



Kriminologischer Dienst
des Bayerischen Justizvollzugs

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im
Recht der Sicherungsverwahrung**

**zur öffentlichen Anhörung am 27. Juni 2012 vor dem Rechtsausschuss des Deutschen
Bundestags**

**von
Dr. Johann Endres
Diplom-Psychologe
Leiter des Kriminologischen Dienstes des bayerischen Justizvollzugs**

Erlangen, 25. Juni 2012

Die nachfolgende Stellungnahme bezieht sich auf die übersandten Unterlagen, nämlich

- (1) den Entwurf eines Gesetzes zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung (BT-Drs. 173/12)
- (2) den Antrag der Fraktion der SPD (BT-Drs. 17/8790)
- (3) den Antrag der Abgeordneten Halina Wawzyniak, Jan Korte, Ulla Jelpke und weiterer Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 17/7843).

Mit einbezogen wurde außerdem

- (4) die Stellungnahme des Bundesrates vom 11. 5. 2012 (Drs. 173/12).

Vorbemerkung: Der Verfasser ist Diplom-Psychologe mit der Zertifizierung zum Fachpsychologen für Rechtspsychologie. Neben der wissenschaftlichen Befassung mit Fragen der Kriminalitätserklärung und Straftäterbehandlung hat er praktische Erfahrungen mit Sicherungsverwahrten als Anstaltspsychologe an der JVA Straubing von 1994 bis 2004 sowie als Gutachter in Prognosefragen gesammelt. Er war in letzter Zeit Mitglied einer Arbeitsgruppe, die sich mit der landesgesetzlichen Umsetzung der höchstgerichtlichen Rechtsprechung für den Vollzug der Sicherungsverwahrung im bayerischen Justizvollzug befasst hat. Außerdem hat er ein ausführliches Behandlungskonzept für den künftigen Vollzug der Sicherungsverwahrung in Bayern als Erstautor verfasst.

Die nachfolgende Stellungnahme basiert auf diesen Kenntnissen und Erfahrungen. Zu rein juristischen Aspekten der Problematik werden keine Meinungen abgegeben.

1.) Gefährlichkeit und Behandlungsbedürftigkeit als zentrale Aspekte bei der resozialisierenden Behandlung von Straftätern

1.1) Als grundlegendes **theoretisches Modell der Straftäterbehandlung** hat sich auch in Deutschland in den letzten Jahren das von den kanadischen Psychologen Don Andrews und James Bonta entwickelte Risk-Need-Responsivity-Modell durchgesetzt.¹ Dieses postuliert, dass sich die Intensität der Behandlung am Ausmaß der individuellen Gefährlichkeit orientieren soll; hochgefährliche Täter sollen also besonders intensiv behandelt werden. Die Behandlungsziele sollen sich aus den individuellen Delinquenzfaktoren ergeben, also denjenigen individuellen Defiziten und Dispositionen, welche in der persönlichen Kriminalitätsentwicklung ursächlich waren (z.B. mangelnde Selbstkontrolle, Alkoholprobleme usw.). Das dritte Prinzip, Ansprechbarkeit (responsivity) fordert, dass bei der Behandlung die individuellen Lernvoraussetzungen (Erfahrungshintergrund und Lernstile) angemessen berücksichtigt werden.

1.2) In den **Begriff der Gefährlichkeit** geht neben der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls auch die Schwere der befürchteten Rechtsverletzung ein; In der Fachwissenschaft gilt es heute als gesichert², dass Hochrisikogruppen (also Personen, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie erneut schwere Straftaten begehen), sich anhand von biografischen und persönlichen Merkmalen relativ zuverlässig identifizieren lassen. Wichtige Risikofaktoren sind dabei eine Vielzahl von Vorstrafen, eine dissoziale bzw. antisoziale Persönlichkeitsstruktur oder Persönlichkeitsstörung, kriminalitätsbegünstigende Einstellungen, eine Substanzproblematik sowie im Falle von Sexualtätern eine sexuelle Deviation bzw. Paraphilie (z.B. in Form einer Pädophilie oder einer sadomasochistischen Störung). Im Einzelfall können im Rahmen einer individuellen Delinquenztheorie zusätzliche Merkmale und Motive bedeutsam sein.

