 35 BtMG zu denken, bei der die Bewährungshilfe im Fall einer regulären Therapiebeendigung tätig werden kann.

die Stabilisierung der durch diese Behandlung erreichten Effekte zu den Aufgaben justizieller Sozialdienste.

Der Schwerpunkt in der Arbeit mit den Probanden scheint nach Ansicht dazu befragter Strafrichter im Bereich der Hilfe und Betreuung zu liegen, wobei eine noch etwas stärkere Gewichtung des Hilfeaspektes sogar für wünschenswert gehalten wird.²

Empirische Daten zu den Sozialen Diensten der Justiz

In welchem Umfang die Sozialen Dienste den einzelnen Aufgaben nachkommen, wie sie im Detail ihre Aufgaben verrichten bzw. wie sich der Geschäftsanfall bezüglich der oben erwähnten unterschiedlichen Rechtsgrundlagen gestaltet, dazu fehlt es weitgehend an systematisch erhobenen Daten. Während etwa Belange des Strafvollzuges von den Kriminologischen Diensten einiger Bundesländer thematisiert werden³ und die Strafvollzugstatistik zumindest einige kriminalpolitisch relevante Informationen zu Gefangenen bzw. Verwahrten abbildet,⁴ stehen vergleichbare Daten für den ambulanten Bereich nicht oder nur unvollständig zur Verfügung⁵:

Für das Jahr 1997 verzeichnet etwa die Bewährungshilfestatistik 141.195 Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht. Dabei handelt es sich indessen nur um die Unterstellungen im früheren Bundesgebiet einschließlich Berlin-Ost (ohne Hamburg), davon rd. 78 % nach allgemeinen und 22 % nach Jugendstrafrecht. Nicht ausgewiesen sind dabei die sog. Mehrfachunterstellungen.⁶

Ebenso wenig lassen sich aus den amtlichen Statistiken vollständige Angaben zu den Unterstellungen unter Führungsaufsicht entnehmen, da die Führungsaufsichtstatistik schon vor einigen Jahren eingestellt wurde und die Bewährungshilfestatistik Anordnungen unter Führungsaufsicht nicht mehr ausweist. Allein über die in der Praxis kaum eine Rolle spielende richterlich angeordnete

2 Vgl. dazu ausführlich *Kurze, M.* (1999), S. 436 ff. Auch in einer neueren Richterbefragung zur Arbeit der Bewährungshilfe wird die Zufriedenheit mit dieser inhaltlichen Ausrichtung der Bewährungshelfer erkennbar. Vgl. dazu ADB (2003).

3 Vgl. dazu etwa den Beitrag von *Wirth* in diesem Tagungsband. Zu den Kriminologischen Diensten vgl. auch *Jehle, J.-M.* (1988).

4 Ein Überblick zur Strafvollzugsstatistik, insb. den aktuellen Veränderungen in den Zählweisen findet sich in *Brings, St.* (2004).

5 Zu den Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen von Kriminalstatistiken vgl. grundlegend *BMJ/KrimZ* (1992) oder *BMI/BMJ* (2001), S. 31 ff.

6 Aktuellere Daten zu den Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht sind derzeit noch nicht veröffentlicht.

te Führungsaufsicht existieren in der Strafverfolgungsstatistik Angaben. Aktuelle Schätzungen zufolge ist derzeit von rd. 20.000 Führungsaufsichtsfällen auszugehen, wobei insbesondere in den letzten fünf Jahren nach Angaben von Praktikern deutliche Steigerungen zu verzeichnen sind.⁷

Bezüglich der Anzahl der in diesen Arbeitsfeldern tätigen Fachkräfte sind die verfügbaren amtlichen Daten ebenfalls eher vorsichtig zu bewerten, da die organisatorischen Strukturen für Bewährungs-, Gerichtshilfe und Führungsaufsicht in den Bundesländern unterschiedlich geregelt sind. Diese Regelungen äußern sich in einem unterschiedlichen Zuschnitt der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten und somit sind exakte Angaben für Bewährungshilfe oder Führungsaufsicht nicht zu ermitteln.⁸ Einem 1995 erschienenen Verzeichnis hauptamtlicher Mitarbeiter der Sozialen Dienste der Justiz ist zu entnehmen, dass bundesweit rd. 2.700 Beschäftigte in den Tätigkeitsbereichen Gerichts-, Bewährungshilfe und Führungsaufsicht arbeiten.⁹ Internen Erhebungen der Landesjustizverwaltungen zufolge gab es in Deutschland Ende 1999 rund 2344 Stellen für hauptamtliche Bewährungshelfer; die tatsächliche Anzahl wird aufgrund von Teilzeitbeschäftigten höher eingeschätzt.¹⁰

Auch im Hinblick auf ergänzende Informationen aus empirischen Untersuchungen über die Arbeitsfelder Bewährungshilfe und Führungsaufsicht finden sich nur wenige Befunde aus aktueller Zeit; ein Umstand, der schon vor Jahren problematisiert wurde.¹¹ Insofern beruhen die folgenden Ausführungen vorwiegend auf der bisher einzig vorliegenden Bestandsaufnahme der Kriminologischen Zentralstelle zu den Sozialen Diensten der Justiz, wengleich die empirischen Daten aus den Jahren 1994 - 1996 stammen.¹² Sie werden ergänzt durch regionale Befunde, die im Rahmen einer Begleituntersuchung in den Jahren 1997 - 1998 in Schleswig-Holstein erhoben wurden.¹³

7 Vgl. Schöch, H. (2003), S. 223 f.; Neubacher, F. (2004) mit weiteren Verweisen.

8 Vgl. zu den rechtlichen Strukturen auch Block, P. (1997); detailliert am Beispiel Sachsen-Anhalt vgl. Wegener, H. (1994) oder für Brandenburg Bernstorff, C. (1994).

9 Darunter 2050 im Arbeitsbereich Bewährungshilfe; 214 im Arbeitsbereich Gerichtshilfe; 395 Mitarbeiter in einheitlichen Sozialen Diensten der Justiz sowie 40 Sozialarbeiter in Führungsaufsichtstellen. Vgl. auch Deutsche Bewährungs-, Gerichts- und Straffälligenhilfe (1995); zusammenfassend in Kurze, M. (1996), S. 146 ff.

10 Vgl. BMI/BMJ (2001), S. 399.

11 Vgl. etwa Kury, H. (1980) oder Hermann, D. (1986).

12 Zur Anlage dieser Untersuchung vgl. Kurze, M. (1999), S. 50-57.

13 Zur Zielsetzung und Anlage dieser Begleitforschung vgl. Kurze, M. & Feuerhelm, W. (1999), S. 25-27.

Berufliche Profile in Bewährungshilfe und Führungsaufsicht

Im Rahmen der KrimZ-Untersuchung wurden die Fachkräfte in Bewährungshilfe und Führungsaufsicht auch nach ihrem Alter und Geschlecht, dem beruflichen Werdegang, ihrer Berufserfahrung und den absolvierten Fort- und Weiterbildungen befragt. Diese ausgewählten Merkmale erlauben einen ersten Einblick in diese Arbeitsfelder und sind sicherlich von Belang, wenn Perspektiven für Resozialisierungsbemühungen im Rahmen der ambulanten Nachsorge entwickelt werden sollen. Die nachfolgende Tabelle nimmt dabei Bezug auf die insgesamt 1039 Befragungsteilnehmer, die ausschließlich dem Arbeitsfeld der Bewährungshilfe zuzuordnen sind. Sie stammen überwiegend aus den alten Bundesländern, etwa 92 % sind Vollzeitkräfte. Die weitaus meisten dieser Befragten sind auch für die Betreuung in Fällen mit Anordnung von Führungsaufsicht zuständig.

