

Therapie als Sanktion

Alexander Baur und Lena Kolkmeier, Göttingen*

ABSTRACT

In den letzten 50 Jahren der Entwicklung des Sanktionenrechts dürfte kaum eine andere Idee erfolgreicher gewesen sein als die der „Therapie“ von Straftätern. Was sich hinter dem schillernden Begriff im Strafrecht genau verbirgt, ist dabei ebenso nebulös wie das Verhältnis von strafrechtlicher Sanktionierung und Therapie allgemein. Das hervortretende Verständnis von Kriminalität, ihren Entstehungsbedingungen und Präventionsmöglichkeiten bleibt zudem meist unausgesprochen. Dabei offenbart sich hier eine Denktradition des deutschen Strafrechts, die ein Innehalten verdient.

A. Eine sanktionenrechtliche Bestandsaufnahme

Im geltenden Sanktionenrecht (§§ 38 ff. StGB) herrscht hinsichtlich der „Therapie“ bereits begrifflich Uneinheitlichkeit. Teils ist von psychiatrischer, psycho- oder sozialtherapeutischer Betreuung und Behandlung,¹ teils von (Heil-)Behandlung² die Rede. § 56c III Nr. 1 StGB ergänzt ohne nähere Einordnung die Entziehungskur als besondere Form der Behandlung unter Einwilligungsvorbehalt. Im Recht der Führungsaufsicht findet sich eine Pflicht zu therapeutischem Kontakt (§ 68b I 1 Nr. 11 StGB). An der Schnittstelle zum Sanktionenrecht hat sich im Strafvollzugsrecht mit

* Der Autor *Baur* ist Inhaber des Lehrstuhls für Strafrecht und Kriminologie der Georg-August-Universität Göttingen. Kontakt: alexander.baur@jura.uni-goettingen.de.

Die Autorin *Kolkmeier* ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an diesem Lehrstuhl. Kontakt: lenasofia.kolkmeier@jura.uni-goettingen.de.

¹ So in §§ 56c II Nr. 6, 66c I Nr. 1 a), 68b II 2 StGB.

² So in §§ 56c III Nr. 1, 64 S. 2, 68c II 1 Nr. 2 StGB.



dem Konzept eines „Behandlungsvollzugs“³ und der vollzugsrechtlich organisierten Sozialtherapie⁴ ein weiteres Begriffspaar fest etabliert.⁵

Zudem fällt auf, dass die therapeutische Ausrichtung einzelner Sanktionen schlicht unausgesprochen bleibt. Dies gilt bezeichnenderweise gerade für eine der beiden sogenannten „Behandlungsmaßregeln“ des StGB – nämlich die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB). Deren therapeutischer Auftrag ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Gesetzeswortlaut, sondern folgt erst aus einer Gesamtschau von Anordnungsvoraussetzungen und Rechtsfolgen: Straftäter mit einem pathologisch begründeten und zugleich gefahrverursachenden Schuldefekt (§§ 20, 21 StGB) sollen in einem Krankenhaus mit psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten untergebracht werden. Dieser Ausgangslage entsprechend soll die Maßregel die Allgemeinheit nicht allein durch eine intramurale Absonderung vor den Gefahren des Unterbrachten schützen, sondern diesen von seinem gefahrverursachenden Zustand möglichst befreien.⁶ Deutlicher ist die therapeutische Ausrichtung bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) gesetzlich angelegt. Hier zeigt sie sich bereits klar in den Anordnungs- und Fortdauervoraussetzungen:⁷ Ist eine Suchtbehandlung nicht erfolgversprechend,⁸ so ist die Anordnung der Unterbringung von vornherein unzulässig (§ 64 S. 2 StGB); scheidet die Behandlung während der Unterbringung, ist sie für erledigt zu erklären (§ 67d V 1 StGB).

Der dritten freiheitsentziehenden Maßregel des deutschen Strafrechts – der Sicherungsverwahrung (§§ 66 ff. StGB) – scheint ein therapeutischer Auftrag hingegen eher fremd.⁹ Ihre bis heute erhalten gebliebene

³ *Schmitt*, in BeckOK Strafvollzug NRW, 23. Ed. 15.7.2025, StVollzG NRW § 3 Rn. 3; *Schatz*, in BeckOK Strafvollzug Hamburg, 21. Ed. 1.4.2025, HmbStVollzG § 4 Rn. 4; *Arloth*, in BeckOK Strafvollzug Bayern, 23. Ed. 1.10.2025, BayStVollzG Art. 3 Rn. 2.

⁴ Zur Entwicklungsgeschichte *Etzler/Moosburner/Rettenberger* FPPK 2020, 95.

⁵ OLG Karlsruhe NSTZ-RR 2005, 122; *Schmitt*, in BeckOK Strafvollzug NRW, 23. Ed. 15.7.2025, StVollzG NRW § 3 Rn. 2; *Arloth*, in BeckOK Strafvollzug Bayern, 23. Ed. 1.10.2025, BayStVollzG Art. 3 Rn. 2.

⁶ Allgemeine Auffassung und ständige Rechtsprechung, vgl. zuletzt BGH NSTZ-RR 2021, 292, 294; *van Gemmeren*, in Münchener Kommentar StGB, 5. Aufl. 2025, § 63 Rn. 1. Dennoch können auch nicht-krankhafte Störungen trotz wenig Aussicht auf Besserung Anlass für eine Unterbringung sein, so BGH NSTZ 1990, 122, 123.

⁷ Vgl. dazu *Pohlreich*, in Lackner/Kühl/Heger StGB, 31. Aufl. 2025, § 64 Rn. 1.

