

**KrimZ** KRIMINOLOGISCHE  
ZENTRALSTELLE E.V.

*Rudolf Egg (Hrsg.)*

**Straffällige mit besonderen  
Bedürfnissen**

**KUP**

**Kriminologie und Praxis**  
Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V.

**Band 67**

Die Resozialisierung von Straffälligen, also Bemühungen, sie zu befähigen, „künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“, ist das zentrale Ziel von Straf- und Maßregelvollzug sowie von ambulanten Maßnahmen der Straffälligenhilfe. Im Idealfall handelt es sich dabei um maßgeschneiderte, d. h. individualisierte Hilfen für Straffällige. Neben Standardprogrammen, die für eine Vielzahl von Personen geeignet sind, muss es daher stets auch spezielle Angebote geben, die lediglich für einen vergleichsweise kleinen Teil von Betroffenen angezeigt sind.

Diese Gruppe der „Straffälligen mit besonderen Bedürfnissen“ sowie die damit verbundenen Aufgaben und Fragestellungen standen im Mittelpunkt einer Fachtagung der KrimZ im Oktober 2013, deren Ergebnisse der vorliegende Band dokumentiert. Er gibt einen Einblick in zentrale Problembereiche und beschäftigt sich aus der Perspektive unterschiedlicher Expertinnen und Experten mit verschiedenen Konzepten und Lösungsansätzen.

ISBN 978-3-945037-03-4

€ 22,—

*Egg (Hrsg.)*

Straffällige mit besonderen  
Bedürfnissen

Kriminologie und Praxis (KUP)  
Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ)

Band 67

# **Straffällige mit besonderen Bedürfnissen**

Herausgegeben von

*Rudolf Egg*

Wiesbaden 2014

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Diese Publikation wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages.

© **Eigenverlag** Kriminologische Zentralstelle e.V.

**KrimZ** KRIMINOLOGISCHE  
ZENTRALSTELLE E.V.

Viktoriastraße 35, 65189 Wiesbaden  
Alle Rechte vorbehalten  
Druck: Elektra GmbH, Niedernhausen  
ISBN 978-3-945037-03-4

## Vorwort

Die Resozialisierung von Straffälligen, also Bemühungen, sie zu befähigen, „künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“, ist das zentrale Ziel von Straf- und Maßregelvollzug sowie von ambulanten Maßnahmen der Straffälligenhilfe. Dabei handelt es sich im Idealfall um maßgeschneiderte, d. h. auf die jeweils konkreten Probleme und Bedürfnisse der Straffälligen abgestimmte Schritte und Handlungen. Wegen dieses Anspruchs auf individualisierte Hilfen sollte es neben Standardprogrammen, die für eine Vielzahl von Personen geeignet und notwendig sind, stets auch spezielle Angebote geben, die lediglich für einen vergleichsweise kleinen Teil von Betroffenen angezeigt sind.

Diese Gruppe der „Straffälligen mit besonderen Bedürfnissen“, die in der englischsprachigen Literatur als „special needs offenders“ bezeichnet werden, sowie die damit verbundenen Aufgaben und Fragestellungen standen im Mittelpunkt einer Fachtagung der KrimZ im Oktober 2013, deren Ergebnisse der vorliegende Band dokumentiert. Dabei wird aus der Perspektive unterschiedlicher Expertinnen und Experten ein Einblick gegeben in zentrale Problem-bereiche des Tagungsthemas und es werden verschiedene Konzepte und Lösungsansätze vorgestellt.

Wie üblich können in diesem Dokumentationsband lediglich einige Hauptfragen der Veranstaltung ausführlicher zur Sprache kommen. Für vertiefende Informationen bieten jedoch die Literaturverzeichnisse der einzelnen Kapitel sowie eine im Anhang befindliche umfangreiche Auswahlbibliographie von Elisabeth Herrmann, KrimZ, reichhaltiges Material für weiterführende Informationen.

Zum Inhalt: Nach den Grußworten der (damaligen) Bundesjustizministerin Leutheusser-Schnarrenberger und des Hessischen Ministeriums der Justiz, für Integration und Europa erörtern Marcel Guéridon und Erich Marks (Celle und Hannover) überblicksartig die Bedürfnisse von Straftätern sowie das „Für und Wider eines bedürfnisorientierten Umgangs mit Straftätern“. Aus der Sicht eines forensischen Psychiaters erläutert anschließend Hans-Ludwig Kröber (Berlin) Fragen einer angemessenen Behandlung von Straffälligen unter dem Titel „Insassen-Bedürfnisse und Therapie-Bedarf“.

Über ein an der Van der Hoeven Klinik durchgeführtes „Behandlungsprogramm für Patienten mit hoher Psychopathieausprägung“, also für Personen, deren Behandlungschancen meist als sehr gering eingestuft werden, berichtet Uta Kröger (Utrecht, Niederlande). Es folgt ein Beitrag des Psychologischen

Psychotherapeuten Oliver Kliesch (Riedstadt/Eltville) über „Besonderheiten der deliktpräventiven Psychotherapie mit Sexualstraftätern“, wobei der Autor seine allgemeinen Ausführungen durch ein Fallbeispiel anschaulich erläutert. Auch diese Tätergruppe bedeutet wegen ihrer heterogenen Zusammensetzung und verschiedener delikt spezifischer Besonderheiten eine besondere Herausforderung für Behandlung, Straffälligenhilfe und Opferschutz.

Frauen bilden im Straf- und Maßregelvollzug lediglich einen kleinen Anteil von etwa 5 % der Einsitzenden, stellen aber schon wegen der zumeist auf männliche Inhaftierte zugeschnittenen Behandlungsprogramme eine Gruppe mit „besonderen Bedürfnissen“ dar. Anhand einer empirischen Untersuchung vor dem Hintergrund der Europäischen Strafvollzugsgrundsätze zeigt Rita Haverkamp (Tübingen) Praxis und Besonderheiten des Frauenvollzuges in Deutschland auf.

Über „Alte Menschen im Straf- und Maßregelvollzug“ und deren spezielle Bedürfnisse informiert eine von Barbara Baumeister und Samuel Keller (Dübendorf, Schweiz) durchgeführte empirische Studie. Thematisch verwandt schließt sich ein Beitrag über den „Tod im Knast“ an, den uns der Gefängnisarzt und „Tatort“-Schauspieler Joe Bausch (Werl) als Zweitabdruck aus seinem 2012 erschienenen Buch „Knast“ (Ullstein-Verlag, Berlin) zur Verfügung gestellt hat.

Der Herausgeber dankt allen Referentinnen und Referenten der Tagung für die Überlassung der Schriftfassungen ihrer Beiträge, dem Bundesjustizministerium und dem Hessischen Justizministerium für die wohlwollenden Grußworte; den übrigen Tagungsteilnehmern danke ich für ihre zahlreichen Diskussionsbemerkungen und Anregungen. Nicht zuletzt gilt mein Dank allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KrimZ, die durch ihre aktive Tätigkeit bei der Vorbereitung und Durchführung der Fachtagung wesentlich zu deren Erfolg beigetragen haben. Die gründliche Erstellung der Druckvorlage des vorliegenden Dokumentationsbandes, einschließlich der erforderlichen Anpassung aller Tabellen und Abbildungen, war wie üblich in den Händen von Frau Gabriele Adler, der ich erneut zu besonderem Dank verpflichtet bin.

Wiesbaden, im Oktober 2014

Rudolf Egg

# Inhalt

|  |     |
|--|-----|
| Vorwort .....  | 5   |
| Grüßworte  |     |
| <i>Sabine Leutheusser-Schnarrenberger</i> .....                              | 9   |
| <i>Helmut Fünfsinn</i> .....   | 13  |
| Die Bedürfnisse von Straftätern  |     |
| Für und Wider eines bedürfnisorientierten Umgangs<br>mit Straftätern .....   | 21  |
| <i>Marcel Guéridon &amp; Erich Marks</i>                                     |     |
| Insassen-Bedürfnisse und Therapie-Bedarf                                     |     |
| Angemessene Behandlung aus Sicht des<br>forensischen Psychiaters .....       | 59  |
| <i>Hans-Ludwig Kröber</i>  |     |
| Behandlungsprogramm für Patienten mit hoher<br>Psychopathieausprägung .....  | 71  |
| <i>Uta Kröger</i>  |     |
| Besonderheiten der deliktpräventiven Psychotherapie<br>mit Sexualstraftätern |     |
| Leugnen, Schweigen, passiver Widerstand? .....                               | 89  |
| <i>Oliver Kliesch</i>  |     |
| Frauen im Strafvollzug .....   | 133 |
| <i>Rita Haverkamp</i>  |     |

|  |     |
|--|-----|
| Alte Menschen im Straf- und Maßregelvollzug:<br>eine empirische Studie aus der Schweiz ..... | 153 |
| <i>Barbara Baumeister &amp; Samuel Keller</i>  |     |
| Tod im Knast<br>In Würde sterben .....   | 171 |
| <i>Joe Bausch</i>  |     |

## **Anhang**

|  |     |
|--|-----|
| Auswahlbibliographie .....                   | 179 |
| <i>Elisabeth Herrmann</i>                    |     |
| Verzeichnis der Autorinnen und Autoren ..... | 191 |

## Grußwort

*Sabine Leutheusser-Schnarrenberger*  
*Bundesministerin der Justiz*



Sehr geehrter Herr Professor Dr. Egg,  
sehr geehrter Herr Professor Dr. Dessecker,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,

die Kriminologische Zentralstelle nimmt seit vielen Jahren eine Mittlerfunktion zwischen kriminologischer Wissenschaft und Strafrechtspraxis ein. Sie sorgt für die Übertragung kriminologischer Erkenntnisse in die administrative, legislative und justizielle Praxis. Mit ihrer Arbeit leistet sie einen wertvollen Beitrag dazu, die Qualität im Justizvollzug zu steigern.

Ganz dieser Tradition verpflichtet ist das heutige Tagungsthema „Straffällige mit besonderen Bedürfnissen“. Hier ist die Strafvollzugspraxis – vielleicht mehr als bei jedem anderen Thema – auf Erkenntnisse aus der kriminologischen Wissenschaft angewiesen. Die Resozialisierung und Heilung von Straffälligen mit besonderen Bedürfnissen ist eine besonders anspruchsvolle Aufgabe des Straf- und Maßregelvollzugs. Sie erfordert individuelle Behandlungskonzepte, die wissenschaftlich begleitet werden müssen, um ihre volle Wirksamkeit zu entfalten. Nur, wenn die persönlichen und sozialen Probleme eines inhaftierten Menschen durch solche Konzepte aufgearbeitet werden, wird er in die Lage versetzt, sich zukünftig an die gesellschaftlichen Regeln und Gesetze zu halten. Nur so wird er angemessen darauf vorbereitet, Verantwortung für sich selbst und für andere zu übernehmen, und auch nur so wird der Gesellschaft gedient und die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten geschützt. Ein wissenschaftlich fundierter Behandlungsvollzug dient daher nicht nur dem inhaftierten Menschen, sondern der Freiheit aller in der Gesellschaft.

Das geltende Recht trägt diesem Gedanken durch den Differenzierungsgrundsatz Rechnung. Nach dem Strafvollzugsgesetz muss der Vollzug in verschiedenen Anstalten oder Abteilungen erfolgen. Diese müssen gewährleisten, dass die Behandlung auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Gefangenen abge-

stimmt werden kann. Für die Sozialtherapie besteht die Verpflichtung, bestimmte Gefangene in eine sozialtherapeutische Anstalt zu verlegen. Nach den Maßregelvollzugsgesetzen der Länder muss auch hier eine Bestandsaufnahme der persönlichen Verhältnisse der Untergebrachten erfolgen. Persönlichkeit, Alter, Entwicklungsstand, Lebensverhältnisse und Gefährlichkeit für die Allgemeinheit müssen dabei berücksichtigt werden. Sie bilden die Grundlage für einen Behandlungsplan, mit dessen Hilfe die Gesundheit der Untergebrachten verbessert oder sogar wiederhergestellt werden kann.

Die gesetzlichen Regelungen werfen in der Praxis aber die Frage auf, wie sie am besten umzusetzen sind. Therapiebedürftigkeit und Therapiefähigkeit, aber auch geeignete Therapiearten müssen bestimmt werden. Bei Gefangenen und Untergebrachten, die unter schweren seelischen Erkrankungen leiden und von denen auch eine Gefahr für die Allgemeinheit ausgeht, ist ein ständiger Austausch mit der Wissenschaft daher unverzichtbar. Für die Bestimmung, wann eine sogenannte Psychopathie vorliegt und ob derartige Erkrankungen behandelbar sind, ist die Vollzugspraxis darauf angewiesen, intramurale Behandlungserfahrungen sorgfältig zu sammeln, zu dokumentieren und auszuwerten.

An dieser Stelle möchte ich deshalb Ihnen, sehr geehrter Herr Professor Egg, ausdrücklich dafür danken, dass Sie sich dieser wichtigen Fragen bei dieser Tagung angenommen haben.

Danken möchte ich Ihnen aber auch, dass Sie bei Ihrer Tagung ein weiteres Thema ansprechen, bei dem der Differenzierungsgrundsatz ebenfalls eine große Rolle spielt: die Behandlung von Frauen im Strafvollzug. Frauen stellen nur einen kleinen Teil der Gefängnispopulation und verbüßen meist deutlich kürzere Haftstrafen als männliche Gefangene. Der Strafvollzug ist daher vorrangig auf die Behandlung von Männern ausgerichtet.

Frauen haben aber besondere Bedürfnisse, denen der Strafvollzug Rechnung tragen muss. Sie leiden psychisch oft mehr unter der Trennung von Partner und Kindern und haben andere physische Bedürfnisse als Männer. Mit diesen Fragen sollten wir uns eingehender beschäftigen. Vor allem sollten wir nach Möglichkeiten suchen, um die Familienbeziehungen besser erhalten zu können. Frauen hinter Gittern sollten das Gefühl haben, mit ihren seelischen, gesundheitlichen und sonstigen Bedürfnissen und Nöten nicht allein gelassen, sondern unterstützt zu werden. Dies muss auch Bildungs- und Therapieangebote und Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung einschließen, um eine Ausgrenzung nach der Haftentlassung zu vermeiden. Ich freue mich, dass Sie mit dieser Tagung diese Fragen aufgegriffen haben, um die Erkenntnisse zu diesem Bereich zu verbessern.

Auch die Gruppe der älteren Inhaftierten stellt den Straf- und Maßregelvollzug vor besondere Herausforderungen, wenn auch in anderer Hinsicht. Der demografische Wandel hat dazu geführt, dass die Phase des Alters sich verlängert hat. Es ist aber auch zu beobachten, dass mehr ältere Menschen als früher Straftaten begehen und auch mehr ältere Menschen inhaftiert werden. Diese Entwicklung, die übrigens auch in anderen Ländern, wie z. B. Japan, zu beobachten ist, schafft für den Strafvollzug ganz neue Probleme. Dies gilt auch zunehmend für Langzeitinhaftierte und Sicherungsverwahrte, die in Haft alt werden.

Die Herausforderungen an Vollzugsgestaltung und Vollzugsziele sind zahlreich. Es stellt sich etwa die grundsätzliche Frage nach einer altersgerechten Resozialisierung. Ältere Menschen können im Gegensatz zu jüngeren nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert werden. Der Strafvollzug muss daher nicht mehr auf Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, sondern vor allem auf ein würdiges Alter und soziale Teilhabe jenseits von Erwerbstätigkeit abzielen.

Medizinische Versorgung und ambulante Betreuung der älteren Gefangenen sind ebenfalls wesentliche und kostenträchtige Herausforderungen. Der Gebrauch von Alkohol und Drogen, mangelnde medizinische Versorgung, Armut und raue Verhältnisse in der Haft bringen es mit sich, dass das tatsächliche Lebensalter von Gefangenen oft höher ist als ihr kalendarisches Alter. Ältere Menschen benötigen deshalb eine andere medizinische Versorgung im Vollzug als jüngere Gefangene. Sie haben auch ein erhöhtes Risiko, pflegebedürftig zu werden. Damit stellt sich die Frage nach baulichen und strukturellen Bedingungen, die älteren Gefangenen gerecht werden. In jedem Fall wird der Strafvollzug auf das veränderte Altersgefüge der Gefangenen reagieren müssen. Ob ältere Gefangene zentral inhaftiert werden sollten, ob es spezielle Abteilungen in Vollzugsanstalten für sie geben sollte, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind – alle diese Fragen müssen sachlich diskutiert und wissenschaftlich begleitet werden.

Ihnen, sehr geehrter Herr Professor Egg, gebührt besonderer Dank dafür, dass Sie hierfür durch Ihre Themenauswahl einen Grundstein gelegt haben.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit. Ich bin mir sicher, dass die Tagung allen Teilnehmern neue und wichtige Anregungen für die Vollzugspraxis geben wird und wünsche Ihnen allen einen interessanten Erfahrungsaustausch.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Leutheusser Schnarrenberger', with a long horizontal flourish extending to the right.

Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, MdB  
Bundesministerin der Justiz

# Grußwort

*Helmut Fünfsinn*

*Hessisches Ministerium der Justiz,  
für Integration und Europa*

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
sehr geehrter Herr Professor Egg,  
sehr geehrter Herr Professor Dessecker,

anlässlich der Fachtagung „Straffällige mit besonderen Bedürfnissen“ heiße ich Sie im Namen von Herrn Minister Hahn – der gerne heute selbst gekommen wäre, aber leider verhindert ist – in Wiesbaden herzlich willkommen.

Das Augenmerk auf Straffällige mit besonderen Bedürfnissen scheint mir – trotz der erheblichen praktischen Relevanz dieses Themas – in der interdisziplinären Diskussion bisher etwas zu kurz gekommen zu sein.

Umso mehr freut es mich, dass sich dies nunmehr zu ändern scheint.

Das Bedürfnis von Wissenschaft und Praxis nach einem Wissens- und Meinungsaustausch auf diesem Gebiet ist offensichtlich groß, wie die Vielzahl der anwesenden Professionen zeigt.

Hier zeigt sich wieder einmal, dass es einer Institution wie der KrimZ bedarf, um eine interdisziplinäre Diskussion über die praxisrelevanten Themen in Gang und so die kriminalpolitische Diskussion weiter voran zu bringen.

Lassen Sie mich auch an dieser Stelle noch einmal sagen, dass wir in Hessen daher besonders stolz darauf sind, dass die KrimZ ihren Sitz in Wiesbaden hat.

## **Einführung ins Tagungsthema aus Sicht des Vollzugs**

Lassen Sie uns nun zu dem eigentlichen Tagungsthema kommen.

Bei dem Tagungsthema „Straffällige mit besonderen Bedürfnissen“ denkt man zunächst nur an den Bereich des Strafvollzugs.

Hier sind auch tatsächlich die besonderen Bedürfnisse der Gefangenen zunächst besonders virulent.

Der hessische Strafvollzug reagiert darauf mit speziellen Programmen für die jeweiligen Bedürfnisse.

Zum Beispiel wird älteren Gefangenen, d. h. solchen ab 55 Jahren, in der JVA Schwalmstadt ein auf entwicklungspsychologischen Erkenntnissen beruhendes spezielles Betreuungs- und Behandlungsprogramm angeboten, das die veränderten Entwicklungsziele älterer Gefangener berücksichtigt.

Auch im Frauenvollzug wird auf die dort besonders häufig auftretenden Probleme eingegangen. Zu diesen zählen etwa:

- die Abhängigkeit von Partnern oder Familie,
- Schulden,
- das Vorhandensein minderjähriger Kinder ohne Betreuungsperson,
- häufige Minderwertigkeits- und Ohnmachtsgefühle sowie das Gefühl der Fremdbestimmung.

Hier unterbreitet der hessische Strafvollzug konkrete Angebote, u. a. in Form von:

- Sozialen Kompetenztrainings,
- gruppen- und einzeltherapeutischen Maßnahmen,
- sozialpädagogischen Freizeitmaßnahmen,
- besonderen Besuchsmöglichkeiten für Kinder; es besteht sogar ein entsprechendes Mutter-Kind-Heim bei noch nicht schulpflichtigen Kindern und
- besonderen Wohnformen, z. B. in Form von Wohngruppen.

Eine besondere Aufmerksamkeit wird insbesondere den Sexualstraftätern im hessischen Justizvollzug zu Teil. Diese werden in besonderen Behandlungsstationen oder in der Sozialtherapie untergebracht.

Schwerpunkte sind hier:

- die Kriminaltherapie,
- die Milieuthherapie,
- die Psychotherapie
- und vor allem rückfallpräventive Maßnahmen.

## **Übergang zu den Ambulanten Sozialen Diensten**

Aber Straffällige mit besonderen Bedürfnissen stellen nicht nur den Vollzug vor besondere Herausforderungen.

Im Gegenteil – als Kehrseite ein- und derselben Medaille der besonderen Bedürfnisse – bereitet der Umgang mit ihnen nach der Entlassung in Freiheit den Ambulanten Sozialen Diensten der Justiz – Bewährungshilfe wie den Trägern freiwilliger Straffälligenhilfe – besondere Schwierigkeiten, und dies noch in einem viel größeren Maße als im Vollzug.

Sind die Problemlagen zwar die nämlichen, verstärken sie sich doch in Freiheit – zumeist zudem unvermittelt – nochmals in ganz besonderem Maße.

Mit der Entlassung bricht bei Langzeiteingesperrten zunächst die über Jahre eingeübte und gelebte Struktur des Alltags im Vollzug weg, wenn man so will, auch der Halt weg, den der Vollzug gibt.

Es beginnt damit, dass es keine Vollversorgung mit Essen und Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs mehr gibt.

Alles muss nun selbst organisiert und teilweise nach langen Jahren der Inhaftierung oder Unterbringung neu erlernt werden (Nutzung der elektronischen Medien, Bankgeschäfte, mobiles Telefonieren etc.).

Auch muss sich der Proband grundsätzlich selbst um die gerade bei den genannten Problemlagen notwendige medizinische und psychosoziale Versorgung kümmern.

Ein sozialer Empfangsraum ist oft nicht mehr vorhanden, der dies auffangen und Unterstützung gewähren könnte.

Viele Gefangene und Untergebrachte sind stark hospitalisiert und haben Ängste vor der Freiheit.

Alles muss nach mitunter langer Zeit behördlicher Unterbringung erst wieder mühsam gelernt und manchmal gegen Widerstände neu organisiert werden.

Manch einer kapituliert hier schnell und fällt wieder in alte Muster kriminellen Handelns zurück, was bei entsprechenden Suchterkrankungen noch beschleunigt wird.

Die Ambulanten Sozialen Dienste haben gerade in den letzten Jahren erlebt, was es bedeutet, „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“, die mit einer negativen Prognose entlassen werden, in die Gesellschaft zu integrieren .

Die Entlassungen aus der Sicherungsverwahrung nach dem EGMR-Urteil, aber auch aus der Psychiatrie wegen fehlender Verhältnismäßigkeit der

weiteren Unterbringung haben die Ambulanten Sozialen Dienste ganz besonders gefordert.

Am anderen Ende der Skala sind es die Verurteilten, die Ersatzfreiheitsstrafen verbüßen, die dem Vollzug Probleme bereiten und die nach der Entlassung keine Betreuung mehr durch die Ambulanten Sozialen Dienste erhalten können.

Hier sind die Träger freiwilliger Straffälligenhilfe gefordert.

### **Angebote der Ambulanten Sozialen Dienste**

Die Ambulanten Sozialen Dienste, allen voran die Bewährungshilfe, haben sich den besonderen Problemlagen gestellt.

Ich nenne drei Stichworte, die die veränderte Rolle der Sozialen Dienste verdeutlichen sollen:

- Übergangsmanagement
- Risikoorientierung
- Netzwerkarbeit

#### **a) Übergangsmanagement**

Die Bewährungshilfe wird heute nicht erst tätig nach, sondern bereits geraume Zeit vor der Entlassung zur Vermeidung des sog. Entlassungsloches.

Die Grundlagen haben hierfür die hessischen Vollzugsgesetze geschaffen. Verschiedene spezialisierte Dienste der Bewährungshilfe sind neben den Trägern der freiwilligen Straffälligenhilfe heute in die Entlassungsvorbereitung eingebunden.

#### **aa) Sicherheitsmanagement**

Im Sicherheitsmanagement werden alle Sexualstraftäter betreut. Die Bewährungshelferinnen und Bewährungshelfer sind für den Umgang mit der Klientel besonders geschult und qualifiziert. Der Betreuungsschlüssel liegt hier abweichend von der Allgemeinen Bewährungshilfe bei 1:30. Die Betreuung beginnt bereits während des Vollzugs. Das Sicherheitsmanagement ist mit in die Entlassungsvorbereitungen eingebunden.

Methodisch wird hier weitergehend über die klassische Sozialarbeit hinausgehend risikoorientiert gearbeitet.

Es erfolgt zunächst eine Einstufung mit Hilfe eines aktuarischen statischen Verfahrens („*Static-99*“). Im weiteren Verlauf der Betreuung mit der Möglichkeit der Auf- und Abstufung der Betreuungsintensität sind Fallkonferenzen verpflichtend. Bei den Probanden mit negativer Prognose findet im Rahmen eines ressortübergreifenden gemeinsamen Sicherheitskonzeptes eine enge Zusammenarbeit mit Polizei, insbesondere mit der beim Hessischen Landeskriminalamt angesiedelten Zentralstelle zur Überwachung rückfallgefährdeter Sexualstraftäter (ZÜRS) statt.

Flankierend hierzu wird durch entsprechende im Haushalt verankerte Mittel die ambulante therapeutische Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten sichergestellt. Perspektivisch wird daran gedacht, auch in Hessen für diesen Täterkreis eine forensische Ambulanz zu schaffen.

#### **bb) Jugendbewährungshilfe**

Die Jugendbewährungshilfe betreut alle Jugendlichen, die aus dem Vollzug entlassen werden. Auch beginnt die Betreuung bereits rechtzeitig vor der Entlassung. Der später zuständige Bewährungshelfer sucht den Probanden im Vollzug auf und betreut ihn nach seiner Entlassung durchgängig weiter.

#### **cc) Entlassungsmanagement**

Das Entlassungsmanagement ist für alle anderen im Vollzug befindlichen Gefangenen zuständig, die nach der Entlassung der Bewährungshilfe unterstellt werden oder bei denen Führungsaufsicht eintritt.

Im Unterschied zu den vorgenannten beiden Diensten arbeitet die Bewährungshilfe in der Vollzugsanstalt und gibt die Probanden an die nach der Entlassung zuständige Dienststelle der Bewährungshilfe ab. Die zentrale Aufgabe besteht in der Entlassungsvorbereitung und der nahtlosen Übergabe des Probanden an den örtlich zuständigen Bewährungshelfer. Die Arbeit des Entlassungsmanagements wird gestärkt durch die sog. Integrationsvereinbarung, die die Arbeitsagenturen, Kreisjobcenter, den Landeswohlfahrtsverband und die Träger freiwilliger Straffälligenhilfe zur Zusammenarbeit verpflichtet.

#### **dd) Träger freiwilliger Straffälligenhilfe**

„Last but not least“ sind auch die Träger freiwilliger Straffälligenhilfe in die Betreuung eingebunden. Sie sind zuständig für alle Probanden, die nicht in staatliche Nachsorge oder Obhut (Bewährungshilfe oder Führungsaufsicht) gehen. Sie verfügen über wichtige weitergehende Ressourcen (Übergangs-

einrichtungen, Wohnraumversorgung, Betreuungsangebote für spezielle Problemlagen).

### **b) Risikoorientierung**

Das Thema der Risikoorientierung soll auch Grundlage der Arbeit in der Bewährungshilfe werden und ist aktuell Gegenstand zum Teil heftig geführter Kontroversen. Es geht dabei im Kern um die Orientierung an dem sog. RNR-Prinzip, das danach fragt, wo das spezifische Risiko liegt („Risk“), welche Hilfen geeignet sind („Need“) und wie der Proband am besten ansprechbar ist bzw. welches Programm ihn erreicht („Responsibility“).

Neben den kriminogenen Faktoren sind aber auch die Bedarfe zu ermitteln und den Probanden entsprechende Hilfestellungen insbesondere dann zu vermitteln, wenn sie mit den kriminogenen Faktoren in einem Zusammenhang stehen. Die Bedarfe sind vielfältig und erstrecken sich auf die Versorgung mit Wohnraum und Arbeit, die Erarbeitung einer Tagesstruktur, die Vermittlung von Therapie und Suchtbehandlung oder auch in die Schuldenberatung.

Es geht also nicht nur um Kontrolle, sondern gemäß dem sog. Doppelmandat auch um Hilfen.

### **c) Net-Working (Netzwerke)**

Die Verbesserung der Zusammenarbeit und die Kooperation mit anderen Trägern sozialer Hilfsangebote, insbesondere Einrichtungen, die eine Unterbringung ermöglichen oder sog. „betreutes Wohnen“ mit entsprechender Tagesstruktur anbieten, ferner Stellen der Suchtberatung, der Schuldnerberatung und Trägern der Jugendhilfe sind anzustreben. Weiter ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Fallkonferenzen / Runde Tische) mit den Agenturen für Arbeitsvermittlung, Trägern der sozialen Grundsicherung, aber auch Therapeuten, Gerichten und Führungsaufsichtsstellen und der Polizei anzustreben.

Besondere Angebote sind für folgende Gruppen im Sinne des Tagungsthemas zu entwickeln:

- **Für alte und kranke Menschen** sind im Vollzug altersgerechte Einrichtungen („long-stay“-Einrichtungen) vorzuhalten, ohne dass damit eine Verbüßung der Strafe bis an das Lebensende beabsichtigt wird. Die ambulante Straffälligenarbeit steht vor dem Problem, diesen Personenkreis in geeignete Einrichtungen zu vermitteln. Insbesondere bestehen hier Vorbehalte an Sexualstraftätern mit entsprechend negativen Prognosen.

- **Frauen**

Der Umgang mit weiblichen Probanden stellt die ambulante Straffälligenarbeit vor keine besonderen Probleme. Hier lässt sich die Arbeit im Vollzug fortführen, in Freiheit lassen sich frauenspezifische Problemlagen in der Regel besser als im Vollzug lösen und erscheint eine Vermittlung in entsprechende Angebote möglich.

- **Psychopathen**

Für Straffällige mit Psychopathien hilft die Risikoorientierung, die ggf. mit einer intensiven und engmaschigen Betreuung und Überwachung verbunden ist. Auch kommt bei Probanden der Führungsaufsicht die elektronische Aufenthaltsüberwachung (EAÜ) in Betracht. Als hilfreich hat sich hier auch die enge Zusammenarbeit mit Polizei, Führungsaufsichtsstellen und ggf. Kommunen (Fallkonferenzen) sowie das Vorhalten geeigneter Therapieangebote erwiesen, die in Freiheit anders als im Vollzug wahr- und angenommen werden.

### **Verabschiedung**

Meine Damen und Herren,

Sie sehen, die Thematik dieser Tagung ist sehr weitreichend und die Erwartungen sind hoch.

Ich bin aber sicher, dass diese Tagung – wie auch die vorangegangenen Tagungen der KrimZ – diesen Erwartungen gerecht werden kann.

Das Teilnehmerverzeichnis und die Liste der Referenten zeigen, dass hier sehr viel Sachverstand aus Wissenschaft und Praxis versammelt ist, um einen fundierten Austausch zu gewährleisten.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen einen erfolgreichen Tagungsverlauf.



# **Die Bedürfnisse von Straftätern Für und Wider eines bedürfnisorientierten Umgangs mit Straftätern**

*Marcel Guéridon & Erich Marks*

*... Im Gefängnis sitzen verurteilte Verbrecher. Sie brauchen Verpflegung und manchmal einen Arzt. Aber warum müssen sie bessere Möbel und hellere Räume bekommen als andere, die keine Verbrechen begangen haben?*

Gunnar Schupelius, *Berliner Zeitung*, März 2013

*These deprivations or frustrations of the modern prison may indeed be the acceptable or unavoidable implications of imprisonment, but we must recognize the fact that they can be just as painful as the physical maltreatment which they have replaced.*

Gresham Sykes, *The Society of Captives*, 1958, S. 64

## **1. Die Bedürfnisse von Straftätern – Ein Problemfeld, viele Fragen**

Vielleicht fragt sich der eine oder andere Leser ja doch insgeheim: Warum überhaupt sollten mich die Bedürfnisse anderer Menschen interessieren – und dann auch noch Bedürfnisse von Straftätern? Die Position dieses Beitrags lautet: Bedürfnisse von Straftätern sollten für Praktiker des Strafvollzugs ebenso wie für Wissenschaftler, Politiker und die Gesellschaft ein Thema sein. Wer menschliches Verhalten verstehen möchte, kommt nicht um fundamentale menschliche Bedürfnisse herum. Wer Strafprozess und Strafvollzug menschenwürdig gestalten möchte und den Menschen in den Fokus rücken möchte, der muss das Individuum und seine besonderen Bedürfnisse und Verwundbarkeiten betrachten. Wem die Wirksamkeit des Strafvollzugs am Herzen liegt, kommt nicht um die Frage der *kriminogenen Bedürfnisse* herum. Schließlich muss sich die Gesellschaft fragen, inwieweit sie für die Bedürfnisse ihrer Mitglieder verantwortlich ist – und die Politik, was dies für den Umgang mit Straftätern bedeutet.

Die Bedürfnisse von Straftätern sind keineswegs ein klar abzugrenzendes, einfaches Problem, aber in jedem Fall ein wichtiges. Ziel dieses Beitrags ist es, einen groben Überblick über die Relevanz von Bedürfnissen mit einem Schwerpunkt auf dem Strafvollzug zu geben. Dazu muss geklärt werden, was es mit Bedürfnissen eigentlich auf sich hat und warum sie uns interessieren sollten. In einem zweiten Schritt sollen die verschiedenen Bereiche, in denen Bedürfnisse von Straftätern eine Rolle spielen, genauer betrachtet werden. Schließlich wird am Ende anhand einiger Thesen diskutiert, welche sinnvollen Veränderungen möglich und nötig sind, wenn die Bedürfnisse von Straftätern ernst genommen werden.

## **2. Wunsch, Bedürfnis und das richtige Leben – Worüber sprechen wir hier eigentlich?**

In der Literatur finden sich unzählige Versuche der Auflistung und Ordnung verschiedener Bedürfnisse. Eine fast dreißig Jahre alte Auflistung macht die ganze Unübersichtlichkeit deutlich:

„Es gibt wohl kein Verlangen, das nicht schon einmal Bedürfnis (B.) genannt worden ist. Es liegen nebeneinander: physische und psychische, materielle und geistige, primäre und sekundäre, niedrige und höhere, objektive und subjektive, natürliche und künstliche, existentielle und kulturelle, individuelle und kollektive, allgemeine und besondere, wirkliche (wahre) und eingebildete (falsche), bewußte und unbewußte, permanente und wandelbare Bedürfnisse etc.“ (Meran 1987, 18)

Und es ließen sich noch hinzufügen: kriminogene und nicht-kriminogene Bedürfnisse (Andrews & Bonta 2010), dispositionale und akute Bedürfnisse oder auch Existenzbedürfnisse und Luxusbedürfnisse (McLeod 2011). Zuletzt könnte noch darauf hingewiesen werden, dass die Auseinandersetzung mit Bedürfnissen mindestens von Aristoteles über Hegel und Marx<sup>1</sup> bis in die heutige Zeit reicht.

Man kann sich dem Thema Bedürfnisse von verschiedenen Seiten und mit unterschiedlichen Methoden nähern. Um einen Überblick zu gewinnen, sollen drei wesentliche Aspekte genauer betrachtet werden: Zum einen soll der Begriff analysiert werden, zum anderen der moralische Gehalt von Bedürfnissen diskutiert werden. Zuletzt bleibt die Frage, welche konkreten Bedürfnisse unterschieden werden können.

---

1 Zu Aristoteles: Reader (2005); zu Marx/Hegel: Wiggins (2002).

## 2.1 Was macht ein Bedürfnis aus?

Bevor man sich heillos in den verschiedenen Unterscheidungen von Bedürfnissen verliert, bietet sich eine Annäherung über die Umgangssprache an. Zwei Verwendungen lassen sich im Deutschen finden: Zum einen kann ein Wunsch geäußert werden („Ich habe ein Bedürfnis nach Schokolade“), zum anderen aber auch eine Notwendigkeit („Menschen haben ein Bedürfnis nach genügend Sauerstoff“). Als erster Schritt scheint daher die Unterscheidung zu Wünschen und einfachen Begehren nötig zu sein (Thomson 2005).

Das zentrale Merkmal eines Bedürfnisses gegenüber einem einfachen Wunsch ist die *Notwendigkeit* (Wiggins 2002<sup>2</sup>). Wenn ich ein *Bedürfnis* nach Schokolade habe, muss es tatsächlich Schokolade sein. Habe ich einen *Wunsch* danach, muss ich nur glauben, dass es Schokolade ist. Bedürfnisse sind daher mit der realen Welt verbunden und insoweit *objektiv* (Thomson 2005). So sind sogar Bedürfnisse möglich (z. B. bestimmte Vitamine, vgl. Frankfurt 1984; Wiggins & Dermer 1987), die ein Mensch haben kann, ohne es zu wollen oder überhaupt davon zu wissen.

Diese Art der Notwendigkeit allein genügt aber nicht zur Abgrenzung. Es ist vielmehr sinnvoll, zusätzlich zwischen *instrumentellen* und *absoluten/fundamentalen Bedürfnissen* zu unterscheiden (McLeod 2013; Thomson 2005; Ward & Stewart 2003). Instrumentelle Bedürfnisse betreffen notwendige *Mittel*: Wer ein Feuer machen möchte, hat ein echtes Bedürfnis nach brennbarem Material. Aber er hat dieses Bedürfnis nur, weil er ein Feuer machen *möchte*. Demgegenüber sind absolute Bedürfnisse<sup>3</sup> um ihrer selbst willen notwendig und *unausweichlich*<sup>4</sup>. Solche Bedürfnisse sind gewissermaßen in der Natur des Menschen verankert. Die Nicht-Erfüllung eines fundamentalen Bedürf-

2 Wiggins 2002, S. 6: „But with needs it is different. I can only need to have *x* if anything identical with *x* is something that I need. [...] Again, if one wants something because it is *F*, one believes or suspects that it is *F*. But if one needs something because it is *F*, it must really be *F*, whether or not one believes that it is.“

3 Die genaue Bezeichnung variiert von Autor zu Autor. Absolute Bedürfnisse heißen u. a. *vitale Bedürfnisse* bei Wiggins (2005), *fundamentale Bedürfnisse* bei Thomson (2005), *nicht-kontingente Bedürfnisse* bei Reader & Brock (2004) oder auch *kategoriale Bedürfnisse* bei Frankfurt (1984). Die Logik der Unterscheidung geht zurück auf Kants Unterscheidung von hypothetischen und kategorischen Imperativen in der Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (Kant, 1786/2007, 44, AA 414).

4 McLeod (2013, 2): „The idea of an absolute need itself, however, is of a need that is ontologically independent of all purposes and conceptions of the good.“ Frankfurt (1984, 6) nennt als Definition kategorialer Bedürfnisse: „(1) the need must be one that the person not only wants to meet but needs to meet, and (2) what the person needs must be something that he cannot help needing.“ Auch Thomson (2005) nennt als zentrales Merkmal fundamentaler Bedürfnisse ihre Unausweichlichkeit (inescapability).

nisses geht in jedem Fall mit ernsten, negativen Konsequenzen einher. Uneinigkeit besteht indessen darüber, wie dramatisch diese sein müssen. Die Bandbreite reicht von schwerwiegendem Schaden oder dem drohenden Tod (Deci & Ryan 2011; Thomson 2005; Wiggins 2002; Wiggins 2005) bis zu Einschränkungen des Erlebens als Person (Miller 2005) und – in der schwächsten Form – der Verwehrung eines „Aufblühens“ der Person (Anscombe 1958).

Dabei darf nicht der Fehler begangen werden, Fundamentalität und Allgemeinheit (alle Menschen haben dieses Bedürfnis) gleichzusetzen<sup>5</sup>. Ein Bedürfnis kann fundamental sein, selbst wenn es nur für eine bestimmte Gruppe oder Einzelperson zutrifft. Und zumindest theoretisch könnten alle Menschen ein bestimmtes Bedürfnis haben, ohne das es deshalb fundamental wäre. Dies wird ebenfalls an der Tatsache deutlich, dass sich fundamentale Bedürfnisse über die Zeit ändern können, denn Kinder haben andere fundamentale Bedürfnisse als Erwachsene (McLeod 2013). Die zentralen Merkmale von Fundamentalität sind Unausweichlichkeit und notwendige negative Folgen, wenn das Bedürfnis nicht erfüllt werden kann, nicht aber Allgemeinheit.

Selbstverständlich sind einige Bedürfnisse fundamental *und* allgemein. McLeod (2013) führt als Beispiel das fundamentale Bedürfnis eines Lebewesens nach Nahrung an. Selbst ein Einzeller, der mangels kognitiver und personaler Kompetenzen sicherlich nicht aktiv Ziele verfolgt, hat dieses Bedürfnis. Kein Organismus kann ohne Nahrung existieren. Diese Bedürfnisse können zudem als *dispositional* verstanden werden (McLeod 2011; Reader 2006). Wenn das akute Bedürfnis nach Nahrung erfüllt ist, hat der Organismus dennoch das fundamentale Bedürfnis nach Nahrung. Eine Reihe physiologischer Grundbedürfnisse fällt eindeutig in diese Kategorie. Je nach Kriterium (Überleben, gutes Leben, personales Erleben) können auch psychologische Bedürfnisse oder das Bedürfnis nach Bildung als fundamentale Bedürfnisse verstanden werden.

Je breiter man fundamentale Bedürfnisse fasst, umso *normativer* werden sie. Existenzielle Bedürfnisse, die für das Überleben notwendig sind, können als rein empirisch oder faktisch angesehen werden (McLeod 2013). Wer jedoch ein gutes, glückliches oder erfülltes Leben als Maßstab ansetzt, muss im Zweifel argumentieren, warum ein bestimmtes Bedürfnis fundamental ist. Diese Normativität führt dazu, dass man einem anderen Menschen ein Bedürfnis zuschreiben kann, dass dieser gar nicht empfindet. Es ist durchaus häufig davon zu hören, eine Person habe z. B. ein Bedürfnis nach Bildung und Kultur. Gemeint ist damit, dass diese Person dann eine bessere, glücklichere oder nützlichere wäre. Die Person selbst kann dies natürlich ganz anders

---

5 Zur Unterscheidung siehe Hare (1973).

sehen. Eben diese normative Unsicherheit lässt sich nur durch Argumente vermeiden, nicht durch pure Behauptung.

Einzelne Bedürfnisse sind nicht unabhängig voneinander. Was ein Bedürfnis befriedigt, kann ein anderes ebenfalls erfüllen oder dieses erst wecken (Max-Neef et al. 1991). Ein zu viel an Nähe kann das Bedürfnis Abgrenzung stärken. Die von Maslow (1943) prominent gemachte Bedürfnishierarchie kann weitere Zusammenhänge illustrieren. Der Grundgedanke betrifft den Vorrang (*prepotency*) bestimmter Bedürfnisse. So spielen *höhere* Bedürfnisse (z. B. psychologische Bedürfnisse) erst dann eine Rolle, wenn *niedrigere*, körperliche Bedürfnisse befriedigt sind. Erst wenn Hunger, Durst, etc. befriedigt sind, kommt das Bedürfnis nach Sicherheit auf. Ist dieses befriedigt, folgen Bedürfnisse nach Zuwendung, Anerkennung und schließlich Selbstverwirklichung und Transzendenz. Interesse an persönlicher Entwicklung ist konsequenterweise erst zu erwarten, wenn gewisse grundlegende Bedürfnisse befriedigt sind. Ebenso geht das Modell davon aus, dass Menschen immer Bedürfnisse haben – die Frage ist nur auf welcher Stufe. Dabei wird zwischen *Defizitbedürfnissen* (z. B. physiologische Bedürfnisse, Sicherheit) und *Wachstumsbedürfnissen* (z. B. Selbstaktualisierung, Selbsttranszendenz) unterschieden. Erstere verlieren vorübergehend ihre motivierende Wirkung, wenn erfüllt. Wachstumsbedürfnisse dagegen sollen bei Erfüllung eher noch an motivierender Kraft gewinnen. Allerdings scheint für psychologische Bedürfnisse beides zu gelten: Ein Defizit wirkt stark motivierend, aber die motivierende Wirkung verschwindet bei Erfüllung nicht gänzlich (Sheldon & Gunz 2009).

Subjektiv äußert sich ein Bedürfnis immer in einer Motivation, dieses Bedürfnis zu erfüllen. Bestimmte physiologische Bedürfnisse (nach Nahrung oder Wasser) können sogar eine ganz enorme Motivation aufbauen, denn es geht um Leben und Tod. Aber auch psychologische Bedürfnisse sind starke Motive (Sheldon & Gunz 2009). Weil die Nicht-Erfüllung von Bedürfnissen mit deutlich unangenehmem Erleben einhergeht, tendieren Menschen zu sogenannten *Ersatzhandlungen* (Deci & Ryan 2011; Sheldon & Gunz 2009; Ward & Stewart 2003). Solche Handlungen erfüllen ein Bedürfnis nicht wirklich, schaffen aber für den Moment Abhilfe. Wenn keine Bindung zu anderen Menschen besteht, kann das Bedürfnis nach Zugehörigkeit beispielsweise kurzfristig durch Bindung an fiktive Figuren erfüllt werden.

## 2.2 Bedürfnisse und Moral

Die begrifflichen Feinheiten und Unterscheidungen von Bedürfnissen versperren mitunter ein wichtiges Problem. Wirklich bemerkenswert an Bedürfnissen ist ihr starker Aufforderungscharakter. Ein Bedürfnis bedeutet auch praktisch

etwas anderes als ein einfacher Wunsch. Damit verbunden ist die Frage, ob Bedürfnisse einen moralischen Gehalt besitzen (Miller 2005). Mit anderen Worten: *Sollten* wir uns als Personen oder als Gesellschaft um die Bedürfnisse anderer Menschen sorgen?

Eine Antwort auf diese Frage ist nicht leicht, aber immerhin kann die Problematik auf die fundamentalen Bedürfnisse eingegrenzt werden. Instrumentelle Bedürfnisse und Wünsche weisen keinen grundsätzlich bedeutsamen moralischen Gehalt auf (Frankfurt 1984; Wiggins 2002), wenngleich sie in privaten Kontexten gleichermaßen fordernd sein können (Reader & Brock 2004). Ein Beispiel: Wer einen teuren Luxuswagen fahren möchte, hat ein instrumentelles Bedürfnis nach viel Geld. Aber wie Wiggins (2002) für einen ähnlichen Fall treffend klarstellt: Er hat kein fundamentales Bedürfnis, ein teures Modell zu besitzen. Sein Bedürfnis kann schon rein intuitiv nicht von moralischem Wert sein.

Was aber, wenn jemand völlig mittellos und am Rande seiner Kräfte um Nahrung und Wasser bittet? Ein solches fundamentale Bedürfnis fordert anders als ein einfacher Wunsch Verantwortung. Wir helfen in aller Regel schon rein intuitiv, wenn jemand ein fundamentales Bedürfnis äußert (Frankfurt 1984; Reader & Brock 2004). Gegen Intuitionen ist im Alltag nichts einzuwenden, aber gesellschaftliches und politisches Handeln sollten eine stabilere Basis haben. Dafür braucht es handfeste Argumente.

Zur Verdeutlichung: Sich um ein Bedürfnis einer anderen Person zu sorgen, bedeutet nicht zwangsläufig, dass ein Bedürfnis aktiv erfüllt werden muss. Es kann auch bedeuten, eine Situation zu schaffen, in der eine Person ihre Bedürfnisse selbst erfüllen kann oder die Person überhaupt zu befähigen, ihre Bedürfnisse erfüllen zu können (Reader 2006). Eine solche Perspektive kann der Gefahr vorbeugen, Hilfe aufzudrängen, wo sie nicht gewünscht ist und trotzdem gesellschaftlicher Verantwortung nachzukommen.

In der Literatur finden sich zahlreiche Versuche einer solchen Begründung (siehe z. B. Reader & Brock 2004; Wiggins 2002; 2006). Ein erster Ansatz betrifft die positiven Effekte der Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse. Wenn damit Leid gemindert und menschliches Wohlergehen gefördert wird, sollte dies sowohl von Einzelpersonen wie von der Gesellschaft verfolgt werden. Diese *konsequentialistische* Position würde also für die Relevanz fundamentaler Bedürfnisse wegen der wünschenswerten Folgen ihrer Erfüllung argumentieren (Reader & Brock 2004). Gegen einen solchen Ansatz könnten Vertreter eines *deontologischen* Ansatzes einwenden, dass die Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse eine grundsätzliche Pflicht ist. Eine ähnliche Position vertritt etwa Miller (2005). Mit Bezug auf Kant meint sie, man könne nicht ernsthaft wollen, dass die Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse nicht unter-

stützt wird, weil dann auch die eigenen Bedürfnisse keine Relevanz hätten, wenn man selbst bedürftig wäre. Ganz unabhängig von den Folgen wäre es daher geboten, die Erfüllung von fundamentalen Bedürfnissen anderer Personen zu verfolgen. Eine dritte Perspektive ist jene der *Tugendethiken*. Zurückgehend auf Aristoteles wird davon ausgegangen, dass Glückseligkeit und ein gutes Leben letzte Ziele des Menschen darstellen. Erreicht werden können diese Ziele nur durch eine tugendhafte Haltung, die die Extreme meidet (Arrigo, Bersot & Sellers 2011). Ein tugendhafter Mensch muss aber Interesse an der Erfüllung von Bedürfnissen haben, denn dies ist die Voraussetzung eines guten und glücklichen Lebens (Reader 2005). Ein moderner, verwandter Ansatz ist die *Fürsorgeethik* (Care-Ethics, Miller 2005) die explizit die Sorge um Bedürfnisse anderer Menschen thematisiert.

Ein vierter Weg der Argumentation könnte auch über die Menschenrechte führen (Ward & Birgden 2007). Laut Brock (2005) ist ein tiefes Verständnis menschlicher Bedürfnisse die Grundlage einer vernünftigen Formulierung von Menschenrechten. Nimmt man an, dass menschliche Bedürfnisse bei der Erklärung der bestehenden Menschenrechte zumindest unbewusst eine Rolle gespielt haben, kann dies eine politische Pflicht zur Sorge um fundamentale Bedürfnisse bedeuten. Anders formuliert: Ein Leben in Würde ist ein Leben, das eine Erfüllung fundamentaler menschlicher Bedürfnisse zulässt. Die Möglichkeit zur Befriedigung fundamentaler Bedürfnisse einzuschränken bedeutet damit auch einen Angriff auf die Würde der Person.

Die hier beschriebenen Positionen sind verkürzt dargestellt und können auch in vielerlei Hinsicht kritisiert werden. Reader & Brock (2004, 254) weisen etwa darauf hin, dass die Bedürfnisse anderer Menschen nur dann eine Rolle spielen, wenn wir uns und sie überhaupt als moralische Adressaten sehen. Darüber hinaus könnte die Position vertreten werden, für Straftäter würden andere moralische Regeln gelten, denn sie hätten mit ihrer Tat einen Anspruch, Teil der Gesellschaft zu sein, verwirkt. Ob eine Gesellschaft eine Verantwortung für die Bedürfnisse ihrer Mitglieder übernimmt, hängt wesentlich davon ab, wen sie zu dieser Gesellschaft zählt.

### 2.3 Welche fundamentalen Bedürfnisse hat der Mensch?

Bisher wurden Bedürfnisse sehr formell betrachtet. Solche Unterscheidungen bleiben leer, wenn nicht auch die tatsächlichen Inhalte bedacht werden. Wendet man sich der Frage zu, welche fundamentalen Bedürfnisse es denn tatsächlich gibt, fällt ein weiteres Merkmal auf.

Manche Autoren (z. B. Max-Neef et al. 1991) vermuten eine endliche Menge an fundamentalen Bedürfnissen entdecken oder ableiten zu können. Aller-

dings können mit zunehmendem Wissen immer mehr solcher Bedürfnisse entdeckt werden (z. B. nach einem bisher unentdeckten Vitamin). Jeder Katalog ist daher an das aktuelle Wissen geknüpft (Ward & Stewart 2003). Ob ein Bedürfnis tatsächlich fundamental ist – und ihm damit moralische Relevanz zugeschrieben werden kann – muss im Zweifel negativ bestimmt werden. Genau dafür benötigen wir Kriterien, wie sie Baumeister & Leary (1995), Frankfurt (1984) oder Wiggins (2002) herausgearbeitet haben.

Mit Sicherheit als fundamental können – im Gegensatz zu für das *Wohlergehen* und das *optimale* Funktionieren notwendigen Bedürfnissen – überlebensnotwendige *Existenzbedürfnisse* angenommen werden (McLeod 2013). Diese sind immer *unausweichlich* (Thomson 2005): Jeder Mensch hat diese Bedürfnisse objektiv, ob er das wünscht oder nicht. Die ersten Kandidaten für fundamentale Bedürfnisse sind daher eine Reihe von physiologischen Bedürfnissen (nach Nahrung, Wasser, atembare Luft, etc.).

Außer Existenzbedürfnissen sind auch allgemeine, also auf alle Menschen zutreffende Bedürfnisse plausible Anwärter. Eine große Menge solcher universalen psychologischen Bedürfnisse wurde bereits postuliert (z. B. Murray 1938). Deren relative Wichtigkeit für den Einzelnen hängt aber von der individuellen Biografie und der Umwelt ab. Auch in der Bedürfnishierarchie nach Maslow (1943) finden sich ab der zweiten Stufe als allgemein angenommene psychologische Bedürfnisse: Sicherheit, Zuwendung, Anerkennung, Selbstverwirklichung. Viele der von Psychologen beschriebenen Bedürfnisse scheinen auf den ersten Blick zwar wichtig für das individuelle Wohlergehen, nicht aber notwendig für das Überleben an sich zu sein. Sie wären demnach also keine existentiellen und fragliche fundamentale Bedürfnisse. Betrachtet man den Menschen aber als Person und mentale Gesundheit als integrativen Bestandteil ihres Lebens, dann müssen auch manche psychologischen Bedürfnisse als existentiell beschrieben werden. Man kann dann auch von *konstituierenden Bedürfnissen* sprechen (Miller 2005), deren Erfüllung die Selbstwahrnehmung als Mensch, Akteur und Person ermöglichen. Auch die Erkenntnis, dass psychische Zustände dramatischen Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben können, spricht letztlich für eine Erweiterung um psychologische Bedürfnisse. Auch ihre Nichterfüllung geht mit schwerwiegendem Schaden im Sinne von Wiggins (2002) einher.

Bekannte Vertreter einer solchen Sichtweise sind etwa Deci & Ryan (2000; 2008). Sie gehen in ihrer Selbstbestimmungstheorie (Self-Determination Theory, SDT) davon aus, dass die drei psychologischen Bedürfnisse nach Kompetenz, Autonomie und Zugehörigkeit (*competence, autonomy, relatedness*) ebenfalls allen Menschen gemein sind. Ihre Vernachlässigung führt

ebenso wie bei rein körperlichen Bedürfnissen zu einer Einbuße von Vitalität und psychischer Gesundheit (Deci & Ryan 2000).

Baumeister & Leary (1995) sind insoweit vorsichtiger, als dass sie eine umfangreiche Liste von neun Kriterien nennen, die für fundamentale Bedürfnisse und Motive gelten müssen. Erfüllt sehen sie diese Bedingungen nur beim Bedürfnis nach Zugehörigkeit („need to belong“). Sheldon & Gunz (2009) sehen diese Kriterien entsprechend ihrer Ergebnisse empirisch auch für die von Deci & Ryan (2000) vorgeschlagenen Bedürfnisse erfüllt.

Mutiger und zugleich weniger strikt sind dagegen etwa Ward & Gannon (2006) vorgegangen, indem sie aus der Forschungsliteratur zehn *primäre Güter* ableiten. Unter diesen finden sich beispielsweise auch Kreativität und Sinn im Leben, was den Rahmen fundamentaler Bedürfnisse deutlich weiter spannt.

Anderen Autoren (z. B. Maslow 1943; Max-Neef et al. 1991; Murray 1938) haben schon früh darüber hinaus zahlreiche weitere Bedürfnisse vorgeschlagen, darunter Bedürfnisse nach Sicherheit, Selbstaktualisierung, Freiheit, Identität oder auch Erniedrigung. Viele dieser Bedürfnisse sind intuitiv ansprechend, allerdings fehlt häufig die genaue Abgrenzung der einzelnen Bedürfnisse untereinander. Diese Mängel machen die vorgeschlagenen Bedürfnisse im Zweifel in der Praxis nicht weniger wichtig, eine gewisse Unbestimmtheit bleibt aber bestehen.

Unter den vorgeschlagenen allgemeinen Bedürfnisse kann wie oben angedeutet fast jedes Bedürfnis für den Einzelnen fundamental sein. Voraussetzung ist, dass die zwei zentralen Merkmale erfüllt sind: Einerseits muss der Person wesentlicher Schaden drohen, sollte das Bedürfnis nicht erfüllt werden. Zum anderen muss das Bedürfnis unausweichlich sein, die Person kann nicht anders, als dieses Bedürfnis zu haben.

### 3. Eine Bestandsaufnahme

Ein Ziel dieses Textes ist es, einen Überblick über die Situation der Bedürfnisse von Straftätern zu geben. Die Bestandsaufnahme soll zunächst die Situation darstellen, wie sie ist, bevor es darum gehen soll, wie sie sein könnte oder sollte. Der Fokus soll dabei auf dem Strafvollzug liegen, zum einen, weil die Bedürfnisse von Straftätern hier besonders deutlich sichtbar werden, aber auch, weil sie hier besonders betroffen sind. Für den Strafprozess lässt sich vieles vergleichbar annehmen.

(1) Zum einen lässt sich nach der Rolle fundamentaler menschlicher Bedürfnisse *im Allgemeinen* für den Justizkontext fragen. Obwohl diese Frage auf

den ersten Blick weit hergeholt scheinen mag, impliziert sie doch das ganz wesentliche Problem eines menschenwürdigen Umgangs mit Straftätern im Justizsystem generell und besonders der Ausgestaltung des Strafvollzuges.

(2) Eine zweite Fragestellung betrifft besondere Bedürfnisse von Straftätern und vor allem *Straftäter mit besonderen Bedürfnissen* (z. B. ältere, chronisch oder psychisch kranke Straftäter, Inhaftierte mit langen Haftstrafen, inhaftierte Frauen) und den Umgang mit diesen im Rahmen von Strafprozess und Strafvollzug.

(3) Zuletzt lässt sich nach der Rolle von *kriminogenen Bedürfnissen* (Andrews & Bonta 2010) und dem alternativen Konzept des Good Lives Modells für die Behandlung von Straftätern und die Rückfallvermeidung fragen.

### 3.1 Universale und fundamentale Bedürfnisse im Strafvollzug

Wenn ein Bedürfnis *fundamental und universal* ist, haben selbstverständlich auch Straftäter dieses Bedürfnis. Unabhängig davon, dass der Strafvollzug keinen Schaden zufügen soll (Laubenthal 2011), ist ein Gefängnis schon vom Vorverständnis her allerdings kein Ort, der mit persönlicher Entfaltung, Selbst-Transzendenz oder sonstigen Freuden (McKay et al. 1979) in Verbindung gebracht wird.