Tab. 1: Ausgewählte biographische Merkmale der Bewährungshelfer (n=1039)

Daten zur Person/berufl. Werdegang	Anteil	Mittelwert
Alter bis 40 Jahre	40,2 %	43,6 Jahre
51 Jahre und älter	23,9 %	
Anteil Frauen	30,9 %	39,5 Jahre
zuvor einen weiteren Beruf ausgeübt	38,8 %	2,6 Jahre
zuvor in anderem Feld der Sozialarbeit tätig gewesen	53,8 %	2,7 Jahre
zuvor in anderem Feld der Justiz tätig gewesen	11,1 %	0,4 Jahre
Im Arbeitsfeld Bewährungshilfe seit 5 Jahren	23,1 %	13,1 Jahre
6 - 10 Jahren	16,0 %	
11 - 15 Jahren	21,3 %	
16 oder mehr Jahren	34,8 %	

Diesen ausgewählten Merkmalen ist schwer zu entnehmen, dass die Fachkräfte im Arbeitsfeld der Bewährungshilfe eine zumeist langjährige und vielfältige Berufserfahrung besitzen. Etwa jede vierte Person ist älter als 50 Jahre; die meisten Bewährungshelfer arbeiten seit mehr als 10 Jahren in der Bewährungs-

hilfe. Viele von ihnen haben zuvor einen anderen Beruf ausgeübt oder waren zumindest in einem anderen Feld der Sozialarbeit tätig. Etwa jeder zehnte Befragte kann zudem auf Erfahrungen aus den Bereichen der Gerichtshilfe oder der Sozialarbeit im Strafvollzug verweisen. Ähnlich verhält es sich im Hinblick auf die Berufserfahrung für die in dieser Tabelle nicht ausgewiesenen Sozialarbeiter, die in eigenen Führungsaufsichtstellen arbeiten. Das Durchschnittsalter dieser – allerdings nur – 16 Personen liegt bei knapp 54 Jahren, ihr beruflicher Werdegang lässt längere Stationen in anderen Berufen, anderen Feldern der Sozialarbeit und vor allem in der Bewährungshilfe erkennen.

Einige Abstriche sind hier lediglich für die Fachkräfte in den neuen Bundesländern erforderlich. Da diese Dienste erst seit 1990/91 bestehen, ist dieser Umstand indessen nicht weiter verwunderlich.

Zu dieser dokumentierten Berufserfahrung gesellt sich ein ausgeprägtes Fortbildungsprofil, wie sich Tab. 2 entnehmen lässt. Zahlreiche Bewährungshelfer haben sich zusätzliche Kenntnisse über Fort- und Weiterbildungen angeeignet. Die Fragestellung beschränkte die Angaben indessen auf mehrtägige Fort- bzw. Weiterbildungen mit Zertifikat, um angesichts der Vielfalt möglicher Maßnahmen eine Begrenzung der Antworten vornehmen zu können. Hierzu antworteten insgesamt 1001 Bewährungshelfer, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Tab. 2: Berufliche Fort- und Weiterbildungen im Arbeitsfeld Bewährungshilfe

Art der Fortbildung	Anteil
keine Fortbildung	33,1 %
sozialpädagogische Methoden	20,6 %
Gesprächsführung	30,7 %
psychosoziale Diagnostik	5,9 %
Verhaltenstherapie	7,0 %
Gesprächspsychotherapie	8,3 %
psychoanalytische Methoden	6,2 %
sonstige Psychotherapie	11,3 %
Suchtberatung	14,0 %
Schuldnerberatung	22,1 %
sonstige Beratungsbereiche	10,2 %
sonstige Fortbildungen	15,6 %

Demnach scheint etwa jeder dritte Beschäftigte im Arbeitsfeld Bewährungshilfe – zumindest unter der Einschränkung eines Zertifikats – keine Fortbildung absolviert zu haben. Die Mehrzahl der Beschäftigten hält es indessen für erforderlich, sich mit Spezialkenntnissen auszustatten, um die Klientel angemessen betreuen zu können. Die Addition der Prozentwerte lässt erkennen, dass im Einzelfall oftmals auch mehrere Fortbildungen absolviert wurden. Insbesondere Bewährungshelfer in Großstädten weisen in größerem Umfang mehrere Fortbildungen auf. Ob dieser Umstand auf das umfangreichere Angebot oder die zu betreuende Klientel zurückzuführen ist, wurde nicht erhoben.

Freilich zeigte die Antwortverteilung auch, dass von einer Bevorzugung oder gar Dominanz bestimmter Fortbildungen nicht die Rede sein kann. Nur bei einer Zusammenfassung der vergleichsweise detailliert erhobenen psychotherapeutische Zusatzausbildungen lässt sich eine ungefähre Drittelung der Präferenzen in Methoden der Gesprächsführung, psychotherapeutische Verfahren und Beratungsangebote erkennen. Nach welchen Kriterien diese Fortbildungen ausgewählt wurden, inwieweit Bedürfnisse des Arbeitsfeldes eine größere

Rolle als eigene Vorlieben spielten, in welchem Umfang sie in der Praxis eingesetzt werden oder wie aktuell diese Qualifikationen sind, musste allerdings notgedrungen im Rahmen der Befragung offen bleiben.

Ob indessen der programmatische Anspruch von Hilfe und Betreuung über therapeutische Interventionen umgesetzt werden sollte, ist sicherlich eine alte und innerhalb der Berufsgruppe auch höchst kontrovers geführte Diskussion.¹⁴ Der Befund, wonach etwa jeder dritte Bewährungshelfer über entsprechende Qualifikationen verfügt, bekommt im Hinblick auf Nachsorgekonzepte für besonders gefährdete Straftäter gleichwohl ein neues Gewicht. Angesichts fehlender Kapazitäten gerade im Bereich der ambulanten Behandlung von Straftätern scheint hier auf den ersten Blick eine Reserve zu schlummern.

Freilich ist daran zu erinnern, dass Bewährungshilfe auch überwachende bzw. kontrollierende Aufgaben wahrzunehmen hat und selbst unter günstigen Umständen nicht den Idealzustand eines therapeutischen Settings gewährleisten kann. Es ist an dieser Stelle eindringlich davor zu warnen, Bewährungshilfe als Ersatz für fehlende psychotherapeutische Behandlungsplätze zu begreifen, über dieses Arbeitsfeld eine Billiglösung für fehlende Therapieplätze anzustreben, Sozialarbeiter zu Therapeuten umzuschulen und sie im Rahmen einer Bewährungsunterstellung ihre Probanden quasi „antherapieren“ zu lassen.

Nachsorgekonzepte, soweit sie diese Sozialen Dienste der Justiz in ihre Überlegungen einbeziehen, sollten statt dessen die sozialarbeiterischen bzw. sozialpädagogischen Stärken dieser Dienste einfordern.

Die Aufgabenerfüllung

Die gegenwärtige Situation in Bewährungshilfe und Führungsaufsicht scheint von einer starken Auslastung dieser Dienste gekennzeichnet zu sein, die eine intensive Auseinandersetzung mit einer spezifischen Klientel kaum zulässt. Zahlreiche Faktoren, wie etwa die Erweiterung der rechtlichen Möglichkeiten zur Straf(rest)aussetzung zur Bewährung oder der Trend in der Rechtsprechung, in steigendem Maße von der Aussetzung Gebrauch zu machen, haben die Bewährungshilfe zum mit Abstand stärksten Zweig der Sozialen Dienste werden lassen. So dürften heute auf jeden Haftinsassen etwa drei Probanden kommen, die einem Bewährungshelfer unterstellt sind.¹⁵ Freilich hat sich nicht

14 Eine Zusammenfassung dieser Kontroverse findet sich in *Best, P.* (1984), S. 19 ff. oder *Kury, H.* (1988), S. 154 ff.

15 Vgl. dazu die Zahlen in *Neubacher, F.* (2004) oder auch *Jehle, J.-M.* (1994), S. 16 f.

allein die Zahl der Unterstellungen erhöht. Es gibt genügend Hinweise aus der Praxis sowie Anzeichen aus Längsschnitterhebungen,¹⁶ dass sich die Sozialisationsdefizite und die sozialen Probleme der unterstellten Probanden fortlaufend verschärft haben, während sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Resozialisierung in der gleichen Zeit durch Wohnungsnot, Langzeitarbeitslosigkeit, Verschuldung oder erhöhte Gewaltbereitschaft eher verschlechtert haben.

Während in der fachlichen Diskussion eine Betreuungsrelation von 1:30 für sinnvoll angestrebt wird,¹⁷ hat sich die Praxis von diesen Werten weit entfernt. Zur Zeit der KrimZ-Befragung ergab sich ein Mittelwert von 61 Fällen je Bewährungshelfer, einzelne Fachkräfte berichteten von mehr als 90 Probanden (3,4 %).¹⁸ Zum Jahresende 2002 scheinen sich die Fallzahlen in einigen Bundesländern auf 80 - 90 Probanden zuzubewegen.¹⁹ Aktuell ist wohl davon auszugehen, dass sich diese Relation aufgrund einer seit Jahren eher zurückhaltenden Personalpolitik der Landesjustizverwaltungen zuungunsten der Fachkräfte verändert hat. Nach einhelligem Urteil von Bewährungshelfern, aber auch Wissenschaftlern ist gegenwärtig von einer völligen Auslastung, wenn nicht gar Überlastung dieses Berufsfeldes auszugehen.²⁰

Demnach bleibt im Hinblick auf die Bewältigung der gegenwärtigen Aufgaben für Bewährungshilfe und Führungsaufsicht festzuhalten, dass sie ihre Kapazitäten ausgeschöpft hat. Neue Aufgaben, wie etwa die Einbindung dieser Dienste in moderne Nachsorgekonzepte hätten damit zwangsläufig zur Folge, entweder den Personalbestand in diesem Arbeitsbereich entsprechend zu erhöhen oder aber Abstriche in der Betreuungsintensität bei anderen Probanden in Kauf zu nehmen. Angesichts der knappen finanziellen Ressourcen einerseits und den kriminalpolitisch wohl kaum wünschenswerten Konsequenzen einer reduzierten Betreuung andererseits, ist zu überlegen, wie eine zwingend erforderliche Entlastung in diesem Arbeitsbereich bewerkstelligt werden könnte.

