



BDP · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin

Joachim F. Spieth

Richter am Amtsgericht

Referat Vollzugsgestaltung

Justizministerium Baden-Württemberg

Schillerplatz 4

70173 Stuttgart

Anschrift Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Telefon + 49 6221 7194740

Telefax ---

E-Mail info@bdp-rechtspsychologie.de

27. Mai 2013

Stellungnahme zum Gesetz über den Vollzug des Therapieunterbringungsgesetzes in Baden-Württemberg (ThUGVollzG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die folgende Stellungnahme der Sektion Rechtspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) nimmt Bezug zu psychologisch relevanten Aspekten des Gesetzes über den Vollzug des Therapieunterbringungsgesetzes in Baden-Württemberg (ThUGVollzG). Eine juristische Einschätzung kann diesbzgl. nicht erfolgen. Es werden dabei nur kritische Aspekte, die aus Sicht der Sektion eine Überarbeitung erfordern, aufgeführt. Dadurch soll ökonomischen und übersichtlichen Gesichtspunkten Rechnung getragen werden.

Die nachfolgende Stellungnahme bezieht sich auf die übersandten Unterlagen: Entwurf des ThUGVollzG vom 22.04.2013.

Über den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP):

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) vertritt die beruflichen und politischen Interessen der niedergelassenen, angestellten und beamteten Psychologen und Psychologinnen aus allen Tätigkeitsbereichen. Diese sind unter anderem: Gesundheitspsychologie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Schulpsychologie, Rechtspsychologie, Verkehrspsychologie, Wirtschaftspsychologie, Umweltpsychologie, Politische Psychologie. Der BDP wurde 1946 gegründet und ist Ansprechpartner und Informant für Politik, Medien und Öffentlichkeit. Rund 11500 Mitglieder sind im BDP organisiert.

BDP, gegründet 1946

Präsidentin Dipl.-Psych. Sabine Siegl

Vizepräsident Prof. Dr. Michael Krämer

Vizepräsident Dipl.-Psych. Heinrich Bertram

Hauptgeschäftsführerin Dr. Eileen Mertens

Registergericht Amtsgericht Charlottenburg

Anmerkungen zum Gesetzesentwurf

Zu § 2 (1): Hier wird direkt Bezug genommen auf § 1 ThUG. Die hier getroffene Formulierung „psychisch gestörte **Gewalttäter**“ ist jedoch ein Novum gegenüber dem § 1 ThUG, in dem diese Tätergruppen-Bezeichnung in dieser Form keine Verwendung findet. Der Begriff „Gewalttäter“ könnte hier eine Bedeutung suggerieren, die abweicht von dem, was in § 1 ThUG als Voraussetzungen für die Anordnung der Therapieunterbringung formuliert wurde. Der Terminus „Gewalttäter“ lässt nämlich aus fachlicher Sicht (wahrscheinlich auch bei fachfremden Personen) zuerst an Gewalttätigkeiten bzw. so genannte Aggressionsdelikte als besondere Form delinquenter Verhaltens denken. Typischerweise werden als Gewalttäter solche Straftäter bezeichnet, die z.B. wegen Körperverletzungen, Mord, Totschlag, Raub, Geiselnahme u.a. verurteilt wurden (in der Polizeilichen Kriminalstatistik ist entsprechend von „Gewaltkriminalität“ die Rede). Es ist dagegen bisher nicht üblich, auch die Gesamtheit der Sexualstraftäter als Gewalttäter zu bezeichnen – im Gegenteil, werden in der Praxis diese beiden Kategorien (Sexual- vs. – nichtsexuelle – Gewaltdelinquenz) oft zur groben Unterscheidung des forensischen Klientel verwendet. Insofern wäre es aus fachlicher Sicht angebrachter, an dieser Stelle entweder von psychisch gestörten **Sexual- und Gewalttätern** – besser noch, weil im hier gegebenen juristischen Kontext präziser: **Sexual- und Gewaltstraftätern** - zu sprechen, oder aber die nicht deliktspezifischen Formulierungen des § 1 ThUG (dort ist durchgängig von „Person“ die Rede) auch hier zu verwenden.