Was die fundamentalen physiologischen Bedürfnisse angeht, sehen die Strafvollzugsgesetze durchaus eine Erfüllung vor<sup>6</sup>. Daraus folgt nicht zwangsläufig, dass etwa eine gesunde Ernährung auch tatsächlich überall und stets gewährleistet wird. Normen wirken nicht allein durch ihr Bestehen (Drenkhahn 2011). Dennoch scheint der Bereich der physiologischen Bedürfnisse nicht der problematischste zu sein.

Anders sieht es aus, wenn fundamentale psychologische Bedürfnisse betrachtet werden. Geht man beispielsweise von den drei Grundbedürfnissen nach Deci & Ryan (2000) aus, zeigen sich schnell Einschränkungen. Als *totale Institution* (Goffmann 1973) ist ein Gefängnis kein Ort, an dem Kompetenz, Autonomie und Zugehörigkeit an sich gefördert werden. Schon Sykes (1958) sprach explizit von Autonomieverlust und fehlender Stimulation als zentrale Merkmale einer Haft. Von der ganzen Anlage her ist eine Inhaftierung daraufhin ausgelegt, Entscheidungsräume einzuschränken (Pryor 2001) und Kontrolle auszuüben (Woodall, Dixey & South 2013). Der Haftalltag wird „bestimmt durch eine Vielzahl Einschränkungen, Verboten und Vorschriften. [...] Die Inhaftierten stehen oft vor einem Höchstmaß an Problemen, die zu bewältigen

---

6 Z. B. § 23 Satz 1 NJVollzG: „Gefangene sind gesund zu ernähren“.

sind, und einem ‚Kleinstmaß‘ an Handlungs- und Entscheidungsspielräumen“ (Bennefeld-Kersten 2009, 76f). Im schlimmsten Fall wird der Inhaftierte geradezu entmündigt, indem der gesamte Alltag von außen bestimmt und kontrolliert wird (Snacken & van Zyl Smit 2009). Der Kontakt zur Familie und wichtigen Bezugspersonen ist stark eingeschränkt und stets muss gefürchtet werden, dass der Kontakt abbricht und auch die letzten Bindungen verloren gehen (Baumeister & Leary 1995). Bereits die Inhaftierung als solche kommt für den Inhaftierten einem symbolischen Ausschluss aus der Gesellschaft gleich (Meyer 2002).

Eine Illustration der Perspektive inhaftierter Personen bietet auch die umfangreiche Forschung zum Klima in Gefängnissen (Liebling 2009; 2011). Die Inhaftierten berichten von Gefühlen der Unsicherheit, Ungerechtigkeit und Abhängigkeit, dazu von stetigem Stress. Auch im deutschsprachigen Raum äußern sie ein Gefühl des Ausgeliefertseins, einer feindseligen Atmosphäre, Angst vor den Bediensteten und fehlenden Kontakt zu ihnen<sup>7</sup> (Übersicht bei Drenkhahn 2011). Gesundheitsprobleme und depressive Symptome sind häufig (Dünkel 2007). Besonders lange oder zeitlich unbestimmte Haftstrafen können zu besonders existenziellen Krisen führen, weshalb zu Recht von der Herausforderung gesprochen werden kann, eine Inhaftierung (psychisch) zu überleben (Liebling 2011).

Weitere Hinweise können die international vergleichende Strafvollzugsforschung (Dünkel 2009a) und die Berichte nationaler und internationaler Institutionen zur Verhinderung von Folter<sup>8</sup> liefern. Obwohl dort nicht direkt die Erfüllung von Bedürfnissen im Zentrum steht, geben die Berichte einen Einblick in die Situation und Umwelt von inhaftierten Menschen. Die Missstände<sup>9</sup>, die dort mitunter berichtet werden, lassen sich teilweise schwer mit den psychologischen Bedürfnissen in Verbindung bringen. Enge, Schmutz und fehlende Privatsphäre sind schwer mit Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit in Verbindung zu bringen. Dass zudem auch Sicherheit der Inhaftierten eine Illusion ist, zeigt sich an der Häufigkeit von Gewalterleben im Vollzug, wovon immerhin 16,8 % der Inhaftierten im Erwachsenen- und 32,4 % der Inhaftierten im Jugendlichen-/Heranwachsendenvollzug in den letzten vier Wochen berichten (Baier & Bergmann 2013).

---

7 Damit ist *nicht* impliziert, dass die Bediensteten in den Justizvollzugsanstalten schlechte Arbeit leisten. Vielmehr stellt sich die Frage, ob die soziale Situation in Gefängnissen an sich und ihre Folgen für alle Beteiligten das Problem ist.

8 Für Deutschland: Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (<http://www.nationale-stelle.de/jahresberichte.html>); für Europa: CPT (<http://www.cpt.coe.int>).

9 Zu betonen ist, dass Missstände nicht überall oder systematisch vorliegen und die Tendenz sowie der Tenor der Berichte für den deutschen Justizvollzug durchaus positiv sind.

Suizide, Gewalt und gesundheitliche Probleme lassen sich mitunter auch darauf zurückführen, dass Gefängnisse kaum in der Lage sind, psychologische Grundbedürfnisse zu erfüllen (Baumeister & Leary 1995; Liebling 2011). Auch der Anschluss an Mitgefangene und oppositionelles Verhalten gegenüber Bediensteten oder die Hinwendung zu religiösen Gruppen (Liebling 2011) lassen sich als Ersatzhandlungen verstehen, um kurzfristig Bedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz, Zugehörigkeit oder auch Sinn und Bedeutung zu erfüllen. Wenn der Strafvollzug keine Möglichkeiten zur Erfüllung dieser Bedürfnisse bietet, suchen sich Inhaftierte andere Wege (McKay et al. 1979).

Bei der Betrachtung der Umwelt dürfen aber die Inhaftierten selbst nicht vergessen werden, was den Fokus von der *Deprivation* (Sykes 1958) auf die *Importation* lenkt. Viele Inhaftierte bringen antisoziale Persönlichkeits- und Verhaltensmuster mit, die sie im Lauf ihres häufig schwierigen Lebens erworben haben (DeLisi, Trulson, Marquart, Drury & Kosloski 2011; Greve, Hosser & Pfeiffer 1997). Diese drücken sich auch in der Unfähigkeit der meisten Straftäter aus, ihre Bedürfnisse auf angemessene Art und Weise zu erfüllen – dies ist einer der Gründe, warum Menschen straffällig werden (Ward, Yates & Willis 2012). Bedürfnisse von Straftätern sind deswegen im Strafvollzug besonders kritisch zu sehen: Eine bedürfnisfeindliche Umwelt trifft auf Menschen, die selten gelernt haben, angemessen mit ihren Bedürfnissen umzugehen.

### 3.2 Straftäter – Menschen mit besonderen Bedürfnissen

Am Anfang des menschlichen Lebens steht eine Zeit, in der wir in besonderem Maße von den Personen in unserer Umwelt abhängig sind. Kleinkinder benötigen viel Aufmerksamkeit, viel Unterstützung und sind besonders verletzlich. Zumindest in dieser Zeit hat jeder Mensch *besondere Bedürfnisse*. Gemeint ist damit die Feststellung bestimmter Beeinträchtigungen körperlicher, psychischer oder sonstiger Art, die in vielen Situationen besondere Hilfen und Maßnahmen erfordern und eine besondere Verletzlichkeit bedeuten. Eng gefasst bezieht sich der Ausdruck „mit besonderen Bedürfnissen“ auf Menschen mit Intelligenzminderungen, körperlichen Beeinträchtigungen und Ähnlichem (Anderson 2008; Gideon 2012). Weiter gefasst fallen alle Personen oder Gruppen darunter, die besonders verletzlich gegenüber bestimmten Anforderungen ihrer Lebensumwelt sind (vgl. Atabay 2009). Damit verbunden ist die Gefahr, schnell in einen Zustand der Bedürftigkeit zu geraten, in dem eigene Bedürfnisse nicht mehr ohne Hilfe erfüllt werden können. Jeder Mensch kann im Laufe seines Lebens erneut in eine Situation kommen, in der seine Fähigkeiten und Veranlagungen nicht ausreichen, um die eigenen fundamentalen Bedürfnisse allein erfüllen zu können. Alter und Krankheit sind

nur zwei Problemlagen, die jeden Menschen zumindest zum Teil bedürftig machen können.

Auch Menschen mit besonderen Bedürfnissen können straffällig werden, mitunter auch gerade deshalb. Ein Gerichtsverfahren und erst recht eine Inhaftierung stellen für diese Personen ausgesprochen schwierige Situationen dar, obwohl eine Inhaftierung gewissermaßen bei allen Menschen zu besonderen Bedürfnissen führt, indem sie die Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse einschränkt (Atabay 2009). Es gibt allerdings bestimmte Gruppen, die in einem viel deutlicheren Maße auf Unterstützung angewiesen sind. Aus Sicht der Sicherheit und der Organisation des Strafvollzuges bedeuten besondere Bedürfnisse in der Regel besondere Probleme und besonderen Aufwand. Auch wer zu diesen Straftätern mit besonderen Bedürfnissen (*special needs offenders*) zählt, wird unterschiedlich gehandhabt. Keeling, Rose & Beech (2006) verwenden den Begriff beispielsweise ausschließlich für intelligenzgeminderte Inhaftierte. Das von den Vereinten Nationen herausgegebene Handbuch fasst auch psychisch kranke, ältere, weibliche, jugendliche, drogenabhängige und homosexuelle Inhaftierte unter diesen Begriff (Atabay 2009). In amerikanischen Gefängnissen werden mitunter auch Veteranen und Terroristen dazu gezählt (Gideon 2012). Besondere Bedürfnisse bedeuten nicht nur größere Verletzlichkeit, sondern zum Teil ebenso besondere Gefährlichkeit (psychopathische Persönlichkeiten) oder einen „schwierigen Umgang“ (psychiatrische Erkrankungen) (Foerster 2005).

Die Liste ließe sich fast endlos weiterführen, weil fast jeder Straftäter besondere Bedürfnisse mitbringt. Häufig genug kommen Straftäter aus schwierigen sozialen Situationen, haben wenig Bildung erhalten (Coyle 2002) und sind in Kindheit und Jugend selbst häufig Opfer von Gewalt gewesen (Hosser, Radatz & Windzio 2007). Manche Gruppen sind im Strafvollzug allerdings häufiger vertreten als andere (z. B. Drogenabhängige), viele Personen vereinen auch die Bedürfnisse verschiedener gefährdeter Gruppen. Drogenabhängige weisen häufig auch medizinische Probleme wie Hepatitis oder HIV auf, Jugendliche und Frauen sind wiederum auch häufig drogenabhängig (Keppler, Stöver, Schulte & Reimar 2010). Ein Problem des Justizvollzuges ist leider zudem, dass diejenigen mit besonderen Bedürfnissen gerade deshalb besonders gefährdet sind, negative Folgen durch die Inhaftierung zu erleiden (Atabay 2009).

Illustrieren lassen sich die vielfältigen Schwierigkeiten an jeder der verschiedenen Gruppen. Das Beispiel der gesundheitlichen Probleme und damit zusammenhängender Bedürfnisse kann aber stellvertretend benannt werden. Hintergrund ist eine außerordentlich hohe Zahl somatischer und psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten (de Viggiani 2007; Fazel & Baillargeon 2011;

Gideon 2013; Meier 2005; Stöver 2013). Die wesentlichsten und häufigsten gesundheitlichen Probleme sind neben Suchterkrankungen auch Infektionskrankheiten und eben psychiatrische Erkrankungen (Keppler et al. 2010, Laubenthal 2005; Meier 2005).

Diese in der Regel schon vor der Inhaftierung bestehenden Gesundheitsprobleme sind nur ein Teil der Schwierigkeiten. Auch wenn manche Inhaftierte zuerst von geregelter Nahrungszufuhr und einem Mindeststandard an Hygiene profitieren (Bonta & Gendrau 1990; Keppler et al. 2010), sind Gefängnisse dennoch ein „kranker Ort“ (de Viggiani 2007, 115). Ebenso wie einige fundamentale psychologische Bedürfnisse bereits durch die Inhaftierung an sich beeinträchtigt sind, können Folgen für die Gesundheit der Straftäter als sicher angenommen werden (Smith 2000). Der Zusammenschluss von gesundheitlich belasteten Personen in vollen und hygienisch zweifelhaften Gefängnissen ist prädestiniert für die Übertragung von Infektionskrankheiten und erhöht die Wahrscheinlichkeit neuer somatischer wie psychiatrischer Erkrankungen (Lines 2006). Bereits das Anstaltsklima und damit einhergehend die beschriebenen eingeschränkten Möglichkeiten der Erfüllung psychologischer Bedürfnisse spielen eine wesentliche Rolle für die häufigen psychopathologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Die negativen Einflüsse der Gefängnisumwelt auf die Gesundheit beschränken sich nicht auf die Inhaftierten, sondern sind auch bei den Bediensteten feststellbar (Bögemann 2007; Dünkel 2007; Stöver 2013).

Gesundheitliche Probleme und Bedürfnisse lassen sich nicht auf die medizinische Versorgung oder die Person des Inhaftierten festlegen. Wie bei allen Straftätern mit besonderen Bedürfnissen liegt das Problem vor allem in der doppelten Belastung durch ihre Bedürfnisse auf der einen Seite (z. B. Krankheit) und der Reaktion der Umwelt auf der anderen Seite, etwa durch Gewalt, Diskriminierung, Erniedrigung und Missbrauch (Atabay 2009). Die Folgen der Inhaftierung dauern über die Zeit der Haft hinaus an und betreffen sowohl die soziale Umwelt des Inhaftierten als auch letztlich die Gesellschaft (Brinkley-Rubinstein 2013). Die besonderen Bedürfnisse beschränken sich auch nicht auf den Täter: Die Familie und Kinder des Inhaftierten sind durch dessen Inhaftierung oft ebenfalls in besonderem Maße verletztlich, sei es durch Stigmatisierung, finanziellen Druck oder einfach durch ihre Bindung an das inhaftierte Familienmitglied.

Alles weist also darauf hin, dass inhaftierte Straftäter ein besonderes Bedürfnis nach medizinischer Versorgung und Gesundheitsförderung haben. Es bleibt die Frage, wie der aktuelle Stand hinsichtlich dieser Aspekte ist. Von rechtlicher Seite gilt das Äquivalenzprinzip, die Versorgung in Haft soll vergleichbar den Standards außerhalb des Strafvollzugs sein (Meier 2005;

Keppler & Nestler 2013; Laubenthal 2011). Da auch hier die Datenlage schwierig ist, muss auf einige Indikatoren wie die Ärztequote oder die finanzielle und technische Ausstattung (Meier 2005) zurückgegriffen werden. Die Gesundheitsfürsorge scheint zwar generell ausreichend vorhanden zu sein, aber weder ist dabei die besondere Schwere der individuellen Erkrankungen wiedergegeben, noch ist eine qualitative Gleichsetzung möglich (Keppler et al. 2010; Meier 2005), was auch mit den Folgen der Entkopplung von Gesundheitsfürsorge der Gefangenen und der öffentlichen Gesundheitsversorgung zusammenhängt (Stöver 2013).

Drogenabhängigkeit ist ein vielzitiertes Beispiel. International erhält oft nur ein Bruchteil der Inhaftierten mit Suchtproblematik eine Behandlung (Gideon 2012). Auch im deutschen Strafvollzug ist von umfangreichen Hilfsmaßnahmen wenig zu spüren, das Behandlungskonzept wird in den meisten Fällen auf Abstinenz beschränkt (Keppler et al. 2010). Die Gesundheitspolitik ist außerdem vor allem reaktiv: Sie reagiert auf Erkrankungen, aber die Vorbeugung ist bisher kein zentrales Anliegen. Aktuell scheinen Gefängnisse daher in der Tat eher die „Antithese einer gesunden Umwelt“ (de Viggiani 2007, 115) zu sein.

Die Bestandsaufnahme des Umgangs mit gesundheitlichen Bedürfnissen als einer Form besonderer Bedürfnisse kann stellvertretend genannt werden, weil eine ähnliche Situation auch für andere besondere Bedürfnisse besteht. Unabhängig davon, ob es um Inhaftierte mit unterdurchschnittlicher Intelligenz, alte oder psychopathische Straftäter geht sowie unabhängig von Geschlecht oder kulturellem Hintergrund kann dem Strafvollzug nicht attestiert werden, umfangreich und gezielt auf die jeweiligen Bedürfnisse vorbereitet zu sein oder entsprechende Maßnahmen durchführen zu können.

### 3.3 Kriminogene Bedürfnisse und das richtige Leben

Von fundamentalen Bedürfnissen aller Straftäter und besonderen Bedürfnissen bestimmter Straftäter kann man eine Gruppe von Bedürfnissen unterscheiden, die im Wesentlichen von außen zugeschrieben werden. Gemeint sind Bedürfnisse in Form von Mängeln, die die Gesellschaft oder der Strafvollzug bei dem Straftäter sieht. Dahinter steht die Idee, dass bestimmte Dinge (z. B. Bildung, Kultur, Selbstkontrolle, Arbeit) notwendig für gesellschaftlich erfolgreiches, verantwortungsvolles und gutes Leben sind. Gerade bei Straftätern liegen solche Zuschreibungen nahe. Mit anderen Worten: Was braucht eine Person, um nicht mehr straffällig zu werden?

Andrews & Bonta (2010) benennen diese Merkmale als *kriminogene Bedürfnisse*. Die Vertreter des RNR-Ansatzes (Risk-Need-Responsivity; Andrews & Bonta 2010; Göbbels & Zimmermann 2013) verstehen darunter dynamische

Risikofaktoren, die mit der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls korrelieren. Nicht-kriminogene Bedürfnisse dagegen seien zwar auch veränderbar (dynamisch), haben aber keinen oder keinen wesentlichen Einfluss auf die Rückfälligkeit des Straftäters<sup>10</sup>. Als zentrale kriminogene Bedürfnisse nennen Andrews und Bonta (2010) acht empirisch ermittelte Faktoren (*central eight*), darunter antisoziale Persönlichkeitsmuster, antisoziale Kognitionen und ein antisoziales Umfeld. Wie verschiedene Autoren (Suhling 2007; Ward & Stewart 2003) kritisch bemerkt haben, wäre es aber vielleicht besser, einfach von dynamischen Risikofaktoren statt von kriminogenen Bedürfnissen zu sprechen.

Im Strafvollzug existieren eine Reihe von Maßnahmen, die ein Leben in Verantwortung fördern wollen, indem sie bei bestimmten Defiziten ansetzen. Dazu zählen Qualifizierungsmaßnahmen wie Schulabschlüsse und Berufsausbildungen ebenso wie soziales Training und Anti-Gewalt-Trainings. Aber auch außerhalb des Strafvollzugs werden bestimmte Maßnahmen gezielt eingesetzt, etwa im Rahmen von Bewährungsaufgaben. Zum Teil spiegeln diese Angebote auch besondere Bedürfnisse der Straftäter wieder. Allerdings zeigt sich hier ein bekanntes Problem: Was die Gesellschaft als fundamentales Bedürfnis versteht (z. B. Grundbildung) um ein verantwortungsvoller Teil der Gesellschaft zu sein, sieht ein Inhaftierter vielleicht – wenn überhaupt – als Mittel an. Anders herum äußert der Inhaftierte bestimmte Bedürfnisse, die der Strafvollzug aber nicht als relevant anerkennt, weil sie nicht mit der Rückfälligkeit in Verbindung stehen<sup>11</sup>.

### 3.4 Zwischenfazit

Die Bestandsaufnahme zeigt relativ deutlich: Die Bedürfnisse von Straftätern sind besonders im Strafvollzug nicht gut aufgehoben. Schon von der Idee her ist ein Gefängnis kein Ort, der die Erfüllung psychologischer Bedürfnisse fördert. Gleichermäßen reagiert der Strafvollzug bisher nur in eingeschränktem Maße auf die besonderen Bedürfnisse bestimmter Gruppen oder Inhaftierter und wenn, dann eher reaktiv statt aktiv. Einzig kriminogene Bedürfnisse, die mit der Rückfälligkeit zusammenhängen sollen, finden mehr Aufmerksamkeit.

---

10 Andrews & Bonta (2010, 49): „Criminogenic needs are a subset of an offender's risk level. They are dynamic risk factors that, when changed, are associated with changes in the probability of recidivism. Noncriminogenic needs are also dynamic and changeable, but they are weakly associated with recidivism.“

11 Wie die Ausstattung des Vollzuges: „Unfortunately, there is no substantive relationship between a reduced number of cockroaches and recidivism, between clean sheets and reform.“ (Griswold et al. 1970, 26; zitiert nach McKay et al. 1979).

#### **4. Und nun: Muss sich etwas ändern?**

Im Hintergrund dieser Betrachtung steht eine in der Regel unausgesprochene Frage: Warum sollte uns das Ganze interessieren? Warum nicht damit leben, dass Straftäter mit ihren Taten einen wie auch immer gearteten Anspruch auf Interesse an ihren Bedürfnissen verwirkt haben? Wenn Straftäter sich nicht an die Regeln halten, warum sollten wir sie weiterhin als berechnete Träger moralischer Ansprüche sehen (Ward & Birgden 2007; Ward & Syversen 2009)? Oder ist vielleicht gerade Deprivation das beste Mittel zur Erreichung des Vollzugsziels? Sind Mangel und Kontrolle vielleicht genau das, was Straftäter „brauchen“? Man könnte eine solche Haltung vielleicht sinnvoll als „Nullhypothese der Bedürfnisorientierung“ bezeichnen, da sie die Erfüllung der Bedürfnisse von Straftätern generell für nichtig erklärt.

Eine solche Position stellt eine ganze Reihe aktuell geltender rechtlicher und moralischer Grundsätze in Frage. Allerdings scheint zumindest eine gewisse Zahl an Menschen einer ähnlichen Ansicht durchaus zuzustimmen, was an der regelmäßig aufkommenden Debatte um den „Hotelvollzug“ (Dünkel 2008; Rehn 2011) gesehen werden kann<sup>12</sup>. Zudem kann mitunter eine Tendenz zum Vorrang der Sicherheit festgestellt werden (Alex & Feltes 2009; Arrigo et al. 2011). Eine solche Einstellung gefährdet besonders die Rechte derer, die sich – wie Inhaftierte – kaum verteidigen können (Ward & Birgden 2007).

Es gibt immer wieder Hinweise, dass eine Inhaftierung in gewissem Maße auch positive Effekte bringen kann (Greve et al. 1997; McKay et al. 1979). Allerdings sind diese Effekte weniger durch die Inhaftierung an sich, sondern durch die sinnvolle Maßnahme zur Resozialisierung im Vollzug begründet. Wie oben beschrieben, lässt sich insgesamt besser für die Perspektive argumentieren, dass die Bedürfnisse von Straftätern auch moralischen Gehalt besitzen. Die erste Variante betrifft die Tatsache, dass die Menschenwürde durch Gesetze, Grundrechte und Menschenrechte vorgegeben und abgesichert ist. Eine Inhaftierung hat über den Freiheitsentzug hinaus keine Rechte einzuschränken (Liebling 2011). Die zweite Variante, Ethik zur Begründung heranzuziehen, ist grundsätzlicherer Natur, aber weniger bindend als bestehendes Recht. Von diesem moralphilosophischen Standpunkt her lassen sich die drei oben beschriebenen Perspektiven (Konsequentialismus, Deontologie, Tugend-

---

12 Zuletzt etwa bei den Medienberichten der Eröffnung der neuen JVA Heidering: „JVA Heidering. Muss ein Gefängnis so luxuriös sein?“ in der Berliner Zeitung (<http://www.bz-berlin.de/aktuell/berlin/muss-ein-gefaengnis-so-luxurioes-sein-article1594082.html>, zuletzt abgerufen 30.01.2014); „Luxus-Gefängnis. Der neue Wohlühl-Knast am Heidering“ in der Berliner Morgenpost (<http://www.morgenpost.de/berlin/article114511027/Der-neue-Wohluehl-Knast-am-Heidering.html>, zuletzt abgerufen 30.01.2014);

ethik) auf die Problematik der Bedürfnisse von Straftätern übertragen (Arrigo, Bersot & Sellers 2011).

Aus einer deontologischen Perspektive auf Bedürfnisse (Miller 2005) müsste die Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse von Straftätern als Pflicht anerkannt werden. Straftäter haben als Menschen Würde. Die Gesellschaft und der Strafvollzug haben diese zu achten, unabhängig der Folgen. Ein möglicher Zusammenhang mit Rückfälligkeit spielt daher keine Rolle für die Frage, ob wir uns um die Bedürfnisse von Straftätern sorgen sollten. Es ist klar, dass die fundamentalen Existenzbedürfnisse in diesem Sinne zu erfüllen sind, eine Haftstrafe würde sonst direkt Folter bedeuten. Allerdings ist die Frage berechtigt, wie viel darüber hinaus getan werden muss. Wie weit geht die Pflicht zur Erfüllung der Bedürfnisse von Straftätern? Bestimmte Ansprüche wird man noch zugestehen, aber sollten sich Straftäter im Strafvollzug *wohlfühlen*? Sollten wir als Gesellschaft nach Möglichkeit dafür Sorge tragen, dass ein Gefängnis ein Ort ist, der persönliches Wachstum ermöglicht, obwohl wir bei knappen Ressourcen dies nicht einmal nicht straffällig gewordenen Personen garantieren können?

Eine tugendethische Perspektive würde dies nahelegen. Der Strafvollzug müsste entsprechend dem Ziel menschlichen Lebens so gestaltet werden, dass er ein *gutes* Leben zulässt, welches sich nicht auf das Überleben oder Überstehen beschränkt. Mehr noch: Weil tugendhaftes Verhalten auf die vorrangige Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse angewiesen ist, müssten Bedürfnisse sogar ein zentraler Punkt sein (Reader 2005).

Zuletzt bleibt eine konsequentialistische Argumentation. Bedürfnisse von Straftätern wären dann von Belang, wenn die Folgen dieses Vorgehens das allgemeine Wohl fördern. Eine Reduktion der Rückfälligkeit ist ein solches Kriterium, das begründen könnte, warum die Rahmenbedingungen die Erfüllung von Bedürfnissen unterstützen sollten. Allerdings ist streng genommen damit auch begründbar, warum Bedürfnisse nicht beachtet werden sollten, nämlich dann, wenn dies z. B. die Rückfälligkeit erhöhen würde. Welche Rolle Bedürfnisse für Rückfälligkeit spielen, ist eine empirische Frage, die seit fast zehn Jahren mit einiger Vehemenz zwischen den Vertretern des RNR-Modells (Andrews & Bonta 2010; Andrews, Bonta & Wormith 2011; Bonta & Andrews 2003; Wormith, Gendreau & Bonta 2012) und denen des Good-Lives-Modells (GLM; Ward & Stewart 2003; Ward & Birgden 2007; Ward, Melser & Yates 2007; Ward, Yates & Willis 2012; von Franqué & Briken 2013) geführt wird.

Das RNR-Modell geht davon aus, dass eine wirksame Rückfallprävention im Wesentlichen drei Prinzipien befolgen muss: mehr Therapie umso höher das Risiko (*Risikoprinzip*), Fokus auf die kriminogenen Bedürfnisse (*Bedürf-*

*nisprinzip*) und Beachtung individualisierter Behandlung auf der Grundlage kognitiv-behavioraler Methoden (*Ansprechbarkeitsprinzip*). Das Modell beachtet sowohl Straftäter mit besonderen Bedürfnissen im Ansprechbarkeitsprinzip, als auch indirekt manche fundamentalen Bedürfnisse im Bedürfnisprinzip. Die RNR-Vertreter haben wiederholt klargemacht, dass es ihnen primär um eine *wirksame* Behandlung von Straftätern geht (Andrews & Bonta 2010; Andrews et al. 2011). Ein gutes Leben, Wohlergehen oder fundamentale Bedürfnisse sind deswegen nicht unwichtig, sondern werden immer vorausgesetzt<sup>13</sup>, aber sie verhindern keine neue Kriminalität. Maßnahmen, die primär auf nicht-kriminogene Bedürfnisse abzielen, seien in der Regel unwirksam oder im schlimmsten Fall sogar schädlich (Andrews et al. 2011). Die Perspektive ist demnach im Wesentlichen spezialpräventiv, auf den Nutzen ausgerichtet. Für diesen Zusammenhang von kriminogenen Bedürfnissen und der Rückfälligkeit liegt eine beeindruckende Menge an Untersuchungen vor: Je eher die Prinzipien befolgt werden, desto deutlicher sind positive Effekte erwartbar (Andrews & Bonta 2010).

Das Good-Lives-Modell geht dagegen davon aus, dass alle Menschen bestimmte primäre Güter erstreben (z. B. Leben, Autonomie, Gesellschaft). Diese Güter können auch als fundamentale Bedürfnisse verstanden werden. Wer diese Güter erreicht, erlebt Zufriedenheit, was negativ mit Straffälligkeit zusammenhängt. Straftäter nutzen jedoch etwa die „falschen“ Strategien, haben einen zu engen Blickwinkel auf ihre Bedürfnisse oder besitzen nicht ausreichende Fähigkeiten, um diese Güter zu erlangen (Ward, Melser & Yates 2007; von Franqué & Briken 2013). Dieser Ansatz verlangt daher eine Beachtung fundamentaler Bedürfnisse über die von den RNR-Vertretern benannten kriminogenen Bedürfnisse hinaus.

Bei einem Blick in die Literatur sprechen neben theoretischen Überlegungen (Baumeister & Leary 1995; Ward & Stewart 2003; Ward, Melser & Yates 2007) wohl auch empirische Befunde (Drenkhahn 2011) für eine positive Wirkung einer Umwelt, die auf die Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse ausgerichtet ist – wenn darunter nicht der Vorrang kriminogener Bedürfnisse leidet (Andrews, Bonta & Wormith 2011). Selbst die Sicherheit und Ordnung im Strafvollzug kann positiv beeinflusst werden, wenn der Alltag des Inhaftierten nicht aus Abhängigkeit und Mangel besteht (Bennefeld-Kersten 2009; Lieblich 2011). Es sind aber nicht nur die positiven Effekte, die angeführt werden können, sondern auch das Ausbleiben sonst erwartbarer negativer Effekte. Gibt es keine Möglichkeit zur Erfüllung der Bedürfnisse, sind Ersatzhandlungen

---

13 Respekt für Autonomie wird etwa als einen grundlegenden Wert des Ansatzes benannt (Andrews & Bonta (2010, 7).

gen (Deci & Ryan 2011; McKay et al. 1979) wahrscheinlich. Im günstigen Fall bedeutet das Rückzug und Einzelgängertum, im ungünstigen Fall Gewalt oder Drogenkonsum. Auch hier könnte eine *Bedürfnisorientierung* positive Effekte haben.

Betrachtet man die verschiedenen Argumente und Positionen, bleiben nur zwei Möglichkeiten übrig, die „Nullhypothese“ beizubehalten, dass uns die Bedürfnisse von Straftätern nicht zu interessieren brauchen. Nur wer diese nicht mehr als Mitglieder im moralischen Spiel sieht und ihre Würde in Frage stellt (was in Deutschland per Grundgesetz ausgeschlossen ist) oder eine radikale Nutzenperspektive einnimmt, kann diesen Schluss ziehen. Zweiteres aber nur, wenn sich empirisch halten lassen würde, dass die Beachtung der Bedürfnisse von Straftätern zu großem Übel führen würde.

Beide Möglichkeiten sind in dieser Form nicht haltbar oder aber stellen unsere grundlegenden Werte in Frage. Daher bleibt nur der Schluss übrig, dass die fundamentalen Bedürfnisse von Straftätern von moralischem Wert sind und dass der Umgang mit Straftätern entsprechend gestaltet werden sollte. Fraglich bleibt nur, bis zu welchem Punkt uns die Bedürfnisse interessieren sollten. Genügt es, eine Umgebung zu schaffen, in der kein Schaden entsteht oder aber sollte Wohlergehen oder gar Glück das Ziel sein? Die Antwort hängt davon ab, welcher Standpunkt gewählt wird. In jedem Fall aber muss darin zum Ausdruck kommen, dass Straftäter ungeachtet ihrer Taten Menschen sind, deren Würde nicht untergraben werden darf (Coyle 2002; Ward 2010). Es ist ebenfalls richtig, dass im Rahmen einer wirksamen Behandlung von Straftätern der Fokus auf kriminogenen Bedürfnissen liegen sollte (Andrews et al. 2011). Aber unabhängig davon steht es einer Gesellschaft und ihren Mitgliedern gut an, auch Straftätern eine Umwelt zu bieten, in der fundamentale menschliche Bedürfnisse um ihrer selbst Willen und der Achtung der Menschenwürde geachtet werden. Dies gilt umso mehr, als dass eine positive Wirkung auf die Verhinderung von Straftaten auch wesentlich von einem positiven Klima (Lösel 2001) und der Verhinderung negativer Effekte abhängt (Greve et al. 1997).

## **5. Wie es sein könnte: Thesen zu einem *bedürfnisorientierten* Strafvollzug**

Obwohl der deutsche Strafvollzug in Hinsicht auf Menschenrechte international und im europäischen Vergleich eher gut abschneidet (Dünkel 2002; Dünkel et al. 2010), zeigt sich eine deutliche Spannung zwischen den Bedürfnissen von Straftätern und der Ausgestaltung des Vollzuges. Die Bestandsaufnahme des aktuellen Umgangs mit Bedürfnissen von Straftätern hat ein relativ

klares Bild zahlreicher Einschränkungen und Probleme aufgezeigt. Gleichzeitig kann von rechtlicher und ethischer Seite eine ziemlich klare Einschätzung abgegeben werden, dass die Situation unabhängig vom genauen Standpunkt anders sein sollte.

Wie schon betont, bedeutet dies nicht, dass der Strafvollzug die Bedürfnisse direkt zu erfüllen hat. Vor allem geht es um die Schaffung einer Umwelt, die den negativen Folgen einer Inhaftierung durch Deprivation und Nicht-Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse entgegensteht.

Damit ist aber für die Praxis die Frage aufgeworfen: Wie sollte ein Umgang mit Straftätern aussehen, der fundamentale Bedürfnisse beachtet? Was kann der Strafvollzug tun, um die Würde der Inhaftierten zu schützen und eine Umgebung zu schaffen, die eine Erfüllung fundamentaler und besonderer Bedürfnisse zulässt? Wie ist ein *bedürfnisorientierter* Strafvollzug möglich?

### **These 1: Mehr Mensch im Strafvollzug wagen – Autonomie, Partizipation, Sinn**

Schon der Grundsatz einer jeden Inhaftierung ist letztlich, dass die Vollstreckung (die Tatsache) des Freiheitsentzuges die Strafe darstellt, der Vollzug (die Ausgestaltung) der Freiheitsstrafe aber nicht (Dünkel et al. 2006; Liebling 2011<sup>14</sup>). Damit ist klar, dass alle weiteren Rechte, besonders Grund- und Menschenrechte auch im Strafvollzug gelten und zu schützen sind. Dies schließt Existenzbedürfnisse ein – physiologische ebenso wie psychologische und soziale. Langfristige Entwicklung und intrinsische Motivation beruhen aber darauf, sich selbst als aktive Person betrachten zu können, die sich als autonom und kompetent wahrnimmt (Deci & Ryan 2000) und sich der Gesellschaft zugehörig fühlen kann. Wer will, dass sich ein Mensch tatsächlich ändern möchte, der muss eine entsprechende Umwelt schaffen.

Eine konsequente und vollständige Umsetzung der European Prison Rules (Council of Europe 2006: Rec (2006); Dünkel et al. 2006) wäre ein erster wichtiger Schritt, um aktuelle Mängel anzugehen. Auch der deutsche Strafvollzug hat hier noch Handlungsbedarf. Es fehlt an fairer Bezahlung von Arbeit, sinnvollen Tätigkeiten und einem Zugang zur Sozial- und Rentenversicherung (Dünkel et al. 2010; Feest 2011; Schäfer 2013), auch die Frage der Kleidung und zum Teil der sanitären Bedingungen kann gestellt werden (Feest 2008).

---

14 Liebling (2011, 544): „We send people to prison *as* and not for punishment, do not officially intend it to be humiliating or degrading and we claim to use imprisonment as a last resort.“

Darüber hinaus müssen die psychologischen Grundbedürfnisse Thema sein. Wie sind beispielsweise Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit (Deci & Ryan 2000; 2008) in der Haft möglich? Der entscheidende Schritt ist, so trivial es klingen mag, Straftäter zuerst als Personen zu akzeptieren und zu respektieren (Coyle 2002). Der alltägliche Umgang der Bediensteten mit den Inhaftierten ist ausschlaggebend für das Klima (Liebling 2011). Dazu gehört die weitestgehende Wahrung der Privatsphäre ebenso wie angemessene Umgangsformen, etwa siezen und anklopfen (Drenkhahn 2011). Autonomie bedeutet zumindest ein Restmaß an Entscheidungsmöglichkeiten. Das Handeln im Strafvollzug sollte daher transparent sein und so oft wie möglich sollte der Inhaftierte in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Johnson & Dobrzanska (2005) berichten, dass jene Inhaftierten mit lebenslanger Strafe gut mit den Belastungen umgehen können, die sich bewusst dafür entscheiden und gerade dadurch ein Minimum an Autonomie erhalten. Es kann aber nicht Ziel des Strafvollzuges sein, für das Überstehen einer Inhaftierung die Selbstwirksamkeit so zu unterhöhlen.

Sinnvolle Tätigkeiten, kleine alltägliche Entscheidungen sowie das Setzen und Erreichen von Ziele können Autonomie stärken und führen ebenfalls zum Erleben von Kompetenz. Nicht nur Arbeit, sondern beispielsweise auch sachgemäßes Krafttraining (Geppert 2010) und andere Freizeitmaßnahmen können eine ganze Reihe von Bedürfnissen erfüllen.

Zugehörigkeit bedeutet umfangreichen Kontakt zu Beziehungspersonen außerhalb des Vollzuges ebenso wie Teilnahme an Religion und Gesellschaft. Auch Inhaftierte betonen, wie wichtig der Kontakt zu Bezugspersonen außerhalb der Haft für ihr Wohlbefinden ist (Condon, Hek & Harris 2008). Darüber hinaus ist soziale Unterstützung – durch Angehörige, Mitinhaftierte oder Bedienstete – wesentlich für den Umgang mit schwierigen Situationen, wie sie im Rahmen einer Inhaftierung auftreten (Bennefeld-Kersten 2009). Auch die European Prison Rules und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes sehen daher ausreichend sozialen Kontakt vor (Feest 2008).

Das monotone, eingeengte Leben im Strafvollzug wird immer auch Stress und Ärger mit sich bringen. Soziale Unterstützung ist, neben Möglichkeiten zum Abbau von Frustration oder einem Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben und die Umwelt zu haben, ein wichtiger Faktor zur Stressreduktion (Sapolsky 2004). Zusätzliche Maßnahmen reichen von Sport bis zu Entspannungskursen, aber ohne solche Möglichkeiten wirkt sich Stress negativ auf das Klima aus.

Dies sind nur einige Punkte, die eine kurz- und mittelfristige „Humanisierung des Strafvollzugs“ (Dünkel 2008; Feest 2011) fördern können. Zentral bleibt die Forderung, dass auch oder sogar besonders in Haft die Erfüllung funda-

mentaler Bedürfnisse von Straftätern nach Möglichkeit gewährleistet sein sollte. Der Weg dahin muss letztlich über die Gestaltung des Alltags führen und die alltäglichen Interaktionen in den Fokus heben.

## **These 2: Mehr Gesundheit und Individualität wagen – Besondere Bedürfnisse und besondere Maßnahmen**

Es muss klar sein, dass eine Inhaftierung für keine Person eine wirklich gute Lösung ist, sondern dass Straftäter mit besonderen Bedürfnissen in aller Regel besser außerhalb des Strafvollzuges aufgehoben sind (Atabay 2009; van Zyl Smit 2007). Ein *bedürfnisorientierter* Strafvollzug sollte auch die besonderen Bedürfnisse der Inhaftierten besonders beachten. Zum einen sind therapeutische Maßnahmen umso wirksamer, je mehr sie auf die spezifische Ansprechbarkeit ausgerichtet sind – und damit auf besondere Bedürfnisse Rücksicht nehmen (Andrews & Bonta 2010). Zum anderen darf die Ausgestaltung des Strafvollzuges nicht für besonders vulnerable Inhaftierte noch einmal schädlicher, gefährlicher und bestrafender sein.

Besonders bei medizinischen Bedürfnissen liegt eine Pflicht zur Erfüllung nahe, denn Inhaftierte haben keine andere Wahl, als sich auf die Gewährleistung zu verlassen (Coyle 2007). Obwohl in deutschen Anstalten ein den Umständen außerhalb der Haft vergleichbarer Standard herrscht (Meier 2005), ist aktuell nur die Gesundheitsfürsorge im Sinne einer Versorgung gewährleistet. Weil die medizinischen Bedürfnisse so immens sind, muss darüber hinaus die Frage gestellt werden, ob eine äquivalente, der Außenwelt entsprechende Gesundheitsversorgung nicht sogar zu wenig ist (Lines 2006). Die medizinischen Probleme sind im Strafvollzug beim Einzelnen deutlich schwerer als in der Allgemeinbevölkerung. Auch die Haftumstände und die besondere Situation der Gefängnismedizin lassen eine annähernd äquivalente Versorgung kaum als ausreichend erscheinen. Eine ernsthafte Förderung der Gesundheit muss daher über Äquivalenz hinausgehen (Hayton 2007; Lines 2006; Keppler et al. 2010).

Was für medizinische Bedürfnisse gilt, trifft auf alle besonderen Bedürfnisse zu. Ein wichtiger Ausgangspunkt kann die Aus- und Fortbildung der Menschen sein, die mit den Straftätern arbeiten. Der Umgang mit Straftätern mit besonderen Bedürfnissen sollte ein besonderes Thema sein (Anderson 2008). Auch Einzelfallarbeit, die speziell auf Straftäter mit besonderen Bedürfnissen ausgerichtet ist, scheint wirksamer zu sein (Gideon 2012). Zuletzt ist es sogar möglich, gesonderte Abteilungen oder Anstalten zu schaffen, die auf die Bedürfnisse bestimmter Personen zugeschnitten sind, wie dies etwa für ältere

Inhaftierte in Hessen mit der Abteilung Kornhaus der JVA Schwalmstedt versucht wird (Roos & Eicke 2008).

### **These 3: Mehr Vorbereitung auf ein Leben in Freiheit wagen – Vollzugslockerungen und Übergangsmanagement**

Vollzugslockerungen (Ausgang, Freigang, Urlaub) und der offene Vollzug sind neben den innervollzuglichen Maßnahmen ein wichtiges Werkzeug zur Erreichung des Vollzugsziels (Dünkel 2009b; Rehn 2011). Dies gilt umso mehr, da vollzugsöffnende Maßnahmen eher mit einer günstigeren Legalprognose einhergehen (z. B. für Sexualstraftäter: Suhling & Rehder 2009) und Missbrauch die absolute Ausnahme ist (Dünkel 2009b; Feest 2010). Vollzugslockerungen sind auch bedürfnisorientiert, weil ihre Ausgestaltung Raum für Entscheidungen lässt, Zugehörigkeit zu Personen außerhalb der Haft stärken kann und bestätigend auf die Entwicklung des Inhaftierten wirken kann. Selbstverständlich sind resozialisierende Wirkungen vollzugsöffnender Maßnahmen und Missbrauchsrisiko abzuwägen (Rehn 2011). Diese Abwägung muss rational sein, darf vor allem nicht durch eine Überbetonung von Sicherheitsbedürfnissen verzerrt werden. Die insgesamt rückläufige Entwicklung der vollzugsöffnenden Maßnahmen und besonders des offenen Vollzugs (Dünkel 2009b) ist daher durchaus beunruhigend und kritisch zu hinterfragen.

Die Öffnung des Vollzuges während der Haft ist ein Teil eines gelungenen Übergangsmanagements. Nicht weniger bedeutsam sind die Koordinierung und frühe Kontaktaufnahme mit Bewährungshilfe und sozialem Empfangsraum, also die „Übergabe“ der Gefangenen (Wirth 2009), sondern auch die ambulante Weiterführung geeigneter Maßnahmen (z. B. Yoon, Motekallemi, Rettenberger & Briken 2013).

### **These 4: Mehr Alternativen wagen – Ambulante Sanktionen und Restorative Justice**

Eine Inhaftierung sollte als schwerste Sanktion unserer Strafpraxis letztes Mittel (*ultima ratio*) sein (Dünkel et al. 2010; Liebling 2011). Auch aus spezialpräventiver Sicht muss kritisch hinterfragt werden, warum eine Inhaftierung sein muss, wenn weniger drastische Maßnahmen gleich wirksam oder sogar besser abschneiden.

Tatsächlich schneiden die Alternativen oftmals nicht schlechter ab als die Haftstrafe (Streng 2007). Ambulante Sanktionen gehen bei Jugendlichen mit geringeren Rückfallquoten einher (Heinz 2004; Meier 2005). Der Ansatz der Restorative Justice bietet darüber hinaus eine Reihe von möglichen Alternati-

ven an (Dignan 2011, Temme 2011), die trotz bisher überschaubarer Datenlage nicht verschwiegen werden sollten. Gerade bei Straftätern mit eher geringem Rückfallrisiko scheinen restaurative Maßnahmen die Rückfälligkeit weiter zu senken (Bonta, Jesseman, Rugge & Cormier 2006).

Restorative Justice und verwandte Konzepte wie die parallele Gerechtigkeit (Pfeiffer 2013) weisen noch weitere deutliche Vorteile gegenüber einer reinen Bestrafung auf: Nicht nur werden die Bedürfnisse von Opfern ernst genommen, sondern auch die Probleme einer Inhaftierung vermieden, ohne dass kriminogene Bedürfnisse von Straftätern ausgeblendet werden müssen. Insofern sind diese Alternativen zum Strafvollzug erstaunlich bedürfnisorientiert.

### **These 5: Mehr Prävention und frühe Hilfen wagen**

Die Prävention von Straftaten ist für Täter, Opfer und Gesellschaft immer besser als der beste Strafvollzug. Die Wirksamkeit wissenschaftlich fundierter und gut implementierter Maßnahmen ist ebenso bekannt wie ihr mittel- und langfristiger finanzieller Nutzen (Jaurisch, Lösel, Beelmann & Stemmler 2008; Marks 2010).

Als besonders sinnvoll können frühe Hilfen gelten. Zum einen können sie bei gleicher Wirksamkeit eine Verfestigung problematischen Verhaltens verhindern und gleichzeitig die Kosten und Folgen frühen dissozialen Verhaltens vermeiden (Jaurisch et al. 2008). Spätere Maßnahmen – wie eine Inhaftierung oder Maßregel – sind nicht nur mit deutlich intensiveren Eingriffen verbunden, sondern darüber hinaus auch um ein Vielfaches teurer (Czock, Wölbing, Lehmann, Matuschka & Krämer 2011).

Frühe Hilfen und Prävention beschränken sich aber nicht auf die potentiellen Täter. Ein stabiler Befund kriminologischer Forschung ist der Zusammenhang von kindlichem Gewalterleben und späterer Gewaltkriminalität (Rabold, Baier & Pfeiffer 2008). Kriminalprävention muss daher auch die Förderung von Familien und die gesellschaftliche Ächtung von Gewalt umfassen. Sie ist also eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (Jungmann & Pfeiffer 2010).

## **6. Ein bedürfnisorientierter Strafvollzug als reale Möglichkeit? – Eine Kritik**

Diesem Entwurf eines bedürfnisorientierten Umgangs mit Straftätern dürfte im Wesentlichen mit drei Einwänden begegnet werden.

Ein Einwand ist mitunter, dass Inhaftierte doch nicht besser ‚ausgestattet‘ sein dürften als Menschen in Freiheit. Das Zitat von Schupelius am Anfang dieses

Beitrags und der Vorwurf des Hotelvollzugs spiegeln diese Einstellung wieder: Die Bedürfnisse eines Straftäters dürften doch keine Rolle spielen.

Dagegen sind zwei Argumente anzuführen. Zum einen ist die Gesellschaft besonders verantwortlich für Inhaftierte, weil sie ihnen die Möglichkeit nimmt, selbst dafür zu sorgen. Niemand *muss* inhaftiert werden, wenn eine humane Unterbringung nicht gewährleistet werden kann (Dünkel, Morgenstern & Zolondek 2006). Wenn eine Gesellschaft sich dazu entschließt, übernimmt sie auch die besondere Verantwortung (Coyle 2002; Lines 2006). Dieses Argument liegt letztlich auch dem sogenannten Abstandsgebot der Sicherungsverwahrung (Höffler & Kaspar 2012) und dem Maßregelvollzug (Müller 2012) zugrunde: Da die Unterbringung ein besonderes „Sonderopfer“ bedeute, müsse sich dies in der Ausgestaltung der Unterbringung zeigen. Zum Zweiten entbindet ein Mangel an Ressourcen nicht von der Pflicht gegenüber bestimmten Menschen. Kein Mensch ist mehr wert als ein anderer, auch nicht, wenn es sich dabei um einen Straftäter handelt.

Ein zweiter Einwand könnte die *Realisierbarkeit* in Frage stellen. Ist „Bedürfnisorientierung“ mit der Sicherheit der Anstalt, der Bediensteten und der Gesellschaft zu vereinbaren? Woher sollen die finanziellen Mittel genommen werden? Ist ein solcher Vollzug denn wirksam?

Diese Fragen sind in der Tat angebracht, können aber ebenfalls entkräftet werden. Auch ein bedürfnisorientierter Strafvollzug sollte die kriminogenen Bedürfnisse (Andrews & Bonta 2010) im Blick haben. Eine solche Gestaltung des Vollzuges kann Veränderungen und intrinsische Motivation wahrscheinlich aber sogar besser erreichen (Ward, Yates & Willis 2012). Finanzielle Knappheit ist in diesem Kontext nie ein gutes Argument: Niemand *muss* inhaftiert werden, wenn die Mittel für einen menschenwürdigen Umgang nicht gewährleistet sind. Prävention und Alternativen zur Inhaftierung sind wie beschrieben sogar günstiger. Gerade die aktuellen rückläufigen Gefangenzahlen bieten eine Chance zur Verbesserung des Strafvollzuges und sollten nicht nur zur Möglichkeit von Einsparungen gesehen werden (Drenkhahn 2013). Es bleibt die Frage der Sicherheit. Abgesehen von den Befunden, dass ein gutes Klima die Sicherheit eher fördert (Liebling 2011) und der Missbrauch von Lockerungen die Ausnahme ist (Dünkel 2009), bedeutet die Beachtung von Bedürfnissen auch sonst nicht zwangsläufig eine Bedrohung der Sicherheit. Wer verantwortungsvolle Menschen möchte, muss die Möglichkeit dazu geben (Pryor 2001). Wer Willen zur Veränderung möchte, muss bereit sein, eine dafür erforderliche Umgebung zu schaffen. Schließlich kann ein Leben in sozialer Verantwortung nicht allein durch Ausschluss aus der Gesellschaft erreicht werden.

Der dritte Einwand betrifft die Erkenntnis, dass Bedürfnisorientierung zwar einen besseren Strafvollzug bedeuten kann, dieser dadurch aber immer noch nicht die beste Alternative ist. Selbst wenn eine Gesellschaft ein Bedürfnis nach Vergeltung hat, folgt daraus nicht die Notwendigkeit eines Gefängnisses. Ohne Zweifel hat dieser Einwand einen wahren Kern. Ambulante Maßnahmen, restitutive und parallele Gerechtigkeit sowie präventive Hilfen sind wichtige Schritte, um den Strafvollzug in seiner heutigen Form möglichst überflüssig zu machen. Das gilt umso mehr, wenn die möglichen negativen Folgen einer Inhaftierung einbezogen werden. Bis dies erreicht ist, entbindet uns das nicht von der Verantwortung für die Bedürfnisse von Straftätern.

## **7. Die Bedürfnisse von Straftätern – Ein Fazit**

*„It is to these fundamental needs that we must learn to direct our attention and resources.“* McKay et al. 1979, 55.

Sich mit den Bedürfnissen von Straftätern auseinanderzusetzen, ist weder eine neue Idee, noch eine einfache Sache. Besonders der Strafvollzug als schwerste Sanktion unseres Strafsystems stellt an sich eine Beeinträchtigung fundamentaler Bedürfnisse über den reinen Freiheitsentzug hinaus dar. Abgesehen davon, dass diese Einschränkungen vom Gesetzgeber nicht gewollt sind – der Vollzug ist nicht die Strafe (Liebling 2011) – gibt es gute Gründe für eine bedürfnisorientierte Sichtweise. Zum einen verschenkt der Strafvollzug einen Teil seiner möglichen Wirksamkeit, wenn er Bedürfnisse ignoriert (Ward, Yates & Willis 2012). Die Möglichkeit zur Erfüllung fundamentaler Bedürfnisse ist aber auch eine Grundlage von menschlicher Würde und damit in den Menschenrechten und dem Grundgesetz festgehalten. Unabhängig von Überlegungen zu Wirksamkeit, Rückfallraten und Risikomanagement gibt es einen moralischen Aufforderungscharakter von echten Bedürfnissen.

Die aktuelle Ausrichtung des Strafvollzuges ist auch nicht in besonderem Maße auf die Bedürfnisse von Straftätern oder Straftäter mit besonderen Bedürfnissen eingestellt. Um dies zu ändern, sollte ein Schwerpunkt der Vollzugsgestaltung auch auf psychologischen Bedürfnissen liegen: etwa Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit zu stärken (Deci & Ryan 2000), aber auch Sinn und Hoffnung zu vermitteln (McKay et al. 1979; Johnson & Dobrzanska 2005). Zentral dafür sind nicht nur Veränderungen der Haftbedingungen, sondern auch der respektvolle Umgang mit Straftätern (Pryor 2001). Der alltägliche Umgang und das Klima sind wesentlich (Liebling 2011). Da eine Inhaftierung letztes Mittel sein muss und negative Folgen nie ganz ausgeschlossen werden können, sind ambulante Alternativen und die Prävention von Straftaten aus Sicht der Bedürfnisorientierung in aller Regel der bessere Weg.

Eine Gesellschaft mag ein Bedürfnis nach der Bestrafung von Straftätern haben, ein Bedürfnis nach unmenschlichen Strafen kann dies aber nicht bedeuten. Ist ein Strafvollzug ohne die Beachtung fundamentaler Bedürfnisse nicht möglich, muss umso mehr hinterfragt werden, ob eine Gesellschaft wirklich ein Bedürfnis nach einem Strafvollzug hat.

## Literatur

- Alex, M. & Feltes, T. (2009). Von der Pathogenie des Strafvollzugs. Rationale Erklärung für ein irrationales Phänomen. In: Lange, H.-J., Ohly, H. P. & Reichertz, J. (Hrsg.) *Auf der Suche nach neuer Sicherheit. Fakten, Theorien und Folgen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Anderson, J. C. (2008). Special Needs Offenders. In: Carlson, P. M. & Garrett, J.S. (Hrsg.) *Prison and Jail Administration. Practice and Theory*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct*. New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011). Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38 (7), 735-755.
- Anscombe, G. E. M. (1958). Modern Moral Philosophy. *Philosophy* 33 (124), 1-19.
- Arrigo, B. A., Bersot, H. Y. & Sellers, B. G. (2011). *The Ethics of Total Confinement. A Critique of Madness, Citizenship, and Social Justice*. New York: Oxford University Press.
- Atabay, T. 2009. *Handbook on Prisoners with Special Needs*. Vienna, Austria: UN.
- Baier, D. & Bergmann, M. C. (2013). Gewalt im Strafvollzug – Ergebnisse einer Befragung in fünf Bundesländern. *Forum Strafvollzug* 62 (2), 76-83.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin* 117 (3), 497-529.
- Bennefeld-Kersten, K. (2009). *Ausgeschieden durch Suizid – Selbsttötungen im Gefängnis*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Bögemann, H. (2007). Promoting health and managing stress among prison employees. In: Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A. & Nikogosian, H. (Hrsg.) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO.
- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2003). A Commentary on Ward and Stewart's Model of Human Needs. *Psychology, Crime & Law* 9 (3), 215-218.
- Bonta, J. & Gendreau, P. (1990). Reexamining the Cruel and Unusual Punishment of Prison Life. *Law and Human Behavior* 14 (4), 347-372.
- Bonta, J., Jessemann, R., Rugge, T. & Cormier, R. (2006). Restorative justice and recidivism. Promises made, promises kept? In: Sullivan, D. & Tiffit, L. (Hrsg.). *Handbook of Restorative Justice. A Global Perspective*. New York: Roudledge.
- Brinkley-Rubinstein, L. (2013). Incarceration as a catalyst for worsening health. *Health and Justice* 1:3.
- Brock, G. (2005). Needs and Global Justice. *Royal Institute of Philosophy Supplement* 57, 51 – 72.
- Condon, L., Hek, G. & Harris, F. (2008). Choosing health in prison: Prisoners' views on making healthy choices in English prisons. *Health Education Journal* 67(3), 155–166.
- Council of Europe (2006). *European Prison Rules*. Strasbourg: Council of Europe.
- Coyle, A. (2002). *A Human Rights Approach to Prison Management*. London: International Centre for Prison Studies.
- Coyle, A. (2007). Standards in prison health: the prisoner as a patient. In: Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A. & Nikogosian, H. (Hrsg.) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO.
- Czock, H., Wölbing, R., Lehmann, K., Matuschke, M. & Krämer, L. (2011). *Soziale Prävention. Bilanzierung der sozialen Folgekosten in Nordrhein-Westfalen*. Basel: Prognos AG.
- de Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness* 29 (1), 115–135.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4), 227-268.

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49 (3), 182–185.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2011). Levels of Analysis, Regnant Causes of Behavior and Well-Being: The Role of Psychological Needs. *Psychological Inquiry* 22, 17-22.
- DeLisi, M., Trulson, C. R., Marquart, J. W., Drury, A. J. & Kosloski, A. E. (2011). Inside the Prison Black Box: Toward a Life Course Importation Model of Inmate Behavior. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 55 (8), 1186–1207.
- Dignan, J. (2005). *Understanding victims and restorative justice*. Maidenhead: Open University Press.
- Drenkhahn, K. (2011). Anstaltsklima im Strafvollzug – Weiches Kuschelthema oder harter Erfolgsfaktor? *Greifswalder Halbjahresschrift für Rechtswissenschaft*, 11 (1), 25-31.
- Drenkhahn, K. (2013). Der deutsche Strafvollzug zwischen Über- und Unterbelegung. In: Dessecker, A. & Egg, R. (Hrsg.). *Justizvollzug in Bewegung*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Dünkel, F. (2003). Der deutsche Strafvollzug im internationalen Vergleich. In: Maelicke, B., Flügge, C., Preusker, H. (Hrsg.). *Perspektiven und Strategien zur Modernisierung des Strafvollzugs. Bericht über die NOMOS-Fachtagung „Das Gefängnis als lernende Organisation“ vom 27.-29. November 2002 in Baden-Baden*. Baden-Baden: Nomos S. 28-83.
- Dünkel, F. (2007). Strafvollzug und die Beachtung der Menschenrechte. Eine empirische Analyse anhand des Greifswalder »Mare-Balticum-Prison-Survey«. In: Müller-Dietz, H., Müller, E., Kunz, K.-L., Radtke, H., Britz, G., Momsen, C. & Koriath, H. (Hrsg.). *Festschrift für Heike Jung*. Baden-Baden: Nomos.
- Dünkel, F. (2008). Einführung: Konzepte der „Humanisierung des Strafvollzugs“ in den Bundesländern – Ergebnisse einer Umfrage. In: Dünkel, F., Drenkhahn, K., Morgenstern, C. (Hrsg.) *Humanisierung des Strafvollzugs – Konzepte und Praxismodelle*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg. S. 1-10.
- Dünkel, F. (2009a). International vergleichende Strafvollzugsforschung. In: Schneider, H.-J. (Hrsg.). *Internationales Handbuch der Kriminologie. Band 2: Besondere Probleme der Kriminologie*. Berlin: de Gruyter.

