



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Sektion für Sexualmedizin, UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein,
Campus Kiel, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 28, 24105 Kiel

Frau D. Schönfelder
Geschäftsführerin des Innen- u.
Rechtsausschusses des Schleswig-
Holsteinischen Landtags
PF 7121

24171 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/3848



Campus Kiel

Sektion für Sexualmedizin

Leiter: Prof. Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski

Ansprechpartner: Melanie Müller

Tel: 0431 / 597-3651

Fax: 0431 / 597-3984

E-Mail: wagner@sexmed.uni-kiel.de

Internet: www.uni-kiel.de/sexmed

Datum: 05.03.2012- Bo/Mue

Stellungnahme zum 3. Opferschutzbericht für Schleswig-Holstein

Sehr geehrte Frau Schönfelder,

zunächst bitte ich um Nachsicht dafür, dass ich Ihrer Bitte um die o.g. Stellungnahme erst jetzt nachkomme. Der Grund hierfür liegt in dem Umstand, dass ich in den letzten Wochen und Monaten sehr viel Zeit und Energie in die Rettung der von mir geleiteten Sektion für Sexualmedizin am UKSH investieren musste.

Wie Sie sicher der Presse entnommen haben, wurden hierzu am 22. Februar d.J. im Rahmen des dankenswerter Weise vom Präsidenten der Christian-Albrechts-Universität einberufenen und geleiteten Runden Tisches zur Zukunft der Kieler Sexualmedizin wichtige Festlegungen getroffen: Die Sektion für Sexualmedizin bleibt als eigenständige Einheit erhalten (was auch für die vom Landtag geforderte Erfüllung ihrer Aufgaben unabdingbar ist) und die zumal von den Studierenden (und auch vom Berliner Runden Tisch zum Sexuellen Kindesmissbrauch) geforderte Lehre im Bereich Sexualmedizin soll gestärkt werden.

Meine Aufgabe bleibt es nun, in Zusammenarbeit mit dem Vorstand des UKSH, der hierfür die Verantwortung übernommen hat, die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit sexualmedizinischen Störungsbildern (die ebensowenig Gegenstand der Erörterungen am Runden Tisch war wie unsere seit dem 31.12.2011 prekäre, weil halbierte Stellensituation) zukünftig abzusichern. Deshalb bitte ich um Verständnis dafür, dass ich mich in meiner Stellungnahme auf jene Passagen des Opferschutzberichtes beschränke, in denen auf die Arbeit der Kieler Sektion für Sexualmedizin Bezug genommen wird.

1. Projekt „Prävention pädophil motivierten sexuellen Kindesmissbrauchs im Dunkelfeld“

Seit dem März 2009 ist an der Sektion das durch das Landesjustizministerium mit 80.000 Euro p.a. finanzierte Projekt „Prävention pädophil motivierten sexuellen Kindesmissbrauchs im Dunkelfeld“ etabliert. Im Rahmen dieses auch unter dem Titel „Kein Täter werden!“ bekannt gewordenen Projektes wird unter dem Schutz der ärzt-

Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Anstalt des
öffentlichen Rechts

Vorstandsmitglieder:
Prof. Dr. Jens Scholz
Christa Meyer
Peter Pansegrau

Bankverbindungen:
Sparkasse Kiel
Kto.-Nr. 100 206, BLZ 210 501 70
Dresdner Bank Lübeck
Kto.-Nr. 300 041 200, BLZ 230 800 40



lichen Schweigepflicht und der Anonymität denjenigen Männern, die aufgrund einer pädophilen Neigungen befürchten, zum Täter zu werden bzw. bereits unerkannt zum Täter geworden sind (und das dürften nach vorliegenden Daten in Schleswig-Holstein bis zu 7.800 Männer sein!) kostenlose sexualmedizinisch-psychotherapeutische Hilfe angeboten. Männer mit laufenden oder noch offenen Strafverfahren werden nicht in das Projekt aufgenommen.

Damit hat Schleswig-Holstein als erstes Bundesland ein eng an das Berliner Gründungsprojekt angelehntes Regionalprojekt etabliert, das mittlerweile – unter explizitem Bezug auf die hiesigen Erfahrungen – Nachahmer in Bayern, Sachsen, Niedersachsen und bald auch Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg gefunden hat bzw. findet, sodass die Kieler Sexualmedizin inzwischen Bestandteil eines bundesweiten Netzwerkes zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs ist.

Jährlich melden sich in Kiel ca. 100 Männer mit Fragen zu einer etwaigen pädophilen Neigung über die eigens dafür eingerichtete Telefonnummer oder E-Mail-Adresse; ca. die Hälfte der Männer, bei denen schon der erste Telefonkontakt deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer solchen Neigung erbringt, nahmen bisher das Angebot zu einem diagnostischen Erstgespräch an, ca. die Hälfte dieser Männer wiederum nahmen bzw. nehmen ein Therapieangebot wahr. Das klingt zunächst wenig, entspricht aber nicht nur in den zahlenmäßigen Relationen den Erfahrungen an den anderen Projektorten, sondern bedeutet auch, dass jährlich in Schleswig-Holstein durch unser Therapieprojekt über 20 Männer daran gehindert werden, Kinder zu missbrauchen! Es zeigt sich aber auch erneut, wie wichtig die stete Popularisierung dieses Therapieangebotes ist.

2. Gefährlichkeitsgutachten in Strafverfahren gegen Sexualstraftäter – „Kieler Kriterienkatalog zur Beurteilung der Untersuchungsnotwendigkeit bei Sexualdelinquenz“

Die Kieler Sektion für Sexualmedizin ist Gründungsmitglied des „Zentrums für Rechtspsychologie, Kriminalwissenschaften und Forensische Psychopathologie“ (ZRKFP; <http://www.zrkfp.uni-kiel.de/zrkfp/index.php/a.html>) an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, einer bundesweit einzigartigen Universitätseinrichtung zur interdisziplinären Forschung und Lehre im forensischen Bereich.

Gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen des ZRKFP hat die Kieler Sektion für Sexualmedizin 2010 die erste landesweite Erhebung zur Häufigkeit der Schuldfähigkeitsbegutachtung von Sexualstraftätern (Bosinski et al. 2010) vorgelegt. Dabei wurde deutlich, dass mit knapp 12% nur ein Bruchteil aller einer Sexualstraftat gem. §§ 174 bis 179 und 182 bis 183a StGB Angeklagten im Erkenntnisverfahren (wo bekanntlich die Weichen für den weiteren, rückfallpräventiven Umgang mit den Tätern gestellt werden) sachverständig untersucht werden.

Diese bestürzende Erkenntnis war u. a. Grundlage eines von Böhm und Boetticher erarbeiteten Memorandums an die Bundesjustizministerin zur Ausweitung der Voraussetzungen, nach denen gem. § 246a StPO ein Angeklagter begutachtet werden soll. Tatsächlich würde jedoch die dort geforderte Ausdehnung des Anwendungsbereichs des § 246a StPO (auf alle Anklagen wegen eines Verbrechens gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung oder eines Verbrechens nach den §§ 250, 251, auch in Verbindung mit den §§ 252, 255, oder wegen einer Straftat gem. §§ 174 bis 174c,

176, 179 Abs. 1 bis 4, §§ 180, 182, 223, 225 Abs. 1 oder 2 oder wegen einer vorsätzlichen Straftat nach § 323a StGB) zu einer Überforderung zumindest des gegenwärtigen Rechtssystems führen, insbesondere, da die Zahl der hierfür zur Verfügung stehenden, adäquat ausgebildeten Gutachter in Deutschland nicht ansatzweise ausreichen würde.

Andererseits besteht aber tatsächlich dringender Änderungsbedarf, zumal nach dem Urteil des BVerfG vom 4. Mai 2011 zur Sicherungsverwahrung¹: Nach der gegenwärtigen Rechtslage werden nämlich im Erkenntnisverfahren nur diejenigen einer Sexualstraftat Angeklagten sachverständig untersucht, bei denen das erkennende Gericht oder die Staatsanwaltschaft *Zweifel an der Schuldfähigkeit* gem. §§ 20, 21 haben oder die *Verhängung der Sicherungsverwahrung* gem. §§ 66, 66a,b StGB erwägen; die *Frage nach der Rückfallgefahr* jener Angeklagter, bei denen Zweifel an der Schuldfähigkeit *nicht* bestehen und auch die Eingangsmerkmale der Sicherungsverwahrung nicht vorliegen (und das ist die Mehrheit!) spielt nach der Rechtslage ebenso wie die Frage danach, wie diese Rückfallgefahr ggf. therapeutisch oder anders gemindert werden kann, nur eine untergeordnete bis gar keine Rolle. Gerade diese Fragen sind aber im Interesse der Sicherheit von Frauen und Kindern und der Vermeidung neuer Opfer von allergrößtem Interesse!

Im Bestreben, diesen Konflikt zwischen mangelnder Zahl verfügbarer Gutachter und der Notwendigkeit der zeitlichen Begrenzung von Strafverfahren einerseits und dem dringenden Bedarf zur Erhöhung der diagnostisch-prognostischen Risiko- und Therapiebeurteilung im Erkenntnisverfahren andererseits zu entschärfen, wurde in der Kieler Sektion für Sexualmedizin in Anlehnung an die bereits vorhandenen Prognoseinstrumente für die Risikobeurteilung von Sexualstraftätern der „Kieler Kriterienkatalog zur Beurteilung der Untersuchungsnotwendigkeit bei Sexualdelinquenz - KKBUS“ für die Staatsanwaltschaften entwickelt. Der KKBUS umfasst 26 Merkmale (des Tatgeschehens, der Person des Angeklagten und seiner Delinquenzvorgeschichte), die statistisch mit Rückfälligkeit im Zusammenhang stehen und deren Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein von der Staatsanwaltschaft bei Anklageerhebung anzukreuzen ist. Bei Überschreitung einer kritischen Zahl von „Ja“-Antworten sollte dann an die Auslösung eines Prognose-Gutachtens (das schon bei heutiger Rechtslage gem. § 160, Abs. 3 StPO möglich ist) gedacht werden.

