

Therapie von Sexualstraftätern im Regelvollzug – Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen

Hartmut A.G. Bosinski, Jorge Ponseti, Falk Sakewitz

Treatment of incarcerated sex offenders: General framework, opportunities, and limits

1. Einleitung

Im Januar 1998 wurde – in Reaktion auf eine Serie von Kindesötungen und sexuellem Kindesmissbrauch – das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ verabschiedet. Der neugefasste § 66, Abs. 3 StGB gibt an, um welche Straftaten es in diesem Gesetz geht, nämlich um Verbrechen und Vergehen

- ▶ gem. § 174 StGB (sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen, von Gefangenen, behördlich Verwahrten, Kranken, Hilfsbedürftigen [174a], unter Ausnutzung einer Amtsstellung [174b] oder eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses [174c]),
- ▶ gem. §§ 176, 176a,b StGB (sexueller Kindesmissbrauch der verschiedenen Schweregrade),
- ▶ gem. § 179 StGB (sexueller Missbrauch Widerstandsunfähiger),
- ▶ gem. § 180 StGB (Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger),
- ▶ gem. § 182 StGB (sexueller Missbrauch Jugendlicher),
- ▶ gem. § 223a und b (jetzt § 224, § 225) StGB (gefährliche Körperverletzung und Misshandlung von Schutzbefohlenen) und
- ▶ gem. § 323 a StGB (Rauschtat, sofern diese mit einem der vorgenannten Delikte in Zusammenhang stand).

Neben einer Reihe von Veränderungen in der Festlegung der Straftatbestände und Strafrahmen (insbesondere bezüglich des sexuellen Kindesmissbrauchs), zur Verhängung der Sicherungsverwahrung gem. § 66 StGB, zur Führungsaufsicht, zur Strafrestaussetzung von Freiheitsstrafen usw. hat dieses Gesetz auch Auswirkungen auf die Therapie verurteilter Sexualstraftäter. Dies wird schon durch die Information des Bundesjustizministeriums (BMJ) zur Einführung des o.g. Gesetzes (BMJ v. 14.11.1997) deutlich, wenn es dort heißt: „Um insbesondere die Gefahr von Wiederholungstaten zu reduzieren, setzt das Gesetz auf eine Erweiterung der Therapiemöglichkeiten für behandelbare Straftäter im Strafvollzug.“

In diesem Zusammenhang müssen insbesondere folgende durch die Strafrechtsänderung 1998 eingeführte Neuerungen betrachtet werden:

1. Die Neufassung § 56c, Abs. 3 Nr. 1 ermöglicht nun die gerichtliche Anordnung einer psychotherapeutischen Behandlung, indem sie eine Behandlungsweisung für die Bewährung oder die Führungsaufsicht nur dann an die Zustimmung des Verurteilten bindet, wenn diese Behandlung mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist.

2. Das im Rahmen der Gesetzesreform veränderte Strafvollzugsgesetz (StVollzG) sieht vor, dass bei wegen o.g. Sexualstraftaten zu Freiheitsstrafe Verurteilten „besonders gründlich geprüft werden (muss), ob die Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt angezeigt ist“ (§ 6 StVollzG). Wurde der Betreffende zu mehr als zwei Jahren Haft verurteilt, so soll über diese Verlegung nach Ablauf von sechs Monaten jeweils erneut entschieden werden (StVollzG § 7). Ein Gefangener *soll* der Neufassung § 9 StVollzG zufolge in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, wenn er wegen Straftaten gem. §§ 174 bis 180 oder 182 StGB zu einer Freiheitsstrafe von über zwei Jahren verurteilt worden ist und die Indikation zur Behandlung gem. §§ 6 bzw. 7 StVollzG geprüft und

bejaht wurde. Ab 2003 *muss* er unter diesen Bedingungen dorthin verlegt werden.

Auch wenn die Strafrechtsänderung diesen Gesichtspunkt nicht *expressis verbis* anspricht, so wird doch die Bedeutung der intramuralen Therapie von Sexualstraftätern im Regelvollzug (also in Justizvollzugsanstalten, JVA) insgesamt zunehmen. Hierfür können folgende Gründe angeführt werden:

1. Es ist zu erwarten, dass nicht alle der oben benannten Täter die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Sozialtherapie erfüllen werden. Es kann darüber hinaus vermutet werden, dass diese Einrichtungen auch kapazitätsmäßig nicht in der Lage sein werden, alle infrage kommenden Delinquenten aufzunehmen. Zu dieser Skepsis berechtigt vor allem die Tatsache, dass die Zahl der wegen eines Sexualdeliktes verhängten, über zwei Jahre hinausgehenden Freiheitsstrafen in den letzten 10 Jahre kontinuierlich zugenommen hat, und zwar stärker als die der Gesamtverurteilungen wegen eines Deliktes gegen die sexuelle Selbstbestimmung (s. Tab. 1).

Die intramurale Therapie im Regelvollzug wird somit subsidiär für jene in einer Sozialtherapeutischen Anstalt angeboten werden müssen (Rotthaus 1998).