⁸ Mit der Überarbeitung des Sanktionenrechts (BGBl. I, 2023, S. 218) hat sich der Gesetzgeber unter anderem entschieden die Erfolgsaussicht enger zu fassen, vgl. *Baur* NSTZ 2023, 74, 77.

⁹ Vielmehr kann die Sicherungsverwahrung gerade als „Auffangbecken“ für nicht therapierbare Fälle dienen, vgl. BT-Drs. 7/1261, S. 7. Gerade bei jüngeren Hangtätern erschien die Hoffnung groß, diese abseits der Sicherungsverwahrung in einer sozialtherapeutischen Anstalt bessern zu können, vgl. BT-Drs. 7/1261, S. 10. Teils wird die Sicherungsverwahrung auch als Mittel des Strafrechts für

Benennung legt in Übereinstimmung mit ihren historischen Ursprüngen nahe,¹⁰ dass ihr eigentlicher Zweck in der sichernden Verwahrung gefährlicher Straftäter besteht. In der gesetzlichen Gestalt, die die Sicherungsverwahrung nach den wegweisenden Entscheidungen des EGMR¹¹ und des BVerfG¹² seit 2013 angenommen hat,¹³ erfährt jedoch auch sie eine therapeutische Aufwertung und Neuausrichtung.¹⁴ Besonders greifbar wird diese in der bundesrechtlichen Rahmensetzung zur Vollzugsgestaltung. Danach ist im Vollzug der Sicherungsverwahrung unter anderem eine psychiatrische, psycho- oder sozialtherapeutische Behandlung anzubieten (§ 66c I Nr. 1a StGB), die das Ziel hat, eine freiheitsentziehende Unterbringung entbehrlich zu machen.¹⁵

Weitet man den Blick auf die nicht-freiheitsentziehenden Sanktionen aus, sticht insbesondere die Führungsaufsicht hervor. Bereits im Jahr 2007 schuf der Gesetzgeber mit der Vorstellungsweisung (§ 68b I 1 Nr. 11 StGB) und der Therapieweisung (§ 68b II 2 StGB) gleich zwei therapiebezogene Instrumente.¹⁶ Die Umsetzung dieser Weisungsmöglichkeiten und deren Einpassung in das Maßregelrecht sicherte er durch die gesetzliche Anerkennung forensischer Ambulanzen (§ 68a VII StGB) institutionell und mit Offenbarungspflichten von therapeutisch tätigen Personen (§ 68a VIII StGB) bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren ab. Auf der schuldstrafrechtlichen Sanktionsspur kamen zuletzt im Jahr 2023 zusätzliche Therapieweisungen bei der Bewährungsaussetzung (§ 56c II Nr. 6 StGB) sowie bei der Verwarnung mit Strafvorbehalt (§ 59a II 1 Nr. 5 StGB) hinzu.¹⁷ Im Zuge desselben Gesetzgebungsvorhabens hob der Gesetzgeber die Bedeutung der Therapieweisung im Vorfeld und zur Vermeidung einer strafrechtlichen Verurteilung hervor und nahm die Weisung in das Recht der strafprozessualen

„gefährliche Normale“ bezeichnet, weil sie den Gedanken von Liszts aufgreift, „unverbesserliche Gewohnheitsverbrecher“ unter Kontrolle zu halten, *Drenkhahn/Morgenstern*, in Münchener Kommentar StGB, 5. Aufl. 2025, § 66 Rn. 4.

¹⁰ MüKo/StGB-*Drenkhahn/Morgenstern*, § 66 Rn. 16 ff. Der Gedanke einer sog. „Sicherheitsmaßregel“ entstammt vordergründig Franz von Liszt, MüKo/StGB-*Drenkhahn/Morgenstern*, § 66 Rn. 17.

¹¹ EGMR NSTZ 2010, 263; NJW 2011, 3423.

¹² BVerfG NJW 2011, 1931.

¹³ Mit Wirkung vom 1.6.2013 durch Gesetz vom 5.12.2012 (BGBl. I, 2012, S. 2425).

¹⁴ MüKo/StGB-*Drenkhahn/Morgenstern*, § 66 Rn. 23; vgl. *Kinzig*, in Tübinger Kommentar StGB, 31. Aufl. 2025, § 66 Rn. 2.

¹⁵ Vgl. TK/StGB-*Kinzig*, § 66 Rn. 2; BT-Drs. 17/9874, S. 14 f.; vgl. dazu auch die strafvollzugsbezogene Regelung in § 66c II StGB.

¹⁶ Zur Abgrenzung beider Weisungen vgl. *Baur*, in Leipziger Kommentar StGB, 13. Aufl. 2021, § 68b Rn. 157 ff.

¹⁷ BGBl. 2023 I Nr. 203; vgl. dazu BT-Drs. 20/5913; siehe dazu auch *Baur* NSTZ 2024, 74.

Opportunitätseinstellungen auf (§ 153a I 2 Nr. 8 StPO).¹⁸ Durch die Aufnahme in diese jeweils nicht abschließenden Weisungskataloge¹⁹ mögen sich im Ergebnis zwar keine Änderungen bezüglich der Zulässigkeit entsprechender Weisungen ergeben haben. Ein immerhin symbolischer Bedeutungszuwachs ist dennoch zu verzeichnen.

