

„Justizambulanzen“ braucht das Land!

Martin Krupinski

Zusammenfassung

Die derzeitige Konzentration der Diskussion auf den adäquaten Umgang mit Sicherungsverwahrten sowie die Fokussierung der öffentlichen Aufmerksamkeit auf Sexualstraftäter lässt leicht in Vergessenheit geraten, dass die große Mehrheit der Straftäter nach wie vor ohne adäquate Nachsorge die Gefängnisse verlässt. In diesem Beitrag wird u. a. mit bereits 1995 in Zusammenarbeit mit der Münchner Bewährungshilfe erhobenen und 2011 immer noch relevanten Daten für den bundesweiten Ausbau forensischer Nachsorgeambulanzen argumentiert, hier vorläufig als „Justizambulanzen“ bezeichnet, um drei Aspekte besonders zu betonen: Erstens geht es um die ambulante Nachbetreuung nach einer Haftstrafe, die man als resozialisierende Schwerpunktsetzung eines modernen Strafvollzuges betrachten kann. Zweitens soll die Zuständigkeit der Justiz auch für die primär unter Bewährung stehenden Probanden verdeutlicht werden und drittens soll damit klar zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich sowohl unter Gesichtspunkten des Opferschutzes als auch unter finanziellen Aspekten um ein genuines Betätigungsfeld der Justiz handelt. Mehr als die Hälfte der Gefangenen weist psychische Störungen auf (Fazel & Danesh, 2002) und die Bewährungshelfer in der Münchner Studie erachteten etwa jeden zweiten Probanden, der nicht in Therapie war, für behandlungsbedürftig. Angesichts dieser Sachlage und eines massiven Anstiegs von Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht sowie eines nur eingeschränkten Zugangs der Straftäter zur allgemeinen therapeutischen Versorgung, kann es nur die Justiz selbst sein, die sich mit überschaubaren Kosten und ohne überzogene Erfolgserwartungen der Organisation eines real praktizierbaren Opferschutzes durch Straftätertherapie annimmt. Ein hypothetischer Rückblick aus dem Jahr 2031 anlässlich der Feierlichkeiten zum 60-jährigen Bestehen der Abteilung

für Forensische Psychiatrie in München rundet den Beitrag ab und benennt einige konkrete Aspekte der zukünftigen positiven Entwicklung.

1. Einleitung

Als Prof. Nedopil mich darum bat, als ehemaliger Mitarbeiter der Münchner Forensischen Abteilung anlässlich der Feier zu deren 40-jährigem Bestehen für die Jubiläumsschrift eine „wichtige“ Publikation aus der Münchner Zeit zum Nachdruck freizugeben oder „etwas neues forensisch Wichtiges“ zu schreiben, löste er zunächst ein nachdenkliches Dilemma bei mir aus. Die Beurteilung dessen, was man selbst heutzutage noch für wichtig halten kann, und auch die Einschätzung der Wichtigkeit mehr oder minder raschen Alterungsprozessen unterworfenen wissenschaftlicher Arbeit selbst ändert sich mit dem eigenen Älterwerden und gerät zudem leicht in Gegensatz zu den entsprechenden Beurteilungen der jüngeren und mitalternden Zeitgenossen. Zur Auflösung dieses Dilemmas entschloss ich mich letztlich für einen Mittelweg, wobei ich hier einerseits Ergebnisse einer in Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe 1995 in München durchgeführten Studie anführen und andererseits ihre im Jahr 2011 nach wie vor erhaltene Aktualität im Hinblick auf die Notwendigkeit der Schaffung psychotherapeutischer ambulanter Versorgungsstrukturen für entlassene Strafgefangene bzw. Bewährungshilfeprobanden herausstellen möchte.

Dass sozialtherapeutische Behandlungen sinnvolle Effekte haben, weiß man bereits seit längerer Zeit (Lösel et al., 1994; Egg, 1994) und dass ambulante Kriminaltherapie wirkt, insbesondere im Sinne gemeindenahe Behandlungsformen, hat die Evaluationsforschung ebenfalls eindeutig gezeigt (Lau, 2003). Insofern verwundert es, dass trotz erheblicher finanzieller Belastung der öffentlichen Haushalte u. a. auch kostengünstigere ambulante Interventionsmöglichkeiten als Alternative zum Strafvollzug bislang kaum Beachtung finden, zumal die Zahl der Strafgefangenen bereits in der Zeit von 1992 bis 2004 um ca. 61% angestiegen ist (Leygraf, 2006). Die derzeitige Konzentration der Diskussion auf den adäquaten Umgang mit Sicherungsverwahrten sowie die rezidivierende Fokussierung der öffentlichen Aufmerksamkeit auf Sexualstraftäter lässt dabei leicht in Vergessenheit geraten, dass die große Mehrheit der Straftäter nach wie vor ohne adäquate Nachsorge die Gefängnisse verlässt.