- Dünkel, F. (2009b). Vollzugslockerungen und offener Vollzug – die Bedeutung entlassungsvorbereitender Maßnahmen für die Wiedereingliederung von Gefangenen. *Forum Strafvollzug* 58 (4), 192-196.
- Dünkel, F., Geng, B., Morgenstern, C. (2010): Rechtstatsächliche Analysen, aktuelle Entwicklungen und Problemlagen des Strafvollzugs in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte (ApuZ), 2010 (7).  
<http://www.bpb.de/files/5P6X17.pdf>; zuletzt abgerufen: 30.01.2014.
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet* 377, 956-965.
- Feest, J. (2008). Alles anders? Die Zukunft des deutschen Justizvollzugs. In: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.) *Betreuung im Strafvollzug: ein Handbuch*. Berlin: Dt. AIDS-Hilfe.
- Feest, J. (2010). In dubio pro securitate? *Informationsbrief #104*, 34-49.
- Feest, J. (2011). Humanismus und Strafvollzug. Drei Thesen und ein Resümee. In: Puschke, J. (Hrsg.) *Strafvollzug in Deutschland. Strukturelle Defizite, Reformbedarf und Alternativen*. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Foerster, K. (2005). Psychisch Kranke im Strafvollzug. In: Hillenkamp, T. & Tag, B. (Hrsg.) *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Frankfurt, H.G. (1984). Necessity and Desire. *Philosophy and Phenomenological Research*, XLV (1), 1-13.
- Geppert, W. (2010). Krafttraining in der Untersuchungshaftanstalt Braunschweig. In: Bögemann, H., Keppler, K. & Stöver, H. (Hrsg.) *Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. Weinheim, München: Juventa.
- Gideon, L. (2012). Introduction: Special Needs Offenders. In: Gideon, L. (Hrsg.) *Special Needs Offenders In Correctional Institutions*. Thousand Oakes. SAGE.
- Gideon, L. (2013). Bridging the gap between health and justice. *Health and Justice* 1:4.
- Göbbels, S. & Zimmermann, L. (2013). Rehabilitation von Straftätern. Das „Risk-need-responsivity“-Modell. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7 (1), 12-21.
- Goffmann, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Greve, W., Hosser, D. & Pfeiffer, C. (1997). *Gefängnis und die Folgen. Identitätsentwicklung und kriminelles Handeln während und nach Verbüßung einer Jugendstrafe*. (JuSt-Bericht Nr. 3. Das Erhebungsinstrument der standardisierten Befragung).(KFN-Forschungsbericht, Nr. 64). Hannover: KFN.
- Hare, R. M. (1973). *Freiheit und Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hayton, P. (2007). Protecting and promoting health in prisons: a settings approach. In: Möller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A. & Nikogosian, H. (Hrsg.) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO.
- Heinz, W. (2004). Die neue Rückfallstatistik – Legalbewährung junger Straftäter. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe* 2004 (1), 35-48.
- Höffler, K. & Kaspar, J. (2012). Warum das Abstandsgebot die Probleme der Sicherungsverwahrung nicht lösen kann. Zugleich ein Beitrag zu den Aporien der Zweispurigkeit des strafrechtlichen Sanktionssystems. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 124 (1), 87–131.
- Hosser, D., Raddatz, S. & Windzio, M. (2007). Child Maltreatment, Revictimization, and Violent Behavior. *Violence and Victims* 22 (3), 318-333.
- Jaurisch, S., Lösel, F., Beelmann, A. & Stemmler, M. (2008). Gewaltprävention im Kindergarten. In: Borchert, J., Hartke, B. & Jogschies, P. (Hrsg.). *Frühe Förderung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Johnson, R. & Dobrzanska, A. (2005). Mature Coping among Life-Sentenced Inmates: An Exploratory Study of Adjustment Dynamics. *Corrections Compendium*, 30 (6), 8-9, 36-38.
- Jungmann, T. & Pfeiffer, C. (2010). Zur Notwendigkeit von Prävention für Kinder sozial benachteiligter Familien – eine kriminologische Betrachtung. In: Kißgen, R. & Heinen, N. (Hrsg.). *Frühe Risiken und Frühe Hilfen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kant, I. (1768/2007). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Kommentar von Christoph Horn, Corinna Mieth und Nico Scarano*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Keeling, J. A., Rose, J.L., Beech, A. R. (2007). A preliminary evaluation of the adaptation of four assessments for offenders with special needs. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 32 (2), 62–73.

- Kepler, K. & Nestler, N. (2013). Gesundheitsfürsorge. In: Schwind, H. D., Jehle, J. M., Laubenthal, K. (Hrsg.) *Strafvollzug. Bund und Länder*. Berlin: De Gruyter.
- Kepler, K., Stöver, H., Schulte, B. & Reimar, J. (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53 (2/3), 233-244.
- Laubenthal, K. (2005). Sucht- und Infektionsgefahren im Strafvollzug. In: Hillenkamp, T. & Tag, B. (Hrsg.) *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Laubenthal, K. (2011). *Strafvollzug*. Heidelberg: Springer.
- Liebling, A. (2009). Moralische Leistung und Auswirkungen von Gefangenschaft. *Neue Kriminalpolitik*, 2009 (1), 14-20.
- Liebling, A. (2011). Moral Performance, inhuman and degrading treatment and prison pain. *Punishment & Society*, 13 (5), 530-550.
- Lines, R. (2006). From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health* 2(4), 269-280.
- Lösel, F. (2001): Behandlung oder Verwahrung? Ergebnisse und Perspektiven der Interventionen bei „psychopathischen“ Straftätern. In: Rehn, G., Wischka, B, Lösel, F. & Walter, M. (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“*. Herbolzheim: Centaurus, S. 36 – 53.
- Marks, E. (2010). Current Experiences with Crime Prevention in the German and European Context. In: Federal Ministry of Justice (Hrsg.). *Crime Prevention and Criminal Justice – XII. United Nations Congress from 12 to 19 April 2010 in Salvador (Brazil)*. Berlin: Federal Ministry of Justice.
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Max-Neef, M. A., Elizalde, A. & Hopenhayn, M. (1991). Development and Human Need. in: Max-Neef, M. A. (Hrsg.) *Human Scale Development. Conception, Application and further Reflections*. New York/London: The Apex Press.
- McKay, H. B., Jayewardene, C. H. S. & Reddie, P. B. (1978). *The Effects of Long-term Incarceration. And a Proposed Strategy for Future Research*. Ottawa: Solicitor General Canada, Research Division.

- McLeod, S.K. (2011). Knowledge of Need. *International Journal of Philosophical Studies* 19 (2), 211-230.
- McLeod, S. (2013). Absolute Biological Needs. *Bioethics*. doi: 10.1111/bioe.12020.
- Meier, B.-D. (2005). Die präventive Wirkung der jugendstrafrechtlichen Sanktionen. <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak2/krimi/DVJJ/Aufsaetze/Meier%202005.pdf>; zuletzt abgerufen: 30.01.2014.
- Meran, J. (1987). Über einige methodische Schwierigkeiten, den Begriff „Bedürfnis“ als Grundbegriff der Kulturwissenschaft zu verwenden. In: Schöpf, A. (Hrsg.) *Bedürfnis, Wunsch, Begehren: Probleme einer philosophischen Sozialanthropologie*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Meyer, A. (2002). Qualitative Forschung in der Kriminologie am Beispiel der Hallenser Biographiestudie zur Jugendgewalt. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 85 (3), 194-207.
- Miller, S. (2005). Need, Care and Obligation. *Royal Institute of Philosophy Supplement* 57, 137-160.
- Müller, J. L. (2012). Die Regelungen der Sicherungsverwahrung im Lichte des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 04.05.2011 in ihren Auswirkungen auf Psychiatrie und Psychotherapie. *Neue Kriminalpolitik* 2012 (2), 54-61.
- Murray, H. M. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Pfeiffer, C. (2013). „Parallel Justice“ – Warum brauchen wir eine Stärkung des Opfers in Recht und Gesellschaft? In: Kerner, H.-J. u. Marks, E. (Hrsg.). *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*. Hannover: Deutscher Präventionstag. [www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/2401](http://www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/2401); zuletzt abgerufen: 30.01.2014.
- Pryor, S. (2001). *The Responsible Prisoner: An Exploration of the Extent to Which Imprisonment Removes Responsibility Unnecessarily and an Invitation to Change*. HM Prison Service, London.
- Rabold, S., Baier, D. & Pfeiffer, C. (2008). *Jugendgewalt und Jugenddelinquenz in Hannover. Aktuelle Befunde und Entwicklungen seit 1998*. KFN-Forschungsbericht Nr. 105. Hannover: KFN.
- Reader, S. (2005). Aristotle on Necessities and Needs. *Royal Institute of Philosophy Supplement* 57, 113-136.
- Reader, S. (2006). Does a Basic Needs Approach Need Capabilities? *The Journal of Political Philosophy* 14 (3), 337-350.

- Reader, S. & Brock, G. (2004). Needs, Moral Demands and Moral Theory. *Utilitas* 16, 251-266.
- Rehn, G. (2011). Anmerkungen zur Situation des Strafvollzuges. In: Puschke, J. (Hrsg.) *Strafvollzug in Deutschland. Strukturelle Defizite, Reformbedarf und Alternativen*. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Roos, H. & Eicke, E.M. (2008). Die Abteilung für ältere Gefangene in der Justizvollzugsanstalt Schwalmstadt- Abteilung Kornhaus. In: Dünkel, F., Drenkhahn, K., Morgenstern, C. (Hrsg.) *Humanisierung des Strafvollzugs – Konzepte und Praxismodelle*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers*. New York: Henry Holt.
- Schäfer, K. H. (2013). Resozialisierung und Gefangenenarbeit. Skizzen und Überlegungen. *BAG-S Informationsdienst Straffälligenhilfe* 21 (3), 15-17.
- Schupelius, G. (2013). Haft-Mängelliste. Darf im Gefängnis gefordert werden? *Berliner Zeitung*. abrufbar unter <http://www.bz-berlin.de/thema/schupelius/darf-im-gefaengnis-gefordert-werden-article1656482.html>; zuletzt abgerufen: 30.01.2014.
- Sheldon, K. M. & Gunz, A. (2009). Psychological Needs as Basic Motives, Not Just Experiential Requirements. *Journal of Personality* 77 (5), 1465-1492.
- Smith, C. (2000). Healthy Prisons: A Contradiction in Terms? *The Howard Journal of Criminal Justice* 39 (4), 339-353.
- Snacken, S. & van Zyl Smit, D. (2009). Europäische Standards zu langen Freiheitsstrafen: Aspekte des Strafrechts, der Strafvollzugsforschung und der Menschenrechte. *Neue Kriminalpolitik* 2009 (2), 58-68.
- Stöver, H. (2013). Gesundheit und Gesundheitsförderung im Strafvollzug. *BAG-S Informationsdienst Straffälligenhilfe* 21 (1), 7-13.
- Streng, F. (2007). Die Wirksamkeit strafrechtlicher Sanktionen – Zur Tragfähigkeit der Austauschbarkeitsthese. In: Lösel, F., Bender, D. & Jehle, J.-M. (Hrsg.). *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Suhling, S. (2007). Positive Perspektiven in der Straftäterbehandlung. Warum zur Rückfallvermeidung mehr gehört als Rückfallvermeidung. *Forum Strafvollzug*, 56 (4) 151-155.

- Suhling, S. & Rehder, U. (2009). Zum Zusammenhang zwischen Vollzugslockerungen, Unterbringung im offenen Vollzug und Legalbewährung bei Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 3 (1), 37-46.
- Sykes, G. M. (1958). *The Society of Captives: A Study of a Maximum Security Prison*. Princeton: Princeton University Press.
- Temme, G. (2011). Braucht unsere Gesellschaft Strafe? Welche Alternativen gibt es im Vergleich zum deutschen Strafvollzugssystem? In: Puschke, J. (Hrsg.) *Strafvollzug in Deutschland. Strukturelle Defizite, Reformbedarf und Alternativen*. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Thomson, G. (2005). Fundamental Needs. *Royal Institute of Philosophy Supplement* 57, 175-186.
- van Zyl Smit, D. (2007). *Handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment*. Vienna, Austria: UN.
- von Franqué, F. & Briken, P. (2013). Das „Good Lives Model“ (GLM). Ein kurzer Überblick. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7 (1), 22-27.
- Ward, T. & Birgden, A. (2007). Human rights and correctional clinical practice. *Aggression and Violent Behavior* 12, 628-643.
- Ward, T. & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior* 11 (1), 77-94.
- Ward, T., Melsler, J. & Yates, P. M. (2007). Reconstructing the Risk-Need-Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior* 12, 208-228.
- Ward, T. & Stewart, C. (2003). The Relationship Between Human Needs and Criminogenic Needs. *Psychology, Crime & Law* 9 (3), 219-224.
- Ward, T. & Syversen, K. (2009). Human dignity and vulnerable agency: An ethical framework for forensic practice. *Aggression and Violent Behavior* 14, 94-105.
- Ward, T, Yates, P. M. & Willis, G. M. (2012). The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model: A Critical Response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39 (1), 94-110.
- Wiggins, D. (2002). Claims of Need. In: Wiggins, D. (Hrsg.) *Needs, Values, Truths. 3rd Edition*. Oxford: Clarendon Press.

- Wiggins, D. (2005). An Idea we Cannot do Without: What difference will it make (eg. to moral, political and environmental philosophy) to recognize and put to use a substantial conception of need? *Royal Institute of Philosophy Supplement* 57, 25-50.
- Wiggins, D. & Dermen, S. (1987). Needs, need, needing. *Journal of medical ethics* 13, 62-68.
- Wirth, W. (2009). 3-Säulenstrategie zur beruflichen Reintegration von Gefangenen. Erfahrungen mit einem systematischen Übergangsmanagement. *Forum Strafvollzug* 58 (2), 75-84.
- Woodall, J., Dixey, R. & South, J. (2013). Control and choice in English prisons: developing health-promoting prisons. *Health Promotion International* doi: 10.1093/heapro/dat019.
- Wormith, J. S., Gendreau, P. & Bonta, J. (2012). Deferring to Clarity, Parsimony, and Evidence in Reply to Ward, Yates, and Willis. *Criminal Justice and Behavior* 39 (1), 111-120.
- Yoon, D., Motekallemi, S., Rettenberger, M. & Briken, P. (2013). Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern: Möglichkeiten und Unmöglichkeiten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7, 177-182.



# **Insassen-Bedürfnisse und Therapie-Bedarf**

## **Angemessene Behandlung aus Sicht des forensischen Psychiaters**

*Hans-Ludwig Kröber*

Was sind die „besonderen“ Bedürfnisse von Straffälligen? Dass sie nicht erwischt und nicht bestraft werden. In welchen Bedürfnissen unterscheiden sie sich sonst, erwischt und verurteilt, von Nicht-Straffälligen? In all den Dingen, die man in Haft, anders in Freiheit, nicht selbst regeln kann. Es sind elementare Dinge. Der Psychologe hingegen, manchmal auch der Psychiater, sieht im Strafgefangenen (oder nicht?) primär ein Mängelwesen, dessen größtes Interesse darin bestehen müsste, ob seiner Störung (wie sonst sollte man Delinquenz erklären) therapiert zu werden. Behandlungsbedarf eben. Wie passen Bedürfnisse und Bedarf zusammen?

Dass man bei der Gestaltung des Strafvollzugs sinnvollerweise und auch im Interesse der Justiz und der Öffentlichkeit die Bedürfnisse des Gefangenen wahrnehmen und berücksichtigen sollte, ist ein keineswegs etablierter und gängiger Gedanke. Ganz im Vordergrund der Überlegungen stand eigentlich stets, wie man einen Gefangenen sichern kann, wie man ihn zunächst passiv an Straftaten hindern kann, und wie man ihn zum anderen schließlich auch ummodellern kann, verändern kann, entschärfen kann, wie man ihn in einen rechtstreuen Bürger verwandeln kann. Für all diese Fragestellungen stehen die Defizite eines Gefangenen im Vordergrund, seine Risikofaktoren, all das, was man ungern sieht und beseitigen möchte. Der Gefangene wird über seine Tat definiert, über seine kriminelle Vergangenheit. Hat man ihn festgenommen und mit einer Strafe versehen, wird mit viel Erfolg nach der heimtückisch verborgenen „Täterpersönlichkeit“ gefahndet, die oftmals, so glaubt man, unter der doch eher harmlosen, braven, angepassten Oberfläche irgendwo in der Tiefe schlummert und die erreicht und umgeändert werden muss, um das Vollzugsziel zu erreichen.

Das Bedürfnis des Gefangenen, so könnte man in dieser Sichtweise denken, besteht in unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, in Erfüllung seiner egozentrischen Wünsche nach Geld, Essen, Alkohol, Drogen, Sex und Abenteuer. Egozentrik ist eine Überlebensstrategie für Außenseiter, Menschen ohne soziale Teilhabe, die früh anonymisiert und nicht mehr als Person wahrgenommen wurden, in Heimen, (Jugend-)Psychiatrien und Gefängnissen gelandet sind.

Insofern könnte es bei unserem Hilfe- und Therapiewunsch nicht um die Interessen des Gefangenen gehen, sondern um die, wie wir glauben, nun endlich notwendige Durchsetzung der Interessen der Allgemeinheit.

Tatsächlich macht insofern die Frage nach den Bedürfnissen der verschiedenen Personengruppen im Gefängnis einen interessanten Wahrnehmungsbereich auf. Man kann danach fragen, welche Bedürfnisse die Mitarbeiter im Strafvollzug haben, und wie weit die Struktur des Strafvollzuges, der konkreten Haftanstalt oder Sicherungsverwahrten-Anstalt diesen Bedürfnissen entspricht. Dazu hat der Leiter der JVA Oldenburg Gerd Koop<sup>1</sup> im „Forum Strafvollzug“ einen sehr spannenden, lesenswerten Beitrag geschrieben. In eindrucksvoller Weise wird aufgezeigt, dass es zu einer erfolgreichen Prävention von Konflikten und Gewalt innerhalb der Haftanstalt führt, wenn die internen Regelungen sowohl den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch den Bedürfnissen der Gefangenen Rechnung tragen, und dass es gut ist, wenn diese Bedürfnisse auch bei den Gefangenen soweit wie möglich befriedigt werden, statt deren Erfüllung nur stückweise, als Belohnung, über Jahre verteilt herauszurücken.

Dieser Beitrag wird sich also zunächst mit den Bedürfnissen der Gefangenen befassen, mit einem Seitenblick, wie weit diese Bedürfnisse eventuell auch mit den Bedürfnissen der Bediensteten übereinstimmen, was sicherlich nicht immer komplett herstellbar ist. Und nach dem Prinzip „erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral“ wird dann erörtert, wieweit spezielle behandlerische Maßnahmen in dieses Feld integrierbar sind. Welchen Behandlungsbedarf hat eigentlich die Justiz, der Gesetzgeber, die Öffentlichkeit im Hinblick auf die Gefangenen? Wie soll man eigentlich Gesunde mit sozial abweichendem Verhalten behandeln? Und wie verhält es sich mit der Behandlung tatsächlich oder vermeintlich Unbehandelbarer – muss es immer *Psycho*-Therapie sein? Und wer soll diesen Job machen – ein Job zwischen „Das ist doch alles nicht normal“ und „Ich will so bleiben wie ich bin“?

## Basale Bedürfnisse

Wenn man von Gefangenen erfahren will, was ihnen wichtig ist, kann man sie fragen, in welcher Haftanstalt es besser ist als in dieser oder schlechter, und warum. Es gibt ja durchaus Gefangene, die sowohl den psychiatrischen Maßregelvollzug als auch den Strafvollzug kennen: interessant die Frage, wo es ihnen besser gefällt, und weswegen (die Partie steht bei meinen Probanden

---

1 Gerd Koop, Erfolgreiche Gewaltprävention in der JVA Oldenburg, Forum Strafvollzug 2013, Seite 95-102.

50:50). Die Antworten kreisten in aller Regel als erstes ums Essen, die Qualität des Essens, die Menge des Essens. Augenscheinlich ist dies ein wichtiges Thema und bei manch einem scheint eine latente Angst vorhanden zu sein, nicht genug zu bekommen, hungrig aufstehen zu müssen. Es erinnert dies an die berühmte Szene bei *Oliver Twist*, in der Oliver Nachschlag fordert, und lässt daran denken, dass viele Gefangene in ihrer Kindheit, physisch oder psychisch, nicht richtig satt geworden sind und immer wieder unsicher waren, ob es das nächste Mal gelingen werde. Unter den Tätigkeiten im Gefängnis wie auch unter den Ausbildungsgängen ist die Küche und die Kochausbildung ausgesprochen beliebt, sicherlich durchschnittlich beliebter bei Männern als in Freiheit, und vielen der Bewerber geht es wohl weniger um die Ausbildung ihrer Kunstfertigkeit im Kochen als um den gesicherten Zugang zu Lebensmitteln. Wenn dies ein wichtiger Bereich ist, sollte man sich Gedanken darüber machen, ob es angemessen ist, dass man es in verschiedenen Einrichtungen den Insassen völlig selbst überlässt, wie sie das Essen in sich hineinschlingen oder aus dem Zellenfenster werfen. Vielleicht ergibt sich hier durchaus ein Trainingsfeld kooperativen und prosozialen Verhaltens.

Ein zweiter wesentlicher Bereich ist die Unterhaltungselektronik, allen voran der Fernseher mit dem beliebten Streit über die Größe der Bildfläche, der Zahl der erreichbaren Kanäle, der Möglichkeit zum Einspeisen von Pornos etc. Es geht weiter mit der Genehmigung von Spielkonsolen und natürlich der Einhaltung der Grenzen zu möglichen elektronischen Datenträgern und Zugang zum Internet, wo es dann in Richtung unerwünschter Kommunikation gehen kann, bisweilen ganz direkt zu potentiell kriminellen Aktionen. Viele Gefangene würden allerdings das Internet, genauso wie Bürger in Freiheit, einfach zum Informationsgewinn und zum Konsum nutzen.

Eine wichtige Frage ist, ob man einen Einzelhaftraum hat oder mit mehreren zusammen sein muss. Die Jugendlichen im Strafvollzug haben erzwungen, dass man ihnen Einzelhafträume gibt; die zurückgehenden Gefangenenzahlen ermöglichen es zunehmend, dass auch im Erwachsenenvollzug Einzelhafträume die Regel werden, bei den Sicherungsverwahrten ist es ohnehin vorgeschrieben. Es bedarf keiner besonderen Begründung, dass ein erwachsener Mensch nicht über Monate und Jahre mit einem anderen Menschen durchgängig auf einem Zimmer lebt, Tag und Nacht, zu dem weder eine Liebesbeziehung noch sonst ein gemeinsames basales Interesse am Zusammensein besteht.

Ein durchaus vorhandenes Interesse vieler Verurteilter besteht darin, in der Haftanstalt überhaupt arbeiten zu können und dann eine einigermaßen sinnvolle, ihren Kräften angemessene Tätigkeit ausüben zu können, die einigermaßen vernünftig entlohnt wird. Anstalten, die ein solches Angebot

verwirklichen können, sind bei diesen Gefangenen deutlich beliebter als Anstalten, in denen nur die Standardjobs und eine eher stumpfsinnige industrielle Fertigung angeboten werden. Fortschritte bestehen darin, dass in manchen Anstalten der Abstand zwischen Routinetätigkeiten und andererseits Ausbildungsberufen nicht mehr so groß ist, dass man also unterhalb der Ebene der dreijährigen Fachausbildung in einem Handwerk auch Lehrgänge bekommt, zum Beispiel eine „Gebäudereiniger-Kompaktausbildung“ oder eine Ausbildung im „Möbel-, Küchen- und Umzugsservice“. Im Arbeitsbereich ist offensichtlich, dass dieses Bedürfnis der Verurteilten auch im Interesse der Haftanstalt und der Allgemeinheit liegt, weil die Gefangenen eine Tagesstrukturierung erfahren, weil sie so eine gewisse Selbständigkeit entwickeln, weil sie ihre eigene Leistungsfähigkeit wahrnehmen können, und weil sie Fertigkeiten für das Leben in Freiheit trainieren. Dieser Bereich war insofern auch immer unstrittig.

Hochgradig streitig war hingegen immer wieder die Frage, in welchem Umfang Verurteilten Außenkontakte ermöglicht werden sollten, insbesondere solche, die über kontrollierte Besuche hinausgehen. Dies betrifft nicht zuletzt die Möglichkeiten zum Telefonieren. Das hohe Interesse für Handys ist in einigen Anstalten deutlich dadurch gemindert worden, dass die Telefongebühren innerhalb der Anstalt gesenkt wurden. Es bleibt aber dabei, dass ein Handy natürlich sehr viel besser geeignet ist, insbesondere nachts im Einschluss mit der Freundin, mit einem Kumpel oder mit Mutti zu telefonieren, die eine oder andere vertraute Person auf diese Weise auch zu kontrollieren. Leider besteht das Problem, dass man auf diese Weise eben auch kriminelle Kontakte pflegen und kriminelle Aktionen planen kann; trotzdem ist absehbar, dass Handys insbesondere in gelockerten Bereichen künftig irgendwann zum Standard gehören werden, möglicherweise mit technischen Einschränkungen. Ob die 4 bis 5 Millionen Euro, die beispielsweise in Berlin für Handyblocker ausgegeben werden, wirklich eine gute Investition sind (auch im Vergleich zum Abhören dieser Gespräche), wird wohl erst die weitere Entwicklung zeigen.

Jedenfalls ist für Insassen erkennbar all das wichtig, was erforderlich ist, um gut durch den Tag und das Jahr zu kommen. Gefängnisse sind in der Wahrnehmung der Insassen keine Transiträume, keine kurzen Klinikaufenthalte, sondern Dauer-Lebensräume, in denen genauso die basalen Bedürfnisse befriedigt werden sollten, wie sie draußen in Freiheit befriedigt (oder auch nicht befriedigt) wurden.

Es besteht kein Zweifel, dass die Gefangenen auch kriminogene Bedürfnisse haben, also Bedürfnisse, die nicht unmittelbar kriminell sind, die aber an kriminelle Aktivitäten heranzuführen können. Es ist zunächst ein durchaus wertneutrales, allgemeinmenschliches Bedürfnis, Einfluss zu haben, Wirkmacht,

soziale Macht. Macht bedeutet Zugang zu Geld, und gerade in Gefangenschaft kann alles, was begehrt ist, auch in Geld oder in Macht verwandelt werden. Sichtbar wird dies beispielsweise an dem scheinbar nebensächlichen Privileg der Sicherungsverwahrten, unbegrenzt Fleisch einkaufen zu dürfen, was da, wo sie freiwillig mit Strafgefangenen zusammenleben, wie beispielsweise in der Sozialtherapie, dazu führen kann, dass Sicherungsverwahrte im Übermaß Fleisch einkaufen, das sie dann an die Strafgefangenen weiterveräußern zu entsprechenden Preisen. Wem es gelingt, sich Pornographie zu beschaffen, kann dies in Geld verwandeln, dies gilt natürlich noch expliziter für Drogen und Waffen. Für all dies sind kommunikative Netzwerke hilfreich, Kommunikation ist daher gerade in der Haftanstalt eine sehr ambitionierte Angelegenheit. Einerseits sollen die Gefangenen den Kontakt zum Leben in Freiheit nicht verlieren, nicht vereinsamen, andererseits stecken darin kriminogene Risiken. Gleichmaßen ist die Vernetzung innerhalb der Anstalt ein Problem, weil es einerseits gut ist, prosoziale und kooperative Fähigkeiten zu entwickeln, während dies gleichzeitig aber auch in eine Bandenbildung münden kann und dann eben Macht durch Einschüchterung bewirken kann.

### **Basale psychosoziale Bedürfnisse**

Unbedingt zu beachten sind jedoch die grundlegenden psychischen und sozialen Bedürfnisse aller Insassen. Essentiell ist, dass man ihnen mit einem voraussetzungslosen basalen Respekt begegnet, dass es keine Demütigungen gibt, keinen Verlust von Würde, dass mit ihnen nach Prinzipien der Fairness umgegangen wird. Dies ist in allen totalen Institutionen, im psychiatrischen Maßregelvollzug, in den Entziehungsanstalten und in den Haftanstalten eine basale Frage der Psychohygiene, und es bedarf hier immer wieder interner Klärungs- und Reinigungsbemühungen<sup>2</sup>. Den Gefangenen respektvoll und fair zu begegnen, ist keine Schwierigkeit, solange die Gefangenen freundlich, kooperativ und anständig sind; es fällt schwer, wenn die Gefangenen unsympathisch sind, möglicherweise auch eine besonders schlimme Tat begangen haben, von der man weiß, vor allem aber wenn sie sich innerhalb der Einrichtung als arrogant, beleidigend, intrigant oder boshaft verhalten. Es wird hier keineswegs verlangt, ihnen insofern mit Nachsicht zu begegnen und über solche Dinge hinwegzusehen; gleichwohl ist es gerade dann erforderlich, jede einzelne Gegenmaßnahme jederzeit vertreten zu können und nicht mit offenen oder verdeckten Schikanen und unerlaubten Strafen zu reagieren. Insofern ist es ausgesprochen gut, dass es in den Strafvollzugsgesetzen eine Diszipli-

---

2 Kröber, H.-L. (2013) Transparenz und Fairness in der Therapie von Sexualstraftätern in Haft und Maßregelvollzug. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 7:37-43.

narordnung gibt, in der ein faires Verfahren garantiert wird; es ist sehr wichtig, dass ein solches faires Verfahren auch im Maßregelvollzug sichergestellt wird, dass also ein geregeltes Disziplinarverfahren auch im jeweiligen Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz enthalten ist; wünschenswert wäre es, dass dies auch in den für die Psychiatrien geschaffenen Maßregelvollzugsgesetzen der Länder aufgenommen würde, statt dass in den Maßregelvollzugskliniken wegen des fehlenden Rechts der Bestrafung therapeutisch verkappte Strafmaßnahmen angeordnet werden, die nicht auf einer systematischen Klärung der Vorwürfe und einer Anhörung des Beschuldigten beruhen.

Wesentlich ist, dass die Verurteilten die Erfahrung machen, dass sie als individuelle Personen wahrgenommen werden, dass sie nicht ausschließlich über ihre Taten definiert werden, dass sie über das anerkannt werden, was sie aktuell zu leisten bereit und imstande sind. Dies bedeutet andererseits auch, dass die Transparenz von Entscheidungen gegenüber dem Verurteilten ausgesprochen wichtig ist, dass man sich tatsächlich bemüht, ihm die Gründe für Entscheidungen deutlich zu machen und ihm die aktuelle Einschätzung seiner Person in einer angemessenen Weise vermittelt. Dies bedeutet, dass man Fehler klar benennt, dass man aber an den Stärken und Ressourcen eines Gefangenen anknüpft. In diesem Sinne wäre es auch sinnvoll, dass jeder Psychologe, der sich neu mit einem Gefangenen befasst, zunächst einmal versucht, dessen Stärken und Ressourcen herauszufinden, bevor er sich der sehr viel leichteren Aufgabe widmet, all das zu benennen, was an dem Gefangenen anstößig oder problematisch sein könnte.

## **Therapie Gesunder**

Wir nähern uns damit einigen Vorüberlegungen zur Therapie von Strafgefangenen, die ja nur dann im Strafvollzug gelandet sind, wenn sie hinsichtlich ihres Deliktes für voll schuldfähig erachtet wurden, also nicht mit einer gravierenden psychischen Störung behaftet sind. Sie waren möglicherweise vermindert schuldfähig, aber eben durch situative, nicht überdauernde Gründe. Zum Zeitpunkt der Haftverbüßung sind sie also nicht stärkergradig psychisch gestört. Man könnte hier nun mit dem Volksmund erklären, „Was nicht kaputt ist, kann man auch nicht reparieren“. Alf, der TV-bekannte spezielle Katzenfreund vom Planeten Melmak, ging noch einen Schritt weiter und erklärte: „Was man nicht reparieren kann, kann auch nicht kaputt sein“. Allemal ist Therapie im Strafvollzug eine keineswegs selbstverständliche Angelegenheit. Die „Therapie“ Gesunder fällt eigentlich in die Bereiche Doping, Neuro-Enhancement, Coaching, Selbsterfahrung, Training von sozialen Fertigkeiten, Eheberatung etc. Es ist schwer, die Grenzen zwischen Erziehung, Beratung, Training zu ziehen. Es ist also durchaus auch offen, was dem Verurteilten

denn nun in seiner Situation gut tut. Training kann man ja eigentlich immer gebrauchen, in körperlichen wie in geistigen und sozialen Dingen. Bevor man also anfängt, mit dem Gefangenen irgendetwas zu machen, auf das man dann dem skeptisch nachfragenden Rechtsvertreter des Gefangenen mitteilen kann, dass man selbstverständlich zügig und entschieden mit der allseits geforderten Therapie begonnen habe, ist es wichtig, eine sorgfältige kriminologische Diagnostik der individuellen Delinquenzursachen vorzunehmen, was ja vorrangig in den Einweisungsabteilungen geschieht und erfahrungsgemäß in durchaus guter Qualität. Dabei ist im günstigsten Fall die Tatbildanalyse der Kernbereich, von dem ausgehend eine individuelle Delinquenzhypothese entwickelt wird, aus der sich dann wiederum die Unterstützungsbedürfnisse für den Verurteilten ableiten.

Die Therapieplanung umfasst dann ein *Risikoprofil* des Verurteilten hinsichtlich seiner Gefährlichkeit innerhalb und außerhalb der Einrichtung. Des Weiteren umfasst die Therapieplanung ein *Störungsprofil*, gegebenenfalls auch Krankheitsprofil, unter Einschluss von Persönlichkeitsstörungen und zusätzlicher Suchtproblematik. Aus Risikoprofil und Störungsprofil ergeben sich dann *Behandlungspläne*. Solche Behandlungspläne sind faktisch im Verlauf zu prüfende *Hypothesen* über

- notwendige Therapiemaßnahmen
- notwendige allgemein-qualifizierende, sozialarbeiterische und weitere Maßnahmen – notwendige Sicherungsmaßnahmen
- den anzustrebenden sozialen Empfangsraum und
- den möglichst frühzeitigen Beginn des Übergangsmanagements (unter Einschluss von Netzwerkarbeit).

Ganz entscheidend ist, sich stets zu vergegenwärtigen, dass Therapie für den Verurteilten etwas durchaus anderes ist als das, was der Richter, die Haftanstalt und auch der psychologische Therapeut als „Therapie“ verstehen. Was das Bundesverfassungsgericht anpreist als das Anrecht jedes Sicherungsverwahrten, ist in Wahrheit eine „freiwillige“ Zwangsbehandlung, um sich die Chance auf eine Entlassung zu bewahren. In Freiheit kann jeder, der mit einer Therapie unzufrieden ist, aufstehen und gehen. In Haft besteht hingegen ein ungeheures Machtgefälle, dessen sich die Therapeuten erstaunlich oft nicht bewusst sind, das sie aber – in manchen Bereichen mancher Einrichtungen – gegen den Gefangenen auslegen. Besonders häufig findet sich der „therapeutische“ Machtmissbrauch allerdings nicht im Strafvollzug, sondern in einigen Kliniken des psychiatrischen Maßregelvollzuges.

Wir sehen in der Therapie ein wunderbares Angebot. Der Verurteilte sieht sie als potentielle Bedrohung und Aushorchung; auf die Interpretation seiner

Aussagen und Bemühungen und die vollzuglichen Auswirkungen der von ihm gelieferten Informationen hat er keinen Einfluss.

Vorbereitungen auf Sozialtherapie müssten also nicht darin bestehen, dem Verurteilten unsere akademische Leidenschaft zur Reflexion und Verbalisierung schmackhaft zu machen, sondern milieuthérapeutisch Vertrauen auf einen fairen, respektvollen Umgang zu schaffen. Der Gefangene muss begreifen, dass er nicht das letzte Stück Scheiße ist, und dass wir ihn – wirklich – nicht so sehen.

Unter diesen Vorgaben ist es sicherlich sinnvoll und notwendig, Verurteilte zur *Therapie* zu motivieren und mit ihnen Therapie zu versuchen, vielleicht gar nicht hochtrabend mit solchen Vokabeln, sondern mit ihnen zunächst überhaupt ins *Gespräch* und in eine Beziehung zu kommen. Nochmals sei betont, dass auch dafür die Grundlage eine kompetente, professionelle Diagnostik der Einweisungsabteilung ist, die auch zu dem Ergebnis kommen kann, dass eine Therapie nicht erforderlich oder jetzt nicht möglich ist.

Die angestrebte Therapie sollte geeignet sein, die vorhandene Störung anzugehen, sie sollte keine Beschäftigungstherapie für Therapeuten sein und auch nicht ein potemkinsches Dorf für die Justiz, dass irgendetwas Nutzloses angeboten wird, nur damit man etwas aufs Papier schreiben kann. Die Therapie sollte nicht Nebenprobleme beseitigen, während sie das Hauptproblem unverändert lässt.

Es ist aber oftmals bereits ein wichtiger Erfolg, wenn ein Gefangener erstmals in seinem Leben bereit ist, sich auf ein ernsthaftes Gespräch mit einem anderen einzulassen. Er macht die Erfahrung, dass es einen Menschen gibt, dem es wichtig ist, wie er sich entscheidet und verhält. Es ist nicht alles egal.

Therapien werden im Strafvollzug in systematischer Form im Wesentlichen in den Sozialtherapeutischen Anstalten praktiziert. Zugleich ist das Modell „Sozialtherapie“ direkt auf die meisten Planungen der neuen Sicherungsverwahrung umgesetzt worden. Das Modell „Sozialtherapie“ im Strafvollzug hat recht unmittelbar das Modell psychotherapeutischer Kliniken übernommen. Es stellt sich die Frage, ob das für die Verurteilten und Sicherungsverwahrten angemessen ist. Das Unterscheidende der Sozialtherapie gegenüber psychosomatischen Kurkliniken ist die Milieuthérapie, die therapeutische Gemeinschaft in einem länger dauernden Zusammenleben; demgegenüber haben psychosomatische Kurkliniken eher Hotelcharakter mit integrierter vielfältiger Therapie. Die Milieuthérapie ist aber das Herz der sozialen Therapie<sup>3</sup>, weil sie

---

3 Kröber, H.-L. (2010) Diagnose, Prognose, Behandlung und Evaluation im Strafvollzug. In: H. Preusker, B. Maelicke, Ch. Flügge (Hrsg.) Das Gefängnis als Risiko-Unternehmen. Nomos, Baden-Baden, S. 52-61.

eine wesentliche korrigierende soziale und emotionale Erfahrung darstellt, eine Lebensform, die viele Verurteilte noch nicht erlebt haben und die sie nun als revisierbar wahrnehmen.

Andererseits muss festgehalten werden, dass auch im Strafvollzug die Sozialtherapie nicht überall das Niveau einer wirksamen, respektvollen, aufbauenden Arbeit mit Verurteilten erreicht, sondern an manchen Stellen auf manche Gefangene – zutreffend – als eine institutionalisierte Strafpredigt wirkt, die dann im Gewand von beispielsweise standardisierten gruppentherapeutischen Verfahren sehr eng auf die Schwachstellen und Defizite eines Gefangenen fokussiert und diesem das Bild vermittelt, er würde nur in seinen Schwächen wahrgenommen.

## **Unbehandelbarkeit**

Wenn Therapien abgelehnt und abgebrochen werden, muss das nicht stets am Gefangenen liegen. Dies ist ein wichtiger Grundsatz. Sicherlich gibt es Verurteilte, die gegenwärtig nicht wirksam behandelbar sind, die dies verweigern, die nur ganz formell mitmachen, sich aber in Wahrheit entziehen oder die therapeutischen Bemühungen aktiv stören. Unbehandelbarkeit ist gleichwohl keine Lebenszeitdiagnose, sondern allein eine Feststellung für die absehbare Zeit von Gegenwart und Zukunft.

Hauptgrund der „Unbehandelbarkeit“ ist, dass wir keinen Zugang zum Gefangenen finden und dieser Therapie verweigert. Die Verweigerung kann unterschiedliche Gründe haben. Grundlegend ist oft die Angst, sich noch mehr in die Übermacht der anderen Seite zu begeben, Gedanken, Wünsche, Schwächen preiszugeben, die dann die andere Seite nutzen kann, um einen als schlecht, böse, unwert, nicht förderungswürdig darzustellen. Dies ist eine oftmals gemachte Erfahrung.

Es gibt nicht selten eine nicht immer unberechtigte Angst vor Beschämung in der Therapie, wie früher das Schulversagen.

Gründe für eine Therapieverweigerung oder auch für den Abbruch der Therapie kann die Angst sein vor dem Wiedererleben von Gefühlen aus früheren Niederlagen und Enttäuschungen. Bei manchem Gefangenen ist es auch die offensive Ablehnung der moralischen Autorität der Mehrheitsgesellschaft. Man möchte die Seite nicht wechseln, fühlt sich verbunden mit dem Normensystem des eigenen, traditionellen Bezugssystems von (deutschen, russischen, albanischen etc.) Gangstern, Rockern oder Drogenhändlern.

Bei manchem ist es auch die persönliche Antipathie gegenüber dem zugewiesenen Therapeuten oder der Therapeutin, vor allem dann, wenn diese als

undurchsichtig, unauthentisch und widersprüchlich wahrgenommen werden. Schwierig ist das nicht zuletzt dann, wenn der Therapeut unreflektiert gleichzeitig auf zwei Ebenen agiert, nämlich einerseits als Therapeut „für“ den Verurteilten tätig wird und andererseits als Entscheidungsträger über vollzugliche Maßnahmen „gegen“ den Gefangenen entscheidet.

Ein Problem für Therapieverweigerung oder -abbruch kann auch die Verschwiegenheit, Unberechenbarkeit und Feindseligkeit des Teams gegenüber dem Insassen sein, die mangelnde Transparenz der Entscheidung und das Fehlen von Bemühungen, dem Verurteilten die Entscheidung zu erklären. Das liegt allerdings manchmal auch daran, dass die Entscheidungen eigentlich nicht vernünftig zu erklären sind, sondern einem rigiden Regelwerk der Anstalt folgen, das nicht zuletzt darauf hinausläuft, jedes Quantum an größerer Bedürfnisbefriedigung und Lebensqualität an vorauslaufende Gegenleistungen von Anpassung, Unterwürfigkeit und Zugänglichkeit des Gefangenen zu knüpfen.

Im Verlauf der Behandlung, nicht zuletzt mit Annäherung an eine mögliche Entlassung und stärkere Lockerungen, ziehen manche Insassen in unterschiedlicher, verdeckter Form die Reißleine, wenn sie mit der Therapie unzufrieden sind oder sie abbrechen wollen. Am beliebtesten sind positive UKs, also positive THC- oder sonstige Drogenbefunde in der Urinprobe, die keineswegs auf eine süchtige Abhängigkeit zurückzuführen sind, sondern darauf, dass der Gefangene mit anderen zusammengesessen hat, man gemeinsam über die Anstalt oder bestimmte Mitarbeiter gemeckert hat, und zusammen einen Joint geraucht hat oder auch etwas anderes. Ausdruck der Unzufriedenheit ist natürlich auch das vermehrte Agieren mit dem Anwalt, Lockerungskämpfe, das Schreiben von Beschwerden gemäß § 109 StVollzG. Eine andere Form wäre die Aufgabe der zugewiesenen Arbeit, das Aufsuchen des Krankenreviers mit „Rücken“, die zunehmende Unzufriedenheit am Arbeitsplatz. Bei manchem findet sich, in bewusster Kontrastierung zur therapeutischen Arbeit, eine Flucht in die Außenbeziehung zur aktuellen Braut. Manche stürzen sich in Streitigkeiten mit Mitgefangenen.

Statt nun wuchtig das Fehlverhalten zu ahnden, Lockerungen drastisch zurückzufahren, ist es in vielen Fällen besser zu prüfen, was in der Therapie falsch läuft, und im Verbund damit eher zurückhaltende und zeitlich eng begrenzte Disziplinar-Strafen zu verhängen.

Will man zum Schluss positiv formulieren, was sinnvoll sein könnte, so scheint mir in der Therapie vor allem eine anti-resignative Einwirkung auf den Gefangenen erforderlich; er muss sehr viel häufiger ermutigt und aktiviert werden als gedämpft. Wenn übersensible Diagnostiker auf der Jagd nach dem Negativen am Gefangenen ihn als „narzisstisch“ oder „dominanzstrebig“

bezeichnen, weil er immer noch einen eigenen Willen hat, Forderungen stellt und auf Lockerungen drängt, macht das Hoffnung: er wird die Freiheit besser bewältigen als der angepasste, brave, unterwürfige – stützungsbedürftige Gefangene. Sinnvoll sind allgemein Antihospitalismus-Aktionen. Es sind Maßnahmen, Rituale, Aktivitäten zu fördern, die aktivieren, die gemeinschaftliches Handeln trainieren ebenso wie die Eigenverantwortung, was in Maßen auch wettkampfmäßig geschehen kann.

Die spezielle Therapie hat stark an den Möglichkeiten und Ressourcen des Insassen orientiert zu sein, respektvoll an den vorhandenen Fähigkeiten des Betreffenden anzusetzen. Bei den Gruppentherapien ist eine starke Aufmerksamkeit für das Klima in der Gruppe wichtig, dass dieses respektvoll stützend ist und nicht abstrafend, dass Gruppentherapie nicht heißt, dass man sich einem Fegefeuer aussetzen muss, wodurch man nur lernt, mit noch mehr Kritik letztlich unbewegt oder resignativ zu leben. Richtig ist eine grundsätzliche Orientierung am Good-Lives-Modell nach dem Motto: Es gibt etwas Besseres im Leben als Straftaten und Knast: Da will ich hin. Das Ziel, wo der Gefangene hin will, ergibt sich aus seinen Bedürfnissen und seinen Vorstellungen darüber, was er mit fremder Hilfe, aber grundsätzlich aus eigenen Kräften erreichen könnte. So setzen wir zentral an dem Bedürfnis des Verurteilten an, soziale Integration und Akzeptanz zu erfahren, weil es sich so sehr viel besser leben lässt, als wenn man ein Außenseiter, gehasst und verfolgt ist.



# Behandlungsprogramm für Patienten mit hoher Psychopathieausprägung\*

*Uta Kröger*

## 1. Van der Hoeven Klinik

In der Van der Hoeven Klinik sind rund 220 Maßregelvollzugspatienten aufgenommen, sowohl Männer als auch Frauen. Ein Viertel von ihnen ist in intramuralen Einrichtungen untergebracht. Die Behandlung basiert auf dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft. Neben der hierauf aufbauenden Zusammenarbeitsstruktur wird mit einem individuellen Behandlungsplan gearbeitet, der auf den *what works*-Prinzipien (Van Binsbergen, Keune, Gerrits & Wiertsema, 2007) basiert. Das biopsychosoziale Modell (Engel, 1997) bildet den Ausgangspunkt beim Erstellen und Evaluieren des Behandlungsplans, des Behandlungsprogramms, der Strukturierung und der Gestaltung des täglichen Lebens der Patienten. Essentieller Bestandteil des Behandlungskonzeptes ist, dass der Patient von Beginn seiner Einweisung an für seine Behandlung und für die Sicherheit der Gemeinschaft mitverantwortlich gemacht wird. Einerseits wird in der Behandlung konsequent auf das Deliktrisiko und die Rückfallprävention geachtet, andererseits steht das Entwickeln eines prosozialen Lebensplans, in dem die primären Bedürfnisse berücksichtigt werden, im Vordergrund.

In der Klinik arbeiten Patienten und Therapeuten, basierend auf gegenseitigem Respekt und offener Kommunikation, intensiv zusammen. Die Patienten werden stark ermutigt, von der „Knastkultur“ Abstand zu nehmen, zu probieren, offen zu sein darüber, was sie beschäftigt, einander auf ihr Verhalten anzusprechen und einander anzuregen, sich für ihre Behandlung einzusetzen. Einige der Therapeuten und Patienten, Sprecher der Wohngruppen, sind Mitglied im Klinikrat. Sie kommen täglich zusammen, um Entscheidungen für Ordnung und Sicherheit in der Klinik zu treffen. Die tägliche multidisziplinäre Mitarbeiterbesprechung bildet den zentralen Punkt, an dem die Behandlungsteams alle wichtigen Ereignisse und Probleme besprechen. Hier werden Entscheidungen über die Behandlung und über die Freiräume des einzelnen Pati-

---

\* Gekürzte Fassung eines Kapitels in dem 2012 veröffentlichten Buch von U. Kröger, D. van Beek, P. van der Wolf, E. Klein Hanefeld, H. van Geest und R. Geraerts „Behandlung von Psychopathie. A mission impossible?“. Die Zweitveröffentlichung erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Kriminalpädagogischen Verlags, Lingen.

enten getroffen und hier wird das Funktionieren der Wohngruppen verfolgt. Die Autorität und Verantwortung wird dabei so oft wie möglich den ausführenden Behandlungsteams zugewiesen, da sie den Patienten einen konsistenten und verlässlichen therapeutischen Rahmen bieten können (Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 2005, 2008).

Das Behandlungskonzept impliziert, dass Patienten in der Klinik über viel Bewegungsfreiheit verfügen und dass die tägliche Wirklichkeit so weit wie möglich Lebensbedingungen, Regeln und Erwartungen, die in der Gesellschaft gelten, angeglichen sind. Auf diese Art und Weise können Patienten optimal auf die Wiedereingliederung in die Gesellschaft vorbereitet werden. Die meisten Patienten verbleiben in Wohngruppen, die hinsichtlich der Pathologie, der Delinquenz und des Geschlechts heterogen zusammengesetzt sind. Ausschließlich wenig wehrhafte und psychoseanfällige Patienten werden in zwei speziellen Wohngruppen untergebracht. Außerdem gibt es eine Abteilung für individuelle und intensive Behandlung. Die Patienten sind über die Problembereiche, den kriminellen Hintergrund und die Verhaltensrisiken ihrer Gruppenmitglieder informiert. Auf diese Art und Weise sind sie involviert und mitverantwortlich für ihren eigenen Behandlungsprozess und den ihrer Mitpatienten. In der Wohngruppe ist das Führen eines gemeinsamen Haushalts und das prosoziale Zusammenleben eine wichtige Aktivität. Die persönliche Entwicklung und der Behandlungsverlauf von jedem Gruppenmitglied werden genau verfolgt und wenn nötig korrigiert.

Die Patienten nehmen an einem umfangreichen Tagesprogramm teil. Abgesehen von der aktiven Teilnahme an der Wohngruppe wird eine breite Palette an Behandlungsaktivitäten angeboten, worunter Einzel- und Gruppentherapie, Sport, Kunstfächer, Arbeitstraining und Unterricht fallen. Professionell ausgestattete Arbeitsbereiche bieten die Möglichkeit, anerkannte berufliche Ausbildungsabschlüsse zu erlangen. Die Psychotherapie ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch (KVT) orientiert. Einerseits liegt dabei der Akzent auf einer Verbesserung der Selbstregulation durch das Entwickeln von Fähigkeiten, einen Rückfall zu verhindern sowie der Veränderung von dysfunktionalen Denkmustern. Andererseits wird der Patient beim Entwickeln eines prosozialen Lebensplans unterstützt, der optimal auf seine primären Bedürfnisse abgestimmt ist. Innerhalb des gesamten Aktivitätenprogramms in den Wohngruppen werden die Patienten bei der Gestaltung der erworbenen Einsichten, Ziele und Fähigkeiten in beiden Behandlungsaspekten mit einbezogen.

## **2. Einführung in das Behandlungsprogramm der Klinik**

Forensisch psychodiagnostische Forschung und strukturierte Risikoanalyse mit Hilfe des HCR-20 und des SVR-20 sind seit 2001 Teil der Behandlung in der Van der Hoeven Klinik. In diesem Zeitraum erfolgte auch die Einführung der PCL-R, erst im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik, später als Teil einer strukturierten Risikoanalyse (Hildebrand et al., 2002). Gleichzeitig wurden die Ergebnisse von internationalen Studien zur Psychopathie in der Klinik regelmäßig weitergegeben (Van Beek & Kröger, 2007). Anfänglich wurde eine begrenzte Zahl Patienten mit hohen Psychopathieausprägungen, die schwer zu behandeln sind und die für viel Unruhe und Probleme sorgten, systematisch durch eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe beobachtet.

Durch eine Literaturstudie wurden relevante dynamische Risiko- und Ansprechbarkeitsfaktoren identifiziert. Darauf basierend wurde der Fokus mehr auf die Behandlung der dynamischen Risikofaktoren gelegt. Zugleich wurde mehr Aufmerksamkeit auf die Art und Weise, wie die Ansprechbarkeitsprobleme gehandhabt werden können, gerichtet. Dies gibt dem Therapeutenteam mehr Halt und Perspektive und macht die Behandlung zielgerichteter.

Während die Implementierung der neuen, wissenschaftlich abgesicherten Einsichten auf Teamebene hilfreich und erfolgreich zu sein scheint, konnte klinikweit nur schwer Übereinstimmung über die Betrachtungsweise der psychopathischen Patienten und den Umgang mit ihnen erreicht werden. Ein Problem bestand darin, dass die in der Behandlung verankerte Auffassung, die eigene Arbeitsweise, die auf Zusammenarbeit und den Glauben in die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten der Patienten gerichtet ist, im Prinzip für alle Zielgruppen geeignet ist. Dadurch wird unzureichend erkannt, dass die Neigung von manchen psychopathischen Patienten, keine (emotionalen) Bindungen einzugehen und Beziehungen mit anderen Menschen für eigene Ziele zu missbrauchen, in großem Maße auf biologisch verankerte Defizite basiert sein kann. Stattdessen wird unterstellt, dass Patienten wegen der psychischen Schäden, die sie während ihres Sozialisierungsprozesses bekommen haben, Widerstand zeigen, ihre Verletzlichkeit zu zeigen. Aus diesen Gründen waren die Interventionen der Therapeuten zu oft darauf gerichtet, das bindungsvermeidende Verhaltensmuster der psychopathischen Patienten zu durchbrechen, um auf diese Weise mit ihrer vermeintlich emotionalen, verletzlichen Seite in Kontakt zu treten. Sie nehmen an, dass sich diese Seite hinter der harten, gefühllosen Schale verborgen hält und sich während der durch die Zusammenarbeit entstehenden Beziehung zeigen wird.

Aufgrund eines wachsenden Bedürfnisses an einer gemeinsam getragenen Sichtweise im Hinblick auf die Vorgehensweise bei psychopathischen Patienten entstand 2005 der Plan, eine *evidence-based* Behandlungsmethode zu entwickeln, die auf diese spezifische Problematik abgestimmt ist und die in die bestehende Organisation der Behandlung integriert werden kann. Zur Unterstützung dieses Implementierungsprojektes wurden die auf dem Gebiet der Behandlung von Psychopathie bekannten Experten Stephen Wong und Audrey Gordon für eine zweitägige Beratung eingeladen. Sie brachten die auf ihren Beobachtungen basierten Empfehlungen bei der Umsetzung ihres Behandlungsprogramms, das *violence reduction program* (VPR) (Wong & Gordon, 2005), in die Klinik ein. Dabei fassten sie die positiven Aspekte der Behandlung in der Klinik zusammen und machten einige Empfehlungen, die Arbeitsweise optimal mit ihrem Programm kompatibel zu machen.

Als positiv wurde unter anderem genannt:

- die humane und respektvolle Behandlungskultur, in der Patienten durch diverse Behandlungsaktivitäten stimuliert werden, sich weiter zu entwickeln;
- das offene, entspannte therapeutische Behandlungsklima, das den Umgang zwischen Patienten und Therapeuten fördert und die Integration von Aktivitäten des Personals und der Patienten ermöglicht;
- der Kommunikationsstil der Therapeuten, die multidisziplinär arbeiten;
- das variierte Angebot an Behandlungsmöglichkeiten, wie z. B. Arbeitsplätze, die den gesellschaftlichen Anforderungen entsprechen;
- die transmuralen Einrichtungen der Klinik, die die Kontinuität der Pflege gewährleisten.

Wong und Gordon empfehlen vor allem das Integritätsprinzip stringenter anzuwenden, d. h. die Behandler gezielt im Umgang mit psychopathischen Patienten trainieren und ihnen zu ermöglichen, ihre emotionalen Erfahrungen miteinander zu besprechen. Die therapeutischen Aktivitäten sollten so koordiniert werden, dass in jeder Aktivität gezielt an den in den Behandlungsplänen festgelegten Zielstellungen gearbeitet werden kann. Sie empfehlen zudem, die Behandlungskultur regelmäßig kritisch zu evaluieren. Außerdem sollten diese Zielstellungen objektiv messbar gemacht werden. Zugleich sollte der Fokus, im Sinne des Bedürfnisprinzips, mehr auf Behandlung und Management der an Gewalttätigkeit orientierten dynamischen Risikofaktoren der Patienten gelegt werden. Zuletzt wird empfohlen, mehr auf die Ansprechbarkeitsfaktoren zu achten, die die Teilnahme an der Behandlung erschweren.

### 3. Das Behandlungsprogramm

Nach den ersten positiven Erfahrungen mit der spezifischen Methodik der Behandlung von psychopathischen Patienten und dem Besuch von Wong und Gordon, bekam das Programm ausreichende Unterstützung, um die Behandlung klinikweit anhand der Richtlinien des VRP durchzuführen. Insbesondere die *what works*-Prinzipien und das transtheoretische Modell für Motivation wurden in das Behandlungskonzept in Kombination mit dem *good live rehabilitation*-Modell und dem Selbstregulationsmodell integriert.

Durch die konsequente Anwendung der genannten Prinzipien ist in der Klinik mehr Aufmerksamkeit für die Tatsache entstanden, dass besondere Anforderungen an die Behandlung von Psychopathen gestellt werden müssen. Das gilt insbesondere für die Einbeziehung des Ansprechbarkeits- und des Integritätsprinzips. Die Behandlung von Psychopathen unterscheidet sich hierdurch in einer Anzahl wichtiger Aspekte von der Behandlung anderer Tätertypen.