B. Begriffliche Annäherungen

Angesichts dieser Hochkonjunktur von Therapie im Strafrecht ist es erstaunlich, dass es weder ein gesetzlich niedergelegtes Konzept noch eine rechtsgestaltende Diskussion²⁰ darüber gibt, was „Therapie“ unter dem Vorzeichen einer strafrechtlichen Sanktionierung ist und wodurch sie sich auszeichnet. Nähert man sich begrifflich aus sozialrechtlicher oder familien- und unterbringungsrechtlicher Sicht an, zeigt sich: Therapie ist die Behandlung einer Krankheit mit dem Ziel ihrer Heilung. So versammeln sich etwa im Sozialrecht (§§ 27, 28 SGB-V) unter dem Therapiebegriff eine Vielzahl von Leistungen, deren gemeinsamer Zweck in der Behandlung einer Krankheit liegt²¹ und die dem Wiederherstellen der Gesundheit oder der Besserung des Gesundheitszustands dienen sollen.²² Dabei sind körperlich einwirkende Behandlungen ebenso erfasst wie Angebote der sprechenden Medizin – etwa die psychotherapeutische Behandlung (§ 28 III SGB-V).²³ Da Therapie in diesem Verständnis stets einen Krankheitsbezug aufweisen muss,²⁴ ergibt sich eine Verwachsung von medizinischer Diagnostik und Intervention. Aufgrund dieser Verwachsung setzt eine kunstgerechte Psychotherapie beispielsweise voraus, dass

„das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitiv erfasst ist“²⁵.

¹⁸ BGBl. 2023 I Nr. 203; vgl. dazu BT-Drs. 20/5913; siehe dazu auch *Baur* NSZ 2024, 74.

¹⁹ TK/StGB-Kinzig, § 56c Rn. 3; *Braasch*, in Handkommentar Gesamtes Strafrecht, 5. Aufl. 2022, StGB § 59a Rn. 3 ff.; *Peters*, in Münchener Kommentar StPO, 2. Aufl. 2024, § 153a Rn. 63.

²⁰ Vgl. BT-Drs. 20/5913.

²¹ *Müller-Götzmann*, in BeckOGK, Ed. v. 15.11.2025, SGB V § 27 Rn. 6.

²² BeckOGK-Müller-Götzmann, SGB V § 27 Rn. 73.

²³ BeckOGK-Müller-Götzmann, SGB V § 28 Rn. 49.

²⁴ M.w.N. *Lang*, in Becker/Kingreen SGB V, 9. Aufl. 2024, § 27 Rn. 38.

²⁵ G-BA, BAnz. 2009, 1399 – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie vom 19. Februar 2009. Der G-BA wurde am 1.1.2004 durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung gegründet als Gremium aus Vertretern

Davon ausgehend sollen methodisch definierte Interventionen anzuwenden sein.²⁶ Auch das Familienrecht (§ 1831 BGB)²⁷ und das öffentliche Unterbringungsrecht (in Niedersachsen § 21a NPsychKG) fordern etwa bei Zwangsbehandlungen einen entsprechenden Zusammenhang von Krankheit und Behandlung: Bei der Zwangsbehandlung müssen Heilungsaussichten bestehen.

Wendet man sich dem Strafrecht zu, hat sich allenfalls im Strafvollzugsrecht und dort im Konzept des Behandlungsvollzugs²⁸ ein greifbares Begriffsverständnis herausgebildet, das sich bei der Sozialtherapie²⁹ verdichtet. Behandlung bedeutet hier die individuelle Befähigung des Gefangenen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten führen zu können.³⁰ Bei der Sozialtherapie sollen durch psychotherapeutische, sozialpädagogische und arbeitstherapeutische Methoden kriminogene Faktoren aufgelöst werden.³¹ Überraschenderweise fehlt jeder Bezug zur „Krankheit“. Die Zuordnung zum Therapiebegriff begründet sich also allein mit der Nutzung bestimmter Methoden, nicht mit einem medizinischen Ziel: Therapie im Strafvollzugsrecht dient nicht der Heilung, sondern der Kriminalprävention.

C. Bedeutung von Therapie im Sanktionenrecht

I. Therapie als kriminalpräventive Krankheitsbehandlung

Versucht man die therapiebezogenen Regelungen des Sanktionenrechts nach ihrer Bedeutung zu ordnen und berücksichtigt dabei ihre Entstehungszusammenhänge, Anordnungsvoraussetzungen und praktischen

der für die Gesundheitsversorgung verantwortlichen Kostenträgern (gesetzliche Krankenkassen) und Leistungserbringern (Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten) sowie mitberatenden Patientenvertretern. Der Gesetzgeber hat dem G-BA die Kompetenz erteilt, Richtlinien zu erlassen, die für Anbieter von Gesundheitsleistungen, Krankenkassen und Patienten gleichermaßen bindend sind. Rechtsgrundlage ist das SGB V.

²⁶ G-BA, BAnz. 2009, 1399.

²⁷ Vgl. auch BVerfGE 128, 282, 300; *Kieß*, *Betreuungs- und Unterbringungsrecht*, 7. Aufl. 2022, § 14 Rn. 25.

²⁸ Vgl. allgemein dazu *Dessecker Forum Strafvollzug* 2017, 7.

²⁹ Zur Entwicklung der Sozialtherapie im deutschen Justizvollzug: *Etzler/Moosburner/Rettenberger FPPK* 2020, 95.

³⁰ Siehe etwa *Schmitt*, in *BeckOK Strafvollzug NRW*, 23. Ed. 15.7.2025, *StVollzG NRW* § 3 Rn. 1; *Schatz*, in *BeckOK Strafvollzug Hamburg*, 21. Ed. 1.4.2025, *HmbStVollzG* § 4 Rn. 4; m.w.N. *Arloth*, in *BeckOK Strafvollzug Bayern*, 23. Ed. 1.10.2025, *BayStVollzG* Art. 3 Rn. 2; vgl. auch OLG Karlsruhe *NStZ-RR* 2005, 122.