1.3) Die **prognostische Beurteilung** von Straftätern hat in den letzten drei Jahrzehnten große Fortschritte gemacht. Alleine durch die Verwendung einfacher Merkmalslisten lassen sich beispielsweise Gruppen von Sexualstraftätern mit einer einschlägigen Rückfallwahrscheinlichkeit unter 5 Prozent von Gruppen mit über 50 Prozent unterscheiden.³ Durch Einbeziehung einzelfallbezogener Gesichtspunkte lässt sich die Vorhersagegüte weiter steigern. Da Rückfall oder Nichtrückfall stets auch von nicht vorhersagbaren Umständen und Entwicklungen abhängig sind (z.B. von Einflüssen des sozialen Empfangsraums und Maßnahmen des Übergangs- und Risikomanagements sowie vom Gesundheitszustand) wird eine sichere Voraussage kriminellen Verhaltens niemals möglich sein. Aus diesen Gründen erscheint es auch nicht gerechtfertigt, dann von Prognosefehlern zu sprechen, wenn sich eine zutreffend festgestellte hohe Gefährlichkeit nicht in einer neuen Straftat realisiert oder wenn bei zutreffend eingeschätzter geringer Gefährlichkeit ein Entlassener trotzdem rückfällig wird. Mit anderen Worten: Der Nichteintritt eines mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhergesagten Ereignisses widerlegt nicht zwingend die Vorhersage, wenn

1 Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: Anderson.

Vgl. Endres, J., Schwanengel, M. F. & Behnke, . (2012). Diagnostik und prognostische Beurteilung in der Sozialtherapie. In B Wischka, W. Pecher & H. Van den Boogaart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern* (S. 101 – 122). Freiburg: Centaurus.

2 Vgl. Dahle, K.-P. (2006). Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 1 – 67). Heidelberg: Steinkopff. - Nedopil, N. (2005). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie - Ein Handbuch für die Praxis*. Lengerich: Pabst.

3 Vgl. Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. (2006). *Violent offenders – Appraising and managing risk*. Washington DC: American Psychological Association. - Deutsche Übertragungen zweier gebräuchlicher statistischer Prognoseverfahren (VRAG und SORAG) finden sich, inklusive Erläuterungen und Tabellen mit Rückfallwahrscheinlichkeiten für einzelne Risikokategorien, auf der Website www.fotres.ch.

diese methodisch fehlerfrei zustande gekommen ist.

1.4) **Gefährlichkeit** ist aus fachwissenschaftlicher Sicht kein binäres Merkmal (gegeben oder nicht gegeben), sondern **eine kontinuierliche Variable**, die mehr oder weniger stark ausgeprägt sein kann. Von welcher Ausprägung an man einem Straftäter über den Zeitraum seiner Strafverbüßung hinaus aus präventiven Gründen seine Freiheit entziehen darf und will, lässt sich nicht empirisch-wissenschaftlich begründen, sondern erfordert juristische Güterabwägungen und politische Entscheidungen.⁴

1.5) Ein **Anwendungsbereich für eine nachträgliche Therapieunterbringung** entsprechend dem Antrag des Bundesrates könnte sich ergeben, wenn die im erkennenden Verfahren getroffenen diagnostischen Feststellungen sich als von vorneherein falsch erweisen oder durch neue Erkenntnisse und Entwicklungen modifiziert werden müssen. Ersteres kann vorkommen, wenn sich die gutachterlichen Bemühungen im Strafverfahren zu sehr auf die Beurteilung des psychischen Zustands zum Zeitpunkt der Tat fokussieren. Neue Erkenntnisse können die Therapiebereitschaft (Fähigkeit und Motivation) betreffen oder auch Defizite und Behandlungsbedürfnisse, die erst im Rahmen einer bereits eingeleiteten Therapie bekannt werden und die Gefährlichkeit in einem neuen Licht erscheinen lassen. Dies kann dann auch zur Diagnose einer vorher nicht als solche erkennbaren psychischen Störung führen. Hier kann es sich um Erkenntnisse (z.B. hinsichtlich sexueller Phantasien) handeln, die ohne eine bereits fortgeschrittene Behandlung noch gar nicht eruierbar gewesen wären.