Zudem ist in diesem Zusammenhang nochmals **eine grundsätzliche Problematik des § 1 ThUG** anzusprechen: Voraussetzung für die Anordnung der Therapieunterbringung ist, dass eine Person an einer psychischen Störung leidet, und sie infolge dieser Störung mit hoher Wahrscheinlichkeit Leben, körperliche Unversehrtheit, persönliche Freiheit oder sexuelle Selbstbestimmung anderer Personen erheblich beeinträchtigen wird.

Das ThUG definiert aber an keiner Stelle, was genau unter einer „psychischen Störung“ zu verstehen ist, ob damit z.B. ausschließlich psychische Störungen gemäß der Weltgesundheitsorganisation (wie sie aktuell im ICD-10 zusammengefasst sind) gemeint sind, oder z.B. auch auf das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association (akut erschienen als DSM-5, allerdings noch nicht in deutscher Übersetzung) zugegriffen werden kann oder sogar soll, oder auch weitergehende Definitionen von Störungen, wie sie sich z.B. aus der Forschung oder einer bestimmten psychotherapeutischen Schule (z.B.

operationalisierte psychodynamische Diagnostik) heraus ergeben, einbezogen werden können.

Zudem ist dabei zu bedenken, dass sich **Gefährlichkeit in vielen Fällen auch aus Syndromen heraus ableiten lässt, die nicht einer Diagnose einer psychischen Störung im engeren Sinne entsprechen**. So ist z.B. „Psychopathy“ erwiesenermaßen ein wichtiger Risikofaktor für Rückfälligkeit mit Gewaltdelikten, aber eben keine Diagnose in den genannten Klassifikationssystemen. Auch z.B. bei Personen mit einer deliktrelevanten hohen Gewaltbereitschaft, einer starken Aggressivität oder einem starken Dominanzstreben lässt sich nicht immer eine „konventionelle“ psychische Störung diagnostizieren. Insofern erscheint im Zusammenhang mit dem ThUGVollzG somit dringend geboten, **eine „psychische Störung“ genauer zu definieren**. Auch sollte die bestehende, traditionell enge Kausalbeziehung zwischen psychischer Störung und Gefährlichkeit - insbesondere im Zusammenhang mit dem primären Ziel des ThUG „Schutz der Allgemeinheit“ - kritischer als bislang diskutiert werden.

Zu § 2 (2): Es ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber hier neben dem Schutz der Allgemeinheit, wie in § 2 (1) hervorgehoben, auch die Minderung der Gefährlichkeit zum Vollzugsziel erklärt, so dass „die Anordnung der Therapieunterbringung möglichst bald aufgehoben werden kann.“ In der Begründung wird dazu konkretisierend ausgeführt, dass „eine möglichst kurze Unterbringungsdauer im Fokus der Behandlung zu stehen hat.“ Aus fachlicher Sicht ist selbstverständlich, dass die Unterbringung nur so lange dauern sollte, wie eine konkrete Gefährlichkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit fortbesteht. **Es wird allerdings als problematisch angesehen, wenn eine Behandlung grundsätzlich unter Zeitdruck steht, wie dies die hier vom Gesetzgeber gewählten Formulierungen nahelegen**. Es ist nämlich davon auszugehen, dass in den meisten dieser Fälle Störungen vorliegen, deren adäquate Behandlung relativ viel Zeit erfordert, bzw. wo nicht genau gesagt werden kann, ob überhaupt- und falls ja, wann - bedeutsame Behandlungsfortschritte erzielt werden können. Insbesondere deliktrelevante schwere Persönlichkeitsstörungen oder Paraphilien erfordern bekanntlich viele Jahre intensiver Psychotherapie, und das Ergebnis wird bei solchen Störungen in den seltensten Fällen eine „vollständige Heilung“ sein, sondern bestenfalls eine verbesserte Selbststeuerungs- bzw. Selbstkontrollfähigkeit. Insofern besteht bei den hier getroffenen Formulierungen aus fachlicher Sicht die Gefahr, dass das Ziel „Schutz der Allgemeinheit“ in der Praxis dem Ziel „möglichst baldige Aufhebung“ untergeordnet wird. Daher wird vorgeschlagen, in den Formulierungen deutlich zu machen, dass in einer seitens der Behandelnden sorgfältigen, permanent vorzunehmenden Abwägung beider Ziele **der Schutz der**