³¹ Zu den Kennzeichen integrativer Sozialtherapie siehe etwa Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug, *Forum Strafvollzug* 2007, 100, 101.

Aufgaben, lassen sich drei Gruppen bilden. Die Kategorisierung dürfte dabei nicht zuletzt für Fragen der (verfassungsrechtlichen) Legitimation bedeutsam sein.³²

In einer ersten Gruppe finden sich die Behandlungsmaßregeln der §§ 63, 64 StGB. Wie alle Maßregeln der Besserung und Sicherung dienen auch sie letzten Endes der Kriminalprävention. Die Verwobenheit strafrechtlicher Sanktionierung mit therapeutischer Einwirkung auf den Unterbrachten ist für sie jedoch wesensbestimmend. Bereits die Anordnungsvoraussetzungen beider Maßregeln stellen einen untrennbaren Zusammenhang zwischen dem Anlassdelikt, einem behandlungsbedürftigen Zustand mit Krankheitswert und der Notwendigkeit einer gefahrreduzierenden Intervention her. Der eigentliche therapeutische Auftrag ergibt sich demnach für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus aus § 20 StGB, den § 63 S. 1 StGB in seinen Anordnungsvoraussetzungen in Bezug nimmt. Dabei folgt § 20 StGB zwar einem eigenständigen juristischen Krankheitsverständnis,³³ seine biologisch-psychologischen Eingangsvoraussetzungen lassen sich jedoch einer medizinischen Kategorisierung immerhin annähern und in der Praxis jedenfalls mit gängigen Diagnosemanualen wie dem ICD 10/11³⁴ oder dem DSM-V³⁵ in Deckung bringen.³⁶ Nach § 63 StGB untergebrachte Personen sind deswegen in aller Regel im medizinischen Sinne krank und in der Folge auch behandlungsbedürftig. Im Falle des § 64 StGB wird seit der Neuregelung 2023 der kriminogene Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, ausdrücklich als Substanzkonsumstörung mit Krankheitswert gedeutet.³⁷ Damit sind die Anordnungsvoraussetzungen der Maßregel gängigen medizinischen Diagnosekategorien und Begrifflichkeiten weitgehend angenähert.³⁸ Sowohl bei § 63 StGB als auch bei § 64 StGB kann deshalb regelhaft eine

³² Angesichts des beschränkten Umfangs dieses Beitrags müssen weiterführende Fragen der Legitimation an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben.

³³ *Streng*, in Münchener Kommentar StGB, 5. Aufl. 2025, § 20 Rn. 12 ff.; kritisch *Schiemann* KriPoZ 2019, 338.

³⁴ BfArM (Hrsg.), ICD-10-GM Version 2026, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 1.1.2026, <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2026/index.htm>.

³⁵ American Psychiatric Association (Hrsg.), DSM-5-TR Version 2022, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Ed., Stand: 18.3.2022, <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

³⁶ So im Ergebnis auch MüKo/StGB-*Streng*, § 20 Rn. 13.

³⁷ BT-Drs. 20/5913, S. 44.

³⁸ BT-Drs. 20/5913, S. 44 ff.

medizinische Diagnose gestellt werden, aus der ein klarer Therapieauftrag folgt. Am Ende entsteht bei den Behandlungsmaßregeln folglich ein zwangloser Gleichlauf: Ein Zustand mit Krankheitswert ist kriminogen und damit ursächlich für die Gefahr weiterer Straftaten. Da Krankheit und Kriminalität derart miteinander verwoben sind, fallen die Behandlung der Erkrankung und der kriminalpräventive Zweck des Maßregelrechts praktisch zusammen.

II. Therapie als Ventil für kriminalpräventiven Druck

Der zweiten Gruppe sind die Sicherungsverwahrung und bestimmte Fälle der Führungsaufsicht zuzuordnen. Ihr gemeinsames Merkmal ist, dass therapeutische Maßnahmen kriminalpräventiven Druck ableiten sollen.

Die Sicherungsverwahrung nähert sich in ihrem Therapieverständnis dem Strafvollzugsrecht an. Ihre Anordnungsvoraussetzungen legen nämlich gerade nicht nahe, dass sich Untergebrachte aufgrund einer Krankheit in einem kriminalitätsgefährlichen Zustand befänden. Die maßgebliche Anordnungsvoraussetzung ist vielmehr ein in seinen Ursachen nicht näher bestimmter Hang zu erheblichen Straftaten (§ 66 I 1 Nr. 4 StGB). Dieser muss gerade nicht auf einen Zustand mit Krankheitswert zurückführbar sein oder *per se* selbst Krankheitswert haben.³⁹ Gleichwohl soll der Vollzug der Sicherungsverwahrung therapeutisch auszugestalten sein (§ 66c I Nr. 1a StGB). Ganz ähnliches gilt für bestimmte Eintrittsgründe der Führungsaufsicht. Tritt sie etwa im praktisch häufigsten Fall nach der Vollverbüßung einer Freiheitsstrafe ein (§ 68f I StGB), ergibt sich daraus ebenfalls nicht, dass sich eine verurteilte Person in einem behandlungsbedürftigen Zustand mit Krankheitswert befände. Gleichwohl sollen auch dann die Vorstellungsweisung (§ 68b I 1 Nr. 11 StGB) und die Therapieweisung (§ 68b II 2 StGB) anwendbar sein und ohne medizinische Diagnose gerichtlich erteilt werden dürfen. Die Erstreckung beider Interventionsinstrumente auf diese Fälle – insbesondere die therapeutische Anbindung nicht vorbehandelter Täter aus dem Strafvollzug – entspricht dabei dem ausdrücklichen Willen