Unabhängig von der nicht nur akademisch, sondern nicht zuletzt auch unter einem politischen und ökonomischen Zuständigkeitsgeschacher geführten Diskussion darüber, was als behandlungsbedürftige psychische Erkrankung zu definieren ist, gibt es mit Ausnahme der bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe sowie an einer kleinen Stichprobe in NRW erhobenen Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland bislang kaum methodisch adäquat erhobene Daten (Konrad, 2006; von Schönfeld et al., 2006). Theoretisch sollten sich in Deutschland auf Grund des Maßregelensystems zumindest weniger psychotisch Erkrankte im Strafvollzug befinden als in manch anderen Ländern. Ansonsten spricht aber wenig für gravierende Abweichungen von der Tatsache, dass eine hohe Prävalenz psychischer Störungen unter allen Gefangenen durch zahlreiche Studien belegt ist. Fazel und Danesh (2002) haben in ihrer systematischen Übersicht 62 Studien mit insgesamt 22790 Gefangenen aus 12 westlichen Ländern zusammengefasst (81% Männer; Durchschnittsalter 29 Jahre) und bei 3,7% der Männer eine psychotische Erkrankung, bei 10% eine „Major Depression“ und bei 65% eine Persönlichkeitsstörung berichtet. Von den untersuchten Frauen litten 4% an einer psychotischen Erkrankung, 12% an einer „Major Depression“ und bei 42% wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Dass diese Menschen nach ihrer Entlassung aus der Haft nicht plötzlich gesund sind und möglichst kriminalpräventiv wirksam betreut werden sollten, ist – sofern man einen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Kriminalität nicht negiert – eigentlich naheliegend. Gleichwohl kann man sich dem methodisch schwer zugänglichen Thema der ambulanten Therapie von Straffälligen auch etwas komplizierter wissenschaftlich nähern. Letzteres haben wir Mitte der 90er Jahre in einer in dieser Form in Deutschland bislang einzigartigen Studie in Zusammenarbeit mit der Münchner Bewährungshilfe versucht (Krupinski et al., 1998), wobei die Ergebnisse das Naheliegende zwar untermauern, praktische Konsequenzen aber – wie so häufig bei wissenschaftlicher Arbeit – nur rudimentär erfolgt sind.

2. Ziele und Methodik

Die Hauptziele unseres Projektes waren damals 1.) psychische Auffälligkeiten bei Straffälligen unter Bewährung bzw. Führungsaufsicht zu eruieren und 2.) ambulante Behandlungsmaßnahmen zu erfassen, wobei wir uns insbesondere für psychotherapeutische Maßnahmen interessier-

ten. Die für eine derartige Untersuchung eigentlich erforderlichen umfangreichen finanziellen Mittel, die eine wissenschaftlich exakte, an den modernen Klassifikationssystemen orientierte standardisierte Diagnostik mit entsprechend großen Fallzahlen erlauben würden, standen nicht zur Verfügung. Insofern mussten vom methodisch Wünschenswerten erhebliche Abstriche gemacht werden, was wir bei der Veröffentlichung der Zahlen im Rahmen eines Kongressbandes u. a. mit dem vorsichtig gewählten Titel „Annäherung an ambulante Therapie bei Straffälligen“ zum Ausdruck brachten (Krupinski et al., 1998).

Dass die von der Friedrich-Baur-Stiftung geförderte Untersuchung überhaupt möglich wurde, war insbesondere den Mitarbeitern der Bewährungshilfe des Landgerichtsbezirks München I zu verdanken, deren aktives Engagement folgende Vorgehensweise erlaubte:

Zunächst wurde eine Zufallsstichprobe aus allen Klienten des Landgerichtsbezirks München I, d. h. primär Stadt München mit unmittelbarem Umland gewonnen. Im nächsten Schritt folgte dann eine dreistufige standardisierte Erhebung:

- 1) Interview der Probanden durch ihre betreuenden Bewährungshelfer hinsichtlich ihrer Therapiemotivation und der Inanspruchnahme von Therapie.
- 2) Fremdbeurteilung der Probanden mit Erfassung soziodemographischer und forensischer Variablen aus den Akten durch die Bewährungshelfer.
- 3) Selbstbeurteilung der Probanden unter Verwendung der Hopkins-Symptom-Checkliste (SCL-90-R) bei allen Probanden und des Freiburger Persönlichkeitsfragebogens (FPI) bzw. des Narzissmus-Inventars (NI) bei jeweils der Hälfte der Probanden.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Aus allen 2506 Probanden der Bewährungshilfe des Landgerichtsbezirks München I wurde zum Stichtag 1.5.1995 eine 35%-Zufallsstichprobe gezogen. Nach Ausschluss aller Probanden, die auf Grund theoretischer Überlegungen nicht in die Untersuchung eingehen konnten, verblieben 747 Personen in der Stichprobe. Durch eine geringe finanzielle Entschädigung für die Probanden konnten 26% dieser Nettostichprobe in die