Gemeinsam mit dem Generalstaatsanwalt des Landes Schleswig-Holstein wird seit 01. 05. 2011 ein *Probelauf* bei den Staatsanwaltschaften der vier Schleswig-Holsteinischen Landgerichte durchgeführt. Nach zunächst schleppendem Beginn liegen mittlerweile 143 auswertbare KKBUS-Bögen vor. Nach einem Jahr (also im Mai 2012) werden wir dann mit der Auswertung beginnen können, um so einen ersten Anhalt über die Zahl derjenigen einer Sexualstraftat Angeklagten zu erhalten, die unter rückfallpräventiven Gesichtspunkten begutachtet werden sollten.

3. Projekt „Intramurale Behandlung und Therapie für Sexualstraftäter“ sowie Nachsorge

Hier sind leider die im Opferschutzbericht gemachten Ausführungen inzwischen durch die Wirklichkeit teilweise überholt: Von 1986 (also lange bevor dies bundesweit ein Thema wurde!) *bis zum 31.12.2011* hat die Kieler Sexualmedizin, gemeinsam mit

¹ Zur Problematik der Neuregelung der Sicherungsverwahrung verweise ich auf meine gesondert erbetene Stellungnahme zum ThUVollzG

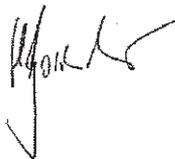
den Anstaltsleitungen der JVA's Neumünster und Kiel im Rahmen eines vom Landesjustizministerium finanzierten Drittmittelprojektes durch zunächst einen, seit 1998 durch zwei eigens sexualmedizinisch geschulte und durch mich supervidierte und fachlich angeleitete Mitarbeiter der Kieler Sektion für Sexualmedizin über 500 verurteilte Sexualstraftäter in beiden Justizvollzugsanstalten behandelt. Damit hat das finanziell ja nie auf Rosen gebettete Schleswig-Holstein bundesweit Maßstäbe in der Rückfallprävention gesetzt, denn nach wie vor gilt: Tätertherapie ist Opferschutz!

Das im Rahmen dieses Projektes von uns entwickelte Prozedere für Diagnostik und Therapie und den Umgang mit dem Konflikt zwischen einerseits therapeutisch notwendiger Schweigepflicht und andererseits berechtigten Sicherheits- und Informationsinteressen der Anstaltsleitungen hat unter dem Stichwort „Sankelmarker Thesen“ (Bosinski et al. 2002) Nachahmer in ganz Deutschland gefunden und ist inzwischen vielerorts Standard für die therapeutische Arbeit mit strafgefangenen Sexualstraftätern.

Leider hat diese gut etablierte, erfolgreiche und allseits geschätzte Arbeit der Kieler Sexualmedizin nach 25 Jahren im Dezember 2011 ein jähes Ende gefunden: Die nach EU-Recht vorgeschriebene Ausschreibung durch die GMSH von – allerdings nur noch einer – Therapeutenstelle zum 01.01.2012 erreichte uns erst am 16.11.2011. Der hierfür vorgesehene und zuvor auch auf dieser Stelle eingesetzte Mitarbeiter der Kieler Sexualmedizin wurde eine Woche zuvor unter in Aussichtstellung besserer Konditionen im Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) eingestellt und stand uns somit nicht mehr zur Verfügung. Da es unmöglich ist, innerhalb von nur sechs Wochen einen adäquaten männlichen Therapeuten zu bekommen, dessen namentliche Benennung aber Voraussetzung für die Teilnahme an der Ausschreibung war, konnte die Kieler Sexualmedizin sich auf die maßgeblich von ihr selbst entwickelte und lange Jahre erfolgreich ausgefüllte Position nicht bewerben. Seit dem 1. Januar 2012 wird diese Therapie nun von Seiten des ZIP angeboten. Die dort vorhandene sexualmedizinische Expertise kann von hier aus nur mit Zurückhaltung beurteilt werden; wir wissen lediglich, dass das ZIP bislang nicht über die kassenärztliche Ermächtigung zur Behandlung sexualmedizinischer Störungsbilder (z.B. sexueller Präferenzstörungen) verfügt.

Auch hinsichtlich der von uns bislang stets angebotenen Nachsorge von vormals ihre Haftstrafen verbüßenden Sexualstraftäter sehen wir – ebenso wie bei der Behandlung jener Sexualstraftäter, die zu einer Bewährungsstrafe verurteilt wurden und denen eine Therapieweisung erteilt wurde - künftig aufgrund der durch den UKSH-Vorstand in der Kieler Sektion für Sexualmedizin vorgenommenen Stellenstreichungen ganz erhebliche Engpässe vor uns. Insofern hoffen wir, in Gesprächen mit dem Vorstand des UKSH eine tragfähige und sachdienliche Lösung zu finden.

Gern stehe ich für Rückfragen zur Verfügung und verbleibe mit freundlichen Grüßen

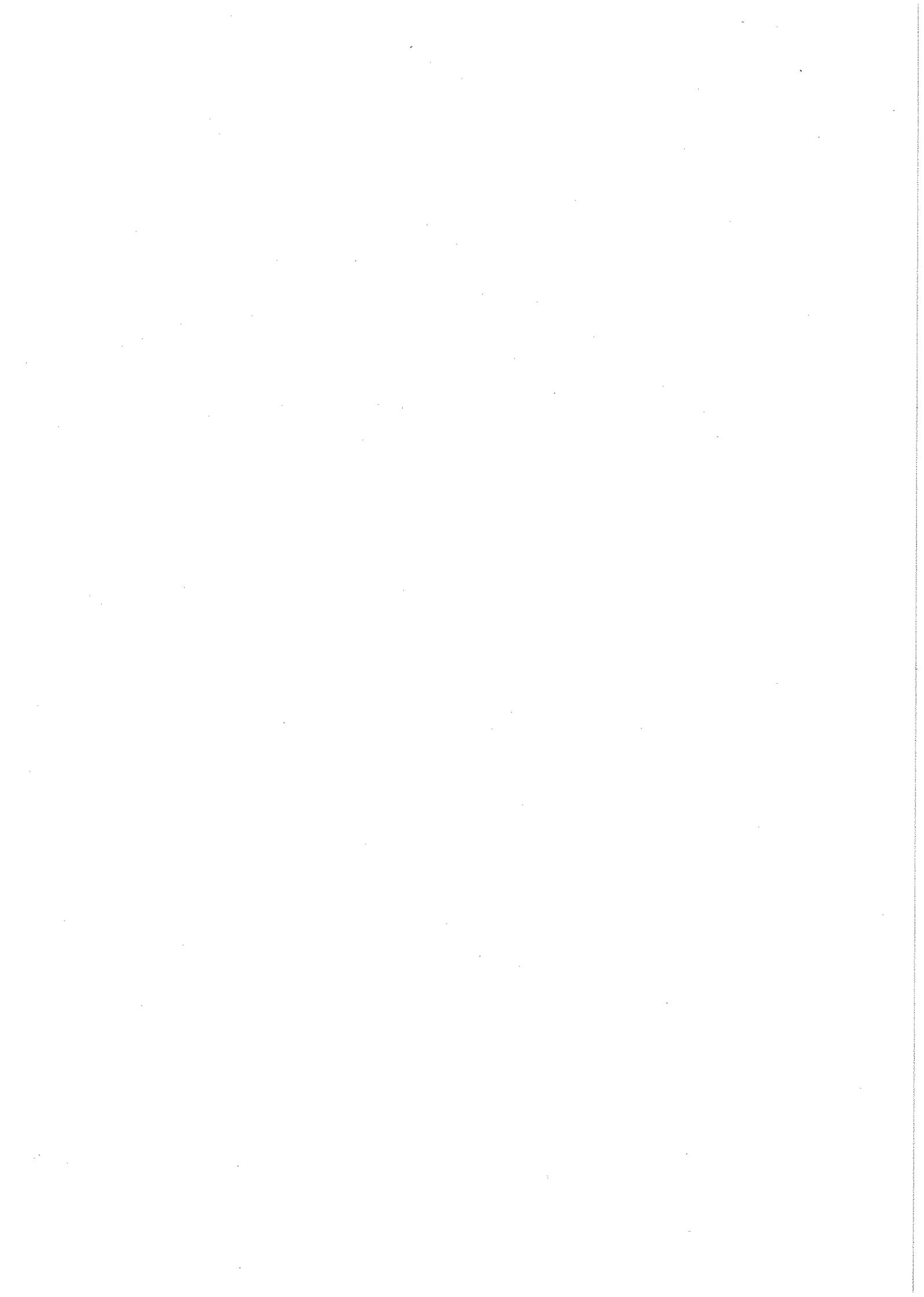


Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski

Anl.:

Bosinski, H.A.G.; Budde, M.; Frommel, M.; Köhnken, G. (2010): Zur Häufigkeit der Schuldfähigkeitsbegutachtung von Sexualstraftätern im Erkenntnisverfahren. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 4:202–210

Bosinski, H.A.G.; Ponseti, J.; Sakewitz, F. (2002): Therapie von Sexualstraftätern im Regelvollzug –Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen. Sexuologie 9: 39 – 47