1.6) Bei der Frage, ob eine nachträgliche Therapieunterbringung auch auf **nach dem Jugendstrafrecht Verurteilte** ausgedehnt werden soll, wird häufig übersehen, dass es sich dann in aller Regel nicht mehr um Jugendliche oder um Heranwachsende handeln wird, sondern um Personen, die zum Zeitpunkt dieser Prüfung 25 bis 30 Jahre alt sind. Das oft gebrauchte (und für sich genommen durchaus stichhaltige) Argument, bei Jugendlichen könnten Hochrisikokonstellationen noch nicht verlässlich festgestellt werden, greift also nicht in diesen Fällen nicht.

1.7) Schwieriger als die Einschätzung des Ausgangsrisikos anhand sogenannter statischer (d.h. unveränderlicher) Risikofaktoren gestaltet sich allerdings die **Einschätzung der Verminderung des Rückfallrisikos von Straftätern nach einer intensiven Behandlung**. Die durchschnittlichen Effekte von Straftäterbehandlung auf die Rückfallwahrscheinlichkeit liegen durchaus in der Größenordnung von anerkannten medizinischen Behandlungsformen (z.B. bei der Krebsbehandlung). Die Einschätzung allerdings, ob ein Inhaftierter von seiner Behandlung profitiert hat, muss sich auf Indikatoren stützen (beobachtetes Verhalten in der Institution, bekundete Einstellungsänderungen, Einübung und Umsetzung von neuen Verhaltensoptionen, Gestaltung von Beziehungen), die zum einen fälschungsanfällig sind und zum anderen nur bedingt auf das Verhalten in Freiheit zu übertragen sind. Die Bewährung in Vollzugslockerungen erweitert zwar die diagnostische Basis für solche Einschätzungen, indem sie verbleibende Fehlanpassungen und Probleme bei der Umsetzung des Neugelerten sichtbar machen kann, bietet aber keine vollständige Gewähr dafür, dass die Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit eines Inhaftierten klar erkennbar wird.

1.8) Für die gesetzliche Ausgestaltung der Sicherungsverwahrung bedeutet dies bezogen auf die **Überprüfungsfristen**, dass allzu viele Begutachtungen in zu kurzen Abständen keine zusätzliche

4 Es gibt einige empirische Untersuchungen, die nahe zu legen scheinen, dass die Gefährlichkeit von Sicherungsverwahrten stark überschätzt wird. Allerdings basieren diese Arbeiten zum Teil auf kleinen Stichproben, die nicht für die Gesamtheit der Sicherungsverwahrten repräsentativ sind, z.B. Personen, bei denen wegen vorliegender formaler Voraussetzungen die Anordnung der Sicherungsverwahrung überprüft, aber dann letztlich doch verneint wurde. Und die Beobachtungszeiträume sind meistens zu kurz, um abschließende Aussagen zu ermöglichen.

Sicherheit (hinsichtlich der Gefährlichkeitseinschätzung wie auch hinsichtlich des Schutzes der Allgemeinheit) bieten können. Neben den in der Stellungnahme des Bundesrats angesprochenen psychischen Belastungen für den Probanden ist auch zu beachten, dass Begutachtungen stets auch Rückmeldungen darstellen, welche sowohl eine vertiefte therapeutische Bearbeitung als auch eine vordergründige Anpassung von verbalen Bekundungen an das vermeintlich Erwartete und Zielführende zur Folge haben können. Eine Frist von 12 Monaten erscheint auch in Hinsicht darauf, dass eine erfolgreiche Behandlung bei dieser Zielgruppe nicht innerhalb weniger Monate wesentliche Behandlungsziele erreichen kann, keinesfalls zu hoch gegriffen. Ausnahmen sollten nach meiner Ansicht ermöglicht werden, etwa dann, wenn Therapeuten und Probanden darin übereinstimmen, mit Rücksicht auf die längerfristig angelegte Behandlung zeitweilig auf eine Prüfung zu verzichten. Denn dass sich bei einem hochgradig gefährlichen Straftäter bereits 12 Monate nach einer begonnenen Behandlung Fortschritte ergeben, die eine Entlassung begründen könnten, wird äußerst selten eintreten; eine Prüfung zu diesem Zeitpunkt könnte falsche Hoffnungen erwecken und dadurch den Behandlungsprozess beeinträchtigen.