Auswertung einbezogen werden, so dass letztlich 192 Personen gültig an der Untersuchung teilnahmen.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 33 Jahren, der Frauenanteil betrug 15%, 67% waren ledig, 14% verheiratet und 19% geschieden. Knapp die Hälfte der Probanden gab eine partnerschaftliche Beziehung von mindestens 1 Jahr Dauer an. Der Anteil an Probanden mit Verurteilungen nach dem JGG betrug 20%, 82% waren der Bewährungsaufsicht und 12% der Führungsaufsicht unterstellt, wobei die verbleibenden 6% der Probanden sowohl unter Bewährungs- als auch unter Führungsaufsicht standen. Unter den Delikten waren Verurteilungen wegen Verstoßes gegen das BtMG (28%) am häufigsten, gefolgt von Diebstahlsdelikten (16%), Körperverletzung (10%), Betrug/Erpressung (10%), Mord (7%), Raub (6%), Verkehrsdelikten (5%), Vergewaltigung/Nötigung (4%) und sonstigen (14 %). Die unterstellungsübergreifende Betreuung durch den Bewährungshelfer dauerte etwa 24 Monate bei durchschnittlich 11 persönlichen und ca. 5 telefonischen Kontakten pro Jahr.

3.2 Fünf Annäherungswege

Als Annäherung an die Problematik von eventuell behandlungsbedürftigen psychischen Auffälligkeiten bei Straffälligen werden im Folgenden einige Ergebnisse von fünf verschiedenen Zugangswegen dargestellt. Erstens eine Annäherung über bereits bekannte psychiatrische Diagnosen, zweitens über gerichtlich auferlegte Behandlungsweisungen, drittens über die Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit durch die betreuenden Bewährungshelfer, viertens über Hinweise, die sich aus den Selbstbeurteilungsfragebögen ergaben, und fünftens über von den Probanden selbst vorgebrachte Wünsche nach professioneller Hilfe.

3.2.1 Psychiatrische Diagnosen

Für knapp die Hälfte der 192 Probanden unserer Stichprobe, nämlich 47% war der Bewährungshilfe bereits eine psychiatrische Diagnose bekannt. Differenziert nach der Art der Unterstellung bedeutet dies, dass bei 40% aller Bewährungshilfeprobanden und bei 70% aller Führungsaufsichtprobanden irgendwann eine psychiatrische Diagnose gestellt worden war. Wenngleich sich aus unserer Studie natürlich keine exakten Prävalenzzahlen ableiten lassen, drängt sich der Vergleich mit ausländi-

schen Untersuchungen an Gefangenenspopulationen auf, die Prävalenzraten für psychische Störungen zwischen 30-50% gezeigt haben (Hodgins & Cote, 1990; Teplin, 1994; Hodgins, 1995; Jordan et al., 1996), wobei neuere Untersuchungen eher noch höhere Zahlen liefern (Überblick bei Fazel & Danesh, 2002).

3.2.2 Behandlungsweisungen

Um dem Problem der Behandlungsbedürftigkeit aus einer mehr juristischen Perspektive näher zu kommen, wurde das Vorliegen von Behandlungsweisungen erfasst. Insgesamt hatten 40% der Probanden eine Behandlungsweisung, wobei diese bei etwa der Hälfte der Probanden als Entzugsbehandlung spezifiziert war. Ferner hatten 4% aller Probanden eine spezifisch psychotherapeutische Behandlungsweisung und bei 7% war als Auflage eine psychiatrische bzw. nervenärztliche Behandlung genannt.

3.2.3 Einschätzung der Bewährungshelfer

Wenngleich Bewährungshelfer mit ihrer in der Regel sozialpädagogischen Ausbildung wahrscheinlich nicht zuverlässig die Behandlungsbedürftigkeit psychischer Probleme erkennen können, lag es nahe, die Einschätzung der am engsten mit dieser schwierigen Klientel befassten professionellen Betreuer zu eruieren. Dabei zeigte sich, dass die betreuenden Bewährungshelfer bei 63% ihrer Probanden davon ausgingen, dass behandlungsbedürftige psychische Probleme vorlagen. Die Bewährungshelfer hatten 42% ihrer Probanden bereits speziell eine psychotherapeutische Behandlung nahegelegt, wobei diese Bemühungen allerdings nur bei 10% insofern erfolgreich waren, als es zumindest zu einem Behandlungsgespräch kam.