16 Vgl. dazu etwa *Best, P.* (1984), S. 26 ff.; *Heinz, W. & Spieß, G.* (1994); aus neuerer Zeit etwa *Schöch, H.* (2003), S. 215 f.

17 Zuweilen werden auch anzustrebende Fallzahlen zwischen 35 und 40 Probanden genannt; vgl. dazu mit weiteren Verweisen auch *Schöch, H.* (2003), S. 215.

18 Vgl. *Kurze, M.* (1999), S. 338.

19 *Schöch, H.* (2003, S. 214 f.) verweist in diesem Zusammenhang auf unveröffentlichte Zahlen, die ihm vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz mitgeteilt wurden.

20 So in neuerer Zeit etwa *Schöch, H.* (2003), S. 215.

Entlastung der Sozialen Dienste durch eine veränderte Zuweisungspraxis?

Seit 1963 hat sich die Zahl der Unterstellungen nach allgemeinem Strafrecht (bis 1997) um das Zwölfwache erhöht, während Unterstellungen nach dem Jugendstrafrecht eher mäßig anstiegen. Sowohl im allgemeinen Strafrecht als auch im Jugendstrafrecht sind es vorwiegend die primären Strafaussetzungen zur Bewährung, bei denen merkliche Steigerungen der Unterstellungen unter einen Bewährungshelfer erfolgten.²¹ Während indessen im Jugendstrafrecht eine Unterstellung obligatorisch ist, kann das Gericht im allgemeinen Strafrecht entscheiden, ob neben der Strafaussetzung zur Bewährung auch eine Unterstellung vonnöten erscheint. Allerdings ist den amtlichen Statistiken nicht zu entnehmen, in welchen Fällen eine solche Unterstellung angeordnet wird und wie der Bewährungsbeschluss detailliert ausgestaltet ist. Schließlich besteht die Möglichkeit, Aussetzungs- und Unterstellungszeiten zu variieren, also nicht für die gesamte Bewährungszeit auch einen Bewährungshelfer zu bestellen.

Einblicke in diese Zuweisungspraxis lieferten die eingangs erwähnten Erhebungen der KrimZ, bei denen sowohl in der bundesweiten Studie als auch in der Begleitforschung für das Justizministerium Schleswig-Holstein Falldokumentationen angelegt wurden, denen nähere Informationen zur Ausgestaltung der Bewährungsbeschlüsse zu entnehmen sind.

Etwa 40 % der 318 bundesweit erhobenen Falldokumentationen betrafen Entscheidungen gem. § 56 StGB. In Schleswig-Holstein wurden insgesamt 1465 Fälle dokumentiert. Der Anteil der primären Aussetzungen nach § 56 StGB bewegte sich je nach Jahr und LG-Bezirk zwischen 45 und 47 %. In beiden Studien stellte diese Rechtsgrundlage demnach den stärksten Anteil an den Unterstellungen. Im Hinblick auf das Strafmaß ist hier ein weiterer Befund von Bedeutung: Jeder dritten dieser einschlägigen primären Aussetzungen lag ein Strafmaß von weniger als sechs Monaten zugrunde; ein weiteres Drittel der Strafmaße lag zwischen sechs und neun Monaten.²²

Im Bereich der primären Aussetzungen finden sich also häufig kurze Freiheitsstrafen, bei denen das Gericht eine Unterstellung für erforderlich hielt.

Darüber hinaus ließ sich im Rahmen dieser Erhebungen das Strafmaß mit dem Alter der Probanden in Beziehung setzen. Hintergrund dieser Überlegung war,

21 Vgl. BMI/BMJ (2001), S. 400 f.

22 Die durchschnittliche Höhe des Strafmaßes der Ausgangsentscheidung betrug bundesweit 8,5 Monate; im LG-Bezirk Flensburg 10,6 Monate; im LG-Bezirk Itzehoe 8,6 Monate. Vgl. ausführlich Kurze, M. (1999), S. 362 ff.; Kurze, M. & Feuerhelm, W. (1999), S. 74 ff.

dass gem. § 56d Abs. 2 StGB das Gericht eine solche Unterstellung in der Regel dann erteilt, wenn es eine Freiheitsstrafe von mehr als neun Monaten aussetzt und der Verurteilte noch nicht 27 Jahre alt ist. Die entsprechenden Berechnungen ergaben jedoch, dass nur in 13,6 % der einschlägigen Entscheidungen die betreffenden Personen beide Merkmale (26 Jahre oder jünger/mehr als neun Monate Strafe) erfüllten.²³ Hingegen waren rd. 46 % der Verurteilten 27 Jahre oder älter und wiesen eine Strafe von neun Monaten oder weniger auf.²⁴

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Bewährungshilfe es demnach nicht nur zunehmend mit primären Aussetzungen nach allgemeinem Strafrecht zu tun hat, sondern dass unter diesen Aussetzungen die älteren Verurteilten mit kurzen Freiheitsstrafen dominieren. Der „idealtypische“ Proband der Bewährungshilfe erweist sich als ein etwa 31-jähriger männlicher Deutscher mit einer Freiheitsstrafe von neun Monaten. Weder im Hinblick auf seine strafrechtliche Vorgeschichte noch bei der weiteren Ausgestaltung des Beschlusses sind Besonderheiten zu erkennen, mit einer Ausnahme: der Gruppe der älteren Verurteilten mit kurzen Freiheitsstrafen sind vom unterstellenden Gericht eher selten weitere Weisungen oder Auflagen erteilt worden.

Im Hinblick auf die Dauer der Bewährungszeit präferieren die Gerichte offensichtlich einen dreijährigen Aussetzungszeitraum. Bei der bundesweiten Erhebung wurde bei den primären Aussetzungen in 51 % der Fälle, bei Strafrestausssetzungen in rd. 65 % der Fälle auf eine dreijährige Aussetzung erkannt. In den später untersuchten LG-Bezirken Schleswig-Holsteins lagen die entsprechenden Werte etwas höher: Bei den primären Aussetzungen bei etwa 65 %, den Strafrestausssetzungen gem. § 57 StGB sogar bei rd. 78 % (Flensburg) bzw. rd. 84 % (Itzehoe).

Im Hinblick auf die angeordneten Unterstellungszeiten scheinen sich die Gerichte weitgehend an den Bewährungsfristen zu orientieren. Die entsprechenden Berechnungen erbringen eindeutige Ergebnisse: Bundesweit entsprachen in 88 % aller Fälle die Unterstellungs- den Bewährungszeiten; in der Begleituntersuchung für Schleswig-Holstein waren von 1349 Fällen 1274 Fälle (= 94,5 %) identisch im Hinblick auf Bewährungs- und Unterstellungszeit.

23 Vgl. Kurze, M. (1999), S. 364. Entsprechende Berechnungen für die schleswig-holsteinischen Daten ergaben fast analoge Werte: 12,2 % der Verurteilten mit Entscheidungen gem. § 56 StGB waren noch keine 27 Jahre alt und hatten ein Strafmaß von mehr als neun Monaten.

24 Bei jeder zweiten Entscheidung (49,4 %) gem. § 56 StGB in Schleswig-Holstein war der Verurteilte 27 Jahre oder älter und das Strafmaß lag unter 10 Monaten. Dabei handelt es sich, wie Kontrollberechnungen ergaben, keineswegs um Fälle, in denen in anderer Sache bereits eine Unterstellung erfolgte. Auch wenn diese Fälle von Mehrfachunterstellung ausgesondert werden, ergeben sich ähnliche Werte.