2.) Voraussetzungen der Behandlung in der Sicherungsverwahrung

Bei der geforderten Therapieorientierung der Sicherungsverwahrung (und ähnlich auch deren anderen diskutierten Maßregeln) ist folgende **Ausgangssituation** zu beachten⁵:

2.1) Bei vielen Sicherungsverwahrten sind **Persönlichkeitsstörungen** zu diagnostizieren, häufig in Form der dissozialen Persönlichkeitsstörung (nach dem Diagnosesystem ICD-10 der WHO) bzw. antisozialen Persönlichkeitsstörung (nach dem Diagnosesystem DSM-IV der American Psychiatric Association). Vielfach liegen hohe bis sehr hohe Ausprägungen des Merkmals „psychopathy“ vor, welches allgemein als stärkster Prädiktor kriminellen Verhaltens und krimineller Rückfälle gilt.⁶ Diese Störungen gelten als sehr schwer behandelbar (siehe unten!). Hinzu kommen in vielen Fällen Probleme mit Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit. Eine psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne (also etwa eine schizophrene Psychose oder eine schwere Depression) hingegen liegt bei den meisten Personen, bei denen Sicherungsverwahrung angeordnet wird, nicht vor.

2.2) Einige weitere Aspekte, welche die **Gefährlichkeit** von wiederholt auffälligen Straftätern ausmachen, sind **nicht auf eine psychische Störung reduzierbar**; es handelt sich eher um Aspekte eines sozial unangepassten Lebensstils oder um subkulturell geprägte Denkmuster und Einstellungen. Umgekehrt sind psychische Störungen, auch wenn sie mit Straffälligkeit einhergehen, keinesfalls zwangsläufig kausale Faktoren für Kriminalität. Auch dort, wo bei Sicherungsverwahrten behandlungsbedürftige psychische Störungen vorliegen, z.B. depressive Reaktionen, handelt es sich manchmal eher um Folgen der Inhaftierung oder des abweichenden Lebensstils. Die kriminaltherapeutische Behandlung von Straftätern mit dem Ziel der Rückfallverminderung ist trotz vieler Überschneidungsbereiche nicht identisch mit der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung psychischer Störungen mit dem Ziel der Heilung oder der Linderung von Beschwerden.

5 Vgl. Gairing, S., de Tribolet-Hardy, F., Vohs, K. & Habermeyer, E. (2011). Diagnostische und kriminalprognostische Merkmale von Sicherungsverwahrten und ihre Bedeutung für das Therapieunterbringungsgesetz. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 94, 243 – 252.

6 Das Konstrukt „Psychopathy“ wurde von dem kanadischen Psychologen Robert Hare entwickelt; es umfasst vier Facetten, nämlich (1) Gefühlskälte und fehlende Reue, (2) eine ausbeuterische und manipulative zwischenmenschliche Orientierung, (3) Impulsivität in Form risikobereiten und verantwortungslosen Handelns sowie (4) antisoziales Verhalten und einen kriminellen Lebensstil. - Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised – PCL-R*. Toronto: Multi-Health Systems.

2.3) Viele Sicherungsverwahrte haben bereits nicht nur eine Anzahl von Inhaftierungen und freiheitsentziehenden Maßregeln hinter sich, sondern auch eine oder mehrere **gescheiterte, abgebrochene oder nur teilweise erfolgreiche Therapien und Behandlungsversuche**. (Dieser Anteil wird in dem Maße, in dem Art. 66c Abs. 2 StGB-E umgesetzt wird, kontinuierlich zunehmen.)

2.4) Sicherungsverwahrte sind im Durchschnitt deutlich **älter** und gesundheitlich stärker belastet als Strafgefangene. Auch dies kann dazu beitragen, dass ihre Ansprechbarkeit für Behandlung vermindert ist. Andererseits stellt das fortgeschrittene Lebensalter hinsichtlich des Rückfallrisikos einen Schutzfaktor dar; allerdings ist die Datenbasis bei den über 50-Jährigen zu schmal, um verlässliche Aussagen zu erlauben.