2. Darüber hinaus wäre es unverständlich, wenn zwar eine zur Bewährung ausgesetzte Haftstrafe mit einer gerichtlich angeordneten Therapie verknüpft werden kann, der zu einer zeitigen Haftstrafe von über zwei Jahren ohne Bewährung verurteilte Täter – mit einer zumeist ja gravierenderen Straftat – aber ohne Therapie bleibt. Dies widerspräche im übrigen auch der gesetzlichen Vorgabe zum Ziel des Strafvollzuges, der (lt. § 2 StVollzG) darin besteht, dass „der Gefangene fähig werden (soll), künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen.“

3. Entsprechend der neuen Fassung des § 454 StPO, Abs. 2, soll nun bei aufgrund o.g. Sexualdelikte zu einer zeitigen Haftstrafe von mehr als zwei Jahren Verurteilten im Falle der Erwägung der Strafrestausschüttung zur Bewährung durch die Strafvollstreckungskammer ein Sachverständigengutachten eingeholt werden, „wenn nicht auszuschließen ist, dass Gründe der öffentlichen Sicherheit einer vorzeitigen Entlassung des Verurteilten entgegenstehen.“ Der Gutachter hat sich namentlich dazu zu äußern, „ob bei dem Verurteilten keine Gefahr mehr besteht, dass dessen durch die Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht.“ Hieran wurde von verschiedener Seite Kritik geäußert (z.B. Schöch 1998; Nedopil 1999), die vor allem auf die Unschärfe dieser Rechtsbegriffe und letztlich auf die dadurch erheblich reduzierte Möglichkeit der – zu Resozialisierungszwecken unabdingbaren – Entlassungserprobung auf Bewährung abstellt.

In unserem Erörterungszusammenhang soll jedoch auf Bestrebungen eingegangen werden, sowohl vor dem Hintergrund des Sicherheitsauftrages gem. StVollzG als auch bei der (nun beinahe obligaten¹) Prognosebegutachtung zur Prüfung des Antrags auf Strafrestausschüttung zur Bewährung (sog. 2/3-Entlassung) auf Erkenntnisse aus der psychotherapeutischen Behandlung zurückzugreifen. In diesem Zusammenhang soll auch auf die jüngsten Bestrebungen zur *nachträglichen* Anordnung der Sicherungsverwahrung (gem. § 66 StGB) bei Sexualstraftätern eingegangen werden; diese soll während bzw. zum Ende der Haftzeit bei jenen Sexualstraftätern verhängt werden können, die sich während der Verbüßung als therapieunwillig, therapieunfähig oder erheblich gefährlicher erwiesen haben.

Tab. 1: Verurteilte Sexualstraftäter (alle Delikte des 13. Abschnitts StGB, „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“) *

Jahr	Verurteilte Sexualstraftäter insgesamt	Freiheitsstrafe über 2 Jahre
1990	4779	677
1991	4643	713
1992	4869	849
1993	5061	853
1994	5342	1026
1995	5469	980
1996	5571	1017
1997	6105	1090
1998	6619	1182
1999	5542	1217
2000	5432	1125

* Quelle: Strafverfolgungsstatistik, Statistisches Bundesamt Wiesbaden; Achtung: Auch bis zum Jahr 2000 liegen Verurteilungszahlen aus den Neuen Bundesländern nicht vor!

2. Therapieablauf und Rahmenbedingungen

Seit Mitte der 80er Jahre wird durch das schleswig-holsteinische Justizministerium ein an der Kieler Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle angesiedeltes Drittmittelprojekt zur „Intramuralen Therapie von Sexualstraftätern“ finanziert. Gegenwärtig arbeiten zwei Psychologen (Zweit- und Drittautor) unter fachlicher Anleitung und Supervision

¹ Im Unterschied zur nach wie vor obligaten Begutachtung bei der geplanten vorzeitigen Entlassung aus einer lebenslangen Freiheitsstrafe verbleibt auch bei der neuen Fassung des § 454 StPO dem Gericht noch ein Ermessensspielraum für die Bestellung eines Gutachtens: Es kann die entscheidungsleitende Gefährdung der öffentlichen Sicherheit – etwa im Falle eines gebrechlichen Verurteilten, oder aber eines erkennbar uneinsichtigen und weiterhin aggressiven Täters – durchaus auch selbst beurteilen.

durch den Erstautor in diesem Projekt in zwei Justizvollzugsanstalten (JVA) des Landes (s.a. Ponseti et al. 2001). Tabelle 2 zeigt die Behandlungszahlen der Jahre 1999-2001

Die therapeutische Arbeit folgt einem kognitiv-behavioralen Ansatz, der hier nur hinsichtlich seines Ablaufs und der Rahmenbedingungen skizziert werden soll: Jeder Strafgefangene mit einem Sexualdelikt wird bei seiner Aufnahme in die JVA auf die Möglichkeit einer intramuralen Therapie (mit Name und Sprechzeiten des Therapeuten) hingewiesen. Es wird ihm nahegelegt, an den Therapeuten einen Antrag auf ein erstes Gespräch zu stellen.

Die Betreuung ist in drei *Komplexe* (Vorbereitung, Beratung, Therapie) gegliedert, innerhalb derer verschiedene *Ebenen* unterschieden werden, die wiederum in *Phasen* (a = Phase der Klärung, b = Phase der Weiterentwicklung) unterteilt sind (s. Abbildung 1). Alle Vollzugsbeamten (und auf Wunsch auch die Prognosegutachter) erhalten das differenzierte Therapiekonzept mit einer schriftlichen Handreichung, in der verdeutlicht wird, dass zwar die numerische Reihenfolge der Ebenen nicht unbedingt eine notwendige Abfolge darstellt, die jeder Patient zur Erreichung der angestrebten Therapieziele zwangsläufig durchlaufen muss, dass aber das Aufsteigen in eine „höhere Ebene“ als ein gewisser Therapiefortschritt gewertet werden kann. Sie werden darüber informiert, dass für den Wechsel einer Ebene bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und dass, wenn diese nicht gegeben sind, die Ebene bis auf weiteres beibehalten wird (die Therapie also stagniert). Schließlich wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung erforderlichenfalls auch unterbrochen bzw. vollständig abgebrochen werden kann.

