

Anmerkungen zur Reform der Führungsaufsicht aus Sicht des Maßregelvollzugs

■ Gernot Hahn

Die Bundesregierung hat im Sommer 2006 einen Gesetzesentwurf zur Reform der Führungsaufsicht vorgelegt, womit eine effizientere praktische Kontrolle der Lebensführung von bestimmten Straftätergruppen ermöglicht werden soll. Dabei sollen die rechtlichen Regelungen vereinfacht und vereinheitlicht werden und insgesamt die „Rückfallkriminalität entschlossen bekämpft“ (BMJ, 2006) werden. Die Führungsaufsicht wurde 1975 als Rechtsmittel im Rahmen der damaligen Strafrechtsreform für die Tätergruppen eingeführt, die nach Vollverbüßung einer Haftstrafe oder nach Unterbringung im Maßregelvollzug in Freiheit entlassen werden. Als Mittel nachsorgender und resozialisierender Hilfe und Kontrolle wird es als unverzichtbar im Zusammenhang der Gewährleistung der Allgemeinsicherheit angesehen. Die geplante Gesetzesänderung wird die Einrichtungen des Maßregelvollzugs nach §§ 63 und 64 StGB direkt betreffen, da im Bereich ambulanter forensischer Versorgung (Nachsorge) verbindliche Regelungen definiert werden und Kooperationsformen für alle an der Nachsorge entlassener Maßregelpatienten beteiligten Stellen (Führungsaufsicht, Bewährungshilfe und Forensische Ambulanzen) vorgegeben werden.

Im Folgenden werden einige der geplanten Neuerungen aus Sicht des Maßregelvollzugs kommentierend vorgestellt.

Ausweitung des Weisungskatalogs

In Ergänzung des § 68b StGB soll künftig der Katalog der Weisungen dahingehend erweitert werden, dass den Verurteilten künftig der Umgang mit einem früheren (oder potentiell zukünftigen) Opfer verboten wird, persönliche Meldepflicht gegenüber dem/der Bewährungshelfer(in) angeordnet werden kann, sowie die Weisung, keine alkoholischen Getränke oder andere berauschende Mittel zu konsumieren und sich in bestimmten Abständen einer (psycho)therapeutischen oder forensischen Ambulanz vorzustellen erteilt werden können.

Das Verbot des Konsums berauschender Mittel besticht zunächst durch seinen sich unmittelbar (scheinbar) erkennbaren protektiven Wert. Aus therapeutischer Sicht ist allerdings anzumerken, dass ein solches Verbot kaum dazu führen wird, dass betroffene Straftäter, i. d. R. Menschen mit einer zugrunde liegenden Suchterkrankung, oder wiederkehrendem schädlichem Gebrauch, keinen Suchtmittelrückfall aufweisen. Suchtmittelkonsum muss im Kontext einer Suchterkrankung als Symptom eingeschätzt werden. Symptome lassen sich nicht „verbieten“. Suchtmittelkonsum ist darüber hinaus Ausdruck einer akuten Krise, welche den Konsum ggf. begünstigt oder akut auslöst. Die Ahndung solcher Krankheitsvorgänge mit Haftstrafen ist fragwürdig und unangemessen. Vielmehr bedürfen solche kritischen Zustände einer intensiven therapeutischen Bearbei-

tung. Die Reform der Führungsaufsicht sieht dafür eine stationäre Krisenintervention vor, welche besser geeignet ist, passende Strategien zur Bewältigung einer Krise mit den Betroffenen zu entwickeln, anstatt sie für ihre Hilfsbedürftigkeit zu bestrafen.