Zur Häufigkeit der Schuldfähigkeitsbegutachtung von Sexualstraftätern im Erkenntnisverfahren

Hartmut A. G. Bosinski · Martin Budde ·
Monika Frommel · Günter Köhnken

Eingegangen: 24. April 2010 / Angenommen: 8. Juni 2010 / Online publiziert: 13. Juli 2010
© Springer-Verlag 2010

Zusammenfassung Wie häufig und unter welchen Umständen werden Sexualstraftäter begutachtet? Diese Frage ist nicht nur angesichts heftiger Diskussionen bezüglich der Rückfälligkeit einschlägig vorbestafter Täter von Bedeutung. Hinzu kommt, dass Kenntnisse über Sexualstraftäter nahezu ausschließlich aus Schuldfähigkeitsgutachten stammen. Dies wirft die Frage auf, wie repräsentativ die so gewonnenen Daten sind. In dieser Untersuchung wurden von insgesamt 306 im Jahr 2001 in Schleswig-Holstein erhobenen und zur Hauptverhandlung zugelassenen Anklagen gemäß §§ 174–179, 182–183a des Strafgesetzbuches (StGB) 291 Anklagen (95,6 %) hinsichtlich der Einholung eines Schuldfähigkeitsgutachtens gemäß §§ 20, 21 StGB untersucht. Unter anderem wurde geprüft, ob sich begutachtete und nichtbegutachtete Angeklagte in bestimmten Merkmalen unterscheiden. Es betrafen 145 Anklagen (49,8 %) Vorwürfe des sexuellen Kindesmissbrauchs, 89 Anklagen (30,6 %) solche der sexuellen Nötigung/Vergewaltigung,

und 39 Fälle (13,4 %) ergingen wegen exhibitionistischer Handlungen. Nur in 34 Fällen (11,7 %) wurde ein Schuldfähigkeitsgutachten eingeholt, wobei dies 20 Anklagen wegen sexuellen Kindesmissbrauchs (13,8 % v. 145), 12 Anklagen wegen sexueller Nötigung/Vergewaltigung (13,5 % v. 89) und 2 Anklagen wegen Exhibitionismus (5,1 % v. 39) betraf. Systematische Faktoren für eine Gutachtauslösung ließen sich nicht feststellen; Hauptgrund waren nicht näher bezeichnete psychische Auffälligkeiten. Einschlägige Vorstrafen, die bei insgesamt 45 Angeklagten (15,5 %) vorlagen, führten nur beim Vorwurf des Kindesmissbrauchs zu einer signifikanten Erhöhung der Begutachtungshäufigkeit. Es werden die Ursachen und Konsequenzen dieser geringen Begutachtungsquote im Erkenntnisverfahren dargelegt und Änderungsmöglichkeiten diskutiert.

Schlüsselwörter Sexualstraftäter · Schuldfähigkeitsgutachten · Risikoeinschätzung · Rückfallprävention · Therapieprognose

Prof. Dr. med. H. A. G. Bosinski (✉) · Dr. phil. M. Budde
Sektion für Sexualmedizin,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel,
Arnold-Heller Str. 3, H. 28, 24105 Kiel, Deutschland
E-Mail: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de

Prof. Dr. jur. M. Frommel
Institut für Sanktionenrecht und Kriminologie,
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel,
Olshausenstr. 75, 24118 Kiel, Deutschland

Prof. Dr. phil. G. Köhnken
Institut für Psychologie, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel,
Olshausenstr. 75, 24118 Kiel, Deutschland

H. A. G. Bosinski · M. Frommel · G. Köhnken
Zentrum für Rechtspsychologie, Kriminalwissenschaften und
forensische Psychopathologie (ZRKfP),
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel,
Olshausenstr. 75, 24118 Kiel, Deutschland

Forensic examination of the mental responsibility of accused sex offenders: frequency and determinants

Abstract This study investigated how often and depending on which factors sexual offenders are examined by mental health experts regarding their criminal responsibility. Out of a total of 306 legal charges against sex offenders accused of child sexual abuse (CSA: n=145), rape or sexual assault (n=89), exhibitionism (n=39), sexual abuse of adolescents, mentally defective, physically helpless or warded persons (n=18) that were admitted by a criminal court in 2001 in the German federal state of Schleswig-Holstein, 209 (95.6 %) were analyzed regarding the following questions: how often was the accused examined by a

mental health professional regarding mental responsibility? Was the chance of being examined systematically related to certain factors (e.g., personality of the accused)? Expert advice regarding the mental responsibility of the accused was obtained by the court in only 34 cases (11.7 %). No systematic relationships of personal variables as well as the modus operandi and the chance of commissioning a mental health expert were found.

The main reason for assigning a forensic expert opinion was the vague impression of a psychic disorder. Re-offending increased the rate of a mental health examination only in CSA (34.6 % of re-offenders were examined compared to 9.2 % of first-time offenders), but not in rape or sexual assault. Also age does not predict the commissioning of an expert opinion. Only one fifth of all accused below the age of 21 were investigated by a mental health professional. Results are discussed in terms of legal background, consequences for risk assessment and relapse prevention.

Keywords Sex offenders · Mental responsibility · Risk assessment · Relapse prevention · Therapy prognosis

Fragestellung und Stand der Forschung

Angesichts der öffentlichen Diskussion über den adäquaten Umgang mit Sexualstraf Tätern und der verschiedenen gesetzgeberischen Reaktionen darauf (Stichwörter: Strafverschärfung, Senkung der Schwelle für die Verhängung der Sicherungsverwahrung, Möglichkeit der Anordnung einer nachträglichen Sicherungsverwahrung), angesichts auch der Tatsache, dass wir einen Großteil unserer Kenntnisse über Sexualstraf Täter ihrer Schuldfähigkeitsbegutachtung verdanken [1–5], interessierte die Frage, wie häufig Sexualstraf Täter im Erkenntnisverfahren hinsichtlich ihrer Schuldfähigkeit gemäß §§ 20, 21 des Strafgesetzbuches (StGB) begutachtet werden. Diese Informationen sind u. a. für die Einschätzung der Repräsentativität der so gewonnenen Daten von Bedeutung.

Zur Häufigkeit von Begutachtungen von Angeklagten in Strafverfahren werden keine offiziellen Statistiken geführt. Zwar gibt die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Strafverfolgungsstatistik (SVS), differenziert nach Deliktgruppen, Auskunft über die jährlich verhängten Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie über die Zahl der vermindert Schuldfähigen oder Schuldunfähigen. Während aber die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB), in eine Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) oder in die Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) entsprechend § 246a der Strafprozessordnung (StPO) in jedem Fall die Beiziehung eines Sachverständigen erforderlich macht, ist dies bei der Feststellung einer Schuldfähigkeitsminderung oder -aufhebung durchaus nicht zwingend: Das erkennende

Gericht ist nach § 244 Abs. 2 StPO zwar nicht frei in seiner Entscheidung, einen Gutachter beizuziehen. Schätzt es aber die eigene Sachkunde als ausreichend ein und lehnt entsprechende Beweisanträge ab (§ 244 Abs. 4 StPO), dann wird dies in der Revision nur selten zu einer Aufhebung des Urteils führen. Darüber hinaus geht aus den Angaben der SVS nicht die Häufigkeit der als schuldfähig begutachteten Angeklagten hervor. Auch ist nur wenig darüber bekannt, welche Charakteristika eines Angeklagten bzw. eines Verfahrens dazu veranlassen, Gutachten in Auftrag zu geben. Schließlich ist unbekannt, welche Qualifikation die beauftragten Gutachter besitzen.

In der Fachliteratur finden sich zu diesen Fragen nur wenige Untersuchungen:

Marneros et al. [6] fanden bei einer Gesamtstichprobe von 105 Angeklagten eine Begutachtungsrate von 64,9 %. In der Stichprobe waren 30 wegen Sexualdelikten Angeklagte enthalten, von denen 80 % begutachtet worden waren. Die Stichprobe bestand allerdings ausschließlich aus Personen, die vor Landgerichten angeklagt waren. Die Zahlen lassen sich daher nicht auf alle Anklagen, insbesondere nicht auf die Mehrheit der vor Amtsgerichten erhobenen verallgemeinern.

Fegert et al. [7] untersuchten 5 Jahrgänge (1994 bis 1998) verurteilter Sexualstraf Täter in Mecklenburg-Vorpommern. Sie kamen in ihrer 864 Fälle umfassenden Stichprobe, bei Schwankungen von 12–26 % zwischen den Jahrgängen, auf eine durchschnittliche Begutachtungsrate von 19,2 %. Der durchschnittliche Begutachtungsanteil lag bei 20,8 % für sexuellen Kindesmissbrauch, 16,4 % für sexuelle Nötigung und Vergewaltigung, 25,5 % für sexuellen Missbrauch von Schutzbefohlenen und 18,9 % für eine Restkategorie anderer Sexualdelikte. Allerdings kommt diesen Zahlen nur eingeschränkte Aussagekraft zu, da sie die realen Verhältnisse aufgrund von Mehrfacherfassungen bei Mehrfachbeschuldigungen überschätzen.

Elz [8] kam in einer Untersuchung, die verurteilte Sexualstraf Täter aus dem gesamten Bundesgebiet enthielt, auf Begutachtungshäufigkeiten von ca. 25 % bei sexuellem Kindesmissbrauch sowie 31 % bei Vergewaltigung und sexueller Nötigung. Die in dieser Studie enthaltenen Daten zur Begutachtungshäufigkeit stammen allerdings aus dem Jahr 1987 und damit aus einem Zeitraum deutlich vor den Strafverschärfungen der vergangenen 15 Jahre.