Die Besonderheiten des Regelvollzuges bringen es mit sich, dass zwischen den berechtigten Sicherheitsinteressen einerseits und dem notwendigen therapeutischen Schutzrahmen andererseits vermittelt werden muss. Dies tangiert erheblich die Problematik der

3. Schweigepflicht

Es ist zunächst nachvollziehbar, dass die Anstaltsmitarbeiter unter dem Gesichtspunkt der Sicherung, der Vollzugs- und Lockerungsgestaltung sowie der Entlassungsvorbereitung Angaben darüber erhalten möchten, wie sich der Strafgefangene entwickelt, welche „Fortschritte“ er macht usw. Sie werden darin in gewisser Weise durch die neue Fassung des StVollzG (in der Fassung vom 26.8.1998) bestärkt: Dort verlangt § 182, Abs. 2 und Abs. 4 von den Schweigepflichtsbewahrern (gem. § 203 StGB Abs. 1,2 und 5 also auch

Tab. 2: Behandlungszahlen im Rahmen des Kieler Forschungsprojektes „Intramurale Therapie von Sexualstraf Tätern“

	1999	2000	2001
Behandelte Täter mit Delikten gem. § 176 StGB (Sexueller Kindesmissbrauch)	28	36	39
Aufschub / Abbruch der Behandlung*	13	11	24
wegen Leugnens	9	9	12
wegen mangelnder Kooperativität o.ä.	2	2	10
wegen mangelnder Sprachkenntnisse	2	-	2
Behandelte Täter mit Delikten gem. §§ 177, 178 StGB (Vergewaltigung / sex. Nötigung)	23	20	28
Aufschub / Abbruch der Behandlung*	13	9	9
wegen Leugnens	9	7	7
wegen mangelnder Kooperativität o.ä.	4	2	2
Sonstige behandelte Sexualstraf Täter	1	1	2

* Einige dieser Pat. suchen in der Folgezeit unter veränderten Bedingungen erneut um Therapie nach und erscheinen ggf. im Folgejahr (weitere Erläuterung s. Text)

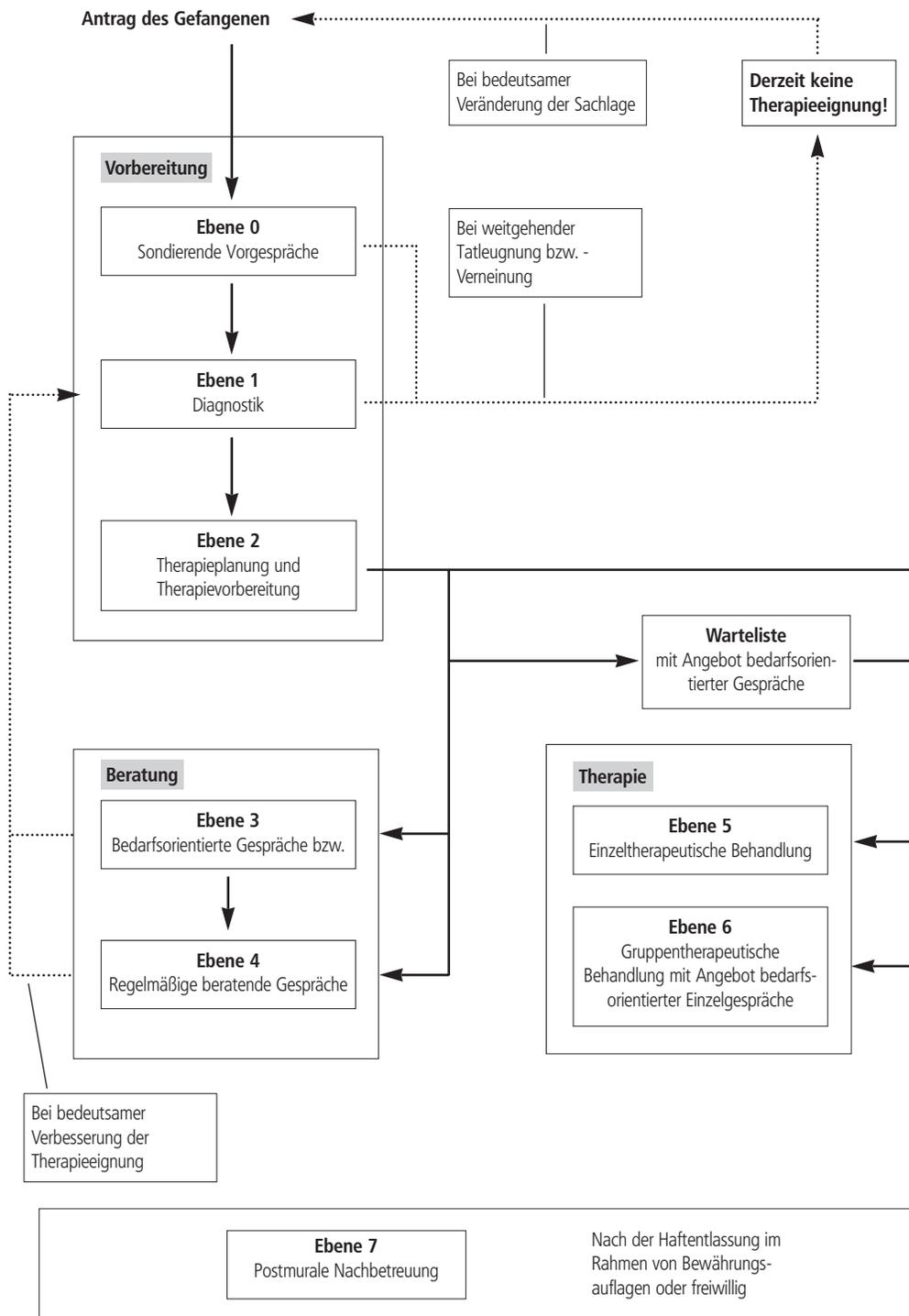
Ärzten, Berufspsychologen und Sozialarbeitern), „sich gegenüber dem Anstaltsleiter zu offenbaren, soweit dies für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde oder zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritter erforderlich ist“ (wobei dies für Ärzte nur als Befugniserteilung und nicht als Auflage formuliert ist).