Allgemeinheit stets das primäre Ziel ist. Ebenfalls wünschenswert wäre ein Passus, der – ggf. mit Hinweis auf entsprechende Forschungsergebnisse – deutlich macht, dass **psychotherapeutische Behandlungen schwerer Störungen lange (oft mehrere Jahre) dauern können und es dabei selbstverständlich keine „Erfolgsgarantie“ – hier i. S. einer verminderten Gefährlichkeit – gibt.**

Der Gesetzgeber stellt darüber hinaus im gleichen Absatz einen besonders hohen Anspruch an den Behandlungserfolg in Therapieunterbringung, wenn er fordert, dass die Therapieuntergebrachten „fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung *ein Leben ohne Straftaten* zu führen“. Aus der empirischen Rückfallforschung ist bekannt, dass insbesondere bei Straftätern mit schweren (Gewalt- und Sexual-) Delikten statistisch ein deutlich erhöhtes Risiko der Rückfälligkeit mit jeglicher (d. h. nicht nur einschlägiger) Delinquenz besteht. Es ist – insbesondere unter dem oben erörterten Aspekt des Ziels einer möglichst baldigen Aufhebung der Unterbringung – daher **fraglich, ob eine völlige Rückfallfreiheit ein realistisches Therapieziel ist bzw. sein kann.** Vielmehr wäre zu überlegen, ob bei entscheidenden, gut belegbaren Behandlungsfortschritten hinsichtlich des Risikos einschlägiger bzw. schwerer Delinquenz (wie in § 1 ThUG formuliert) das bestehende „Restrisiko“ für andere, weniger unmittelbar bzw. schwerwiegend andere Personen schädigende Formen der Delinquenz (z. B. Eigentums- oder Straßenverkehrsdelikte) auch mit Blick auf den Schutz der Allgemeinheit in Kauf genommen werden müsste. Realistischer erschien aus fachlicher Sicht daher hier die **Vorgabe des Ziels eines Lebens ohne erneute schwere (bzw. einschlägige) Straftaten.**

Zu § 3 (1): Über die Frage der „Angemessenheit“ einer Behandlung dürften in der Praxis die Meinungen der für die Behandlung Zuständigen und der davon Betroffenen in nicht wenigen Fällen auseinandergehen. Das gleiche gilt für die hier getroffene Forderung des Gesetzgebers einer „die Therapieuntergebrachten so wenig wie möglich belastenden“ Unterbringung. Ähnlich wie oben bereits erörtert wurde, fordert der Gesetzgeber hier Bedingungen, die aus fachlicher Sicht in der Praxis den unter § 2 formulierten Zielen entgegenlaufen könnten. **Gerade bei ich-syntonen schweren psychischen Störungen (d.h. das eigene Erleben und Verhalten wird von den Betroffenen nicht als störend erlebt) kann davon ausgegangen werden, dass die psychotherapeutische Behandlung – bzw. bereits das kontinuierliche Behandlungsangebot - per se vom Adressaten als belastend empfunden wird.** Insofern besteht mit diesen Formulierungen die Gefahr, dass notwendige Therapieangebote mit der Begründung einer damit verbundenen übermäßigen

Belastung (die subjektiv tatsächlich so empfunden werden könnte) von den Untergebrachten mit Bezug auf die Ausführungen des Gesetzgebers zurückgewiesen werden können. Es sollte aus fachlicher Sicht unbedingt ein „Feilschen“ zwischen Therapeuten und Klienten um die Fragen der „angemessenen“ Behandlung bzw. einer „so wenig wie möglich belastenden Unterbringung“ vermieden werden. Insofern wäre wünschenswert, der Gesetzgeber würde hier darauf hinweisen bzw. deutlicher herausstellen, dass ***in der Regel die Behandelnden*** vor dem Hintergrund der vorliegenden Störungen und mit Blick auf die Ziele des Vollzugs ***über die Angemessenheit einer Therapie im Einzelfall entscheiden können und müssen***. Selbstverständlich ist in diesem Zusammenhang von den Behandelnden zu fordern, dass sie die Art und Intensität der Behandlung auch dem Untergebrachten gegenüber gut begründen können.