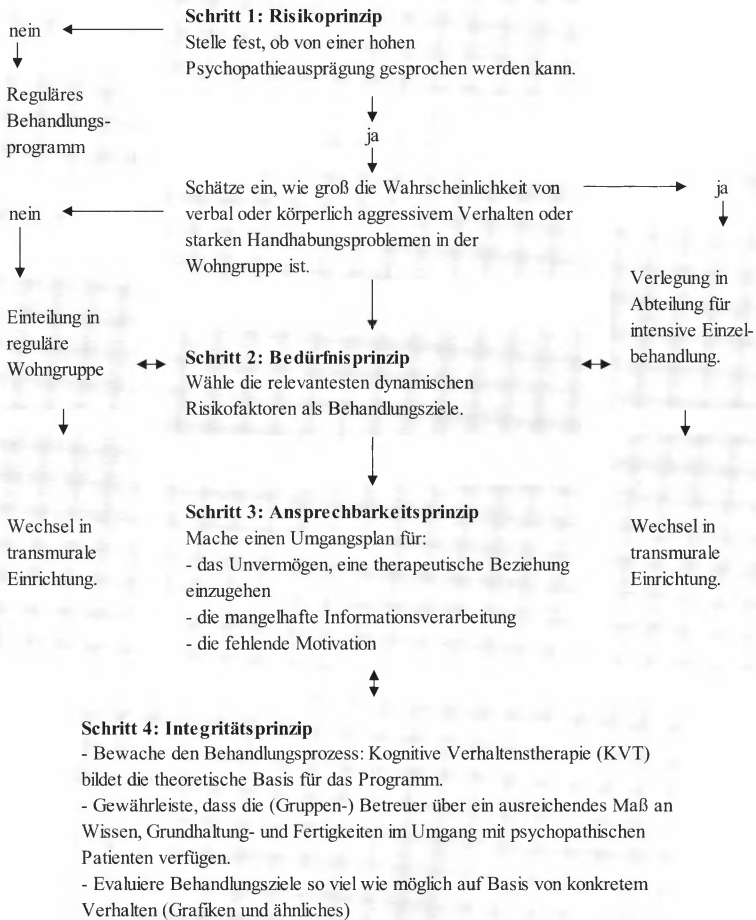
Zugunsten eines rationellen Verlaufes des Entscheidungsprozesses in der Behandlung ist ein Algorithmus (Abbildung 1) abgebildet. Wir erläutern das Behandlungsprogramm an Hand dieses Algorithmus.

In dem Entscheidungsbaum sind bei der Berücksichtigung des *Risikoprinzips* (Schritt 1) zwei Aspekte wichtig, nämlich die Höhe des Psychopathiewertes und das Risikoprofil bei der Aufnahme in die Wohngruppe. Um auf verlässliche und valide Weise das Maß an Psychopathie festzustellen, benutzt die Van der Hoeven Klinik als Standardmethode – neben der Aktenanalyse – das semi-strukturierte PCL-R Interview, das auf DVD aufgenommen wird und durch zwei Beurteiler unabhängig voneinander ausgewertet wird. In einem Konsensgespräch besprechen sie dann die Höhe des Empathiewertes. Falls Patienten nicht aufgenommen werden wollen, ist der zweite Beurteiler beim Interview anwesend. Ausschließlich bei rückblickenden Untersuchungen oder wenn Patienten nicht getestet werden können, beschränkt man sich auf eine Aktenanalyse, um den Psychopathiewert festzustellen. Aber auch dann behält das Konsensgespräch seine Gültigkeit. Die Klinik spricht von hoher Psychopathie bei einem PCL-R Score von  $\geq 30$  und von psychopathischen Zügen bei einem Score zwischen 20 und 29. Bei der erstgenannten Gruppe wird vor der Aufnahme in die Wohngruppe ein Risikoprofil erstellt, während die letztgenannte Gruppe direkt in die Wohngruppe aufgenommen wird und an dem regulären Behandlungsprogramm teilnehmen kann.

Das Risikoprofil wird anhand des Psychopathieprofils, der strukturierten Risikoeinschätzung und der Psychodiagnostik festgelegt. In Studien wurde festgestellt, dass psychopathische Patienten, die sowohl auf Dimension 1 (arroganter, betrügerischer interpersönlicher Stil), als auch auf Dimension 3

(impulsiver, unverantwortlicher Lebensstil) des PCL-R hoch scoren, oft schwer zu behandeln sind und regelmäßig Vorkommnisse in der Klinik verursachen (Hildebrand et al., 2004).

**Abb. 1: Entscheidungsbaum für die klinische Behandlung von Patienten mit hohem PCL-R Score**



Die strukturierte Risikoeinschätzung wird mit Hilfe des HCR-20 und bei Sexualstraftätern auch mit dem SVR-20 ausgeführt. In Kombination mit diesen Instrumenten wird mit Hilfe des SAPROF (*Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk*) eine Übersicht über die beschützenden Faktoren erstellt (De Vogel, De Ruiter, Bourman & De Vries Robbé, 2007). Neben einer strukturierten Risikoeinschätzung wird auch eine gründliche psychodiagnostische Persönlichkeitsuntersuchung auf Basis von u. a. dem Rorschach Test, MMPI und SIDP-IV durchgeführt (Van Binsbergen et al., 2007). Zudem erfolgt eine auf Störungen ausgerichtete Diagnostik, z. B. bei Anzeichen von Autismus oder ADHD. Diese liefert nicht nur spezifischere Informationen über die Risikofaktoren und die Schutzfaktoren eines Patienten, sondern auch Informationen über seine Ansprechbarkeitsprobleme. Falls anhand des festgestellten Risikoprofils verbal oder körperlich aggressives Verhalten oder starke Handhabungsprobleme in der Wohngruppe erwartet werden, muss die Behandlung (zunächst) in der Abteilung für intensive individuelle Behandlung stattfinden.

Im Sinne des *Bedürfnisprinzips* (Schritt 2) wird in einer multidisziplinären Besprechung entschieden, welchen dynamischen Risikofaktoren in der Behandlung Priorität gegeben werden muss. Für den psychopathischen Patienten sind dies, sowie bereits erwähnt, meistens die Merkmale der Dimensionen 3 und 4: Impulsivität, Suchtproblematik und der antisoziale, gewalttätige Lebensstil. Die Dimensionen 1 und 2 (arroganter, betrügerischer interpersönlicher Stil und defektes Gefühlslebens) werden in der Behandlung weniger als Behandlungsziele gesehen. Sie werden eher als Ansprechbarkeitsprobleme aufgefasst, mit denen man umgehen muss, um die Behandlungsziele realisieren zu können.

Das *Ansprechbarkeitsprinzip* (Schritt 3) erfordert, dass die Behandlung so angeboten wird, dass die Ansprechbarkeit des Patienten für die Behandlung optimiert wird.

Da ein Patient mit hohen Psychopathiewerten ein strukturelles Problem hat, sich emotionell zu binden, ist die gebotene therapeutische Beziehung nicht auf die Entwicklung eines emotionalen Bandes gerichtet. Ziel ist, eine freundliche, sachliche und auf zugängliche Weise richtungsweisende Beziehung aufzubauen, die den Narzissmus des Patienten berücksichtigt. Psychopathische Patienten unterhalten – klinischen Beobachtungen zufolge – am liebsten Kontakt zu Therapeuten, von denen sie Einfluss auf Entschlüsse erwarten und denen sie Macht zusprechen. Dies kann damit zu tun haben, dass die betreffenden Behandler eine besondere Bedeutung haben, auch Patienten gegenüber transparent sind, den Patienten ernst nehmen, gleichberechtigt behandeln, sich vertrauensvoll geben und konkrete Hilfe bei alltäglichen Problemen anbieten.

Eine Art des Umgangs zwischen Patient und Therapeut(en), die es dem Patienten möglich macht, seine Autonomie und seinen Narzissmus aufrecht zu erhalten und dennoch von der Hilfe des Therapeuten bei seinen Problemen zu profitieren, bietet die beste Voraussetzung für die Behandlung von Psychopathen.

Die psychotherapeutische Beziehung kann in ihrem Kern als die zwischen einem *Berater* zu seinem *Godfather* definiert werden. Die (Gruppen)-Betreuer fungieren in der Beziehung zu dem psychopathischen Patienten vor allem als Sparringspartner. Der Patient kann mit ihm üben, mit Spannungen und Frustrationen umzugehen und Kritik zu bekommen. Er kann zudem lernen, um Hilfe zu fragen und diese anzunehmen, Probleme gemeinsam zu besprechen und respektvoll mit anderen umzugehen.

Wegen der schlechten Informationsverarbeitung von Psychopathen wird die Behandlung abwechslungsreich und strukturiert angeboten. Es werden konkrete, schrittweise aufgebaute Behandlungsziele aufgestellt in der Form von „wenn..., dann...“, die in kurzen Zeitintervallen überprüft werden. Die Behandlung richtet sich vor allem auf die Annäherungsziele. Gewünschtes Verhalten wird an fühlbare, schnell erreichbare Bestätigung verbunden. Unerwünschtes Verhalten wird als ein Selbstregulationsproblem gesehen, das mit den prosozialen Zielen interferiert. Um diese Ziele erreichen oder ihren Bestand erhalten zu können, müssen Probleme auf eine prosoziale Weise gehandhabt werden.

Der Behandlungsplan wird in Zusammenarbeit mit dem Patienten erstellt. Der Plan umfasst, neben einer Übersicht von den relevantesten individuellen dynamischen Risikofaktoren, die spezifischen Ansprechbarkeitsprobleme und die zu entwickelnden und zu erhaltenden Schutzfaktoren. Die Behandlungsziele und -mittel schließen daran an. Während des gesamten Behandlungsverlaufs wird beurteilt, in welchem Stadium des Motivationsprozesses, dem *stages of change*-Modells zufolge, der Patient sich in Bezug auf seine verschiedenen dynamischen Risikofaktoren befindet und es wird ein vorläufiger Rückfallpräventionsplan erstellt (Abbildung 2). Dies bietet Einblick in den eigenen Motivationsprozess und hilft dem Patienten, einen Rückfall in sein Problemverhalten nicht hauptsächlich als durch andere verursacht zu sehen, sondern als Chance, daraus zu lernen. Dadurch, dass das Stadium der Motivation für jedes Problemgebiet (dynamischer Risikofaktor) bestimmt wird, bleibt die Aufmerksamkeit des Patienten während der Behandlung auf die essentiellen Selbstregulationsprobleme gerichtet, die seine prosozialen Zukunftspläne untergraben können, wenn er keine effektiveren selbstregulierenden Fähigkeiten dafür entwickelt. Das Behandlungsprogramm schließt damit so gut wie

möglich an das bestehende Motivationsniveau der betreffenden Risikofaktoren an, genau wie der vorläufige Rückfallpräventionsplan.

Die Risikofaktoren, bei denen der Patient noch wenig Bereitschaft zur Veränderung zeigt, müssen problematisiert werden. Die Ambivalenz des psychopathischen Patienten wird in Bezug auf das Aufgeben seines antisozialen, kriminellen Lebensstils konsequent durch das Besprechen von Implikationen (Vor- und Nachteilen) dieses Lebensstils vergrößert, insbesondere für seinen prosozialen Zukunftsplan und für wichtige Menschen in seinem sozialen Netz. Zudem bekommt der Patient am Anfang der Behandlung Informationen über seine spezifischen Ansprechbarkeitsprobleme, sowie seine Einschränkungen beim Entwickeln von Beziehungen und der Informationsverarbeitung. Alle bei der Behandlung mit einbezogenen Personen – Therapeuten, Mitpatienten und Mitglieder seines Netzes – werden ausführlich über seine psychopathische Problematik informiert, ebenso wie über die Implikationen, die für ihn selbst und seinem direkten Umfeld damit verbunden sind. Gefühle der Enttäuschung, Ohnmacht, Angst und Abweisung bei Betroffenen sind dadurch einfacher zu besprechen und aufzufangen. Der Patient braucht meistens Zeit, zu entscheiden, ob sich Verhaltensänderung lohnt und ob er bereit ist, die direkten Vorteile seiner alten Verhaltensmuster dafür aufzugeben. Die Therapeuten sollten dabei die Initiative größtenteils beim Patienten belassen. Er bestimmt im Prinzip selbst, welche Teile des Behandlungsprogrammes er sinnvoll findet und wie lang er die Behandlung andauern lassen will. Wenn er sich nicht einsetzt oder wenn er ein „Spaßprogramm“ wählt, z. B. mit seinen Lieblingssportarten, während er die Psychotherapie und Soziotherapie vernachlässigt, nehmen die Therapeuten die Verantwortlichkeit nicht auf sich. Sie „zwingen“ ihn nicht, einer Behandlung zu folgen, die er noch nicht möchte. Die Therapeuten versuchen kritisch nachzugehen, ob der Patient tut, was er sagt und sagt, was er tut. Sie achten auf Scheinanpassungen, Lügen und Betrug. Fortschritte werden anhand von tatsächlichem Verhalten festgestellt, wie z. B. die regelmäßige Teilnahme am Aktivitätenprogramm. Diese Teilnahme wird so gut wie möglich visualisiert. Dem Patienten werden regelmäßig Grafiken von den durch ihn besuchten oder versäumten Aktivitäten gezeigt. Das Aktivitätenprogramm bildet oft eine Grundlage für allgemeine Behandlungsziele: So können Patienten durch ihre Ausbildung und Arbeit erfahren, dass ein prosoziales Leben auch die Möglichkeit bietet, Ansehen, Respekt und Wertschätzung von anderen zu bekommen.

Bei Patienten, bei denen ein impulsiver, unverantwortlicher Lebensstil im Mittelpunkt steht, richtet sich die Behandlung neben dem Fördern von prosozialen Zielen auch auf die bessere Kontrolle des impulsiven Verhaltensstils und auf die Gewährleistung von Sicherheit. Die intensive Kontrolle, Begren-

zung und Strukturierung dieser Patienten steht in der ersten Phase der Behandlung im Mittelpunkt. Ihre Bewegungsfreiheit in der Klinik bleibt während der gesamten Behandlungsphase eingeschränkt. Innerhalb der Psychotherapie, aber zum Beispiel auch mit Hilfe von Sport und Kunstfächern, lernen Patienten ihre Spannungen und Aggressionen besser zu regulieren. Medikamentöse Unterstützung kann, wenn der Patient dazu motiviert ist, zur Verbesserung der Impulskontrolle, Abschwächung des übermäßigen Misstrauens und Verhinderung eines Rückfalls in Alkohol- und Drogenkonsum beitragen. Dem süchtigen psychopathischen Patienten wird bewusst gemacht, dass Drogenmissbrauch seine Impulsivität erhöht und seine eingeschränkte Informationsverarbeitung noch mehr herabsetzt und es vernünftig für ihn ist, an einer sogenannten Suchtgruppe teilzunehmen. Es ist bei psychopathischen Patienten von großer Wichtigkeit, dass sie lernen, Verantwortung für ihre kriminellen Denk- und Verhaltensmuster zu übernehmen und die Grenzen von anderen zu respektieren. Die Wohngruppe bietet dazu ausreichende Lern- und Übungsmöglichkeiten. Der psychopathische Patient wird durch seine Behandler und (mit deren Hilfe) auch durch Mitpatienten konsequent auf seine positiven Zukunftspläne hingewiesen und auch auf die Tatsache, dass er mit seinem unverantwortlichen Verhalten wie Aggression und Rücksichtslosigkeit, Scheinanpassung und/oder dauerndes Brechen von Versprechungen, diese Pläne untergräbt.

In Fällen, in denen das innerhalb des soziotherapeutischen Umfeldes weniger gut funktioniert, kann ein triadisches Gespräch eingesetzt werden, um die Probleme zu lösen oder zu verringern. In dieser Triade nehmen der Patient, seine (Gruppen-) Betreuer und sein Psychotherapeut teil. Letzterer tritt hierbei als *Mediator* auf. Als Ausgangspunkt gilt hierbei, dass der Patient mit seinen Betreuern eine minimal funktionierende Behandlungsbeziehung aufrechterhalten können muss, wenn Fortschritte in der Behandlung erzielt werden sollen. Sowohl bei dem Patienten als auch bei seinen Betreuern wird die Bereitschaft vorausgesetzt, zur Realisation einer wirksamen Behandlungsbeziehung beizutragen. Eine der ersten Fragen bei diesen Gesprächen ist immer, was jeder der Gesprächspartner meint, dafür tun zu können. Ausschließlich einander für die aktuelle Situation verantwortlich zu machen, wird als mangelnde Bereitschaft oder Unvermögen aufgefasst, einen Beitrag zur Lösung der entstandenen Situation zu leisten und wird darum problematisiert.

Eine andere Methode ist, dass der Patient mit Hilfe seines Psychotherapeuten und seinen Betreuern eine Liste von dysfunktionalem Verhalten aufstellt, das von anderen und manchmal auch von ihm selbst als störend empfunden wird. Diese Verhaltensweisen werden während einer besprochenen Zeitspanne registriert und in dem Kontext besprochen, in dem sie auftreten. Dabei wird

stets nach alternativen, konstruktiven Verhaltensweisen gesucht. Schritt für Schritt erreicht der Patient auf diese Art ein höheres Motivationsniveau, das Stadium der aktiven Veränderung.

**Abb. 2: Format Rückfallpräventionsplan**

|   |
|---|
| <p><b>Mein prosozialer Zukunftsplan</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wie sieht es im Moment aus in meinem Leben in Bezug auf Wohnen, (Aus)Bildung/Arbeit, (intime) Beziehungen und Freizeit? In welchen primären Bedürfnissen fühle ich mich im Moment frustriert?</li><li>- Was sind meine Wünsche für die Zukunft in Bezug auf Wohnen, (Aus)Bildung/Arbeit, (intime) Beziehungen und Freizeit und welche primären Bedürfnisse kann/will ich damit befriedigen?</li><li>- Welche konkreten Schritte kann ich in den kommenden drei Monaten angehen, um meine Zukunftspläne schrittweise zu realisieren?</li></ul> |
| <p><b>Wie schütze ich mich dagegen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Welche Veränderungen kann ich verstärken und einsetzen, um meine Risikofaktoren zeitig zu erkennen und unter Kontrolle zu halten?</li><li>- Wie kann ich dafür sorgen, dass ich Hilfe von anderen bekomme und akzeptiere, besonders bei Risikofaktoren gegen die ich mich (noch) schwer schützen kann?</li><li>- Auf welche Warnsignale muss ich achten, die mir und anderen deutlich machen, dass ich mich in einer Risikosituation befinde?</li></ul>   |

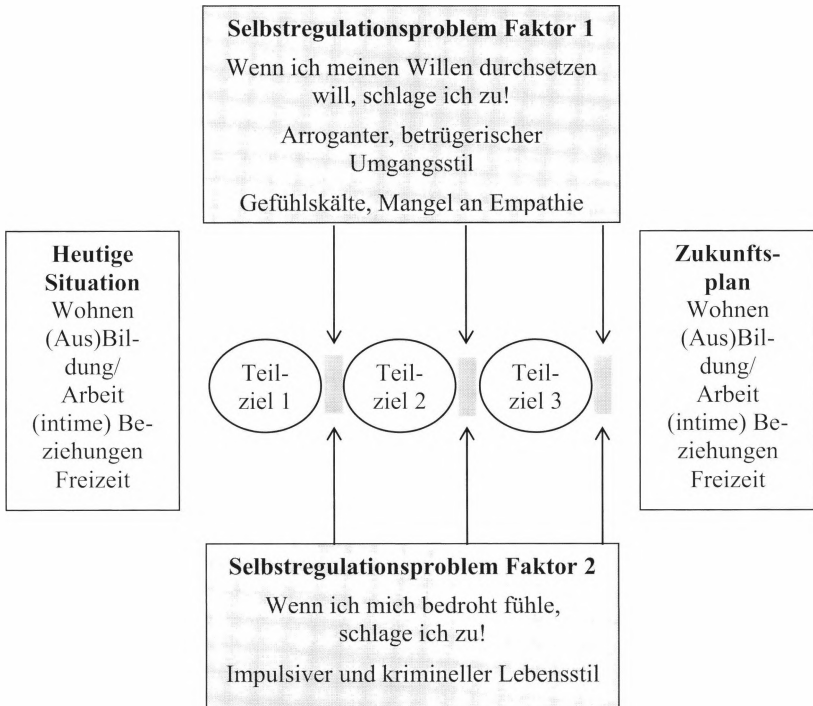
Die durchgeführten Interventionen haben miteinander gemeinsam, dass der Patient mit Hilfe seiner Therapeuten auf eine kooperative, gleichberechtigte Weise Schritt für Schritt lernt, sich erst Zeit zu nehmen und Problemsituationen zu überdenken, bevor er handelt.

Im Laufe der Behandlung wird gemeinsam mit dem Patienten auf eine für ihn übersichtliche und strukturierte Weise ein Rückfallpräventionsplan erstellt (Abbildung 2). Dabei wird davon ausgegangen, dass vier Lebensbereiche – Wohnen, (Aus-) Bildung/Arbeit, (intime) Beziehungen und Freizeit – von fundamentaler Wichtigkeit sind, um Struktur in das Leben des Patienten zu bringen und ihm die Gelegenheit zu bieten, seine primären Bedürfnisse befriedigen zu können. In diesem Plan wird der prosoziale Zukunftsplan ange-

geben und die Selbstregulationsprobleme (dynamische Risikofaktoren), die diesen im Wege stehen können.

Der Rückfallpräventionsplan wird in einer Zeitlinie visualisiert und dynamisch weitergegeben, wobei beschrieben wird, wie Schritt für Schritt auf die prosozialen Ziele hingearbeitet wird, die durch die ebenfalls wiedergegebenen Selbstregulationsprobleme blockiert werden können (Abbildung 3). Auf der Zeitlinie können Abbildungen von gewünschten Situationen oder von Personen die von großer Wichtigkeit für den Patienten sind, eingescannt werden, für die die Anstrengungen sich – in seinen Augen – lohnen und denen er, wenn es so weit ist, zeigen will, dass er sich verändert hat. In nachfolgender Abbildung sind zum Beispiel Bilder von Kollegen des Patienten zu sehen und von ihm selbst zusammen mit seiner Partnerin. Außerdem ist ein Foto mit ihm in einem Lastwagen eingefügt, da er in Zukunft als Lkw-Fahrer arbeiten möchte. So eine persönlich erstellte, visuelle Unterstützung ist für den Patienten oft emotional überzeugender als die üblichen, überwiegend verbalen Behandlungsinterventionen.

**Abb. 3: Format eines visualisierten Rückfallpräventionsplans**



Fehlt die Motivation zur Veränderung in Bezug auf einen bestimmten Risikofaktor, z. B. der (zukünftige) Konsum von Alkohol, dann wird erst an Behandlungszielen gearbeitet, für die der Patient (einigermaßen) motiviert ist. Das kann Ziele betreffen, wie das Bestehen von Ausbildungsabschlüssen oder die Wiederherstellung von Kontakten in seinem Netzwerk. Das Thema Alkoholgebrauch wird damit allerdings nicht vom Behandlungsplan entfernt; erst muss der Patient motiviert werden, seine Aufmerksamkeit auf dieses Behandlungsthema zu richten.

Das *Integritätsprinzip* (Schritt 4) steht als Garant dafür, dass das Programm so ausgeführt wird wie geplant. Der Behandlungsplan ist dabei der Ausgangspunkt. In diesem Behandlungsplan sind von Beginn der Behandlung an die Strukturen einer gemeinsamen theoretischen Einheit erkennbar: es geht um den Aufbau eines prosozialen Lebens, basierend auf dem *good lives*-Modell und dem Verbessern der Selbstregulation, beziehungsweise dem Problematisieren von antisozialen Zielen. Innerhalb einer großen Bandbreite an Behandlungsschritten wird dieser Ausgangspunkt bearbeitet und durch die Behandlungsleitung zusammen mit seinem Team überwacht. Letztendlich fordert die Behandlung von psychopathischen Patienten eine gut funktionierende multidisziplinäre Zusammenarbeit. Die Verantwortlichkeit für den Behandlungsprozess wird nicht durch die individuellen Personen getragen, sondern beruht auf der intensiven Zusammenarbeit von allen, die professionell in die Behandlung mit einbezogen sind. Sie stimmen ihre Interventionen gut aufeinander ab.

Der oberflächliche Charme und das betrügerische, manipulative Verhalten des psychopathischen Patienten birgt die Gefahr in sich, dass er sich nur scheinbar anpasst, seine Therapeuten täuscht oder diese untereinander ausspielt (Thornton & Blud, 2007). Der Patient kann zum Beispiel so überzeugend die Rolle des Opfers spielen, dass Therapeuten dazu veranlasst werden, ihn „retten“ zu wollen. Dadurch, dass sie sich ständig für die Seite des Patienten entscheiden und versuchen, seine Bedürfnisse darzustellen, können sie mit anderen, weniger stark beteiligten Therapeuten, in einen Konflikt geraten. Andere typische Verhaltensmerkmale, wie Streitlust, Dominanz und verbale Aggression, können Angst machen oder Gefühle von Resignation entstehen lassen, was einen lähmenden Effekt auf das Behandlungsteam haben kann. Dies kann ein Team letztendlich davon abhalten, notwendige Behandlungsinterventionen oder (Sicherheits-) Maßnahmen durchzuführen. Therapeuten, die mehr Abstand haben, unterstützen das betroffene Behandlungsteam mit ihren Einsichten und Ratschlägen. Sie sind oft besser im Stande, die Fallstricke, die im direkten Kontakt mit diesen Patienten entstehen können, zu durchschauen oder vorherzusagen. Aus diesem Grunde wird sehr auf das Entwickeln und Beibehalten der professionellen Haltung bei den täglichen (Gruppen) Betreuern geachtet.

Ihr Wissen, ihre Grundhaltung und ihre Fähigkeiten in Bezug auf die Behandlung des psychopathischen Patienten bekommen deshalb auf strukturierte Weise Aufmerksamkeit. Dadurch, dass sie oft lange dem teilweise extremen psychopathischen Verhalten ausgesetzt sind, benötigen sie besonderen Schutz gegen diesen Einfluss und gegen ihre eigenen negativen emotionalen Reaktionen darauf, sofern diese einen dysfunktionalen Charakter haben. Neben regelmäßiger Weiterbildung über psychopathische Problematik, trifft sich jedes Behandlungsteam alle zwei Wochen zu einer Supervisionsitzung zur Zusammenarbeit innerhalb des Teams und der Interaktion von Teammitgliedern mit der Patientengruppe. Probleme der Interaktion zwischen den Patienten und seinen Begleitern werden ausführlich besprochen und gelegentlich in Rollenspielen nachgespielt. Ein Beispiel für eine während der Supervision eingesetzte Interventionsstrategie, die besonders im Umgang mit psychopathischen Patienten von Nutzen sein kann, ist das „Emotionsthermometer“ (siehe Textbox). Dieses fungiert als Vehikel für das Besprechen und Lösen von Umgangsproblemen mit dem psychopathischen Patienten und ist entwickelt, um das Kompetenzgefühl des individuellen Betreuers und des Behandlungsteams zu erhöhen und zu erhalten.

#### **Emotionsthermometer**

Jeder Teilnehmer der Intervision wird zu Beginn gefragt, welche Zahl er zwischen 1 und 10 für die Stärke seiner emotionalen Beziehung/Reaktion dem Patienten gegenüber, der in der Intervision besprochen wird, wählt. Im Idealfall schwankt die Punktzahl (emotionale Temperatur) zwischen 6 und 7. Die Variation der Punktzahl reflektiert die notwendige positive, jedoch sachlich/nüchterne Position im Umgang mit dem Patienten. Eine niedrigere Punktzahl kann auf Probleme im Umgang hindeuten, z.B. auf eine negative Spaltung, Angst, unterdrückte Aggression und Gefühle der Unfreiheit. Eine Punktzahl, die höher ist als 7, kann das Risiko der positiven Spaltung, des Missbrauchs der Manipulation oder das Risiko der narzisstischen Selbstüberschätzung und Überschätzung des Patienten beinhalten.

In der Intervision werden die Punktzahlen besprochen, ihre Bedeutung untersucht, und wenn nötig, Möglichkeiten exploriert, um die „Temperatur“ wieder höher oder niedriger zu bekommen. Lösungen können sowohl von dem betreffenden Begleiter als auch vom Team kommen. Teammitglieder können den Patienten z. B. mit der Tatsache konfrontieren, dass es nicht für ihn von Vorteil ist, ihren Kollegen auf diese Art zu behandeln und ihm dringend raten, sein Verhalten zu ändern. Das Emotionsthermometer vermittelt auch einen Eindruck von der Tragfähigkeit des Teams als Ganzes und ist damit ein Gradmesser der Kompetenz des Teams, auf professionelle Weise mit einem psychopathischen Patienten umzugehen.

Ein anderes Supervisionsmittel stellt die Liste der Do's und Dont's (siehe Tabelle 5) dar. Diese Liste umfasst eine Inventarisierung von gewünschten und weniger gewünschten Verhaltensweisen in der Betreuung. Die Liste wird in der Intervention gebraucht, um zu untersuchen, welche (un)erwünschten Verhaltensweisen im Behandlungsteam zu finden sind. Die Resultate der Inventarisierung werden miteinander besprochen und anschließend wird mit Rollenspielen das gewünschte Verhalten geübt. Die Liste wird regelmäßig aktualisiert, wobei Punkte gestrichen oder hinzugefügt werden können.

**Tab. 1: Eine Liste mit Do's und Dont's**

| <b>(Überwiegend) tun</b>                                      | <b>Nicht (zuviel) tun</b>  |
|---|--|
| In konkreter Sprache Ziele kommunizieren                      | In abstrakter Sprache Ziele kommunizieren  |
| Auf Denk- und Verhaltensniveau kommunizieren                  | Emotionssprache benutzen   |
| Kurzfristige und mittelfristige Ziele setzen                  | Langfristige Ziele setzen  |
| Gewünschtes Verhalten fühlbar belohnen                        | Aufmerksamkeit auf Fehler und Versagen richten   |
| Unerwünschtes Verhalten direkt und kurz begrenzen             | Über längere Zeit hinweg Aufmerksamkeit auf unerwünschtes Verhalten richten oder dieses Verhalten zu lange andauern lassen |
| Ansprechen auf Herausfordern von Stolz und Kompetenzbedürfnis | Gesichtsverlust erleiden lassen  |
| Sich selber als Sparringspartner anbieten                     | Dominantes (verbal aggressives) Verhalten zeigen   |
| Gemeinsam spielerisch kompetitive Aktivitäten unternehmen     | Tiefe Gespräche führen   |
| (Emotionales) Unvermögen respektieren                         | Empathie und Beziehungsbildung erwarten  |
| Sich auf die eigenen Belange (prosozialer Lebensplan) richten | Folgen seines Verhaltens für andere benennen   |
| Humor   | Sarkasmus  |

Der Fortschritt in der Behandlung wird anhand der formulierten Behandlungsziele alle drei Monate evaluiert. Bei dieser Evaluation werden alle direkt betroffenen Therapeuten, der Patient selber und die Wohngruppe miteinbezogen. Der leitende Psychologe (Programmleiter) überwacht die Ausführung des Behandlungsplans und korrigiert den Plan anhand der Evaluation. Die Evaluation erfolgt soweit wie möglich anhand von konkretem, sichtbarem Verhalten, wie z. B. die Anwesenheit oder Abwesenheit bei Programmabschnitten. Es ist als Feedback für den Patienten wie für den Behandler hilfreich, die Entwicklung des Patienten über einen längeren Zeitraum wiederzugeben anhand von Grafiken, die die Frequenz der An- oder Abwesenheit relevanter Verhaltensweisen, wie z. B. die Teilnahme am Behandlungsprogramm aufzeigen. Während der Evaluation wird der Rückfallpräventionsplan stets aktualisiert: Prosoziale Ziele werden, wenn nötig, angepasst und es werden Absprachen darüber getroffen, wie der Patient die darauffolgenden drei Monate an seiner problematischen Selbstregulation arbeiten wird. Aufgrund der Fortschritte in der Behandlung werden Freiräume zugestanden oder in Aussicht gestellt. Am Ende der intramuralen Behandlung gehen Patienten im Prinzip zur transmuralen Phase der Behandlung über. Sie bewohnen dann selbstständig Wohnungen in der Umgebung der Klinik oder in betreuten Wohnrichtungen unter Aufsicht und Begleitung eines transmuralen Behandlungsteams. Intensive Nachsorge ist von essentieller Bedeutung, um sicher zu stellen, dass die Behandlung auch auf Dauer zu einer Verminderung des Rückfallrisikos führt. Vor allem bei Psychopathen besteht die Gefahr, dass der Behandlungseffekt nur oberflächlich und von kurzer Dauer ist. Während der transmuralen Behandlung wird innerhalb eines noch relativ sicheren Kontextes deutlich, ob die während der Behandlung erworbenen Fähigkeiten und Einsichten in Anbetracht aller Verführungen der freien Gesellschaft und in Risikosituationen, die bei dem Patienten früher zu Delikten geführt haben, stand halten.

Erst wenn die Verhaltensänderungen unter diesen Umständen standhalten, befindet sich der Patient im letzten Motivationsstadium: der Stabilitätsphase. Konsequente Betreuung und Aufsicht sind bei psychopathischen Patienten lange Zeit nach dem Übergang in eine transmurale Umgebung und manchmal, wenn Stabilisierung nicht zu erreichen ist, auf Dauer nötig. Im letzten Fall kann ein transmurales Wohnen angezeigt sein, mit anderen Worten ein Longstay-Verlauf. Falls jedoch das Rückfallrisiko eine ständige Aufsicht in einer Einrichtung mit einem hohen Sicherheitsniveau erfordert, ist eine Longstay-Unterbringung in einer transmuralen Wohnung nicht möglich. Angesichts des gesellschaftlichen und politischen Drucks auf den Maßregelvollzug, Risiken so weit wie möglich zu vermeiden, ist es wichtig, dass die Behandler, die das beschriebene Programm durchführen, von ihrer Organisation unterstützt werden. Die Arbeit mit diesen Patienten ist nicht ohne Gefahr:

Die Rückfallwahrscheinlichkeit wird relativ hoch bleiben und jeder Rückfall ist im heutigen gesellschaftlichen Klima ein Risiko für das forensische Arbeitsfeld. Medienaufmerksamkeit und politische Reaktionen führen nicht selten zu weitgehenden Maßnahmen, die die Entwicklung von effektiven Behandlungen eher erschwert, statt unterstützt.



# **Besonderheiten der deliktpräventiven Psycho- therapie mit Sexualstraftätern**

## **Leugnen, Schweigen, passiver Widerstand?**

*Oliver Kliesch*

1. Einleitung: sind Sexualstraftäter „special need offenders“?
  - Heterogenität der Gruppe der Sexualstraftäter
  - Homogenität der Gruppe der Sexualstraftäter
  - Rückfallgefahr von Sexualstraftätern
  - Erfolgsaussichten einer deliktpräventiven Behandlung von Sexualstraftätern
  - Spezielle Bedürfnisse von Sexualstraftätern
  - Kasten I: Einführung und Vorstellung eines Behandlungsfalls
2. Individualisierte deliktpräventive psychotherapeutische Behandlung
  - 2.1 Diagnostikphase
    - Statistische Risikoeinschätzung
    - Formale Diagnostik nach ICD-10 / DSM IV
    - Risk – Need – Responsivity Analyse
    - Strukturierte Erhebung von Ressourcen und Schutzfaktoren
    - Ein offenes Wort zu Rückfall-Risikoeinschätzung und Schweigepflicht
    - Kasten II: Diagnostikphase Herr Fall
  - 2.2 Motivationsphase
    - Beziehungsaufbau anstatt Konfrontation
    - Motivierende Modelle und Maßnahmen
    - Kasten III: Motivationsphase Herr Fall
  - 2.3 Behandlungsphase
    - Welche Methoden sind wirksam?
    - Welche Risikofaktoren sind empirisch belegt?
    - Die vier Behandlungsbereiche deliktpräventiver Psychotherapie
    - Deliktpräventive Behandlung: Maßnahmen und Interventionen
    - Troubleshooting: Umgang mit Leugnern
    - Kasten IV: Behandlungsphase Herr Fall
  - 2.4 Perspektivphase
    - Erstellen von Entwicklungszielen
    - Erstellen von Selbstmanagement-Plänen
    - Erstellen eines Rückfallvermeidungsplans
    - Kasten V: Perspektivphase Herr Fall

Literatur

## 1. Einleitung: sind Sexualstraftäter „special need offenders“?

Die Fachtagung der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden hatte für das Jahr 2013 unter dem Thema „Straffällige mit besonderen Bedürfnissen“ eingeladen. In diesem Beitrag soll darum zuerst erörtert werden, warum Menschen, die Sexualstraftaten begangen haben, besondere Bedürfnisse (engl. „special need offenders“) haben. Sodann sollen die Phasen einer deliktpräventiven Therapie vorgestellt werden und an einem Behandlungsfall exemplarisch erläutert werden.

### Heterogenität der Gruppe der Sexualstraftäter

Betrachtet man die Menschen, die gemeinhin als „Sexualstraftäter“ eingeordnet werden, sticht als erstes deren Heterogenität ins Auge.

Dies wird zum einen in den unterschiedlichen juristischen Kategorien deutlich. Mit „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ werden die Paragraphen des Strafgesetzbuches (StGB) 174 bis 184 erfasst, u. a. sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen und von Kindern, sexuelle Nötigung und Vergewaltigung, exhibitionistische Handlungen sowie Verbreitung, Erwerb und Besitz von kinder- bzw. jugendpornographischen Schriften, einschließlich des „Download“ von Dateien mit sexuellen Missbrauchsdarstellungen an Kindern. Häufig übersehen wird, dass exhibitionistische Handlungen gegenüber Kindern als „sexueller Missbrauch“ verurteilt werden. Inzestdelikte, die in der öffentlichen Wahrnehmung ebenso unter diese Gruppe fallen, werden dagegen vom Gesetzgeber im Paragraphen 173 des StGB, Beischlaf zwischen Verwandten, als „Straftaten gegen den Personenstand, die Ehe und die Familie“ geahndet.

Aus kriminologischer Forschungsperspektive wird in der Regel deswegen gröber in „Vergewaltiger“ und „Missbrauchstäter“ klassifiziert (z. B. Hoyer et al. 2013, nach Schmidt 2001); zusätzlich hat sich eine Unterscheidung der Delikte in „hands off“ und „hands on“ durchgesetzt.

Hinzu kommt zum anderen, dass die überwiegende Zahl von Menschen, die sog. Sexualstraftaten begangen haben, keineswegs krank sind, sondern vielmehr kriminell (auch wenn dies „an den Stammtischen“ natürlich anders gesehen wird). Dies bildet sich auch in der Strafverfolgungsstatistik ab. Im Jahr 2011 wurden 5.842 Fälle aufgrund von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung verurteilt. Nur in 108 Fällen wurde die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB ausgesprochen bzw. in nur 58 Fällen die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB angeordnet (Statistisches Bundesamt, Abgeurteilte nach Straftat 2011). Die

Unterscheidung zwischen „krank“ und „kriminell“ wird umso deutlicher, wenn man zwischen „Pädophilie“ und „Pädosexualität“ unterscheidet. Erstere ist dabei die Diagnose einer Störung der Sexualpräferenz (nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, F65.4), die unabhängig des tatsächlichen Vorliegens sexueller Handlungen gegenüber Kindern vergeben werden kann. Zweites beschreibt sexuell motivierte Handlungen gegenüber Minderjährigen unabhängig derer Genese (also auch ohne pädophile Motivation, sondern z. B. schlicht kriminellen Einstellungen folgend).

Darüber hinaus ist bei der Bestimmung des Gegenstands „Sexualstraftäter“ besonders zu beachten, dass sexuelle Gewalt ein ubiquitäres Phänomen ist. Massenvergewaltigungen beschränken sich nicht auf die Kriege in der Welt, in denen Vergewaltigung gleichsam als Kriegswaffe eingesetzt wird (in der europäischen Nachbarschaft zuletzt in den sog. Jugoslawienkriegen zwischen 1991 und 1995; vgl. z. B. Gsteiger 2012). Selbst in jüngster Vergangenheit wurden Frauen offenbar während der Demonstrationen 2013 auf dem Tahrir-Platz in Kairo gezielt ausgesondert und Opfer organisierter mehrfacher Vergewaltigung. Wenn man den Medienberichten darüber Glauben schenkt, mutmaßlich um die Opfer wieder in eine unterordnende Rolle zu zwingen (z. B. Backhaus 2013). Auch Deutschland ist davon nicht ausgenommen. Man mag es kaum glauben, aber erst im Jahr 1997 wurde die Vergewaltigung in der Ehe der außerehelichen Vergewaltigung rechtlich gleichgestellt (vgl. z. B. Gerste 1997)!

Diese Beispiele zusammenbetrachtet wird verständlich, warum die Forschung in diesem Bereich mit heterogenen Untersuchungsgruppen konfrontiert ist, entsprechend subjektive Kategorien formuliert werden müssen und die Ergebnisse evtl. widersprüchlich erscheinen. Okami und Goldberg sprachen deswegen 1992 von einem „definitiven und diagnostischen Chaos“ (zitiert nach Schmidt 2001).

All dies spricht auf den ersten Blick nicht dafür, dass eine Gruppe der Sexualstraftäter mit besonderen Bedürfnissen existiert, denn um eine Gruppe zu bilden, bedarf es mindestens gemeinsamer Kennzeichen.

### **Homogenität der Gruppe der Sexualstraftäter**

Gibt es dem gegenüber auch Anzeichen für Homogenität? Gemeinsamkeiten finden sich insbesondere in der soziodemographischen Betrachtung der Betroffenen. Die Befunde sind freilich aus den soeben angeführten Gründen uneinheitlich und genaue statistische Angaben fehlen (Fiedler 2004, S. 301). Im Übrigen finden sich deutlich mehr Untersuchungen über die Eigenschaften von Missbrauchstätern, als für die Merkmale von Vergewaltigungen (sic!).

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass es schwer verständlich ist, warum Sexualdelikte gegenüber Kindern umso viel mehr öffentliche Beachtung finden, als solche gegenüber Erwachsenen. Dies sogar, wenn vergleichsweise weniger schwerwiegende „hands off“ Straftaten an Minderjährigen schwersten „hands on“ Verbrechen an erwachsenen Frauen gegenübergestellt werden. Dass Kinder, ob ihrer Unreife, härter mit den Folgen zu kämpfen haben, kann dafür keine nachvollziehbare Begründung sein, die eben erwähnte Asymmetrie in der Schwere berücksichtigt. Dass Minderjährige hilfloser und schwächer als die Angreifer seien, ebenso nicht; Sexualdelikte gegenüber alten Menschen werden gesellschaftlich sogar noch weniger geachtet. Sexuellen Übergriffen ähnlich junger Menschen untereinander wird dagegen durch ein fürsorgliches soziales Umfeld unnachgiebig nachgegangen. Das für diesen Beitrag gesichtete Material zusammenfassend, geben bis zur Hälfte der befragten Täter an, selbst Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit gewesen zu sein (Harten 1995; Hanson u. Slater 1988, Worling 1995, Dhawan u. Marshall 1996, Marshall 1997, zitiert nach Fiedler 2004; vgl. Salter et al. 2003). Ebenso etwa die Hälfte berichten über Misshandlung in der Kindheit (Harten 1995, vgl. Marshall u. Barbaree 1990, zitiert nach Salzmann 2004). In vielen der Fälle wird von einem wenig strukturierten Zuhause, mit chaotischem und wenig freundlichem Familienleben erzählt (Blaske et al. 1989, zitiert nach Fiedler 2004) oder von einer unvollständigen, zerbrochenen, zerrütteten oder anderweitig problematischen Stammfamilie (Harten 1995, zitiert nach Salzmann 2004).

Vor allem besteht jedoch betreffend die deliktpräventive Behandlung der Täter inzwischen weitgehend therapeutischer Konsens: *nicht die Ätiologie* sei entscheidend! Sondern vielmehr ein *prognostisches Syndrom*. Kriminogene Eigenschaften könnten sowohl bei Kriminellen wie Kranken kuriert werden (z. B. Endrass, Rossegger, Urbaniok u. Borchard 2012).

Es kann folglich auch von hinreichenden Gemeinsamkeiten der Klientel ausgegangen werden, so dass es berechtigt ist, von einer Gruppe zu sprechen.

### **Rückfallgefahr von Sexualstraftätern**

Als nächstes soll die einschlägige Rückfälligkeit in den Fokus genommen werden. Liegt eventuell eine besonders hohe Wiederholungsgefahr vor? Auch hier ist sich „der Stammtisch“ einig: „Die werden doch alle rückfällig“. Empirisch ist diese Generalisierung jedoch nicht zu halten. Egg hatte 2000 ff. in Deutschland dazu 780 Personen über einen Risikozeitraum von 6 Jahren untersucht. Hanson und Bussière hatten bereits 1998 eine Metaanalyse von 61 Studien mit insgesamt 23.000 Personen aus 6 anderen Ländern über 4-5 Jahre „at risk“ vorgelegt. Die deliktispezifischen Rückfälligkeiten (unterschieden

von einer allgemeinen Rückfälligkeit auch mit anderen Straftaten) lagen betreffend sexueller Gewalttaten übereinstimmend bei 19 %. Für Missbrauchsdelikte wurde die Rückfälligkeit zwischen 13 % und 22 % angegeben. Exhibitionistische Straftaten würden dagegen in 56 % bis 57 % der Fälle erneut vom selben Täter begangen.

Zusätzlich können ganz aktuelle Zahlen zur deliktsspezifischen Rückfälligkeit über einen Risikozeitraum von 3 Jahren aus der bundesweiten Rückfalluntersuchung 2004-2007 angeführt werden (Jehle, Albrecht, Hohmann-Fricke u. Tetel 2010):

Von den 2.185 im Jahr 2004 wegen **sexueller Gewalt** verurteilten Personen wurden 1,3 % mit sexuellen Gewaltdelikten rückfällig und weitere 0,8 % erneut wegen Missbrauchs-, exhibitionistischen oder anderen Sexualdelikten verurteilt; dagegen wurden 24,8 % nur mit anderen Delikten auffällig. 121 der 2.185 Personen waren bei Verurteilung 2004 bereits wegen sexueller Gewalt vorbestraft gewesen. Von diesen wurden in dem Risikozeitraum 3,3 % erneut einschlägig rückfällig. In der gleichen Form zum **sexuellen Missbrauch** wurden 2004 insgesamt 3.013 Personen verurteilt. Davon wurden 2,3 % mit sexuellen Missbrauchsdelikten rückfällig und weitere 1,6 % wegen sexueller Gewalt-, exhibitionistischen oder anderen Sexualdelikten erneut verurteilt. Bei 18,5 % wurden nur andere Delikte erhoben. 186 der 3.013 Täter waren bei Verurteilung 2004 bereits wegen sexuellen Missbrauchs vorbestraft, von diesen wurden 12,4 % erneut einschlägig rückfällig. Zuletzt die **exhibitionistischen Taten** angeführt, wurden von den 1.239 im Jahr 2004 Verurteilten 9,8 % mit exhibitionistischen Delikten rückfällig, weitere 1,6 % wurden wegen sexueller Gewalt-, Missbrauchs- oder anderen Sexualdelikten erneut verurteilt. 218 der 1.239 Personen waren bei Verurteilung bereits wegen Exhibitionismus vorbestraft, von diesen wurden 23,4 % erneut einschlägig rückfällig.

Natürlich werden erheblich mehr „Sexualstraftäter“ rückfällig, als man es sich wünscht. Es ist jedoch zumindest einigermaßen beruhigend, dass die Rückfallhäufigkeit offenbar deutlich niedriger ist, als man es gemeinhin befürchtet. Zum Vergleich: in der Gruppe „Raub und Erpressung“ werden in 55 % der Fälle Rückfälle verzeichnet (davon 7,4 % einschlägig) und wiederholte Rückfälligkeit in 13,4 % der Fälle. Die andere Seite der gesellschaftlichen Beachtung von Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung ist zudem, dass hier beträchtlicher Aufwand betrieben wird, um Rückfälle weiter zu reduzieren.

Insgesamt gesehen handelt es sich aber offensichtlich nicht um eine Gruppe mit außergewöhnlich hoher Rückfallgefahr. Dies spricht wieder eher gegen einen „special need“.

## **Erfolgsaussichten einer deliktpräventiven Behandlung von Sexualstraftätern**

Wie sieht es überhaupt mit den Ergebnissen einer deliktpräventiven Behandlung aus? Therapeuten, die damit beschäftigt sind, wird üblicherweise entweder schroffe Ablehnung zuteil (weil sie jenen helfen, denen bekanntlich nicht zu helfen sei) oder schon fast ergriffene Achtung. Eine solche Arbeit sei doch sicher sehr gefährlich und psychisch belastend? Das ist die Arbeit natürlich nicht, sonst würde man sie nicht ausüben. Sie ist zumindest wahrscheinlich nicht gefährlicher oder psychisch belastender als beispielsweise das Werk der Arbeiter im Tiefbau, die bei Schneeregen und laufendem Verkehr eine Autobahn sanieren (und diese bekommen dafür selten Anerkennung). Sie ist zwar häufig wahrscheinlich ähnlich mühselig aber zum Glück selten müßig, denn dafür, die betroffenen Menschen mit deliktpräventiver Psychotherapie zu behandeln, gibt es gute Gründe.

Hanson et al. und Schmucker haben in den Jahren 2002 und 2004 Studien zur Effektivität rückfallmindernder Maßnahmen an insgesamt über 30.000 Personen mit Sexualstraftätern analysiert. Beide beschreiben eine Minderung des Rückfallrisikos von etwa einem Drittel. Kritisch führten beide Autoren an, dass vor allem methodisch schwache und selten randomisierte Studien vorgelegen hätten. Die Gesamteffekte seien jedoch nicht in der Hauptsache durch die schwachen Studien getragen worden, sondern vielmehr habe „der Einbezug dieser Arbeiten eine eher konservative Schätzung des mittleren Effekts von Sexualstraftäterbehandlungen zur Folge“ gehabt (Schmucker 2007, S. 18). Eine Studie in randomisierter Qualität ist die SOT(E)P Untersuchung (Marques et al. 2005) an 704 mit dem Sex Offender Treatment Program (SOTP) behandelten Personen. Davon wurden 664 Probanden in die aktuelle Cochrane-Arbeit (Dennis et al. 2012) über die deliktpräventive Behandlung von 944 Personen einbezogen. Dennis et al. schließen ebenda, dass „weitere randomisierte Untersuchungen dringend nötig“ seien (S. 3, Übersetzung d. d. Verf.) und es keine Unterschiede gebe zwischen der Rückfälligkeit der Gruppe der Behandelten, der therapiebereiten, aber randomisiert ausgesonderten Gruppe und der dritten Gruppe von therapieunwilligen Tätern.

Diese Befunde stehen nur scheinbar im Widerspruch zu anderen Ergebnissen (Friendship, Mann, Beech 1993) über 647 mit SOTP behandelten Sexualstraftätern. Hier wurde, vor allem im mittleren Risikobereich (gegenüber einem niedrigen oder hohen Rückfallrisiko), eine signifikante Rückfallreduktion beobachtet (2,7 % bis 5,5 % Rückfällige in der Behandlungsgruppe gegenüber 12,7 % bis 13,5 % Rückfälligen in der Kontrollgruppe; zitiert nach Berner u. Hill 2007). Tatsächlich hatten Marques et al. Teilnehmer, die die Therapie voraussichtlich abbrechen würden, so lange als möglich im Programm gehalten

und zudem zur Gruppe der Behandelten gezählt, sofern mindestens 50 % des Therapieprogramms absolviert worden waren. Es ist offensichtlich, dass sich dadurch „Therapieeffekte für die Gesamtgruppe verringert haben“ (Bussière 1998; Hanson, Morton-Bourgon u. Harris 2003; alles zitiert nach Berner, Hill 2007, S. 32). Im Nachhinein erscheint es schwer verständlich, warum Probanden als „therapiert“ eingeordnet wurden, denen nur die Hälfte der vorgesehenen Behandlung zugekommen war (wer frühzeitig einen Gips abschlägt, darf sich nicht wundern, wenn der Knochen krumm zusammen wächst). Zudem habe man eine rigide Manualintegrität einhalten müssen – mit anderen Worten, auf aktuelle Probleme der Teilnehmer habe aus methodischen Gründen nicht eingegangen werden können.

Man könnte noch viel zu den demotivierenden Effekten ent-individualisierter Therapien sagen, in denen auf akute Probleme der Patienten seitens der Therapeuten nicht eingegangen werden kann, weil strenge Manualtreue im Vordergrund steht. Auch die negativen Auswirkungen die (eine größere Anzahl) demotivierter Patienten auf eine Gruppe hat, sind in der klinischen Praxis wohlbekannt. Marques et al. formulierten letztendlich über die schlichte Teilnahme hinaus gehende Kriterien zum „Therapieerfolg“. Diese berücksichtigt, unterschied sich die Gruppe der „erfolgreich Behandelten“ in der SOT(E)P Studie mit 10 % Rückfälligkeit erheblich von den 50 % Rückfälligkeit der Gruppe der „nicht erfolgreich behandelten“ (Berner u. Hill 2007).

Deswegen sind „ermutigende Hinweise“ (Dennis et al. S. 3, Übersetzung d. d. Verf.) eine eher konservative Einschätzung, dass nach Sexualdelikten mit eher mittlerem Rückfallrisiko eine von spezifischen Therapiezielen geleitete, kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapie die Rückfälligkeit um etwa ein Drittel senke (nach Berner u. Hill 2007, S. 32).

Auch wenn evidenzbasierte Forschung das Fehlen äquivalenter Kontrollgruppen völlig zu Recht bemängelt, spricht die aktuelle Befundlage insgesamt für die Wirksamkeit deliktpräventiver Interventionen in der Gruppe der Sexualstraf Täter und damit eher für einen „special need“.

### **Spezielle Bedürfnisse von Sexualstraf Tätern**

Aus der klinischen Erfahrung ist abschließend zu ergänzen, dass zu Beginn einer deliktpräventiven Psychotherapie nach Sexualstrafataten Patienten schon aus Selbstschutzgründen in der Regel (und nicht als Ausnahme) behaupten, „diese Tat“ nicht begangen zu haben. Wenn eine solche Haltung nicht vorliegt, dann meist die Einstellung, dass es „so“ nicht stimme, sondern „alles anders“ stattgefunden habe (auf eine Weise, die den Selbstwert weniger bedroht). Die „Umstände“ oder Verhaltensweisen anderer seien verantwortlich

zu machen, wird sehr häufig angeführt. So wie, dass man „heute anders“ sei, „viel nachgedacht“ habe und sich „selbst therapiert“ habe. Man begehe so eine Tat schon deswegen nicht erneut, weil man „nicht wieder inhaftiert“ werden wolle und „viel zu verlieren“ habe. Zudem habe man sich „geschworen“, es nie wieder zu tun und weitere Behandlung brauche es nicht.

Es ist deswegen keine Binsenweisheit anzuführen, dass Sexualstraftäter sich selbst genauso wie andere belügen. Tatsächlich überschätzen diese Menschen tief den Einfluss eigener Entschlüsse und unterschätzen gleichzeitig die Macht, die dagegen Verhaltensgewohnheiten und externe Einflüsse auf ihr zukünftiges Verhalten haben werden. Darin unterscheiden sie sich im Übrigen kaum von anderen Delinquenten und von nicht straffälligen Menschen, wie jeder weiß, der sich schon einmal vorgenommen hatte, mehr Sport zu treiben oder das Rauchen aufzugeben.

Dieser erste Teil kann deswegen mit folgender Synthese enden:

„Speziell“ ist bei Sexualstraftätern, dass dieser Name für eine besonders heterogene Gruppe von Delinquenten gebräuchlich ist, deren Rückfallwahrscheinlichkeit aus der Bezeichnung allein nicht abzuleiten ist. Eine erfolgreiche Behandlung und valide Prognose erfordert deswegen immer eine *täterspezifische Hypothese kriminogener Mechanismen* (Stichwort: Deliktdynamik) und deliktpräventives Vorgehen muss immer *von individualisierten Erfolgskriterien geleitet* erfolgen (Stichwort: Motivation).

Die Betroffenen sind außerdem dem Widerspruch ausgesetzt, Verantwortung für Taten übernehmen zu sollen, die sie fast unausweichlich sozialer Ächtung anheimstellen, insbesondere, wenngleich nicht ausschließlich, wenn deren Opfer minderjährig waren. Sexualstraftäter sind deswegen nahezu immer durch Androhung juristischer oder sozialer Sanktionen *extern motiviert* (Stichwort: freier Wille). Letztlich ist die *anfängliche Ablehnung der Behandlung* durch Scham vor der Thematisierung eigener sexueller Erregungsmuster verständlich, wie auch der Frust, wenn diese (häufig) unveränderbar bleiben und mühevoll andere Wege zur Veränderung gefunden werden müssen (Stichwort: „no cure, but control“).

#### **Kasten I: Einführung und Vorstellung eines Behandlungsfalls**

Für die Darstellung eines deliktpräventiven Therapieverlaufs soll ein Fall eingeführt werden, der im Jahre 2011 von dem zuständigen Bewährungshelfer bei einer Forensischen Ambulanz zur Behandlung vorgestellt wurde. Bis zu diesem Bericht im Ende des Jahres 2013 hatten 83 Termine stattgefunden; es handelt sich um eine noch nicht abgeschlossene deliktpräventive Psychotherapie.

Herr Fall, geb. 1983, Beruf: Gartenbaufachwerker (ein Hilfsberuf zur Förderung behinderter Menschen)

#### *Deliktanamnese*

- 2005: Verurteilung zu 30 Tagessätzen wegen Sozialleistungsbetrugs. (Die Strafe wurde nicht beglichen, eine Ersatzfreiheitsstrafe wurde aus ungeklärten Gründen nicht angetreten.)
- 2005-2006: Verdacht auf sexualisierten „Chat“ mit 10-jährigem Mädchen. (Er habe evtl. 5.000,- Euro für eine „Entjungferung“ geboten; ein genaues Datum oder weitere Informationen lagen nicht vor.)
- 2006-2007: Verdacht auf 11 leichte Brandstiftungen. (Anzünden von Gartenhütten, Tonnen, Unrat o. Ä.; das Verfahren wurde eingestellt.)
- 2007: Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe: 3 Jahre, 6 Monate wegen schwerem sexuellem Missbrauch eines Kindes.

#### *Indexdelikt*

Der Täter habe 2007 zwei in der Nähe eines stillgelegten Bahngeländes spielende Geschwister in einen Eisenbahntunnel gelockt. Dafür habe er (unter Vorlage eines selbstgebastelten Ausweises) angegeben, er sei Polizist. Er habe behauptet, dass er eine Strafe aussprechen müsse, da das Spielen auf dem Gelände verboten sei; es sei denn, man tue ihm einen Gefallen. Im Tunnel habe er den jüngeren Bruder in einen Nachbartunnel geschickt. Das 7-jährige Mädchen habe auf seine Aufforderung orale sexuelle Handlungen an ihm vornehmen müssen. Danach habe er mindestens einen partiellen Geschlechtsverkehr bis in den Scheidenvorhof an dem Mädchen durchgeführt. Als der Vater der Kinder diese vermisst habe und nach ihnen rief, sei er geflüchtet. Zwei Stunden später sei er an den Tatort zurückgekehrt und aufgrund der Beschreibung der Kinder sofort verhaftet worden.

#### *Erster Eindruck*

Ein eher jugenhaft wirkender, schlaksiger Mann, leicht „huschig“ im Kontakt, mit unstetem Blick und diskret dysmorphen (wie leicht verschoben wirkenden) Gesichtszügen. Eher einfach strukturiert, wahrscheinlich ein IQ im niedrigen Normalbereich, vielleicht grenzgebaut. In der Stimmung wechselhaft und sehr stressempfindlich: bei gutem Befinden sehr höflich; bei schlechtem Befinden impulsiv schimpfend (dabei ggf. im Kontakt gut zu beruhigen). Neigung zum Lügen, mit Tendenz zur Selbstüberhöhung durch Abwertung anderer. In den Alltagsfähigkeiten und der Tagesstrukturierung bei gutem Befinden gewissenhaft und sortiert, bei schlechtem Befinden auch in der Körperpflege nachlässig und unorganisiert. Raucher, kaum Alkoholkonsum, Einzelzimmer in einer Heim-WG, Tätigkeit in einer Reha-Werkstatt. Gesamteindruck: will mehr, als er kann.