2.5) Zusammengenommen bedeutet dies, dass man es häufig mit Personen zu tun haben wird, die **schwer therapeutisch behandelbar** sind und die bisher mit therapeutischen Angeboten im Justizvollzug eher unbefriedigende Erfahrungen gemacht haben. Vielfach werden also sowohl objektive als auch subjektive Widerstände gegen eine erneute Behandlungsteilnahme bestehen. Dies darf nicht dazu Anlass geben, vorzeitig das therapeutische Bemühen aufzugeben und auf eine Alibibehandlung zu begrenzen. Es erfordert vielmehr ein sehr intensives und differenziertes Behandlungsangebot, welches an den zentralen kriminogenen Defiziten der Zielgruppe ansetzt und die individuellen Behandlungshindernisse berücksichtigt. Zugleich gilt es, vorhandene Ressourcen aufrechtzuerhalten und zu stärken.

3.) Ziele und Methoden der Behandlung von Sicherungsverwahrten

3.1) Im **bayerischen Behandlungskonzept**⁷ wurden in Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts und mit Rücksicht auf die Erkenntnisse über den Behandlungsbedarf und die Behandlungshemmnisse bei Sicherungsverwahrten drei gleichrangige Behandlungsziele postuliert:

- a) die resozialisierende Behandlung zur Senkung des Rückfallrisikos,
 - b) die Stärkung der Motivation und die Herstellung und Aufrechterhaltung von Behandlungsbereitschaft und
 - c) die psychische Stabilisierung und Gewährleistung von Lebensqualität innerhalb der Einrichtung.
- Diesen drei Zielen wurde jeweils eine Vielzahl von einzelnen Behandlungsmaßnahmen zugeordnet. Dabei wurde vor allem auf die Erfahrungen der sozialtherapeutischen Einrichtungen zurückgegriffen, die dort seit Jahrzehnten bei der Behandlung von nicht psychisch kranken Straftätern gewonnen worden sind. Diese Einzelmaßnahmen entstammen zum einen dem Spektrum psychotherapeutischer Interventionsformen; zum anderen handelt es sich um psychologische und sozialpädagogische Trainings, die für die kriminaltherapeutische Behandlung von Straftätern oder auch in anderen Bereichen (z.B. Rehabilitation von Drogenabhängigen) entwickelt worden sind.

3.2) Auf Bedenken und Unverständnis stößt daher die im Gesetzentwurf geforderte **„medizinisch-therapeutische Ausrichtung“** (bezüglich der nachträglichen Therapieunterbringung, § 65 StGB-E) bzw. die Rangfolge, welche die psychiatrische Behandlung an die erste Stelle vor die psycho- oder sozialtherapeutische Behandlung stellt (§ 66c StGB-E). Dabei wird verkannt, dass die Behandlung von antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörungen ganz überwiegend nicht in medizinischen oder psychiatrischen Einrichtungen erfolgt, da diese Störungen in aller Regel nicht mit einem subjektiven Leidensdruck und daraus erwachsender Änderungsmotivation verbunden sind und auch

⁷ Endres, J. & Breuer, M. M. (2011). Sicherungsverwahrung: Das Behandlungskonzept des bayerischen Justizvollzugs. *Forum Strafvollzug*, 60, 286 – 297. - Das mittlerweile geringfügig überarbeitete Konzept liegt dem Neubau einer Einrichtung für Sicherungsverwahrte auf dem Gelände der JVA Straubing zugrunde.

nicht im Rahmen der §§ 20 und 21 StGB zur Zuerkennung einer erheblich verminderten Schuldfähigkeit und darauf basierend zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus führen, sondern in der Regel im Strafvollzug, speziell in sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen behandelt werden.

Es wird weiter verkannt, dass die **psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen** in der Regel durch psychologische Psychotherapeuten (gemäß dem Psychotherapeutengesetz von 1998) erfolgt und nur in selteneren Fällen durch Psychiater bzw. ärztliche Psychotherapeuten. Einer medikamentösen Behandlung wird, in den seltenen Fällen, in denen sie bei diesen Störungen erfolgt, eine nur unterstützende Funktion zugewiesen.