Material und Methoden

Um festzustellen, wie häufig Sexualstraf Täter im Erkenntnisverfahren sachverständig untersucht werden, wurde ein kompletter Jahrgang mit entsprechenden Anklagen in einem gesamten Bundesland erfasst (ausführlich [9]). Gegenstand der Untersuchung waren die staatsanwaltschaftlichen

Ermittlungsakten sämtlicher Sexualstrafverfahren nach §§ 174, 174a, b, c, 176, 176a, 177, 178, 179, 182, 183, 183a StGB, deren staatsanwaltschaftliche Anklage im Kalenderjahr 2001 von einem schleswig-holsteinischen Gericht angenommen worden war.

Einschlusskriterium war die Zulassung einer Anklage durch das zuständige Gericht, unabhängig vom weiteren Fortgang des Verfahrens. Damit wurden auch Verfahren einbezogen, die nicht zu einer Verurteilung geführt hatten, z. B. solche, in denen ein Strafbefehl ergangen war oder die mit Freispruch geendet hatten. Diesem Vorgehen lag die Überlegung zugrunde, dass sich die Frage einer Begutachtung prinzipiell in allen Verfahren zu dem Zeitpunkt stellt, in dem sich der Tatverdacht für die Annahme der Anklage vor Gericht hinreichend erhärten lassen hat.

Neben der Häufigkeit der Begutachtung und der Profession der Gutachter interessierte v. a. die Frage, ob und wie sich begutachtete und nichtbegutachtete Angeklagte anhand von Merkmalen der Person, der Tat oder der Opfer unterscheiden lassen. Damit sollte herausgefunden werden, ob bestimmte Merkmale eine Begutachtung wahrscheinlicher machen.

Erhebung und Auswertung

Für den Untersuchungszeitraum vom 01.01.2001 bis zum 31.12.2001 wurden den Autoren von der Datenzentrale des Landes Schleswig-Holstein auf Grundlage der Datenbank MESTA 306 Verfahren genannt, die den geforderten Kriterien entsprachen. Die zu diesen Verfahren gehörenden Ermittlungsakten wurden bei den zuständigen Staatsanwaltschaften des Landes (Kiel, Lübeck, Flensburg, Itzehoe) angefordert.

Die Ermittlungsakten wurden nach dem Vorhandensein von Gutachten zur Schuldfähigkeit durchgesehen. Reine Alkoholgutachten wurden nicht einbezogen. Um die Datenerhebung rationell zu gestalten, beschränkte sich die Analyse auf die Anklageschriften der Verfahren. Ihnen wurden juristisch relevante Basisdaten zum Verfahren, wie die Paragraphen der Anklage, grundlegende soziodemografische Daten zum Angeklagten, Angaben zu den Straftaten (Tat handlungen und -modi, Verletzungen des Opfers), Angaben zu Opfern (Alter, Geschlecht, Beziehung zum Täter) entnommen. Gegebenenfalls vorhandene Vorstrafen wurden dem Bundeszentralregisterauszug entnommen.

Die Auswertung deskriptiver Daten erfolgte nur für die Gesamtstichprobe. Die Frage nach bestimmten Merkmalen, welche die Gruppen begutachteter und nichtbegutachteter Angeklagter unterscheiden, wurde für die Gesamtstichprobe und in Teilstichproben für jede der Hauptdeliktgruppen bzw. Straftatbestände getrennt untersucht.

Bei der Einteilung in Teilstichproben stellte das Opferalter das Leitkriterium dar, da abhängig vom Alter der

Opfer von unterschiedlichen der Tat zugrunde liegenden Motivationen, z. B. einer Paraphilie, ausgegangen werden kann. Angeklagte wegen sexuellem Kindesmissbrauch wurden daher auch bei gleichzeitigen Anklagen wegen anderer Sexualstraftatbestände der Gruppe sexueller Kindesmissbrauch zugeordnet, da sie auf jeden Fall kindliche Opfer hatten. Angeklagte wegen sexueller Nötigung und Vergewaltigung wurden der gleichnamigen Gruppe zugeordnet. Angeklagte wegen Exhibitionismus wurden eben dieser Gruppe zugeordnet, wenn sie wegen keiner anderen Sexualdelikte angeklagt waren.

Von den insgesamt 306 Anklagen, die im Jahr 2001 in Schleswig-Holstein entsprechend oben genannter Einschlusskriterien wegen einer Sexualstraftat erhoben wurden, standen die Ermittlungsakten aus 291 Fällen (95,6 %) zur Verfügung. Die Gründe für die Nichtverfügbarkeit von 15 Akten blieben unklar; teilweise befanden sie sich in der Vollstreckung in einem anderen Bundesland. Bis auf einen Fall waren alle Angeklagten männlichen Geschlechts.

Die ganz überwiegende Mehrheit aller Anklagen ($n=273$, 93,8 %) konnten einer dieser 3 Gruppen zugeordnet werden. Es verblieben lediglich 18 Fälle, die ausschließlich wegen sexuellen Missbrauchs nach §§ 174–174c, 179 oder 182 StGB angeklagt waren. Diese Fälle wurden einer Restkategorie zugeordnet, was zulässig erschien, da bei ihrem ausschließlichen Vorliegen keine Begutachtungen stattgefunden hatten. Durch das beschriebene Prozedere wurden disjunkte Gruppen gebildet und Mehrfachauswertungen vermieden.

Zusammenhänge zwischen einzelnen unabhängigen Variablen und der abhängigen Variablen (Begutachtung hat stattgefunden oder nicht) wurden mit dem χ^2 -Tests überprüft. Waren dessen Voraussetzungen aufgrund zu geringer erwarteter Zellenbesetzungen verletzt, kam der Fisher-Yates-Test zum Einsatz.

Eine logistische Regression wurde durchgeführt, um eine Schätzung des relativen Einflusses einzelner Variablen zu erhalten. Dieses Verfahren konnte nur für die Analyse der Gesamtstichprobe eingesetzt werden, da die Anzahl der Fälle in den Teilstichproben nicht ausreichend war.

Ergebnisse

Die *Altersstruktur der Angeklagten* (Tab. 1) entsprach dem bekannten Befund, dass Angeklagte wegen sexueller Nötigung/Vergewaltigung durchschnittlich jünger sind und eine homogenere Altersverteilung aufweisen als wegen sexuellen Kindesmissbrauchs Angeklagte, bei denen der Altersschwerpunkt ca. 12 Jahre höher lag und mehr Angeklagte älter als 50 Jahre waren.

Auch die *Verteilung der Anklagen nach Straftatbeständen* entsprach im Wesentlichen der Verurteiltenstatistik für

Tab. 1 Altersstruktur der Angeklagten

	Anzahl (n)	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	„Range“
Gesamtstichprobe	291	39,39	15,80	15	86	71
Sexueller Kindesmissbrauch	145	43,37	16,51	15	86	71
Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung	89	31,80	11,45	15	62	47
Exhibitionismus/Erregung öffentlichen Ärgernisses	39	38,38	16,18	15	77	62
Restgruppe (§§ 174 pp, 179, 182)	18	48,06	13,58	27	79	52

Tab. 2 Zur Auswertung vorliegende Anklagen nach Straftatbestand und Vorhandensein eines Gutachtens

Anklage wegen ... (StGB)	Angeklagte Fälle		Begutachtete Fälle	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%) ^a
Sexueller Kindesmissbrauch (§§ 176, 176a, b)	145	49,8	20	13,8
Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung (§§ 177, 178)	89	30,6	12	13,5
Sexueller Missbrauch Schutzbefohlener pp. (§ 174, 174a, 174c)	11	3,8	–	–
Sexueller Missbrauch Widerstandsunfähiger (§ 179)	5	1,7	–	–
Sexueller Missbrauch Jugendlicher (§ 182)	2	0,7	–	–
Exhibitionismus, Erregung öffentlichen Ärgernisses (§§ 183, 183a)	39	13,4	2	5,1
Gesamt	291	100	34	11,7

^aProzent der zur Auswertung vorliegenden angeklagten Fälle

das Bundesgebiet, wie sie die SVS ausweist. Die häufigsten Anklagen betrafen Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs (49,8 %), gefolgt von sexueller Nötigung/Vergewaltigung (30,6 %) und Exhibitionismus (13,4 %). Anklagen wegen anderer Sexualstraftaten waren eher selten (Tab. 2).

Nur in einer Minderzahl der Fälle, nämlich insgesamt 34-mal (11,7 %) wurden Schuldfähigkeitsgutachten eingeholt (Tab. 2). Diese betrafen im Wesentlichen Anklagen wegen sexuellen Kindesmissbrauchs (20 Gutachten bei 145 Fällen, 13,8 %) und wegen sexueller Nötigung/Vergewaltigung (12 Gutachten bei 89 Fällen, 13,5 %). Zwei Gutachten wurden bei insgesamt 39 Anklagen wegen Exhibitionismus in Auftrag gegeben (5,1 %). Angeklagte mit anderen Tatvorwürfen wurden gar nicht begutachtet.

Sämtliche Gutachten wurden von Ärzten durchgeführt. Dreizehn Gutachten (38,2 %) stammten von Psychiatern, 10 (29,4 %) von Kinder- und Jugendpsychiatern und weitere 10 von Sexualmedizinern; in einem Fall war die Fachbezeichnung nicht ersichtlich. Die Mitarbeit von Diplom-Psychologen spielte nur im Rahmen testpsychologischer Zusatzerhebungen eine Rolle. Deren Ergebnisse wurden in 10 Fällen in den Text der Hauptgutachten eingearbeitet, lediglich in 2 Fällen waren den Hauptgutachten separate testpsychologische Zusatzgutachten beigelegt.