Dieser Fall wird im Folgenden nach der Darstellung der Phasen einer deliktpräventiven Psychotherapie mit dem jeweiligen Behandlungsstand erneut aufgegriffen.

## 2. Individualisierte deliktpräventive psychotherapeutische Behandlung

Es muss voran gestellt werden, dass die Phasen einer deliktpräventiven Psychotherapie (Diagnostikphase, Motivationsphase, Behandlungsphase, Perspektivphase; nach Berner 2013, unveröffentlicht, ergänzt) nicht eindeutig voneinander abzugrenzen sind. Motivation ist natürlich in jeder Phase von Bedeutung und auch in der Perspektivphase können sich noch wichtige diagnostische Erkenntnisse ergeben. Insoweit dient die hier verwandte Einteilung vor allem als Orientierung über die Kernelemente einer deliktpräventiven Behandlung.

### 2.1 Diagnostikphase

#### Statistische Risikoeinschätzung

Das aktuarische Rückfallrisiko wird anhand von statistisch mit Rückfälligkeit zusammenhängenden Merkmalen der Tatumstände und der Person des Täters erhoben. Weil diese Merkmale – mit Ausnahme des aktuellen Alters – historische Fakten sind, ändert sich das aktuarische Risiko wenig oder gar nicht mehr zum besseren (zum schlechteren dagegen schon). Es ist ein unabdingbarer Bestandteil der Eingangsdiagnostik, die für eine deliktpräventive psychotherapeutische Behandlung zusätzlich erhoben werden muss. Natürlich lässt sich aus der Bestimmung der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Risikokategorie (häufig verwandt: niedrig << niedrig bis moderat < moderat > moderat bis hoch >> hoch) keine Aussage über tatsächliche Rückfälle des Individuums ableiten. Zudem spielen für eine Straftat auch immer dynamische (aktuelle, veränderbare) Faktoren eine Rolle. Die Risikokategorie bietet jedoch eine bedeutsame Ersteinschätzung, zumal inzwischen Verfahren für viele Indexdelikte und Behandlungsphasen im Spektrum der sexuell motivierten Straftaten vorliegen.

Am besten für die Vorhersage von Straftaten belegt ist der erzielte Wert in der Psychopathy-Check-List (PCL-R; Hare 1991, 2003; Deutsch: Freese 1996, 1998). Sie hat sich als Prognoseinstrument in vielen Untersuchungen bewährt und ihre Relevanz in empirischen Untersuchungen bestätigt (Nedopil 2007, S. 182). Es ist zu empfehlen, immer zumindest die Kurzversion (PCL-SV) anzuwenden. Darüber hinaus eignet sich für Taten des sexuellen Missbrauchs der STATIC-99, Revised (Harris, Phenix, Hanson u. Thornton 2003; Deutsch: Rettenberger u. Eher 2006), evtl. in Ergänzung mit dem STABLE-2007, Revised 2012 für dynamische, also veränderliche Risikofaktoren (Fernandez, Harris, Hanson u. Sparks 2012; Deutsch: Matthes u. Rettenberger, Eher 2012). Für sexuelle Gewalttaten wird dagegen der SORAG verwandt (Modifikation

des VRAG; Quinsey, Harris, Rice u. Cornier 2006; Deutsch: Rettenberger u. Eher 2007). Für Probanden mit diagnostizierten psychischen Störungen (s. u.) ist das HCR-20 (Webster, Douglas u. Eaves 1997; Deutsch: Jöckel 1998) aus der Gruppe der Verfahren des „Structured Professional Judgement (SPJ)“ geeignet. Liegen zusätzlich nicht sexuell motivierte Gewaltstraftaten vor, bietet der VRAG (Quinsey, Harris, Rice u. Cornier 2006; Deutsch: Rossegger, Urbaniok, Danielsson u. Endrass 2010) eine Einschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit. Um jeweils den aktuellen Zustand des Patienten bezüglich Rückfallgefahr zu beurteilen, ist der Acute-2007 empfehlenswert (Hanson u. Harris 2007; Deutsch: Matthes u. Rettenberger 2008).

Es gibt eine Reihe weiterer spezifischer kriminalprognostischer Verfahren (vgl. Rettenberger u. von Franqué, 2013); Anwendungsvoraussetzung ist in der Regel eine Schulung.

#### Formale Diagnostik nach ICD-10 / DSM IV

Neben den üblichen diagnostischen Eingangserhebungen sind natürlich evtl. vorliegende Störungen der sexuellen Präferenz (ICD-10, F 65.x) zu berücksichtigen. Dafür liegt inzwischen eine Leitlinie vor (Berner, Hill, Briken, Kraus u. Lietz 2007). Darüber hinaus ist es besonders wichtig, das Vorliegen von *komorbiden Störungen* zu prüfen. Häufig wird übersehen, dass Menschen, die Sexualstraftaten begangen haben, überzufällig an (zusätzlichen) psychischen Störungen leiden. Diese zu erkennen und zu behandeln, ist nicht nur wichtig, um die Motivation des Patienten zu unterstützen. Die komorbiden Störungen sind erfahrungsgemäß nicht selten auch direkt mit deliktrelevanter Lebensführung und Verhaltensweisen verbunden.

„Achse-I“-Störungen finden sich im Screening bei 93-97 % der Patienten mit Sexualdelikten (mehr als drei Störungen bei 78 %; Raymond et al. 1999, McElroy 1999). Eine affektive Störung tritt zu 60-71 % auf (Major Depression 39 %; McElroy 1999, Raymond et al. 1999, Kafka et al. 2002), eine (sozial-) phobische Störung und Angst zu 13-65 % (Raymond et al. 1999, Kafka et al. 2002, McElroy 1999, Hill 2011). Störungen durch Substanzen werden in 30-83 % der Fälle verzeichnet (McElroy 1999, Raymond 1999, Abracen et al. 2000, Leygraf 1988, Allnutt et al. 1996, Kafka et al. 2002). Außerdem kann eine Intelligenzminderung vorliegen (Heim et al. 1985, Möller et al. 1995) oder ein adulter AD(H)S (retrospektiv 36 % ADHS/Störung des Sozialverhaltens; Kafka et al. 2002; Blocher et al. 2001, Ponseti et al. 2001, Vaih-Koch et al. 2001, zitiert nach Berner et al. 2007). Die Diagnose einer Störung der Impulskontrolle n.n.b. (kodiere DSM IV 312.30), insbesondere bei wiederholten sexuellen Gewalttaten, hat sich bislang wenig durchgesetzt, kann jedoch in

30-39 % der Probanden erhoben werden (vgl. McElroy et al. 1999, Hoyer et al. 2000, Schmidt et al. 2001). Speziell im Bereich Sexualität kommt auch eine sog. Paraphilie-verwandte Störung in Betracht (vgl. Praxisleitlinien „paraphilia related disorder, PRD“, z. B. „Sexsucht“, kodiere ICD 10 F 65.8) sowie ein breiter Bereich sexueller Funktionsstörungen. Gerade Letzteres mag überraschen, lohnt aber der Nachfrage.

Schätzungen der Prävalenz von „Achse-II“-Persönlichkeitsstörungen reichen von 1/3 bis 2/3 der Klientel (Schüler-Springorum et al. 1996, Kröber 1997, Berner et al. 1985, McElroy et al. 1999, Kraus et al. 1999, Berger et al. 1999, Schönfeld 2006). Speziell werden Anti-/Dissoziale Störung aufgeführt (50 %), Emotional-instabile Störung (30 %) und Narzisstische Störung (Leygraf 1988, Schüler-Springorum et al. 1996, Berner et al. 1992, Berger et al. 1999). Weitere Achse-II-Störungen seien Schizotype Störung, Anankastische Störung, Ängstlich-vermeidende Störung (20 %) und Negativistische Störungen (=Passiv-aggressive Störung; Chantry et al. 1994, Rehder 1996a, Raymond et al. 1999, Hill 2011). (Alle Befunde zitiert nach Hoyer et al. 2000, Schmidt et al. 2001, Berner et al. 2007; ergänzt).

Den Patienten mit seinen subjektiven Beschwerden „abzuholen“, bietet auf jeden Fall gute Chancen für einen Einstieg in die deliktpräventive Arbeit.

### Risk - Need - Responsivity Analyse

Das *Herzstück der Diagnostik* ist die Beachtung des Risiko-Prinzips („Risk“), des Bedarf-Prinzips („Need“) und des Ansprechbarkeit-Prinzips („Responsivity“) (Übersetzung d. d. Verf.) (Andrews u. Bonta 1990, 1998, 2003, 2006, 2010a, 2011). Als Beitrag zur Fachtagung „Straffällige mit besonderen Bedürfnissen“ sollen diese Prinzipien in einer diskreten Umformulierung erläutert werden, die dem besonderen Motivationsbedarf der Klientel „Sexualstraftäter“ Rechnung trägt.

Das RISK-Prinzip hält zum „Risikoorientierten Denken“ an. Ob überhaupt interveniert werden sollte und mit welchem Aufwand, sei danach von der statistischen und dynamischen *Rückfallwahrscheinlichkeit* abhängig (nicht etwa von der Schwere des Delikts). Zudem sei zu erheben, welche Eigenschaften, Verhaltensweisen und psychische Störungen des Patienten direkt oder indirekt ursächlich für das delinquente Verhalten seien. Es gälte, *spezifische Risikofaktoren* für delinquentes Verhalten zu identifizieren (nicht etwa, welche Probleme der Betroffene sonst noch habe, die aber für dessen Rückfallwahrscheinlichkeit unbedeutend seien).

Das NEED-Prinzip hält zum „Veränderungsorientierten Denken“ an. Hier seien Maßnahmen zu bestimmen, die auf die spezifischen Risikofaktoren Ein-

fluss hätten, soweit diese veränderbar seien. Es gälte, gezielt *veränderbare Risikofaktoren* zu therapieren (nicht etwa, sich an gewöhnlich unveränderlichen Eigenschaften, wie z. B. sexueller Präferenz für Kinder, abzuarbeiten).

Das RESPONSIVITY-Prinzip hält zu „Ressourcenorientiertem Denken“ an bzw. zu erkennen, für welche Maßnahmen der Proband empfänglich ist. Welche Persönlichkeitsmerkmale und Fähigkeiten des Patienten sind nützlich für die psychotherapeutische Behandlung? Welche Interventionen fallen, die Intelligenz, den kulturellen Hintergrund, die Lebenserfahrungen etc. berücksichtigt, auf „fruchtbaren Boden“? Wenn der Patient sich mit dem einbringen kann, worin er gut ist und er sich sicher fühlt, wird er motivierter mitarbeiten und es ist einfacher, Fortschritte in der deliktpräventiven Behandlung zu erzielen. Es gilt, *individuelle Ressourcen* zu berücksichtigen und für die Behandlung der veränderbaren Risikofaktoren zu nutzen.

#### Strukturierte Erhebung von Ressourcen und Schutzfaktoren

Es gibt zwei (international bekannte) Verfahren, die eine strukturierte Erhebung der Ressourcen der Patienten erlauben, bzw. erheben, welche Faktoren vor erneuten (einschlägigen) Straftaten schützen können.

Sehr anerkannt und häufig im Gebrauch ist das LSI-R Revised (Andrews u. Bonta 1995; Deutsch: Dahle, Harwadt u. Schneider-Njepel 2012). Ebenso empfehlenswert ist das SAPROF (De Vogel, De Ruiter, Bouman u. De Vries Robbe 2007; Deutsch: Spehr u. Briken 2010).

Beide Verfahren erheben mehrere empirisch mit Rückfälligkeit verbundene Merkmale der Probanden und bieten ausgesprochen nützliche Hinweise für die Therapieplanung.

#### Ein offenes Wort zu Rückfall-Risikoeinschätzung und Schweigepflicht

Sowohl bei aktuarischen Verfahren, als auch in strukturierten Erhebungen von Schutzfaktoren (s. o.), wird anhand dessen auf die Rückfallwahrscheinlichkeit des Probanden (Prozent in Jahreszeiträumen) geschlossen. Es wurde bereits angeführt, dass damit noch nichts über dessen tatsächliche Rückfälligkeit gesagt wird. Darüber hinaus überfordert den deliktpräventiv arbeitenden Psychotherapeuten eine umfängliche Einschätzung des Rückfallrisikos; u. a. Erhebung der Basisraten der in Frage kommenden Delikte und aktuarische Einschätzung in der statistisch-nomothetischen Kriminalprognose sowie „Structured professional judgement“ und Hypothesenbildung der klinisch-idiographischen Kriminalprognose (vgl. Dahle 2005). Man tut gut daran, dies den dafür bestellten Sachverständigen für die Gerichte zu überlassen, die die

dafür regelmäßig zu erstellenden 50-100 Seiten im Übrigen auch abrechnen können.

Schließlich ist schon deswegen davon abzuraten, Psychotherapie und Prognose über Gebühr zu vermischen, damit der Patient dem Psychotherapeuten seine (unterstützende, helfende) Rolle glauben kann. Bis zu diesem Zeitpunkt waren Psychologen/Psychiater wahrscheinlich nur als „Erfüllungsgehilfen“ der Justiz aufgetreten, die ausdrücklich keine Schweigepflicht innehaben (die Mitarbeiter des Vollzugs sind diesbezüglich dauerhaft im Spagat, zwischen helfen und kontrollieren). Für ambulante Psychotherapeuten gilt dagegen der § 203 StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen und davon darf nur in sehr seltenen Ausnahmefällen abgewichen werden (vgl. § 138 StGB). Über die Ausnahme „Berichtspflicht“, betreffend Patienten unter Führungsaufsicht (§ 68a StGB), müssen Therapeuten wie Patienten gleichermaßen informiert sein. Solche Berichte an Dritte sollten dem Patienten bekannt gemacht werden.

Insgesamt darf der Patient sich sicher sein, dem Therapeuten gegenüber auch vergangene, nicht zur Anzeige gekommene Straftaten einräumen zu können (sogar Kapitaldelikte, vgl. § 139 StGB), ohne dass dieser darüber berichten darf. Im Alltag einer deliktpräventiven Psychotherapie ist es wichtiger, das *dynamische Rückfallrisiko* im Auge zu haben. Dies ergibt sich aus einer Einschätzung des kurz-, mittel- oder langfristigen Vorliegens der RISK-Faktoren der R-N-R Analyse, unter Berücksichtigung des aktuellen Behandlungsstands der NEED-Faktoren, plus des aktuellen Zustands des Patienten und ggf. aktuelle Entwicklungen in dessen Umfeld. Wenn sich hier bedenkliche Verschlechterungen zeigen, ist es Teil der Arbeit, darauf nahezu immer nur durch den Kontakt mit dem Patienten Einfluss zu nehmen; die „Nothilfe“ nach § 34 bzw. § 323c StGB bleibt natürlich unbenommen.

#### **Kasten II: Diagnostikphase Herr Fall**

##### *Biographie*

Herr F. ist das jüngste von 7 Geschwistern, aufgewachsen in einem bürgerlichen Milieu, mit guten Bindungen innerhalb der Familie. Im fünften Lebensjahr musste er mehrfach am Ohr operiert werden und war über Wochen stationär im Krankenhaus. Noch heute hört er schlecht. Er war ein lernschwacher Schüler, der wegen seiner Langsamkeit im Denken von den Schulkameraden gehänselt wurde und ist Einzelgänger geblieben. Die Hauptschule hatte er im Jahr 2000 mit knapp ausreichenden Noten abgeschlossen. Danach bestand er innerhalb von vier Jahren eine dreijährige Ausbildung zur Förderung behinderter Menschen (Gartenbaufachwerker) mit „ausreichend“. Die Hälfte der Zeit von 2004 bis 2007 war er ohne Erwerbstätigkeit. Zwischenzeitlich war er über sechs Monate als Hausmeistergehilfe angestellt und hatte ansonsten kurzzeitige Jobs angenommen.

*Sexual- und erste Deliktanamnese*

Die Pubertät sei regelrecht verlaufen, er sei aber lange an Mädchen nicht interessiert gewesen. Mit Selbstbefriedigung habe er (erst) im 16. Lebensjahr begonnen und ab dem 21. Lebensjahr fünf Freundinnen gehabt. Mit diesen habe es „normalen Sex“ gegeben (diese Angaben betreffend war Skepsis angebracht). Man habe sich dreimal „normal getrennt“, z. B. weil man sich auseinandergelebt hatte oder Ähnliches. Von der vierten Freundin sei er jedoch „hingehalten und benutzt“ worden (es erschien nach Fremdanamnese und Aktenanalyse recht wahrscheinlich, dass dies stimmt). Diese Freundin habe mit ihm einen anderen jungen Mann eifersüchtig machen wollen, habe sich absichtlich auf seine Kontaktversuche nicht gemeldet und insgesamt viel Frust verursacht. Spätestens mit dieser Erfahrung war im Jahr 2006 die ansonsten leidlich vorhandene Tagesstruktur zusammengebrochen. Herr F. war wütend über die Frau und mit der Gesamtsituation unzufrieden, trank mehr Alkohol und spielte exzessiv PC-Spiele. Außerdem verbrachte er viel Zeit in Internet-Cafés, in denen er „chattete“. Kurz vor dem Indexdelikt sei dies alles nochmal eskaliert (Es sei auf die Serie von Brandstiftungen in dieser Zeit verwiesen, zu der die Ermittlungen eingestellt wurden. Im weiteren Verlauf der Therapie räumte er die Beteiligung daran ein; das Feuerlegen habe ihm eine gewisse Erleichterung und Befriedigung verschafft.). Zur Tat hatte er vor Gericht auf der grotesken Aussage beharrt, dass die 7-Jährige ihn „verführt“ habe. In Haft und zu Anfang der Therapie nahm er die Haltung ein, dass er „mit irgendeiner Oralsex probieren“ habe wollen und das junge Alter seines Opfers „nicht realisiert“ habe. Er habe aktuell eine Freundin, mit der er sich regelmäßig treffe und Sex habe (dies bestätigte die Freundin). Andererseits spiele Sexualität keine große Rolle, denn Geschlechtsverkehr habe es nur drei- oder viermal am Anfang der Beziehung gegeben. Seitdem mache man gemeinsame Unternehmungen und verbringe Zeit miteinander. Neben dieser zuträglichen Seite war die aktuelle Freundin, objektiv betrachtet, eine Person, die man ohne weiteres „schwierig“ nennen kann. Immer war die Bekanntschaft mit ihr auch mit viel Ärger und Schwierigkeiten für Herrn F. verbunden.

*Diagnosen nach ICD-10*

F 60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (nach SKID II), F 81.0 Lese- und Rechtschreibstörung, F 81.2 Rechenstörung

- Ohne ICD Nummer: Niedrige Intelligenz (IQ 88 nach CFT-20-R), Verdacht auf F 65.4 Pädophilie (eher „Kernpädophilie“, als „pädophile Nebenströmung“), Differentialdiagnose: „Jugendlich unerfahrenen Täter“ (nach Beier 2005)

*Kriminaldiagnostik:* PCL-SV: 9 (niedrige Ausprägung), STATIC-99: 3 (niedriges durchschnittliches Rückfallrisiko)

RISK: Verdacht auf pädophile Phantasien, Emotionsregulations-Defizite (unzuträgliche Regulation mit PC-Spielen, Brandstiftungen, Verdacht auf sexualisierte Internet-Chats mit Minderjährigen), Neigung zum Lügen („Trickser“)

NEED: zuträgliche Tagesstruktur, Erlernen von zuträglichen Coping-Strategien zur Regulation negativer Emotionen, Kognitive Umstrukturierung betreffend die Tatwahrnehmung und Darstellung, evtl. Maßnahmen zur Sozialkompetenz und zum Selbstwert

RESPONSIVITY: hinreichende Behandlungscompliance (sofern Kontrolle), im Wohnheim und am Arbeitsplatz beliebt, bindungsfähig (Familie und Freundin), bescheiden

(braucht nicht viel zum Leben), teilweise realistisch betreffend Lebens- und Arbeitsziele, nicht in der Pädophilen-Szene aktiv

## 2.2 Motivationsphase

### Beziehungsaufbau anstatt Konfrontation

In der Motivationsphase einer deliktpräventiven Psychotherapie wird der Grundstein für eine Zusammenarbeit gelegt. Erschwert wird die Anfangsphase gewöhnlich dadurch, dass der Patient die Tat leugnet oder sich weigert über das Delikt zu sprechen und jede Möglichkeit zum passiven Widerstand und Vermeidung der Teilnahme an der Therapie nutzt.

Verstehen kann man dieses Verhalten in der Regel besser, wenn man sich als Therapeut in die Lage des Betroffenen versetzt. Zuvor hat ein Strafverfahren stattgefunden, in dem Leugnen und Schweigen (im Interesse des Angeklagten) ausdrücklich rechtsstaatlich gestattet waren. Auf die berechtigte Angst vor Ablehnung oder gar soziale Ächtung wurde bereits hingewiesen. Dazu kommt, dass in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine *Inkongruenz* besteht, ganz im Sinne der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie: das *Selbstbild* des Betroffenen passt nicht zum *Fremdbild* des Urteils. Außerdem soll mit der Sexualität ein besonders *intimer Lebensbereich* thematisiert werden. Über sexuelle Phantasien – bei der Selbstbefriedigung oder beim Geschlechtsverkehr – spricht jeder gemeinhin selbst mit vertrauten Menschen nicht gerne. Sogar zwischen erwachsenen Sexualpartnern ist es eher ungewöhnlich, sich über Masturbationsgedanken auszutauschen. Wenn man sich diese ganzen Faktoren vor Augen hält, erscheint es vielmehr erstaunlich, wie viele Täter im weiteren Verlauf einer deliktpräventiven Therapie lernen über „die Sache“ zu sprechen und nicht, wie wenige es bereits zu Anfang tun.

Um diese Zeit zu überstehen, hilft es, sich vor Augen zu halten, dass die allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie (Grawe 1995: Therapeutische Beziehung, Motivationale Klärung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung) auch für Psychotherapie mit Sexualstraftätern gelten. *Gestehen ist kein Therapieziel* sollte die Grundhaltung sein (vgl. 2.3, Empirie zu Risikofaktoren) und eine Akzeptanz der abweichenden Darstellung des Patienten als normalen Anfangszustand. Oft reichen im Übrigen diskrete Veränderungen der Perspektive aus, um einen Konsens zu erzielen. Aus „So war es nicht“ kann „Nicht alles im Urteil stimmt“ werden und dann ist man schon einen Schritt weiter. Natürlich muss man die Beschreibung im Urteil zur Kenntnis nehmen. „Im Urteil steht die juristische Wahrheit“ ist erfahrungsgemäß hilfreich. Allgemein sind veränderungsförderliche Therapeutenmerkmale auch in deliktpräventiver Therapie: Empathie, Wärme, Respekt,

Interesse, Humor, Direktivität (im Sinne guter Anleitung, nicht in konfrontativem Sinne) sowie eine Kommunikation ohne Beschuldigungen („nonblaming communication“, weitere siehe Marshall et al. 2005, 2011). Die *positive Wertschätzung* des Patienten, unabhängig dessen Delikts, muss im Vordergrund stehen, damit später auf der Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung auch unangenehme Wahrheiten gesagt werden können.

### Motivierende Modelle und Maßnahmen

Besonders ist hier das „Good-lives-model“ zu nennen (Ward et al. 2003, 2004, 2007, 2011; Willis et al. 2013; zitiert nach von Franqué u. Briken 2012, ergänzt), das zusammen mit den Veröffentlichungen von Marshall (s. o.) schlichtweg einen Paradigmenwechsel in der deliktpräventiven Behandlung von Menschen eingeleitet hat. Dessen einfache Grundannahme ist, dass eine postdeliktisch zufriedenstellende Lebensführung die Wahrscheinlichkeit von Straftaten reduziere! Ehemalige Straftäter strebten nach den gleichen „Primärgütern“ wie jeder Mensch (z. B. Gesundheit, Glück, [...]). Prädeliktisch seien jedoch die Mittel dazu unzutraglich gewählt worden.

Auch eine „Komplementäre Beziehungsgestaltung“ (Grawe 1992) ist nützlich: die Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen, mindert dessen Widerstand und zwischen Sicherheitsgefühl und herausfordernden Aufgaben die Balance zu wahren, ist der Kern jeder Veränderung.

Außerdem hat sich das „Relapse-prevention-model“ (Marlatt, Gordon 1985 ff.) bewährt. Es wurde ursprünglich für die Psychotherapie von Abhängigkeitserkrankungen entwickelt. Die Unterscheidung zwischen „Fehltritt“ und „Rückfall“ macht aber auch in der deliktpräventiven Therapie Sinn und die Mechanismen unzutraglicher sexueller Verhaltensgewohnheiten und unzutraglicher Substanzkonsumgewohnheiten haben viel gemeinsam. Nicht zuletzt stärkt es auch die Aufmerksamkeit des Therapeuten dafür, dass Rückschritte und Fehlverhalten Teil jedes Veränderungsprozesses sind (vgl. auch Trans-theoretisches Modell der Veränderung, DiClemente u. Prochaska 1982, 1992 ff.).

Eine besonders „spezielle“ Vorgehensweise, im Sinne des Titels der Fachtagung, ist es, den externen Sanktionsdruck in der Therapie zu nutzen. Dabei ist natürlich Fingerspitzengefühl gefragt und es ist zu Anfang einer Therapie selten indiziert. Gerichtliche Weisungen können jedoch ein Mittel sein, initial die Therapiecompliance zu unterstützen. Als einzige Antriebsquelle reichen diese aber nie aus, zumal die Justiz einem Patienten nur das Erscheinen beim Therapeuten anweisen kann, nicht die Mitarbeit. Die sozialen und juristischen Konsequenzen erneuter Verurteilungen darzustellen, kann den Leidensdruck

erhöhen und damit die Bereitschaft, unangenehme Aufgaben auf sich zu nehmen. Es kann aber auch Schrecken und Ärger hervorrufen, die nicht mehr verhaltensanstoßend wirken, sondern Vermeidung und Rückzug provozieren. Insgesamt ist Vorsicht geboten und Erfahrung nötig, um zu wissen, welche Folgen wahrscheinlich sind und welche nicht (es kommt z. B. sehr selten vor, dass Weisungsverstöße Anlass für Haftstrafen sind). Man sollte nur Maßnahmen ankündigen, auf die man Einfluss hat und bereit sein, diese durchzuführen. Wer beim „Bluff“ erwischt wird oder Durchsetzungsstärke markiert, ohne diese zu haben, wird danach schwerlich als authentisch durchgehen. Dringend abzuraten ist von unsinnigen Formulierungen wie: „Das ist die letzte Chance!“, wie Patienten sie gern selbst verwenden. Es ist, ganz im Gegenteil, ein rechtsstaatliches Prinzip in Deutschland, dass jeder Mensch immer wieder eine Chance bekommt, ganz egal, was er gemacht hat und wie oft. Dies motiviert viel mehr zu Wohlverhalten als der Gedanke: „Jetzt ist eh´ alles zu spät!“

Es gibt unzählige andere Werkzeuge, die nützlich sind, u. a.: „Motivierende Gesprächsführung“ (z. B. Miller u. Rollnick 1995, 2004), die Prinzipien des „Selbstmanagement“ (Kanfer, Reinecker u. Schmelzer 2006) oder kurzfristige Erfolge zu verschaffen, im Sinne eines „Kontingenztmanagement“. Allgemein gilt es in dieser Phase *Veränderungsangst abzubauen*.

### **Kasten III: Motivationsphase Herr Fall**

Die therapeutische Arbeit war allgemein davon geprägt, *Veränderungsangst abzubauen*. Angesichts der nur langsamen Fortschritte des Patienten bot das Stufenmodell der Veränderung (Transaktionales Modell) Beruhigung.

#### *Zu: Therapeutische Grundhaltung*

Für Herrn F. war zu Beginn der Therapie die Idee, ein „Pädophiler“ zu sein, erwartungsgemäß noch zu schambesetzt. Es war viel *positive Wertschätzung* nötig, um überhaupt in einen Veränderungsprozess einzusteigen. Für den Beziehungsaufbau stand die Haltung im Vordergrund, dass sein Widerstand ein normaler Anfangszustand sei und dass man das Zugeben von pädophilen Gedanken nicht erzwingen könne. Als erste Perspektivveränderung bot er selber an, sich „bei jüngeren sicherer zu fühlen“. Diesbezüglich wurde interessiert nachgefragt, anstatt mit den objektiven (juristischen) Tatsachen zu konfrontieren und jedes erwünschte Verhalten im Sinne eines „Schritt in die richtige Richtung“ mit authentischem Lob „verstärkt“.

#### *Zu: Good-lives-model*

Ganz ohne das Modell als solches thematisiert zu haben, stellte Herr F. anfänglich seinen ‚Oberplan‘ (Caspar 1984) einer „Vortrefflichkeit“ in allen Lebensbereichen (vgl. Ward et al.) vor. Später relativierte er diesen und getraute sich, das realistische ‚Primärgut‘ (ebenda) einer „Verbundenheit“ mit vertrauten Personen als Lebensziel in den Vorder-

grund zu stellen, z. B. mit der aktuellen Freundin eher eine Kameradschaft anzustreben, anstatt körperliche Liebe. Von Therapeutenseite wurde eingebracht, dass er wie jeder Mensch Fähigkeiten und Fehler habe und auch nach einer Straftat das Recht habe, befriedigende Lebensperspektiven zu entwickeln.

*Zu: Komplementäre Beziehungsgestaltung*

Die Unterstützung der Therapeutin für die notwendige Entwicklung eines Sicherheitsgefühls in der Beziehung äußerte sich darin, nicht auf jedes unerwünschte Verhalten des Herrn F. mit Unmut oder gar Sanktionen zu reagieren. Die Neigung des Patienten zu impulsivem Schimpfen wurde erst einmal akzeptiert und bei Alltagsproblemen, mit Mitbewohnern oder Mitarbeitern in Wohnheim und Werkstatt, Verhaltensberatung gegeben. Damit wurden zugleich Sozialkompetenzen vermittelt und das Selbsteffektivitätsgefühl des Patienten gestärkt, auf die man in der deliktpräventiven Arbeit im engeren Sinne würde zurückgreifen können.

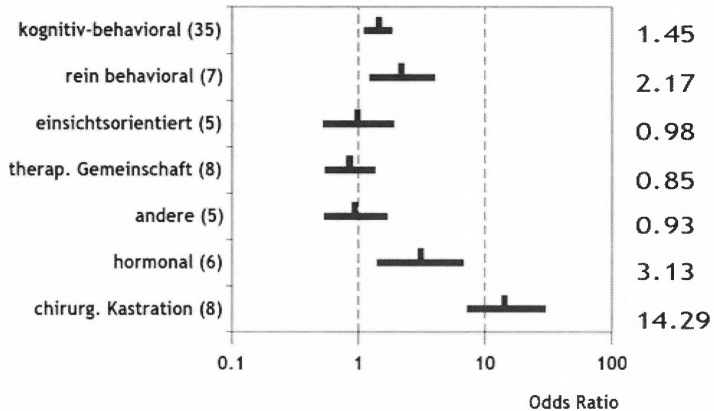
*Zu: Leidensdruck erhöhen und Relapse-prevention-model; Weisungsverstoß*

Wahrscheinlich entscheidend für die späteren Fortschritte des Patienten war ein Weisungsverstoß Ende des Jahres 2011. Herr F. stand aufgrund des Delikts unter polizeilicher Observation und wurde dabei beobachtet, wie er ein Internet-Café betrat. Das war ihm per Weisung verboten worden und die Ermittlungen ergaben, dass er dort wieder mit einer Minderjährigen „gechattet“ hatte und diese zu sexuellen Handlungen aufgefordert hatte. Die Therapeutin regte daraufhin bei der Bewährungshilfe die Eröffnung eines Gerichtsverfahrens an. Der Druck auf den Patienten, über die Angelegenheit Auskunft zu geben (in der Hoffnung, damit strafrechtliche Konsequenzen zu mildern), stieg dadurch spürbar. Dies ohne, dass er seiner Therapeutin dafür die Schuld geben konnte (bei Probanden, die unter der Maßregel „Führungsaufsicht“ stehen, besteht eine gewisse „Auskunftspflicht“ des angewiesenen Therapeuten gegenüber den zuständigen Stellen, siehe § 68a StGB).

## 2.3 Behandlungsphase

Welche Methoden sind wirksam?

Betreffend die wirksamen Behandlungsmethoden ist Stand des Wissens, dass medizinische (antihormonelle) Studien besser abschneiden als psychologisch-psychotherapeutische Studien (vgl. 1.4 Behandlung von Sexualstraf Tätern, Schmucker 2007; Dennis et al. 2012).



Metaanalyse (n=22.181, Lösel und Schmucker, 2005)

Grafik aus: Hill 2011, 3. Internationales Symposium Forensische Psychiatrie, Zürich

Differenziert betrachtet, ist natürlich nicht die Therapieschule ausschlaggebend. Der Autor o. g. Studie selbst führt an, dass entscheidend vielmehr ein *lösungsorientierter Ansatz* sei, anstatt klärungsorientiert vorzugehen. Außerdem müsse die Behandlung (neben Respekt) von *Einfachheit, Klarheit und Strukturiertheit* geprägt sein. Anders gesagt: Patienten müssen das therapeutische Erklärungsmodell für ihr Problem verstehen können. Das ist schwierig, wenn hochabstrahiert und schulspezifisch verklausuliert wird und einfacher, wenn in alltägliche Sprache übersetzt wird. Wichtig sei sowohl eine *direktive Anleitung* in der Therapie (im Sinne von „Richtungsgebend“ und im Gegenteil zu „Zieloffen“), als auch ein *flexibles Vorgehen* (vgl. 1. zu Erfolgsaussichten), um auch aktuelle Probleme der Patienten berücksichtigen zu können und diese bei der Problembewältigung zu unterstützen. Daneben seien die Prinzipien des Risk-Need-Responsivity einzuhalten und die Therapie nötigenfalls um anti-hormonelle Medikation (vgl. Behandlungsleitlinie, Algorithmus 2, S. 54) zu ergänzen (alles zitiert nach Schmucker 2007, ergänzt).

Welche Risikofaktoren sind empirisch belegt?

Betreffend die Behandlungsziele einer deliktpräventiven Psychotherapie geistern viele Mythen durch die therapeutische Landschaft. Weit verbreitet ist die Idee, ein Täter müsse „verstehen, was er gemacht hat“. Er solle „Opferempathie“ erlernen, damit er es künftig nicht mehr mache. Ohne ein „Geständnis“ sei therapeutische Arbeit nutzlos. Ist das wirklich so? Oder gilt: „There is a

lack of consistent evidence indicating that denial and minimization leads to increased recidivism“ (Ware u. Mann 2012).

Tatsächlich lässt sich eine solche Generalisierung im Licht der Ergebnisse empirischer Forschung nicht halten. Neutze (Projekt „Kein Täter werden“, Charité Berlin) hat auf dem 16. Bundeskongress der Justizpsychologen 2012 dazu eine bemerkenswerte Literaturübersicht vorgestellt (i. F. entnommen ihrem Beitrag „Pädosexualität und Gefährlichkeit“, Folie 8, Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch). Ein empirisch fundierter Risikofaktor sei die *Sexuelle Neigung* (=sexuelle Präferenzstörung, Anm. d. Verf.). Außerdem seien als Faktoren *Intimitätsdefizite* (=Bindungsschwäche, Anm. d. Verf.) belegt und *Selbstregulationsdefizite, sexuell und allgemein*. Als vierter und letzter Faktor fänden sich Belege für das Risiko von *Missbrauch begünstigenden problematischen Einstellungen* (=kognitive Verzerrungen, Anm. d. Verf.).

Mindestens ebenso interessant ist, für welche Annahmen sich keine Belege fänden: Leugnung, Opferempathie-Defizite oder Einsamkeit.

(Cortoni u. Marshall 2001, Craig et al. 2007, Feelgood et al. 2005, Hanson u. Bussière 1998, Hanson u. Morton-Bourgon 2004, Hanson et al. 2007, Knight u. Thornton 2007, Langton et al. 2008, Marshall et al. 2000, Marshall et al. 2008, Nunes et al. 2007, Olver et al. 2007, Whitaker et al. 2008; zitiert nach Neutze 2012).

#### Die vier Behandlungsbereiche deliktpräventiver Psychotherapie

Es ist festzuhalten, dass aktuelle deliktpräventive Behandlung „lege artis“ sich immer an den vier empirisch fundierten Risikobereichen orientiert (und nicht etwa an anderen, eher moralisch fundierten Annahmen).

Diese sind (Pfadanalyse nach Ward u. Siegert 2002; Ward u. Sorbello 2003, ergänzt):

#### *Defizite im sozialen Beziehungs- und Bindungsverhalten (Intimität = Nähe)*

Dieser Faktor betrifft soziale Angst und Störungen des Bindungsverhalten (vgl. Bowlby 1969b, Ainsworth 1978) aber auch antisoziales Verhalten, wenn dies auf Wissensdefiziten über prosoziale Strategien zur Erreichung von Zielen beruht (vgl. Reasoning & Rehabilitation, Ross 1986; Deutsch: Institut für forensische Psychiatrie Haina e. V. 2004).

In diesem Behandlungsbereich geht es um den Ausbau von Beziehungsfähigkeit und prosozialem Verhalten. Dies schließt soziale Kompetenz, Selbstvertrauen und Selbsteffektivität ein. Außerdem ist eingeschlossen, das eigene

Verhalten in sozialen Kontexten anhand der eigenen Biografie besser zu verstehen und ggf. neue Erfahrungen machen zu können.

### *Störungen sexuellen Beziehungsverhaltens und sexueller Interaktion*

Dieser Faktor betrifft deviante sexuelle Skripte i. S. einer Paraphilie, einschließlich ggf. sexueller Preokkupation und sexueller Anspruchshaltung sowie ggf. Lücken in der Sexualaufklärung.

In diesem Behandlungsbereich geht es um das Verstehen der eigenen sexuellen Erregungsmuster und das Risiko devianter Sexualphantasien. Außerdem um Wissensvermittlung über menschliche Sexualität in all ihren Facetten (z. B. „inklinierend“ vs. „periculär“ nach Fiedler 2004, S. 265 f., Auto- und partnerschaftliche Erotik, u. a.). Vor allem geht es darum, Fähigkeiten zur gleichberechtigten sexuellen Absprache zu entwickeln und ausschließlich erlaubte sexuelle Handlungen zu praktizieren (nicht zu verwechseln mit gesellschaftlich akzeptierten) oder sich alternativ für ein Sexualeben ohne Gegenüber oder sexuelle Abstinenz entscheiden zu müssen.

Letzteres ist im Übrigen viel weiter verbreitet, als man gemeinhin denkt. Der immer noch verwendete Begriff „Triebstörung“ verführt leider zu der irrigen Annahme, dass sexuelles Verhalten schwerer zu kontrollieren sei, als anderes Verhalten. Das ist mitnichten der Fall. Man kann sich dies einfach verdeutlichen: wie häufig in der Vergangenheit hat man von sexueller Aktivität abgesehen, obwohl man dazu Lust gehabt hätte? Wie häufig ist es bei anderen unerwünschten Aktivitäten gelungen, z. B. mehr zu essen, als nötig gewesen wäre, um den Hunger zu stillen oder weniger fern zu sehen? Tatsächlich sind sexuell motivierte Handlungen im Spektrum menschlicher Verhaltensweisen eher gut kontrollierbar und das allein kann für Patienten schon ein motivierendes „Aha!“-Erlebnis sein.

### *Fehlregulationen im emotionalen Erleben und Handeln*

Dieser Faktor betrifft Defizite in der Regulation negativer Affekte und aufgrund dessen schädliche, impulsive Reaktionen, bzw. fehlende oder unzuträgliche Copingmechanismen zur (kurzfristigen) Entlastung, wie Substanz- oder Pornografiekonsum.

In diesem Behandlungsbereich geht es um die Verbesserung des Umgangs mit negativen Gefühlen und psychischer Belastung sowie gemeinhin ein zuträgliches Selbstmanagement und Selbstorganisation in allen Lebensbereichen, einschließlich des Ausbaus euthymer Fähigkeiten wie Genuss und Humor.

### *Kognitive Defizite und kognitive Verzerrungen*

Dieser Faktor betrifft kriminogene Haltungen und Ansichten, wie zum Beispiel Chauvinismus und patriarchalische Einstellung oder die Neigung, Kinder fälschlich Erwachsenen gleich zu stellen. Außerdem geht es um Fehlwahrnehmungen bzw. Fehlinterpretationen der Realität.

In diesem Behandlungsbereich geht es darum, kritische Selbstreflexion zu üben, anhand von Wissensvermittlung über tatsächliche Zusammenhänge (z. B.: Menschen vor der Pubertät sind häufig neugierig aber haben an Sexualität speziell nie Interesse = Kinder haben keine Sexualität. Oder: Wenn Frauen „nein“ sagen meinen sie „nein“ und wer sich als Mann daran nicht hält, begeht auch in der Ehe eine Straftat). Es ist nützlich, die Neigung aller Menschen zur Selbsttäuschung in den Vordergrund zu stellen (bestätigendes Hypothesentesten, selbsterfüllende Prophezeiungen, Attributionsfehler, usw.).

### *Deliktpräventive Behandlung: Maßnahmen und Interventionen*

Es gibt eine große Zahl an potentiell deliktpräventiv wirksamen therapeutischen Interventionen in den o. g. vier Behandlungsbereichen. Natürlich bleibt es Therapeuten selbst überlassen, welche Werkzeuge für den Patienten als besonders geeignet einschätzt werden und mit welchen man selber gute Erfahrung gemacht hat, bzw. in welchen man die eigenen Stärken besonders gut zur Geltung bringen kann.

Es gibt jedoch auch ein paar wenige Maßnahmen, die in nahezu allen Veröffentlichungen zur deliktpräventiven Behandlung empfohlen werden. Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

### *Positive Verstärkung*

Diese ein wenig technisch klingende Formulierung steht letztlich für nichts Einfacheres, als für die Äußerung antikrimineller Einstellung oder beobachtete antikriminelle Verhaltensweisen Lob zu verteilen. Ganz so simpel ist es in der Praxis allerdings selten. Zu Anfang einer Therapie kann man schon froh sein, wenn sich Patienten überhaupt trauen, Bemerkungen zu machen, geschweige denn eigene Gedanken zu formulieren. Selbst wenn, sind es zumeist kriminogene Sichtweisen, Bagatellisierungen oder Schuldzuweisen an Dritte. Für den Therapeuten gilt es deswegen, besonders zu Beginn der Arbeit zu beachten, dass einerseits zwar die *Anzahl spontaner Beiträge wächst, je häufiger sie positiv konnotiert werden* (und dass Patienten sich grundsätzlich überhaupt erst einmal beteiligen, liegt im Interesse des Behandlers), andererseits aber auch in kritischen Äußerungen den Teil zu erkennen, der „in die richtige Rich-

tung geht“ und nur diesen besonders zu würdigen. Dafür darf man sich durchaus der Kunst der Beeinflussung bedienen: „Das hat mir gerade gut gefallen; sie haben unumwunden eingeräumt, dass es ihnen egal war, wer ihre Wut würde aushalten müssen! Natürlich ist das keine soziale Einstellung aber Selbsterkenntnis ist der erste Weg zu Besserung...“. Natürlich hatte der Angesprochene ursprünglich gar keine Anstalten zur Selbsterkenntnis gemacht. Mit ein wenig Glück wird er aber über die Frotzelei lachen und hat gleichzeitig verstanden, dass es darum geht, eine soziale Einstellung zu entwickeln.

Es versteht sich, dass hier wieder Fingerspitzengefühl gefragt ist, um den Bogen nicht zu überspannen. Verstärkung sollte idealerweise unmittelbar erfolgen (eine spontane Geste reicht meist schon aus). Sie muss angemessen und begründet sein und nicht überzogen wirken. Im Übrigen sollte Anerkennung immer ehrlich gefühlt oder zumindest wohlwollend gemeint sein, denn unglaubwürdiges Lob bewirkt das Gegenteil. Dafür kann mit glaubhafter Anerkennung auch konstruktive Kritik verträglich verpackt werden.

### *Modelling*

Von Psychotherapeuten erwartet man völlig zu Recht, dass eine antikriminelle Einstellung eingenommen wird und prosoziale Verhaltensweisen gezeigt werden. In dieser Rolle ist man Vorbild für die Patienten und wenn man sich anders verhält, natürlich auch. Dazu gehört für eigenes Handeln die Verantwortung zu übernehmen, aufrichtig Schwächen zuzugeben, die Rechte von anderen zu respektieren, Versprechen einzuhalten und vieles mehr. Auch für effektives Problemlösen dient man als Beispiel. Dabei ist es gewinnbringend, als „bewältigendes Modell“ zur Verfügung zu stehen (also eher dafür, eigene Schwächen kompensieren zu können), während „perfekte Modelle“ mit der (scheinbar) eigenen Fehlerlosigkeit Patienten entmutigen. Z. B.: „Es tut mir leid, dass ich zu spät zur Therapiestunde komme. Ich wollte noch etwas essen gehen und habe mich verschätzt. Weder der Verkehr, noch eine langsame Bedienung hatten damit etwas zu tun. Das passiert mir manchmal und meine Patienten müssen dann meinen Fehler aushalten. Ich verspreche Ihnen aber, mir beim nächsten Mal 10 Minuten länger Zeit für Sie zu nehmen.“

### *Kognitive Umstrukturierung*

Kognitive Verzerrungen übernehmen für (nicht nur, aber auch) Straftäter die Funktion, eigene destruktive oder unvernünftige Handlungen vor sich selber und anderen akzeptierbar zu machen. Taten „passieren“, anstatt dass diese „begangen“ werden. Es ist häufig wichtig, dass ein Patient demgegenüber erkennt, eine Straftat erst gedacht zu haben, dann geplant zu haben, dann den

Plan vorbereitet zu haben und schließlich die Tat durchgeführt zu haben. Damit hat bereits eine realitätsnähere Umdeutung der Dynamik der Tat stattgefunden. Diese als solche wirkt noch nicht zwingend deliktpräventiv. Die neue Wahrnehmung ermöglicht jedoch, spezifische Gegenmaßnahmen für die Zukunft zu entwickeln.

Ebenso häufig wird die Rolle der Opfer falsch eingeschätzt. Für die deliktpräventive Behandlung sexueller Gewalttaten ist es nötig, dass sich Therapeuten gegen gesellschaftliche Mythen, wie z. B. jenen der „widerstrebenden Hingabe“ von Frauen, stellen. Dies bleibt aber schwierig, solange sog. Liebesszenen in Filmen damit eingeleitet werden, dass in sexuell aufgeladener Situation das Weib einerseits sich sträubend vor dem Manne zurückweicht, aber andererseits gleichzeitig Bereitschaft signalisiert und sodann auf dessen entschlossenen, kraftvollen Zugriff im erzwungenen Kusse dahinschmilzt. Beispiele für solchen realitätsfernen Unsinn finden sich manchmal mehrmals täglich im Kino- und Fernsehprogramm und man darf sich nicht wundern, von Patienten darauf hingewiesen zu werden. Nicht im Einfluss zu unterschätzen ist auch die bestenfalls schablonenhafte Darstellung von sexueller Interaktion in Pornografie. Therapeuten, die noch keinen Porno gesehen haben, sollten das im Internet nachholen: völlig kostenlos und schon für einen zwölfjährigen absolut barrierefrei „anzusurfen“. Für erfahrene Erwachsene ist der gelegentliche Gebrauch solchen Stimulationsmaterials meist ungefährlich. Schwierig wird es, wenn damit suchtartig Missbehagen reguliert wird. Für sexuell unerfahrene Minderjährige ist die Orientierung an diesen leicht verfügbaren „Vorbildern“ aber regelrecht eine Katastrophe.

Missbrauchstäter dagegen führen häufig an, dass das Kind doch „mitgemacht, also selber gewollt“ habe. Sie unterschätzen dabei natürlich die Manipulierbarkeit kindlicher Opfer, anders gesagt: wie häufig Kinder das tun, was Erwachsene von ihnen verlangen. Selbstverständlich haben Kinder „ein Recht auf Liebe“ aber damit ist nie die körperliche Liebe gemeint (selbst wenn ein Kind neugierig das betastet, was man ihm hinhält und sich nicht gegen Anfassen im Intimbereich wehrt). „Kernpädophile“ sind darüber hinaus eine besondere Gruppe der Missbrauchstäter, die nie Gewalt anwenden würden, weil sie ihren geliebten Kindern nichts Böses tun wollen. Ihre Taten gründen in einer Phantasiewelt, in denen Kinder die gleichen Rechte wie Erwachsene haben und bereits selber entscheiden könnten, was gut für sie sei. Das können Kinder freilich nicht, sondern nehmen meist (wenngleich zum Glück nicht unter allen Umständen) schweren Entwicklungsschaden aufgrund von Missbrauchstaten.

Eine Intervention kann sein: „Würden sie eine(n) 7-Jährige(n) mit ihrem Auto fahren lassen? Warum nicht? Wenn sie es unverantwortlich finden, weil 7-Jährige mit einem solchen Gerät noch nicht umgehen können – und damit

haben sie Recht – warum glauben sie, dass 7- Jährige schon sexuelle Partnerschaft verstehen können? Sexuelle Interessen, wie Selbstbefriedigung, haben bei ihnen doch sicher auch erst mit dem Einschließen der Sexualhormone während der Pubertät begonnen?“ Wenn „Kernpädophile“ die Folgen ihrer Handlungen im Verlauf einer Therapie begreifen, muss man als Therapeut die Suizidprävention im Auge haben.

Es versteht sich, dass ein Verstehen alleine kein sicherer Schutz vor Rückfall ist. Es wurde bereits ausgeführt, dass Handlungen unterlassen zu wollen und dazu in der Lage zu sein, verschiedene Dinge sind.

### *Arbeit an sexuellen Phantasien*

Die therapeutische Arbeit mit den sexuellen Phantasien des Patienten gehört zu den schwierigsten Aufgaben und ist gleichzeitig eine der wichtigsten. Deviante sexuelle Phantasien sind die stärksten Prädiktoren für einschlägige Rückfälle (Hansson u. Bussiére 1998). Diesen Lebensbereich zu erkunden, ist Therapeuten wie Patienten gleichermaßen unangenehm. Dabei ist man fast immer ausschließlich auf Selbstberichte angewiesen. „An was denken Sie, bei der Selbstbefriedigung?“ „Ach, an ganz Normales.“ Es gehört einerseits dazu, sich mit solchen Antworten nicht zufrieden zu geben. Man kann ohne Weiteres davon ausgehen, dass deviantem Sexualverhalten immer deviante Phantasien voraus gegangen sind – was auch sonst. Andererseits hat der Patient ein Recht darauf, dass man seine verständliche Scham bei der Exploration berücksichtigt. Dass es den nahezu ausschließlich männlichen Patienten generell leichter falle, Sexualphantasien mit männlichen Therapeuten zu besprechen, lässt sich aus der Praxis nicht bestätigen. Vielmehr ist immer eine gute therapeutische Beziehung Voraussetzung für eine ehrliche Auseinandersetzung. Nicht wenige Täter geben an, dass ihnen die Arbeit gegenüber verständnisvollen Frauen sogar leichter falle.

Um in die Offenlegung der Phantasietätigkeit einzusteigen, bietet sich die Intervention „Normalisierung“ an: „Jeder Mensch hat sexuelle Phantasien, denn Sex findet nicht zwischen den Beinen statt, sondern zwischen den Ohren! Für eine befriedigende sexuelle Betätigung bedarf es zuerst einer sexuellen Erregung, beim Mann die Erektion, bei der Frau die Lubrikation. Wenn eines davon fehlt, ist Geschlechtsverkehr zumindest sehr viel schwieriger. Wie erreichen Menschen sexuelle Erregung? Natürlich indem sie sich lustvolle Gedanken machen! Sie können es meinethalben `freudige Erwartungshaltung` nennen, aber letztlich ist es bei beiden Geschlechtern nichts anderes, als eine sexuelle Phantasie!“

*Empathietraining: Für und Wider*

Es wurde bereits angesprochen, dass sich für einen globalen Empathiemangel von Sexualstraf Tätern keine Hinweise finden. Warum wird dennoch Empathieübernahme trainiert? Das wird es gar nicht; zumindest sollte dies nicht ohne Ansehen des Einzelfalls geschehen. Häufiger ist es, dass ein Perspektivwechsel trainiert wird. Untersuchungen zeigen, dass Täter häufig ein spezifisches Empathiedefizit gegenüber ihren Opfern haben (Fernandez, Marshall, Lightbody u. O'Sullivan 1999). Die Ursachen dafür sind nicht erfasst, aber wahrscheinlich so individuell, wie die Täter selbst. Hier sind die diagnostischen Fähigkeiten der Therapeuten gefragt.

Liegt eine Kernpädophilie vor, ist es geradezu ein Kunstfehler, den Patienten nicht in die Lage zu versetzen, die Tat aus Sicht seiner Opfer sehen zu können. Man kann dies auch „Empathietraining“ nennen, wenngleich gerade bei dieser Gruppe die Fähigkeit zur Empathie fast immer gegeben ist. Es fehlt lediglich an Wissen.

Vermeidet ein Täter dagegen durch Externalisierung und Bagatellisierung eigene Schuldgefühle, soziale Ächtung oder gar juristische Sanktionen, weil er sich des Verwerflichen der Tat bewusst ist, muss man vorsichtiger vorgehen. Ein Training zum Perspektivenwechsel macht erst dann Sinn, wenn zuvor Fähigkeiten trainiert wurden, mit den zu erwartenden emotionalen Reaktionen umzugehen.

In dem Fall eines Patienten, der Sexualstraftaten aufgrund eines Sexuellen Sadismus (ICD-10 F 65.5) begangen hat, ist es dagegen ein Kunstfehler, diesen anzuhalten, die Perspektive seines Opfers einzunehmen oder gar dessen Gefühle nachzuempfinden! Wenn das Zufügen von Verletzungen zur Stimulation erotischer Gefühle notwendige Bedingung ist, erreicht man mit „Opferempathie“ genau das Gegenteil. Glücklicherweise ist ein schädlicher Sadismus ausgesprochen selten. Die bei weitem überwiegende Zahl der Menschen mit dieser Diagnose lebt ihre Neigung partnerschaftlich aus bzw. in den einvernehmlichen Settings der sadomasochistischen Szene.

Letztlich macht ein „Empathietraining“ paradoxerweise nur dann Sinn, wenn die grundlegende Fähigkeit zur Empathie bereits gegeben ist. Falls nicht (v. a. bei sehr hohen Ausprägungen auf der „Psychopathy“-Skala) hilft das beste Training nichts.

*Besonders „spezielle“ Vorgehensweise in der deliktpräventiven Behandlung*

Wie in allen anderen Psychotherapien entwickeln sich auch in deliktpräventiver Behandlung Fortschritte häufig anhand externer Ereignisse. Manche

kommen unerwartet. Anderen kann man als Therapeut durchaus zuarbeiten, wenn man sich zutraut, die möglichen Folgen für den Patienten zu überblicken und anhaltenden Schaden abzuwenden. Ein Beispiel dafür findet sich im Kasten II. Ein weiteres Beispiel wäre „begleitetes Scheitern“, wenn der Patient sich nicht von unvernünftigen und absehbar zum Scheitern verurteilten Aktionen abbringen lässt. Mit „paradoxen Interventionen“ muss man schon gemeinhin vorsichtig sein; dies gilt doppelt für Menschen, bei denen die Gefahr von Deliktrückfällen besteht, wenn eine Maßnahme scheitert! Alle solche Interventionen müssen gut durch eine Anpassung des Behandlungssettings (z. B. durch Erhöhung der Kontaktfrequenz, Erreichbarkeit des Therapeuten auch zu ungewöhnlichen Zeiten oder die Möglichkeit von „notfallmäßigen“ Terminen) berücksichtigt werden.

Bei allen Risiken bergen extern verursachte „System-Destabilisierungen“ aber auch die unschätzbare Chance, unzuträgliche Strukturen aufzubrechen und gemeinsam mit dem Patienten neue, zuträglichere Strukturen aufzubauen.

### *Weitere Techniken*

Auch für den Bereich der Behandlung ist auf die Vielzahl von Interventionen und Maßnahmen zu verweisen, die in anderen Psychotherapien als wirksam erprobt wurden. Dies sind u. a. widerstandsreduzierende Gesprächsführung, das Stellen von offenen Fragen, gleichzeitig dem Patienten zugewandt sein wie eine gesunde Distanz einzuhalten, das Therapierational schrittweise offen zu legen, konkrete Hilfestellung zur Lösung von Problemen zu geben und vieles mehr.

Vor allem steht ein Bereich in der deliktpräventiven Behandlung immer im Vordergrund: *Kontakt halten!*

Im Gegensatz zu anderen Psychotherapien ist für Psychotherapeuten dieser Klientel unabdingbar, dem Patienten „hinter her zu laufen“. Das ist schon deswegen zumutbar, weil es eben nicht nur um das Wohl der Patienten geht, über das jeder selbst entscheiden könne. Sondern bei deliktpräventiver Behandlung liegt ein *gesellschaftlicher Auftrag* vor: alles Nötige zu tun, um die Wahrscheinlichkeit erneuter Delikte zu reduzieren! Die Mindestbedingung dafür ist, auch wenn es zwischendurch schwierig wird, mit dem Patienten Kompromisse zu schließen, um im Kontakt zu bleiben.

### Troubleshooting: Umgang mit Leugnern

So häufig Patienten am Anfang einer Therapie alles weit von sich weisen, so selten tut es mal einer auch am Ende einer Therapie. Der Umgang damit ist

entscheidend. Wer Verständnis für den Selbstschutz des Probanden aufbringt, kann Widerstand eher aufnehmen, umgehen und umleiten oder auch manchmal schlicht geduldig abwarten.

Auf die Wichtigkeit vertrauensbildender Maßnahmen wurde bereits hingewiesen, z. B. tatkräftige Unterstützung bei anderen Problemen. Sehr vorsichtig sollte man das Herausstellen der positiven Folgen eines Einräumens einsetzen; meist wiegen die negativen Folgen für die Person des Täters lange Zeit schwerer. Mehr hilft häufig, die Angst davor zumindest in dem begrenzten Raum der Psychotherapie zu senken, indem man bei anderen problematischen Offenbarungen tatsächlich beweist, dass man die Schweigepflicht einhält.

Zudem gibt es verschiedene Ausprägungen des Leugnens. Z. B. könnte jemand, der wegen schweren Missbrauchshandlungen an den eigenen Kindern verurteilt wurde, unvermittelt davon berichtet, wie er seine Kinder besonders ausführlich und offenkundig übergriffig sexuell aufgeklärt habe. Das ist ein Vertrauensbeweis, der interessiertes Nachfragen verdient hat aber auch wieder entlastendes Ruhenlassen, bis zu nächsten Gelegenheit.

Wenn scheinbar nichts hilft, tut es oft der Blick auf die Rückfallrisiken: Leugnen allein ist kein Rückfallrisiko und man kann die erfassten Risiken fast immer auch ohne Tateinräumung behandeln.