An dieser Festlegung ist von verschiedener Seite Kritik geäußert worden (z.B. Böllinger 1999; Schöch 1999). Und in der Tat – sobald Einblicke in individuelle Therapieinhalte genommen werden sollen, wäre dies ein Einbruch in den geschützten Rahmen der Psychotherapie, der letztlich kontraproduktiv zu einem der intendierten Ziele der Reform – größere Sicherheit der Allgemeinheit durch Besserung der Täter – wäre: Der Patient, der sich nicht der Verschwiegenheit seiner Äußerungen sicher sein kann, wird keinen Einblick in seine tatsächlichen Gedanken, Gefühle, Motive, Neigungen und Impulse geben, er wird vielmehr bemüht sein, „einen guten Eindruck zu machen“, immer in der Hoffnung, der Therapeut möge „für ihn gut sagen“. In einer solchen Pseudo-Therapie würden gerade nicht die problemhaften Anteile der Persönlichkeit thematisiert, sondern der Bildung von Fassadenpersönlichkeiten Vorschub geleistet.

Das von uns erarbeitete Procedere zum Umgang mit der Schweigepflicht orientiert sich deshalb an den sog. Sankelmarker Thesen (Beier & Hinrichs, 1995) und sieht eine *standardisierte Form* der Meldung über den Stand der Therapie an die Anstaltsleitung oder an den mit der Prognose zum 2/3-Termin beauftragten Gutachter vor (s. Abbildung 2):

Da die Mitarbeiter der JVA und auf Wunsch auch der Gutachter das oben referierte Therapiekonzept kennen, können sie relativ rasch erkennen, in welchem

Abb. 1: Übersicht über die Ebenen des Therapiekonzeptes



Abschnitt der Betreuung sich der betreffende Gefangene befindet, ob in der Therapie-Vorbereitung (Ebene 0,1 oder 2), auf der Beratungsebene (Ebene 3 und 4) oder in der Einzel- bzw. Gruppentherapie (Ebene 5 bzw. 6, jeweils differenziert nach Phase der Klärung oder Phase der Weiterentwicklung). Ebenso ist

ggfs. erkennbar, wann, durch wen und warum es zum Abbruch oder zu einem Abschluss einer Therapie gekommen ist. Diese Informationen können in die Überlegungen zu Lockerungen oder vorzeitiger Entlassung miteinbezogen werden; darüber hinaus gehende, *individuelle* Angaben zu den konkreten Patienten werden

Abb. 2: Musterbogen für Behandlungsdokumentation für Sexualstraftäter im Regelvollzug (Sexualmedizin Kiel)

Therapieinformation **Datum:**

Name, Vorname	Gefg.B.Nr.	Geburtsdatum
---------------	------------	--------------

<p>Beginn der Behandlung</p> <p>Der Patient hat seit dem insgesamt Termine wahrgenommen.</p>	<p>Ende der Behandlung</p> <p>Die Behandlung wurde am durch den <input type="checkbox"/> Therapeuten <input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> unterbrochen <input type="checkbox"/> beendet. <input type="checkbox"/> Die Behandlung dauert an.</p>
---	---

<p>Derzeitiger Stand der Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Sondierende Vorgespräche (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostik (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieplanung u. Therapievorbereitung (2)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Bedarfsorientierte Gespräche bzw. Krisenintervention (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Regelmäßige beratende Gespräche (4)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Einzeltherapeutische Behandlung (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppentherapeutische Behandlung (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Phase der Klärung (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Phase der Weiterentwicklung (b)</p>	<p><input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten erreicht werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten (bisher) nicht vollständig erreicht werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wesentlicher Therapiefortschritt ist derzeit nicht mehr zu erwarten.</p> <p><input type="checkbox"/> Mangelnde Schuldeinsicht des Patienten.</p> <p><input type="checkbox"/> Mangelhafte Kooperativität des Patienten.</p> <p><input type="checkbox"/> Der Patient verneint bzw. leugnet die verurteilte(n) Straftat(en).</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	---

Ebenen in Klammern nach Therapiekonzept 3/1999

Die Zuordnung von Patienten zu bestimmten Betreuungsstadien stellt keine Einschätzung ihrer Eignung für Vollzugslockerungen oder vorzeitige Entlassung dar.

Gegenwärtig ist kein freier Therapieplatz vorhanden. Der Patient steht auf der Warteliste.

Nach der Haftentlassung ist eine regelmäßige psychotherapeutische Weiterbetreuung geboten.