Sinnvoll erscheint jedoch die geplante Maßnahme des Entwurfs, Kontrollen der Suchtmittelfreiheit anzuordnen. Uneingestandene Suchtmittelrückfälle stellen ein großes Problem in therapeutischen Beziehungen zwischen Mitarbeitern forensischer Ambulanzen und ihren Patienten dar. Der diagnostische Nachweis von Alkohol- und Drogenkonsum, dessen Bearbeitung in einem (evtl. durch Weisung herbeigeführten Pflicht)-kontakt zum Therapeuten und ggf. die Intensivierung der therapeutischen Bearbeitung im stationären (Krisen)-kontext stellen hier günstige Interventionsstrategien dar.

Die gesetzliche Regelung zur Einführung und Zuständigkeit forensischer Ambulanzen auf Bundesebene ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine Reihe von Studien (BfG 1993 und 1995; Freese 2003; Stübner/Nedopil 2004) belegen die Wirksamkeit forensischer ambulanter Nachsorge nach stationärer Unterbringung im Maßregelvollzug. Da die Ausgestaltung des Maßregelvollzugs und damit auch die Einführung der forensischen Ambulanzen jedoch den Bundesländern überlassen ist (Volckart/Grünebaum 2002), ist weiterhin (vgl. Hahn 2003a) davon auszugehen, dass die Nachsorgelandschaft in Deutschland höchst unterschiedlich sein wird. Bestehen in einzelnen Bundesländern umfassende Nachsorgekonzepte (z. B. Hessen, vgl. Freese 2003), welche auf eine solide finanzielle Basis gestellt wurden, sind andere Bundesländer (z. B. Bayern, vgl. Steinböck et al. 2004; Stübner/Nedopil 2004) über das Stadium von Modellprojekten und höchst begrenzten Forschungsprojekten bis heute nicht hinaus gekommen. Bis

eine grundsätzliche Regelung und Finanzierung ambulanter forensischer Dienste und deren Flächen deckende Struktur sicher gestellt ist, muss davon ausgegangen werden, dass dieser Passus in der gesetzlichen Neufassung zur Führungsaufsicht (wenigstens teilweise) vorerst unwirksam bleibt. Problematisch ist darüber hinaus, dass die Gesetzesänderung vorsieht auch die Probanden aus dem Strafvollzug, welche ihre Haftstrafe voll verbüßt haben, den (neuen) forensischen Ambulanzen zur Nachsorge zugeführt werden sollen. Auch wenn heute schon einzelne forensische Ambulanzen Vollverbüßer aus dem Strafvollzug nachbetreuen (meist um den Mangel an geeigneten Therapieangeboten auszugleichen und die Betroffenen nicht gänzlich unversorgt zu belassen), ist die Zuordnung dieser Tätergruppe an die forensische Nachsorge generell abzulehnen. Die forensischen Ambulanzen befinden sich aktuell im Aufbau, bzw. einer ersten Konsolidierungsphase. Die zusätzliche Belastung mit den Probanden aus dem Strafvollzug würde eine Überforderung der vorhandenen (oder geplanten) Ressourcen darstellen. Daneben widerspricht die Anschlussbehandlung nach Haft einem zentralen Prinzip forensischer Nachsorge: die Hilfeleistung und Begleitung der Maßregelpatienten beginnt im letzten Unterbringungsquartier, in der sich die Unterbrachten nach §§ 63, 64 StGB meist in einer Phase der sog. Dauerbeurlaubung befinden. Bereits zu diesem Unterbringungszeitpunkt beginnt der Kontakt zu den Mitarbeitern der Nachsorgeambulanz, welche dann unter dem Leitgedanken der Behandlungskontinuität fortgeführt wird. Dieser zentrale konzeptionelle Ansatz (der hier auf die Betreuung psychisch kranker Straftäter bezogen ist) ließe sich auf die Entlasssituation von Strafgefangenen nicht anwenden. Zu fordern ist an dieser Stelle die Einführung „Sozialtherapeutischer Ambulan-

zen“, also die Ausgestaltung der Entlassvorbereitung und Nachsorge durch die Justizvollzugsanstalten selbst, anstatt den Maßregelvollzug einmal mehr (vgl. Schmidt-Quernheim, 2007) als Sammelbecken für „schwierige Fälle“ zu machen.