Werden nun die hier erörterten Ergebnisse zur Zuweisungspraxis – also Strafmaß, Alter, Bewährungs- und Unterstellungszeit miteinander in einer Frage verknüpft, so wäre etwa zugespitzt zu formulieren: Ist es unbedingt erforderlich, bei einem älteren Verurteilten mit einer dreimonatigen Freiheitsstrafe die Vollstreckung für drei Jahre zur Bewährung auszusetzen und ihn zugleich für drei Jahre einem Bewährungshelfer zu unterstellen? Angesichts der doch beachtlichen Zahl dieser Fälle geht es bei der Frage nach einer Beschränkung der Unterstellungszeit nicht nur um eine optische Verringerung oder rein statistische Korrektur der Belastungszahlen; schließlich sind auch in diesen Fällen Verwaltungsarbeiten und Berichte zu erledigen, die sich leicht aufsummieren können. Eine nachhaltige Forderung einer grundsätzlichen Verkürzung von Unterstellungszeiten setzt allerdings genauere Kenntnisse zur Zuweisungspraxis der Gerichte voraus, als sie derzeit vorliegen.

Synergieeffekte durch Kooperation der ambulanten und stationären Dienste

Soweit eine verstärkte Hinwendung der Bewährungshilfe zu besonders gefährdeten Straftätern trotz der akuten Auslastung denkbar erscheint, hätte diese – zumindest in Fällen der Strafrestaussetzungen – an den Ergebnissen des stationären Aufenthalts anzuknüpfen, Behandlungserfolge in Freiheit zu stabilisieren und nach Möglichkeit fortzuschreiben. Dies setzt natürlich genaue Kenntnisse über die im Straf- oder Maßregelvollzug absolvierten Maßnahmen voraus und beinhaltet auch eine frühzeitige und umfassende Information der ambulanten Sozialdienste in Fällen, in denen eine Entlassung bevorsteht. Im optimalen Fall wäre die Bewährungshilfe bereits bei der Planung und Steuerung von Maßnahmen während der Freiheitsentziehung systematisch mit einzubeziehen.

Allem Anschein nach ist diese Zusammenarbeit zwischen den sozialen Hilfen des Strafvollzugs und der Bewährungshilfe verbesserungsbedürftig. Defizite – etwa im Hinblick auf den Informationsfluss – werden von Praktikern offen eingeräumt.²⁵ Auch Befragungen lassen erkennen, dass es um die Zusammenarbeit dieser Dienste nicht gerade bestens bestellt ist, oder – wie im Bericht einer solchen Studie formuliert – „individuelle Arbeitsweisen und professionelle Handlungsorientierungen der Bewährungshelfer einen nicht unerheblichen

²⁵ Vgl. etwa Beckmann, P. (1994), S. 266 f.

chen Einfluss auf die Bereitschaft zur Kooperation mit den Anstalten ausüben“.²⁶

Im Rahmen der bundesweiten KrimZ-Untersuchung konnte in etwa 12 % aller dokumentierten Fälle ein Kontakt zwischen Bewährungshelfer und Justizvollzugsanstalt festgestellt werden.²⁷ Im Rahmen der Begleitforschung für Schleswig-Holstein war die Mitwirkungen der ambulanten Dienste bei der Hilfe zur Entlassung dezidiertes Ziel des Modellprojekts. Bei insgesamt 395 dokumentierten Fällen mit Strafrestaussatz (§ 88 JGG bzw. § 57 StGB) in den zwei Jahren wurde dabei in 88 Fällen (= 22 %) ein Erstkontakt zwischen Bewährungshelfer und seinem (zukünftigen) Probanden in der Vollzugsanstalt festgestellt; in insgesamt 63 Fällen (= 16 %) war eine aktive Mitwirkung des Bewährungshelfers bei der Hilfe zur Entlassung zu verzeichnen. Dabei handelte es sich vorwiegend um Abstimmungen zur Durchführung von Entlassungsmaßnahmen sowie eine Abklärung, welche Maßnahmen zu ergreifen seien. In deutlich weniger Fällen war eine Beteiligung des Bewährungshelfers an Vollzugsplanungen, unterstützende Maßnahmen bei der Durchführung von Vollzugslockerungen oder eigene Stellungnahmen in Fällen vorzeitiger Entlassung dokumentiert.

Eine existierende systematische Zusammenarbeit zwischen Bewährungshilfe und den sozialen Hilfen des Vollzuges, wie sie gerade in Fällen besonders gefährdeter Straftäter im Rahmen einschlägiger Nachsorgeprojekte erforderlich wäre, sollte angesichts dieser Befunde nicht überall vorausgesetzt werden. Eine Intensivierung der Kooperation – zumindest der justizeigenen Sozialdienste – erscheint geboten.

Modifizierung der dienststelleninternen Arbeitsabläufe durch Modularisierung

Den doch erheblichen quantitativen Belastungen der Bewährungshilfe wäre indessen auch in qualitativer Hinsicht zu begegnen. Die von der Bewährungshilfe zu betreuende Klientel setzt heute mehr denn je Spezialkenntnisse für Vertiefungsgebiete voraus, die systematisch gepflegt und weiterentwickelt werden sollten. Derzeit scheint die Bewährungshilfe ihre Erfolge über ihr hohes Erfahrungspotential und das Engagement ihrer Mitarbeiter gewährleisten zu können. Ob dies in der Zukunft auch gelingen kann, ist zumindest fraglich. Systematische Ansätze, ein bestimmtes Wissenspotential auf Dienststellenebene vorrätig zu halten und sie nicht nur den eigenen Probanden, sondern allen betroffenen

²⁶ Vgl. *Wirth, W.* (1994), S. 273.

²⁷ Vgl. *Kurze, M.* (1999), S. 406.

Straffälligen einer Dienststelle zugänglich zu machen, sind jedoch nur in Einzelfällen entwickelt. Die Dominanz des Case-Managements erschwert derzeit die Einführung effektiver oder effizienter Arbeitsformen.

Eine Modularisierung einzelner Arbeitsabläufe könnte eventuell Abhilfe schaffen.²⁸ Speziell entwickelte Betreuungsangebote, die sich beispielsweise entweder deliktspezifisch strukturieren lassen oder auch auf bestimmte Problemlagen der Probanden beziehen, könnten das einzelfallorientierte Beratungsangebot ergänzen, da sie sämtlichen dafür geeigneten Probanden einer Dienststelle offeriert werden. Derartige spezifische Trainings wurden in der Vergangenheit bereits entwickelt und befinden sich in einzelnen Dienststellen bereits in der Erprobung.²⁹ Es ist zu hoffen, dass derartige Innovationen ihren Projektcharakter möglichst bald verlieren, indem sie als feststehendes Angebot in die Arbeitsabläufe der Dienststellen eingegliedert werden und der Bewährungshilfe die Bewältigung der zukünftig auf sie zukommenden Aufgaben erleichtern.

Zusammenfassung

Nachsorge zählt zu den Kernaufgaben der Sozialen Dienste der Justiz. In einer weiteren als auf dieser Tagung üblichen Auslegung umfasst sie die Beratung, Betreuung und Stabilisierung der Lebensverhältnisse von Straffälligen, die aufgrund unterschiedlicher Rechtsgrundlagen den Sozialen Diensten der Justiz zugeleitet werden. Nachsorge, soweit sie von diesen Diensten offeriert wird, sollte sich vorrangig auf sozialarbeiterische bzw. sozialpädagogische Inhalte berufen. Sie ersetzt keine psychotherapeutische Behandlung und kann das Problem der fehlenden Therapieplätze für dringend behandlungsbedürftige Straftäter nicht lösen. Die gegenwärtige Situation in den ambulanten Diensten der Justiz ist durch eine weitgehende Auslastung, wenn nicht in Einzelfällen sogar Überlastung der Fachkräfte gekennzeichnet, die eine intensivere Auseinandersetzung mit einer spezifischen Klientel nicht zulässt oder aber eine Vernachlässigung anderer Straffälliger nach sich ziehen dürfte.

Wenn es also erklärter kriminalpolitischer Wille ist, die Sozialen Dienste der Justiz stärker als bisher in Konzepte für besonders gefährdete Straftäter mit einzubeziehen, ist eine Entlastung dieser Dienste unumgänglich. Eine solche Ent-

28 Eine ausführliche Darstellung findet sich in Kurze, M. (2000).

29 Eine systematische Dokumentation dieser Projekte existiert allerdings nicht. Zu denken ist hier etwa an das Projekt „Kreidezeit“, das sich dem Thema Schulden zugewandt hat und von der Bewährungshilfe Böblingen in Baden-Württemberg eingesetzt wird. Darüber hinaus finden sich Anti-Aggressivität/Gewalt-Trainings oder Projekte im Einsatz, die sich mit Sexualstraftätern beschäftigen. In Hessen wird derzeit ein Training „Soziale Kompetenz“ erprobt. Hinweise auf diese und andere Trainings finden sich im Internet unter „www.neuewege-bewaehrungshilfe.de“.

lastung könnte natürlich durch die Zuweisung neuen Personals geschehen. Einige, wenn auch vermutlich geringe Effekte wären auch bei einer Veränderung der Zuweisungspraxis zu erwarten. Unterstellungszeiten sind derzeit in der Regel sehr lang gehalten.