#### **Kasten IV: Behandlungsphase Herr Fall**

Von Mitte 2011 bis Sommer 2012 leugnete Herr F., pädosexuelle Phantasien zu haben. Er mache noch nicht einmal Selbstbefriedigung; das „brauche“ er nicht, sondern wolle eine „erwachsene Partnerschaft“. Dann traten in rascher Folge mehrere externe Stressoren auf

##### *Externes Ereignis Weisungsverstoß*

Gegen Herrn F. erfolgte eine Strafanzeige, da er auf einer Internetseite einer 12-Jährigen die „Entjungferung“ angeboten habe und Sexspiele offeriert habe (siehe Kasten III). Seine Eltern kündigten daraufhin an, den Kontakt zu ihm abzubrechen. Diese Aussicht stürzte den Patienten in tiefe Verzweiflung. In seiner Not holte er sich von seiner Therapeutin Beratung – was er in der Anhörung vor Gericht sagen solle? Ihm wurde zugera-ten, diesmal alles so zu sagen, wie es gewesen sei. Wenn die Polizei ihn beobachtet habe und das Chat-Protokoll vorliege, würde Leugnen die Justiz nur gegen ihn einnehmen. Herr F. räumte daraufhin vor Gericht die Tat ein und berichtete darüber hinaus dem Richter, dass er pädophile Phantasien habe. Gegenüber seiner Therapeutin räumte er außerdem ein, dass er das Indexdelikt (Missbrauch einer 7-Jährigen, siehe Kasten I) geplant habe. Er habe die Tat damals gedanklich vorgestaltet und sich dabei genau überlegt, als „falscher Polizist“ Kinder zu manipulieren.

Überraschend wurde das Verfahren betreffend den Weisungsverstoß dennoch eingestellt. Offenbar hatte die 12-Jährige, mit der Herr F. „gechattet“ hatte, frühzeitig im Verlauf

„Lunte gerochen“ und ihren Vater vor den Computer geholt, der daraufhin den Chat an ihrer statt geführt hatte – es gab also kein Tatopfer. Zuerst bekam der Patient daraufhin wieder „Oberwasser“. Erst als die Staatsanwaltschaft Berufung einlegte und das Ergebnis des Verfahrens wieder offen schien, destabilisierte ihn dies erneut soweit, dass er auf Anfrage seiner Therapeutin einwilligte, sich mit Antiandrogenern behandeln zu lassen (sog. „Triebdämpfung“) um die pädophile Phantasietätigkeit in den Griff zu bekommen.

#### *Zu Risikofaktoren/Behandlungsbereichen*

Es wurden zwei Hauptbereiche der Behandlung erhoben: **Fehlregulationen im emotionalen Erleben und Handeln; Störungen sexuellen Beziehungsverhaltens und sexueller Interaktion.**

Der Schwerpunkt der Behandlung lag entsprechend in der Verbesserung des Umgangs mit negativen Gefühlen und Stress (Selbstmanagement) sowie im Verstehen der eigenen sexuellen Erregungsmuster (Pädophilie) und des erhöhten Rückfallrisikos aufgrund devianter sexueller Phantasien.

#### *Zu: Deliktpräventive Behandlung, Maßnahmen und Interventionen*

Zum Aufbau von Vertrauen hatte die Therapeutin dem Patienten initial Hilfestellung zur Lösung aktueller Probleme gegeben. Außerdem waren alle Bemerkungen und Verhaltensweisen, die „in die richtige Richtung“ gingen, gezielt verstärkt worden. Dazu gehörten z. B., subjektive Lösungsansätze des Patienten selber zu Deliktprävention und zum Stresscoping vorerst zu unterstützen, auch wenn diese noch nicht weit genug gingen. Darüber hinaus diente die Therapeutin als Modell: Fehler sind einzugestehen, Probleme zu besprechen. Es wurde reichlich Psychoedukation gegeben (z. B., dass es durchaus möglich sei, „ein Pädophiler“ zu sein, *ohne* Straftaten zu begehen. Gemeinhin hält man dies für unmöglich, aber allem Anschein nach gibt es viele Menschen mit pädophiler Präferenzstörung, die nie pädosexuelle Delikte begehen; vgl. Projekt „Kein Täter werden“).

Im weiteren Verlauf der Therapie konnten über eher deliktunspezifische Interventionen auch delikt spezifische Maßnahmen vorangetrieben werden. Hier galt devianten Sexualphantasien (wie die „Entjungferung“ eines pubertierenden Mädchens) das Hauptaugenmerk. „Kognitive Umstrukturierung“/„Empathietraining“ spielte eher eine untergeordnete Rolle. Globale empathische Fähigkeiten waren gegeben und auch die schädlichen Folgen für die Tatopfer konnte der Patient ohne weiteres nachvollziehen. Die grotesken Einlassungen während der Indexdelikt-Gerichtsverhandlung und im Gefängnis bzw. zu Anfang der Therapie (selber verführt worden zu sein, mit „irgendeiner“ Oralsex zu versuchen), hatten v. a. die Funktion gehabt, sich gegen juristische und soziale Sanktionen zu schützen. Nachdem Gespräche zwischen der Familie und der Therapeutin Herrn F. Sicherheit gegeben hatten, dass die Eltern auch zu ihm halten würden, wenn er „ein Pädophiler“ sei, bzw. den Angehörigen einzig Deliktfreiheit wichtig sei, konnte er Bagatelisierung und Externalisierung aufgeben.

## **2.4 Perspektivphase**

Insbesondere in der Perspektivphase wird es wichtig, dass Formulierungen eher vom Patienten selbst kommen und *in dessen eigenen Worten* dokumentiert werden. Bis zu diesem Zeitpunkt hat der Therapeut eher mehr Einfluss auf die Inhalte als sonst in Psychotherapien üblich. Ab diesem Zeitpunkt ist es umgekehrt.

Den Betroffenen nur noch „ergebnisoffen“ in der Entscheidungsfindung zu unterstützen, anstatt ihm „Worte in den Mund zu legen“, erfüllt gleich mehrere Funktionen. Nur das, auf was der Patient von sich aus gekommen ist, hat eine realistische Chance auf Umsetzung und wird er wahrscheinlich erinnern. Außerdem ist diese Vorgehensweise die einzig valide Möglichkeit, den Stand der Psychotherapie zu überprüfen.

### Erstellen von Entwicklungszielen

Am Anfang vom Ende einer deliktpräventiven Psychotherapie sollte der Patient zur Frage angehalten werden, welche Person er anstrebe, zukünftig zu sein. Im Behandlungsmanual des Sex Offender Treatment Program (SOTP-Behandlungshandbuch 2006, HM Prison Service 2006; Deutsch: Behörde für Justiz und Gleichstellung, Hamburg) wird dieser Aspekt z. B. unter dem eingängigen Titel „old me – future me“ behandelt. Dem Therapeuten kommt die Aufgabe zu, darauf zu achten, dass Lebens- und Entwicklungsziele gewählt werden, die sowohl die Lebensqualität verbessern, als auch die Wahrscheinlichkeit für erneute Taten verringern (sensu Good-lives-model). Die Ziele sollten entsprechend sowohl allgemein, als auch deliktspezifisch formuliert werden. Leistungsziele sind nicht sinnvoll; besser ist es, zwischen „Perfektem Ziel“ und „Mindestziel“ zu unterscheiden. Überhaupt sollte man sich am „real existierenden Leben“ orientieren und darauf achten, dass der Patient einen „Plan B“ hat, wenn die Umstände ihm „einen Strich durch die Rechnung“ machen.

Kurz gesagt: es sind realistische Ziele zu wählen, diese in Unter- bzw. Zwischenziele aufzugliedern und alternative Ziele vorzubereiten.

### Erstellen von Selbstmanagement-Plänen

In der Mitte vom Ende einer deliktpräventiven Psychotherapie steht die Erstellung sog. „Selbstmanagement“-Pläne. Die Frage ist, wie will der Patient seine Ziele erreichen? Idealerweise ist er zu diesem Zeitpunkt bereits in der Lage, selbst seine Stärken und Schwächen aufzulisten.

Anhand dessen können (spätestens jetzt) passende Copingmechanismen entwickelt werden, um mit riskanten Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen umzugehen. Dem Therapeuten kommt die Aufgabe zu, Frühwarnzeichen, Hochrisikosituationen und zu erwartende externe Probleme zu ergänzen. Ein „zu viel“ gibt es dabei nicht. Im Gegenteil ist Redundanz wichtig und es sind am besten immer mehrere „Hilfsmittel“ zu identifizieren, falls andere situationsbedingt ausfallen sollten.

Kurz gesagt, ist darauf zu achten, dass die Copingmechanismen zweckmäßig sowie durchführbar, ausreichend und notwendig sind (abgeleitet aus den Kriterien für die Genehmigung einer GKV Psychotherapie).

### Erstellen eines Rückfallvermeidungsplans

Rückfallvermeidungspläne oder gar „Notfall-Zettel“ sind ein wenig aus der Mode gekommen. Dabei profitieren Patienten von leicht greifbaren „1. Hilfe“-Aufstellungen. Einige führen zu Recht an, dass es insbesondere in Risikosituationen schließlich schwierig sei, bedacht zu bleiben, einen Überblick zu haben und eigenes Verhalten zu reflektieren. Ein Rückfallvermeidungsplan enthält die Information, welche rückfallvermeidenden Methoden, in welcher Situation, angewandt werden können, um das Entwicklungsziel (sensu: „future me“) zu erreichen.

Um sicher zu erheben, welche Copingmechanismen (Verhaltensvorgaben, Anlaufstellen, etc.) in welcher Situation tatsächlich ggf. verfügbar sind, sind mögliche Situationen ausführlich zu besprechen. Wieder gibt es kein „zu viel“. Ein idealer Rückfallvermeidungsplan enthält erschöpfend, aber übersichtlich, alle gewöhnlichen und eher ungewöhnlichen Risikosituationen. Insbesondere: konkrete Copingmechanismen zu Tag- und Nachtzeiten, in Situationen mit niedrigem, mittlerem und hohem Risiko, allein und in der Gruppe, Verhalten nach einem „Lapse“ und nach einem „Relapse“ und allem, was Patient oder Therapeut noch dazu einfällt. Alles ist möglichst alltagsnah „in sensu“ durchzuspielen und dabei ggf. auf tatsächliche Risikosituationen der Vergangenheit – vor und während der Therapie – zu beziehen.

Am Ende einer deliktpräventiven Psychotherapie ist der Rückfallvermeidungsplan, übersichtlich gestaltet, dem Patienten als „Quintessenz der Therapie“ zu übergeben (evtl. kann man an dieser Stelle auch über aktuarisches Risiko und R-N-R-Analyse Transparenz herstellen, siehe 2.1). Ein Extrakt dessen, mit Methoden, Namen und Kontaktmöglichkeiten von Ansprechpartnern (v. a. Telefonnummern) kann als „Notfall- /1. Hilfezettel“ auf eine geldbörse-taugliche Karte übertragen werden. Jeder Notfallzettel sollte darüber

hinaus die Notrufe 110/112 oder die Adresse der regionalen Psychiatrie erhalten, denn „wenn alle Stricke reißen“ findet jeder Mensch über diese Einrichtungen ggf. die Möglichkeit, sich selber kurzfristig „aus dem Verkehr zu ziehen“.

#### **Kasten V: Perspektivphase Herr Fall**

Da die Psychotherapie zum Zeitpunkt dieses Beitrags noch nicht abgeschlossen war, kann kein endgültiges Fazit gezogen werden.

##### *Zu Ziele und Pläne*

Herr F. stellte für sich das Ziel auf, mindestens mittelfristig im Setting von Wohnheim und Rehawerkstatt zu bleiben. Er benötigte die Unterstützung, die ihm dort zuteilwürde und profitiere von der externen Strukturierung. Eine neue Ausbildung, die er noch am Anfang der Therapie präferiert hatte, war kein Thema mehr, sondern er erkannte seine begrenzte Belastungsfähigkeit an. Die langfristige Planung war noch nicht abgeschlossen. Eine einfache Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt war für ihn eher kein Thema. Zu einem späteren Zeitpunkt das Experiment einer eigenen Wohnung zu wagen, schloss er nicht aus. Es bestanden weiterhin Wünsche nach Partnerschaft und eigener Familie; insbesondere dieser Bereich würde weiter behandelt werden müssen.

##### *Zu Behandlungsbereichen: Emotionsregulation und Paraphilie*

Herr F. kannte inzwischen seine Deliktdynamik gut; zumindest konnte er auf Anfrage „alles hersagen“. Er nahm verlässlich eine antiandrogene Medikation ein; der Testosteronspiegel war dadurch bis auf „Kastrationsniveau“ abgesunken. Er erlebte es als entlastend, dass zwar weder Libido noch Potenz vorhanden sei, die pädophilen sexuellen Phantasien aber ebenso erheblich zurückgegangen seien. Völlig verschwunden seien diese nicht (eine Aussage, die in ihrer Differenziertheit glaubhaft erschien).

Mit belastenden Lebenssituationen – wie Stress im Wohnheim, mit Bediensteten oder Mitbewohnern, konnte er inzwischen gut umgehen. Er leitete ggf. selber klärende Gespräche ein und machte bei diesen und anderen Gelegenheiten betreffend eigener und anderer Leute Stärken und Schwächen (bzw. lösbarer und unlösbarer Probleme) einen deutlich differenzierteren und reflektierteren Eindruck.

Es stand jedoch noch aus, die Beziehung zur Freundin (vgl. Kasten II) „auf den Prüfstand“ zu stellen, bzw. die Vorteile einer Kameradschaft (ohne Sexualität) abzuwägen mit dem Stress, den ihre Eigenarten über Gebühr mit in sein Leben brachten.

##### *Zu Rückfallvermeidung*

Sein Umgang mit Risikosituationen war deutlich besser geworden. Da er zusätzlich unter externer Kontrolle der Polizei stand, hatte es keine weiteren Weisungsverstöße (wie ein Internet-Café zu betreten) mehr gegeben. Er hatte bereits alle „Notfallnummern“ seiner Ansprechpartner in Risikosituationen zur Hand. Zudem war das Verfahren zum angezeigten Weisungsverstoß in eine Phase getreten, die durchaus mit der Unterbringung in

einem psychiatrischem Krankenhaus „auf Bewährung“ (§ 67b StGB) enden konnte. Eventuell würde damit eine Verlängerung der Bewährungs-/Führungsaufsicht und Betreuung verbunden sein.

Als weitere Ziele stand natürlich ein dauerhaftes Aufgeben von insbesondere externen Möglichkeiten zur Internet-Nutzung in Cafés zur Disposition (für eigene Zugänge lässt sich dagegen selber ein „Filter“ bzw. eine Sperre installieren, die einen Zugriff erheblich verkompliziert). Von Therapeutenseite war das Konzept eines „aufgeklärten, bekennenden Pädophilen“ denkbar, was schon an sich eine Minderung des Rückfallrisikos mit sich bringt. Zudem könnte man eine dauerhafte, ggf. niederfrequente therapeutische Begleitung installieren; angesichts des Ursprungsdelikts sicher nicht zu viel der Maßnahme.

Als vorläufiges Fazit lässt sich sagen: es ist noch nicht alles gelöst, aber vieles klarer und etliches besser.

Es wurde eingangs darauf verwiesen, dass sich eine deliktpräventive Behandlung immer an individuellen Risiken und Therapiezielen orientieren sollte, die v. a. in der R-N-R-Analyse und den Behandlungsbereichen 1-4 Niederschlag finden.

Aufgrund der (meist) Einbindung in einen justiziellen Rahmen, kann der deliktpräventiv arbeitende Therapeut nicht immer das Ende einer Psychotherapie bestimmen. Eventuell läuft die Bewährungszeit ab und damit die Finanzierung der Therapie, bevor man „mit einem guten Gefühl den Patienten ziehen lassen“ kann. Zum Glück heißt auch „ein schlechtes Gefühl“ nicht, dass der Patient es nicht dennoch schafft, ohne Rückfall zu bleiben. Es gehört zu einer deliktpräventiven Therapie lediglich dazu, am Ende der Behandlung ein Fazit zu ziehen, in wie weit die gesteckten Behandlungsziele erreicht wurden.

Es ist in jedem Fall davon abzuraten, sich gegenüber wem auch immer auf schriftliche Bestätigungen einzulassen, dass nunmehr kein Rückfallrisiko mehr bestehe; das ist ggf. damit beauftragten Gutachtern zu überlassen (und auch diese befinden immer nur auf niedrige, mittlere oder hohe Rückfallwahrscheinlichkeit; niemals auf *keine*).

Letztlich kann man von Psychotherapeuten nicht erwarten, dass alle deliktpräventiv behandelten Patienten für alle Zeiten ohne Rückfall blieben, geschweige denn ohne irgendeine Straftat.

Es ist von den in diesem Bereich tätigen Therapeuten lediglich zu erwarten, dass sie eine Behandlung „nach den Regeln der Kunst“ durchführen und das ist in der Regel schon anspruchsvoll genug.

## Literatur

- Abracen, J., Looman, J. & Anderson, D. (2000). Alcohol and drug abuse in sexual and nonsexual violent offenders. *Sex Abuse. Oct. 12(4)*, 263-274.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allnutt, S. H., Bradford, J. M. W., Greenberg, D. M. & Curry, S. (1996). Comorbidity of alcoholism and the paraphilias. *Journal of Forensic Sciences*, 41, 234-239.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011) The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior* 38, 735.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1998, 2003, 2006, 2010a). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2008). *The Level of Service/Risk-Need-Responsivity (LS/RNR)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment, *Crime Delinquency* 52, 7-27.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2001). *Level of Service Inventory-Revised (LSI-R): User's manual*. North Tonawanda, NY, Multi-Health Systems.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. L. (1995, 1997). *The Level of Service Inventory – Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Andrews, D., Bonta, J. & Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17 (1), 19-52.
- Backhaus, A. (2013, 02.02.). Vergewaltigung auf dem Tahrir-Platz. *Die Welt*, entnommen: [http://www.welt.de/print/die\\_welt/politik/article113318641/Vergewaltigung-auf-dem-Tahrir-Platz.html](http://www.welt.de/print/die_welt/politik/article113318641/Vergewaltigung-auf-dem-Tahrir-Platz.html).
- Beier, K. M., Bosinski, H. A. G. & Loewit, K. K. (2005). *Sexualmedizin (2. Auflage)*. Jena: Urban & Fischer.
- Berger, P., Berner, W., Bolterauer, J., Guitierrez, K. & Berger, K. (1999). Sadistic personality disorder in sex offenders: Relationship to antisocial personality disorder and sexual sadism. *Journal of Personality Disorders*, 13, 175-186.

- Berner, W., Briken, P. & Hill, A. (Hrsg.) (2007). *Sexualstraftäter behandeln, mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Berner, W., Hill, A., Briken, P., Kraus, C. H. & Lietz, K. (Hrsg.) (2007). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd. 8: Behandlungsleitlinie Störungen der sexuellen Präferenz*. Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (Hrsg.), Darmstadt: Steinkopff.
- Berner, W., Berger, P., Guitierrez, K., Jordan, B. & Berger, K. (1992). The role of personality disorder in sex offenders: Relationship to antisocial personality disorder and sexual sadism. *Journal of Personality Disorder*, 13, 175-186.
- Berner, W. & Karlick-Bolten, E. (1985). Vergleich zwischen „Paraphilie“ und „sexuellen Impulshandlungen“ bei Sexualdelinquenten. *Forensia* 5, 157-173.
- Blaske, D. M., Borduin, C. M., Hengeler, S. W. & Mann, B. J. (1989). Individual, family and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. *Developmental Psychology*, 25, 846-855.
- Blocher, D., Henkel, K., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J. & Rösler, M. (2001). Symptome aus dem Spektrum des hyperkinetischen Syndroms bei Sexualdelinquenten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69, 453-459.
- Bowlby, J. (1969b). *Attachement and loss. Vol. 1-3*. New York: Basic Books.
- Caspar, F. M. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In Urs Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie : Makro-/Mikroperspektive* (S. 177-197). Göttingen: Hogrefe.
- Chantry, K. & Craig, R. J. (1994). Psychological screening of sexually violent offenders with the MCMI. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 430-435.
- Cortoni, F. A. & Marshall, W. L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 27-43.
- Craig, L. A., Thornton, D., Beech, A. & Browne, K. D. (2007). The relationship of statistical and psychological risk markers to sexual reconviction in child molesters. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 3, 314-329.
- Dahle, K. P. (2005). *Psychologische Kriminalprognose. Wege zu einer integrativen Methodik für die Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit von Strafgefangenen*. Herbolzheim: Centaurus.
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J. & Duggan, C. (2012). *Psychological interventions for adults who have sexually*

- offended or are at risk of offending (Review). The Cochrane Collaboration. JohnWiley & Sons, Ltd.
- Dhawan, S. & Marshall, W. L. (1996). Sexual abuse histories of sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 7-15.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), Kapitel V (F)*, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Verlag Hans Huber.
- Endrass, J., Rossegger, A., Urbaniok, F. & Borchard, B. (Hrsg.) (2012). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Egg, R. (2000). Rückfall nach Sexualstraftaten. *Sexuologie* 7 (1), 12-26.
- Feelgood, S., Cortoni, F., Thompson, A. (2005). Sexual coping, general coping and cognitive distortions in incarcerated rapists and child molesters. *J Sex Aggr* 11, 157-170.
- Fernandez, Y. M., Harris, A. J. R., Hanson, R. K. & Sparks, J. (2012). *STABLE-2007 Coding Manual Revised 2012*.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S. & O'Sullivan, C. (1999). The child molester empathy measure. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 17-32.
- Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung*. Weinheim, Basel: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Franqué, v. F. & Briken, P. (2012). Das „Good Lives Model“ (GLM). *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Freese, R. (1998). „Die Psychopathy Checklist“ (PCL-R und PCL-SV) von R. D. Hare und Mitarbeitern in der Praxis. In: Müller-Isberner, R., Gonzalez Cabeza, S. (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie. Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose* (S. 81-98). Godesberg, Mönchengladbach: Forum.
- Freese, R., Müller-Isberner, R. & Jöckel, D. (1996). Psychopathy and comorbidity in a German hospital order population. In Cooke, D. J., Forth, A. E., Newman, J. P., Hare, R. D. (Eds.). *Issues in criminological and legal psychology: No. 24, International perspective on psychopathy* (S. 45-46). Leicester, UK: British Psychological Society.
- Friendship, C., Mann, R. E. & Beech, A. R. (2003). Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales. *J Interpers Violence*. 18(7), 744-759.

- Gerste, M. (1997). Endlich: Vergewaltigung in der Ehe gilt künftig als Verbrechen. *Zeit online* 16.05.1997, entnommen: <http://www.zeit.de/1997/21/ehe.txt.19970516.xml>.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In Margraf, J., Bregelmann, J. C. (Hrsg.). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger-Verlag.
- Gsteiger, F. (2012). Sexuelle Gewalt im Krieg soll geahndet werden. *srf.ch* 1.12.12, entnommen: <http://www.srf.ch/news/international/sexuelle-gewalt-im-krieg-soll-geahndet-werden>.
- Hanson, R. H. & Harris, A. J. R. (2008). *ACUTE-2007 Scoring Guide*.
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T. L. & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project*. Ottawa: Public Safety Canada.
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: an updated Meta-Analysis*. Ottawa, Ontario: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L. & Seto, M. C. (2002). First reports of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 14, 169-194.
- Hanson, R. K. & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R. K. & Slater, S. (1988). Sexual victimization in the history of child abusers: A review. *Annals of Sex Research*, 1, 485-499.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.)*. Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
- Harten, H.-C. (1995). *Sexualität, Missbrauch, Gewalt. Das Geschlechterverhältnis und die Sexualisierung der Aggressionen*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2003). *STATIC-99 Coding Rules Revised-2003*. Corrections Directorate, Solicitor General Canada ([http://www.static99.org/pdfdocs/static-99-coding-rules\\_e.pdf](http://www.static99.org/pdfdocs/static-99-coding-rules_e.pdf)).

- Heim, M. & Morgner, J. (1985), Der pädophile Straftäter. *Psychiat. Neurol med Psychol* 37, 107-112.
- Hill, A. (2011). *Paraphilien/Störungen der Sexualpräferenz: Diagnostik, Ätiologie, Behandlung & Prognose*. Auf: 3. Intern. Symp. Forensische Psychiatrie, Zürich 8.-10. Juni 2011, entnommen: [http://www.ri-sk.org/index.cfm?action=act\\_getfile&doc\\_id=100526](http://www.ri-sk.org/index.cfm?action=act_getfile&doc_id=100526).
- HM Prison Service, Offending Behaviour Programme Unit (2006). *Core Sex Offender Treatment Programme: Treatment Manual 2006*, Deutsch: Hamburg, Behörde für Justiz und Gleichstellung.
- Hoyer, J., Borchard, B. & Kunst, H. (2000). Diagnostik und störungsspezifische Therapie bei Sexualdelinquenten mit psychischen Störungen. *Verhaltenstherapie*, 10, 7-15
- Jehle, J.-M., Albrecht, H. J., Hohmann-Fricke, S. & Tetel, C. (2010). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2004-2007*. Berlin: Bundesministerium der Justiz (Hrsg.).
- Jöckel, D. (1998). HCR-20: Ein Prognoseschema zur Vorhersage gewalttätigen Verhaltens. In: Müller-Isberner R, Gonzalez Cabeza S (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie – Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose* (S. 185-194). Gießener Kriminalwissenschaftliche Schriften Band 9, Mönchengladbach, Godesberg: Forum Verlag.
- Kafka, M. P., Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I comorbidity study of males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse*, Oct. 14(4), 349-366.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Knight, R. A., Thornton, D. (2007). *Evaluating and improving risk assessment schemes for sexual recidivism: A long-term followup of convicted sexual offenders*. U. S. Department of Justice.
- Kraus, C., Berner, W., Nigbur, A. (1999). Bezüge der Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) zu den DSM-III-R und ICD-10 Klassifikationen bei Sexualstraftätern. *Mtschr Krim* 82, 36-46.
- Kröber, H. L. (1997). Strafrechtliche Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 1, 161-170.
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L., Arenovich, T., McNamee, J. & Peacock, E. J. et al. (2008). Denial and Minimization Among Sexual

- Offenders: Post-treatment Presentation and Association With Sexual Recidivism. *Criminal Justice and Behaviour*, 35(1), 69-98.
- Leygraf, N. (1988). Psychiatrischer Maßregelvollzug: Epidemiologie und aktuelle Praxis. In: Böcker F, Weig W (Hrsg): *Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Matthes, A., Rettenberger, M. (2008). *Die deutsche Version des ACUTE-2007 zur dynamischen Kriminalprognose bei Sexualstraftätern*. Wien: Institut für Gewaltforschung und Prävention.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marques, J., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C. & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), 79-107.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A. & O'Brien, M. D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders: A strength based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A. & O'Brien, M. D. (2008). Sexual offender treatment: A positive approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 681-696.
- Marshall, W. L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: influence on indices of change. *Sex Abuse J Res Treat* 17, 109-116.
- Marshall, W. L., Ward, T., Mann, R., Mouldan, H., Fernandez, Y., Serran, G. & Marshall, L. (2005) Working Positively with sex offenders: Maximizing the effectiveness of treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1096-1114.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., Cortoni, F. A. (2000). Childhood attachments and sexual abuse and the effect on adult coping in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 17-26.
- Marshall, W. L. (1997). Pedophilia: Psychopathology and theory. In: Laws, D. R., O'Donohue (Hrsg.). *Sexual deviance: Theorie, assessment and treatment* (S. 152-174). New York: Guilford Press.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E. (1990). An Integrated Theory of the Etiology of Sexual Offending. In: Marshall, W. L., Laws, D. R., Barbaree, H. E. (Hrsg.). *Handbook of Sexual Assault* (S. 257-275). New York, London: Plenum Press.

- McElroy, S. L., Soutullo, C. A., Taylor, P. Jr., Nelson, E. B., Beckman, D. A., Brusman, L. A., Ombaba, J. M., Strakowski, S. M., Keck, P. E. Jr. (1999). Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*, 60(6), 414-420.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2004). Talking Oneself into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18(4).
- Miller, W. R. (1995). Increasing motivation for change. In Hester, R., Miller, W. (Hrsg.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effektive alternatives 2nd ed.* (S. 89-104), Boston: Allyn & Bacon.
- Möller, A., Bier-Weiss, I. (1995). Pädophile Straftäter – Versuch einer Tätertypologie. *Psychiatrische Praxis*, 22, 24-26.
- Nedopil, N. (2007). *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 3. Auflage*, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.
- Neutze, J. (2012). Pädosexualität und Gefährlichkeit. Auf: 16. *Bundeskongress der Psychologinnen und Psychologen im Justizvollzug (BUKO)*, 17.-20. April 2012, Wien, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité Berlin.
- Nunes, K. L., Hanson, R. K., Firestone, P., Moulden, H. M., Greenberg, D. M. & Bradford, J. M. (2007). Denial Predicts Recidivism for Some Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 91-105.
- Okami, P., Goldberg, A. (1992). Personality Correlates of Pedophilia: Are They Reliable Indicators? *Journal of Sex Research*, 29, 3, 297-328.
- Olver, M. E., Wong, S. C., Nicholaichuk, T. & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender version: assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychol. Assess.*, 19, 318-329.
- Ponseti, J., Vaih-Koch, S. R. & Bosinski, H. A. G. (2001). Zur Ätiologie von Sexualstraftaten: Neuropsychologische Parameter und Komorbidität. *Sexuologie* 8(2), 65-77.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3), 276-288.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. (2006) Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) In: Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. *Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed.)*. *The law and public policy* (S. 462 ff.). Washington, DC, US: American Psychological Association (<http://www.apa.org/pubs/books/4316068.aspx>).
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. A. (2006). Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) In: Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. *Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed.)*. *The law and public policy* (S. 462 ff.). Washington, DC, US: American Psychological Association (<http://www.apa.org/pubs/books/4316068.aspx>).
- Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic offenders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 786-788.
- Rehder, U. (1996). Klassifizierung inhaftierter Sexualdelinquenten – 1. Teil: Wegen Vergewaltigung und sexueller Nötigung Erwachsener Verurteilte. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 79, 291-304.
- Rettenberger, M. & von Franqué (Hrsg.) (2013). *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Rettenberger, M. & Eher, R. (2007). *Aktuarische Kriminalprognose bei Sexualstraftätern: Die deutsche Version des Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)*. Wien: Institut für Gewaltforschung und Prävention.
- Rettenberger, M. & Eher, R. (2006). *Die revidierten Kodierungsrichtlinien des Static-99*. Wien: Institut für Gewaltforschung und Prävention.
- Ross, R. R., Fabiano, E. A. & Ross, R. (1986). *Reasoning and Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills*. University of Ottawa, Cognitive Center of Canada (Deutsch: Institut für forensische Psychiatrie Haina e. V. (IFPH) (2004).
- Rossegger, A., Urbaniok, F., Danielsson, C. & Endrass, J. (2010). Violence Risk Appraisal Guide (VRAG). Autorisierte deutsche Übersetzung, *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 77(10), 577-584.

- Salter, D. et al. (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study. *The Lancet* 361(9356), 471-476.
- Salzmann, C. (2004). *Russlanddeutsche Vergewaltiger. Vergewaltigungsdelikte bei Aussiedlern aus der ehemaligen UdSSR*. Universität Leipzig, entnommen: [http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2006/769/pdf/Russlanddeutsche\\_Vergewaltiger.pdf](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2006/769/pdf/Russlanddeutsche_Vergewaltiger.pdf).
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (deutsche Bearbeitung) (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR)*, American Psychiatric Association, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Schmidt, A., Hoyer, J., Kunst, H. (2001). Strukturierte Diagnostik psychischer Störungen bei Sexualstraf Tätern im Maßregelvollzug. In: Bilsky, W., Kähler, C. (Hrsg.), *Berufsfelder der Rechtspsychologie. Dokumentation der 9. Arbeitstagung der Fachgruppe Rechtspsychologie in der DGPs (CD-ROM)* (S. 1-13). Münster.
- Schmucker, M. (2007). Meta-Analysen zur Sexualstraf Täterbehandlung. In: Berner, W., Briken, P., Hill, A. (Hrsg.), *Sexualstraf Täter behandeln, mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Schönfeld, v. 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.
- Schüler-Springorum, H., Berner, W., Cirullies, B., Leygraf, N., Nowara, S., Pfäfflin, F., Schott, M. & Volbert, R. (1996). Sexualstraf Täter im Maßregelvollzug. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 79, 147-209.
- Statistisches Bundesamt (2011). Abgeurteilte und Verurteilte nach demographischen Merkmalen sowie Art der Straftat, angewandtem Strafrecht und Art der Entscheidung, In: *Strafverfolgung Fachserie 10 Reihe 3 – 2011*.
- Vaih-Koch, S. R., Ponseti, J. & Bosinski, H. A. G. (2001). ADHD und Störung des Sozialverhaltens als Prädiktoren aggressiver Sexualdelinquenz? *Sexuologie* 8, 1-18.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Bouman, Y., De Vries, R. M. (2007). *SAPROF. Structured assessment of protective factors for violence risk*. Utrecht: Forum Educatief.

- Ward, T. (2011). Human rights and dignity in offender rehabilitation. *Journal of Forensic Psychology Practice, 11*, 103-123.
- Ward, T., Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: beyond the risk paradigm*. Routledge, London.
- Ward, T., Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law, 10*, 243-257.
- Ward, T., Sorbello, L. (2003). Explaining child sexual abuse: Integration and elaboration. In: Ward, T., Laws, D. R., Hudson, S. M. (Hrsg.), *Sexual deviance: Issues and controversies in sexual deviance* (S. 3-20). London: Sage.
- Ward, T., Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: risk management and good lives. *Prof Psychol Res Pract 34*, 353-360.
- Ward, T., Siegert, R. J. (2002). Toward and comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law, 9*, 319-351.
- Ware, J., Mann, R. E. (2012). How should „acceptance of responsibility“ be addressed in sexual offending treatment programmes? *Aggression and Violent Behavior, 01, 17*, 279-288.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence, Version 2*. Mental Health, Law and Policy Institute, British Columbia.
- Whitaker, D. J., Haileyesus, T., Swahn, M., Saltzman, S. (2007). Differences in Frequency of Violence and Reported Injury Between Relationships With Reciprocal and Nonreciprocal Intimate Partner Violence. *Am J Public Health. 97(5)*: 941-947.
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 25*, 123-142.
- Worling, J. R. (1995). Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences on the basis of the age and gender of their victims. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 610-613.

# Frauen im Strafvollzug

*Rita Haverkamp*

## 1. Einführung

Am 31. März 2013 verbüßten in Deutschland 3.208 Frauen und 53.433 Männer eine Freiheitsstrafe im Strafvollzug (Statistisches Bundesamt 2014: Tab. 1.1).<sup>1</sup> Mit einem Anteil von 5,7 % stellen Frauen lediglich eine Minderheit der gesamten Strafgefangenenpopulation dar, die in den vergangenen Jahrzehnten vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit in Forschung und Praxis erhielt. Die Praxis des Frauenvollzugs prägte vor allem Helga Einsele, die jahrzehntelang die JVA Frankfurt a. M. III Preungesheim leitete und bis 1975 wegweisende Reformprozesse wie die Einrichtung von Mutter-Kind-Abteilungen einleitete (Obermöller 2000: 20 m. w. N.). Demgegenüber richtete sich das Forschungsinteresse Anfang des 21. Jahrhunderts vermehrt auf den Frauenvollzug aus nationaler und internationaler Perspektive (u. a. Zolondek 2007, Zurhold 2005). Aber schon aufgrund seines zahlenmäßigen Übergewichts steht der Männervollzug nach wie vor im Vordergrund. Diese Fokussierung führt zu der häufig kritisierten Überbetonung männlicher Belange in Bezug auf Sicherheit und Behandlung sowie zu einer Vernachlässigung weiblicher Spezifika (vgl. nur Obermöller 2000: 15). Im Folgenden werden geschlechtsspezifische Unterschiede der Hellfeldkriminalität aufgezeigt, um danach allgemeine Befunde zum Frauenvollzug darzulegen. Im Anschluss werden ausgewählte Ergebnisse der Studie der Autorin zum Frauenvollzug vorgestellt. Daraufhin geht es um die Relevanz der Gender Mainstreaming Strategie<sup>2</sup> für einen frauenspezifischen Behandlungsvollzug und zuletzt um gegenwärtig zu beobachtende Trends im Frauenvollzug.

## 2. Statistiken zu Kriminalität und Strafvollzug von Frauen

Bekanntermaßen besteht eine qualitativ und quantitativ ungleiche Kriminalitätsbelastung zwischen den Geschlechtern (Haverkamp 2011: 37). Obwohl Frauen mit etwa 52 % die Bevölkerungsmehrheit bilden, beträgt ihr Anteil an der Gesamtzahl der Straftatverdächtigen lediglich ein Viertel. Diese auffällige

---

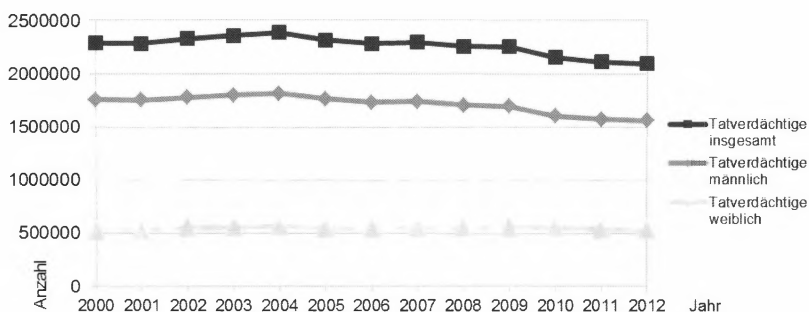
1 Ein kleiner Teil befand sich in Sicherungsverwahrung: 489 Männer und drei Frauen.

2 Als Grundlage des Amsterdamer Vertrages von 1997 entfaltet diese Strategie eine Bindung für staatliche Einrichtungen in der Europäischen Union.

Diskrepanz setzt sich im Laufe des Strafverfahrens fort und erreicht im Strafvollzug seinen niedrigsten Stand mit 5 %. Im Rahmen des Trichtermodells bringt dieser Ausleseprozess für straffällige Frauen eine deutlich höhere Ausfilterung als für straffällige Männer mit sich (Köhler 2012: 42).

Die nachstehende Abbildung 1 für die Jahre 2000 bis 2012 gibt einen Überblick zur Entwicklung der weiblichen und männlichen Tatverdächtigen. Zu berücksichtigen ist jedoch die begrenzte Aussagekraft von Kriminalitätsstatistiken, da diese Statistiken einen Tätigkeitsnachweis der verschiedenen Kontrollinstanzen darstellen und somit nicht die tatsächliche Kriminalität abbilden (Heinz 2001: 66).

**Abb. 1: Anzahl der Tatverdächtigen insgesamt und nach Geschlecht**



Quelle: PKS des jeweiligen Jahres, Tab. 20

Im neuen Jahrhundert ist die Zahl der männlichen Tatverdächtigen seit ihrem Höchststand im Jahr 2004 rückläufig. Demgegenüber bleibt die Zahl der weiblichen Tatverdächtigen vergleichsweise konstant, auch wenn tendenziell 2011 und 2012 ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist. Im Ergebnis geht die Verringerung der Gesamtzahl der Tatverdächtigen auf die männlichen Tatverdächtigen zurück. Allerdings ist ein Vergleich der Tatverdächtigenzahlen mit den Jahren vor 2009 ausgeschlossen, da in diesem Jahr die „echte“ Tatverdächtigenzählung eingeführt wurde, nach der eine in mehreren Bundesländern tatverdächtige Person nur noch ein Mal in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) registriert wird (PKS 2012: 15). Die Umstellung auf die „echte“ Tatverdächtigenzählung könnte allerdings den leicht erhöhten weiblichen Prozentsatz von 23,1 % im Jahr 2000 auf 25,4 % im Jahr 2012 insofern erklären,

als männliche Tatverdächtige dahin tendieren könnten, mehr Straftaten in verschiedenen Bundesländern als weibliche Tatverdächtige zu begehen (Heinz 2009: 82 f.).

Um qualitative und quantitative Anhaltspunkte über mögliche frauenspezifische Delikte zu gewinnen, ist eine Analyse der weiblichen Kriminalitätsstruktur erforderlich. Unter frauenspezifischen Delikten werden von Frauen in absoluten Zahlen dominierte Straftaten verstanden (Köhler 2012: 37). Tabelle 1 enthält frauentypische Straftaten mit einem zumindest hälftigen Anteil an Frauen.

**Tab. 1: Frauentypische Delikte**

| <b>Straftaten nach StGB</b>  | <b>Insgesamt</b> | <b>Anzahl Frauen</b> | <b>Prozent Frauen</b> |
|--|------------------|----------------------|-----------------------|
| Ausübung verbotener Prostitution, § 184e                               | 680              | 609                  | 89,5                  |
| Vortäuschen einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung, § 145d | 647              | 563                  | 87,0                  |
| Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht, § 171                 | 1.648            | 1.164                | 70,6                  |
| Verleumdung auf sexueller Grundlage, § 187                             | 1.583            | 882                  | 55,7                  |
| Entziehung Minderjähriger, § 235                                       | 1.675            | 841                  | 50,2                  |

Quelle: PKS 2012, Tab. 20

Lediglich bei fünf Straftaten stellen Frauen die Mehrheit aller Tatverdächtigen. Weibliche Tatverdächtige dominieren eindeutig die beiden Straftaten „Ausübung verbotener Prostitution“ und „Vortäuschen einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ mit einem Anteil nahe 90 %. Zwei Drittel aller Tatverdächtigen machen Frauen bei der „Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht“ aus. Über die Hälfte der Frauen gelten als Tatverdächtige bei der „Verleumdung auf sexueller Grundlage“ und der „Entziehung Minderjähriger“. Bemerkenswert ist, dass diese Delikte mit der weiblichen Rolle als Mutter und gewissen Stereotypen über Frauen (z. B. übles Gerede) in der Gesellschaft verknüpft sind (Haverkamp 2011: 98). Frauentypische Straftaten haben in zweierlei Hinsicht ein geringes Ausmaß: Einerseits handelt es sich um einzelne Delikte und zum anderen um Randdelikte mit kleinen Fallzahlen (Heinz 2001: 98). Aus diesem Grund richtet sich der Blick nun auf Massen-

delikte mit einem überproportional hohen Frauenanteil, d. h. deutlich über 25 %, an allen Tatverdächtigen (Tab. 2).

**Tab. 2: Massendelikte mit einem relativ hohen Frauenanteil**

| <b>Straftaten nach StGB</b>                              | <b>Insgesamt</b> | <b>Anzahl Frauen</b> | <b>Prozent Frauen</b> |
|--|------------------|----------------------|-----------------------|
| Ladendiebstahl, § 242                                    | 270.953          | 107.394              | 39,6                  |
| Diebstahl ohne erschwerende Umstände, § 242, 247, 248a-c | 414.206          | 139.580              | 33,7                  |
| Waren- und Warenkreditbetrug                             | 122.933          | 40.991               | 33,3                  |
| Betrug, §§ 263, 263a, 264, 264a, 265, 265a, 265b         | 448.001          | 139.513              | 31,1                  |

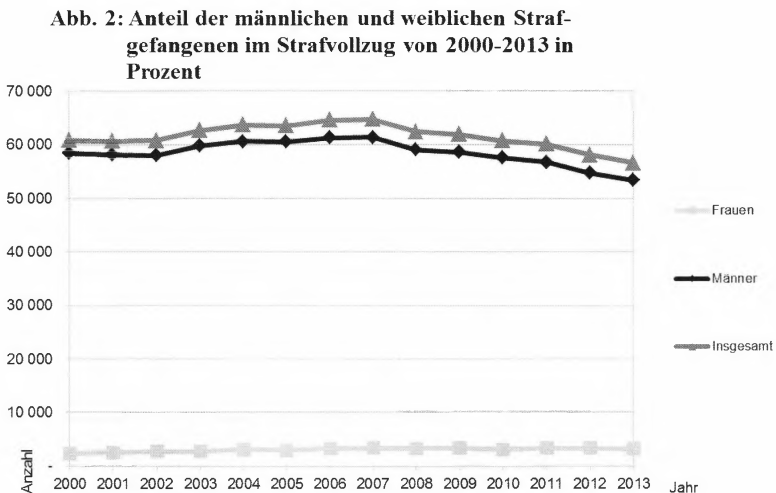
Quelle: PKS 2012, Tab. 20

Mit einfachem Diebstahl und Betrug bleiben zwei Vermögens- und Eigentumsdeliktategorien übrig. Fast 40 % aller Tatverdächtigen eines Ladendiebstahls sind Frauen und ein Drittel eines Diebstahls ohne erschwerende Umstände. Ebenfalls gehören dem weiblichen Geschlecht ein Drittel aller Tatverdächtigen eines Waren- und Warenkreditbetrugs und fast ein Drittel eines Betrugs an. Die erhöhten Tatverdächtigenanteile von Frauen beziehen sich auf minder schwere Fälle des Diebstahls und unterschiedliche Betrugsarten. Insbesondere deuten die Unterkategorien „Ladendiebstahl“ und „Diebstahl ohne erschwerende Umstände“ auf die geringere qualitative Schwere der kriminellen Handlung hin. Über die Hälfte der Frauen (2012: 52,5 %) steht wegen eines einfachen Diebstahls und Betrugs unter Tatverdacht, was die Bedeutung dieser beiden Massendelikte anzeigt (Heinz 2001: 77).

Angesichts der geringen Spannweite an von Frauen begangenen Straftaten verwundert es nicht, dass Eigentums- und Vermögensdelikte das gesamte Strafverfahren bis hin zum Strafvollzug beherrschen und dass lediglich eine Minderheit straffälliger Frauen zu einer unbedingten Freiheitsstrafe verurteilt wird. Nach der Studie der Autorin über Frauen im Strafvollzug gibt es vier Merkmale von besonders schweren Taten, die in der Regel eine Verurteilung zu einer unbedingten Freiheitsstrafe nach sich ziehen: eine leichte bis tödliche Verletzung eines Opfers, der Waffengebrauch, ein Schaden ab 2.500 Euro und der Handel bzw. Schmuggel mit Betäubungsmitteln (Haverkamp 2011:

397 ff.).<sup>3</sup> Einmal mehr spielen Eigentums- und Vermögensdelikte im Falle eines hohen Schadens eine wichtige Rolle.<sup>4</sup>

Im Strafvollzug selbst ist die Gefangenepopulation nicht von Zu- und Abnahmen der Kriminalität abhängig, sondern von der Sanktionspraxis, der Strafaussetzung zur Bewährung und deren Widerruf sowie den Ersatzfreiheitsstrafen (Statistisches Bundesamt 2013<sup>5</sup>). Aus der nachstehenden Abbildung 2 geht die Entwicklung der weiblichen und männlichen Strafgefangenen seit 2000 hervor. Im Unterschied zur PKS enthalten die Strafvollzugsstatistiken jedoch stichtagsbezogene Informationen über die Gefangenepopulation.



Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden: 2014 Fachserie 10 Reihe 4.1, Tab. 1.1

Den Höchststand erreichten die männlichen Strafgefangenen 2007. Seither gehen die Zahlen der Insassen kontinuierlich zurück. Dagegen verläuft die

3 Dabei handelt es sich um eine subjektive und restriktive Einschätzung der Tatschwere seitens der Autorin.

4 Aus der PKS 2004 und 2005 ergibt sich, dass nur ein kleiner Teil der Eigentums- und Vermögensdelikte zu einem Schaden ab 2.500 Euro führen, vgl. Haverkamp 2011: 398.

5 Statistisches Bundesamt (zuletzt abgerufen am 29.12.2013 unter <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Justice/Current.html>).

Entwicklung der weiblichen Strafgefangenen anders, bei der insgesamt ein stetiger Anstieg zu beobachten ist und seinen Höhepunkt 2011 erreicht. Der Rückgang der Zahlen der Insassinnen beginnt also im Vergleich zu den Männern etwas zeitversetzt 2013. Im Vergleich zu den männlichen Strafgefangenen erhöhte sich der Prozentsatz der weiblichen Strafgefangenen leicht von 4 % im Jahr 2000 auf nahezu 5,7 % im Jahr 2013. Allerdings ist ein Vergleich der Strafgefangenenpopulation vor und nach 2003 wegen der Änderung des Stichtages vom 31. Dezember auf den 31. März des jeweiligen Jahres schwer möglich. Aufgrund der Weihnachtsgnade und des großen Anteils an Urlauben aus dem Vollzug fällt die Strafgefangenenpopulation am früheren Stichtag zahlenmäßig kleiner aus (Jehle 2009: 48). Zur Dauer des Freiheitsentzuges von Frauen enthält Tabelle 3 Informationen von 2000 bis 2012 am Stichtag.

**Tab. 3: Frauen im Strafvollzug und Dauer des Vollzuges von 2000 bis 2012 am 31. März**

| Dauer des Vollzugs            | Jahre |       |       |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                               | 2000  | 2005  | 2010  | 2011  | 2012  |
| bis 9 Monate                  | 1.033 | 1.256 | 1.429 | 1.588 | 1.480 |
| über 9 Monate bis zu 2 Jahren | 476   | 664   | 697   | 696   | 757   |
| über 2 bis zu 5 Jahren        | 462   | 530   | 513   | 519   | 580   |
| über 5 bis zu 15 Jahren       | 149   | 197   | 176   | 173   | 167   |
| lebenslänglich                | 62    | 95    | 102   | 100   | 110   |
| insgesamt                     | 2.182 | 2.742 | 2.917 | 3.076 | 3.094 |

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013), zum Stichtag 31.03., Tab. 1.1

Die Dauer des Vollzuges hat sich in allen Kategorien zwischen den Jahren 2000 und 2012 für weibliche Strafgefangene signifikant erhöht. Während bei einem Freiheitsentzug bis zu neun Monaten und über fünf bis zu 15 Jahren der Höhepunkt jeweils im Jahr 2011 erreicht worden ist, ist für die anderen Kategorien ein Rückgang angesichts des fortwährenden Anstiegs noch nicht ersichtlich. Insbesondere fällt auf, dass sich die Anzahl der lebenslänglich Inhaftierten innerhalb von zwölf Jahren fast verdoppelt hat. Der bemerkenswerte Anstieg der Insassinnen kann dementsprechend auf die wachsenden Zahlen in allen Kategorien zurückgeführt werden. Zu berücksichtigen ist, dass Kurzstrafige im Vergleich zu Längerstrafigen unterrepräsentiert sind, da die Wahrscheinlichkeit einer Zählung am Stichtag des Jahres bei letzteren höher ist

(Jehle 2009: 45). Fast die Hälfte der Frauen befindet sich lediglich neun Monate im Strafvollzug. Der Kurzstrafenvollzug bis zu einem Jahr gilt allgemein als Verwahrvollzug mangels Behandlungsperspektive, so dass auf eine Behandlungsuntersuchung und einen Vollzugsplan regelmäßig verzichtet wird (Funk 2009: 51).

### **3. Vollzugsstrukturen und -gestaltung**

Gegenwärtig gibt es in der Bundesrepublik sieben Frauenanstalten. Dabei handelt es sich um die JVA Schwäbisch-Gmünd in Baden-Württemberg, die bayerische JVA Aichach als zahlenmäßig größte Frauenanstalt mit einem Männerteil, der JVA Berlin für Frauen, der hessischen JVA Frankfurt a. M. III Preungesheim, die niedersächsische JVA Vechta, die JVA Willich II in Nordrhein-Westfalen und die sächsische JVA Chemnitz. Vielfach werden straffällige Frauen aber auch in Justizvollzugsanstalten für männliche Strafgefangene (Teilanstalt, eigenes Gebäude auf dem Anstaltsgelände, separate Abteilung) untergebracht (52,6 % nach Funk 2009: 50). Hinsichtlich Sicherheit und Behandlung liegt der Fokus in männlich geprägten Anstalten auf den Bedürfnislagen der männlichen Gefangenen, so dass dort ebenfalls inhaftierte Frauen häufig ein „Anhängsel“ darstellen (Kawamura-Reindl 2009: 356). Mutter-Kind-Abteilungen gibt es im geschlossenen und/oder offenen Frauenvollzug in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen (Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg) und Sachsen (näher Junker 2011).

Insbesondere bringt der Standort von Frauenanstalten großer Flächenländer wie Bayern und Niedersachsen oft das Problem der heimatfernen Unterbringung und damit verbunden eine Beeinträchtigung der sozialen Bindungen für die Insassinnen mit sich. Im Falle der Gewährung von Vollzugslockerungen erschweren die Finanzierung der Fahrtkosten und zeitliche Begrenzungen beim Ausgang die Aufrechterhaltung der Kontakte (Obermüller 2000: 135). Die Unterbringung in einer Männeranstalt bedeutet jedoch nicht unbedingt eine Unterbringung in der Nähe der Angehörigen und/oder des Freundeskreises (Zolondek 2007: 60).

Aufgrund der vergleichsweise kleinen Insassinnenpopulation werden nicht immer die Trennungsgelände von Untersuchungs- und Strafhäft (§ 119 StPO) sowie Erwachsenen- und Jugendstrafvollzug (z. B. Art. 166 Abs. 1 BayStVollzG) eingehalten.<sup>6</sup> Häufig können auch keine Differenzierungen zwischen

---

<sup>6</sup> Das partiell noch geltende StVollzG des Bundes sieht getrennte Haftanstalten für Frauen und Männer in § 140 Abs. 2 vor, allerdings weichen die Landesgesetze teilweise hiervon ab, bei-

verschiedenen Gefangenenkategorien getroffen werden, obwohl unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse eine Trennung von Kurz- und Langstrafigen, Erst- und Rückfalltäterinnen sowie Betäubungsmittelabhängigen mit divergierenden Behandlungswünschen anzeigen (Kawamura-Reindl 2009: 356). Die fehlende Differenzierung führt zu einer Fokussierung auf Risikogruppen und damit zu einer Übersicherung im Frauenvollzug (Kawamura-Reindl 2009: 356), die ebenso in der Überbelegung des geschlossenen Vollzugs verbunden mit freien Kapazitäten im offenen Vollzug (Funk 2009: 52) zum Ausdruck kommt. Dies gilt in noch größerem Maße für die Unterbringung von weiblichen Gefangenen in separaten Abteilungen oder Gebäuden des Männervollzugs.

Im Rahmen der Vollzugsgestaltung werden weiblichen Strafgefangenen nicht selten innerhalb der Abteilungen mehr Freiheiten als männlichen Strafgefangenen gewährt. In der Regel dürfen Frauen ihre eigene Kleidung tragen und ihren Haftraum mit mehr persönlichen Gegenständen ausstatten. Vor ein paar Jahren waren im Frauenvollzug bessere Telefonier- und Einkaufsmöglichkeiten verbreitet, bei denen ein größeres Sortiment an Kosmetikartikeln zur Verfügung stand. Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts verletzten diese Vergünstigungen innerhalb des Strafvollzuges das Recht auf Gleichbehandlung männlicher Strafgefangener (BVerfG, 2 BvR1870/07 vom 7.11.2008), so dass die gegenwärtige Praxis zu einer Anpassung im Männervollzug geführt haben müsste.

In allen Bereichen des Behandlungsvollzuges werden im Frauenvollzug beträchtliche Defizite ausgemacht, die den Verwahrvollzug befördern. Der Kurzstrafenvollzug zieht eine hohe Fluktuation und einen großen bürokratischen Aufwand zuungunsten von Behandlungsmaßnahmen nach sich (Haverkamp 2011: 125). Bei (Aus-)Bildung und Arbeit geht es um Mängel in der Quantität und in der Qualität (Franze 2001: 380; Schwinn 2004: 83 ff.). Auf persönlicher Ebene bildet die Überschuldung einer Reihe von Insassinnen ein Hemmnis nach der Entlassung, allerdings unterbleibt vielfach die Einleitung einer Schuldenregulierung während des Vollzuges (Zolondek 2007: 232). Die Nachsorge bildet eine weitere Achillesferse im Frauenvollzug, die von zwei strukturellen Problemen geprägt ist: Erstens besteht ein Personalmangel bei den Fachdiensten (Funk 2009: 55) und zweitens lässt oft die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Straffälligenhilfe zu wünschen übrig (Cummerow 2006: 164).<sup>7</sup>

---

spielsweise Art. 166 Abs. 3 BayStVollzG und der § 10 S. 1 ME-StVollzG Musterentwurf von zehn Bundesländern.

7 Unter Berücksichtigung erheblicher regionaler Unterschiede (Funk 2009: 54).

Zusätzlich ist zu beachten, dass die Struktur des Frauenvollzuges in der Bundesrepublik aufgrund von regionalen und strukturellen Unterschieden überaus heterogen ist. Aus den verschiedenen kriminalpolitischen Orientierungen in den Bundesländern ergeben sich Abweichungen bei der finanziellen und personellen Ausstattung, bei der Gewährung von Vollzugslockerungen und Hafturlaub sowie der Anwendung von Disziplinarmaßnahmen (Dünkel/Geng 2007: 14 ff.).

#### **4. Frauenspezifische Charakteristika**

Im Frauenvollzug finden sich deutlich mehr Betäubungsmittelabhängige als im Männervollzug (Koch/Suhling 2005: 105, Wirth 2002: 104 ff.).<sup>8</sup> Hieraus ergibt sich einerseits ein beträchtlicher Therapie- und Behandlungsbedarf von abhängigen Insassinnen (Cummerow 2006: 161) und andererseits negative Folgen für das allgemeine Vollzugsklima aufgrund des Beschaffungsverlangens (Zurhold 1998: 95 f.). Im geschlossenen Vollzug führt Betäubungsmittelabhängigkeit im Allgemeinen zu einer Erhöhung der Sicherheit und auf individueller Ebene zu einer restriktiveren Handhabung von Vollzugslockerungen und Hafturlaub.

Ein frauenspezifischer Behandlungsvollzug muss aber in der Arbeit mit den Insassinnen auch die Rolle als Mutter und Ehefrau bzw. Partnerin berücksichtigen (Funk 2009: 54). Insbesondere leiden inhaftierte Mütter unter der Trennung von der Familie, begleitet von Schuldvorwürfen und Versagensängsten (Steinemann 1982: 25 ff.). Im Falle von Kleinkindern tragen Mutter-Kind-Einrichtungen dazu bei, die Bindung zwischen Mutter und Kind unter sozialpädagogischer Betreuung aufrechtzuerhalten und zu stärken. Die Unterbringung von Kleinkindern im geschlossenen und offenen Vollzug dient jedoch nicht der Resozialisierung der betroffenen Mütter, sondern dem Wohl des Kindes, um möglichen Entwicklungsmängeln und -störungen der Kinder aufgrund der Trennung von der Mutter als wichtigster Bezugsperson zu begegnen (Kawamura-Reindl/von den Driesch 2002: 182). Eine Fremdunterbringung von Kindern wird ebenfalls durch den sog. Hausfrauenfreigang abgewendet, indem die Mütter tagsüber ihren hausfraulichen und mütterlichen Aufgaben zu Hause nachgehen. Kritik am Hausfrauenfreigang macht sich an der Aufrechterhaltung des gewohnten Rollenmodells fest, ohne dass Behandlungsfortschritte in den Bereichen Selbständigkeit und Unabhängigkeit erzielt werden; gleichzeitig wird den Betroffenen in organisatorischer, finanzieller und per-

---

8 Nach Studien ist mindestens die Hälfte der Frauen drogenabhängig gegenüber einem Drittel im Männervollzug.

sönlicher Hinsicht aber mehr abverlangt (Kawamura-Reindl 2009: 359). In der Partnerschaft ist das Verhältnis zum anderen Geschlecht nicht selten wegen materieller und emotionaler Abhängigkeiten wie auch häuslicher Gewalt spannungsgeladen (Kestermann 2005: 25). Die von Aggressionen und Missbrauch geprägten Beziehungen gehen vielfach auf negative Erfahrungen infolge von gewalttätigen und sexuellen Übergriffen in der Kindheit zurück (Maelicke 1995: 90, Schröttle/Müller 2004: 27 ff.).