Wie in der Stellungnahme des Bundesrats (in der Begründung zur beantragten Änderung des vorgeschlagenen § 67a StGB) zutreffend ausgeführt wird, sind psychische Störungen bei Strafgefangenen sehr weit verbreitet, mit einer geschätzten Prävalenz von bis zu 80 Prozent. Hingegen sind **psychiatrische Krankheiten im engeren Sinne sehr viel seltener**, und nur bei ihnen besteht eine medizinische Indikation für eine Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung. Auch bei Sicherungsverwahrten wird es nach bisherigen Erfahrungen nur in seltenen Fällen solche psychiatrischen Erkrankungen geben, die eine spezielle medizinisch ausgerichtete Behandlung erfordern. Hinzu kommen bei Sicherungsverwahrten aufgrund des höheren Lebensalters weitere körperliche oder psychische Erkrankungen, die medizinische Betreuung und Behandlung erfordern. Dabei ist aber darauf zu verweisen, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung nicht bedeuten muss, dass diese auch für die bisherige Kriminalität eines Verurteilten ursächlich war und für seine zukünftige Gefährlichkeit relevant sein wird.

Die Festlegung, dass für den Vollzug der Sicherungsverwahrung und der nachträglichen Therapieunterbringung nur „medizinisch-therapeutisch“ ausgerichtete Einrichtungen geeignet seien, ist deshalb aus meiner Sicht sachlich nicht gerechtfertigt und beinhaltet eine Missachtung der psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Tätigkeit derjenigen, die bisher mit der Behandlung gefährlicher Straftäter im Justizvollzug, insbesondere in sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen, befasst sind.

4.) Behandlungsplanung und Behandlungsaussichten bei Strafgefangenen mit angeordneter oder vorgemerakter Sicherungsverwahrung

4.1) Als **erforderlicher Zeitraum** für die sozialtherapeutische Behandlung von Gewaltstraftätern und Sexualstraftätern wurden bisher mindestens zwei Jahre veranschlagt. Bei Tätern mit angeordneter oder vorbehaltener Sicherungsverwahrung, bei denen ein erhöhter Behandlungsbedarf vorliegt, wird eher ein Zeitraum von drei bis vier Jahren für erforderlich gehalten. Dabei wurde und wird von den Vertretern einer integrativen Sozialtherapie großer Wert darauf gelegt, dass die sozialtherapeutische Behandlung Lockerungen und Entlassungsvorbereitung einschließen sollte.⁸ Dafür sprechen die Kontinuität der Betreuung durch das therapeutische Team, die Einbeziehung der Beobachtungen im Rahmen von Lockerungen in die Behandlung sowie auch die vielfach sinnvolle Nachbetreuung durch die Therapeuten nach der Entlassung. Nicht zielführend ist es hingegen, Inhaftierte nach vollständigem Durchlaufen eines sozialtherapeutischen Behandlungsprogramms wieder zurück in den Normalvollzug zu verlegen und erst nach einiger Zeit mit der Entlassungsvorbereitung zu beginnen. Ebenfalls nicht sinnvoll erscheint es, einen Verurteilten in der sozialtherapeutischen Einrichtung zu belassen, wenn seine Behandlung in wesentlichen Aspekten bereits beendet ist, die Entlassungsvorbereitung jedoch in Hinsicht auf die Strafdauer noch verfrüht ist; dies würde Behandlungsplätze blockieren und könnte sich negativ auf das Behandlungsklima der Einrichtung auswirken.

⁸ Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2007). Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug. Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung. *Forum Strafvollzug*, 56 (3), 100 – 103.

4.2) Dies alles spricht dafür, § 66c Abs. 2 StGB-E so auszulegen, dass im Einklang mit der bewährten bisherigen Praxis eine **Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung** zu einem **Zeitpunkt** erfolgt, der es zulässt, dass nach ausreichenden Behandlungsfortschritten auch unmittelbar die Entlassungsvorbereitung in der Einrichtung beginnt. Bei Personen, die zu einer langen Freiheitsstrafe verurteilt worden sind, bedeutet dies, dass die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung nicht sofort nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils erfolgt, sondern möglicherweise erst nach einigen Jahren. Es wäre für die Praxis hilfreich, diese Auslegung in der Gesetzesbegründung festzuhalten.