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Bewährungshilfe und Führungsaufsicht einerseits und den Sozialen Diensten des Strafvollzuges andererseits ist nicht nur aufgrund öffentlicher Sicherheitsbedenken wünschenswert. Auch hier könnten Resozialisierungseffekte erzielt werden.

In den Dienststellen der ambulanten Dienste wäre möglicherweise über eine Modularisierung einzelner Hilfsangebote eine qualitative Verbesserung erreichbar. Derartige Projekte befinden sich derzeit noch im Versuchsstadium. Es bleibt also abzuwarten, ob sie ressourcenschonend die Resozialisierungschancen der Betroffenen erhöhen. Die gedankliche Klammer dieser Überlegungen ist die Einschätzung, dass die Ursachen von Straffälligkeit in der Regel eben nicht eng umgrenzte Störungen sind, die sich schnell beseitigen lassen. Stationäre und ambulante Maßnahmen aufeinander abzustimmen, scheint gerade unter den derzeitigen gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen das Gebot der Stunde.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Bewährungshelferinnen und Bewährungshelfer e. V.* (2003). *Bewährungshilfe im Meinungsbild. Ergebnisse einer Befragung von Straf- und Jugendrichter/-innen in der Bundesrepublik Deutschland.* Eigenverlag ADB e.V. Halle/Saale.
- Beckmann, P.* (1994). Sozialarbeit im Vollzug unter kooperativen Aspekten. In: Jehle, J.-M. & Sohn, W. (Hrsg.) *Organisation und Kooperation der Sozialen Dienste der Justiz. Kriminologie und Praxis (KUP).* Band 14. KrimZ. Wiesbaden. S. 261-268.
- Bernstorff, C. v.* (1994). Der Soziale Dienst der Justiz in Brandenburg. In: *Bewährungshilfe* 41. S. 234-243.
- Best, P.* (1984). *Ambulante Soziale Dienste der Justiz.* In: Steinhilper, G. (Hrsg.), *Soziale Dienste in der Strafrechtspflege.* Kriminalistik Verlag, Heidelberg.
- Block, P.* (1997). *Rechtliche Strukturen der Sozialen Dienste in der Justiz. Kriminologie und Praxis (KUP).* Band 11. 2., vollständig überarb. und aktualisierte Auflage. KrimZ. Wiesbaden.

- Brings, St.* (2004). Die amtlichen Rechtspflegestatistiken – Teil 1. Die Strafvollzugsstatistik: Kapazität und Belegungsentwicklung. In: *Bewährungshilfe* 51. S. 85-99.
- Bundesministerium der Justiz & Kriminologische Zentralstelle* (1992). Die Zukunft der Personenstatistiken im Bereich der Strafrechtspflege. *Kriminologie und Praxis (KUP)*. Band 8. *KrimZ*. Wiesbaden.
- Bundesministerium des Innern & Bundesministerium der Justiz* (2001). Erster Periodischer Sicherheitsbericht. Berlin.
- Deutsche Bewährungs-, Gerichts- und Straffälligenhilfe* (Hrsg.). (1995). Die Sozialen Dienste der Justiz. Verzeichnis der hauptamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Ausgabe 1995. Forum Verlag. Bonn.
- Egg, R., Jehle, J.-M. & Marks, E.* (1996). Aktuelle Entwicklungen in den Sozialen Diensten der Justiz. *Kriminologie und Praxis (KUP)*. Band 20. *KrimZ*. Wiesbaden.
- Heinz, W. & Spieß, G.* (1994). Forschungsvorhaben: „Bewährungshilfe im Länder- und im Zeitreihenvergleich“. Abschlußbericht. Vervielfältigtes Manuskript. Konstanz.
- Hermann, D.* (1986). Bilanz der Bewährungshilfeforschung. In: *Bewährungshilfe* 33. S. 367-382.
- Jehle, J.-M.* (1988). (Hrsg.). Der Kriminologische Dienst in der Bundesrepublik Deutschland. Berichte. Materialien. Arbeitspapiere (BMA). Heft 1. *KrimZ*. Wiesbaden.
- Jehle, J.-M. & Sohn, W.* (Hrsg.) (1994). Organisation und Kooperation der Sozialen Dienste der Justiz. *Kriminologie und Praxis (KUP)*. Band 14. *KrimZ*. Wiesbaden.
- Kury, H.* (1980). Zur Notwendigkeit und Problematik empirischer Forschung in der Bewährungshilfe. In: *Bewährungshilfe* 27. S. 278-289.
- Kury, H.* (1988). Resozialisation. In: Hörmann, G. & Nestmann, F. (Hrsg.). *Handbuch der psychosozialen Intervention*. Opladen. Westdeutscher Verlag, S. 147-159.
- Kurze, M.* (1996), Personen und Strukturen der Sozialen Dienste der Justiz. In: *Bewährungshilfe* 43. S. 145-157.
- Kurze, M.* (1999). Soziale Arbeit und Strafjustiz. *Kriminologie und Praxis (KUP)*. Band 26. *KrimZ*. Wiesbaden.
- Kurze, M.* (2000). Personal- und Organisationsentwicklung in den Sozialen Diensten der Justiz. In: *Bewährungshilfe* 47. S. 243-262.

- Kurze, M.* (2001). Die Schattenseite des Erfolgs. Aktuelle Situation und Handlungsbedarf in der Bewährungshilfe. In: *Sozialextra* 25. S. 32-36.
- Kurze, M. & Feuerhelm, W.* (1999). Soziale Dienste zwischen Bewahrung und Innovation. Berichte. Materialien. Arbeitspapiere (BMA). Heft 16. KrimZ. Wiesbaden.
- Neubacher, F.* (2004). Führungsaufsicht, quo vadis? Eine Maßregel zwischen Sozialkontrolle und Hilfsangebot. In: *Bewährungshilfe* 51. S. 73-84.
- Schöch, H.* (2003). Bewährungshilfe und humane Strafrechtspflege. In: *Bewährungshilfe* 50. S. 211-225.
- Wegener, H.* (1994). Der Soziale Dienst des Landes Sachsen-Anhalt. In: *Bewährungshilfe* 41. S. 247-253.
- Wirth, W.* (1994). Kooperation zwischen Strafvollzug und Bewährungshilfe im Rahmen der Entlassungsvorbereitung. In: Jehle, J.-M. & Sohn, W. (Hrsg.) *Organisation und Kooperation der Sozialen Dienste der Justiz. Kriminologie und Praxis (KUP)*. Band 14. KrimZ. Wiesbaden. S. 269-275.

ANHANG

Auswahlbibliografie zum Tagungsthema

Peter Baumeister

Eine der zentralen Aufgaben der Kriminologischen Zentralstelle besteht in der Dokumentation kriminologischer Literatur und Forschung. Hierzu entwickelt und pflegt die KrimZ seit Beginn ihrer Tätigkeit im Jahre 1986 u. a. eine computergestützte Literaturdokumentation auf dem Gebiet der deutschsprachigen Kriminologie.

Das Fundament dieser Dokumentation bildet eine Präsenzbibliothek mit einem Bestand von zur Zeit etwa 21.000 Monographien und ca. 80 laufend gehaltenen Zeitschriften. Aus dem Fundus dieser Zeitschriften werden jährlich ca. 400 ausgewählte Nachweise aus ca. 30 kriminologisch besonders relevanten Fachzeitschriften dokumentarisch ausgewertet und in eine Datenbank eingearbeitet, die auch den Bestand der Bibliothek beinhaltet. Ergänzt durch zahlreiche Literatur-Datensätze der *juris* GmbH, mit der die KrimZ schon seit vielen Jahren kooperiert, konnte so eine umfangreiche Literaturdatenbank im Bereich der deutschsprachigen Kriminologie aufgebaut werden.

