

CHARITÉ – UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
Institut für Forensische Psychiatrie, Limonenstraße 27, 12203 Berlin

Fax-Nr.: 227-36081

**Deutscher Bundestag
Rechtsausschuss**

rechtsausschuss@bundestag.de

**INSTITUT FÜR FORENSISCHE
PSYCHIATRIE**

Prof. Dr. med. Norbert Konrad

Telefon: (030) 8445 – 1411

Telefax: (030) 8445 – 1440

norbert.konrad@charite.de

02.03.2007

**Öffentliche Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Führungsaufsicht am 07.03.2007**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in o. a. Angelegenheit nehme ich wie folgt Stellung:

Soweit im Gesetzentwurf neuere forensisch-psychiatrische und kriminologische Erkenntnisse berücksichtigt wurden, sind die daraus abgeleiteten Gesetzesänderungen (insbesondere die Schaffung der Möglichkeit einer vorübergehenden stationären Unterbringung zur Krisenintervention, die Nennung forensischer Ambulanzen und die Möglichkeit Vorführungsbefehle zu erlassen) aus meiner Sicht sinnvoll. Das Ziel des Gesetzes, eine effizientere praktische Handhabung der Führungsaufsicht zu ermöglichen, kann sich jedoch nur auf dünnes empirisches Material stützen, weswegen aus meiner Sicht dringend geboten ist, die Umsetzung nach Verabschiedung des Gesetzes mit begleitender Implementationsforschung zu verknüpfen.

Nach den im § 68 b Abs. 2 vorgesehenen Regelungen ist zu erwarten, dass vermehrt haftentlassene Vollverbüßer Nachsorgeweisungen erhalten und in Betreuung und Behandlung einer forensischen Ambulanz kommen werden. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da nach neueren epidemiologischen Studien ein hoher Anteil an Strafgefangenen psychische Störungen aufweist und von daher eine Behandlungsindikation besteht. Da aber gleichzeitig nach den Praxiserfahrungen ein hoher Anteil Haftentlassener keine günstige Legalprognose aufweist, sondern dem sogenannten Mittelfeld der Prognose zuzuordnen ist (nur bei einem kleineren Anteil wird man von einer recht eindeutigen negativen Legalprognose ausgehen müssen), dürfte mit einer massiven Ausweitung der Fallzahlen in der Führungsaufsicht in diesem Kontext zu rechnen sein, denen in der Praxis dann ein deutlich unzureichendes Angebot gegenübersteht.

Die Erhöhung des Strafmaßes im § 145 a Satz 1 von einem auf drei Jahre ist empirisch nicht zu begründen: Nach den vorliegenden Statistiken ist davon auszugehen, dass selbst bei dem bisherigen Strafmaß eine Anordnung von Freiheitsstrafe aufgrund § 145 a StGB in unter einem Prozent aller Fälle von Führungsaufsicht erfolgte, ohne dass andere Delikte begangen worden wären. Die erhoffte Wirksamkeit der vorgesehenen Strafrechtsverschärfung ist schon deshalb in Frage zu stellen, als davon auszugehen ist, dass bei psychisch relativ stabilen und steuerungsfähigen Probanden auch eine Strafdrohung von einem Jahr ausreicht, um sie zur Befolgung von Weisungen anzuhalten, die an ihre Lebensführung keine unzumutbaren Anforderungen stellen. Psychisch Kranke oder suchtkranke ehemalige Patienten des Maßregelvollzuges dürften bei psychischer Dekompensation auch nicht durch eine Verschärfung des Strafrechts erreicht werden; vielmehr ist in diesen Fällen, soweit die zu begrüßende vorgesehene Möglichkeit der stationären Krisenintervention nicht ausreicht, ein Widerruf im Falle einer Aussetzung in Betracht zu ziehen.