Wegfall der zeitlichen Begrenzung der Führungsaufsicht bei Sexualstraftätern

Die zeitliche Begrenzung der Maßnahme Führungsaufsicht auf fünf Jahre muss als „strukturelle Paradoxie des Hilfsangebotes“ (Hahn 2003b) begriffen werden. Bereits in der alten Fassung der Führungsaufsicht war (fachlich) nicht nachvollziehbar, warum nach einem willkürlich gesetzten Ende der Maßnahme der Bedarf an ambulanten Hilfen in allen Fällen ebenfalls erloschen sein soll. Demgegenüber erscheint der jetzt vorgeschlagene Wegfall zeitlicher Begrenzung der Führungsaufsicht bei Sexualstraftätern völlig überzogen. Es entsteht der Eindruck, dass diese Maßnahme eher Ausdruck eines umfassenden Strafbedürfnisses der Gesellschaft, Beleg für den gegenwärtigen Zeitgeist gegenüber randständigen und „dämonisierten“ Tätergruppen ist. Die Annahme dass bei Sexualstraftätern generell ein erhöhtes Rückfallrisiko besteht unterstellt zunächst, dass es „den Sexualstraftäter“ gibt, was aber nicht zutrifft. Sexualstraftäter in Maßregel- und Strafvollzug stellen tatsächlich eine höchst heterogene Gruppe dar, deren Teilgruppen erhebliche Unterschiede, bezüglich Störungsbild, Behandelbarkeit und eben auch Rückfallrisiko aufweisen (Nowara 2001; Pfäfflin 2004; Schmucker 2004). Zutreffend ist aber auch, dass einzelne Subgruppen (Pädophile, dissoziale Gewaltstraftäter) ein erhöhtes Rückfallrisiko aufweisen. Dieser Befund trifft aber auch für Täter zu, die nicht wegen eines Sexualdelikts verurteilt wurden (z. B. Patienten mit Impulskontrollstörung/Körperverletzung). Die hier genannten Tätergruppen profitieren jedoch langfristig von einer intensiven (modifi-

zierten) Psychotherapie (Rauchfleisch 19801 und 1999; Hahn 2007) und weisen in längeren Beobachtungszeiträumen trotz der Schwere der Psychopathologie positive Entwicklungen hinsichtlich der Legalbewährung auf. Entsprechend sind hier differenzierte Maßnahmen in Bezug auf die Dauer der Führungsaufsicht für unterschiedliche Tätergruppen, nicht nur für Sexualstraftäter angezeigt. Alternativ zum Vorschlag der Bundesregierung ist eine zeitlich befristete Verlängerung der Führungsaufsicht bei Vorliegen der Betreuungsbedürftigkeit (z. B. um jeweils weitere fünf Jahre) denkbar. Die Kriterien für den Fortbestand der Betreuungsbedürftigkeit im Rahmen einer Führungsaufsicht (und parallel dazu im Rahmen forensischer ambulanter Behandlung) müssten dann jeweils im Rahmen einer psychiatrisch-sozialtherapeutischen Prognosebegutachtung erhoben werden.

Erhöhung der Strafobergrenze bei Weisungsverstößen

Der Gesetzesentwurf sieht eine Erhöhung des Strafrahmens für Verstöße gegen Weisungen von einem auf drei Jahre vor. Dadurch sollen Probanden „motiviert“ werden sich regelkonform zu verhalten, d. h. sich im Krisenfall durch das hohe Strafmaß abschrecken lassen, delinquente Verhaltensweisen zu entwickeln. Auch dieser Vorschlag ist wohl eher durch den gegenwärtigen kriminalpolitischen Mainstream begründet. Die Strafverfolgungsstatistik weist in den vergangenen Jahren nur wenige Fälle von Anordnung der Freiheitsstrafe gem. § 145a StGB auf, 2001 waren es 63 Fälle. Damit stellt die Erhöhung des Strafrahmens bei dieser kaum angewandten Sanktion ein wenig wirksames Mittel zur Bekämpfung der Rückfallkriminalität dar. Für die Gruppe psychisch stark beeinträchtigter Straftäter ist anzumerken, dass sich diese Menschen in Phasen akuter oder generalisierter Krisenzustände weniger an normativen Vorgaben orientieren können, da eine langfristige Per-