Anmerkungen:

.....

hingegen nicht gemacht. Auch versteht es sich von selbst, dass weder die Therapeuten noch ihr Supervisor für die Begutachtung der behandelten Probanden zur Verfügung stehen. Um der Gefahr einer Instru-

mentalierung der Therapie vorzubeugen, wird weiterhin vor Beginn jeder Therapie mit den Patienten folgender schriftlicher Vertrag geschlossen:

THERAPIEVERTRAG

Um psychotherapeutische Hilfestellung zu ermöglichen, ist der Aufbau einer offenen, ehrlichen und von gegenseitigem Vertrauen getragenen Beziehung notwendig. Dazu sollen die folgenden Punkte vertraglich geregelt werden:

Schweigepflicht

Alle Informationen, die im Rahmen der psychotherapeutischen Gespräche offenbar werden, unterliegen einer gesetzlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt. Nur im Rahmen der therapeutischen Supervision, das ist die fachliche Beratung von Therapeuten, kann ohne Namensnennung über Therapieinhalte gesprochen werden. Allgemeine Informationen über die Einhaltung der Therapietermine und Therapiephasen können an die Leitung der JVA weitergegeben werden. Eine darüber hinausgehende Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten ist vertragswidrig und führt zur Beendigung der Therapie.

Therapiestunden

Therapiestunden werden in gemeinsamer Absprache vereinbart. Das bedeutet, daß sich beide Seiten an die vereinbarten Termine zu halten haben. Sollten wichtige Gründe für eine Absage vorliegen, so ist die jeweils andere Seite möglichst frühzeitig darüber zu informieren und ein neuer Termin abzusprechen.

Beenden der Therapie

Falls wichtige Faktoren einen weiteren Therapiefortschritt wesentlich behindern oder unwahrscheinlich machen, kann die Therapie von beiden Seiten jederzeit beendet werden. Eine derartige Entscheidung ist dann der jeweils anderen Seite zu erläutern. Die oben geregelte Schweigepflicht gilt jedoch auch über das Therapieende hinaus.

Erklärung

Ich habe die oben dargestellte Vereinbarung gelesen, ihren Inhalt verstanden und erkläre mich mit allen Punkten einverstanden.

Unterschrift:

Patient; Therapeut

Auf diese Weise soll verhindert werden, dass der Gefangene den Therapeuten gegenüber der Strafvollstreckungskammer von der Schweigepflicht entbindet, der dann – als sachverständiger Zeuge – Aussagen zum individuellen Verlauf machen müsste (womit eben das Therapieziel konterkariert würde). Diese Vereinbarung hat zwar nur bedingt bindenden Charakter, hat sich jedoch bislang auch deshalb bewährt, weil für alle Beteiligten erkennbar wird, dass ein Patient, der sie bricht, nicht wirklich die Therapie wünscht (da er damit deren Abbruch initiiert), sondern diese für Lockerungen oder vorzeitige Haftentlassung instrumentalisiert.

4. Grenzen

Zwar hat sich die oben dargestellte Praxis, deren Konformität mit dem neugefassten § 182 StVollzG uns durch das Justizministerium des Landes Schleswig-Holstein bestätigt wurde, nun bereits über Jahre bewährt und es dürfte bundesweit einmalig sein, dass in einem Bundesland jedem inhaftierten Sexualstraftäter eine Therapie angeboten werden kann.

Gleichwohl stößt die Psychotherapie bei strafgefangenen Sexualstraftätern im Regelvollzug, verglichen mit der Behandlung von auf freiem Fuß befindlichen Probanden in einer frei zugänglichen Ambulanz,

immer auf eine Reihe systemimmanenter Grenzen. Einige werden unabänderlich sein; aus ihnen die Unmöglichkeit therapeutischer Beeinflussung von Sexualstraftätern in diesem Setting abzuleiten, käme einem therapeutischen Nihilismus gleich. Neben den strukturellen und räumlichen Einschränkungen sowie den sprachliche Barrieren bei Nicht-Muttersprachlern seien hier vor allem folgende Probleme genannt:

1. Fehlende oder nur sehr beschränkte Möglichkeit zur Einbeziehung einer Partnerin. Neben den Einschränkungen für die Diagnostik (Validierung von Angaben zur *vita sexualis*) setzt dies einer Therapie, die den kommunikativen Aspekt der – prinzipiell auf ein Gegenüber angelegten – Sexualität in den Vordergrund stellt (Beier et al. 2001), enge Grenzen. Die Bearbeitung der kommunikativen Funktion des Sexuellen muss so stets auf der virtuellen Ebene bleiben.

2. Fehlende oder nur eingeschränkt mögliche Exposition in vivo.

3. Fehlende Tat-Anerkennung durch den Verurteilten. Ca. 30% der Gefangenen behaupten zunächst, es handele sich in ihrem Falle um ein Fehlurteil oder man habe die Taten nur auf anwaltlichen Rat eingeräumt (um ein geringeres Strafmaß zu erreichen). Zwar reduziert sich dieser Prozentsatz im Laufe der vorbereitenden bzw. der auch diesen Probanden angebotenen bedarfsorientierten und Beratungs-Ge-

sprache (Ebene 3 und 4). Die weiterhin tatleugnenden Gefangenen können jedoch schon deshalb nicht in Therapie genommen werden, weil diese sich sonst in einer nachträglichen „Beweiswürdigung“ erschöpfen würde.

4. Häufig fehlende fachkundige Begutachtung im erkennenden Verfahren. Neben den Feststellungen zur Schuldfähigkeit im erkennenden Verfahren stellt der Gutachter eine Diagnose und ggfs. Indikation zur Behandlung. Er ist dabei nicht durch die Schweigepflicht gebunden und kann wesentlich mehr und bessere Erkenntnismittel einsetzen als der intramurale Psychotherapeut. Neben einer Reihe medizinisch-technischer Untersuchungsmethoden ist hier vor allem – nach gebotener prozessualer Absicherung – die Befragung signifikanter Dritter zu nennen, die gerade in *rebus sexualibus* von eminenter Bedeutung ist.