Aus Anlass der in diesem Band dokumentierten Fachtagung wurde aus dieser Datenbank der KrimZ (*KrimLit*) eine Literaturlauswahl mit deutschsprachiger Literatur der letzten Jahre erstellt. Bei der Recherche bestätigte sich schnell der Eindruck, den man bereits während der einzelnen Referentenvorträge gewinnen konnte: Die ambulante psychologische Betreuung von aus dem Straf- oder Maßregelvollzug Entlassenen gewinnt in Deutschland nur langsam die Aufmerksamkeit der Entscheidungsträger. Projekte gehen dort, wo sie dennoch zustande kommen, zumeist auf engagierte Initiativen Einzelner zurück. Hinsichtlich des überschaubaren Rahmens nachgewiesener Publikationen wird hier darüber hinaus wohl auch die allgemeine Zurückhaltung zum Tragen kommen, die man häufig bei Personen aus dem Praxisfeld bzgl. der Veröffentlichung eigener Erfahrungen antrifft. Dabei sind sie es gerade, denen zumeist die Rolle des Pioniers zufällt, wenn es darum geht, Bedarf für neue Wege zu erkennen und Möglichkeiten der Abhilfe zu entwickeln bzw. zu erproben. Es bleibt zu hoffen und Möglichkeiten der Abhilfe zu entwickeln bzw. zu erproben. Es bleibt zu hoffen, dass Veranstaltungen, wie die in diesem Band abgebildete, zukünftig verstärkt zum Anlass genommen werden, im Anschluss auch auf schriftlichem Weg in der (Fach-)Öffentlichkeit, über Konzepte zu diskutieren und Erfahrungen auszutauschen, damit zu einem späteren Zeitpunkt erstellte Publikationsübersichten tatsächlich die Bezeichnung „Auswahlbibliografie“ verdienen.

I. Monographien

Bewährungshilfe Stuttgart (2002). *Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter : Grundlagen, Konzepte, Darstellungen*. Stuttgart: Bewährungshilfe Stuttgart e.V.

Bundesministerium für Gesundheit (1993). *Modellprojekt: Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz – im Modellverbund "Psychiatrie"*. Baden-Baden.

Bundesministerium für Gesundheit (1996). *Modellprojekt: Ambulante Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung – im Modellverbund "Psychiatrie"*. Baden-Baden.

Freese, Roland (2003). *Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter : Entstehung, Entwicklung, aktueller Stand und Zukunft der 63er-Nachsorge in Hessen ; ein Nach-Lese-Buch*. Lengerich [u.a.] – Pabst Science Publ.

Hagemann, Wolfgang (1987). *Wandel in der Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern im Maßregelvollzug – weg von der traditionellen ärztlichen Psychiatrie, hin zur polyprofessionellen modernen Psychiatrie ; Auswirkungen dieses Wandels auf die Entlassungsvorbereitung von aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten des LKH Düren*. Aachen, TU, Diss.

Hessisches Ministerium der Justiz (2002). *Geeignete Maßnahmen zur Nachsorge von entlassenen Strafgefangenen – Bericht und Empfehlungen einer Expertenkommission*. Wiesbaden.

Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (1997). *Checkheft – Vorbereitung auf die Haftentlassung – ein Wegweiser in die Freiheit*. 2.Auflage. Geldern.

Knahl, Andreas (1997). *Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten : Synopse der Modellerprobungen des BMG ; Ergebnisse und Empfehlungen*. Baden-Baden – Bundesministerium für Gesundheit.

Paritätischer Niedersachsen e.V. [Hrsg.] (2002). *Möglichkeiten der therapeutischen Arbeit mit Sexualstraftätern nach der Haftentlassung in Einrichtungen der Straffälligenhilfe : Dokumentation der Fachtagung am 26.09.2001 in Hannover*. Hannover.

Ortlieb, Matthias (2002). *Abteilungsübergreifende Rahmenrichtlinien zur Wiedereingliederungs- und Nachsorgeplanung im WZFP Lippstadt : Abteilung GPS, Projekt "Ambulante Nachsorge" ; klinikinterne Projektmaßnahme zur Etablierung einer bedarfsgerechten Nachsorge*. Lippstadt – Westf. Zentrum für Forensische Psychiatrie.

Quitmann, Joachim (1982). *Haftentlassung und Reintegration : Konflikte und Konfliktverhalten in der Haftentlassensituation : eine Feldstudie*. Beltz.

Urbaniok, Frank (2003). *Was sind das für Menschen – was können wir tun – Nachdenken über Straftäter*. Bern: Zytglogge.

Arbeitsgemeinschaft der Beratungsstellen für Straffällige und ihre Bezugspersonen [Hrsg.] (1991). *Arbeitsfelder ambulanter Straffälligenhilfe : Konzepte, Projekte, Erfahrungen*. Duisburg.

Westf. Zentrum für Forensische Psychiatrie [u.a.] (1992). *Ambulante Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung : Zwischenbericht 1989 – 1991*. Lippstadt.

Geers, Michael (1982). *Was braucht der Kranke nach der Entlassung? : eine Befragung von Patienten psychiatrischer Einrichtungen und Vergleich mit den Empfehlungen der behandelnden Ärzte*. Göttingen, Univ., Diss.

II. Aufsätze

Beck, Cornelia & Wirth, Wolfgang (1999). Ausbildungs- und Beschäftigungsangebote für Straftatlassene in Nordrhein-Westfalen. *Bewährungshilfe*, 46 (2), 159-170.

Benter, Christoph & Heinz, Gunter. Ambulante Nachsorge in der forensischen Psychiatrie. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 9 (3), 19-28.

Berner, Wolfgang (1986). Spielt bei Katamneseuntersuchungen von Sexualdelinquenten nach ihrer Haftentlassung die in psychiatrischen Krankenhäusern verbrachte Zeit eine bedeutende Rolle? *Bewährungshilfe*, 69 (4), 244-247.

Best, Peter (1994). Ambulante Soziale Dienste der Justiz im Verbund mit der Freien Straffälligenhilfe : Projektentwicklung in Niedersachsen. *Bewährungshilfe*, 41 (2), 131-141.

Bintig, Arnfried (1994). Ambulante Psychotherapie mit Sexualstraftätern. In: Margit Gegenfurtner & Bernhard Bartsch [Hrsg.], *Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen-V. Hilfe für Opfer und Täter* (S. 131-139). Essen: Westarp Wissenschaften.

Boetticher, Axel (2000). Neue Aufgaben für die Bewährungshilfe : zum Umgang mit Sexualstraftätern. *Bewährungshilfe*, 47 (2), 196-212.

Brand, Thomas; Diehl, Jan-Dominik & Walter, Michael (2001). Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern in Nordrhein-Westfalen : Erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Bewährungshilfe*, 48 (3), 257-266.

- Burgheim, Joachim (1995). Psychologische Überlegungen zur Betreuung drogenabhängiger Strafgefangener nach der Haftentlassung. *Bewährungshilfe*, 45 (4), 457-466.
- Dönisch-Seidel, Uwe & Hollweg, Tilmann (2003). Nachsorge und Wiedereingliederung von (bedingt) entlassenen Maßregelvollzugspatienten in Nordrhein-Westfalen. *Recht & Psychiatrie*, 21 (1), 14-17.
- Dükel, Frieder (2003). Stärkung, Ausbau und Vernetzung der ambulanten Straffälligenhilfe. *Neue Kriminalpolitik*, 15 (2), 42-44.
- Eisl, Bernhard (2001). "Die wirkliche Strafe fängt erst nach der Haft an" : Voruntersuchung für eine Studie zur Frage der Armutsgefährdung nach Haftentlassung. *sub – Sozialarbeit und Bewährungshilfe*, 23 (4), 19-25.
- Erb von Keitz, Martin & Freese, Roland (1995). Patienten mit psychotischer Störung und Drogenproblematik im Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 44 (5), 187-290.
- Freese, Roland (2004). Effektivität ambulanter Straftäterbehandlung am Beispiel der Forensischen Fachambulanz Hessen. In: Gerhard Rehn; Regina Nanninga & Andreas Thiel [Hrsg.], *Freiheit und Unfreiheit* (S. 447-457). Herzolzhelm: Centaurus.
- Freese, Roland (2003). Ambulante Versorgung von psychisch kranken Straftätern im Maßregel- und Justizvollzug : Analysen, Entwicklungen, Impulse. *Recht & Psychiatrie*, 21 (2), 52-57.
- Günter, Michael (1991). Ambulante forensische Sozialarbeit aus jugendpsychiatrischer Perspektive. *Bewährungshilfe*, 38 (1), 48-57.
- Harms, Frauke (1998). Erfahrungen mit Frauenprojekten. *Neue Kriminalpolitik*, 10 (2), 17-21.
- Hetz, Hedwig (2002). Und immer wieder Alkohol. *sub – Sozialarbeit und Bewährungshilfe*, 24 (1), 31-35.
- Hirtenlehner, Helmut (1992). Bewährungshilfe bei bedingt entlassenen Sexualstraftätern. *sub – Sozialarbeit und Bewährungshilfe*, 24 (3-4), 33-38.
- Kanthak, Joachim; Hensel, Gisela & Steier, Michael (1988). Stationäre Nachsorge und ambulante Nachbetreuung von Opiatabhängigen : eine empirische Pilotstudie. *Suchtgefahren*, 34 (2), 120-126.
- Kern, Romana (1999). Die Klientel der Haftentlassenenhilfe und ihre Resozialisierungschancen : berufliche und kriminelle Karrieren betreuter und nichtbetreuter Haftentlassener. *sub – Sozialarbeit und Bewährungshilfe*, 21 (5), 52-59.
- Kipp, Angelo (1996). Straffälligenhilfe und die Verantwortlichkeit ihrer Klientel. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 47 (6), 32-34.