In diesem Zusammenhang wäre zudem empfehlenswert, wenn der Gesetzgeber einen deutlichen Hinweis geben würde, was genau als „angemessene“ Behandlungsform im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung anzusehen ist. Aus Sicht des Berufsverbandes der Psychologinnen und Psychologen wären hier konkret die ***kassenärztlich anerkannten Psychotherapieverfahren*** (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) zu nennen, ***ggf. auch weitere wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren*** wie Gesprächspsychotherapie und Familientherapie. Zudem sollte klar herausgestellt werden, dass unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung ein ***deliktpräventiver Ansatz*** zu verfolgen ist.

Zu § 4 (1) und (2): Wie bereits ausgeführt, könnten sich auch in Bezug auf diese Punkte in der Praxis massive Differenzen zwischen den Einschätzungen der Behandelnden und der Behandelten ergeben. Es kann nämlich bei all dem nicht darüber hinweg gesehen werden, dass es sich in den meisten Fällen seitens der Untergebrachten um unfreiwillige Maßnahmen handeln dürfte, bzw. um gesetzliche Maßnahmen, die dem Willen der Betroffenen zuwider laufen. Insbesondere Untergebrachte mit ich-syntonen Störungen und ohne persönlichen Leidensdruck empfinden es daher gelegentlich als Zumutung - bzw. unzulässigen Eingriff in ihre persönliche Freiheit - , wiederholt über längere Zeit mit bestimmten Aspekten ihres – aus Sicht der Behandelnden gestörten, deliktrelevanten und daher behandlungsbedürftigen - Erlebens und Verhaltens konfrontiert zu werden. Der Gesetzgeber sollte daher, um den zuständigen Einrichtungen Behandlungserfolge bei Unfreiwilligkeit der Behandlung überhaupt zu ermöglichen, an dieser Stelle klarstellen, dass ***ein fachlich begründetes Behandlungsangebot, auch wenn es den persönlichen Interessen des Untergebrachten (zunächst) zuwiderläuft, nicht per***

se als „inhuman“ abzulehnen ist, sondern die Untergebrachten trotz des gesetzlich definierten „Zwangskontextes“ ihrerseits einen Beitrag zu leisten haben, an den Zielen des Vollzugs mitzuarbeiten (zu denken wäre hier etwa an eine in einem Behandlungsvertrag beidseitig unterzeichnete Formulierung in Richtung einer „**Pflicht der Untergebrachten zur Mitarbeit an den Vollzugszielen**“). Andernfalls müsste der Gesetzgeber viel deutlicher herausstellen, welche Konsequenzen sich aus einer fehlenden oder mangelnden Mitarbeit an den Zielen seitens der Untergebrachten ergeben. Bei den gegenwärtigen Formulierungen liegt der „Erfolgsdruck“ nämlich vor allem bei den Behandelnden, da für die Untergebrachten selber hinsichtlich der Behandlungsziele keine entsprechenden Pflichten formuliert wurden. Ansonsten wäre wünschenswert, der Gesetzgeber würde explizit deutlich machen, dass er den Betroffenen auch die Freiheit lassen möchte, sich (derzeit) nicht verändern zu wollen!