Die Sachverständigen kamen in ihren schriftlichen Gutachten zu folgenden Ergebnissen: In 13 Fällen (38,2 %) wurde dem Gericht die Annahme einer vollen, in 4 Fällen (11,8 %) einer fraglich verminderten, in 11 Fällen (32,4 %) einer erheblich verminderten und in einem Fall (2,9 %) einer aufgehobenen Schuldfähigkeit empfohlen. Drei Gutachten (8,8 %) verwiesen darauf, dass wegen des Bestreitens des Tatvorwurfs eine gutachterliche Stellungnahme zur Schuldfähigkeit erst nach richterlicher Beweiswürdigung in der Hauptverhandlung möglich sei. Ein Proband erschien

nicht zur Untersuchung und wurde dann ohne Begutachtung verurteilt.

Wie zu erwarten war, wurden bei Anklagen vor einem Landgericht wesentlich häufiger – nämlich in 16 von 46 Fällen (34,8 %) – Gutachtaufträge ausgelöst als bei Anklagen vor Amtsgerichten (18 von 245 Fälle, 7,3 %; $p < 0,001$).

In 22 der 291 untersuchten Fälle (7,6 %) endete das Verfahren mit einem Freispruch des Angeklagten. In keinem dieser Fälle war eine Begutachtung erfolgt.

Worin unterschieden sich nun die begutachteten von den nichtbegutachteten Angeklagten?

An dieser Stelle soll zunächst auf einen relevanten Nebenfund hingewiesen werden: Zur Untersuchung der Unterschiede zwischen begutachteten und nichtbegutachteten Angeklagten sollten zahlreiche Merkmale des Angeklagten, der Tat und der Opfer überprüft werden, die aus psychologisch-sexualmedizinischer Perspektive Bedeutung für die Einschätzung eines Angeklagten und seiner Tat haben könnten (z. B. Angaben zur Partnerschaft zum Tatzeitpunkt, zur Herkunftsfamilie, psychiatrische oder Sexualanamnese, Anzahl der Kinder etc.). Daten dieser Art waren nur derart lückenhaft vorhanden, dass eine statistische Auswertung nicht möglich war.

Bei *Betrachtung der Gesamtstichprobe* (Tab. 3) wurden nur 4 Merkmale gefunden, bei deren jeweiligem Auftreten die Begutachtungshäufigkeit signifikant erhöht war. Dies war der Fall, wenn:

- einschlägige Vorstrafen vorlagen,
- in den Anklageschriften Hinweise auf psychische Störungen oder geistige Behinderung erwähnt wurden,
- den Angeklagten penetrative Tathandlungen vorgeworfen wurden oder
- den Angeklagten mehr als ein Opfer zugeordnet wurde.

Tab. 3 Gesamtstichprobe (n=291): Vergleich von Merkmalen begutachteter vs. nichtbegutachteter Angeklagter

	Anzahl (n)	Gutachten	Anteil (%)	p	chi ²
einschlägige Vorstrafen	45	11	24,4	0,002	8,4
keine einschlägigen Vorstrafen	246	23	9,3		
nicht-einschlägige Vorstrafen	68	5	7,4	0,253	0,442
strafrechtlich völlig unvorbelastet	178	18	10,1		
penetrative Tathandlungen	105	22	21,0	<0,001	13,676
keine penetrativen Tathandlungen	186	12	6,5		
ein Opfer	202	18	8,9	0,013	4,992
mehr als ein Opfer	89	16	18,0		
Hinweise auf psychische Störungen	29	13	44,8	<0,001	34,29
keine Hinweise auf psychische Störungen	262	21	8,0		
Täteralter unter 21 J.	38	8	21,1	0,076	2,062
Täteralter 21–50 J.	180	22	12,2		
Täteralter über 50 J.	73	4	5,5	0,945	2,561
Täteralter 21–50 J.	180	22	12,2		
Haftstrafen ab 24 Monate	74	20	27,0	<0,001	22,64
andere (mildere) Aburteilungen	217	14	6,5		

Tab. 4 Ergebnis einer logistischen Regression der Gesamtstichprobe (n=291)

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald-Test	df	p	Exp(B)
Einschlägige Vorstrafen	1,374	0,477	8,290	1	0,004	3,950
Hinweise auf psychische Störungen	2,144	0,473	20,572	1	0,000	8,536
Penetrative Tathandlungen	1,480	0,428	11,968	1	0,001	4,392
Konstante	-3,428	0,396	75,061	1	0,000	0,032

Der Exp(B) gibt an, um welchen Faktor die Wahrscheinlichkeit einer Begutachtung bei Vorliegen des Merkmals erhöht ist

Bemerkenswert erscheint die Tatsache, dass Angeklagte unter 21 Jahren allenfalls tendenziell häufiger begutachtet wurden als Täter im Alter zwischen 21 und 50 Jahren ($p=0,076$). Sämtliche anderen untersuchten Variablen trugen nicht signifikant zur Steigerung der Begutachtungswahrscheinlichkeit bei, wobei insbesondere zu erwähnen ist, dass auch die allgemeine, nicht auf Sexualdelinquenz beruhende Vorstrafenbelastung keinen Einfluss ausübte.

Die logistische Regression (Tab. 4) ergab, dass das Vorliegen von Hinweisen auf psychische Störungen den größten Einfluss auf die Begutachtungswahrscheinlichkeit hatte. Weiterer signifikanter Einfluss kam dem Vorliegen penetrativer Tathandlungen und einschlägiger Vorstrafen zu. Andere Merkmale spielten keine bedeutsame Rolle. Die errechnete Regressionsgleichung besitzt eine Varianzaufklärung von 26,2 % (Nagelkerkes R^2).

Bei isolierter Betrachtung der *Anklagen wegen sexuellen Kindesmissbrauchs* (Tab. 5) erwies sich die Begutachtungswahrscheinlichkeit jeweils signifikant erhöht, bei:

- einschlägiger Vorstrafenbelastung,
- Vorwürfen penetrativer Tathandlungen,
- in den Anklageschriften enthaltenen Hinweisen auf psychische Störungen oder geistige Behinderung,
- Angeklagten, denen mindestens ein Opfer männlichen Geschlechts zugeordnet wurde, oder

- Angeklagten, denen mehr als ein Opfer zugeordnet wurde.

Hingegen erbrachte die Betrachtung der *Anklagen wegen sexueller Nötigung/Vergewaltigung* (Tab. 6) eine Erhöhung der Begutachtungswahrscheinlichkeit lediglich, wenn:

- in den Anklageschriften Hinweise auf psychische Störungen oder geistige Behinderung erwähnt wurden,
- penetrative Tathandlungen vorgeworfen wurden oder
- dem Angeklagten mehr als ein Opfer zugeordnet wurde.

Alle anderen Faktoren (einschlägige oder auch nichtsexuelle Vorstrafen, Alter des Angeklagten etc.) blieben ohne Einfluss. Entgegen der Erwartung wurden Angeklagte beim Vorliegen einschlägiger Vorstrafen nicht häufiger begutachtet und beim Vorliegen nichteinschlägiger Vorstrafen sogar seltener begutachtet als strafrechtlich unvorbelastete Angeklagte.

Diskussion

Die festgestellte Tatsache, dass nur jeder siebte einer sexuellen Nötigung/Vergewaltigung bzw. des sexuellen Kindesmissbrauchs Angeklagte begutachtet wurde, ja,

Tab. 5 Tatvorwurf „sexueller Kindesmissbrauch“ (n=145): Vergleich von Merkmalen begutachteter vs. nichtbegutachteter Angeklagter

	Anzahl (n)	Gutachten	Anteil (%)	p	chi ²
einschlägige Vorstrafen	26	9	34,6	0,002 ^a	11,552
keine einschlägigen Vorstrafen	119	11	9,2		
nicht-einschlägige Vorstrafen	18	2	11,2	0,521 ^a	0,088
strafrechtlich völlig unvorbelastet	101	9	8,9		
penetrative Tathandlungen	47	11	23,4	0,010	5,402
keine penetrativen Tathandlungen	98	9	9,2		
mehr als ein Opfer	51	12	23,5	0,006	6,272
ein Opfer	94	8	8,5		
(auch) männlich Opfer	44	11	25	0,005	6,672
ausschließlich weiblich Opfer	101	9	8,9		
präpubertäre Opfer	77	14	18,2	0,059	2,441
ältere Opfer	66	6	9,1		
Täteralter unter 21 J.	16	5	31,3	0,067 ^a	2,256
Täteralter 21–50 J.	78	12	15,4		
Hinweise auf psychische Störungen	17	9	52,9	<0,001 ^a	24,821
keine Hinweise auf psychische Störungen	128	11	8,6		

^aBerechnung des Signifikanzniveaus nach Fisher-Yates

Tab. 6 Tatvorwurf „Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung“ (n=89): Vergleich von Merkmalen begutachteter vs. nichtbegutachteter Angeklagter

	Anzahl (n)	Gutachten	Anteil (%)	p	chi ²
einschlägige Vorstrafen	11	1	9,1	0,543 ^a	0,208
keine einschlägigen Vorstrafen	78	11	14,1		
nicht-einschlägige Vorstrafen	41	3	7,3	0,968	3,285
strafrechtlich völlig unvorbelastet	37	8	21,6		
Täteralter unter 21 J.	16	3	18,8	0,365 ^a	0,487
Täteralter 21–50 J.	66	8	12,1		
mehr als ein Opfer	10	4	40,0	0,026 ^a	6,791
ein Opfer	79	8	10,1		
Hinweise auf psychische Störungen	7	3	42,9	0,049 ^a	5,620
keine Hinweise auf psychische Störungen	82	9	11,0		
penetrative Tathandlungen	50	11	22,0	0,008	7,095
keine penetrativen Tathandlungen	39	1	2,6		

^aBerechnung des Signifikanzniveaus nach Fisher-Yates

dass selbst von den Angeklagten, die bereits früher wegen sexuellen Kindesmissbrauchs belangt worden waren, nur ca. ein Drittel sachverständig untersucht wurde und die Rückfälligkeit bei sexueller Nötigung/Vergewaltigung die Wahrscheinlichkeit einer Begutachtung überhaupt nicht erhöhte, wird wohl nur denjenigen überraschen, der der Meinung war, dass die vehemente öffentliche Diskussion über die diversen gesetzlichen Maßnahmen gegen Sexualstraftäter es logisch erscheinen lässt, dass die Justiz schon im Erkenntnisverfahren danach fragt, was den Angeklagten zu seiner Tat veranlasst hat und wie groß die Gefahr ist, dass er wieder ein Kind missbraucht oder eine Frau vergewaltigt.