3.2.4 Selbstbeurteilungsverfahren

Bei dem von den Probanden ausgefüllten Erhebungsinventar zur Erfassung psychiatrischer Symptome, der international sehr gebräuchlichen Hopkins-Symptom-Checklist SCL-90-R, fanden sich vor allem Auffälligkeiten auf den Skalen „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“ sowie bei dem Kennwert für die grundsätzliche psychische Belastung. Unter Berücksichtigung soziodemographi-

scher Faktoren lagen die Werte unserer Straftätergruppe zwischen gesunden Probanden und ambulanten psychiatrischen Patienten mit im Mittel um ca. 6-8 Punkte höheren T-Werten auf den Skalen im Vergleich zu Gesunden. Statistisch fanden sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Probanden der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht.

3.2.5 Therapiemotivation

Als erste Annäherung an eine eventuelle intrinsische Therapiebereitschaft wurde das Antwortverhalten auf eine bewusst sehr allgemein gehaltene Frage herangezogen, nämlich ob die Probanden neben ihrem Bewährungshelfer gerne regelmäßig mit einem Menschen, der dafür ausgebildet ist, über ihre Probleme reden würden. 43% unserer Stichprobe gaben hierzu keinerlei Interesse an, 25% nannten ein Gesprächsbedürfnis von ca. 1- bis 4-mal pro Halbjahr, 20% bekundeten einen Gesprächswunsch von ca. 1- bis 2-mal pro Monat und 12% von ca. 1- bis 2-mal pro Woche.

3.3 Aktuelle ambulante Therapien

Von den 192 Probanden unserer Stichprobe waren nach eigenen Angaben 38 (20%) zum Untersuchungszeitpunkt in ambulanter therapeutischer Betreuung. Dabei gaben jeweils 21% dieser Gruppe an, ihre Therapeuten 1- bis 4-mal pro Halbjahr bzw. 1- bis 2-mal im Monat zu sehen. Wenngleich die Grenze zwischen einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung und einer eher lockeren psychagogischen Führung sowohl zeitlich als auch inhaltlich nicht eindeutig zu ziehen ist, dürften diese Probanden – auch unter Berücksichtigung des ebenfalls erfragten durchschnittlichen Zeitaufwandes für ihre Behandlung – eher dem Bereich der psychagogischen Betreuung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung zuzuordnen gewesen sein. In psychotherapeutischer Behandlung im engeren Sinn, hier verstanden als Behandlungsfrequenz von mindestens einer Stunde pro Woche á 50 Minuten, befanden sich 11% der Gesamtstichprobe, wobei unter Versorgungsaspekten zu berücksichtigen ist, dass der Raum München mit die höchste Therapeutendichte in der Bundesrepublik aufweist. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint es auch interessant, dass die therapeutischen Behandlungen von Psychologen und Ärzten etwa im Verhältnis 2 zu 1 geleistet wurden und dass die Vermittlung der Therapien bei nur knapp einem Drittel der

Probanden durch Mitarbeiter justitieller Organe wie Bewährungshilfe, Justizvollzugsanstalten oder Maßregelvollzugseinrichtungen zustande kam.

3.4 Frühere ambulante Therapien

Von den 192 Probanden unserer Stichprobe gaben 45 (23%) an, zu einem früheren Zeitpunkt bereits in ambulanter Therapie gewesen zu sein. Bei 47% dieser Probanden war die frühere Therapie Bestandteil einer Bewährungsaufgabe und bei 45% erfolgte ein vorzeitiger irregulärer Therapieabbruch, der auf die Probanden selbst zurückging. Im Einklang mit den Ergebnissen bei den aktuellen Therapien erfolgte die Vermittlung der früheren ambulanten Therapien bei 76% der Probanden nicht über Mitarbeiter justitieller Institutionen. Bei Betrachtung der Dauer der Therapien gemessen an der Anzahl der Sitzungen fällt auf, dass bei 42% der Probanden ihre Therapie lediglich maximal 15 Sitzungen umfasste. 29% gaben eine Therapiedauer von 16-40 Sitzungen und 18% von 41-100 Sitzungen an. Bei 11% dauerte die Therapie länger als 100 Sitzungen. Der Gruppenvergleich von Probanden mit Therapie im Rahmen einer bzw. ohne Bewährungsaufgabe zeigte, dass Probanden, bei denen Therapien als Bewährungsaufgabe angeordnet waren, tendenziell länger in Therapie waren und ihre Therapien auch signifikant häufiger regulär beendeten.