4.3) Der **Zeitraum vor der Verlegung** in eine sozialtherapeutische Einrichtung sollte dazu genutzt werden, um zum einen die Behandlungsmotivation und andere Aspekte der Behandlungsbereitschaft zu fördern und die soziale Kompetenz zu stärken, zum anderen um schulische oder berufliche Qualifizierungsmaßnahmen durchzuführen. In vielen Fällen sind Maßnahmen wie Schuldenregulierung oder eine Hepatitisbehandlung erforderlich, die bereits im Normalvollzug durchgeführt werden können. Sinnvoll und erfolgversprechend erscheint es darüber hinaus, bereits zu Beginn der Haft Behandlungsmaßnahmen anzubieten, die insbesondere frühzeitig eine Auseinandersetzung mit dem Delikt ermöglichen.⁹ Welche Maßnahmen im Einzelfall erforderlich und erfolgversprechend sind und in welcher zeitlichen Staffelung sie angeboten werden sollen, wird sich aus einer umfangreichen Behandlungsuntersuchung ergeben, welche alle Aspekte der Gefährlichkeit, des Behandlungsbedarfs und der zu überwindenden Behandlungshindernisse feststellt und auf dieser Grundlage den individuell zugeschnittenen Vollzugs- und Behandlungsplan aufstellt.

4.4) Die Einführung der **strafvollzugsbegleitenden gerichtlichen Kontrolle** bei angeordneter oder vorbehaltener Sicherungsverwahrung (§ 119a StVollzG-E) kann in diesem Zusammenhang aus praktischer Sicht nur begrüßt werden. Für die Behandlung von Strafgefangenen, bei denen Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten worden ist, kommt es wie gesehen auf eine langfristige Planung und sinnvolle zeitliche Staffelung einzelner Maßnahmen an. Die gerichtliche Überprüfung von Vollzugsplänen schafft somit Rechtssicherheit und Verlässlichkeit sowohl für die Verurteilten, denen eine klare Perspektive und die rechtzeitige Verfügbarkeit der angemessenen Angebote geboten wird, als auch für die Vollzugsanstalten, die ihrerseits Planungssicherheit erhalten bzw. rechtzeitig klare Fingerzeige bekommen, in welchen Aspekten sie ihre Planung modifizieren müssen.

4.5) **Straftäterbehandlung stößt auf Grenzen**, auch aus Gründen, die im Klienten liegen können. Um eine aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Sicherungsverwahrung herausinterpretierbare Behandlungseuphorie zu dämpfen, erscheint es nötig zu erwähnen, dass die kriminaltherapeutische Straftäterbehandlung auch unter optimalen Voraussetzungen keine Wunder wirken kann. Ebenso wie andere Formen der Therapie kann nur eine sorgfältige Orientierung an fachlichen Standards eingefordert werden, nicht aber eine Erfolgsgarantie. Dies gilt insbesondere bei der Behandlung von hochgradig dissozialen Personen, sogenannten „psychopaths“, die bis vor kurzem vielfach als unbehandelbar angesehen wurden. Mittlerweile gibt es zwar einige Ansätze und Leitlinien für die Behandlung dieser Gruppe, jedoch keinen empirischen Nachweis, dass die bisherigen Bemühungen auch erfolgreich zur Rückfallminderung beigetragen haben. „Keine Belege für Wirksamkeit“ bedeutet jedoch nicht „Belege für keine Wirksamkeit“; Wissenschaft und

⁹ Mit dieser Zielsetzung läuft derzeit in der JVA München-Stadelheim ein Modellprojekt, das sich erstmals an Gefangene mit langen Strafen zu Beginn ihrer Haftzeit richtet und vor allem die Bearbeitung des Delikts, die psychische Stabilisierung und die sinnvolle Strukturierung der weiteren Haft zum Ziel hat. Es wird durch den Kriminologischen Dienst des bayerischen Justizvollzugs evaluiert.