spektivenübernahme mit Einbeziehung möglicher negativer Konsequenzen hinter aktuelle Bedürfnisse und Dynamiken tritt. Das bedeutet dass gerade diese rückfallgefährdeten Personen nicht von einer höheren Strafandrohung profitieren können. Stattdessen ist in solchen Fällen eher auf die neue Möglichkeit der stationären Krisenintervention (s. u.) zurückzugreifen.

Vorführungsbefehl bei Weisungsverstoß

Probanden der Führungsaufsicht entziehen sich gelegentlich der Betreuung durch helfende und kontrollierende Stellen. Dieses Verhalten korrespondiert oft mit der Erosion der Alltagsstrukturen der Betroffenen, sind Ausdruck sich manifestierender Krisenzustände und Beginn erneuter delinquenten Verhaltensmuster. Der Gesetzgeber sieht für diese Situation künftig eine zwangsweise Vorführung etwa bei Mitarbeitern der Bewährungshilfe und/oder forensischer Ambulanzen vor. Die Maßnahme verdeutlicht den Kontrollanspruch der betreuenden Stellen und kann geeignet sein drastisch zu verdeutlichen, dass eine Klärung der Situation dringend notwendig ist. Gegebenenfalls ist in solchen zwangsweise herbeigeführten Gesprächssituationen eine klinische Krisendiagnostik möglich, die hilft das Ausmaß möglicher Rückfallgefährdung zu erfassen und notwendige (auch stationäre) Maßnahmen zu veranlassen. Sicher wirkt sich der Vorführungsbefehl negativ auf die Hilfebeziehung zwischen Mitarbeitern der forensischen Ambulanzen und den Patienten aus. Letztlich ist diese Maßnahme aber Ausdruck der Rahmenbedingungen und Realität in forensischen Behandlungs- und Beratungsprozessen, welche grundsätzlich akzeptiert und mit den Betroffenen verhandelt werden müssen („Die Kunst der Zwangsbehandlung“, vgl. Wagner/Werdenich 1998). Allerdings: die Teilnahme an einer (Psycho)therapie lässt sich nicht erzwingen,

Psychotherapie ohne Einwilligung des Patienten ist ethisch nicht vertretbar und aus fachlicher Sicht auch nicht möglich. Der Vorführungsbefehl stößt hier an natürliche Grenzen, wo sich das „Therapieziel Motivation“ (Hahn 2005) nicht erreichen lässt. In dieser Situation ist eine Klärung der Frage, ob eine längerfristige Sicherungsmaßnahme (etwa im Rahmen eines Widerrufs der Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung) notwendig ist.

Befristete Wiederinvolzugsetzung einer zur Bewährung ausgesetzten Maßregel zur Krisenintervention

Als völlig neues Rechtsinstitut soll in einem „§ 67h: Befristete Wiederinvolzugsetzung; Krisenintervention“ die Möglichkeit einer stationären Behandlungsmaßnahme bei manifesten Krisen mit erhöhter Rückfallwahrscheinlichkeit geschaffen werden. Die Maßnahme soll längsten zwei Monate andauern, ggf. zweimal um jeweils zwei Monate verlängert werden können.