³⁹ Viele Sicherungsverwahrte werden psychiatrisch auffällig sein; vgl. dazu und m.w.N. BVerfG NJW 2011, 1931 Rn. 123, wonach nur etwa 30 % der Sicherungsverwahrten therapeutisch behandelt werden, obwohl 79,3 % der Untergebrachten behandlungsbedürftige Auffälligkeiten zeigen. Vgl. dazu auch *Höffler/Stadtland* StV 2012, 239.

des Gesetzgebers.⁴⁰

Die seit 2013 im Recht der Sicherungsverwahrung niedergelegte Pflicht zu therapeutischen Angeboten lässt sich als ein Ventil für einen verfassungsrechtlich aufgebauten „Besserungsdruck“ verstehen: Dem tief-schneidenden Eingriff der Sicherungsverwahrung in die Freiheitsrechte des Untergebrachten ist mit einem „*freiheitsorientierten und therapiegerichteten Vollzug*“⁴¹ Rechnung zu tragen. Der seit den 70er Jahren für den Strafvollzug verfassungsrechtlich formulierte Resozialisierungsauftrag⁴² verdichtet sich in der Sicherungsverwahrung zu einem Therapieauftrag. Im Hintergrund steht die (normative) Annahme, dass es „*unverbesserliche Hangtäter*“⁴³ unter Geltung des Grundgesetzes nicht gibt. Therapieangebote adressieren wahlweise die vorhandenen Besserungspotentiale eines Untergebrachten oder sollen eine initiale Besserungsfähigkeit herstellen. Unter leicht verschobenen Vorzeichen gilt ähnliches für die Führungsaufsicht. Auch ihre therapeutischen Maßnahmen zielen zunächst einmal auf zuvor ungenutzte Besserungspotentiale. Tatsächlich zeigt sich bei vielen Straftätern eine therapeutische Ansprechbarkeit erst nach der Entlassung aus dem Vollzug.⁴⁴ Zugleich dienen die therapeutischen Interventionsmöglichkeiten aber auch der negativen Spezialprävention; sie scheinen ein Ventil für einen rechtspolitisch ansteigenden „Sicherungsdruck“ zu sein: Ist eine intramurale Sicherung nicht länger möglich, soll eine fortbestehende Gefährlichkeit von Straftätern in Freiheit mit therapeutischer Fachkunde kontrolliert⁴⁵ und durch therapeutisches Einwirken gedämpft werden.⁴⁶

III. Therapie zur Vermeidung freiheitsentziehender Sanktionen

Die dritte Gruppe bilden therapeutische Maßnahmen, die sich im Kern auf Straftäter mit positiver Legalprognose beziehen. Im Schlepptau der 2007 neu geschaffenen therapiebezogenen Weisungen im Recht der

⁴⁰ BT-Drs. 16/1993, S. 19 f.; vgl. dazu Baur in Baur/Kinzig (Hrsg.), Die reformierte Führungsaufsicht: Ergebnisse einer bundesweiten Evaluation, 2015, 310 ff.

⁴¹ BVerfG NJW 2011, 1931 Rn. 101.

⁴² BVerfGE 33, 1, 10 f.; BVerfGE 35, 202, 235; BVerfGE 45, 187, 238 f.; BVerfGE 98, 169, 201; BVerfGE 166, 196.

⁴³ v. Liszt ZStW 3 (1883), 1, 36 ff.

⁴⁴ Vgl. Baur in Baur/Kinzig (Hrsg.), Führungsaufsicht, 2015, 96 ff.

⁴⁵ Besonders deutlich für die Vorstellungsweisung des § 68b I 1 Nr. 11 StGB, vgl. BT-Drs. 16/1993, S. 19 f. und LK/StGB-Baur, § 68b Rn. 114.

⁴⁶ Vgl. dazu BT-Drs. 16/1993, S. 19 f.

Führungsaufsicht haben sich solche Maßnahmen ausgeweitet. Den vorläufigen Schlusspunkt setzen die Neuregelungen 2023 im Recht der Strafaussetzung zur Bewährung (§ 56c II Nr. 6 StGB), bei der Verwarnung mit Strafvorbehalt (§ 59a II 1 Nr. 5 StGB) und im Weisungskatalog des § 153a I 2 StPO. Ihnen ist gemein, dass sie in ihren Anordnungsvoraussetzungen keinerlei systematischen Bezug zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung aufweisen. Sie adressieren zudem allesamt Tätergruppen mit eher geringer Gefährlichkeit. § 56c II Nr. 6 StGB zielt auf Verurteilte mit positiver Legalprognose (vgl. § 56 I und II StGB; § 57 I und II StGB). Gleiches gilt für die Verwarnung mit Strafvorbehalt (vgl. § 59 I StGB) und erst recht für Opportunitätseinstellungen nach § 153a StPO,⁴⁷ die beide obendrein noch eher bagatelhafte Kriminalität betreffen.⁴⁸