4. Diskussion

Wenngleich bei unserem Untersuchungsansatz aufgrund des geringen Budgets aus methodischer Perspektive viele Wünsche offen blieben, verwiesen die Daten deutlich auf erhebliche Diskrepanzen zwischen Therapiebedarf und tatsächlich laufenden Therapien. Sie bestätigten die klinische Erfahrung, dass es selbst in einer Großstadt wie München, mit im Vergleich zu vielen anderen Regionen exzellenter therapeutischer Versorgungsstruktur, nicht gelingt, ambulante therapeutische Behandlungen für Straffällige adäquat anzubieten und zu vermitteln. Daran hat sich zumindest nach klinischer Erfahrung trotz mittlerweile noch größerer Therapeutendichte bis heute wenig geändert. Die Anzahl der von den einzelnen Bewährungshelfern zu Betreuenden ist keineswegs geringer geworden und die Tatsache, dass mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht

und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung vom 13.04.2007 den Gerichten die Möglichkeit eröffnet wurde, entlassenen Strafgefangenen die Weisung aufzuerlegen, sich einer ambulanten Nachsorge zu unterziehen, hat auf Seiten der niedergelassenen Therapeuten keinen „run“ auf Ex-Häftlinge als Patienten ausgelöst. Gleichwohl wurde mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht erstmals auch die Schaffung Forensischer Ambulanzen vorgesehen, wobei in Ermangelung konkreter Statistiken über Führungsaufsichten die Gesamtzahl der Führungsaufsichtprobanden in Deutschland gegenwärtig auf etwa 15000-20000 geschätzt wird (Beß, 2010). Therapieweisungen laufen aber – in den 90er Jahren wie heute – ins Leere, wenn die entsprechenden Versorgungsstrukturen nicht oder nur unzureichend vorhanden sind. Sofern man sich von therapeutischen Maßnahmen kriminalpräventive Wirkungen erhofft, können diese sicher nicht entfaltet werden, wenn gerichtliche Weisungen zu therapeutischen Behandlungen entweder gar nicht oder hinsichtlich Frequenz und Dauer in einer Weise umgesetzt werden, die zumindest aus therapeutischer Sicht kaum Wirkungen erwarten lässt, und hieraus keine Konsequenzen resultieren.

Während ich es bei der Präsentation unserer Daten (Krupinski et al., 1998) noch für möglich hielt, dass es in der Zukunft durch Verbesserungen der Kommunikationsstrukturen zwischen Gutachtern, ambulanten Therapeuten, Bewährungshelfern, Gerichten und Vollzugsinstitutionen gelingen könnte, zumindest den motivierbaren Anteil der Probanden mit psychischen Störungen herauszufiltern und einer therapeutischen Betreuung zuführen, würde ich dies heute unter den aktuellen Bedingungen der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung als illusorisch bezeichnen. Die meisten der niedergelassenen Therapeuten sind zur Straftäterbehandlung weder gewillt noch in der Lage und die Kassenfinanzierung der ambulanten Psychotherapie ist zu gering, als dass der unzweifelhaft erhöhte Zeitaufwand für eine kompetente Straftäterbehandlung und entsprechende Zusatzqualifizierungen ökonomisch rentabel wären. Wenngleich ich es als betrüblich, wenn nicht gar als skandalös empfinde, dass die Anbieter der psychotherapeutischen Versorgung und die Krankenkassen als gesellschaftlich zuständige Institutionen vielerorts keinen adäquaten Beitrag zum Opferschutz durch Straftäterbehandlung leisten und die Kassen durch die bundessozialgerichtliche Positionierung im Jahr 2007 auch noch dabei unterstützt werden, fällt es dennoch primär in den Zuständigkeitsbereich der Justiz für eine bessere Versorgung ihrer Klientel zu sorgen.