Der mit der Rechtslage Vertraute weiß indes, dass eben diese Fragen gar nicht im Fokus der Justiz stehen. Diese fragt lediglich danach, ob die Hypothese, der Angeklagte

sei unschuldig, zurückzuweisen ist, er also schuldig ist, und wenn ja, welche Sanktion tat- und schuldangemessen ist und der Wiederherstellung des Rechtsfriedens dient.

Nur wenn das Gericht (oder die Staatsanwaltschaft oder der Verteidiger) Hinweise darauf sieht, dass der Angeklagte gemäß §§ 20, 21 StGB nicht oder nur vermindert schuld-fähig sein könnte, kann das erkennende Gericht einen Sachverständigen beiziehen. Stellt weder die Staatsanwaltschaft noch die Verteidigung entsprechende Anträge, ist es dabei – gemäß § 244 Abs. 2 StPO – frei in seiner Entscheidung, ob die eigene Sachkunde als ausreichend betrachtet wird oder ob man sich eines erfahrungswissenschaftlichen Sachverständigen als „Gehilfen des Gerichts“ bedient. Zwingend vorgeschrieben ist eine sachverständige Begutachtung nur in den Fällen, in denen das Gericht die Anordnung einer Maßregel gemäß §§ 63, 64 oder 66 StGB erwägt (§ 246a StPO).

Dann muss der Sachverständige nicht nur den Zustand des Angeklagten, sondern auch dessen Behandlungsaussichten beurteilen.

Betrachtet man die vorgestellten Daten, die immerhin die Verfahren eines ganzen Kalenderjahres in einem gesamten Bundesland umfassen, so hat diese Rechtslage folgende Konsequenzen:

Urteile werden in der Regel ohne eine Risikoeinschätzung des Täters gefällt.

Die Mehrzahl der angeklagten Sexualstraftäter wird im Erkenntnisverfahren weder hinsichtlich ihrer Tatmotivation, also hinsichtlich einer bei ihnen möglicherweise vorliegenden paraphilen sexuellen Neigung, noch im Zusammenhang damit hinsichtlich ihres Rückfallrisikos sachverständig untersucht. Dies steht in merkwürdigem Widerspruch zur teils dramatischen Diskussion über Sexualstraftäter in der Öffentlichkeit, die eben auch erwartet, dass das Gericht der Frage nachgeht, was aus dem Täter wird, insbesondere, ob weiterhin von ihm gefährliche Taten zu erwarten sind. Es ist bekannt, dass Täter mit einer paraphilen Tatmotivation (sog. Neigungstäter) ein wesentlich höheres einschlägiges Rückfallrisiko aufweisen als opportunistische Gelegenheits- oder Ersatztäter [10]. Bei Kindesmissbrauchern ist in ca. der Hälfte der Fälle von einer pädophilen Neigung auszugehen [11]. Der Jurist ist qua Ausbildung wohl nur in den aller seltensten Fällen in der Lage, das Vorliegen einer paraphilen Tatmotivation und damit einer erhöhten Rückfallneigung selbst festzustellen.

Die Auslösung eines Gutachtenauftrags zur Frage der Schuldfähigkeit folgt keinen systematischen Regeln.

Die Betrachtung von Merkmalen der Tat, des Täters oder des Opfers förderte, unabhängig vom angeklagten Delikt, keine Kennzeichen zutage, bei deren Vorliegen das Instrument der Begutachtung mehrheitlich zur Anwendung gekommen wäre: Weder einschlägige noch nicht einschlägige Vorstrafen noch das Alter des Angeklagten spielte eine ausschlaggebende Rolle. Gerade der letztgenannte Umstand, dass nämlich nur 21,1 % aller Angeklagten (bei sexuellem Kindesmissbrauch 31,3 %) unter 21 Jahren von Sachverständigen gesehen wurden, sollte nachdenklich stimmen, ist doch besonders in dieser Altersgruppe von einer relativ guten therapeutischen Veränderbarkeit auszugehen. Daher sollte sie spezielle Aufmerksamkeit erhalten, um notwendigenfalls möglichst umgehend therapeutische Maßnahmen einleiten zu können, die einer weiteren kriminellen Entwicklung entgegenwirken.

Lediglich Hinweise auf psychische Störungen oder geistige Behinderung erhöhten – mit immerhin 44,8 % – die Wahrscheinlichkeit, begutachtet zu werden. Es blieb indes unklar, woher die Auftraggeber diese Hinweise bezogen, und es festigte sich der Eindruck, dass es sich hier um indivi-

duelle Unterschiede in der Wahrnehmung der Auftraggeber, nicht aber um individuelle Besonderheiten der Angeklagten handelte.

In diesem Zusammenhang soll nochmals auf die Lückenhaftigkeit der Aktenangaben zu Merkmalen der Person des Angeklagten hingewiesen werden: Wenn z. B. das Vorhandensein einer psychischen Störung eine zentrale Bedeutung für die Begutachtung hat, ergibt sich zwangsläufig die Frage, woher das Gericht diese Information bekommt. Letztlich ist es zunächst einmal auf den übermittelten Akteninhalt angewiesen. Damit wird die Frage auf das Ermittlungsverfahren und auf die ermittelnden Polizeibeamten vorverlagert. Ob in der Akte (und dann in der Anklageschrift) etwas über psychische Störungen steht, ist somit davon abhängig, ob die Staatsanwaltschaft und/oder die Polizeibeamten gezielt nach solchen Informationen sucht oder vorhandene Auffälligkeiten bemerkt.

Insgesamt ließen sich die Entscheidungen zur Auslösung von Gutachtenaufträgen im Erkenntnisverfahren in den meisten Fällen nicht eindeutig nachvollziehen: Fast immer stand den begutachteten Angeklagten mit bestimmten Merkmalen eine weitaus größere Gruppe von Trägern derselben Merkmale gegenüber, die nicht begutachtet worden war.

Gefährliche Rückfalltäter werden zu spät erkannt.

Das überwiegende Ausblenden der Prognose im Erkenntnisverfahren selbst bei einschlägigen Rückfalltätern kann zu dem – bereits 1997 [12] antizipierten – Problem führen, dass der Prognosegutachter bei der seit 1998 gemäß § 454 Abs. 2 Nr. 2 StPO regelhaft vorgeschriebenen sog. Zweidrittel-Begutachtung zur Prüfung einer Strafrestauesetzung zur Bewährung bei denjenigen in § 66 Abs. 3 Nr. 1 StGB aufgeführten Sexualstraftätern, die zu einer zeitigen Haftstrafe von über 2 Jahren verurteilt wurden, eine bis dahin eben nicht erkannte hohe Gefährlichkeit (z. B. aufgrund einer paraphilen Neigung) feststellt. Der Versuch, in solchen Fällen die nachträgliche Sicherungsverwahrung gemäß § 66b StGB anzuordnen, scheitert dann nicht selten daran, dass diese Erkenntnis durch eine Begutachtung im Erkenntnisverfahren hätte gewonnen werden können, somit keine „neue Tatsache“ ist, wie der BGH es fordert [13]. Der Verurteilte ist dann nach vollständiger Verbüßung seiner Straftat – einzig noch der Führungsaufsicht unterworfen – in Freiheit zu entlassen.

Therapie wird ohne oder ohne ausreichende Diagnostik angeordnet.

Das 1998 in Kraft getretene „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ sollte v. a. auch Auswirkungen auf die Therapie verurteilter Sexualstraftäter haben. Das wird schon durch die Information des Bundesjustizministeriums (BMJ) zur Einführung des oben genannten Gesetzes (BMJ v. 14.11.1997) deut-

lich, 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.“ Diesem Ziel diene insbesondere die Einführung der Einweisungsmöglichkeiten von Sexualstraf Tätern in sozialtherapeutische Anstalten oder Abteilungen gemäß §§ 6, 7 und 9 des Gesetzes über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung (StVollzG). Darüber hinaus ermöglicht die Neufassung § 56c, Abs. 3 Nr. 1 StGB 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.

Diese Fokussierung auf therapeutische Maßnahmen erscheint insofern sinnvoll, als empirisch belegt ist, dass qualifizierte psychotherapeutische Maßnahmen in der Lage sind, das Rückfallrisiko von Sexualstraf Tätern zu senken [14]. Nun ist es aber eine Binsenweisheit, dass eine suffiziente Therapie eine adäquate Diagnostik voraussetzt. Diese Diagnostik sollte möglichst am Anfang des Verfahrens, mithin im Erkenntnisverfahren, stattfinden, denn dort werden die Weichen für die weitere Behandlung eines Verurteilten gestellt.