Wissenschaftliche Studien zur Legalbewährung entlassener Maßregelpatienten legen nahe, dass die mit der Nachbetreuung befassten Stellen (Führungsaufsichtsstelle, Bewährungshelfer, forensische Ambulanz oder sonstig beteiligte Therapeuten) sich in Helferkonferenzen abstimmen müssen, auch um auf problematische Entwicklungen rasch zu reagieren. Nach den für die Gesamtklientel

der Führungsaufsicht vorgesehenen Regelungen im § 68 a Abs. 8 Satz 2 Nr. 2 muss die forensische Ambulanz (sowie gem. § 68 b Abs. 5 der mit der (auch psycho)therapeutischen Behandlung befasste Arzt oder Psychologe) die Aufsichtsstelle und das Gericht informieren, wenn das Verhalten oder der Zustand der verurteilten Person neben der neu geschaffenen Möglichkeit der stationären Krisenintervention einen Bewährungswiderruf oder eine unbefristete Verlängerung der Führungsaufsicht gem. § 68 c Abs. 3 StGB erforderlich erscheinen lässt. Dies wird zu einer erheblichen Irritation der in der Praxis tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten führen: Wie schon bei der Diskussion um § 182 StVollzG wird es Diskussionen darum geben, was zur Aufgabenerfüllung „erforderlich“ ist, also nicht nur die Offenbarung von äußerlichen Daten (z. B. nicht Erscheinen zu einem vereinbarten Psychotherapietermin), sondern eben auch Inhalte der Psychotherapie wie bewusste und unbewusste Einstellungen des Verurteilten zu der/den von ihm begangenen Straftat(en) ebenso wie Gefühle und Phantasien gegenüber Angehörigen oder Lebensgefährten sowie insbesondere Gewalt- und Sexualphantasien, die in einer Psychotherapie thematisiert werden. Viele Therapeuten werden sich vor der Situation sehen, dass sie in einer von Misstrauen geprägten Organisation einen Freiraum schaffen müssen, in dem ein von Vertrauen getragenes Arbeitsbündnis entstehen kann; dabei bewegen sie sich zwischen der Scylla einer Ermittlungshaltung, d. h. der Prüfung, ob die Angaben des Klienten nicht doch für eine Gefährdung sprechen, und der Charybdis eines „Furor Sanandi“, weil sie bemüht sein müssen, die vermeintliche Gefährlichkeit durch vermehrte therapeutische Anstrengungen auszuräumen; in beiden Fällen wird die therapeutische Haltung aufgegeben und die geforderte äquidistante Haltung verloren. Auf Seiten des Klienten ist es schwierig genug, schambesetzte Inhalte zu berichten, so dass aufgrund der Befürchtung weiterer Beschämung wegen der Offenbarung Schweigetendenzen verstärkt werden. Die Vermutung, dass potentiell jede der Äußerungen in der Therapie zur Einschätzung im Hinblick auf einen möglichen Widerruf oder die Verlängerung der Führungsaufsicht bewertet würden, kann bewusste oder unbewusste strategische Verzerrungen der Therapiesituation bewirken. Schließlich werden sich die Therapeuten fragen, welche Sanktionen auf sie zukommen, wenn ein Klient Straftaten begeht, die bei Kenntnis der offenbarungspflichtigen Tatsachen möglicherweise hätten vermieden werden können; dies wird die Neigung, Therapieverpflichtungen gegenüber einer

hochproblematischen Patientenklientel einzugehen, nicht fördern. Schließlich wird man mit der Regelung in Kauf nehmen müssen, dass das Spektrum verfügbarer Therapieformen reduziert wird, wenn speziell gesprächspsychotherapeutische, tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytisch begründete Methoden zurücktreten (wie auch aufgrund der Stellungnahme der DGPT zu befürchten), und auch Verhaltenstherapeuten, die sich auf ein Schweigepflichtssetting berufen, nicht zur Verfügung stehen. Von daher wäre aus Sicht des Unterzeichners eine klarere Regelung, die den Rollenkonflikt Gutachter/Therapeut entschärft, wünschenswert.

Prof. Dr. N. Konrad