Zu § 4 (3) und (4): Hier stellt sich aus Sicht des Psychologenverbandes die Frage, warum der Gesetzgeber sich auf die Formulierung einer „*medizinisch-therapeutischen*“ Ausgestaltung festgelegt hat. In der Praxis dürfte die Behandlung bzw. Therapie weniger von Medizinern, als vielmehr von Psychologen bzw. psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden, bzw. der Schwerpunkt der therapeutischen Maßnahmen wird sehr wahrscheinlich im Bereich der Psychotherapie liegen. Insofern verwundert insbesondere die Formulierung im Absatz (4): „Bei Bedarf sind auch psychotherapeutische und sozialtherapeutische Behandlungsmaßnahmen anzubieten.“ **Gerade diese beiden Behandlungsmaßnahmen dürften in den meisten Fällen von Therapieuntergebrachten den Kern der Behandlungsangebote darstellen**, während konkrete medizinische Maßnahmen im engeren Sinne in vielen Fällen wahrscheinlich nicht indiziert sind bzw. nicht primär auf die Minderung der Gefährlichkeit abzielen. Dafür sind vielmehr psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen notwendig. Insofern steht die Therapieunterbringung formal-konzeptuell und inhaltlich der Sicherungsverwahrung näher als etwa der Maßregel einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, wie anhand der Begründung des Gesetzes insgesamt auch sehr deutlich wird. Angemessener wäre es daher, hier von einer ***medizinisch-psychologisch-therapeutischen Ausrichtung*** zu sprechen. Vermutlich wäre es im Übrigen auch aus ärztlicher Sicht angemessener, hier statt von „medizinisch“ von „(forensisch)-psychiatrisch“ zu sprechen.

Sofern davon die Rede ist, den Vollzug *freiheitsorientiert* auszugestalten, bedeutet dies aus fachlicher Sicht, es muss in der Praxis ***progressive Lockerungsstufen***

geben. Der Gesetzgeber sollte an dieser Stelle deutlich machen, dass er den behandelnden Einrichtungen diese Möglichkeiten auch bei nicht völlig auszuschließenden Risiken eines Missbrauchs von Lockerungen tatsächlich auch einräumen möchte.

Zur Frage des Angebots erforderlicher Maßnahmen für eine angemessene Behandlung wurde unter dem Punkt § 3 (1) bereits ausgeführt, dass es aus Sicht des Berufsverbandes wünschenswert wäre, **der Gesetzgeber würde die aus seiner Sicht erforderlichen bzw. notwendigen Maßnahmen hier zumindest hinsichtlich der Anforderungen an die Psychotherapie konkretisieren**. Positiv eingeschätzt wird die Formulierung, dass die Behandlung auf Grundlage eines *individuell zu erstellenden Behandlungsplans* erfolgen soll. In diesem Zusammenhang könnte der Gesetzgeber allerdings auch noch deutlich machen, dass zur individuellen Behandlungsplanung im forensischen Kontext **eine genaue Benennung der individuellen Risikofaktoren für bestimmte Arten von Rückfälligkeit** ebenso gehört wie die damit verbundene Erstellung und Begründung einer oder mehrerer **Delikthypothesen** seitens der behandelnden Einrichtung.

Zu § 4 (5): Das Leben im Vollzug den *allgemeinen Lebensbedingungen* soweit wie möglich anzugleichen, stellt ebenfalls eine hohe Erwartung an die Einrichtungen dar. Hier sind viele Situationen denkbar, in denen Konflikte mit vollzuglichen bzw. therapeutischen Zielen entstehen können (z.B. bezüglich Gebrauch von Telefon, Internet, Spielen, Filmen, Außenkontakte). Für eine wirksame Behandlung müssen diese Bereiche in jedem Fall mit einbezogen werden. Das bedeutet aber fast automatisch von therapeutischer Seite **Einschränkungen der persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten**. Insofern wäre auch hier wünschenswert, der Gesetzgeber würde auf entsprechende Möglichkeiten der Behandelnden hinweisen, sofern dies dem Erreichen der Vollzugsziele dienlich ist.