Krupinski, Martin; Schöchlin, Claudia; Fischer, A. & Nedopil, Norbert (1998). Annäherung an ambulante Therapie bei Straffälligen. In: Hans-Ludwig Kröber & Klaus-Peter Dahle [Hrsg.], *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf, Behandlung, Opferschutz* (S. 169-174). Heidelberg: Kriminalistik Verlag.

Leygraf, Norbert & Windgassen, Klaus (1988). Betreuung oder Überwachung : was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges? *Bewährungshilfe*, 35 (3), 341-351.

Mainz, Gerd (1995). Die Entlassung aus dem Maßregelvollzug und der anschließende Vollzug der Führungsaufsicht. In: Axel Dessecker [Hrsg.], *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt – rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 165-171). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.

Matt, Eduard (2003). Das Verbundprojekt "Chance" in Bremen : Konzeption und Praxis : systematische Betreuung von Straffälligen mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die Gesellschaft. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 52 (3), 81-88.

Matt, Eduard (2003). Berufshilfe und die Betreuung von Straffälligen. *Neue Kriminalpolitik*, 15 (2), 53-57.

Meyer, Doris (1997). Straffälligenhilfe und Drogenhilfe : immer noch getrennte Welten? *Bewährungshilfe*, 44 (2), 168-174.

Müller-Dietz, Heinz (1996). Straffälligenhilfe als Prävention. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 47 (6), 353-357.

Müller-Isberner, Rüdiger (1993). Ambulante Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe*, 40 (2), 176-185.

Müller-Isberner, Rüdiger (1997). Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe*, 44 (3), 272-285.

Nickolai, Werner (1992). Entlassenenhilfe im Verbund von Sozialarbeit im Vollzug und freier Hilfe : Anforderungen an eine zeitgemäße Entlassung. *Bewährungshilfe*, 39 (3), 288-299.

Nowara, Sabine (1992). Bemerkungen zum ambulanten Behandlungskonzept im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 10 (1), 26-31.

Otto, Manfred & Wischka, Bernd (1989). Zwischen Alternativprojekten und Strafvollzug : Zur Neuorientierung der Bewährungshilfe. *Kriminalpädagogische Praxis*, 17 (29), 30-31.

- Pitzing, H. Jürgen (2001). Die Arbeit der psychotherapeutischen Ambulanz für Sexualstraftäter des Vereins für Bewährungshilfe Stuttgart e.V. *Bewährungshilfe*, 48 (4), 383-391.
- Pörksen, Niels & Scholz, Wolfgang (2003). Wer hat den schwarzen Peter? : Zur (Un-)Verbindlichkeit in der Nachsorge forensischer Patienten. *Recht & Psychiatrie*, 21 (2), 47-51.
- Pozsár, Christine (2001). Nach der Maßregelbehandlung gemäß § 63 StGB – Praxis der ambulanten und stationären Nachsorge. *Recht & Psychiatrie*, 19 (2), 82-88.
- Rosemann, Matthias (2003). Integration forensischer Patienten in die gemeindepsychiatrische Versorgung. *Recht & Psychiatrie*, 21 (1), 10-14.
- Schlammerl, Heidi (1991). Der bayerische "Risikoprobant" : es gibt ihn noch! *Bewährungshilfe*, 38 (4), 265-271.
- Schmitz, Klaus (1992). Weitere Bemerkungen zu einem ambulanten Behandlungskonzept im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. *Recht & Psychiatrie*, 10 (3), 89-91.
- Seifert, Dieter; Schiffer, Boris & Leygraf, Norbert (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge – Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *Psychiat. Prax.* 30, 235-241.
- Sommer, Manfred (1996). Über den Umgang mit Probanden, die besonderer Betreuung und Überwachung bedürfen. *Bewährungshilfe*, 43 (1), 41-43.
- Spieler, Peter (2002). Projekt „Schubst“ – Schuldnerberatung für Straffällige. *sub – Sozialarbeit und Bewährungshilfe*, 24 (2), 53-58.
- Sprenger, Bernd & Basqué, Monika & Konrad, Norbert (1993). Ambulante Therapie mit Probanden der Bewährungshilfe. *Bewährungshilfe*, 40 (4), 389-399.
- Treichl, Karin (2001). Quo vadis? : Eine Verlaufsbeobachtung von aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten. *Recht & Psychiatrie*, 19 (1), 28-32.
- Untner, Sarah. Der Saftladen – Motive, Bedürfnisse und soziale Indikatoren für den Besuch einer Tagesstätteneinrichtung in der Stadt Salzburg. *sub – Sozialarbeit und Bewährungshilfe*, 24 (1b), 24-30.
- Warmuth, Manfred (1990). Drei Jahre forensisch-psychiatrische Ambulanz in Berlin-West : Aufbau – Erfahrungen – Konsequenzen. *Recht & Psychiatrie*, 8 (3), 109-120.
- Wirth, Wolfgang (1992). Europäische Perspektiven der beruflichen Wiedereingliederung Straffälliger. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 41 (6), 347-351.

Wirth, Wolfgang (1994). Kooperation zwischen Strafvollzug und Bewährungshilfe im Rahmen der Entlassungsvorbereitung. In: Jörg-Martin Jehle [Hrsg.], *Organisation und Kooperation der Sozialen Dienste in der Justiz* (S. 269-275). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.

Wirth, Wolfgang (1998). Prävention durch Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt – cui bono? In: Gabriele Kawamura et al. (Hrsg.), *Straffälligenhilfe als Prävention?* (S. 55-75). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wirth, Wolfgang (1988). Wiedereingliederung durch Ausbildung? – Zur Wirkungsweise berufsfördernder Maßnahmen im Jugendstrafvollzug. In: Günther Kaiser et al. [Hrsg.], *Kriminologische Forschung in den 80er [achtziger] Jahren : Projektberichte aus d. Bundesrepublik Deutschland* (S. 419-446). Freiburg i. Br.: Max-Planck-Institut, 1988.

Wirth, Wolfgang (1994). Zusammenarbeit von Bewährungshilfe und Strafvollzug : von individueller Kooperation zur professionellen Koordination. *Bewährungshilfe*, 41 (3), 314-326.

Verzeichnis der Autoren

Baumeister, Peter
Rechtsreferendar
Kriminologische Zentralstelle e.V.
Wiesbaden

Boetticher, Dr. Axel
Richter am Bundesgerichtshof
Karlsruhe

Dímmek, Bernd
Westfälisches Zentrum für
Forensische Psychiatrie
Lippstadt

Egg, Prof. Dr. Rudolf
Direktor der Kriminologischen
Zentralstelle e.V.
Wiesbaden

Freese, Roland
Leiter Forensische Fachambulanz Hessen
Direktor KfFP Rheinblick
Eltville

Fünfsinn, Dr. Helmut
Ministerialdirigent
Hessisches Ministerium der Justiz
Wiesbaden

Knecht, Dr. Ass. Prof. Guntram
Ltd. Arzt Klinikum Nord/Ochsenzoll
Vl. Psychiatrie und Psychotherapie
Hamburg

Kurze, Prof. Dr. Martin
Fachhochschule des Bundes beim BKA
Wiesbaden

Landau, Herbert
Staatssekretär
Hessisches Ministerium der Justiz
Wiesbaden

Leygraf, Prof. Dr. Norbert
Institut für Forensische Psychiatrie
der Universität Essen

Mauthe, Prof. Dr. Jürgen-Helmut
Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Königsutter

Möllhoff-Mylius, Martin
Referent in der Senatverwaltung für Ge-
sundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Grundsätzliche rechtliche und konzeptionelle
Angelegenheiten der forensisch psychiatri-
schen Versorgung; Fachaufsicht über das
Krankenhaus des Maßregelvollzugs
Berlin

Nedopil, Prof. Dr. med. Norbert
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Universität München

Osterheider, Prof. Dr. med. Michael
Abteilung für Forensische Psychiatrie
und Psychotherapie der Universität am
Bezirksklinikum Regensburg

Pitzing, Heinz-Jürgen
Dipl.-Psych.
Leiter der Psychotherapeutischen
Ambulanz für Sexualstraftäter
bei der Bewährungshilfe Stuttgart