Diese Einschränkung hinsichtlich fehlender Vorgutachten gilt im übrigen in vollem Umfang auch für die gerichtlich angewiesene ambulante Therapie von Sexualstraf Tätern im Rahmen der Bewährung oder der Führungsaufsicht: Zunehmend beobachten wir, dass Richter – die ja eine ärztliche Diagnose und Therapieindikation nicht stellen können – eine solche Weisung zur Psychotherapie ohne sachverständige Begutachtung des Probanden erlassen. Es bleibt dabei völlig ungeprüft, ob überhaupt adäquate therapeutische Kapazität verfügbar ist, ob die Therapie ambulant möglich ist usw. Dies geht soweit, dass Freiheitsstrafen nur deshalb zur Bewährung ausgesetzt werden, weil der Verurteilte bereit sei, sich in eine psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Findet er keinen Therapeuten – weil es zu wenige von ihnen gibt, oder weil diese die Behandlungsmöglichkeit aus Gründen, die in der Person des Verurteilten liegen (Sprachbarriere, erhebliche intellektuelle Minderbegabung usw.) ablehnen –, so kann dies dem Verurteilten nicht vorgeworfen werden (indem man seine Bewährung widerruft): Er bleibt unbehandelt in Freiheit.

5. Probleme und Desiderata – die vorbehaltlich und die nachträglich angeordnete Sicherungsverwahrung

Die justizielle Praxis hat inzwischen gezeigt, dass in einigen wenigen Fällen die gem. § 454 StPO, Abs. 2 (n.F.) veranlasste Prognose-Begutachtung zur sog. 2/3-Entlassung „zu spät kommt“. Wir hatten bereits im Vorfeld der Strafrechtsänderung (Bosinski 1997) darauf hingewiesen, dass bei einer (sicher nur selte-

nen) gutachterlichen Feststellung nach wie vor bestehender Gefährlichkeit zum Zeitpunkt der beantragten „vorzeitigen Entlassung“ sich tatsächlich nicht viel ändert: Der Gefangene muss seine Haftzeit voll verbüßen, kommt dann aber „unverändert“ in Freiheit, allerhöchstens mit Anordnung einer Führungsaufsicht und entsprechenden Weisungen (deren Nicht-Befolgung aber aus unserer Erfahrung nur geringe Konsequenzen nach sich zieht).

Diese Situation ist offensichtlich unbefriedigend und hat dazu geführt, dass die CDU/CSU-Fraktion im Juli 2001 (BT-Drucksache 14/6709) einen Gesetzentwurf in den Bundestag einbrachte, der unter anderem vorsieht, dass „... gegen hochgefährliche Straftäter die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung nachträglich, d. h. in der Zeit zwischen der Rechtskraft des Urteils und der vollständigen Verbüßung der verhängten Freiheitsstrafe durch Beschluss der Strafvollstreckungskammer“ angeordnet werden kann. Dieser Entwurf ist wegen verfassungsrechtlicher Bedenken im Bundesrat gescheitert, in Baden-Württemberg kann jedoch seit März 2001 solche nachträgliche Sicherungsverwahrung durch das dem Landesrecht unterliegende Polizeirecht (Straftäter-Unterbringungsgesetz, StrUBG) angeordnet werden, und zwar unter dem ordnungsrechtlichen Gesichtspunkt der Gefahrenabwehr („Gefahr für die öffentliche Sicherheit“). Auch Hessen plant ein solches Gesetz, und in Schleswig-Holstein wird eine entsprechende landesrechtliche Regelung von der CDU-Landtagsfraktion gefordert (Kieler Nachrichten vom 27.02.2002). Bundeskanzler Gerhard Schröder unterstützt das landesrechtliche Vorgehen nachdrücklich (Pressemitteilung der Bundesregierung vom 12.7.2001) und Bundesjustizministerin Däubler-Gmelin hat die Länder zur Einführung entsprechender Gesetze aufgefordert (Presseinformation vom 24.1.2002)². Bayern hatte bereits 1997 und 1998 einen entsprechenden Antrag über den Bundesrat eingebracht, der dort scheiterte. Seit dem 1.1.2002 gilt auch in Bayern eine polizeirechtliche Regelung. Sie ersetzt die zuvor angewandte und sowohl fachlich als auch rechtlich umstrittene Praxis, gefährliche Straftäter nach ihrer Entlassung aus dem Strafvollzug über das Unterbringungsgesetz in psychiatrische Krankenhäuser einzuweisen.

Die von verschiedener Seite vorgebrachten verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine *post festum* Verhängung der Sicherungsverwahrung werden unter anderem damit begründet, dass es hier zu einer nachträglichen Strafverschärfung außerhalb des öffentlichen Gerichtsverfahrens und ohne Beiziehung von Schöffen kommt. Des weiteren wird geltend gemacht,

² „Wenn sich die Gefahr erst aus dem Verhalten im Vollzug ergibt, müssen die Bundesländer diese Möglichkeit schaffen. Vorbeugung ist Länderkompetenz.“

dass damit indirekt in die bundeshoheitliche Gesetzgebung (durch länderspezifische Praxis der Anwendung des § 66 StGB) eingegriffen wird. Schließlich wird angeführt, dass von den zwei in den baden-württembergischen und bayerischen Landesgesetzen geforderten Gutachtern tatsächlich nur einer unabhängig sei – der zweite kommt jeweils aus der JVA (die den Antrag auf Unterbringung stellt). Vielleicht ist dies auch der Hintergrund dafür, dass in Baden-Württemberg in den ersten neun Monaten nach Inkrafttreten des StrUBG der Landesjustizminister Goll (FDP) – der sich eine Vorab-Prüfung vorbehalten hat – neun von zehn durch die jeweiligen Anstaltsleitungen gestellten Anträgen auf nachträgliche Anordnung der Sicherungsverwahrung ablehnte (Presseinformation der SPD-Landtagsfraktion Baden-Württemberg vom 7.12.2001)³.