Aus Sicht der Praxis ist die Möglichkeit einer stationären Krisenintervention zu begrüßen. In den langen Betreuungsverläufen im Rahmen forensischer Ambulanzen ergeben sich immer wieder Situationen, welche einen Widerruf der zur Bewährung ausgesetzten Maßregel nahe legen. Dieser Schritt unterbleibt jedoch oft, da die „objektiven Fakten“ (konkrete Gefahr neuer Delinquenz, noch fehlender „beharrlicher Verstoß gegen Weisungen“) nicht vorliegen. Oft erscheint den Ambulanzmitarbeitern auch der endgültige Widerruf als unangemessenes Mittel, weil dadurch der Gesamtverlauf der bisherigen Rehabilitationsphase in Frage gestellt wird, alle Beteiligten die Situation als Scheitern auffassen. Schließlich gehen in Fällen erneuter, zeitlich unbefristeter Unterbringung die geschaffenen stabilen Strukturen und Ressourcen oftmals verloren, was zu Motivationsproblemen bei den betroffenen Patienten

führen kann. Die zeitlich begrenzte stationäre Wiederaufnahme ist grundsätzlich dem Ziel der Aufrechterhaltung des Rehabilitationsprozesses untergeordnet, hat dadurch einen anderen Bedeutungsrahmen, der auch eher geeignet ist von den Betroffenen angenommen zu werden. Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang die stationäre Aufnahme im Zuständigkeitsbereich der forensischen Kliniken und Abteilungen, möglichst mit Anbindung der Patienten an die bereits früher in diesem Fall mit der stationären Behandlung betrauten Therapeuten, wodurch sich im Sinn bestehender Fallkenntnis, Beziehungskontinuität und therapeutischer Entwicklungsprozesse bessere Behandlungsmöglichkeiten und Interventionsmöglichkeiten ergeben dürften. Allerdings müssten die forensischen Kliniken dafür Kriseninterventionsbetten vorhalten, was angesichts der strukturellen Überbelegung im Bereich des Maßregelvollzugs zu organisatorischen Problemen führen dürfte. Hier ist eine solide strukturelle, bauliche und finanzielle Basis zu schaffen, um die wichtige Aufgabe stationärer Krisenintervention sinnvoll bewältigen zu können (Personalaufstockung, räumliche Gestaltung, Klärung der Zuständigkeiten an Wochenenden etc.)

Neuorganisation der Führungsaufsicht

Der Entwurf sieht eine Neuorganisation der Führungsaufsicht, insbesondere die Verbesserung der Kooperation zwischen den mit der Nachsorge betrauten Stellen vor. Vorgesehen ist z. B. die Offenbarungspflicht der Mitarbeiter forensischer Ambulanzen gegenüber der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht, sowie generell die rechtliche Einbeziehung der psychiatrischen, psycho- oder sozialtherapeutischen Nachsorge für Maßregelpatienten, insbesondere der forensischen Ambulanzen in die Regelungen der Führungsaufsicht. Grundsätzlich ist die verbindliche Regelung zu Aufgaben und Verfahrensweisen forensischer Ambulanzen und ihrer Kooperationsformen mit anderen nachsorgenden Stellen zu begrüßen. Dabei ist darauf zu achten, dass der Organisations- und Behandlungsrahmen weiterhin durch die Maßregelkliniken, resp. forensischen Ambulanzen definiert wird, die Eigenständigkeit dieser Nachsorgestellen erhalten bleibt. Auch wenn ambulante Kriminaltherapie der Gleichzeitigkeit helfender und kontrollierender Aspekte unterliegt: Das Angebot forensischer Ambulanzen ist deutlicher als die Betreuungsmöglichkeiten der Führungsaufsicht am Hilfedanken orientiert. Eine Überbetonung der Kontrollaspekte im ambulanten Bereich forensischer Nachsorge gefährdet grundsätzlich den Beziehungsaufbau und die Tragfähigkeit therapeutischer Prozesse (vgl. Stellungnahme der BPTK, 2006). Um verlässliche Kooperationsstrukturen gesetzlich zu regeln, wäre vorab die Entwicklung von Standards der Zusammenarbeit notwendig gewesen. Diese sind bis heute nur in Ansätzen formuliert (DGSP 2006, Bildungswerk Irsee 2003, 2005, 2007) und werden höchst uneinheitlich umgesetzt. Denkbar sind z. B. gemeinsame Fallkonferenzen, die nicht nur in Krisensituationen zusammentreffen sollten, sondern regelmäßig den bisherigen Rehabilitationsverlauf auswerten sollten. Grundlage für eine solche Zusammenarbeit sollte auch die verbindliche Regelung des gegenseitigen Berichtswesens („wer informiert wen, wann, worüber?“) beinhalten. Eine generelle Offenbarungspflicht der Mitarbeiter forensischer Ambulanzen ist vor dem Hintergrund der therapeutischen Unabhängigkeit abzulehnen. Der im Gesetzesentwurf vorgesehene Umfang des Informationsaustausches („...haben sich ... zu offenbaren, soweit dies für deren Aufgabenerfüllung erforderlich ist“) ist zu weit gefasst. Sinnvoll wäre die Vereinbarung einer Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall. Dabei sollte als „natürliche Begrenzung“ des Informationsaustausches die