Betrachtet man die vorgestellten Daten ausschließlich jener Angeklagter, deren Taten im Verfahren als so gravierend bewertet wurden, dass sie mit mindestens 24-monatiger Haft geahndet worden sind, so lag die Gutachtenquote bei nur 27 % (Tab. 3). Das bedeutet, dass zu Beginn der Strafvollstreckung, die (auch) der Verringerung des Risikos zukünftiger Straftaten dienen soll, bei der Mehrzahl der Täter nichts über Tatmotivation, Behandlungsaussichten und Prognose bekannt war.

Nun kann mit Recht eingewandt werden, dass diese Diagnostik ja dann vor Therapiebeginn in der Justizvollzugsanstalt bzw. in der soziatherapeutischen Anstalt geleistet werden kann. Dennoch sollte bedacht werden, dass dem erkennenden Gericht durch die zeugenschaftliche Befragung signifikanter Dritter ggf. Erkenntnisquellen zur Verfügung stehen, die nach Abschluss des Verfahrens dem Therapeuten nicht oder nur erschwert zugänglich sind.

Geradezu fatal wirkt sich die fehlende Diagnostik/Begutachtung jedoch in jenen Fällen aus, in denen es zur Aussetzung einer zeitigen Haftstrafe zur Bewährung kommt (was mehrheitlich geschieht), verbunden mit der gemäß § 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB (möglicherweise sogar ohne Zustimmung des Verurteilten!) erteilten Weisung, sich einer Psychotherapie zu unterziehen: Eine solche Weisung ohne vorherige Beurteilung der Therapiefähigkeit (und auch das wäre Aufgabe eines Gutachters im Erkenntnisverfahren) läuft oft ins Leere. Ganz abgesehen davon geben Sexualstraf Tätern im ambulanten und im stationären Setting ausgesprochen häu-

fig an, sie seien unschuldig verurteilt und hätten ein ggf. vorliegendes Geständnis nur auf Anraten ihres Anwalts abgelegt, um so eine geringere Strafe zu erhalten: Hier ist dann die angeordnete Therapie schlechterdings unmöglich.

Angemerkt wird aber auch, dass die Schuldfähigkeitsgutachten für sich genommen natürlich noch kein Garant für eine adäquate Therapieeinleitung sein können: Häufig werden die Sachverständigen über die Angaben zur Schuldfähigkeit hinaus nicht zur Gefährlichkeitsprognose und zu den Behandlungsaussichten befragt. Deshalb fordern Boetticher et al. [15] auch, dass „entsprechende Aussagen über die Beachtung des § 246a StPO hinaus zum Standard jeder Hauptverhandlung gehören und sich im Strafurteil, das Grundlage für das Vollstreckungsverfahren ist, wieder finden sollten“.

Das Gros unserer Kenntnisse über Sexualstraf Tätern verdankt sich nicht repräsentativen Erkenntnisquellen.

Die Mehrzahl der Untersuchungen über Motivation und Typologie geht auf Begutachtungsdaten zurück. Wie die vorgestellten Daten zeigen, stützen sich diese Arbeiten aber auf einen deutlich unter 20 % gelegenen Ausschnitt aus der Gesamtpopulation verurteilter Sexualstraf Täter. Nach welchen Kriterien seinerzeit die Gutachtaufträge vergeben wurden, ist in den einschlägigen Arbeiten nicht erkennbar. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass auch seinerzeit v. a. die schwereren Fälle (Anklagen bei einem Landgericht, penetrative Tathandlungen, mehrere Opfer etc.) und bei sexuellem Kindesmissbrauch durchaus auch eher Personen, bei denen Pädophilie nicht ganz fern lag, häufiger begutachtet wurden. Repräsentanz wird diese Auswahl daher wohl kaum reklamieren können.

Lösungsmöglichkeiten

1. Böhm u. Boetticher [16] haben im März 2009 ein Memorandum zur Änderung der StPO und des StGB beim Bundesjustizministerium eingereicht. Darin monieren sie, gestützt u. a. auf die hier vorgelegten Daten, die ungenügende psychopathologische Einordnung von Sexualstraf Tätern im Erkenntnisverfahren und schlagen vor, den § 246a StPO dahingehend zu erweitern, dass sowohl bei der absehbaren Anordnung einer sozialtherapeutischen Maßnahme als auch bei „Verbrechen gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung oder eines Verbrechens nach den §§ 250, 251, auch in Verbindung mit den §§ 252, 255, oder wegen eines der in § 66 Abs. 3 Satz 1 genannten Vergehen (Gewalt- oder Sexualstraf Taten)“ ein Sachverständiger „über den Zustand des Angeklagten, seine Gefährlichkeit für die Allgemeinheit und die Behandlungsaussichten zu vernehmen ist.“ Allerdings wird man sich berechtigt die Frage stellen müssen,

ob denn die gegenwärtige Zahl von adäquat qualifizierten Sachverständigen überhaupt ausreichend ist, um diese Aufgabe zu erfüllen und ob es nicht angemessener wäre, diese Forderung auf definierte Sexualstraftaten zu beschränken.

2. Der Aufbau intramuraler Diagnostikzentren für Sexualstraftäter, die zu Haftstrafen von mindestens 2 Jahren ohne Bewährung verurteilt sind, wie sie bereits in Österreich, der Schweiz und einigen deutschen Bundesländern bestehen, würde den gegenwärtigen Zustand teilweise verbessern. Begrenzt wird deren Wirksamkeit aber zum einen dadurch, dass dort der Diagnostikprozess nach Abschluss des Erkenntnisverfahrens stattfindet, somit diagnostisch u. U. wichtige Informationsquellen nicht mehr zur Verfügung stehen. Zum zweiten, weil die große Zahl der Verurteilten mit Bewährungsstrafen (bislang) nicht in derartigen Einrichtungen untersucht werden.

3. Prinzipiell wäre es auch denkbar, dass die Staatsanwaltschaften schon bei einer zulässigen Untersuchungshaft nach § 112a StPO (wegen Wiederholungsgefahr) an eine frühe Analyse bzw. Diagnostik denken und eine spätere Bewährungsstrafe bereits in diesem Stadium durch entsprechende Anträge vorbereiten. Auf diese Weise könnten dann dem Einzelfall adäquate, möglichst flexible, abänderbare Therapiemodelle erarbeitet werden. Ziel eines solchen zweistufigen Verfahrens wäre es, bereits im Ermittlungsverfahren eine diagnostische Untersuchung des Beschuldigten vorzubereiten, um dann später im erkennenden Verfahren Therapieweisungen (auch für jene Fälle, die zur Bewährung ausgesetzt werden) auf einer besseren Tatsachenbasis zu erteilen. Ergeben nämlich die früh durchgeführten diagnostischen Untersuchungen, dass eine Therapie allenfalls intramural erfolgen sollte, dann vermeidet dieses Verfahren einen therapeutischen Leerlauf, der darin zu sehen ist, dass nichtmotivierte Verurteilte zwar die Therapiestunden absitzen, aber nur, um in den Genuss einer Bewährungsstrafe zu kommen. Nicht nur angesichts der knappen Ressource qualifizierter Therapie sollte dies vermieden werden, sondern langfristig auch, um die Akzeptanz der Bewährungsstrafe nicht zu unterminieren.

Weitere Gesetzesverschärfungen dürften hingegen kaum zu einer verbesserten Sicherheitslage führen, da sich Straftäter, gerade wenn sie paraphil motiviert sind, dadurch nicht von Straftaten abhalten lassen. Sie betreffen oft auch nur eine vergleichsweise geringe Zahl von Tätern, wie z. B. bei der nachträglichen Sicherungsverwahrung, führen andererseits aber zu nicht unerheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Vernachlässigt wird dabei der Resozialisierungsauftrag des Strafvollzugs, der aber leitend sein sollte, da die weitaus meisten Sexualstraftäter entweder zu Bewährungs-

strafen verurteilt oder früher oder später aus der Haft entlassen werden. Der Gesetzgeber wird daher kaum umhinkommen, auch über eine Verbesserung der Bedingungen von Risikoeinschätzung und Sexualstraftätertherapie durch frühzeitige Diagnostik bzw. Begutachtung nachzudenken.

Danksagung Die Autoren danken dem Ministerium für Justiz, dem Generalstaatsanwalt und den Mitarbeitern der Staatsanwaltschaften bei den Landgerichten des Landes Schleswig-Holstein für die Unterstützung bei der Durchführung dieser Untersuchung.

Wir danken ferner der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden e. V., die durch eine finanzielle Unterstützung die Durchführung dieser Untersuchung ermöglicht hat.