Therapie soll in diesen Regelungszusammenhängen den Weg für nicht-freiheitsentziehende Sanktionsalternativen oder auch den gänzlichen Verzicht auf eine formelle strafrechtliche Sanktionierung eröffnen. Therapieweisungen haben hier einen freiheitswahrenden oder gänzlich strafrechtsvermeidenden Auftrag. Sie sind im Kern gefahrverringende Maßnahmen, die den Verzicht auf härtere strafrechtliche Sanktionen vertretbar erscheinen lassen. Zugleich geht damit jedoch eine Ausweitung strafrechtlicher Zugriffsmöglichkeiten bei einer gleichzeitigen Absenkung von Eingriffsschwellen einher.⁴⁹ Rechtspolitisch dürfte sich hier ein *Trickle-Down-Effekt* zeigen: Ein als erfolgreich bewertetes Konzept für bestimmte besonders gefährlich eingeschätzte Tätergruppen sickert allmählich nach unten in die Peripherien des Sanktionensystems durch.⁵⁰

D. Problembereiche der sanktionenrechtlichen Therapiekonzeption

I. Kriminalpräventive Spannungsfelder

Ausgehend von dieser Einordnung kristallisieren sich einige zentrale Merkmale einer sanktionenrechtlichen Therapiekonzeption heraus. Im

⁴⁷ Sofern nur ein geringes kriminalpräventives Interventionsbedürfnis besteht, etwa aufgrund fehlender Wiederholungsgefahr, kann das öffentliche Interesse im Rahmen des § 153a StPO durch Auflagen und Weisungen beseitigt werden, *Beukelmann*, in BeckOK StPO, 58. Ed. 1.1.2026, § 153a Rn. 18.

⁴⁸ Zu den Anordnungsvoraussetzungen vgl. *Meier*, Strafrechtliche Sanktionen, 2019, S. 57 ff., 126 ff.

⁴⁹ *Baur R&P 2025*, 1.

⁵⁰ So etwa auch die eAÜ-Regelungen in § 68b I 1 Nr. 12 StGB; vgl. dazu die letzten Initiativen zur Verwendung der eAÜ in Fällen häuslicher Gewalt, BT-Drs. 21/4082.

Einklang mit dem Zweck der (meisten⁵¹) strafrechtlichen Sanktionen dient Therapie der Verhinderung einer erneuten Straffälligkeit des verurteilten Straftäters. Auch bei den Behandlungsmaßregeln der §§ 63, 64 StGB ist die angestrebte Heilung einer gegebenenfalls medizinisch zugrundeliegenden Krankheit allein Mittel zum Zweck.⁵²

Daraus entstehen die für die strafrechtliche Kriminalprävention üblichen Spannungsfelder.⁵³ Kriminalpräventives und therapeutisches Ziel können nämlich auseinandergehen. So mag kontrollierter und organisierter Suchtmittelkonsum kriminalpräventiv erfolgversprechend, suchttherapeutisch aber möglicherweise dysfunktional sein oder jedenfalls nicht immer den üblichen Behandlungsstandards entsprechen.⁵⁴ Vollzugslockerungen bei freiheitsentziehenden Unterbringungen können therapeutisch sinnvoll und wünschenswert, kriminalpräventiv aber problematisch und schwer vertretbar sein. Zielambivalenzen ergeben sich auch dort, wo therapeutisches Handeln zum Bestandteil einer fortlaufenden Risikoeinschätzung wird.⁵⁵ Konfliktlagen spitzen sich hier häufig bei Offenbarungs- und Mitteilungspflichten (etwa § 68a VIII StGB) zu, die den Aufbau eines therapeutischen Vertrauensverhältnisses stören können.⁵⁶

II. Direkter oder indirekter Therapiezwang

In engem Zusammenhang damit steht das Freiwilligkeitserfordernis einer strafrechtlich veranlassten Therapie. Auf den ersten Blick sind zwangstherapeutische Maßnahmen die Ausnahme. Körperlich wirksame und meist medikamentöse Zwangsbehandlungen sind während des freiheitsentziehenden Vollzugs strafrechtlicher Sanktionen derzeit nur unter eng gesteckten Voraussetzungen zulässig. Sie sind dementsprechend vollzugsrechtlich geregelt (für Niedersachsen etwa in §§ 93 NJVollzG, §§ 8a, 8b Nds. MVollzG).⁵⁷ Ambulante therapeutische Maßnahmen ste-

⁵¹ Unklarheiten mögen hier bei der Einziehung als einer „dritten“ Sanktionsspur bestehen, vgl. zu deren Zwecken *Meier*, Strafrechtliche Sanktionen, 2019, S. 407 ff.

⁵² M.w.N. MüKo/StGB-van Gemmeren, § 63 Rn. 1; *Ziegler*, in BeckOK StGB, 68. Ed. 1.2.2026, § 63 Rn. 1; TK/StGB-Kinzig, § 64 Rn. 1; vgl. BVerfGE 91, 1.

⁵³ Vgl. *Baur/Kolkmeier/Schaffeld* BewHi 2025, 113.

⁵⁴ *Querengässer et al.* R&P 2023, 3.

⁵⁵ So etwa § 68b I 1 Nr. 11 StGB, vgl. dazu LK/StGB-Baur, § 68b Rn. 114 ff.

⁵⁶ Die Praxis löst diese Konflikte meist erfolgreich auf, vgl. *Baur* in *Baur/Kinzig* (Hrsg.), Führungsaufsicht, 2015, 212, 642; *Baur/Kolkmeier/Schaffeld* BewHi 2025, 113.