gemeinsame Einschätzung der Kriminal- und Entwicklungsprognose beachtet werden. Als Konsequenz einer stärkeren Kooperation zwischen Führungsaufsichtsstelle, Bewährungshilfe und forensischer Ambulanz ist die sinnvolle personelle und finanzielle Ausstattung der betroffenen Fachdienste zu fordern. Fallzahlen von bis zu 170 Probanden auf Seiten der Mitarbeiter einer Führungsaufsichtsstelle (Kurze 1999) sind hierbei als völlig unpassend einzuschätzen. Zu fordern ist in diesem Zusammenhang auch die konsequente Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter der Führungsaufsicht/Bewährungshilfe. In diesem Bereich weisen durchschnittlich ein Drittel der MitarbeiterInnen (Kurze 2004) keine Fortbildungen auf, bzw. sind diese zu einem weiteren Drittel an sozial-administrativen Inhalten orientiert. Für die Arbeit mit psychisch auffälligen und zum Teil chronisch psychisch kranken Menschen ist eine umfassende psychosoziale, sozialpsychiatrische und an modernen Beratungskonzepten orientierte Weiterbildung unumgänglich.

Zusammenfassung

Insgesamt bietet der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Reform der Führungsaufsicht aus Sicht des Maßregelvollzugs einige interessante Impulse. Die vorgeschlagenen Maßnahmen greifen jedoch in einzelnen Punkten zu weit (Wegfall der zeitlichen Begrenzung der Führungsaufsicht, Erhöhung des Strafrahmens). Die Tendenz einer Orientierung des Reformvorhabens ist am generellen gesetzgeberischen und gesellschaftlichen Trend zum Ausbau von Sicherungs- und Kontrollmöglichkeiten orientiert. Es entsteht der Eindruck dass im Vordergrund der vorgeschlagenen Maßnahmen zunächst Legitimationsaspekte gegenüber der Öffentlichkeit eine Rolle spielen, wodurch zumindest im Bereich der Strafrechtspolitik Handlungsfähigkeit demonstriert werden soll. Fachliche Ar-