Die verfassungsrechtlichen Bedenken können in der Tat einige Plausibilität für sich in Anspruch nehmen, zumal wenn man bedenkt, dass die Sicherungsverwahrung noch immer als „die fragwürdigste Maßregel des Strafrechts“ betrachtet wird (i. Überbl. Kinzig, 1997). Auch wenn die Sicherungsverwahrung zum Katalog der „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 61 ff StGB) gehört, so steht hier doch der Sicherheitsaspekt der Allgemeinheit ganz im Vordergrund. Die Sicherungsverwahrung ist bei der ersten Anordnung zehn Jahre, bei der zweiten unbefristet (mit festgeschriebenen Prüfungsfristen) im Regellvollzug zu verbringen. Schon deshalb wurde sie zumindest bislang, wenn auch in den letzten 10 Jahren zunehmend, so doch aber insgesamt außerordentlich zurückhaltend und davon nur in ca. einem Viertel bei einem Sexualstraftäter verhängt (s. Tab. 3).

Tab. 3: Zahl der Verurteilten mit angeordneter Sicherungsverwahrung (SV) gem. § 66 StGB *

Jahr	Sicherungsverwahrung insgesamt	davon wegen Sexualstraftat
1990	31	7
1991	38	14
1992	34	16
1993	27	8
1994	40	18
1995	45	13
1996	46	7
1997	46	18
1998	61	14
1999	55	24
2000	60	17

* Quelle: Quelle: Strafverfolgungsstatistik, Statistisches Bundesamt Wiesbaden; Angaben für die alten Bundesländer und Berlin

Das Bundeskabinett hat nun jüngst (Presseinformation vom 13.3.2002) einen Gesetzesentwurf zur „Anordnung der Sicherungsverwahrung unter Vorbehalt“ beschlossen. Eine solche Regelung würde bedeuten, dass – in Analogie zu § 67 b StGB, der dies jetzt schon bei den Maßregeln „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“ (§ 63 StGB) bzw. „in einer Entziehungsanstalt“ (§ 64 StGB) vorsieht – neben einer Freiheitsstrafe eine Sicherungsverwahrung angeordnet, aber „zur Bewährung“ ausgesetzt würde. Das erkennende Gericht kann dann zunächst den Verlauf einer intramuralen Therapie bei Ableistung der Regelstrafe abwarten und im weiteren Verlauf über die Vollstreckung der Maßregel Sicherungsverwahrung entscheiden.

Diese Regelung hätte nicht zuletzt den Vorteil, dass die Anordnung der Sicherungsverwahrung in einem rechtsstaatlich transparenten, öffentlichen Verfahren (und nicht durch die Strafvollstreckungskammer) getroffen werden würde. Voraussetzung für diese Regelung wäre allerdings zweierlei:

1. Ein rechtlich einwandfreies, sowohl die Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit im Blick habendes als auch den therapeutisch notwendigen Schutzrahmen der Behandlung währendes *Procedere* im Umgang mit der Schweigepflicht. Das in der Kieler Sexualmedizin in Anlehnung an die sog. Sankelmarker Thesen entwickelte und oben ausführlich referierte diesbezügliche Verfahren hat sich in der Praxis bewährt.

2. Bei der Anordnung der Sicherungsverwahrung muss seit 1970 regelhaft ein ärztlicher Sachverständiger gehört werden, der gem. § 246 a StPO sich auch zu äußern hat „... über die Gesamtheit der Persönlichkeitsmerkmale des Angeklagten (...) die für die Beurteilung seines Hanges und der ihm zu stellenden Gefährlichkeitsprognose bedeutsam sind“ (BGH Strafv 1994, S. 234; zit. nach Kinzig a.a.O.) und dazu, ob der Anordnung der Maßregel „Sicherungsverwahrung“ mit einer medizinischen Behandlungsmaßnahme (etwa bei einer behandlungsbedürftige psychische Erkrankung) begegnet werden kann (Kaatsch 1984).

Nun hat jedoch das Gericht (außer den Vorgaben des § 66, Abs., Satz 1 und 2 StGB)⁴ a priori keine Kenntnis darüber, bei welchem Sexualstraftäter die Anordnung der Sicherungsverwahrung in Frage kommt. Das bedeutet, dass es *allgemein* in ererkennenden Verfahren gegen Sexualstraftäter deutlich häufiger zur fachärztlichen Begutachtung kommen muss. Denkbar ist hier eine ministeriale Empfehlung zur vermehrten Bestellung von Sachverständigen, welche sicher nicht die richterliche Unabhängigkeit tangieren

³ Allerdings erstaunt uns die in dieser Presseinformation auch genannte Zahl von „114 Strafgefangenen in Baden-Württemberg (bei denen) die formalen Voraussetzungen für eine Sicherungsverwahrung vorliegen“.

⁴ Da dieser neue Gesetzesentwurf uns bislang nicht vorliegt, gehen wir zunächst davon aus, dass diese Voraussetzungen weitergelten sollen.

würde. Die Sachverständigen hätten dann eben nicht nur zur Frage der Schuldfähigkeit gem. §§ 20,21 StGB (die für die Anordnung einer Sicherungsverwahrung keine gesetzliche Vorgabe ist), sondern auch zur Prognose Stellung zu nehmen und damit dann ggfs. auch jenen „Hang zu erheblichen Straftaten“ zu diagnostizieren, welcher gem. § 66 StGB eine der notwendigen Voraussetzungen für die Verhängung der Sicherungsverwahrung ist.