⁵⁷ Vgl. BVerfGE 128, 282; BVerfG R&P 2021, 246 m. Anm. *Baur*.

hen hingegen, wenn sie mit einem körperlichen Eingriff verbunden oder suchttherapeutisch ausgerichtet sind, unter einem Einwilligungsvorbehalt (§ 56c III Nr. 1 Alt. 1 StGB). Eine zwangsweise Inanspruchnahme von Angeboten der sprechenden Medizin – namentlich der Psychotherapie – soll in den Augen des Gesetzgebers schon mangels Geeignetheit unzulässig sein, weil sie in der Sache nicht erfolgversprechend wäre.⁵⁸ Seinen Ausdruck findet dies in der Abschichtung der strafbewehrten Vorstellungswweisung (§ 68b I 1 Nr. 11 StGB in Verbindung mit § 145a StGB) von der nicht strafbewehrten Therapiewweisung (§ 68b II 2 StGB).⁵⁹

Gleichwohl darf nicht übersehen werden, dass das Sanktionenrecht verschiedene Formen eines als noch legitim anerkannten Therapiezwangs kennt. Die Grenze zwischen unzulässigem Zwang⁶⁰ und einer noch zulässigen Verhaltenssteuerung verläuft *de lege lata* unscharf. Unkritisch ordnet der Gesetzgeber etwa eine Pflicht zum regelmäßigen Therapeutenkontakt ein, die das Ziel hat, Risiken fachkundig einzuschätzen. Die Vorstellungspflicht des § 68b I 1 Nr. 11 StGB ist dabei sogar mit einem Vorführungsbefehl unmittelbar zwangsweise durchsetzbar (§ 463a III StPO). Im ambulanten Setting soll es zudem legitim sein, mit der Vorstellungswweisung einen „Initialzwang“⁶¹ zur Aufnahme einer Therapie auszuüben und diesen zwangsweise hergestellten Kontakt therapiemotivierend zu nutzen („Zwang in das Behandlungszimmer“⁶²). Im Sanktionenrecht wird zudem teils erheblicher Druck und dadurch indirekter Zwang auf Beschuldigte oder verurteilte Personen ausgeübt, indem Vergünstigungen – namentlich Verfahrenseinstellungen oder Bewährungsaussetzungen – von einem bestimmten künftigen Verhalten abhängig gemacht werden. Ähnliches zeigt sich im Recht der Führungsaufsicht, wenn dort die Therapiewweisung zwar nicht strafbewehrt ist, ein Verstoß gegen sie aber in bestimmten Fällen einen Widerruf der Bewährungsaussetzung (§ 67g I 1 Nr. 2 StGB) oder eine Entfristung der strafrechtlichen Kontrolle (§ 68c II StGB) zur Folge haben kann. Kriminalpräventiv sind solche

⁵⁸ Sofern der Zwangsmoment über den Initialzwang hinaus geht, vgl. BT-Drs. 16/1993, S. 19; Jäger ZRP 2001, 28 ff. Anderer Ansicht, da die Eigenmotivation ein erstes Therapieziel darstelle, und m.w.N. Lau Psychiat. Prax. 2003, 119, 122; Rudel/Wähler J. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 2009, 34, 38; vgl. Sauter/Voss/Dahle Nervenarzt 2015, 571, 577; m.w.N. Pfäfflin/Roß/Sammet/Weber in Kröber/Dahle (Hrsg.), Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz, 1998, 156.

⁵⁹ BT-Drs. 16/1993, S. 19.

⁶⁰ Zu den Diskussionen um die Zulässigkeit einer ambulanten Zwangsbehandlung außerhalb des Strafrechts vgl. krit. Zinkler R&P 2024, 2 f. und Baur R&P 2026, 1.

⁶¹ Vgl. BT-Drs. 16/1993, S. 19 f.

⁶² Vgl. BT-Drs. 16/1993, S. 19 f.; Baur in Baur/Kinzig (Hrsg.), Führungsaufsicht, 2015, 180 ff., 312 ff.

Mechanismen stimmig. Sie sind Bestandteil einer „robusten Hilfe“⁶³, wie sie für das Sanktionenrecht typisch ist. Es stellt sich gleichwohl die schwierige Frage, ob die an sich vorausgesetzte Freiwilligkeit bei therapeutischen Maßnahmen dadurch nicht faktisch ausgehöhlt wird. Besonders drängend ist sie dort, wo bestimmte besonders eingriffsintensive Maßnahmen ausdrücklich unter einen gesetzlichen Einwilligungsvorbehalt gestellt sind (§ 56c III StGB).

III. Therapie ohne Diagnose

Wenn eine Therapie im Sanktionenrecht begrifflich bereits dann anzunehmen sein soll, wenn mit therapeutischen Methoden Kriminalitätsgefahren ausgeräumt oder verringert werden, ist diese nicht länger als ein strukturierter Heilungsprozess zu verstehen. Therapie wird vielmehr zum Bestandteil eines kriminalpräventiven Risikomanagements⁶⁴ im Interesse der Allgemeinheit. Wird der Zusammenhang von diagnostizierter Krankheit und heilender Therapie auf diese Weise gelöst, entsteht daraus ein System der „Therapie ohne Diagnose“.⁶⁵ In der Praxis hat dies zur Folge, dass die therapeutische Arbeit – insbesondere außerhalb der Behandlungsmaßregeln – häufig nicht störungs- und damit diagnosebezogen ausgerichtet ist, sondern schwerpunktmäßig auf die Deliktbearbeitung und die Rückfallvermeidung zielt.⁶⁶

Problematisch ist daran, dass Diagnosen eine wichtige therapieleitende Funktion haben. Wird die Diagnose durch eine unklar definierte kriminalpräventive Risikoeinschätzung ersetzt, fehlt es in der Folge auch an evidenzbasierten Leitlinien für das therapeutische Einwirken.⁶⁷ An empirisch abgesicherten, kriminalpräventionsspezifischen Diagnosen und daran anknüpfenden evidenzbasierten Behandlungsleitlinien mangelt es in der Straftätertherapie deswegen nach wie vor. Wie bei dieser Ausgangslage zu erwarten, zeigt sich rechtstatsächlich, dass der konkret

⁶³ Baur/Kolkmeier/Schaffeld BewHi 2025, 113.