gumente stehen in einer solchen Situation eher in zweiter Reihe. Die im Gesetzesentwurf enthaltenen Möglichkeiten einer stationären Krisenintervention und die verbindliche Anordnung einer ambulanten Kriminaltherapie stellen jedoch sinnvolle Maßnahmen im Sinn einer Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten für die betroffenen Patienten dar, wodurch sich dann auch nachhaltig der Schutz der Allgemeinheit vor Rückfalltaten erhöhen lässt. Um diese in der Sache richtigen Ansätze in reelle Betreuungsmöglichkeiten umzusetzen, d. h. dafür zu sorgen, dass flächendeckend forensische Ambulanzen aufgebaut werden, fehlen im Gesetzesentwurf entsprechende Vorgaben. Es steht zu befürchten, dass die in diesem Rechtsbereich zuständigen Bundesländer aus Kostengründen zunächst von einer verbindlichen Einführung forensischer Nachsorge absehen. In diesem Zusammenhang muss die von der Bundesregierung vorgenommene Einschätzung, dass die Neuregelung der Führungsaufsicht mit einer Verbesserung der Betreuungsmöglichkeiten entlassener Straftäter aus dem Maßregelvollzug kostenneutral umzusetzen sei, als unrealistisch angesehen werden. Der bloße Appell der Bundesjustizministerin (BMJ.Bund) an die Bundesländer, forensische Ambulanzen zu schaffen wird nicht ausreichen die Länder zur Umsetzung einer umfassenden Nachsorge zu bewegen.

Der Verfasser ist Leiter der Forensischen Ambulanz der Klinik für Forensische Psychiatrie Erlangen, Am Europakanal 71, 91056 Erlangen.

Literatur

BfG, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1993). Modellverbund „Psychiatrie“: Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz. Baden-Baden: Nomos.
BfG, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1995). Reintegration forensisch-psychiatrischer Patienten in eine mit

komplementären Versorgungseinrichtungen gut ausgestattete städtische Region. Baden-Baden: Nomos.

Bildungswerk Irsee (2003, 2005 und 2007). Ambulante Sicherungsnachsorge. Möglichkeiten und Grenzen ambulanter forensischer Versorgung. Irsee: Jahressprogramm 2007.

Internetquelle: <http://www.bildungswerkirsee.de>.

BMJ (2006). Regierungsentwurf zur Reform der Führungsaufsicht. Internetquelle: http://www.bmj.bund.de/files/1192/RegE_Fuehrungsaufsicht.pdf.

Auch Bundestagsdrucksache 256/06.

BMJ.Bund (2006). Pressemitteilung des Bundesjustizministeriums vom 05.April und 18.Mai 2006. Internetquelle: <http://www.bmj.bund.de>.

BPTK – Bundespsychotherapeutenkammer (2006). Reform der Führungsaufsicht. 14.11.2006: Gesetz für entlassene Straftäter schießt über das Ziel hinaus. Internetquelle: <http://www.bptk.de/show/321155.html>.

DGSP, Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (2006). Komplementäre Nachsorge für psychisch kranke Straftäter – Zertifikatskurs. Köln.

Egg, R. (Hg.) (2004). Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug. Wiesbaden: Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle, Bd. 44.

Freese, R. (2003). Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. Entstehung, Entwicklung, aktueller Stand und Zukunft der 63er-Nachsorge in Hessen. Ein Nach-Lese-Buch. Lengerich: Pabst.

Hahn, G. (2003a). Resozialisierung psychisch kranker Straftäter. In: Cornel, H. et al. Handbuch der Resozialisierung. Baden-Baden: Nomos; S. 445-460.

Hahn, G. (2003b). Sozialtherapie – Der Grundgedanke klinischer Sozialarbeit. Vortrag beim Fachtag „Sozialtherapie und Psychoedukation in der Klinischen Sozialarbeit“ an der Fhochschule Coburg am 19.12.2003. Internetquelle: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/forschungundwissenschaft>.

Hahn, G. (2005). Klinische Sozialarbeit in der forensischen Psychiatrie. Die Kunst der Zwangsbehandlung. Psychosozial, 29. Jg., 2005, 101, Heft III; 67-73.

Hahn, G. (2007). Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen

Maßregelpatienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Kurze, M. (1999). Soziale Arbeit und Strafjustiz. Wiesbaden: Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle, Bd. 26.

Kurze, M. (2004): Nachsorge und Bewährungshilfe/Führungsaufsicht. In: Egg (2004), S. 247-266.

Nowara, S. (2001). Sexualstraftäter im Maßregelvollzug. Eine empirische Untersuchung zu Legalbewährung und kriminellen Karrieren. Wiesbaden: Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle, Bd. 32.