Wenn des Weiteren davon die Rede ist, „*den Bezug zum Leben außerhalb des Vollzugs zu erhalten*“ bzw. sie „*in ihrer Eigenverantwortung zu stärken*“, ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass manche Straftäter mit psychischen Störungen vor der Haft bzw. Unterbringung teils schon sehr lange überwiegend oder sogar ausschließlich in Eigenverantwortung in kriminogenen Bezügen bzw. Milieus verbracht haben, bzw. „normale“ soziale Bezüge kaum (mehr) kennen. In solchen Fällen kann also weniger Ziel sein, adäquate soziale Bezüge zu erhalten oder Eigenverantwortlichkeit zu stärken, sondern es müssen zunächst einmal **grundlegend neue nicht-kriminelle Strukturen aufgebaut werden**. Manch ein

Untergebrachter könnte einen solchen Behandlungsansatz als unzulässigen Eingriff in seine persönliche Freiheit begreifen. Insofern wäre auch an dieser Stelle wünschenswert, **den hohen Anforderungen an die Behandlung Pflichten seitens der Untergebrachten gegenüberzustellen, einen eigenen Beitrag zum Erreichen der Ziele zu leisten bzw. die Konsequenzen einer fehlenden Mitarbeit deutlich zu machen**. Positiv zu vermerken ist der Passus, dass Untergebrachte vor Übergriffen zu schützen sind. Hier wäre es allerdings hilfreich, wenn der Gesetzgeber genauer ausführen würde, was er unter Übergriffen versteht, um hier der Gefahr subjektiver Interpretationen sowohl seitens der Einrichtungen als auch der Untergebrachten vorzubeugen, was Behandlungsmaßnahmen wiederum unnötig erschweren könnte. Zu bedenken ist dabei, dass es (in seltenen Fällen) auch zu (sexuellen) Übergriffen seitens des Personals kommen kann. Für derartige Fehlhandlungen seitens des Personals darf es einerseits keine Toleranz geben, andererseits müssen MitarbeiterInnen aber auch wirksam **vor entsprechenden Fehlbeziehtigungen geschützt werden**.

Zu § 5, 1.: Wir geben zu bedenken, dass infolge der Neuausrichtung der Sicherungsverwahrung infolge des EGMR-Urteils und ohne Trennung grundsätzlich **die Gefahr der Herausbildung einer „forensischen Zwei-Klassen-Gesellschaft“ besteht**, auf deren einer Seite sich die „Therapie- bzw. Entlassorientierten“, auf der anderen Seite die „(derzeit) Unbehandelbaren“ bzw. „Verwahrten“ wiederfinden könnten. Eine solche Spaltung innerhalb einer Einrichtung wäre dem therapeutischen Klima in jeder Hinsicht abträglich. Insofern wäre es unbedingt wünschenswert, der Gesetzgeber würde mit Hilfe von forensischen Experten genaue **Kriterien formulieren, unter welchen Voraussetzungen bzw. Bedingungen und zu welchem Zeitpunkt ein Behandlungsangebot überhaupt erfolgversprechend erscheint**. Dies nimmt unmittelbar Bezug auf die in § 6 JVollzGB V erwähnten Feststellungen des **Behandlungsbedarfs**, der **Behandlungsfähigkeit** sowie der **Behandlungsmotivation** der Untergebrachten.

Zu § 5, 3.: Hier ist von einer erforderlichen Anzahl „*medizinischer Fachkräfte*“ die Rede. Wie unter § 4 (3), (4) ausgeführt, gehen wir wegen des zu erwartenden Erfordernisses psychotherapeutischer Behandlungsangebote davon aus, dass v.a. Psychologinnen und Psychologen in den Einrichtungen für die psychotherapeutischen Behandlungen zuständig sein werden. Insofern wäre wünschenswert, hier wäre gleichberechtigt von medizinischen bzw. psychiatrischen und **psychologischen/psychotherapeutischen Fachkräften** die Rede. Besonders wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang, der Gesetzgeber würde darlegen,

unter welchen Umständen eine Einrichtung ggf. unter psychologischer (zumindest fachlicher) Leitung stehen könnte.