Erfreulicherweise hat sich seit der Datenerhebung bei der Münchner Bewährungshilfe bereits einiges in die notwendige Richtung bewegt. Unter starkem medialen Druck hat man 1998 Gesetze erlassen, in deren Folge nun zumindest für einen Teil der Sexualstraftäter während der Haft sozialtherapeutische Behandlungen stattfinden. Obgleich nicht durch Bundesgesetz verbindlich vorgeschrieben, hat man zudem mit Hilfe der Gesetzesänderungen im Jahr 2007 in mehreren Bundesländern zwischenzeitlich erkannt, dass es damit alleine nicht getan ist, sondern gerade die Übergangsphase in die Freiheit in Ambulanzen therapeutisch zu begleiten ist. Allerdings gibt es bislang nur wenige psychotherapeutische Ambulanzen wie z. B. in Stuttgart, Hamburg, Berlin, Karlsruhe, München, Nürnberg, Würzburg, Rostock, Kiel, Lübeck, Ludwigshafen, Trier, Ottweiler, Saarbrücken, Halle bzw. Magdeburg, die sich mit unterschiedlichen Modellen schwerpunktmäßig um aus der Haft entlassene Sexualstraftäter kümmern und letztlich im Auftrag der Justiz tätig werden (Übersicht bei Freese, 2010). Ein sinnvoller Anfang ist damit gemacht, wobei die Beschränkung auf Sexualstraftäter jedoch inhaltlich keineswegs sinnvoll ist und der Umfang des bisherigen Angebotes nicht mehr ist als der berühmte Tropfen auf dem heißen Stein. Insofern kann gar nicht deutlich genug betont werden, dass es dringend der verbindlichen Einrichtung von forensischen Nachsorgeambulanzen im Auftrag der Justiz bedarf.

Von einem sich selbst ernst nehmenden Justizsystem kann auf Dauer nicht ignoriert werden, dass mindestens die Hälfte der Gefangenen psychische Störungen aufweist und dass Bewährungshelfer nach unserer Studie etwa jeden zweiten Probanden, der nicht in Therapie ist, für behandlungsbedürftig erachten. Angesichts des massiven Anstiegs von Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht nach Erwachsenenstrafrecht mit 146832 Unterstellungen im Jahr 2008 und eines einigermaßen konstanten Anteils an Unterstellungen nach Jugendstrafrecht mit zuletzt 35904 im Jahr 2008 (Statistisches Bundesamt, 2011), sowie eines zwar theoretisch gegebenen, in der Praxis aber aus verschiedenen Gründen nur sehr eingeschränkt vorhandenen Zugangs der Straftäter zur allgemeinen therapeutischen Versorgung, kann es nur die Justiz selbst sein, die sich dieser Versorgungslücke annimmt, zumal sie dann auch zu Recht als Hauptziel die Vermeidung krimineller Rückfälle vorgeben kann. Opferchutz ist eine wesentliche Aufgabe der Strafrechtspflege. Wenn die Straftätertherapie auch nicht mit unrealistischen Erfolgserwartungen überzo-

gen werden darf, so sind funktionierende Justizambulanzen doch unzweifelhaft ein sinnvoller real praktizierbarer Opferschutz.

Freese (2004) hat darauf hingewiesen, dass ein Lösungsansatz für die Klientel des Strafvollzuges darin liegen könnte, das im Bereich des 63er Maßregelvollzuges seit vielen Jahren in Hessen etablierte Nachsorgemodell in wesentlichen Momenten auch auf einen Teil nicht psychisch kranker Straftäter zu übertragen. In der Tat ist die nicht nur in Hessen, sondern an vielen Maßregelkliniken mittlerweile erfolgreich praktizierte Ambulanzarbeit zwar nicht in jeder Hinsicht, aber doch in vielen Bereichen ein geeignetes Vorbild für den Aufbau von psychotherapeutischen Justizambulanzen. Diese sollten, u. a. wegen der gerade im forensisch relevanten Bereich der Persönlichkeitsstörungen besonders divergierenden, von diversen Schulrichtungen und Lehrmeinungen geprägten Krankheitslehre sowie aufgrund der definitorischen und konzeptuellen Unschärfe von Psychotherapie, weniger die Frage der psychischen Störung, als vielmehr die Erarbeitung einer spezifischen individuellen Indikationsstellung für eine erfolgreiche forensische psychotherapeutische Behandlung in den Vordergrund rücken (Krupinski et al., 1997, 1998). Dabei ist es nicht nur erforderlich, das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen und behandlungsfähigen Psychopathologie zu ermitteln, sondern auch deren Verschränkung und Relevanz für die Delinquenz (Feil, 2010), wobei man damit aus Sicht des Referenten möglichst bereits 6-12 Monate vor der geplanten Entlassung aus dem Strafvollzug beginnen sollte.