Pfäfflin, F. (2004). Sexualstraftäter. In: Venzlaff, U./Foerster, K. Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. München: Urban & Fischer.

Rauchfleisch, U. (1981). Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rauchfleisch, U. (1999). Außen-seiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmidt-Quernheim, F. (2007). Kommunizierende Röhren – Vom schwierigen Verhältnis

zwischen Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. Beobachtungen aus der Sicht einer forensischen Ambulanz. Psych. Prax. 2007, 34; 1-6.

Schmucker, M. (2004). Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. Herbolzheim: Centaurus.

Steinböck, H. et al. (2004). Ambulante Betreuung forensischer Patienten – vom Modell zur Institution. Recht & Psychiatrie, 22 Jg., Heft 4; 199-207.

Stübner, S./Nedopil, N. (2004). Ambulante Sicherungsnachsorge des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen – Erste Ergebnisse aus der Begleitevaluation. In: Egg (2004), S. 143-168.

Volckart, B./Grünebaum, R. (2002). Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. Neuwied: Luchterhand.

Wagner, E./Werdenich, W. (Hg.) (1998). Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle. Wien: Facultas.

Evaluation des Prostitutionsgesetzes

■ **Monika Frommel**

Mit großer Verspätung veröffentlichte das Frauenministerium Anfang 2007 die Studie zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes. Die wichtigsten Kapitel sind überschrieben mit „Kriminalitätsbekämpfung und Prostitutionsgesetz“ und auch die Vertiefung dieser Aspekte widmet sich vorrangig dem Ausstieg aus der Prostitution und der Frage, welche neuen und erweiterten Strafgesetze wohl sinnvoll sein könnten, um Jugendliche vor den

Gefahren dieser Branche zu bewahren. Eine der schnell umsetzbaren Konsequenzen wird wohl eine *Angleichung der Schutzaltersgrenzen* in den §§ 180 ff StGB sein, zunächst einmal eine erweiterte Jugendschutznorm in § 182 StGB. Dort soll die Schutzaltersgrenze 18 Jahre statt bisher 16 Jahre sein (BT Dr. 16/3439 vom 16.11.2006). Der Sache nach ist dies eine sehr weit gefasste *Freierbestrafung*¹. Wegen des Verbots der Wohnungsgewäh-

nung an unter 18 Jährige zu Zwecken der Prostitution finden sich junge Prostituierte vor allem auf dem Straßenstrich. Wer dort als Kunde nach Angeboten sucht, muss sich künftig vorsehen. Auch wer verdeckt agiert, geht ein Strafbarkeitsrisiko ein, da bei unter 18 Jährigen schon jeder Vorteil als Entgelt für sexuelle Handlungen gilt. Aber eine systematische Strafverfolgung ist eher nicht zu erwarten, sonst hätte in der Vergangenheit der Schutz der unter 16 Jährigen intensiver durchgesetzt werden müssen.

Die Studien sind sehr informativ. Aber das Ministerium hat alles dafür getan, dass es kein Gesamtkonzept zur Verbesserung der wirtschaftlichen Be-

wegungsfreiheit erwachsener Prostituierte geben wird. Zwar wird lakonisch festgestellt, dass die bisherigen Maßnahmen auf Länderebene zu keiner verbesserten Umsetzung der zivilrechtlichen und verwaltungsrechtlichen Aspekte des ProstG geführt haben. Auch wird gut analysiert, dass und warum das ProstG nicht implementiert wurde. Auch die Notwendigkeit einer Verbesserung wird aufgezeigt. Aber letztlich münden die rechtspolitisch umsetzbaren Vorschläge ausschließlich in strafrechtliche Jugendschutznormen. *Schutzaltersgrenzen* besagen aber nicht einmal etwas über die tatsächlichen Angebote an junge Menschen in prekären Situationen und bei über 18 Jährigen bleibt es