Stübner, Dr. med. Susanne
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Universität München

Wirth, Wolfgang
Regierungsdirektor
Arbeitsgruppe Kriminologischer Dienst
des Ministeriums der Justiz
des Landes Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf

Wischka, Bernd
Psychologiedirektor
Sozialtherapeutische Abteilung
bei der Justizvollzugsanstalt Lingen

Wolf, Dr. Thomas
Vorsitzender Richter am Landgericht
Landgericht Marburg

Zypries, Brigitte
Bundesjustizministerin
Bundesministerium der Justiz
Berlin

Zürn, Christian
Fachlicher Leiter der Sozialtherapeutischen
Anstalt der Justizvollzugsanstalt Tegel
Berlin

**Veröffentlichungen
der Kriminologischen Zentralstelle e.V.**

Im Eigenverlag der Kriminologischen Zentralstelle, Wiesbaden, sind seit 1998 erschienen:*

(Bestellungen direkt – Kaufpreis zzgl. Portokosten – oder über den Buchhandel)

Bereits vergriffene Publikationen sind in dieser Liste nicht enthalten

Schriftenreihe „Kriminologie und Praxis“ (KUP)

- Band 23: Jehle, Jörg-Martin & Hoch, Petra (Hrsg.): *Oberlandesgerichtliche Kontrolle langer Untersuchungshaft. Erfahrungen, Probleme, Perspektiven.* 1998. ISBN 3-926371-40-4 € 16,00
- Band 24: Egg, Rudolf (Hrsg.): *Strafvollzug in den neuen Bundesländern: Bestandsaufnahme und Entwicklung.* 1999. ISBN 3-926371-41-2 € 17,50
- Band 25: Geisler, Claudius (Hrsg.): *Zur Rechtswirklichkeit nach Wegfall der „fortgesetzten Tat“. Bestandsaufnahme, Erfahrungsaustausch und Perspektiven.* 1998. ISBN 3-926371-39-0 € 14,00
- Band 26: Kurze, Martin: *Soziale Arbeit und Strafjustiz. Eine Untersuchung zur Arbeit von Gerichtshilfe, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht.* 1999. ISBN 3-926371-42-0 € 24,00
- Band 27: Egg, Rudolf (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch von Kindern: Täter und Opfer.* 1999. ISBN 3-926371-44-7 € 17,50
- Band 29: Egg, Rudolf (Hrsg.): *Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Folgerungen aus den Gesetzesänderungen.* 2000. ISBN 3-926371-48-X € 19,00
- Band 30: Egg, Rudolf & Geisler, Claudius (Hrsg.): *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität.* 2000. ISBN 3-926371-49-8 € 21,00
- Band 31: Geisler, Claudius (Hrsg.): *Verdeckte Ermittler und V-Personen im Strafverfahren.* 2001. ISBN 3-926371-50-1 € 16,00
- Band 32: Nowara, Sabine: *Sexualstraftäter und Maßregelvollzug: Eine empirische Untersuchung zu Legalbewährung und kriminellen Karrieren.* 2001. ISBN 3-926371-51-X € 14,00
- Band 33: Elz, Jutta: *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Mißbrauchsdelikte.* 2001. ISBN 3-926371-52-8 € 21,00
- Band 34: Elz, Jutta: *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Gewaltdelikte.* 2002. ISBN 3-926371-53-6 € 21,00
- Band 35: Bieschke, Volker & Egg, Rudolf (Hrsg.): *Strafvollzug im Wandel: Neue Wege in Ost- und Westdeutschland.* 2001. ISBN 3-926371-54-4 € 19,00

* Verzeichnis aller Publikationen seit 1986 siehe unter <http://www.krimz.de>

- Band 36: Egg, Rudolf (Hrsg.): *Tötungsdelikte: mediale Wahrnehmung, kriminologische Erkenntnisse, juristische Aufarbeitung*. 2002. ISBN 3-926371-55-2 € 19,00
- Band 37: Minthe, Eric (Hrsg.): *Illegale Migration und Schleusungskriminalität*. 2002. ISBN 3-926371-56-0 € 15,00
- Band 38: Elz, Jutta & Fröhlich, Almut: *Sexualstraftäter in der DDR: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. 2002. ISBN 3-926371-57-9 € 19,00
- Band 39: Minthe, Eric: *Soforteinbehalt bei Ladendiebstahl: Begleitforschung eines Modellversuchs in Nürnberg*. 2003. ISBN 3-926371-59-5 € 15,00
- Band 40: Egg, Rudolf & Minthe, Eric (Hrsg.): *Opfer von Straftaten: Kriminologische, rechtliche und praktische Aspekte*. 2003. ISBN 3-926371-60-9 € 21,00
- Band 41: Elz, Jutta: *Sexuell deviante Jugendliche und Heranwachsende*. 2003. ISBN 3-926371-61-7 € 18,00
- Band 42: 2003. Minthe, Eric (Hrsg.): *Neues in der Kriminalpolitik: Konzepte, Modelle, Evaluation*. 2003. ISBN 3-926371-62-5 € 21,00
- Band 43: Elz, Jutta; Jehle, Jörg-Martin; Kröber, Hans-Ludwig (Hrsg.): *Exhibitionisten: Täter, Taten, Rückfall*. 2004. ISBN 3-926371-63-3 € 19,00

Schriftenreihe „Berichte · Materialien · Arbeitspapiere“ (B · M · A)

- Heft 14: Sohn, Werner (Bearb.): *Referatedienst Kriminologie. - Ausgabe 1998 · Folge 8. Schwerpunkt Kriminalprävention*. 1998. ISBN 3-926371-38-2 € 15,00
- Heft 16: Kurze, Martin & Feuerhelm, Wolfgang: *Soziale Dienste zwischen Bewahrung und Innovation: Die Erprobung der Bewährungs- und Gerichtshilfe für den Landgerichtsbezirk Flensburg bei dem Generalstaatsanwalt*. 1999. ISBN 3-926371-46-3 € 14,00
- Heft 17: Sohn, Werner (Bearb.): *Referatedienst Kriminologie. - Ausgabe 1999 · Folge 9. Schwerpunkt Kriminalprävention*. 1999. ISBN 3-926371-47-1 € 15,00
- Heft 18: Sohn, Werner (Hrsg.): *Partnerschaft für Prävention: Aus der Arbeit des Europarats*. 2003. ISBN 3-926371-58-1 € 15,00

Sonstige Monographien aus der Arbeit der KrimZ

- Rautenberg, Marcus: *Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmißbrauch. Eine Expertise der Kriminologischen Zentralstelle e.V.* (Hrsg.: Das Bundesministerium für Gesundheit) Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Band 103. 1998. - ISBN 3-7890-5442-9
- Kröniger, Silke (Bearb.): *Sozialtherapie im Strafvollzug 2004: Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung vom 31.3.2004*
- Sohn, Werner (Bearb.): *Will they do it again? Angloamerikanische Untersuchungen zur Rückfälligkeit gewalttätiger Sexualstraftäter – Zwischenresultate einer Sekundäranalyse*. 2004. - ISBN 3-926371-64-1 € 8,00

Der Übergang vom Strafvollzug bzw. von der Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug in die Entlassung zur Bewährung ist für die Resozialisierung von Gefangenen bzw. Untergebrachten und damit nicht zuletzt auch für die Sicherheit der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung. Die ambulante Nachsorge im Anschluss an den stationären Aufenthalt stellt hierbei ein wichtiges Bindeglied dar. Schließlich sind die Ursachen der (erneuten) Straffälligkeit in aller Regel nicht eng umgrenzte Störungen, die nach intramuraler Behandlung beseitigt sind, vielmehr bedürfen stationäre Maßnahmen der Ergänzung und Fortsetzung durch nachgehende, extramurale Betreuung und Hilfsangebote, namentlich bei Straftätern mit erhöhtem Rückfallrisiko.

Die Kriminologische Zentralstelle (KrimZ) veranstaltete am 19. und 20. November 2003 im Hessischen Landeshaus in Wiesbaden eine Fachtagung zu dem Thema „Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen“. Der Band dokumentiert die Ergebnisse dieser Veranstaltung, in deren Rahmen das komplexe Thema aus der Sichtweise und Erfahrung mehrerer Experten aus Praxis und Wissenschaft vorgestellt und diskutiert wurde. Die Schriftfassungen dieser Vorträge werden ergänzt durch eine Auswahlbibliografie. Ziel der Tagung war es, einen Überblick des aktuellen Sach- und Erkenntnisstandes zu geben, ein Forum für kritische Diskussion und Fortbildung zu bieten und Perspektiven aufzuzeigen.

ISBN 3-926371-65-X

€ 25,—