Untersuchungen zufolge weisen inhaftierte Frauen in der Regel beruflich eine noch schlechtere Ausgangslage als inhaftierte Männer auf (Dünel 1992: 195 f., Koch/Suhling 2005: 104). Vielfach verfügen sie nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung, was mit einer niedrigeren Beschäftigungsquote auf dem Arbeitsmarkt, einem höheren Anteil an Bezieherinnen von Sozialleistungen und einer prekäreren wirtschaftlichen Lebenssituation einhergeht (Dünel 1992: 200, Koch/Suhling 2005: 104).

## **5. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie über den Frauenvollzug in Deutschland**

### **5.1 Zielsetzungen**

Mit der Arbeit wurden drei Hauptzielsetzungen verfolgt: Zuerst interessierte die (un)bewusste Umsetzung der Europäischen Strafvollzugsgrundsätze<sup>9</sup> in der Praxis des Frauenvollzuges in Deutschland (vgl. im Folgenden Haverkamp 2011: 208 ff.). Zum zweiten ging es um die Besonderheiten des Frauenvollzuges. Schließlich wurde versucht, Chancen zur Resozialisierung im Frauenvollzug aufzuzeigen und Anregungen für Neuerungen zu geben. Da der Begriff Resozialisierung komplex ist, wurde im Rahmen dieser Studie zwischen Resozialisierung im engeren und weiteren Sinne differenziert: Während sich die Resozialisierung bzw. Behandlung im engeren Sinne auf alle Behandlungsmaßnahmen während des intramuralen Strafvollzuges erstreckt, umfasst die Resozialisierung im weiteren Sinne die Legalbewährung. Diese Unterscheidung ermöglicht eine selbständige Beurteilung des Behandlungsvollzuges unabhängig von der Entwicklung nach der Entlassung.

### **5.2 Untersuchungsmethoden und Durchführung der Studie**

Zur Erfassung des Untersuchungsgegenstandes wurden mit der Inhaltsanalyse, der Beobachtung sowie der quantitativen und qualitativen Befragung ver-

---

9 Den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen kommt als Empfehlung keine rechtsverbindliche Bindungswirkung zu (sog. soft law); vgl. hierzu Schüler-Springorum 2006: 299 ff.

schiedene Erhebungsmethoden angewendet (vgl. im Folgenden Haverkamp 2011: 213 ff.). Zunächst wurde eine Bestandsaufnahme über den Frauenstrafvollzug durchgeführt anhand einer schriftlichen Befragung an alle Landesjustizverwaltungen, an die Leitungen von Frauenjustizvollzugsanstalten und ausgewählte Anstalten mit Frauenabteilungen im Jahr 2003. Im Anschluss wurden in zwei Frauenanstalten, d. h. der JVA Willich II in Nordrhein-Westfalen und an der JVA Aichach in Bayern, die weiteren Erhebungsschritte im Zeitraum von Mitte 2004 bis Ende 2005 realisiert. Die Stichprobe der Gefangenenaktenanalyse umfasste insgesamt 330 Insassinnenakten und bezog sich auf die Analyse der Sozial- und Haftbiographien. Interviews wurden mit 38 Insassinnen, 34 Vollzugsbediensteten und der jeweiligen Anstaltsleitung geführt.<sup>10</sup> Die teilstandardisierten Befragungen mit den inhaftierten Frauen thematisierten deren Lebenslage vor und während ihrer Inhaftierung sowie ihre Zukunftsaussichten nach Entlassung. Die Beschäftigten des allgemeinen Vollzugsdienstes wurden ebenfalls mit teilstandardisierten Interviews u. a. über die Wahrnehmung ihres Vollzugsalltags, über ihr Berufsverständnis und ihre Arbeitszufriedenheit befragt, während mit den Beschäftigten der Fachdienste und den Anstaltsleitungen themenzentrierte Leitfadeninterviews u. a. zu berufsspezifischen Behandlungsansätzen, Arbeitsbedingungen und Besonderheiten im Umgang mit weiblichen Inhaftierten geführt wurden. Im Folgenden werden wesentliche Erkenntnisse aus den verschiedenen, nicht repräsentativen Erhebungsschritten zu den Besonderheiten des Frauenvollzuges komprimiert vorgestellt.

### **5.3 Weniger Subkultur**

Augenfälliges Merkmal weiblicher Subkultur sind der übliche „Knastjargon“ und anstaltsspezifische Tätowierungen (vgl. im Folgenden Haverkamp 2011: 840 f.). Aus den Gefangenenpersonalakten und Interviews mit den Insassinnen und dem Vollzugsstab ergaben sich leichte subkulturelle Strukturen bei den Betäubungsmittelabhängigen. Im Unterschied zum Männervollzug bestand unter den inhaftierten Frauen weder eine weibliche Solidargemeinschaft noch ein Kooperationsverbot mit der Anstaltsleitung und den Vollzugsbediensteten. Entsprechend den Aussagen der Insassinnen ließ sich ein positiv besetzter Kontakt zu mindestens einer oder einem Vollzugsbediensteten konstatieren. Demgegenüber wurde das Verhältnis der Gefangenen untereinander

---

10 Sabine Riemer war damals Studentin der Sozialarbeit und unterstützte die Autorin bei der Durchführung, indem sie sechs Insassinnen und die Angehörigen des sozialen Dienstes interviewte; ihre Ergebnisse waren Gegenstand ihrer Diplomarbeit, die dann für die Auswertung herangezogen wurde, vgl. Riemer 2006.

durchweg schlechter beurteilt als zum Vollzugspersonal. Die Aussagen der Insassinnen weisen auf unterschwellige Feindseligkeiten hin, die in Grüppchenbildung und Einzelkämpfertum ihren Ausdruck finden. In diesem Rahmen ließ sich ansatzweise eine Gefangenenhierarchie erkennen, bei der vor allem Frauen mit Delikten gegen Kinder verbal ausgegrenzt wurden und sozial isoliert waren. Die weibliche Streitkultur charakterisierten weniger Gewalttätigkeiten als verbale Attacks bis zum Mobbing. Meist versuchten die Opfer solcher Auseinandersetzungen die Problematik ohne Einschaltung des Vollzugspersonals zu lösen. Im Gegensatz dazu erfolgte in den besonderen Behandlungsabteilungen ein transparenterer und professionell begleiteter Umgang mit zwischenmenschlichen Schwierigkeiten.

#### **5.4 Weibliche Kommunikationsstruktur**

Im Gegensatz zum Männervollzug zeichnet den Frauenvollzug eine indirekte Kommunikationskultur aus (vgl. im Folgenden Haverkamp 2011: 841 f.). In den beiden Erhebungsanstalten beförderte diese Interaktion aufgrund von Negativmerkmalen wie Hinterhältigkeit, Missgunst, Neid und Konkurrenzdenken ein Klima des Misstrauens. Der fehlende Zusammenhalt untereinander wurde auf individueller Ebene durch Rückzugsenklaven mit Gleichgesinnten, aber auch durch ein gutes Verhältnis zum Vollzugspersonal aufgefangen. Der Aufbau von vertrauensvollen Freundschaften erfordert allerdings eine gewisse Zeit und betrifft eher Frauen mit etwas längeren Freiheitsstrafen.<sup>11</sup> Eine positiv konnotierte Haftzeit bedient dementsprechend das Bedürfnis nach einem sozialen Gegenüber sowohl auf Seiten der Gefangenen als auch auf Seiten der Vollzugsbediensteten.

#### **5.5 Passivität und Unterordnung als Anpassungsstrategien**

Die von den Fachdiensten oft festgestellten Traumatisierungen in der Kindheit und/oder schädlichen Abhängigkeitsverhältnisse zu Männern erleichtern das Überstehen der Haftzeit wegen der dahinter stehenden erlernten Anpassungsstrategien, an denen die Betroffenen als eine Konstante in ihrem Leben hinter Gittern festhalten können (vgl. im Folgenden Haverkamp 2011: 843 f.). Hierzu gehören Passivität, Unterordnung und kooperatives Verhalten. Diese routinisierten Verhaltensmechanismen fördert die bestehende Anstaltsorganisation durch äußere Entmündigung, die sich in der abgenommenen Verantwortung für alltägliche Verrichtungen (z. B. Kleiderwäsche, Kochen) und der Ent-

---

11 An dieser Stelle kommt die Selektivität der Befragten mit längeren Freiheitsstrafen zum Ausdruck.

schleunigung im geschlossenen Vollzug zeigt, deren Kennzeichen das Warten (vor verschlossenen Türen, auf den Einkauf, die Arztvorstellung usw.) ist. Eine phlegmatische Grundeinstellung ist somit zwar im Anstaltsalltag hilfreich, steht jedoch im Widerspruch zur anvisierten Behandlung. Viele interviewte Insassinnen belastete der begrenzte Bewegungsradius innerhalb der Anstalt und die Abhängigkeit erzeugende Vollversorgung ihrer Grundbedürfnisse.

## **5.6 Frauenspezifische Behandlung**

Auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse lassen sich Anregungen für eine frauenspezifische Behandlung generieren. Insbesondere bietet sich diesbezüglich die positiv besetzte, vertikale Kommunikationsstruktur zum Vollzugspersonal an (vgl. im Folgenden Haverkamp 2011: 843). Beispielhaft kann hier das in der JVA Willich II eingeführte Betreuungspersonensystem angeführt werden, wonach jeder Gefangenen eine Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner aus dem allgemeinen Vollzugsdienst zugewiesen wird. Nach den interviewten Fachdiensten benötigen inhaftierte Frauen im Unterschied zu inhaftierten Männern eine längere Annäherungsphase, um ein Vertrauensverhältnis und Behandlungsperspektiven zu entwickeln. Die individuelle Ansprechbarkeit eines Vollzugsbediensteten erfüllt das vorgenannte Bedürfnis nach einem sozialen Gegenüber und könnte dazu beitragen, bei weiblichen Gefangenen Interesse und Motivation zur Behandlung zu wecken.

Der im Frauenvollzug gegenwärtigen Übersicherung könnte durch eine weitergehende innere Öffnung des geschlossenen Strafvollzuges durch Ausweitung des Wohngruppenvollzuges entgegengewirkt werden (Haverkamp 2011: 849). Auf diese Weise könnte dem Wunsch vieler interviewter Frauen nach mehr Selbstverantwortlichkeit für alltägliche Verrichtungen entsprochen werden. Eine gewisse Selbständigkeit in eigenen Angelegenheiten könnte zusätzlich eine identitätsstiftende Rollenfunktion erfüllen, denn den Fachdiensten zufolge sind geschlechtsspezifische Klischeevorstellungen in der Gefangenenpopulation weit verbreitet (Haverkamp 2011: 843 f.).

## **5.7 Bewertung der Arbeitsbedingungen durch das Vollzugspersonal**

Das Vollzugspersonal prägt die Atmosphäre in der Anstalt wie auch die Ausgestaltung des Behandlungsvollzuges. Dessen Aufgeschlossenheit gegenüber Behandlung, das Bewusstsein um geschlechtsspezifische Besonderheiten und die berufliche Zufriedenheit sind Schlüsselfaktoren zur Umsetzung eines frauenspezifischen Behandlungsvollzuges und finden daher hier gesonderte Berücksichtigung.

In Interviews mit allen Beteiligten wurden insgesamt Rückschritte in den Arbeitsbedingungen artikuliert. Während die Befragten der Fachdienste Einsparungen beim Personal durch Stellenwegfall infolge von Pensionierungen sowie Kürzungen bei den Sachmitteln ausmachten, wiesen die Vertreterinnen und Vertreter des allgemeinen Vollzugsdiensts auf eine Verlängerung der Arbeitszeit verbunden mit Gehaltseinbußen und unzureichenden Aufstiegschancen hin (Haverkamp 2011: 853 f.). Teilweise wurde die Überbelegung in der Anstalt als zusätzliche Belastung empfunden. Die unzureichenden Arbeitsbedingungen wirkten sich nachteilig auf die berufliche Zufriedenheit aus. Dabei ließen sich vier verschiedene Reaktionsmuster identifizieren. Einige Befragte resignierten und wandten sich innerlich vom Vollzugsgeschehen ab. Das Burn-Out-Syndrom machte manchen Interviewten zu schaffen. Andere Vollzugsbedienstete arrangierten sich mit den Verschlechterungen durch Anpassung. Schließlich äußerten sich mehrere Personen optimistisch über Behandlungsenklaven mit eigenen Gestaltungsmöglichkeiten (Haverkamp 2011: 818).

Die berufliche Zufriedenheit wurde vor allem durch Erfolge während der Arbeit im Rahmen einer pragmatischen Herangehensweise gefördert (vgl. im Folgenden Haverkamp 2011: 853). Entsprechend der Resozialisierung im engeren Sinne ist hier die eigene Mitwirkung am Behandlungsprozess von Bedeutung. Die schriftliche Niederlegung und Durchführung von fachspezifischen Behandlungsmaßnahmen ermöglicht eine Zielformulierung und Erfolgskontrolle. Teamarbeit und die Gewährung von Eigeninitiative sind weitere bedeutsame Faktoren. Nicht zuletzt trägt die Anerkennung durch die Anstaltsleitung zur beruflichen Zufriedenheit bei. Demgegenüber ist der Resozialisierung im weiteren Sinne tendenziell eher eine negative Wirkung zuzuschreiben.

## **6. Gender Mainstreaming als Behandlungsansatz**

Gender Mainstreaming gilt allgemein als Strategie zur Herstellung von Chancengleichheit von Frauen und Männern, indem die strukturelle Benachteiligung von Frauen durch eine zielgerichtete Förderung nach den Grundsätzen der Gleichheit und Differenz abgebaut werden soll (Cummerow 2006: 154 f.). Im Strafvollzug ist diese Strategie im Rahmen von geschlechterdifferenzierten Behandlungsmaßnahmen relevant (Halbhuber-Gassner 2007: 279 ff. für die JVA Aichach).

Als Beispiel für eine praxisorientierte Umsetzung von Gender Mainstreaming dient das Sonderprogramm MABIS.NeT<sup>12</sup> (Marktorientierte Ausbildungs- und Beschäftigungsintegration für Strafentlassene) in Nordrhein-Westfalen, das 2013 in eine Gemeinschaftsinitiative des Bundeslandes für ein landesweites Übergangsmanagement zur beruflichen Wiedereingliederung früherer Gefangener integriert wurde. Im Rahmen dieses Sonderprogramms wurde ein Qualifizierungs-, Vermittlungs- und Nachsorgenetzwerk für die Entlassungs- und Nachsorgephase etabliert, bei dem das Konzept des Gender Mainstreaming Berücksichtigung findet (Cummerow 2007: 309 ff. für die JVA Willich II). Ausgangspunkt für eine frauenspezifische Beratung und Vermittlung ist das bereits erwähnte bessere Bildungsniveau von Frauen, das eine spezifische Förderung bei der beruflichen Qualifizierung und bei Entlassungsmaßnahmen anbietet. Eine in diesem Zusammenhang erstellte Studie des Kriminologischen Dienstes in Nordrhein-Westfalen über das sog. Gate Fever erbrachte, dass Insassinnen vor der Entlassung verschiedene Ängste plagten, die sich insbesondere auf ihre Existenzsicherung und ihre Familie beziehen (vgl. im Folgenden Cummerow 2008: 47 ff.). Eine berufsbezogene Wiedereingliederung sei demnach dann vielversprechend, wenn diese grundlegenden Bedürfnisse und die damit verbundenen Ängste thematisiert werden. Dabei gehe es um die Erziehung und Fürsorge der Kinder, die weitere Berücksichtigung familiärer Bindungen, die Bewältigung von stoffgebundenen Abhängigkeiten und die Etablierung eines festen und gesicherten Wohnsitzes. Die konkrete Unterstützungsleistung bestehe dann in der Einbeziehung des sozialen Umfelds mit Paargesprächen und der zu bearbeitenden Hindernisse für die Aufnahme einer Tätigkeit (z. B. Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Kinderbetreuung).

In der vollzuglichen Praxis der beiden Erhebungsanstalten wurden mit einem emanzipatorischen bzw. lebenslagenorientierten Ansatz sowie mit einem an tradierten Rollenzuweisungen orientierten Ansatz zwei verschiedene Richtungen in der Sozialarbeit beobachtet (vgl. im Folgenden Haverkamp 2011: 847 f.). Die Verfolgung des herkömmlichen Ansatzes wurde mit der an traditionellen Familienvorstellungen festhaltenden Position vieler Insassinnen begründet und steht an und für sich im Widerspruch zum Gender Mainstreaming, nach dem Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern überwunden werden sollen. Allerdings kann eine lebenslagenorientierte Sozialarbeit diese Strategie integrieren, indem Rücksicht auf die Ressourcen, Fähigkeiten und Grenzen der jeweiligen Frau genommen wird. Einerseits können Anstöße hin

---

12 <http://www.mabis-net.de> (zuletzt abgerufen am 04.07.2014); das von der EU geförderte Modellprojekt begann am 16. August 2002 und endete am 30. Juni 2005, das Sonderprogramm wurde dann vom Land weitergeführt.

zu einem anderen Lebensmodell unternommen werden, andererseits ist der ausdrückliche Wunsch nach einem Leben als Mutter und Hausfrau zu respektieren und zu unterstützen.

## 7. Perspektiven im Frauenvollzug

Im Frauenstrafvollzug lassen sich im vergangenen Jahrzehnt folgende Tendenzen ausmachen. Angesichts der anfangs steigenden und nun leicht zurückgehenden Insassinnenpopulation nimmt der Verwahrvollzug aufgrund von personellen und finanziellen Einsparungen zu. Dem Wunsch nach Drosselung der Ausgaben, aber auch der Effektivierung der Kontrolle ist eine Akzentuierung der technischen Sicherheit geschuldet. Der Behandlungsvollzug bzw. Chancenvollzug erreicht eine ohnehin schon motivierte Minderheit, die noch dazu aufgrund günstigerer sozio-ökonomischer Ausgangsbedingungen privilegiert ist. Eine Rückgängigmachung bzw. Umkehrung dieser Trends erscheint vor dem Hintergrund des kriminalpolitischen Bezugsrahmens problematisch. Da es um externe Faktoren geht, die einer Einflussnahme durch die Anstalten entzogen sind, stellt sich hier die Frage nach der Bereitschaft innerhalb der Gesellschaft zur Reintegration von Straffälligen. Die derzeitigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind für eine Resozialisierung im weiteren Sinne eher hinderlich. Die in vielen Fällen missglückte Legalbewährung diskreditiert jedoch gewissermaßen den Behandlungsvollzug als vergebliche Behandlungsanstrengung in den Justizvollzugsanstalten. Dabei ergaben die Ergebnisse aus den verschiedenen Erhebungsschritten, dass ungeachtet der knappen Ressourcen bundesweit beträchtliche Bemühungen entfaltet wurden, um die Teilhabechancen der weiblichen Gefangenen im Vollzug und in Freiheit zu verbessern. Es ist daher zu wünschen, dass der Frauenvollzug in Zukunft sein Profil weiter stärkt und intramurale Behandlungsfortschritte anerkannt werden.

## Literatur

- Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2000-2012): Polizeiliche Kriminalstatistik 2000-2012. Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden; zitiert PKS des jeweiligen Jahres.
- Cummerow, Bettina (2008): Gate Fever – Frauen vor ihrer Entlassung aus der Haft. In: *Bewährungshilfe (BewHi)*, Jg. 55, Heft 1, S. 47-62.
- Cummerow, Bettina (2007): *Voneinander Lernen: Wiedereingliederung Haftentlassener Frauen am Beispiel einer Europäischen Projektpartnerschaft.*

- In: Kawamura-Reindl, Gabriele/ Halbhuber-Gassner, Lydia/ Wichmann, Cornelius (Hrsg.): *Gender Mainstreaming – ein Konzept für die Straffälligenhilfe?* Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag, S. 309-335.
- Cummerow, Bettina (2006): *Chancengleichheit? Frauen und Männer im Strafvollzug.* In: *Bewährungshilfe (BewHi)*, Jg. 53, Heft 3, S. 153-167.
- Dünkel, Frieder (1992): *Empirische Beiträge und Materialien zum Strafvollzug. Bestandsaufnahmen des Strafvollzuges in Schleswig-Holstein und Frauenvollzugs in Berlin.* Freiburg i. Br.: Eigenverlag.
- Franze, Karin (2001): *Resozialisierung unter den Bedingungen des Frauenstrafvollzugs. Eine Untersuchung und Bewertung der zur Resozialisierung straffällig gewordener Frauen angewandten Behandlungsmethoden in der JVA Aichach.* Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Funk, Ina (2009): *Inhaftierte Frauen – eine aktuelle Bestandsaufnahme des Frauenstrafvollzuges in Deutschland.* *Neue Kriminalpolitik*, Heft 2, S. 50-57.
- Halbhuber-Gassner, Lydia (2007): *Vom Hofgang zum aufrechten Gang – Das Projekt „Frei-Raum“.* In: Kawamura-Reindl, Gabriele/ Halbhuber-Gassner, Lydia/ Wichmann, Cornelius (Hrsg.): *Gender Mainstreaming – ein Konzept für die Straffälligenhilfe?* Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag, S. 279-286.
- Haverkamp, Rita (2011): *Frauenvollzug in Deutschland. Eine empirische Untersuchung vor dem Hintergrund der Europäischen Strafvollzugsgrundsätze.* Berlin: Duncker & Humblot.
- Heinz, Wolfgang (2009): *Kriminalität und Kriminalitätskontrolle in Deutschland.* In: Kröber, Hans-Ludwig/ Dölling, Dieter/ Leygraf, Norbert/ Saß, Henning (Hrsg.): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 4 Kriminologie und Forensische Psychiatrie.* Deutschland: Steinkopff Verlag, S. 1-133.
- Heinz, Wolfgang (2001): *Geschlecht und Kriminalität.* In: Christine Kreuzer (Hrsg.), *Frauen im Recht – Entwicklungen und Perspektiven.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 63-109.
- Jehle, Jörg-Martin (2009): *Strafrechtspflege in Deutschland. Fakten und Zahlen.* 5. Aufl. Berlin: Bundesministerium der Justiz (Hrsg.).
- Junker, Anne (2011): *Mutter-Kind-Einrichtungen im Strafvollzug.* Berlin: LIT-Verlag.
- Kawamura-Reindl, Gabriele (2009): *Straffällige Frauen.* In: Cornel, Heinz/ Kawamura-Reindl, Gabriele/ Maelicke, Bernd/ Sonnen, Bernd-Rüdiger

- (Hrsg.): Resozialisierung. Handbuch. 3. Aufl., Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 344-373.
- Kawamura-Reindl, Gabriele/ von den Driesch, Danielle (2002): Straffällige Frauen – Lebenslagen und Hilfeangebote. In: Cornel, Heinz (Hrsg.): Neue Kriminalpolitik und Soziale Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 179-187.
- Kestermann, Claudia (2005): Trainingscurriculum für den Frauenstrafvollzug – gesundheitliche Aspekte. In: Dünkel, Frieder/ Kestermann, Claudia/ Zolondek, Juliane (Hrsg.): Reader. Internationale Studie zum Frauenstrafvollzug. Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und „best practice“. Greifswald: Eigenpublikation, S. 19-41.
- Koch, Rolf /Suhling, Stefan (2005): Basisdokumentation im Frauenstrafvollzug. Erprobung eines Verfahrens und erste Ergebnisse zu den Inhaftierten und Methoden. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschrKrim), 88. Jg., Heft 2, S. 93-110.
- Köhler, Tanja (2012): Straffällige Frauen. Eine Untersuchung der Strafzumessung und Rückfälligkeit. Göttingen: Universitätsverlag.
- Maelicke, Hannelore (1995): Ist Frauenstrafvollzug Männersache? Eine kritische Bestandsaufnahme des Frauenstrafvollzuges in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Obermöller, Rainer (2000): Reform des Frauenstrafvollzugs durch problemorientierte Rechtsanwendung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Riemer, Sabine (2006): Möglichkeiten und Grenzen der Sozialarbeit im Strafvollzug. Gegenüberstellung der Ergebnisse qualitativer Befragungen von Sozialpädagoginnen und inhaftierten Frauen in zwei ausgewählten Justizvollzugsanstalten. München: Diplomarbeit im Studienfach Soziale Arbeit.
- Schrötte, Monika/ Müller, Ursula (2004): III. Teilpopulationen – Erhebung bei Inhaftierten „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Berlin.
- Schüler-Springorum, Horst (2006): Internationale Jugendkriminalpolitik? In: Neubacher, Frank/ Klein, Anne (Hrsg.): Vom Recht der Macht zur Macht des Rechts? Interdisziplinäre Beiträge zur Zukunft internationaler Strafgerichte. Berlin: Duncker & Humblot, S. 291-307.

- Schwinn, Claudia (2004): Resozialisierungsauftrag und Binnenorganisation im Frauenvollzug am praktischen Beispiel der Frauenhaftanstalt JVA Frankfurt am Main III. Berlin: Uni-Edition.
- Statistisches Bundesamt (2013 und 2014): Fachserie 10. Reihe 4.1 – 2012 und 2013. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. – Wiesbaden.
- Steinemann, Käthe (1982): Psychische Nöte der Frauen im Strafvollzug. In: Nass, Gustav 8Hrsg.): Frauen als Täter, Opfer und Bestrafte. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 281-291.
- Wirth, Wolfgang (2002): Das Drogenproblem im Justizvollzug. Zahlen und Fakten. In: Bewährungshilfe (BewHi), 49. Jg., Heft 1, S. 104-122.
- Zolondek, Juliane (2007): Lebens- und Haftbedingungen im deutschen und europäischen Frauenstrafvollzug. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Zurhold, Heike (2005): Haftbelastungen von drogenkonsumierenden Frauen. Erkenntnisse im europäischen Vergleich. In: Konturen, S. 42-45.
- Zurhold, Heike (1998): Kriminalität und Kriminalisierung drogengebrauchender Frauen: Kritische Analyse der justiziellen Sanktionspraxis und Möglichkeiten der Depönalisation. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.



# **Alte Menschen im Straf- und Maßnahmenvollzug: Straffällige mit besonderen Bedürfnissen**

*Barbara Baumeister & Samuel Keller*

Im Folgenden werden Ergebnisse der Studie «Alt werden im Straf- und Maßnahmenvollzug», welche zwischen 2008 bis 2010 in der Schweiz durchgeführt wurde, diskutiert. Es wird nach der Lebenssituation älterer Menschen im schweizerischen Strafvollzug gefragt. Was sind die Bedürfnisse eines alten Menschen und gibt es besondere Bedürfnisse, respektive daraus resultierende Belastungen für alte Strafgefangene? Mit welchen Herausforderungen sind Mitarbeitende des Strafvollzugs in der Betreuung dieser Zielgruppe konfrontiert? Diese Fragen stehen im Zentrum des folgenden Beitrags.

## **Ein Fallbeispiel**

Als Einstimmung ins Thema soll über einen Fall berichtet werden, wie er vor nicht allzu langer Zeit in den Schweizer Medien dargestellt wurde. Dieses Beispiel fasst in kurzer Form die zentralen Themen zusammen, die bezüglich alter Gefangener auch im internationalen Diskurs thematisiert werden.

Es wird über den Gefangenen Albert H. berichtet, welcher in der kantonalen Strafanstalt Pöschwies, Regensdorf inhaftiert war. Mit 426 Vollzugsplätzen ist die Strafanstalt Pöschwies die größte geschlossene Einrichtung in der Schweiz. Vergleichend hierzu verfügt die JVA Tegel, als größte geschlossene Vollzugsanstalt in Deutschland, über 1.325 Haftplätze. Hier wird bereits deutlich, dass die Schweiz im Vergleich mit andern Ländern kleinere Vollzeugs-einrichtungen hat, was auch Auswirkungen auf den Vollzugsalltag haben kann. So weist Aebersold (2009) darauf hin, dass Bürokratie und eine unpersonliche Behandlung eine weniger bedeutende Rolle in der Schweiz spielen.

Albert H. war Sicherheitsverwahrter in der Strafanstalt Pöschwies. Er hatte mehrere Prostituierte und eine Taxifahrerin vergewaltigt. Seine Aussichten, jemals wieder aus dem Gefängnis zu kommen, standen schlecht. Im Gefängnis wurde Herr H. vor Jahren Krebs diagnostiziert, sodass er damit rechnen musste, auch im Gefängnis sterben zu müssen. Der Gesundheitszustand von Herr H. verschlechterte sich während seiner Vollzugszeit so sehr, dass er schließlich auf den Rollstuhl angewiesen war. Herr H. konnte nur noch mit

großer Mühe vom Rollstuhl ins Bett und zurück steigen, musste sitzend auf einem Stuhl duschen und war unfähig die notwendigen Alltagsverrichtungen alleine zu tätigen. Es wird berichtet, dass zwei Gefangene begonnen hätten, ihm beim Waschen, Duschen und der Zellenreinigung zu helfen (Meier, 2011). Zuletzt musste Herr H. notfallmäßig ins nahegelegene Krankenhaus eingeliefert werden, wo er weiterhin polizeilich überwacht wurde und kurze Zeit später verstarb. Seine Frau, die er während seiner Haftzeit kennengelernt hatte, sei die einzige Person gewesen, die sich in den letzten Jahren um ihn gekümmert hatte. Wie sie im Krankenhaus ankam, so berichtet sie gegenüber den Medien, sei Herr H. bereits nicht mehr ansprechbar gewesen, sodass sie sich nicht mehr von ihm verabschieden konnte (ebd.).

### **Alte Menschen als Straffällige mit besonderen Bedürfnissen**

Im internationalen Diskurs sind Gesundheitsprobleme, die eingeschränkte Lebensperspektive, die Angst vor dem Sterben, Pflege und Betreuung sowie die Arbeitspflicht häufig genannte Herausforderungen und Belastungen im Zusammenhang mit alten Gefangenen. Die folgenden Punkte geben die zentralen Themen wieder:

- ***Gesundheitsprobleme***

Bezüglich gesundheitlicher Aspekte wird in mehreren Studien eine hohe Prävalenz psychischer Störungen unter älteren Gefangenen belegt (Schramke, 1996; Görge & Greve, 2005). Am häufigsten erwähnt werden dabei Depressionen, Angsterkrankungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Demenzen. Entsprechende Behandlungen werden durch das zunehmende Alter, durch Chronifizierung und Anhäufung von Störungsbildern komplexer und schwieriger.

- ***Eingeschränkte Lebensperspektive***

Insbesondere in Deutschland wurde das Thema der eingeschränkten Lebensperspektive bei älteren Gefangenen aufgegriffen (Schramke, 1996; Görge & Greve, 2005). Als psychosoziale Belastung wird hier erwähnt, dass ein Gefangener in höherem Alter für sich kaum Zeit für einen Neuanfang sieht und sich deshalb nicht wie jüngere Gefangene auf die Zeit nach der Entlassung vorbereiten kann oder es tut. Folglich wird die Haft häufig als das Lebensende empfunden. Deshalb belasten Gefühle der verlorenen Zeit und Sorge um die Gesundheit sowie die erwartete Reaktion des Umfeldes bezüglich der Straftat alte Gefangene deutlich mehr als jüngere.

- ***Angst vor dem Sterben***

Mit der Begleitung von sterbenden Strafgefangenen beschäftigte sich u. a. Aday in Nordamerika (2005). Er untersuchte die Angst vor dem Tod bei älteren Gefangenen. Demnach ist bei diesen Gefangenen nicht nur der Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter, sondern auch die Angst vor dem Tod leicht größer als bei Nichtinhaftierten der gleichen Altersgruppe. Gemäß Aday sollen ältere Gefangene insbesondere davor Angst haben, alleine zu sterben. Gleichzeitig fühlen sie auch Scham, als Gefangene zu sterben.

- ***Pflege und Vollzug***

Das Personal, das mit älteren Menschen im Vollzug arbeitet, benötigt hierfür auf verschiedenen Ebenen spezielle Kenntnisse. Eine große aber auch zentrale Herausforderung wird deshalb in der Schulung des Personals gesehen. Insbesondere wird auf den Zielkonflikt zwischen der Betreuung eines Pflegebedürftigen und dem gleichzeitigen Vollzug einer Strafe hingewiesen (Görge & Greve, 2005).

- ***Arbeitspflicht und Resozialisierung***

In der Schweiz gilt die allgemeingültige Arbeitspflicht für Gefangene auch über das Rentenalter hinaus. Davon ausgenommen sind ausschließlich Gefangene, die der Arbeit krankheitsbedingt nicht mehr nachgehen können, wofür sie ein Arztzeugnis benötigen. Dies wurde kürzlich noch einmal mit einem Bundesgerichtsentscheid bestätigt. Folglich richten sich die Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen im Vollzug nach wie vor auf die Integration in den Arbeitsmarkt. Diese ist für ältere Strafgefangene jedoch kaum zu realisieren und jenseits des Rentenalters auch nicht mehr erforderlich. Erschwerend kommt hinzu, dass das Erfüllen der geregelten Arbeit aufgrund abnehmender Belastbarkeit zunehmend schwieriger wird.

## **Entwicklung der Anzahl älterer Gefangener**

Die Anzahl alter Strafgefangener hat in der Schweiz wie auch in andern Ländern in den letzten Jahren stark zugenommen und wird voraussichtlich auch weiterhin ansteigen. Die Ergebnisse der sekundärstatistischen Analyse der Daten des Bundesamtes für Statistik zeigen, dass sich in der Periode 1994 bis 2011 die Altersgruppen ab dem 50. und 60. Altersjahr quasi verdoppelt haben (Bundesamt für Statistik (1985-2011)). Bei den über 50-Jährigen ist die Anzahl von 303 auf durchschnittlich 497 Personen angestiegen. Alleine in den

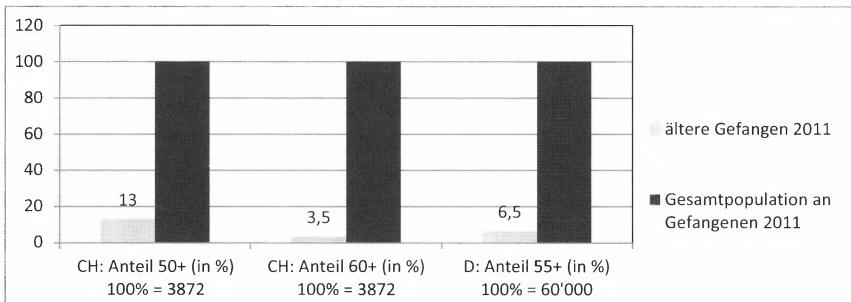
drei Jahren von 2008 bis 2011 ist die Anzahl um 95 Personen gewachsen. Bei den über 60-Jährigen ist ein Anstieg von 68 Personen auf durchschnittlich 136 zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe ist die Population zwischen 2008 und 2011 um 23 Personen gewachsen.

Zudem befanden sich im Jahr 2011 157 Verwahrte in den Institutionen des Schweizerischen Justizvollzugs. Jährlich werden in der Schweiz ca. 10 neue Verwahrungen ausgesprochen und viele dieser Menschen werden im Vollzug alt werden und – neben der allgemeinen Zunahme alter Gefangener – für einen weiteren Anstieg dieser Gefangenengruppe sorgen.

Als Vergleich soll auch für Deutschland die Zunahme von Gefangenen ab dem 55. Altersjahr im Zeitraum zwischen 1994 und 2011 aufgeführt werden (Statistisches Bundesamt, 2012). Da Deutschland ca. zehnmal mehr Einwohnerinnen und Einwohner als die Schweiz hat, ist auch eine entsprechend größere Anzahl an alten Gefangenen zu erwarten.

Betrachtet man zuerst alleine die prozentuale Zunahme zwischen 1994 und 2011, ist diese in Deutschland mit plus 700 % zwar viel deutlicher als in der Schweiz, wo die Zunahme im selben Zeitraum ca. 200 % betrug. Wird allerdings ausschließlich der Bestand im Jahre 2011 betrachtet, ist der Anteil alter Gefangener an der gesamten Gefangenenpopulation in Deutschland und in der Schweiz etwa derselbe, wie untenstehende Tabelle zeigt. Die 6,5 % der über 55-Jährigen Gefangenen in Deutschland liegen ungefähr zwischen den 13 % der über 50-Jährigen und den 3 % der über 60-Jährigen in der Schweiz. Das heisst, dass der Anteil alter Gefangener an der Gesamtpopulation in der Schweiz vor 1994 schon deutlich höher gewesen sein muss als in Deutschland:

**Tab. 1: Prozentualer Anteil alter Gefangener in der Schweiz und in Deutschland (2011)**



Alles in allem sind die zwei Kontexte somit durchaus vergleichbar und die Relevanz der Thematik für die Schweiz wie auch für Deutschland sei hiermit aktuell wie auch prospektiv auf quantitative Weise unterstrichen.

### **Einrichtungen für ältere Gefangene**

Während es in der Schweiz seit zwei Jahren die erste Abteilung für alte Gefangene in Lenzburg gibt, wurde in Singen bereits in den 70er-Jahren die erste Deutsche Strafanstalt für ältere Gefangene eingerichtet. Heute gibt es in Deutschland zusätzlich separate Abteilungen für alte Gefangene in Schwalmstadt, in Detmold und in Bielefeld-Senne.

Am weitesten fortgeschritten ist der Prozess der altersspezifischen Unterbringung in den USA. Viele US-Bundesstaaten haben eigene Anstalten oder Abteilungen. Einige Staaten haben sogar Einrichtungen für chronisch Pflegebedürftige und/oder Hospize oder Programm für sterbende Gefangene. Wobei hier anzufügen ist, dass diese Differenzierung auf die weltweit höchste Haft rate sowie den Trend in den Staaten zu langen Haftstrafen zurückzuführen ist (vgl. Görgen, 2007). Entsprechende Programme sind jedoch nach Aday (2006) zu sehr auf institutionelle Abläufe und zu wenig auf die Bedürfnisse alter Gefangener ausgerichtet.

### **Forschungsprojekt „Alt werden im Straf- und Maßnahmenvollzug“**

Für das Forschungsprojekt «Alt werden im Straf- und Maßnahmenvollzug» wurden mit insgesamt 22 alten männlichen Gefangenen – zum Zeitpunkt der Studie hatte keine Frau im schweizerischen Vollzug das sechzigste Altersjahr erreicht – und 33 Mitarbeitenden narrative und leitfadengestützte Interviews geführt. Das Projekt wurde im Zeitraum 2008 bis 2010 durchgeführt und vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) finanziert (Baumeister & Keller, 2011). Es wurden in drei unterschiedlichen Vollzugseinrichtungen Daten erhoben: Für den geschlossenen Vollzug in der Kantonalen Strafanstalt Pöschwies, Regensdorf, für den offenen Vollzug in der Kantonalen Strafanstalt Saxerriet, Salez und für den Maßnahmenvollzug im Maßnahmenzentrum Bitzi, Mosnang.

Es wurde nach der Lebenssituation älterer Gefangener im Schweizerischen Vollzug gefragt und von Interesse waren insbesondere die psychosozialen Bedürfnisse der alten Gefangenen sowie ihre Bewältigungsbemühungen im Umgang mit Belastungen während der Haftzeit. Ebenfalls, wie interessierte Vollzugsmitarbeitende ihre Arbeit mit alten Gefangenen erleben und mit welchen

Herausforderungen sie allenfalls konfrontiert sind. Es wurden in der Studie alle Berufsgruppen berücksichtigt, die in ihrem Alltag mit alten Gefangenen konfrontiert sind (siehe untenstehende Abbildung 1). Um Erkenntnisse über die Einflussfaktoren bei alltäglichen Interaktionen zwischen Mitarbeitenden und alten Gefangenen zu generieren, wurden die Ergebnisse der Mitarbeitenden- und Gefangenengespräche schließlich vergleichend einander gegenübergestellt.

**Abb. 1: Übersicht Datengrundlage**

|   |   |
|---|---|
| <b>Vollzugskonzepte</b><br>Maßnahmenvollzug (Bitzi)<br>Geschlossener Vollzug (Pöschwies)<br>Offener Vollzug (Saxerriet) |   |
| <b>Ältere Gefangene</b><br>22 männliche Gefangene ab dem sechzigsten Altersjahr   | <b>Vollzugsmitarbeitende</b><br>Aufseher/Betreuer<br>Werkmeister<br>Anstaltsleitungen<br>Arzt/Gesundheitspersonal<br>Psychiatrie<br>Seelsorge<br>Sozialdienst |

### **Bedürfnisse und Belastungen der alten Gefangenen**

Auf Basis der qualitativen Interviewanalysen haben sich Merkmale herauskristallisiert, die alle interviewten alten Gefangenen betreffen und diese insofern als homogene Gruppe charakterisieren. Nachfolgend werden diese Merkmale kurz zusammengefasst. Zur Verdeutlichung der gemeinsamen Bedürfnisse und Belastungen wird nachfolgend Bezug auf die moderne gerontologische Forschung genommen. Diese stellt weniger das Alter an sich ins Zentrum der Beobachtung, sondern untersucht verschiedene Prozesse des Alterns, die sich wiederum gegenseitig beeinflussen.

- ***Körperlich-biologische Aspekte***

Alternsprozesse sind immer auch mit körperlich-kognitiven Veränderungen verbunden. So werden körperliche und hirnorganische Einschränkungen mit steigendem Alter häufiger.

Alle 22 befragten Gefangenen haben kleinere bis größere körperliche Einschränkungen, die häufig deren Alltagserledigungen beeinflussen. Ein Großteil der Gefangenen ist diesbezüglich auf Hilfe angewiesen.

- ***Biografisch-lebensgeschichtliche Aspekte***

In der Arbeit mit alten Menschen muss immer auch ihre lebensgeschichtliche Prägung mit berücksichtigt werden. Nebst diesem biographischen Verständnis steht heute zunehmend auch die Perspektive der lebenslangen Entwicklung im Zentrum.

Die interviewten älteren Gefangenen haben mindestens die Hälfte, wenn nicht den größten Teil ihres Lebens in Freiheit verbracht. Entsprechend bringen sie alle ausgeprägte Lebenserfahrung und gefestigte Haltungen mit in die Institution. Dass Menschen im Alter ein hohes Bedürfnis zur Bilanzierung zeigen, wird insbesondere in ihren Selbstpräsentationen deutlich. Diese stehen im Kontrast zur Orientierung von Personen im mittleren Erwachsenenalter, die stärker Lösungen aktueller Probleme fokussieren (Rosenthal, 1995). Durch den narrativen Zugang des vorliegenden Forschungsprojektes konnte deutlich gemacht werden, dass die alten Gefangenen neben dem Bedürfnis zur Bilanzierung sich auch stark mit Lösungen aktueller Probleme auseinandersetzen müssen. Solche Probleme können bspw. der Umgang mit dem Stigma eines Schuldigen oder die Verortung der Hafterfahrung innerhalb der weit fortgeschrittenen Biografie sein. Ebenfalls zunehmend belastender wird für die älteren Gefangenen mit fortschreitendem Alter und oft auch fortschreitender Krankheit die Ungewissheit über die ihnen noch verbleibende Zeit.

- ***Soziale Aspekte***

Abnehmende Kräfte und eine zunehmend kürzer werdende Lebensperspektive führen bei alten Menschen zu einer bewussteren Gestaltung der Gegenwart. Daraus folgt meist auch die Präferenz von emotional wichtigen, vertrauten und verlässlichen Personen.

Diesbezüglich fällt auf, dass die interviewten Gefangenen – sofern noch vorhanden – ausschließlich Beziehungen zu ihrer Familie, zu Freunden oder Be-

kannten außerhalb des Vollzugs pflegen. Von der Anstaltsgemeinschaft hingegen ziehen sie sich weitgehend zurück.

#### - *Gestaltbarer und differenzieller Prozess*

Alternsprozesse können auch beeinflusst werden und sind auf unterschiedlichsten Ebenen gestaltbar. So können Lern- und Gedächtnistraining hirnganisch bedingte Einbußen teilweise kompensieren oder gezielte Übungen die Muskelkraft steigern.

Mit steigendem Lebensalter nehmen interindividuelle Unterschiede zu und chronologisch gleichaltrige Menschen stellen in allen Dimensionen eine höchst heterogene Gruppe dar. Deshalb wird im Folgenden auf die herausgearbeiteten Unterschiede der interviewten alten Gefangenen eingegangen.

### **Vier Gefangentypen alter Gefangener**

Aus den narrativen Interviews mit den alten Gefangenen konnten auf Basis der qualitativen Analysen induktiv vier unterschiedliche Gefangentypen herausgearbeitet werden. Diese Typen älterer Gefangener und deren Namen entstanden deshalb, weil sie jeweils gleiche und ähnliche Merkmale in Bezug auf die Kontextwahrnehmung, die internen sowie externen Ressourcen und auf die Strategien im Umgang mit dem Haftalltag aufzeigen. Die folgenden vier Typen „bemühter Bewahrer“, „angepasster Neubeginner“, „missverständener Ausgeschlossener“ und „unauffällig Resignierter“ werden nachstehend einzeln vorgestellt.

#### - *Der bemühte Bewahrer*

Der erste Gefangentyp, der „bemühte Bewahrer“, definiert sich über den Status seines früheren Lebens und der damit verbundenen gesellschaftlichen Akzeptanz, die er im Vollzug weiterhin bewahren will. Gefangene dieses Typs pflegen die vielen Kontakte nach draußen, die sie bereits vor der Inhaftierung hatten, und ziehen sich weitgehend von der Anstaltsgemeinschaft zurück. Der „bemühte Bewahrer“ ist bestrebt, die Zeit „davor“ zu konservieren, was sich beispielsweise durch biografisches Schreiben über seine Jugend, seine Familie oder seine Karriere manifestiert. Zum „bemühten Bewahren“ gehört auch, dass er gegenüber allen Mitmenschen im Vollzug stets anständig bleibt und Haltung wahrt. Diese Haltung kann er meist durch seine vielen sozialen und kulturellen Ressourcen stärken, sowie durch eine feste Überzeugung seiner Exklusivität. Es hat sich zudem gezeigt, dass Vertreter dieser Gefangengruppe meist Erstverurteilte im Alter sind und meist eine Strafe mit

absehbarem Ende haben. Der folgende Interviewausschnitt eines alten Gefangenen dieses Typs soll seine distanzierte Haltung im Vollzug dokumentieren sowie seine Gewissheit, nach Ende der Haftzeit ins frühere Leben zurückzukehren:

„Eben, ich habe ein bisschen wenig Kontakt [im Vollzug]. Weil, es interessiert mich einfach nicht. Wie ich gesagt habe, es würde mich vielleicht eher belasten, wenn ich weiß, der hat das gemacht. Der ist Kinderschänder oder Mörder oder.... Wie soll ich das wissen. Ich nehme die Kollegen wie sie sind. Ich sage ‚guten Tag‘ und ‚ich wünsche dir einen guten Appetit‘. Und damit hat es sich. Ich will nicht mehr Kontakt. Es ist ja dann auch, wenn man dann rausgeht und die wieder einmal draußen trifft. Es ist sicher ein besseres Gefühl, wenn man die nicht kennt.“

#### **- *Der angepasste Neubeginner***

Der zweite Typ eines alten Gefangenen verbindet im Unterschied zum „bemühten Bewahrer“ das Leben vor der Inhaftierung – insofern er überhaupt davon spricht – mit Scham statt mit Stolz. Des Weiteren hat der „angepasste Neubeginner“ alle seine früheren sozialen Kontakte außerhalb der Haftanstalt abgebrochen oder aber sie wurden abgebrochen. Dafür schafft er es im Gegensatz zu den übrigen Typen häufig, vereinzelte neue Kontakte aus dem Haftaufenthalt heraus proaktiv aufzubauen. Er akzeptiert die Forderungen, die an ihn gestellt werden, nutzt die Lern- und Resozialisierungsangebote und betont diese Eigenleistungen des Neuanfangs im fortgeschrittenen Alter, weshalb der Haftalltag für ihn quasi keine Belastung darstellt. Man kann wohl auch sagen, dass dieser Neuanfang eher untypisch für das fortgeschrittene Alter ist und dieser Typ unabhängig vom Faktor Alter viel mehr einem idealen Vollzugsgefangenen auf dem Wege zur Resozialisierung zu entsprechen scheint.

Zieht man beim „angepassten Neubeginner“ im Nachhinein die kriminologischen Daten aller Vertreter dieses Typs bei, fällt auf, dass es sich vor allem um Wiederholungstäter oder Langzeitgefangene (10-30 Jahre Vollzugserfahrung) handelt. Die folgenden zwei Zitate aus Interviews mit Vertretern des „angepassten Neubeginners“ verdeutlichen den Abschluss mit dem bisherigen Leben sowie die aktive Bereitschaft für einen Neuanfang:

«...ich habe ein liederliches Leben gehabt. Ich hatte Alkoholprobleme und immer wieder rein und raus.»

«Und da drin, ganz anfänglich in meiner Haftzeit, hat mich jemand angesprochen von der Justiz her, ob ich einen freiwilligen Mitarbeiter akzeptieren würde. Ich habe mir das überlegt und dann auch zugestimmt. (...) Und auch der

hat es am Anfang sehr schwierig gehabt, dass ich überhaupt nur etwas erzählt habe. Und der hat es endlich fertig gebracht, dass ich heute eigentlich ebenso, wie ich jetzt auch Ihnen erzähle, eigentlich mich geöffnet habe.»

#### - *Der missverstandene Ausgeschlossene*

Der dritte Typ, der „missverstandene Ausgeschlossene“, fühlt sich meist schon sehr lange weder von den Gesetzen noch von der Gesellschaft verstanden und somit – abgesehen von vereinzelt subkulturellen Kontakten – ausgeschlossen. Diese Erfahrung wird durch die Einweisung in den Vollzug explizit bestätigt. Dieser „Ausschluss“ zeigt sich auch in der Anstaltsgemeinschaft, wo der „missverstandene Ausgeschlossene“ einen schlechten Stand hat. Zu Mitgefangenen oder Mitarbeitenden pflegt er vorwiegend eine konflikthafte Beziehung. Der „missverstandene Ausgeschlossene“ misstraut allem und jedem und zieht sich häufig als Beobachtender zurück. Zudem unterscheidet er sich von den ersten zwei Typen auch dadurch, dass er die Tat weder verschweigt noch Schuldeinsicht zeigt, sondern sich rechtfertigt.

Gefangene dieses Typs sind mehrheitlich Wiederholungstäter oder Langzeitgefangene. Auch macht sich bei ihnen eine ausgeprägte Zukunftsangst bemerkbar, was auch damit zusammenhängen könnte, dass ihr Haftende oft ungewiss ist. Hierzu Zitate von zwei alten Gefangenen zu zentralen Themen des „missverstandenen Ausgeschlossenen“:

«Wenn man weiß, dass man nicht schuldig ist, das macht es eigentlich sehr viel leichter. Weil, man kann einfach nur stark bleiben. Man kann gar nicht schwächer werden, höchstens körperlich ja, aber psychisch eher nicht.»

«Ich schreibe auf jeden Fall zwei Bücher, oder allenfalls drei. Eines über das, was jetzt da passiert ist. Eines über das (XY)-Gesetz [ein spezifisches Gesetz, das wir hier zur Wahrung der Anonymität nicht aufführen], was für..., es ist kriminell, dieses Gesetz. Verfassungswidrig. Das dürfte es gar nicht geben.»

#### - *Der unauffällig Resignierte*

Der „unauffällig Resignierte“, der letzte der vier Typen alter Gefangener, ist meist schon sehr lange multiplen Problemlagen ausgesetzt und besitzt kaum persönliche, soziale oder finanzielle Ressourcen, um diese Lage zu verändern. Im Unterschied zu den drei vorangehenden Typen stellt er jedoch kaum Ansprüche an sich selbst, seine Umwelt oder an seine Zukunft. Diese Haltung führt auch dazu, dass er im Vollzugsalltag kaum auffällt, weshalb er von den anderen Gefangenen wie auch von den Vollzugsmitarbeitenden leicht vergessen oder übersehen werden könnte.

Die kriminologischen Angaben zum „unauffällig Resignierten“ zeigen, dass dieser entweder auf viele kürzere Haftstrafen oder auf eine Langzeitstrafe zurückblickt. Diese anspruchslose, resignierte Perspektive lässt sich mit nachfolgenden Zitaten aus Gesprächen mit alten Gefangenen verdeutlichen:

«Da könnte ich jetzt so sagen, ja man schlägt sich so durch. Oder man beisst sich so durch.»

«Besser wäre es, wenn man es [das Delikt] verhüten könnte. Dann müsste man nicht in so ein Dings rein kommen. Aber es ist halt schwierig. Man muss sich extrem zusammennehmen.»

*Interviewerin:* «Wie stellen Sie sich Ihre Situation in 5-10 Jahren vor?»

*Gefangener:* «Ja, so lange lebe ich ja nicht mehr»

## **Strukturelle und individuelle Herausforderungen in der Arbeit mit alten Menschen im Straf- und Maßnahmenvollzug**

Die 33 Gespräche mit Vollzugsmitarbeitenden haben primär gezeigt, dass sich deren Aufgaben- und Rollenwahrnehmungen in einem fortwährenden Spannungsfeld befinden. Das Spannungsfeld ist hauptsächlich geprägt durch die Wechselwirkung zwischen institutionellen Vorgaben und individuellen Deutungen.

### **- Institutionelle Ebene: Struktureller Kontext**

Betrachtet man auf der institutionellen Ebene den strukturellen Kontext, fällt auf, dass sich in allen untersuchten Einrichtungen u. a. ältere Gefangenen befinden, die der Arbeitspflicht im Vollzug nur noch teilweise oder gar nicht mehr nachgehen können. Daraus folgt, dass diese Gefangenen teilweise oder gar nicht in die vorgesehene Tagesstruktur integriert sind. Sie verbringen die Zeit je nach Vollzugsform entweder in der verschlossenen Zelle oder auf der Abteilung und sind auf Unterstützung angewiesen.

### **- Institutionelle Ebene: Strukturelle Kritik**

Die interviewten Mitarbeitenden kritisieren auf der institutionellen Ebene einerseits die oben erwähnte allgemeingültige Arbeitspflicht. Diese Kritik wird vor allem dann angebracht, wenn ein alter Insasse der Arbeitspflicht nicht mehr nachgehen kann. Viele Vollzugsmitarbeitende bemängeln dann auch, dass aus ihrer Sicht spezifische Konzepte für alte Gefangene bezüglich Aktivierung, Freizeit und Bildung fehlen. Demzufolge wird auch die Tagesstruk-

tur wiederholt als ungeeignet kritisiert. Ebenfalls wird auf infrastrukturelle Mängel verwiesen, worunter fehlender Fahrstuhl, keine rollstuhlgängigen Zellen u. Ä. fallen. Ein Mitarbeitender beschreibt hierzu treffend: «Da kann man dann aufhören von Integration zu reden, wenn die einfachsten lebenspraktischen Sachen zum Hindernis werden.»

Bezüglich der dauerhaften Betreuung und Pflege wird vor allem die fehlende nächtliche Betreuung bemängelt, die in keiner Einrichtung gegeben bzw. vorgesehen ist. Auch fehlen den meisten Mitarbeitenden klar definierte Aufgabenanweisungen in der Arbeit mit alten Gefangenen. Insbesondere die mangelnde Differenzierung von Betreuungs-, Hilfe- und einfachen Pflegeleistungen kann beim Betreuungs- und Aufsichtspersonal zu größeren Spannungen und Widersprüchlichkeiten hinsichtlich ihrer Aufgabenwahrnehmung führen. So sagen die einen: «den fasse ich nicht an, das ist nicht unser Stellenbeschrieb», währendem die Kollegen mit demselben Stellenprofil meinen: «das mache ich, was soll das». Nebst den aufgegriffenen mangelnden Rahmenbedingungen fehlt es den Mitarbeitenden mitunter auch an gerontologischem Grundlagenwissen, dank welchem sie Situationen von sich aus besser einschätzen könnten, um aufkommende Unsicherheiten zu verringern.

Erschwerend kommt hinzu, dass der Tagesablauf in Straf- und Maßnahmenvollzugseinrichtungen klar strukturiert ist. Die Gleichbehandlung aller Gefangenen wird von solchen Institutionen erwartet oder gar vorausgesetzt. Allerdings scheint gerade im Umgang mit alten Gefangenen das Praktizieren von individuellen Lösungen zunehmend notwendig und stellt die Mitarbeitenden immer wieder vor entsprechende Herausforderungen. So braucht bspw. ein Gefangener wegen seinen Medikamenten einen Kühlschrank auf der Zelle, ein anderer darf krankheitsbedingt auf der Zelle frühstücken u. a.

#### - *Individuelle Ebene: Engagement/Erwartung*

Die Mitarbeitenden skizzieren auf der individuellen Ebene einerseits ein positives, mitunter auch stereotypes Bild eines alten Gefangenen, was ein spezifisches Engagement der Mitarbeitenden fördert. Demnach sind ältere Gefangene zufriedener, weniger nervös, anständiger, höflicher, verlässlicher, verantwortungsvoller oder selbständiger als jüngere Gefangene. Die geringere Gewaltbereitschaft, geringere Kraft und Impulsivität werden von den Mitarbeitenden geschätzt. Die Tendenz zu Rückzug und Ruhe der alten Gefangenen und ihr Arrangement mit den Haftbedingungen sind weitere Aspekte, die dann – im Gegensatz zu den jüngeren Gefangenen – von den Mitarbeitenden als ausschließlich positiv bewertet werden.

Es zeigt sich, dass die Mitarbeitenden in ihrem Arbeitsalltag mit älteren Gefangenen subjektiv bessere und befriedigendere Erfahrungen machen und gleichzeitig durch diese positiven Deutungen implizit auch mehr Erwartungen an alle alten Gefangenen stellen. Die Gefahr besteht, dass aus der Faszination und Empathie eine Rollenverwässerung oder gar -umkehr entstehen kann, so dass der Mitarbeitende bspw. einen alten Gefangenen um Rat im Umgang mit anderen Gefangenen bittet.

Im Hinblick auf die vier Gefangentypen scheint es offensichtlich, dass vor allem der „bemühte Bewahrer“ und teilweise auch der „angepasste Neubeginner“ diese positiven Altersbilder bedienen und deshalb der Kontakt zu diesen Gefangenen von den Mitarbeitenden (bewusst oder unbewusst) auch mehr gesucht und gepflegt wird.