Eine solche Zunahme der sexualmedizinisch-forensischen Begutachtungen in erkennenden Verfahren gegen Sexualstraftäter allgemein, und nicht erst – wie heute gem. § 454 StPO, Abs. 2 – „am Ende des Verfahrens“, hätte im übrigen den unabweisbaren Vorteil, dass sich dann auch die im vorangegangenen Abschnitt thematisierten Probleme der fehlenden Diagnostik und Indikation bei gerichtlich angeordneter oder in der JVA angebotener Psychotherapie verringern würden: Auch hierzu würde der Sachverständige bereits im Vorwege Stellung nehmen müssen.

Diese Begutachtungen könnten dann auch die (u.E. schon jetzt geringe) Zahl derjenigen Gefangenen minimieren, bei denen sich erst während der Haft der „Hang zu erheblichen Straftaten“ zeigt, und so die verfassungsrechtlich bedenkliche nachträgliche Anordnung der Sicherungsverwahrung überflüssig machen.

Allerdings ist für eine solche Regelung eine deutliche Erhöhung der quantitativen und auch qualitativen Kapazität an Sachverständigen erforderlich, welche idealiter forensisch, sexualmedizinisch *und therapeutisch* qualifiziert sein müssten: Nach unserer Schätzung werden gegenwärtig maximal 15% aller Sexualstraftäter im erkennenden Verfahren begutachtet. Einer der Gründe dafür, dass Richter häufig auf die Einholung von Gutachten verzichten, dürfte darin bestehen, dass Sachverständige fehlen und die Verfahren dadurch in die Länge gezogen würden (mit den bekannten misslichen Auswirkungen, insbesondere in Haftsachen).

Ein solcher Qualifizierungsbedarf für Sexualmedizin und Forensik besteht im übrigen jetzt schon durch die gestiegene Nachfrage nach Entlassungsbegutachtungen: Nach unserem Eindruck kommt es hier aufgrund von Gutachtermangel zur Verzögerung und nicht selten auch zum Ausbleiben der – zu Resozialisierungszwecken und auch für therapeutisch begleitete Erprobungen eigentlich unerlässlichen – vorzeitigen 2/3-Entlassung auf Bewährung.

Dringender Qualifikationsbedarf besteht darüber hinaus für ambulante, intramurale oder in Sozialtherapeutischen Einrichtungen tätige Therapeutinnen und Therapeuten von Sexualstraftätern (Beier et al. 2000). Es ist deshalb zu hoffen, dass die von verschiedenen Fachgesellschaften (unter anderem der Akademie für Sexualmedizin) entfaltenen Initiativen zur Einführung von Curricula und Weiterbildungsnachweisen in Forensischer Psychiatrie (Nedopil & Sass, 1997; Sass, 2000) und in Sexualmedizin (Vogt et al. 1995; Beier 1999) hier eine Wende zum Besseren bringen.

Literatur:

- Beier, K.M. (1999): Sexualmedizin: Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. Dt. Ärztebl 96: A-2075-2077.
- Beier, K.M.; Hartmann, U.; Bosinski H.A.G. (2000): Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie* 7: 95f.
- Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit, K.: *Sexualmedizin*. Urban und Fischer: München 2001
- Beier, K.M.; Hinrichs, G. (1995): *Psychotherapie mit Straffälligen*. Standorte und Thesen zum Verhältnis von Patient – Therapeut – Justiz. Stuttgart: Fischer Verlag.
- Böllinger, L. (1999): Ein Schlag gegen das Resozialisierungsprinzip. Offenbarungspflicht der Therapeuten im Strafvollzug. *Z f Sexualforsch* 12: 140-158.
- Bosinski, H.A.G. (1997): Sexueller Kindesmißbrauch: Opfer, Täter und Sanktionen. *Sexuologie* 4: 27-88.
- Kaatsch, H.-J. (1984): Die Zuziehung des medizinischen Sachverständigen bei Anordnung der Sicherungsverwahrung (§§ 80a, 246a StPO). *Beiträge zur Geschichtl Medizin* 42: 5-8.
- Kinzig, J. (1997): Die Gutachtenpraxis bei der Anordnung der Sicherungsverwahrung. *Recht & Psychiatrie* 15: 9-19.
- Nedopil, N. (1999): Begutachtung zwischen öffentlichem Druck und wissenschaftlicher Erkenntnis. *Recht & Psychiatrie* 17: 120-126.
- Nedopil, N.; Sass, H. (1997): Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“? *Nervenarzt* 68: 529-530
- Ponseti, J.; Vaih-Koch, S.R.; Bosinski, H.A.G. (2001): Zur Ätiologie von Sexualstraftaten: Neuropsychologische Parameter und Komorbidität. *Sexuologie* 8: 65-77.
- Rotthaus, K.P. (1998): Neue Aufgaben für den Strafvollzug bei der Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten. *NSZ, H. 12*: 597-600.
- Sass, H. (2000): Zur Musterweiterbildungsordnung: Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“, Weiterbildungscurriculum und Übergangsbestimmungen. *Nervenarzt* 71: 763-765
- Schöch, H. (1998): Das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.1. 1998. *NJW* 18: 1257-1262.
- Schöch, H. (1999): Zur Offenbarungspflicht der Therapeuten im Justizvollzug gem. § 182 II StVollzG. *Z Str Vo* 5/ 99: 259-266.
- Vogt, H.-J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. (1995): Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 2: 65-89.

Anschriften der Autoren

Priv.-Doz. Dr.med. Hartmut A.G. Bosinski, Dipl.-Psych. Jorge Ponseti, Dipl.-Psych. Falk Sakewitz; Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Universitätsklinikum der CAU; Arnold-Heller-Str. 12; 24105 Kiel; e-mail: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de