⁶⁴ So etwa OLG Karlsruhe, Beschl. v. 14.7.2016 – 65/15, BeckRS 2016, 13057.

⁶⁵ Kritisch dazu schon de Tribolet-Hardy/Lehner/Habermeyer FPPK 2015, 164; Borchard/Gerth FPPK 2020, 197, die für ein System abseits von ICD und DSM plädieren; kritisch darauf Habermeyer/Mokros/Briken FPPK 2020, 212.

⁶⁶ Rettenberger et al. BewHi 2017, 162, 170; vgl. Baur in Baur/Kinzig (Hrsg.), Führungsaufsicht, 2015, 191 ff.

⁶⁷ Vgl. etwa DGPPN, S3-Leitlinie Schizophrenie vom 15.10.2025, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> (zuletzt abgerufen am 16.2.2026).

verfolgte Behandlungsansatz stark therapeutenabhängig⁶⁸ und insbesondere nicht systematisch erfolgskontrolliert ist. Die fehlende Ausarbeitung von Behandlungskonzepten oder -richtlinien durch den Gesetzgeber geht deswegen weitgehend ins Leere. Aus dieser Gemengelage erwächst ein verfassungsrechtlicher Auftrag,⁶⁹ die Lücken im Bestand des Präventionswissens im Zuge kontinuierlicher Evaluation und systematischer Weiterentwicklung zu schließen.

E. Kriminalität als Krankheit?

Therapie begegnet uns im Sanktionenrecht als ein Instrument der Kriminalprävention. Sie tritt neben andere Interventionen – etwa die Bewährungshilfe – und unterscheidet sich durch die Verwendung therapeutischer Methoden. Ihr Anspruch geht dabei über eine sozialarbeiterische Betreuung hinaus: Sie zielt auf tiefgreifende Verhaltensänderungen. Implizit scheint ihr die Prämisse zugrunde zu liegen, es gebe keinen Straftäter, der durch therapeutisches Einwirken nicht erreichbar wäre. Eine solche Annahme läuft jedoch Gefahr, die Leistungsfähigkeit therapeutischer Interventionen systematisch zu überschätzen. Auffällig ist zugleich, dass der Gesetzgeber kaum eine Vorstellung davon zu haben scheint, was unter „Straftätertherapie“ begrifflich und konzeptionell zu verstehen ist. Rechtspolitisch lässt sich ein Therapieoptimismus beobachten,⁷⁰ der nicht zuletzt deshalb attraktiv erscheint, weil er Ohnmachtsbefürchtungen gegenüber persistenter Kriminalität überwindet. Gerade in dieser entlastenden Funktion liegt jedoch ein Konflikt.

Ein derart unreflektiertes Therapieverständnis ist in strafrechtlichen Zusammenhängen nämlich keineswegs harmlos. Fehlt es – anders als im klassischen Therapieverständnis – sowohl am klaren Krankheitsbezug als auch an einem Heilungsziel, lässt sich nämlich bezweifeln, ob die fürsorglich anmutenden Begrifflichkeiten angemessen sind. Versammeln sich unter dem Therapiebegriff in Wahrheit heterogene, teils nur begrenzt evidenzbasierte und kaum systematisch erfolgskontrollierte Maßnahmen eines kriminalpräventiven Risikomanagements, so droht zudem ihre Wirksamkeit überschätzt zu werden. Ohne Klärung der Verhältnisse

⁶⁸ Rettenberger et al. BewHi 2017, 162, 171.

⁶⁹ Vgl. zur Spezialprävention in strafvollzuglichen Zusammenhängen, aber übertragbar: BVerfGE 98, 169, 201; BVerfGE 116, 69, 89. Vgl. BVerfG NJW 2023, 2405, 2409. Vgl. für das Vollzugsrecht: BVerfG NJW 2006, 2093, 2096; BVerfG NJW 2023, 2405 m.Anm. *Frammersberger/Kühne*.

⁷⁰ Vgl. dazu *Baur/Lindemann R&P 2024*, 196.

im Begriffsfeld von Diagnose und Therapie einerseits und von Krankheit, Heilung und Kriminalprävention andererseits werden normative Legitimationsbedingungen überdeckt. Zugleich verbinden sich damit begriffsimplizite Annahmen über die allgemeinen Ursachen von Kriminalität: Sie wird zum Ergebnis behandlungsbedürftiger psychopathologischer Zustände.

Befeuert wird ein solches Kriminalitätsverständnis teils auch von psychiatrischer Seite: Mit der dissozialen Persönlichkeitsstörung kennen ICD-10 und DSM-V eine Persönlichkeitsstörung, die antisoziales – faktisch häufig kriminelles – Verhalten als ein Diagnosemerkmal voraussetzt. Blickt man in die Geschichte der deutschen Kriminalpsychologie zurück, ist auch dies alles andere als beruhigend: Der Weg von der Pathologisierung des Straftäters über die Gleichsetzung „*geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Geisteskranker*“ zum „*Verbrechen als soziale Krankheit*“⁷¹ kann kurz sein.⁷²

⁷¹ *Kraepelin*, Das Verbrechen als soziale Krankheit, 1906.

⁷² Vgl. dazu schon *Baur/Lindemann* R&P 2024, 196 f.