#### **- Individuelle Ebene: Grenzen/Enttäuschungen**

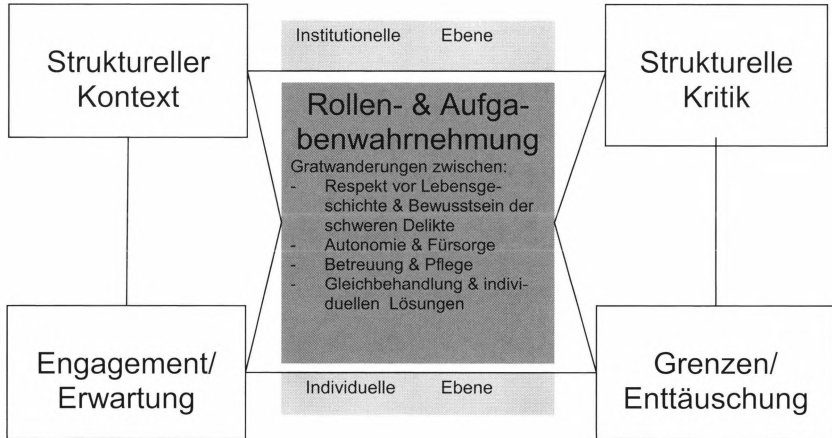
Dem gegenüber werden die alten Gefangenen gleichzeitig als sturer, rechthaberischer und weniger lern- und leistungsfähig beschrieben. Diese Wahrnehmung kann durch die oben beschriebene Tendenz zu mehr Empathie und den positiven Zuschreibungen korrespondieren, mit welchen die Mitarbeitenden die älteren Gefangenen von den jüngeren differenzieren. Demzufolge können größere Erwartungen auch entsprechend enttäuscht werden. Ist dies der Fall, empfinden die Mitarbeitenden die Arbeit mit dieser Zielgruppe als speziell „schwierig“ oder „unangenehm“. Damit könnte vor allem der „missverstandene Ausgeschlossene“ mit seiner konfrontativen Art gemeint sein. Auch kann der „unauffällig Resignierte“ als „typisch unzugänglicher“ oder auch als „typisch unhygienischer alter Gefangener“ negativ auffallen. Unsicherheiten im Umgang mit alten Gefangenen zeigen sich insbesondere bei schwerer Krankheit, nahendem Tod und Hoffnungslosigkeit. In diesem Zusammenhang gibt es bei den Mitarbeitenden auch eine Tendenz zu beobachten, die Situation alter Gefangener zu bagatellisieren oder umzudeuten.

#### **- Rollen- und Aufgabenwahrnehmung:**

Es wird nun deutlich, in welchem Spannungsfeld sich die Rollen- und Aufgabenwahrnehmung der Vollzugsmitarbeitenden im spezifischen Arbeitsalltag mit älteren Gefangenen befindet. Die Rollenwahrnehmungen der Mitarbeitenden im Umgang mit alten Gefangenen sind somit Produkt von oft unreflektierten Abhängigkeiten auf unterschiedlichen Kontextebenen der Arbeitssituation, bestehend aus subjektiven und interaktiven Gewichtungen. Aufgrund dieser Dynamik der vier Ebenen bleiben Bedeutungen auf der einen Ebene nie ohne Auswirkung auf die anderen. Die Einflussfaktoren im Arbeitsalltag der Mitar-

beitenden mit alten Gefangenen lassen sich in folgendes übergreifende Modell einordnen (vgl. Abb. 2):

**Abb. 2: Rollen- und Aufgabenwahrnehmungen der Mitarbeitenden**



In den Interviewanalysen wurde deutlich, dass diese Gratwanderungen und Herausforderung in der Arbeit mit alten Gefangenen von den Mitarbeitenden vor allem zwischen den folgenden Themen angegangen und bewältigt werden müssen:

- Zwischen großem Respekt vor der Lebensgeschichte und dem Bewusstsein der teils schweren Delikte.
- Zwischen der Abwägung, wie viel Autonomie oder Fürsorge alte Gefangene benötigen oder – aus subjektiver und situativer Sicht – auch verdient haben.
- Daran schließt sich auch die Gratwanderung zwischen der Definition einer Handlung als Betreuung oder aber der Definition einer Handlung als einfache Pflege an, die nicht vollbracht werden möchte. Hier macht sich auch eine Angst bemerkbar, dass einem aus lauter Unwissen plötzlich unterlassene Hilfeleistung vorgeworfen werden könnte.
- Schließlich scheint auch die allgegenwärtige Diskussion um Gleichbehandlung versus individuelle Leistungen bei den alten Gefangenen verstärkt Bedeutung zu erhalten.

## Fazit

Unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse alter Gefangener, mit welchen sich der Vollzug aufgrund der nachweislich zunehmenden Zahl alter Gefangener ernsthafter als bisher auseinandersetzen muss, und aufgrund der daraus resultierenden Herausforderungen für den Vollzug und dessen Mitarbeitenden gilt es abschließend nochmals vier Punkte hervorzuheben:

### - *Konzept: Problemgerechte Unterbringung für alte Gefangene*

Neben hindernisfreier Umgebung und dauerhafter Hilfe- und Pflegeleistungen beinhaltet eine problemgerechte Unterbringung für alte Gefangene auch, dass spezifische Vollzugskonzepte mit angepassten Vollzugszielen für alte Gefangene erarbeitet werden. Diese beinhalten Überlegungen wie:

- Wird Lebensbilanzierung angeregt und die Auseinandersetzung mit der persönlichen Lebensperspektive unterstützt?
- Gibt es Angebote für den persönlichen Umgang mit abnehmenden Kräften im Vollzug und werden vorhandene Ressourcen der alten Gefangenen genutzt?
- Wird Unterstützung zur Lösung psychosozialer Probleme geboten?
- Werden die sozialen Kontakte nach draußen gezielt unterstützt?

### - *Struktur: Vorteile einer Separation*

Aus folgenden Überlegungen sehen wir Vorteile in der Separation alter Insassen: Die alten Insassen bevorzugen es, die Zeit alleine zu verbringen und pflegen kaum Kontakt zu anderen Insassen, was weniger mit der Angst vor ihnen, als mit der selektiven und bewussteren Wahl von Kontakten zu Personen, die dem Insassen nahe stehen, zu begründen ist (Carstensen, Kennedy & Mather, 2004). Ebenfalls kann das Bedürfnis zur Lebensbilanzierung eine Ursache für deren Rückzug sein. Durch eine Separation wird das Praktizieren von individuellen Lösungen weniger notwendig, respektive durch die Berücksichtigung der Lebensumstände alter Menschen sind individuelle Lösungen für alle alten Insassen vorgesehen.

### - *Ausbildung: Schulung des Personals und Erarbeitung spezifischer Stellenprofile für die Betreuung alter Insassen*

Die Daten der Studie zeigen, dass in den Stellenprofilen klare Vorgaben bezüglich Betreuung, Hilfe und einfachen Pflegeleistungen notwendig sind.

Zentral ist hier nicht die Frage nach Pflegepersonal sondern nach spezifischen Betreuungs- und Hilfeleistungen für alte Menschen. Das heißt, das Personal sollte für den Umgang mit älteren Gefangenen sensibilisiert und befähigt werden, da positive oder negative Altersbilder oft die Motivation und Handlung der Mitarbeitenden im Umgang mit alten Insassen bestimmen.

- ***Interindividuelle Unterschiede alter Gefangener berücksichtigen***

Die herausgearbeiteten Typen „bemühter Bewahrer“, „angepasster Neubeginner“, „missverstandener Ausgeschlossener“ und „unauffällig Resignierter“ haben deutlich gemacht, wie unterschiedlich die Bedürfnisse alter Gefangener sein können, aber auch ihre Ressourcen sind, die sie mitbringen, um das Alter unter den Einschränkungen des Vollzugs zu gestalten sowie Unterschiede in dem, was sie besonders belastet. Für angemessene anstelle stereotyper Behandlung und Betreuung sollen die Ausführungen zu diesen vier Typen Anhaltspunkte zur fachlichen Reflexion geben.

## **Literatur**

- Aday, R. H. (2006), Managing The Special Needs Of Ageing Prisoners In The United States. In Wahidin, A. & Cain, M. «Ageing, crime and society». Portland: Willan Publishing, 210-229.
- Aday, R. H. (2005), Aging prisoners' concerns toward dying in prison. Omega-Journal of Death and Dying, 52 (3), 199-216.
- Aebersold, P. (2009). Ist das Ziel der (Re-)Sozialisierung noch zeitgemäss? In N. Queloz, U. Luginbühl, A. Senn & S. Magri (Hrsg.), Ist das Ziel der Resozialisierung noch zeitgemäss? Beiträge und Dokumentation der 6. Freiburger Strafvollzugstage (November 2008) (S. 17-36). Bern: Stämpfli Verlag.
- Baumeister, B. & Keller, S. (2011), Alt Werden im Straf- und Massnahmenvollzug. Dübendorf: infostelle.
- Bundesamtes für Statistik (1985-2011), BFS – Statistisches Lexikon der Schweiz: Strafvollzugsstatistiken. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesversammlung (2011), Antwort des Bundesrates auf die Frage „Verwahrungspraxis überprüfen“, eingereicht von Rickli, Natalie am 12.09. 2011. Abgerufen im September 2012 unter: [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20115331](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20115331).

- Carstensen, L. L., Kennedy, Q. & Mather, M. (2004). The role of motivation in the age-related positivity effect in autobiographical memory. *Psychological Science*, 15 (3), 208-214.
- Görge, T. & Greve, W. (2005), Alte Menschen in Haft: der Strafvollzug vor den Herausforderungen durch eine wenig beachtete Personengruppe. *Bewährungshilfe- Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik* 52(2) 116-130.
- Görge, T. (2007), Ältere und hochaltrige Gefangene – Herausforderung (und Entwicklungchance) für den Strafvollzug. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (45), 5-12.
- Meier, P. J. (2011), Pflegefälle für immer im Knast. *Beobachter* (24), 18-19.
- Rosenthal, G. (1995), *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*. Frankfurt/ New York: Campus.
- Schramke, H.-J. (1996), *Alte Menschen im Strafvollzug. Empirische Untersuchung und Kriminalpolitische Überlegungen*. Bonn: Forum Verlag Godesberg.
- Statistisches Bundesamt (2012): *Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen. 2012Strafgefangene und Sicherungsverwahrte am 31.03.2012 nach demographischen und kriminologischen Merkmalen sowie Zeitreihendarstellung für 1965 bis 2012; Untergebrachte im Maßregelvollzug am 31.03.2012. Fachserie 10 Reihe 4.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.*



# **Tod im Knast\***

## **In Würde sterben**

*Joe Bausch*

Der Tod ist eines der letzten Tabus in unserer Gesellschaft. Früher waren Geburt und Tod in das häusliche Leben integriert, heute lagern wir das gerne aus. Gestorben wird in Kliniken, Hospizen oder Altenheimen, das Personal ist entsprechend geschult und kann den Sterbenden und dessen Angehörige im Idealfall medizinisch und psychologisch begleiten. Dennoch ist das eigene Sterben oder das eines Angehörigen mit vielen Ängsten belastet: der Sorge, allein gelassen und seiner Würde beraubt zu werden, einen unnötig verlängerten Sterbeprozess durchstehen zu müssen oder anderen zur Last zu fallen. Der Gedanke an den Tod setzt bei allen Menschen ähnliche Mechanismen in Gang. Wer mit einer tödlichen Diagnose konfrontiert wird, schwankt zwischen Ohnmacht, Verzweiflung, Wut und dem Klammern an jeden noch so kleinen Strohalm. Bei vielen Häftlingen löst die Vorstellung, während der Haft schwer zu erkranken oder gar zu sterben, Panik aus. Wie oft habe ich den Satz »Ich möchte hier nur heil wieder rauskommen« gehört, nicht selten von Insassen, die selbst viel Leid oder Tod über andere gebracht haben. Fakt ist aber, dass sich Krankheit und Tod nicht nach dem Vollzugsplan richten, nicht nach der Delinquenz oder einer Kriminalprognose. Krankheiten und Tod treffen einen unvermittelt.

In der Präambel der »Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung« heißt es: »Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. [...] Dazu gehören unter anderem menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege [...]« Die Frage, wie diese Vorgaben in der Haft umgesetzt werden können, wird indes nicht beantwortet. Tatsächlich verbringen immer mehr Inhaftierte eine wesentlich längere Lebensspanne im Knast, die von Krankheit, Siechtum und Todesnähe geprägt ist.

Für die meisten todkranken Inhaftierten gibt es draußen keinen sozialen Empfangsraum mehr. Angehörige haben sich schon vor Jahren abgewendet, Eltern

---

\* © 2012. Ullstein Buchverlage GmbH, Berlin. Der Herausgeber bedankt sich für die freundliche Genehmigung des Abdrucks eines Auszuges aus dem Buch „Knast“ von Joe Bausch in diesem Band.

sind verstorben, Kinder wollen oder können sich nicht mit einem sterbenden Angehörigen belasten, Einrichtungen wie Alten- oder Pflegeheime sehen sich kaum imstande, ehemals gefährliche Verbrecher in ihre Einrichtungen zu übernehmen. Einige Kostenträger legen zudem große Zurückhaltung an den Tag, wenn es um die Finanzierung einer solchen Unterbringung geht.

Für die Gefängnisse heißt das, sich um sterbende Insassen zu kümmern, weil Alternativen nur begrenzt zur Verfügung stehen. Die Häftlinge selbst gehen mit dieser Perspektive unterschiedlich um. Meiner Erfahrung nach entscheiden sich immer mehr Langjährige ganz bewusst, ihr Leben auch in Haft zu beschließen. Für viele ist die Vollzugseinrichtung zum Zuhause geworden, ein anderes haben sie nicht mehr. Andere haben schlechte Erfahrungen mit Einrichtungen außerhalb des Vollzugs gemacht, wo sie auf voreingekommene Ärzte gestoßen und sich als Patienten dritter Klasse vorgekommen sind. Dann schon lieber im Knast sterben.

Aber das ist einfacher gesagt als getan. Nicht selten gerät ein Schwerstkranker mit einer geringen Lebenserwartung zwischen die Mühlen von Vollzug und Strafvollstreckungsbehörden. Oder er nutzt – sofern er dazu noch in der Lage ist – die Diagnose ganz bewusst aus: Ich habe Patienten erlebt, die sehenden Auges eine Verschlechterung ihres Zustands in Kauf genommen haben, um so auf Entscheidungen der Gerichte zu reagieren oder ihre Vorstellungen durchzusetzen. Für uns Ärzte ist es häufig schwer, sie zu einer Behandlung zu motivieren. Wozu die Qual einer Therapie auf sich nehmen, damit man die Strafe noch länger durchhält? Und danach? Als Krüppel rauskommen, auf Hartz IV in einer winzigen Bude hocken und allein auf das Ende warten?

Was macht man mit einem todkranken Straftäter? Entweder entlässt man ihn schnell, weil von ihm keine Gefahr mehr ausgeht und es Angehörige gibt, die sich um ihn kümmern. Oder es dauert länger, weil erst eine geeignete Unterbringung mit Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten gefunden werden muss. Das bedeutet manches Mal einen Wettlauf mit der Zeit. Oder aber der Häftling kann auf keinen Fall entlassen werden, weil es jetzt erst recht gefährlich wird, da er nichts mehr zu verlieren hat.

Deshalb ist eine angemessene Sterbebegleitung im Knast wichtig. In einem Passus der »Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte« heißt es: »Die Achtung menschlicher Würde ist auch dort erforderlich, wo sie nicht auf Gegenseitigkeit beruht.«

## **Coming home**

Alle nannten ihn Berti. Er verbrachte insgesamt über dreißig Jahre seines Lebens im Gefängnis. Gerne erzählte er, dass er mal der jüngste Insasse in einem deutschen Knast gewesen sei. Damals, kurz nach dem Krieg, mit noch nicht einmal achtzehn Jahren. Seine Eltern waren bei einem schweren Bombenangriff getötet worden, andere Familienangehörige hatte er nicht.

In einem Taubenschlag unter altem Geröll und einer Schicht Taubenscheiße hatte er eine P8 mit Munition gefunden, die ein Wehrmachtsoffizier dort versteckt hatte, bevor er sich den Amerikanern ergab. Berti war ein Angeber. Er behielt die Waffe, zeigte sie stolz seinen Freunden und machte immer wieder Schießübungen im Steinbruch. Das kam auch bei den Mädels gut an. Wochen später, als ein erschossenes Reh nahe dem Steinbruch gefunden wurde, bezichtigte man Berti schnell der Tat, nicht ganz zu Unrecht. So landete er wegen unerlaubten Waffenbesitzes und Wilderei zum ersten Mal im Zuchthaus. Hier rebellierte er gegen alles und jeden. Es war keine einfache Zeit, aber er ließ sich nicht unterkriegen.

Anfang der Fünfziger war er wieder auf freiem Fuß. Schnell erkannte er, dass sein Äußeres sein größtes, wenn nicht sogar sein einziges Kapital war. Vor allem bei älteren Frauen kam er gut an – und vermögende Witwen gab es damals genug. Er hatte ein erstaunlich selbstsicheres Auftreten und konnte, wenn er wollte, sehr charmant sein. Zeitweilig ließ er sich von mehreren Frauen aushalten und führte ein Leben, das selbst in den Wirtschaftswunderjahren nicht alltäglich war. Er trug feine Anzüge, rauchte amerikanische Zigaretten und chauffierte die Damen in ihren schicken Limousinen durch die Innenstädte. Er hatte immer Zeit für die Frauen, bei so viel Einsatz kam er nicht zum Arbeiten.

Während die Damen von einer gemeinsamen Zukunft mit Berti träumten, träumte er von einem eigenen 190 SL. Dafür ließ er sich sogar heiraten. Den Autos blieb er treu, den Frauen nie. Zwei Ehen gingen kurz hintereinander in die Brüche. Jedes Mal musste er wieder bei null anfangen, er hatte die Schnauze voll, wollte endlich sein eigenes Geld. Und so dachte er sich ein neues Geschäftsmodell aus, mit dem er seinen aufwendigen Lebensstil weiter finanzieren konnte. Er brach in die Wohnungen seiner Ex-Frauen ein und nahm sich das, wovon er glaubte, dass es ihm zustand: wertvollen Schmuck und Tafelsilber. Bei einem Hehler machte er die Beute zu Geld. Wenig später wanderte er wieder für ein paar Jahre in den Knast.

Alles, was er bis dahin an Tricks noch nicht draufhatte, lernte er nun im Gefängnis. Erzbetrüger wurden seine Lehrer. Und hier bekam er den letzten Schliff in der Kunst, sich zu verstellen und andere zu manipulieren.

Von dem wenigen Geld, das er bei der Entlassung erhielt, gab er Heiratsannoncen in seriösen Zeitungen auf: »Wanderjahre abgeschlossen! Welche finanziell unabhängige attraktive Frau, gerne auch mittleren Alters, möchte sich von gutaussehendem fünfunddreißigjährigen Mann, selbständiger Unternehmer, ledig, ohne Kinder, leichte Gebrauchsspuren, verwöhnen lassen? Gemeinsame Zukunft erwünscht.« Er traf sich mit allen, die einsam und vermögend waren, und begann mit denen, die seinem Charme erlagen, eine Beziehung. Allen täuschte er die große Liebe vor und zog ihnen so lange das Geld aus der Tasche, bis die Ersten misstrauisch wurden. Bevor die Chose zu platzen drohte, verschwand er oder fing das gleiche Spiel mit anderen an. Eine Frau zeigte ihn schließlich an, und damit krachte das Lügegebäude in sich zusammen. Andere Frauen zogen nach. Und wieder musste Berti in den Knast.

Da war er inzwischen ein alter Bekannter: Er kam, blieb für kurz oder lang, wurde entlassen und kehrte schnell wieder zurück. Die Zeiten in Freiheit wurden bald kürzer als die in Haft. Das Leben draußen wurde für ihn immer aufreibender, im Knast hatte er es vergleichsweise ruhig. Außerhalb der Mauern musste er sich dauernd verstellen, drinnen konnte er bei Mitgefangenen und Bediensteten mit seinen Geschichten und den Fotos seiner attraktiven Frauen und dicken Autos Eindruck schinden. Draußen konnte er sich nur mit Betrügereien durchschlagen, drinnen wurde für ihn alles geregelt. Draußen hatte er weder Verwandte noch echte Freunde – weil er sie alle betrogen hatte –, drinnen war seine Familie. Beamte, die ihn wie einen verlorenen, wenn auch etwas missratenen Sohn willkommen hießen. Auch die eine oder andere Frau blieb Berti treu, glaubte an ihn und vertraute ihm – wider besseres Wissen. Weil er einfach ein so glänzender Unterhalter war, ein so humorvoller Charmeur.

Die Zeiten in Freiheit waren inzwischen nur noch kurze Ausflüge, Urlaub von Zuhause. Wenn er entlassen wurde und mit seinem Koffer durch die Pforte ging, riefen die Beamten ihm zu: »Mach's gut, Berti. Wann sehen wir uns wieder?« Allzu lange ließ er nicht auf sich warten. Bei den Gefangenen war er beliebt, weil er Autorität besaß, alle Beamten kannte und wusste, bei wem er auf welchen Knopf drücken musste.

Die nächste Entlassung muss Berti als Rauschmiss empfunden haben. Er fühlte sich wie ein Galgenvogel, den man aus dem Nest geworfen hatte. Wieder die alten Nummern durchzuziehen, war ihm zu anstrengend und zu zeitaufwendig geworden. Dieses Mal ging er aufs Ganze. Er beschaffte sich in Belgien eine Waffe und überfiel anschließend eine Sparkasse in Dinslaken. Das Geld aus der Beute reichte gerade einmal für die Anzahlung. Wenig später saß Berti glücklich in einem roten 911er. Auf dem Beifahrersitz

Annemarie, die Frau, die bis zuletzt an ihn glaubte. Sie fiel aus allen Wolken, als das SEK die Autobahn vor ihnen sperrte und beide mit vorgehaltener Waffe festgenommen wurden. Showdown. Das Urteil: fünfzehn Jahre und anschließend SV. Ein pensionierter Beamter, der aus den Nachrichten von Bertis Verhaftung erfuhr, stellte nur lapidar fest: »Jetzt hat er den Deckel über sich zugemacht. Ist auf Nummer sicher gegangen. Hat sich den Sarg auf den Buckel gebunden.«

Ende der achtziger Jahre traf ich Berti zum ersten Mal. Er kam zu mir in die Sprechstunde und klagte über einen Hexenschuss. Ein Mann, Ende fünfzig, deutlich vorgealtert, stattliche Figur, schlohweißes volles Haar, gute Manieren, gepflegte Sprache. Niemals wäre ich auf die Idee gekommen, dass da einer vor mir stand, der schon über zwanzig Jahre Knasterfahrung hatte.

Ein Jahr später war ich auf dem Weg, mich in der Zelle eines Sicherungsverwahrten umzusehen, der dort einen Papagei halten durfte. Andere Insassen hatten sich beschwert, der Vogel mache zu viel Lärm und zu viel Dreck und sie hätten zudem Angst, er könne irgendwelche Krankheiten übertragen. Ich öffnete die Tür. Der Papagei schlug an wie ein Wachhund und schrie: »Hände hoch! Polizei!« Am Fenster stand Berti in einem dunkelblauen Kimono. Er schmunzelte. »Marilyn, gib Ruhe, das ist nur der Arzt«, sagte er, nahm den Papagei auf die Hand und setzte ihn in den Käfig. Der Vogel machte zwar Lärm, aber die Zelle sah ordentlich und aufgeräumt aus. Von Infektionsgefahr keine Spur.

Wir kamen ins Gespräch. »Wissen Sie, ich habe mich hier für länger eingerichtet. Und Marilyn ist eine geduldige ZuhörerIn und gibt keine Widerworte. Ich habe jetzt über zwanzig Jahre im Knast verbracht. Den Großteil meines Lebens. Draußen bin ich zum Schluss nicht mehr zurechtgekommen. Wenn Annemarie von ihren Urlaubsreisen oder von Besuchen bei ihren Kindern erzählte, konnte ich nur zuhören, aber nicht mitreden. Bei den Familienfesten war ich am Anfang der Exot, später interessierte sich keiner mehr für meine Geschichten. Ich hatte ja nur Geschichten aus dem Knast zu erzählen. Die hat eh keiner verstanden. Irgendwann erschien mir das Leben draußen schlimmer als hier. Deshalb habe ich die Bank überfallen. Volles Risiko. Ich wollte zurück. Dahin, wo mich jeder kennt und wo ich mich am besten auskenne ... nach Hause.«

Fünf Jahre später, an einem Sonntagnachmittag, veranstaltete Marilyn einen Höllenlärm. Beamte öffneten die Zellentür und fanden Berti tot in seinem Sessel.



# **Anhang**



# Auswahlbibliographie

*Elisabeth Herrmann*

Eine der zentralen Aufgaben der Kriminologischen Zentralstelle ist die Dokumentation kriminologischer Literatur. Das Fundament dieser Dokumentation bildet eine Präsenzbibliothek mit einem Bestand von zurzeit etwa 27.500 Monographien und ca. 60 laufend gehaltenen Fachzeitschriften. Aus dem Fundus dieser Zeitschriften werden jährlich etwa 400 ausgewählte Nachweise aus 30 kriminologisch relevanten Fachzeitschriften dokumentarisch ausgewertet. Diese Aufsatznachweise, ergänzt durch zahlreiche Nachweise aus der Aufsatzdatenbank der juris GmbH, die der KrimZ in einer seit 1986 bestehenden Kooperationsbeziehung zur Verfügung gestellt werden, bilden zusammen mit den Nachweisen des Bibliotheksbestandes die kriminologische Literaturdatenbank KrimLit.<sup>1</sup>

Die Datenbank KrimLit umfasst etwa 40.000 Nachweise kriminologisch relevanter Literatur, überwiegend aus dem deutschsprachigen Raum, und bildet die Grundlage der hier verzeichneten Auswahlbibliographie zur Tagung der KrimZ im Oktober 2013 mit dem Titel „Straffällige mit besonderen Bedürfnissen“.

Die Auswahl<sup>2</sup> orientiert sich an den auf der Fachtagung behandelten Themen und gliedert sich in folgende Abschnitte:

1. Bedürfnisse und Behandlung Strafgefangener
2. Sexualstraftäter – besondere Aspekte der Behandlung
3. Aspekte der Behandlung von Psychopathen
4. Strafgefangene Frauen – spezifische Bedürfnisse in Unterbringung und Behandlung
5. Alte Menschen im Vollzug, Umgang mit Krankheit und Tod

---

1 [www.krimz.de/dokumentation.html](http://www.krimz.de/dokumentation.html). Die Datenbank KrimLit ist gegenwärtig nur einem eingeschränkten Nutzerkreis zugänglich. Die Auswertungen der Zeitschriftenaufsätze sind auch im Rechtsportal der juris GmbH recherchierbar, s. [www.juris.de](http://www.juris.de), Teildatenbank „Literaturnachweise“. Der Bibliothekskatalog der KrimZ ist unter [www.krimz.de/bibliothek.html](http://www.krimz.de/bibliothek.html) verfügbar.

2 Einige Beiträge in diesem Band enthalten weitere wertvolle Literaturhinweise.

## 1. Bedürfnisse und Behandlung Strafgefangener

Franqué, Fritjof von & Briken, Peer (2013). Das "Good Lives Model" (GLM): Ein kurzer Überblick. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (1), 22 - 27.

Göbbels, Svenja & Zimmermann, Lavinia (2013). Rehabilitation von Straftätern: Das "Risk-need-responsivity"-Modell. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (1), 12 - 21.

Göbbels, Svenja; Ward, Tony & Willis, Gwenda M. (2013). Die Rehabilitation von Straftätern: Das "Good-lives"-Modell. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (2), 122 - 132.

Hosser, Daniela & Boxberg, Verena (2014). Intramurale Straftäterbehandlung. In Thomas Bliesener et al. (Hrsg.), *Lehrbuch der Rechtspsychologie* (S. 446 - 469). Bern: Huber.

Kette, Gerhard (1991). *Haft: eine sozialpsychologische Analyse*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.

Klemm, Torsten (2003). *Delinquenz, Haftfolgen und Therapie mit Straftätern: Konzepte, Erfahrungen, Evaluation; Leipziger Gefängnisstudie*. Leipzig: Ed. Erata.

Krüber, Hans-Ludwig (2013). Gutes Leben. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (2), 146 - 147.

Krüber, Hans-Ludwig & Wendt, Frank (2011). Patientenpfade im psychiatrischen Maßregelvollzug – Intensivere Behandlung, kürzerer Freiheitsentzug? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5 (2), 108 - 115.

Liebling, Alison (2009). Moralische Leistung und Auswirkungen von Gefangenschaft. *Neue Kriminalpolitik*, 21 (1), 14-20.

Lösel, Friedrich (2014). Evaluation der Straftäterbehandlung. In Thomas Bliesener et al. (Hrsg.), *Lehrbuch der Rechtspsychologie* (S. 529 - 555). Bern: Huber.

Mayer, Klaus (2014). Risikoorientierung – der nächste Schritt: Herausforderungen und Bedingungen der Förderung von Interventionsresponsivität. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 61 (2), 171 - 188.

Pecher, Willi (2002). Zur Psychodynamik der Institution Strafvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 20 (2), 63 - 68.

Preusker, Harald; Maelicke, Bernd & Flügge, Christoph (Hrsg.) (2010). *Das Gefängnis als Risiko-Unternehmen*. Baden-Baden: Nomos.

- Rehn, Gerhard (2011). Anmerkungen zur Situation des Strafvollzuges. In: Puschke, Jens (Hrsg.), *Strafvollzug in Deutschland: Strukturelle Defizite, Reformbedarf und Alternativen*. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verl.
- Rehn, Gerhard; Nanninga, Regina & Thiel, Andreas (Hrsg.) (2004). *Freiheit und Unfreiheit: Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges*. Herbolzheim: Centaurus.
- Rehn, Gerhard; Wischka, Bernd; Lösel, Friedrich & Walter, Michael (Hrsg.) (2001). *Behandlung "gefährlicher Straftäter": Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. Herbolzheim: Centaurus.
- Saimah, Nahlah (Hrsg.) (2005). *Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation: Forensik 2005; 20. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie, 2. bis 4. März 2005*. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Schlieter, Kai (2011). *Knastreport: Das Leben der Weggesperrten*. Frankfurt/Main: Westend-Verl.
- Sohn, Werner (2010). *Strafvollzug: Forschungsdokumentation 1987 - 2010*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e. V.
- Steller, Max; Dahle, Klaus-Peter & Basqué, Monika (Hrsg.) (2003). *Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Aufl.). Herbolzheim: Centaurus.
- Suhling, Stefan (2005). Entwicklung von Delinquenz und Entwicklung in Haft: Welche Rolle könnten die persönlichen Ziele der Betroffenen spielen? *Praxis der Rechtspsychologie*, 15 (1), 99 - 120.
- Suhling, Stefan & Cottonaro, Sandra (2005). Motivation ist alles? Formen und Bedingungen von Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft bei Inhaftierten. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 16 (4), 385 - 396.
- Walter, Michael (Hrsg.) (1992). *Bruchstücke: Strafvollzugsprobleme aus der Sicht der Beteiligten*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Wischka, Bernd; Pecher, Willi & Boogaart, Hilde van den (Hrsg.) (2012). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*. Herbolzheim: Centaurus.
- Zisler, Diana Christina (2011). *Kriminelle Energie: Entstehung, Prävention und Therapie*. Frankfurt am Main: Lang.

## 2. Sexualstraftäter – besondere Aspekte der Behandlung

Beek, Daan van & Kröger, Uta (2004). Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter in einer forensisch-psychiatrischen Klinik. *Recht & Psychiatrie*, 22 (2), 74 - 84.

Berner, Werner, Briken, Peer & Hill, Andreas (Hrsg.) (2007). *Sexualstraftäter behandeln, mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Egg, Rudolf (2008). Behandlung von Sexualstraftätern. In Renate Volbert & Max Steller (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 152 - 159). Göttingen [u. a.]: Hogrefe.

Egg, Rudolf (2012). Behandlungserfordernisse bei Sexualstraftätern. In Nahlah Saimeh (Hrsg.), *Respekt – Kritik – Entwicklung: Forensik 2012: 27. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie 7. bis 9. März 2012* (S. 214 - 238). Köln: Psychiatrie Verl.

Egg, Rudolf (2014a). Was wirkt bei der Behandlung von (Sexual-)Straftätern? In Frank Neubauer et al. (Hrsg.), *Kriminologie – Jugendkriminalrecht – Strafvollzug: Gedächtnisschrift für Michael Walter* (S. 37 - 53). Berlin: Duncker und Humblot.

Egg, Rudolf (2014b). Sexualdelinquenz. In Thomas Bliesener et al. (Hrsg.), *Lehrbuch der Rechtspsychologie* (S. 77 - 86). Bern: Huber.

Elsner, Klaus (2006). Sexuell deviante Rechtsbrecher. In Hans-Ludwig Kröber et al. (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Bd. 3, Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 305 - 325). Darmstadt: Steinkopff.

Endrass, Jérôme; Rossegger, Astrid; Urbaniok, Frank & Borchard, Bernd (Hrsg.) (2012). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verl.-Ges.

Endres, Johann (2014). Determinanten der Behandlungsteilnahme und des Behandlungsabbruchs bei inhaftierten Sexualstraftätern. *Forum Strafvollzug*, 63 (4), 237 - 243.

Goderbauer, Rainer (2000). Behandlungsnotwendigkeiten und Behandlungsvoraussetzungen bei Sexualstraftätern. In Rudolf Egg (Hrsg.), *Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Folgerungen aus den Gesetzesänderungen* (S. 167 - 180). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e. V.

Hoyer, Jürgen (2001). Psychodiagnostische Kategorisierung von gefährlichen Sexualdelinquenten. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 8 (1), 13 - 31.

Jäger, Silke Elli (2003). *Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug*. Frankfurt am Main: Lang.

Kröber, Hans-Ludwig (2012). Einzeltherapie von Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 6 (4), 295 - 296.

Kröber, Hans-Ludwig (2013). Transparenz und Fairness in der Therapie von Sexualstraftätern in Haft und Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (1), 37 - 43.

Schläfke, Detlef; Häßler, Frank & Fegert, Jörg M. (Hrsg.) (2005). *Sexualstraftaten: forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie*. Stuttgart [u. a.]: Schattauer.

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

Schmucker, Martin (2005). Der Einfluss von Therapie auf die Legalbewährung von Sexualstraftätern: Ergebnisse aus kontrollierten Wirksamkeitsuntersuchungen. In Rudolf Egg (Hrsg.), *"Gefährliche Straftäter": eine Problemgruppe der Kriminalpolitik?* (S. 129 - 152). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. (Kriminologie und Praxis ; 47).

Schmucker, Martin (2014). Therapie von Sexualstraftätern. In Thomas Bliessner et al. (Hrsg.), *Lehrbuch der Rechtspsychologie* (S. 470 - 488). Bern: Huber.

Schwedler, Andreas & Wößner, Gunda (2013). Veränderungen kriminogener Faktoren bei Sexual- und Gewaltstraftätern in Sozialtherapie und Regelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (1), 47 - 55.

Seifert, Simone (2012). Sozialisationstypen unter (Sexual-)Straftätern: Sozialisationsmängel und Delinquenz im Lebenslauf. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 59 (1), 64 - 79.

Seifert, Simone (2014). *Der Umgang mit Sexualstraftätern: Bearbeitung eines sozialen Problems im Strafvollzug und Reflexion gesellschaftlicher Erwartungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Spöhr, Melanie (2009). *Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Verfügbar unter: [http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/Sozialtherapie\\_von\\_Sexualstraftaetern\\_im\\_Justizvollzug.pdf](http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/Sozialtherapie_von_Sexualstraftaetern_im_Justizvollzug.pdf).

Wischka, Bernd (2001). Was wirkt? Sozialtherapie für Sexualstraftäter. *Kriminalpädagogische Praxis*, 29 (H. 40), 27 - 34.

Wischka, Bernd (2013a). Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter im Kontext einer integrativen Sozialtherapie. In Axel Dessecker & Werner Sohn (Hrsg.), *Rechtspsychologie, Kriminologie und Praxis: Festschrift für Rudolf Egg zum 65. Geburtstag* (S. 539 - 584). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e. V.

Wischka, Bernd (2013b). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R): Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. *Recht & Psychiatrie*, 31 (3), 138 - 145.

Wöbner, Gunda (2006). *Typisierung von Sexualstraftätern: ein empirisches Modell zur Generierung typenspezifischer Behandlungsansätze*. Berlin: Duncker und Humblot.

Wöbner, Gunda (2014). Wie kann man in der Sozialtherapie Therapieerfolg feststellen oder messen? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8 (1), 49 - 58.

Yoon, Dahlym; Motekallemi, Samira; Rettenberger, Martin & Briken, Peer (2013). Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern: Möglichkeiten und Unmöglichkeiten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7, 177-182.

### **3. Aspekte der Behandlung von Psychopathen**

Akli, Heike; Bojack, Barbara & Meyer zu Bexten, Erdmute (Hrsg.) (2009). *Erkrankungen im Strafvollzug: Psychopathologie und Straftäterbehandlung*. Frankfurt am Main: Verl. für Polizeiwissenschaften.

Dahle, Klaus-Peter & Haase, Niels (2008). Psychopathie. In Renate Volbert & Max Steller (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 68 - 77). Göttingen [u. a.]: Hogrefe.

Hare, Robert D. (2005). *Gewissenlos: Die Psychopathen unter uns*. Wien [u. a.] : Springer.

Hare, Robert D.; Neumann, Craig S. (2012). Psychopathie als klinisches und empirisches Konstrukt. In Bernd Wischka et al. (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern* (S. 123 - 161). Herbolzheim: Centaurus.

Kastner, Heidi (2011). Psychotherapie bei Psychopathie. *Kriminalpädagogische Praxis*, 39 (H. 47), 23 - 28.

Kobbé, Ulrich (2000). Alles bio... alles psycho... Neue Einseitigkeit oder Update der forensischen Psychotherapie? Kritischer Überblick über Stand und Rezeption biologisch-psychiatrischer Forschung (Teil I). *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 7 (2), 135 - 178.

Kobbé, Ulrich (2001). Psychopathieforschung: neue Einseitigkeit oder Update der forensischen Psychotherapie? Kritischer Überblick über Stand und Rezeption biologisch-psychiatrischer Forschung (Teil II). *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 8 (2), 92 - 168.

Kröger, Uta; Beek, Daan van; Wolf, Pascalle van der; Klein Haneveld, Evelyn; Geest, Hans van & Geraerts, Rob (2012). *Behandlung von Psychopathie: A mission impossible? Ein Behandlungsprogramm für Patienten mit hoher Psychopathieausprägung in der Van der Hoeven Klinik*. Lingen (Ems): Kriminalpädagogischer Verl.

Krott, Eberhard; Pfäfflin, Friedemann & Ross, Thomas (2008). Die Relevanz der Diagnose Persönlichkeitsstörung für die Zuweisung zur psychotherapeutischen Behandlung im Strafvollzug. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 91 (5), 337 - 354.

Lösel, Friedrich (2001): Behandlung oder Verwahrung? Ergebnisse und Perspektiven der Interventionen bei „psychopathischen“ Straftätern. In Gerhard Rehn et al. (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“* (S. 36 - 53). Herbolzheim: Centaurus.

Massau, Claudia (2012). Defizitäre Hirnstrukturen bei psychopathischen Persönlichkeiten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 6 (4), 300 - 301.

Müller, Jürgen L. (2006). Strukturelle und funktionelle MRT-Befunde bei "Psychopathy". *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 13 (2), 95 - 106.

Nuhn-Naber, Carmen & Rehder, Ulrich (2005). Psychopathie – Gegenindikation für Sozialtherapie? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 88 (4), 257 - 272.

Pecher, Willi (2011). Behandlung antisozialer Persönlichkeiten in Sozialtherapeutischen Einrichtungen. *Kriminalpädagogische Praxis*, 39 (H. 47), 29 - 36.

Saimeh, Nahlah (Hrsg.) (2014). Zur Behandelbarkeit des Bösen. In Nahlah Saimeh (Hrsg.), *Das Böse behandeln* (S. 187 - 199). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verl.-Ges.

Thalmann, Thomas (2007). Was tun mit dem Psychopathen? *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (H. 45), 45 - 59.

Thalman, Thomas (2009). Neues vom Psychopathen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 92 (4), 376 - 394.

Wittmann, Bernhard (2010). Psychodynamische Psychotherapie bei "psychopathy". *Recht & Psychiatrie*, 28 (1), 3 - 9.

#### **4. Strafgefängene Frauen – spezifische Bedürfnisse in Unterbringung und Behandlung**

Bereswill, Mechthild & Hellwig, Julia (2012). Hafterleben von Frauen mit Kindern: Eine qualitative Fallstudie. *Soziale Probleme*, 23 (2), 182 - 215.

Birtsch, Vera & Rosenkranz, Joachim (Hrsg.) (1988). *Mütter und Kinder im Gefängnis: Orientierungen und Ergebnisse zum Frauenstrafvollzug und zu Mutter-Kind-Einrichtungen im Strafvollzug*. Weinheim [u. a.]: Juventa.

Boehlen, Marie (2000). *Frauen im Gefängnis: ihr Werdegang und ihre Bewährung*. Chur [u. a.]: Verl. Rüegger. – 320 S. – ISBN 3-7253-0661-3.

Cummerow, Bettina (2008). Gate Fever – Frauen vor ihrer Entlassung aus der Strafhaft. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 55 (1), 47 - 62.

Enderlin Cavigelli, Regula (1992). *Schweizer Frauenstrafvollzug: wird mit der Freiheit auch der Wille, Verantwortung zu tragen, entzogen? Eine empirische Untersuchung in der Frauenstrafanstalt Hindelbank*. Bern [u. a.]: Haupt.

Franze, Karin (2001). *Resozialisierung unter den Bedingungen des Frauenstrafvollzuges: eine Untersuchung unter Bewertung der zur Resozialisierung straffällig gewordener Frauen angewandten Behandlungsmethoden in der JVA Aichach*. Frankfurt am Main [u. a.]: Lang.

Friesendorf, Ingeborg (1987). *Frauen im Knast: Gespräche mit Frauen hinter Schloß und Riegel*. München: Heyne.

Funk, Ina (2009). Inhaftierte Frauen: eine aktuelle Bestandsaufnahme des Frauenstrafvollzugs in Deutschland. *Neue Kriminalpolitik*, 21 (2), 50 - 57.

Greive, Wolfgang (Hrsg.) (1992). *Frauen in Haft: für einen besseren Umgang mit straffälligen Frauen; Dokumentation einer Tagung der Evangelischen Akademie Loccum vom 25. bis 27. Januar 1991*. Rehbürg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum.

Halbhuber-Gassner, Lydia (2009). Frei-Raum vor der Haftentlassung. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 56 (1), 52 - 57.

Halbhuber-Gassner, Lydia & Pravda, Gisela (Hrsg.) (2013). *Frauengesundheit im Gefängnis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Haverkamp, Rita (2011). *Frauenvollzug in Deutschland: Eine empirische Untersuchung vor dem Hintergrund der Europäischen Strafvollzugsgrundsätze*. Berlin: Duncker und Humblot.
- Hermann, Dieter & Berger, Sigrid (1997). Prisonisierung im Frauenstrafvollzug: eine explorative Längsschnittstudie zur Deprivationstheorie und kulturellen Übertragungstheorie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 80 (6), 370 - 387.
- Hüdepohl, Sabine (2009). Sozialtherapie für Frauen: Der Weg in die Autonomie und Verantwortlichkeit. In Jutta Elz (Hrsg.), *Täterinnen: Befunde, Analysen, Perspektiven* (S. 237 – 257). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e. V.
- Hüdepohl, Sabine (2011). Sozialtherapie mit jungen Frauen: Erfahrungen mit der Wiederbelebung früherer Beziehungsmuster. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 22 (4), 383 - 387.
- Junker, Anne (2011): *Mutter-Kind-Einrichtungen im Strafvollzug*. Berlin: LIT.
- Knoll, Liselotte (2007). *Frauen im Abseits – Leben hinter Gittern: kultursoziologische Feldforschung in einigen Gefängnissen*. Wien [u. a.]: LIT.
- Neufeld, Reimund & Koch, Helmut (Hrsg.) (2010). *Ich muss zurück ins Rattenloch: Unerhörte Geschichten aus dem Frauenknast*. Oberhausen: assoverl.
- Niemz, Susanne (2008). *Zwischen Repression und Resozialisierung: Zur Bedeutung der ersten Haftstrafe für die Identität weiblicher Inhaftierter im geschlossenen Strafvollzug*. Saarbrücken: VDM Verl. Müller.
- Panier, Katrin (2004). *Die schlimmsten Gitter sitzen innen: Geschichten aus dem Frauenknast*. Berlin: Schwarzkopf und Schwarzkopf.
- Scheffler, Gabriele (2009). Inhaftierte Mütter – "Stiefkinder" des Strafvollzugs? Erhalt familiärer Bindungen inhaftierter Frauen. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 56 (1), 45 - 51.
- Thomas, Silvia (2004). *Zuflucht Gefängnis: junge Frauen mit Kindern im Strafvollzug*. Münster: LIT.
- Völkl-Fischer, Bettina & Pfalzer, Stephanie (2009). JVA Aichach: Mütter und Kinder gemeinsam in Haft: Wie es dazu kam. *Forum Strafvollzug*, 58 (5), 235 - 238.

## 5. Alte Menschen im Vollzug, Umgang mit Krankheit und Tod

Akli, Heike; Bojack, Barbara & Meyer zu Bexten, Erdmute (Hrsg.) (2012). *Erkrankungen im Strafvollzug: spezielle Erkrankungen und besondere Aspekte*. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.

Bausch, Joe (2012). *Knast*. Berlin: Ullstein.

Bausch-Hölterhoff, Josef (2004). Es kommt nicht so sehr darauf an, wo ein Mensch stirbt, wichtig ist, wie er stirbt: zur Situation todkranker und sterbender Patienten in Vollzugeinrichtungen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 53 (2), 96 - 99.

Düinkel, Frieder (1991). Alte Menschen im Strafvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 40 (6), 350 - 357.

Fichte, Günter (2007). Strafvollzug an älteren Menschen: ein Plädoyer für eine eigene Vollzugsform. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (H. 45), 33 - 36.

Fiedeler, Silke M. (2003). Sterben im Strafvollzug - Seismograph der Verfassung unseres Rechtsstaats? *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 52 (5), 285 - 287.

Fiedeler, Silke M. (2004). "In Würde sterben – auch im Strafvollzug?!": Studententag am 16-12-2003 in Haus Ortlohn/Iserlohn. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 53 (2), 100 - 102.

Görgen, Thomas (2007). Ältere und hochaltrige Gefangene: Herausforderung (und Entwicklungschance) für den Strafvollzug. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (H. 45), 5 - 12.

Görgen, Thomas & Greve, Werner (2005). Alte Menschen in Haft: der Strafvollzug vor den Herausforderungen durch eine wenig beachtete Personengruppe. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 52 (2), 116 - 130.

Hasenpusch, Burkhard (2007). Worüber sprechen wir? Ältere Gefangene im Spiegel der Statistik. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (H. 45), 13 - 18.

Hillenkamp, Thomas & Tag, Brigitte (Hrsg.) (2005). *Intramurale Medizin: Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. Berlin [u. a.]: Springer.

Keppler, Karlheinz & Stöver, Heino (Hrsg.) (2009). *Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart [u. a.]: Thieme.

Langenhoff, Georg (2005). Demographischer Wandel – auch in der Strafrechtspflege. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 52 (2), 99 - 115.

- Laubenthal, Klaus (2008). Alterskriminalität und Altenstrafvollzug. In Hendrik Schneider et al. (Hrsg.). *Festschrift für Manfred Seebode zum 70. Geburtstag am 15. September 2008* (S. 499 - 511). Berlin: de Gruyter.
- Legat, Maria-Rebecca (2009). *Ältere Menschen und Sterbenskranke im Strafvollzug: eine rechtsstaatliche Analyse des Vollzugsalltags von Gefangenen mit besonderem Pflegebedarf*. Frankfurt am Main [u. a.]: Lang.
- Lehmann, Marc (2013). Ist der "Anstaltsarzt" noch zeitgemäß? Ärztliche Versorgung im Justizvollzug im Spannungsfeld. *Forum Strafvollzug*, 62 (5), 284 - 289.
- Lehmann, Marc; Behrens, Marcus & Drees, Heike (Hrsg.) (2014). *Gesundheit und Haft: Handbuch für Justiz, Medizin, Psychologie und Sozialarbeit*. Lengerich: Pabst Science Publ.
- Marti, Irene; Hostettler, Ueli & Richter, Marina (2014). Sterben im geschlossenen Vollzug: inhaltliche und methodische Herausforderungen für die Forschung. *Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie*, 13 (1), 26 - 43.
- Möble, Regine & Greve, Werner (2007). Gelingendes Altern im Strafvollzug: Überlegungen zu einer scheinbar paradoxen Konstellation. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (H. 45), 37 - 42.
- Porada, Wilfried (2007). Seniorenabteilung: Gemeinsame (altersgerechte) Unterbringung älterer Gefangener oder zielgruppenspezifischer Behandlungsvollzug? Erfahrungen und aktuelle Entwicklungen aus der JVA Schwalmstadt. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (H. 45), 23 - 26.
- Queloz, Nicolas; Riklin, Franz; Senn, Arianne & Sinner, Philippe de (Hrsg.) (2002). *Medizin und Freiheitsentzug: Beiträge und Dokumentation der 2. Freiburger Strafvollzugstage (November 2000)*. Bern: Staempfli.
- Rennhak, Peter (2007). Alte Menschen im Justizvollzug: Erfahrungen aus Baden-Württemberg. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (H. 45), 19 - 22.
- Riklin, Franz & Mez, Bettina (Hrsg.) (2012). *Gefängnismedizin und Straffjustiz: Eine unheilvolle Verbindung?* Bern: Stämpfli.
- Rotthaus, Karl Peter (2010). Altersabbau bei Gefangenen im Justizvollzug. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 57 (3), 327 - 339.
- Schneeberger Georgescu, Regine (2007). Gelassenheit oder Handlungsbedarf? Überlegungen zur Situation von älteren Inhaftierten in der Schweiz. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35 (H. 45), 27 - 32.
- Schollbach, Stefanie & Krüger, Maik (2009). Alte Menschen im Strafvollzug: Eine Bestandsaufnahme über den Vollzugsalltag in Deutschland. *Forum Strafvollzug*, 58 (3), 130 - 137.

- Schramke, Hein-Jürgen (1996). *Alte Menschen im Strafvollzug: empirische Untersuchung und kriminalpolitische Überlegungen*. Bonn: Forum-Verl. Godesberg.
- Simonson, Julia (2009). Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf den Justizvollzug: Überlegungen am Beispiel Niedersachsens. In Koop, Gerd & Kappenberg, Barbara (Hrsg.), *Wohin fährt der Justizvoll-Zug?* (S. 128 - 141). Lingen: Kriminalpädagogischer Verl.
- Smartt, Ursula (2009). Alte Menschen im britischen Strafvollzug. *Forum Strafvollzug*, 58 (3), 127 - 130.
- Stieber, Rolf (2003). Seelsorgliche Sterbebegleitung im Gefängnis: Erfahrungen und Reflexionen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 52 (5), 287 - 291.
- Stieber, Rolf (2005). "Bedenken, dass wir sterben müssen" – ein Beitrag zu einem veränderten Umgang mit Sterben und Tod hinter Gittern. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 54 (6), 355 - 357.
- Skirl, Michael (2003). "In Würde sterben – auch im Vollzug?": Plädoyer für die Annäherung an ein Tabu. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 52 (5), 283 - 285.
- Stöver, Heino (2013). Gesundheitliche Versorgung in Haft: Realitäten und Herausforderungen. *Forum Strafvollzug*, 62 (5), 275 - 283.
- Vollbach, Alexander (2014). Der alternde Täter und Gefangene in seinen sozialen Bezügen. In Nahlah Saimah (Hrsg.), *Das Böse behandeln* (S. 83 - 102). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verl-Ges.

# Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

**Baumeister, Barbara**  
ZHAW Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften  
Department für Soziale Arbeit  
Dübendorf/Schweiz

**Bausch, Joe**  
Regierungsmedizinalkdirektor  
Justizvollzugsanstalt  
Werl

**Fünfsinn, Prof. Dr. Helmut**  
Ministerialdirigent  
Hessisches Ministerium der Justiz

**Guéridon, Marcel, M. Sc. Psychologe**  
Kriminologischer Dienst im Bildungsinsti-  
tut des niedersächsischen Justizvollzuges  
Celle

**Herrmann, Dipl.-Soz.-Päd. Elisabeth**  
Kriminologische Zentralstelle e. V.  
Wiesbaden

**Haverkamp, Prof. Dr. Rita**  
Institut für Kriminologie  
Eberhard-Karls-Universität  
Tübingen

**Keller, Samuel**  
ZHAW Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften  
Department für Soziale Arbeit  
Dübendorf/Schweiz

**Kliesch, Oliver**  
Psychologischer Psychotherapeut  
Vitos Forensisch-psychiatrische Ambulanz  
Hessen Niederlassung Riedstadt  
Eltville

**Kröber, Prof. Dr. Hans-Ludwig**  
Institut für Forensische Psychiatrie  
Charité Universitätsmedizin  
Berlin

**Kröger, Drs. Uta**  
Klinische Psychologin  
Utrecht/Niederlande

**Leutheusser-Schnarrenberger, Sabine**  
Bundesministerin der Justiz  
Berlin

**Marks, Erich**  
Geschäftsführer des Deutschen  
Präventionstages  
Niedersächsisches Justizministerium  
Hannover



# Veröffentlichungen der Kriminologischen Zentralstelle e.V.

(s. a. [www.krimz.de/publikationen.html](http://www.krimz.de/publikationen.html))

## 1. Schriftenreihe „Kriminologie und Praxis“ (KuP)

Im Eigenverlag der Kriminologischen Zentralstelle seit 2004 erschienen und über den Buchhandel erhältlich:

Band 65: Dessecker, Axel & Sohn, Werner (Hrsg.): *Rechtspsychologie, Kriminologie und Praxis. Festschrift für Rudolf Egg zum 65. Geburtstag*. 2013.  
ISBN 978-3-926371-99-7 € 41,00

Band 64: Dessecker, Axel & Egg, Rudolf (Hrsg.): *Justizvollzug in Bewegung*. 2013.  
ISBN 978-3-926371-98-0 € 27,00

Band 63: Egg, Rudolf (Hrsg.): *Psychologisch-psychiatrische Begutachtung in der Strafrechtswissenschaft*. 2012. ISBN 978-3-926371-97-3 € 27,00

Band 62: Dessecker, Axel & Egg, Rudolf (Hrsg.): *Justizvollzug und Strafrechtsreform im Bundesstaat*. 2011. ISBN 978-3-926371-95-9 € 20,00

Band 61: Elz, Jutta: *Gefährliche Sexualstraftäter: Karriereverläufe und strafrechtliche Reaktionen*. 2011. ISBN 978-3-926371-94-2 € 29,00

Band 60: Dawid, Evelyn; Elz, Jutta & Haller, Birgitt: *Kooperation von öffentlicher Jugendhilfe und Strafrecht bei Sexualdelikten gegen Kinder: Entwicklung eines Modellkonzepts zur Umsetzung der Kinderrechte in Strafverfahren*. 2010.  
ISBN 978-3-926371-92-8 € 28,00

Band 59: Sohn, Werner (Bearb.): *Strafvollzug. Forschungsdokumentation 1987-2010*. 2010. ISBN 978-3-926371-87-4 € 29,00

Band 58: Elz, Jutta (Hrsg.): *Täterinnen: Befunde, Analysen, Perspektiven*. 2009.  
ISBN 978-3-926371-86-7 € 26,00

Band 57: Dessecker, Axel & Egg, Rudolf (Hrsg.): *Kriminalstatistiken im Lichte internationaler Erfahrungen*. 2009. ISBN 978-3-926371-85-0 € 20,00

Band 56: Dessecker, Axel (Hrsg.): *Privatisierung in der Strafrechtspflege*. 2008.  
ISBN 978-3-926371-82-9 € 20,00

Band 54: Dessecker, Axel & Egg, Rudolf (Hrsg.): *Gewalt im privaten Raum: aktuelle Formen und Handlungsmöglichkeiten*. 2008. ISBN 978-3-926371-79-9 € 20,00

Band 53: Elz, Jutta (Hrsg.): *Kooperation von Jugendhilfe und Justiz bei Sexualdelikten gegen Kinder*. 2007. ISBN 978-3-926371-76-8 € 20,00

Band 51: Egg, Rudolf (Hrsg.): *Extremistische Kriminalität: Kriminologie und Prävention*. 2006. ISBN 978-3-926371-74-4 € 25,00

Band 49: Grote, Christian: *Diversions im Jugendstrafrecht: Effizienz und Rechtsstaatlichkeit der Richtlinien in Schleswig-Holstein*. 2006. ISBN 978-3-926371-70-6 € 30,00

Band 48: Steinbrenner, Christian: *Zur Verurteilungspraxis deutscher Gerichte auf dem Gebiet der Schleuserkriminalität*. 2005. ISBN 978-3-926371-69-0 € 20,00

Band 47: Egg, Rudolf (Hrsg.): „Gefährliche Straftäter“: Eine Problemgruppe der Kriminalpolitik? 2005. ISBN 978-3-926371-68-3 € 19,00

Band 46: Baltzer, Ulrich: *Die Sicherung des gefährlichen Gewalttäters: eine Herausforderung an den Gesetzgeber*. 2005. ISBN 978-3-926371-67-6 € 25,00

Band 45: Heinz, Wolfgang & Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.): *Rückfallforschung*. 2004. ISBN 978-3-926371-66-9 € 23,00

Band 43: Jutta Elz; Jörg-Martin Jehle & Hans-Ludwig Kröber (Hrsg.). *Exhibitionisten: Täter, Taten, Rückfall*. 2004. ISBN 978-3-926371-63-8 € 19,00

## **2. Berichte und Materialien (BM-Online): Elektronische Schriftenreihe**

[Download PDF s. <http://www.krimz.de/bm-online.html>]

Band 2: Mandra, Anna: *Führungsaufsicht bei ehemaligen Sicherungsverwahrten. Folgen des Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte im Fall M. ./.* Deutschland. 2014. ISBN 978-3-945037-04-1

Band 1: Leuschner, Fredericke & Schwanengel, Colin (Hrsg.): *Hilfen für Opfer von Straftaten. Ein Überblick über die deutsche Opferhilfelandchaft*. 2014. ISBN 978-3-945037-01-0

## **3. Sonstige Publikationen aus der Arbeit der KrimZ**

Linz, Susanne. Häuser des Jugendrechts in Hessen. Ergebnisse der Begleitforschung für Wiesbaden und Frankfurt am Main-Höchst. Wiesbaden: KrimZ. 2013. ISBN 978-3-945037-00-3

(Online-Publikation, Download s. <http://www.krimz.de/sonst-online-publ.html>)

Oehmichen, Anna & Klukkert, Astrid. Evaluation des Gesetzes zur Verfolgung der Vorbereitung von schweren staatsgefährdenden Gewalttaten (GVVG): Endbericht. Wiesbaden [u.a.]: KrimZ; Ruhr-Universität Bochum. 2012.

(Online-Publikation, Download s. <http://www.krimz.de/sonst-online-publ.html>)

Niemz, Susanne: *Urteilsabsprachen und Opferinteressen – in Verfahren mit Nebenklagebeteiligung*. Baden-Baden: Nomos, 2011. (Mainzer Schriften zur Situation von Kriminalitätsopfern ; 49). ISBN 978-3-8329-7222-6

Spöhr, Melanie: *Sozialtherapie von Sexualstraf Tätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation*. Mönchengladbach: Forum Verl. Godesberg, 2009 (recht). ISBN 978-3-936999-70-9 (Auch als Online-Publikation, Download s. <http://www.krimz.de/sonst-online-publ.html>)

Sohn, Werner: *Angloamerikanische Untersuchungen zur Rückfälligkeit gewalttätiger Sexualstraf Täter – Zwischenresultate einer Sekundäranalyse*. 3., überarbeitete Aufl. 2007. ISBN 978-3-926371-83-6

Auf die Berichte zu den jährlichen Erhebungen *Sozialtherapie im Strafvollzug* sowie *Lebenslange Freiheitsstrafe und Sicherungsverwahrung: Dauer und Gründe der Beendigung* kann unter [www.krimz.de/texte.html](http://www.krimz.de/texte.html) kostenfrei zugegriffen werden.