Interessenkonflikt Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

1. Wille R (1967) Tätertypen bei „Unzucht mit Kindern“. Dtsch Z Ges Gerichtl Med 59:134–141
2. Wille R (1972): Exhibitionisten. Monatsschr Kriminol 55:218–222
3. Schorsch E (1971) Sexualstraftäter. Enke, Stuttgart
4. Beier KM (1995) Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
5. Berner W, Briken P, Habermann N, Hill H (2008) Verläufe bei sexuellen Tötungen. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2:1862–7072
6. Marneros A, Ullrich S, Rössner D (1999) Was unterscheidet psychiatrisch begutachtete von psychiatrisch nicht begutachteten Angeklagten? Recht Psychiatr 17:177–179
7. Fegert JM, Schnoor K, König C, Schläfke D (2006) Psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren. Centaurus, Herbolzheim
8. Elz J (2001) Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: sexuelle Mißbrauchsdelikte. KrimZ, Wiesbaden
9. Budde M (2009) Zur Situation der Begutachtung von Sexualstraftätern im strafrechtlichen Erkenntnisverfahren. Eine Untersuchung am Beispiel des Bundeslandes Schleswig-Holstein. Psychologische Dissertation, Philosophische Fakultät, Christian-Albrechts-Universität, Kiel
10. Hanson RK, Bussière MT (1998) Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. J Consult Clin Psychol 66:348–362
11. Seto MC (2008) Pedophilia and sexual offending against children. American Psychological Association, Washington
12. Bosinski HAG (1997) Sexueller Kindesmißbrauch: Opfer, Täter und Sanktionen. Sexuologie 4:27–88
13. BGH, 5. Strafsenat (2006) – 5 StR 585/05-, NJW 2006, 1442
14. Lösel F, Schmucker M (2005) The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. J Exp Criminol 1:117–146
15. Boetticher A, Nedopil N, Bosinski HAG, Saß H (2005) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. NSTZ 25(2):57–62
16. Böhm KM, Boetticher A (2009) Unzureichende Begutachtung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter im Strafverfahren, die Mängel bei deren Behandlung im Vollstreckungsverfahren sowie die Folgen. Sexuologie 16:52–59

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 Strafrestaussatzung 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 Strafrestaussatzung 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 Strafrestaussatzung 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 Verurteiltenzahlen 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)

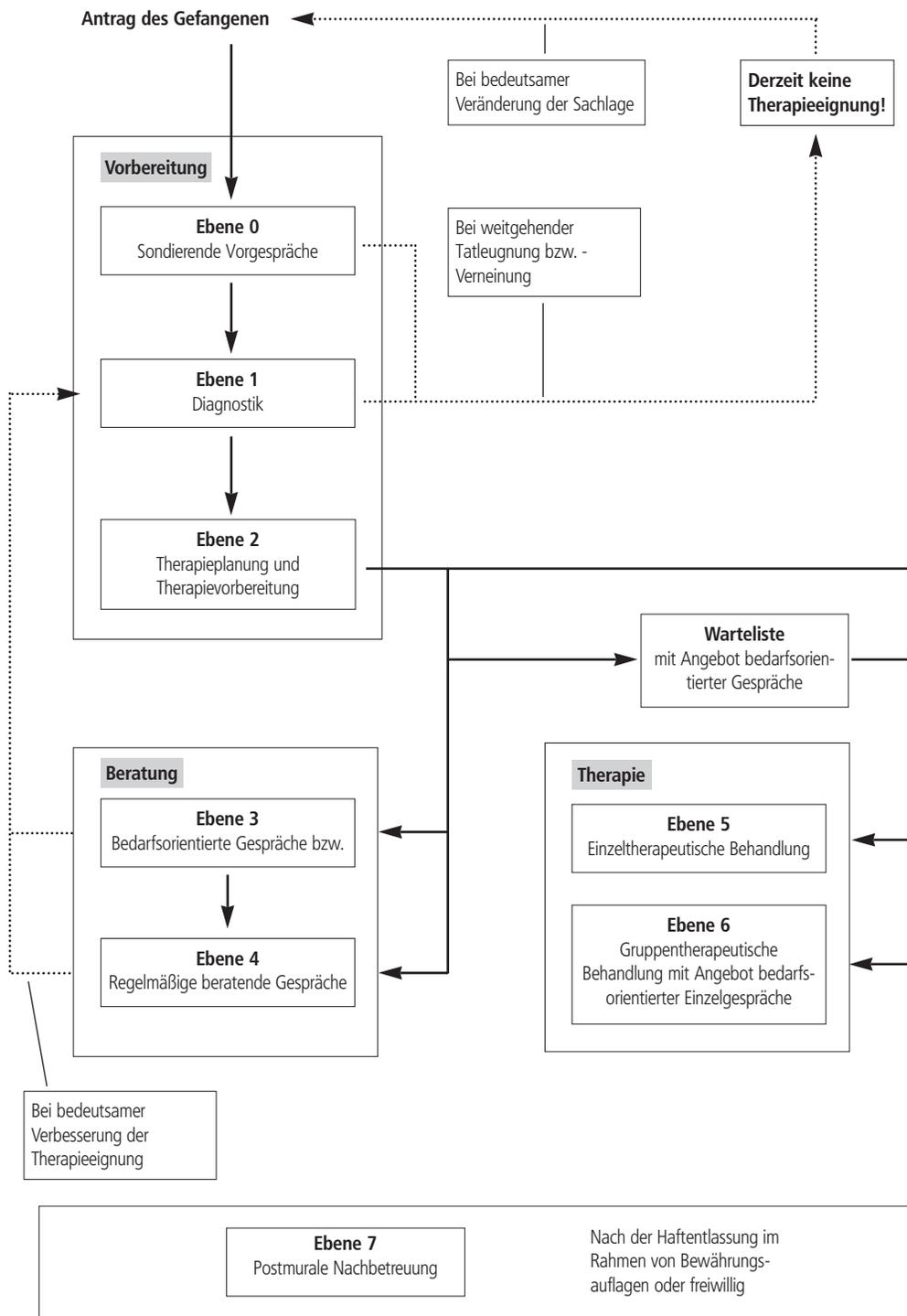
Ärzten, Berufspsychologen und Sozialarbeitern), „sich gegenüber dem Anstaltsleiter zu offenbaren, soweit dies für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde oder zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritter erforderlich ist“ (wobei dies für Ärzte nur als Befugniserteilung 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:			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Name, Vorname</td> <td style="width: 33%; border: none;">Gefg.B.Nr.</td> <td style="width: 33%; border: none;">Geburtsdatum</td> </tr> </table>		Name, Vorname	Gefg.B.Nr.	Geburtsdatum
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> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Sondierende Vorgespräche (0) <input type="checkbox"/> Diagnostik (1) <input type="checkbox"/> Therapieplanung u. Therapievorbereitung (2) <hr/> <input type="checkbox"/> Bedarfsorientierte Gespräche bzw. Krisenintervention (3) <input type="checkbox"/> Regelmäßige beratende Gespräche (4) <hr/> <input type="checkbox"/> Einzeltherapeutische Behandlung (5) <input type="checkbox"/> Gruppentherapeutische Behandlung (6) <input type="checkbox"/> Phase der Klärung (a) <input type="checkbox"/> Phase der Weiterentwicklung (b) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten erreicht werden. <input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten (bisher) nicht vollständig erreicht werden. <input type="checkbox"/> Ein wesentlicher Therapiefortschritt ist derzeit nicht mehr zu erwarten. <input type="checkbox"/> Mangelnde Schuldeinsicht des Patienten. <input type="checkbox"/> Mangelhafte Kooperativität des Patienten. <input type="checkbox"/> Der Patient verneint bzw. leugnet die verurteilte(n) Straftat(en). <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Sondierende Vorgespräche (0) <input type="checkbox"/> Diagnostik (1) <input type="checkbox"/> Therapieplanung u. Therapievorbereitung (2) <hr/> <input type="checkbox"/> Bedarfsorientierte Gespräche bzw. Krisenintervention (3) <input type="checkbox"/> Regelmäßige beratende Gespräche (4) <hr/> <input type="checkbox"/> Einzeltherapeutische Behandlung (5) <input type="checkbox"/> Gruppentherapeutische Behandlung (6) <input type="checkbox"/> Phase der Klärung (a) <input type="checkbox"/> Phase der Weiterentwicklung (b)	<input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten erreicht werden. <input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten (bisher) nicht vollständig erreicht werden. <input type="checkbox"/> Ein wesentlicher Therapiefortschritt ist derzeit nicht mehr zu erwarten. <input type="checkbox"/> Mangelnde Schuldeinsicht des Patienten. <input type="checkbox"/> Mangelhafte Kooperativität des Patienten. <input type="checkbox"/> Der Patient verneint bzw. leugnet die verurteilte(n) Straftat(en). <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sondierende Vorgespräche (0) <input type="checkbox"/> Diagnostik (1) <input type="checkbox"/> Therapieplanung u. Therapievorbereitung (2) <hr/> <input type="checkbox"/> Bedarfsorientierte Gespräche bzw. Krisenintervention (3) <input type="checkbox"/> Regelmäßige beratende Gespräche (4) <hr/> <input type="checkbox"/> Einzeltherapeutische Behandlung (5) <input type="checkbox"/> Gruppentherapeutische Behandlung (6) <input type="checkbox"/> Phase der Klärung (a) <input type="checkbox"/> Phase der Weiterentwicklung (b)	<input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten erreicht werden. <input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten (bisher) nicht vollständig erreicht werden. <input type="checkbox"/> Ein wesentlicher Therapiefortschritt ist derzeit nicht mehr zu erwarten. <input type="checkbox"/> Mangelnde Schuldeinsicht des Patienten. <input type="checkbox"/> Mangelhafte Kooperativität des Patienten. <input type="checkbox"/> Der Patient verneint bzw. leugnet die verurteilte(n) Straftat(en). <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<p>Ebenen in Klammern nach Therapiekonzept 3/1999</p> <p>Die Zuordnung von Patienten zu bestimmten Betreuungsstadien stellt keine Einschätzung ihrer Eignung für Vollzugslockerungen oder vorzeitige Entlassung dar.</p> <hr/> <input type="checkbox"/> Gegenwärtig ist kein freier Therapieplatz vorhanden. Der Patient steht auf der Warteliste. <hr/> <input type="checkbox"/> Nach der Haftentlassung ist eine regelmäßige psychotherapeutische Weiterbetreuung geboten. <hr/>				
<p>Anmerkungen:</p> <p>.....</p>				

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 Sexualstraf Täter 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 Sexualstraf Täter 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 Sexualstraf Tätern (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 Sexualstraf taten: 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