Wahrscheinlich werden noch weitere Berufsgruppen für die Behandlungen zuständig sein (psychiatrische Fachpflegekräfte, Vollzugsbedienstete als Bezugspersonen, Ergotherapeuten u.a.). Es könnte also insgesamt personell auch von „**forensischen Fachkräften**“ gesprochen werden; damit würde zugleich unterstrichen, dass es sich in der Praxis v.a. um Behandlungen in multiprofessionellen Teams handeln wird. Zudem wäre es hilfreich, der Gesetzgeber würde sich hier hinsichtlich der Personalsituation auf einen **Mindest-Personalschlüssel** festlegen, der für die professionelle, zielorientierte Arbeit mit Therapieuntergebrachten kontinuierlich gewährleistet sein muss. Es sollte zugleich auch deutlich gemacht werden, dass für die Arbeit mit Therapieuntergebrachten **besondere Anforderungen an die fachliche Qualifikation des Personals auf allen Ebenen** bestehen. Hier könnte speziell für den Berufsstand der Psychologen die Anforderung einer speziellen forensischen Aus- oder Weiterbildung gestellt werden, wie z.B. das Zertifikat zum Fachpsychologen für Rechtspsychologie oder (für die Zukunft) ein abgeschlossenes forensisch-psychologisches Masterstudium.

Zu § 5, 6. und 7.: Zur aus unserer Sicht fraglich angemessenen Beschränkung auf „*medizinisch-therapeutische Erfordernisse bzw. Gesichtspunkte*“ wird auf unsere Argumentation unter § 4 (3, 4) und § 5, 3. verwiesen. Sofern unter 6. des Weiteren von „zumutbarem Aufwand“ die Rede ist, erscheint empfehlenswert, dies soweit zu konkretisieren, dass die Verantwortlichen der ggf. aufnehmenden Einrichtung wissen, was genau ihnen zumutbar ist, zumal auch in dieser Einrichtung weiterhin der „Schutz der Allgemeinheit“ gewährleistet sein muss. Nicht-justizielle Einrichtungen wie Krankenhäuser, Therapiezentren oder andere Behandlungseinrichtungen für nicht-forensische Klienten werden aber in der Regel ohne erheblichen personellen Aufwand kaum ein vergleichbares Maß an Sicherheit gewährleisten können, was es bei diesen Entscheidungen zu berücksichtigen gilt.

Zu § 7: Die Einrichtung sollte genau begründen, wie sie zu dieser Überzeugung gekommen ist bzw. worauf sie ihre Einschätzung stützt. Empfehlenswert wäre in diesem Zusammenhang ein **Behandlungsbericht**, der sich u.a. auf **standardisierte Psychodiagnostik** und aktuelle, **valide Prognoseinstrumente** stützt. Es sollte darin mit Bezug auf die Delikthypothese genau erklärt werden, wie sich die individuellen Risikofaktoren während der Unterbringung haben beeinflussen lassen (welche Behandlungsmaßnahmen mit welchen Ergebnissen durchgeführt wurden) und welche Veränderungsprozesse abgeschlossen bzw. noch laufend sind. Auch sollte konkret

benannt werden, welche weiteren Maßnahmen nach Beendigung einer Unterbringung empfohlen werden (z.B. Anbindung an eine forensische Ambulanz). Diese Einschätzungen sollten aus Gründen der Transparenz und der Wertschätzung auch mit dem Untergebrachten direkt besprochen worden sein.

Fazit: Der vorgelegte Gesetzesentwurf ist in großen Teilen aus Perspektive der Sektion Rechtspsychologie im BDP positiv zu bewerten, allerdings erscheint in den aufgeführten Bereichen eine entsprechende Anpassung, Überarbeitung und Präzisierung notwendig, insbesondere im Hinblick auf die Stellung der Psychologinnen und Psychologen in den Behandlungseinrichtungen sowie eine stärkere Ausformulierung von Pflichten der Untergebrachten, an ihrer Behandlung mitzuarbeiten. Mit den vorgeschlagenen Veränderungen und Ergänzungen wäre dieses Gesetz über den Vollzug des Therapieunterbringungsgesetzes in Baden-Württemberg (ThUGVollzG) sehr zu begrüßen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Niels Habermann
Landesbeauftragter für Baden-Württemberg
der Sektion Rechtspsychologie im BDP
stellvertretend für die Sektion (Vorsitzender: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Denis Köhler)