Behandlungspraxis werden sich weiterhin bemühen, auch diese Gruppe behandlerisch zu erreichen. Allerdings sollte Praktikern dann auch zugebilligt werden, dass sie in dem einen oder anderen Fall an das Ende ihrer Möglichkeiten gestoßen sind und in einer Fortsetzung der Behandlung keinen Sinn mehr sehen. Behandlungsversuche können nicht beliebig wiederholt oder variiert werden. Darunter würden sowohl die Therapeuten leiden als auch die Mitprobanden in Therapiegruppen, deren Behandlungserfolg durch die Anwesenheit von nicht kooperativen Personen beeinträchtigt oder gefährdet werden kann.

Diese Ausführungen sind keinesfalls so zu verstehen, dass man diese Personen aufgeben und nur noch verwahren sollte. Es kann jedoch zeitweise sowohl für die Sicherungsverwahrten wie auch für die Einrichtungen entlastend sein, von vorneherein aussichtslose Therapieversuche unterlassen zu dürfen und zeitweise die psychische Stabilisierung und die Sicherung der Lebensqualität des Untergebrachten in den Mittelpunkt der Behandlung zu rücken. Auch dann wird regelmäßig im Rahmen der Fortschreibung von Vollzugs- und Behandlungsplänen zu überprüfen sein, ob sich die Ansprechbarkeit verbessert hat.

4.5) Das „**Individualisierungsgebot**“ des **Bundesverfassungsgerichts**, also die Forderung, bei einem Scheitern standardisierter Behandlungsangebote individuell zugeschnittene Maßnahmen zu ergreifen, wird aufgegriffen in der Formel des § 66c Abs. 1 Nr. 1a, dass die Betreuung „individuell und intensiv“ sein soll. Allerdings gilt, dass die im deutschen Justizvollzug angebotenen Behandlungen in der Regel nicht in einer schablonenhaften Durchführung standardisierter Module bestehen; vielmehr sehen auch die standardisierten Programme zwingend ein Eingehen auf die individuellen Besonderheiten der Therapieteilnehmer vor. Die Forderung nach Individualisierung kann m.E. nur so verstanden werden, dass auch neuartige und noch nicht ausreichend erprobte Behandlungsverfahren eingesetzt werden können, wenn dies wissenschaftlich begründet ist, und dass solche Verfahren in Kooperation zwischen Wissenschaft und Justizvollzug weiterentwickelt und beforscht werden sollen.

4.6) Um auch in besonders gelagerten Einzelfällen die individuell angemessene Behandlung zu ermöglichen, erscheint es aus der Perspektive der Vollzugspraxis hilfreich, die Möglichkeit, Sicherungsverwahrte und Therapieuntergebrachte **bei Bedarf in den Vollzug einer anderen Maßregel zu überweisen**, beizubehalten und auf Strafgefangene mit angeordneter und vorbehaltener Sicherungsverwahrung auszudehnen. Dies sollte in allererster Linie diejenigen Personen betreffen, bei denen im Vollzugsverlauf eine psychische Krankheit auftritt oder erst erkannt wird. Die vollzugspsychiatrischen Abteilungen dienen überwiegend der akutpsychiatrischen Versorgung und sind nicht auf eine Langzeitbehandlung von Patienten mit chronischen Psychosen eingerichtet. Es scheint nicht zweckmäßig, eine solche Versorgung in vollem Umfang von den viel kleineren Einrichtungen für Sicherungsverwahrte zu verlangen. Diese können in spezialisierten (Maßregel-)Kliniken viel besser versorgt werden.

Zudem wird es immer wieder Fälle geben (vgl. aktuell den norwegischen Fall Breivik), bei denen das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Psychose zwischen Sachverständigen strittig ist. In diesen Fällen könnte ein Behandlungsversuch in einer psychiatrischen Maßregeleinrichtung mit den dort verfügbaren Mitteln erfolversprechend oder zumindest nicht aussichtslos erscheinen.

5.) Fazit

Aus empirisch-wissenschaftlicher wie auch aus vollzugspraktischer Sicht erscheinen sowohl der Gesetzentwurf der Bundesregierung wie auch die in der Stellungnahme der Bundesrats enthaltenen Empfehlungen aus meiner Sicht fundiert und umsetzbar. Punktuelle Einwendungen beziehen sich auf die geforderte, aber als problematisch und sachlich nicht gerechtfertigt angesehene medizinische Ausrichtung der Behandlung sowie die als tendenziell überhöht angesehenen Erwartungen an die Wirksamkeit der Behandlung.