Wenngleich ich über die Begriffsbildung nicht glücklich bin und diese nur als vorläufig betrachte, ich zudem auch gut mit dem Begriff „Forensische Nachsorgeambulanzen“ leben könnte, verwende ich hier bewusst den Begriff „Justizambulanzen“, um drei Aspekte besonders hervorzuheben: Erstens geht es mir primär um die ambulante Nachbetreuung nach dem Strafvollzug, die man im weiteren Sinne durchaus als resozialisierende Schwerpunktsetzung im Rahmen des Zusammenspiels mit anderen Sanktionszwecken bei einer Haftstrafe und somit als moderne Vollzugsaufgabe betrachten kann. Zweitens geht es mir um die Verdeutlichung der Zuständigkeit auch für die primär unter Bewährung stehenden Probanden und drittens soll damit unmissverständlich zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich sowohl unter Gesichtspunkten des Opferschutzes als auch unter finanziellen Aspekten um ein genuines Betätigungsfeld der Justiz handelt. Boetticher hat es mit beeindruckender Klar-

heit bereits 2004 auf den Punkt gebracht: „Ambulante Nachsorge ist Aufgabe der Justiz!“ (Boetticher, 2004).

Diese scheint mancherorts mittlerweile durchaus gewillt zu sein, auf einen Ausbau forensischer Nachsorgeambulanzen hinzuwirken (Mair, 2009; Schatz & Thiel, 2009). Die Versuche erscheinen insgesamt derzeit aber noch zu zaghaft und unentschlossen, wobei ein Mangel an hinreichend qualifiziertem Personal ebenso bremsend wirkt wie Kostenfragen, da sich Einspareffekte erst mit Verzögerung zeigen. Man wird hier bei der praktischen Umsetzung im Detail sicher genau kalkulieren müssen, welche Effekte mit welchem Einsatz von Mitteln realistisch zu erwarten sind, zumal die optimale Praxis forensischer Psychotherapie nicht abschließend definiert ist und Therapieweisungen keineswegs immer gleichbedeutend mit einer Indikation zu einer forensischen Psychotherapie sind (Feil, 2010). Orientierend lässt sich jedoch anführen, dass in einer gut ausgestatteten Ambulanz, die nach meinen Vorstellungen u. a. 4 bis 8 Stunden pro Monat tatsächliche Therapiezeit bzw. aufsuchende Arbeit für jeden Klienten anbieten kann und mindestens die Hälfte der Arbeitszeit für weiterqualifizierende und administrative Aufgaben einkalkuliert, die Kosten für die ambulante Betreuung pro Tag bei etwa einem Drittel der Summe liegen werden, die je Gefangenen und Tag im Justizvollzug aufgebracht werden muss. Die geringeren Gesamtkosten, u. a. durch eine Reduzierung des Drehtür-Strafvollzuges auf Grund der zu erwartenden effektiveren Rückfallverhinderung, sind hier noch nicht berücksichtigt.

5. Rückblick aus dem Jahr 2031

Statt eines Ausblicks in die Zukunft erlaube ich mir an dieser Stelle die Einleitung des Artikels vorwegzunehmen, den ich anlässlich des 60-jährigen Bestehens der Abteilung für Forensische Psychiatrie in München im Jahr 2031 gerne etwa wie folgt beginnen würde:

Vieles hat sich in den letzten 20 Jahren im Strafvollzug positiv verändert. Weitsichtige und mutige Politiker haben sich der medialen Hysterisierung mit ihrem kurzsichtigen Geplärr nach immer härteren Strafen entgegengestellt, ein Überschwappen der unsinnigen Entwicklung aus Amerika mit steigenden Gefangenzahlen und zunehmender Privatisierung des Strafvollzuges verhindert und auch die ausufernde Ausweitung des Maßregelvollzuges in den Griff bekommen. Sie haben stattdessen Geset-

zesänderungen in die Wege geleitet, welche ohne gravierende Kostensteigerungen für den Strafvollzug ein relativ stabiles, hohes Sicherheitsniveau für die Bevölkerung gewährleisten. Ein wesentlicher Beitrag hierzu war, dass alle Bundesländer gesetzlich verpflichtet wurden, neben einem Ausbau des Therapieangebotes im Strafvollzug eine verbindliche ambulante Nachsorge für die Gefangenen über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren nach ihrer Entlassung mit der zusätzlichen Option einer langfristigen Betreuung zu schaffen. Fast alle der über 180 Justizvollzugs- bzw. Jugendstraf- und Jugendarrestanstalten in Deutschland haben mittlerweile eigene Ambulanzen, teils angegliedert an die Bewährungshilfestellen, eingerichtet oder sind Kooperationen mit freien Trägern von Vollzugsambulanzen eingegangen, wobei sämtliche der hinsichtlich ihrer Effizienz konkurrierenden Modelle im Gegensatz zu früher verbindlich und langfristig finanziell abgesichert sind. Durch die vom Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit, einen Teil der Haftinsassen bei vertretbarer Prognose bereits nach der Hälfte der verbüßten Strafe mit langfristiger ambulanter Nachsorge in Freiheit zu entlassen, ist es gelungen mit überschaubaren Kosten ein modernes Resozialisierungskonzept mit größerer kriminalpräventiver Wirksamkeit zu implementieren. Psychiatrie und Psychologie haben ihren Beitrag dazu geleistet, indem die veraltete kategoriale Dichotomisierung in psychisch krank bzw. kriminell weitgehend überwunden und ein an kriminalprognostischen Überlegungen und tatsächlichen behandlingstechnischen Möglichkeiten orientierter, pragmatisch unterstützender Umgang mit allen Straftätern entwickelt wurde. Die eher gutachtenlastigen Spezialisierungen in „Forensischer Psychiatrie“ und „Rechtspsychologie“ wurden ergänzt um eine qualifizierte Ausbildung zum „Forensischen Psychotherapeuten“ und die erheblichen Summen, die früher für z. T. überflüssige, weil entweder nichtssagende oder pauschal das Gleiche sagende und vor allem aus Absicherungsgründen in Auftrag gegebene Prognosegutachten ausgegeben wurden, werden mittlerweile sinnvoller kanalisiert in echte therapeutische Kontakte mit den betroffenen Menschen ... etc. ... etc.

6. Literatur

- Beß, K. (2010). Die Reform der Führungsaufsicht. In G. Hahn & M. Stiehls-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 79-91). Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Böttcher, A. (2004). Rechtliche Rahmenbedingungen. In R. Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug*. (Kriminologie und Praxis, Bd. 44, S. 15-54). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Egg, R. (1993). *Sozialtherapie in den 90er Jahren*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 349, 545-550.
- Feil, M. G. (2010). Psychotherapie von Sexualsträtern aus dem Strafvollzug in forensischen Nachsorgeambulanzen. *BAG-S Informationsdienst Straffälligenhilfe*, 18, 2, 8-10.
- Freese, R. (2004). Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen. In R. Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug* (Kriminologie und Praxis, Bd. 44, S. 169-183). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Freese, R. (2010). Nachsorge ehemals strafgerichtlich untergebrachter Menschen in Deutschland – formale Strukturen, Inhalte und Überlegungen. In G. Hahn & M. Stiehls-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 126-149). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Hodgins, S. & Cote, G. (1990). The prevalence of mental disorders among penitentiary inmates. *Canada's Mental Health*, 38, 1-5.
- Hodgins, S. (1995). Assessing Mental Disorders in the Criminal Justice System: Feasibility versus Clinical Accuracy. *International of Law and Psychiatry*, 18, 15-28.
- Jordan, K., Schlenger, W., Fairbank, J. & Cadell, J. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorders among Incarcerated Woman: II. Convicted Felons Entering Prisons. *Archives of General Psychiatry*, 53, 513-519.
- Konrad, N. (2006). Psychiatrie des Strafvollzuges. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 234-242). Darmstadt: Steinkopff.
- Krupinski, M., Schoechlin, C., Fischer, A. & Nedopil, N. (1997). Therapeutic alliance in forensic psychiatric hospitals: an empirical study. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8, 528-545.
- Krupinski, M., Schoechlin, C., Fischer, A. & Nedopil, N. (1998). Annäherung an ambulante Therapie bei Straffälligen. In H.-L. Kröber & K. P. Dahle (Hrsg.), *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf, Behandlung, Opferschutz*. (S. 169-174). Heidelberg: Kriminalistik.
- Lau, S. (2003). Wirkt ambulante Kriminaltherapie? Literaturübersicht zur Effektivität gemeindenaher rückfallpräventiver Maßnahmen bei Straftätern und psychisch kranken Rechtsbrechern. *Psychiatrische Praxis*, 30, 119-126.
- Leygraf, N. (2006). Ambulante Behandlungsmöglichkeiten. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*.

- Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie (S. 242-254). Darmstadt: Steinkopff.
- Lösel, F., Köferl, P. & Weber, F. (1994). Meta-Evaluation der Sozialtherapie. Qualitative und quantitative Analysen zur Behandlungsforschung in sozialtherapeutischen Anstalten des Justizvollzuges. Stuttgart: Enke.
- Mair, H.-P. (2009). Aufbau forensischer Nachsorgeambulanzen in Bayern. Forum Strafvollzug, 3, 115-117.
- Schatz, H. & Thiel, A. (2009). Forensische Ambulanzen in Hamburg – Regelangebote für Haftentlassene im Kontext von Führungsaufsicht und Bewährung. Forum Strafvollzug, 3, 118-121.
- von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U. & Driessen, M. (2006). Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. Nervenarzt, 77, 830-841.
- Statistisches Bundesamt (2011). Rechtspflege, Bewährungshilfe. Fachserie 10, Reihe 5, 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Teplin, L. (1994). Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. American Journal of Public Health, 84, 290-293.